

Chronische nierschade

Patiënten met chronische nierschade zijn nog niet voldoende in beeld en onder controle bij de huisarts; een gestructureerde aanpak van de zorg, vergelijkbaar met de begeleiding van mensen met diabetes, kan dit mogelijk verbeteren. Dit concluderen Nederlandse onderzoekers uit een enkele jaren geleden uitgevoerd retrospectief onderzoek.

De LTA Chronische nierschade geeft adviezen over het vervolgbeleid bij patiënten met een verminderde nierfunctie of (micro)albuminurie. Dit onderzoek ging na in hoeverre huisartsen de aanbevelingen uit de LTA naleven.

De onderzoekers bekeken de door huisartsen verzamelde data van bijna 60.000 volwassen patiënten in de periode 2008-2011. Bij 9288 patiënten was volgens de definitie sprake van chroni-

sche nierschade, van wie 8794 voor controle in de eerste lijn zaten. Bij 42% werd het verloop van de nierfunctie adequaat vervolgd, bij de metabole parameters was deze score veel lager, slechts 2%. De streefwaarde voor de bloeddruk werd bij 43% gehaald. De documentatie van de nierschade in het dossier was in ongeveer 30% van de casus adequaat. Bij patiënten met diabetes was de opvolging beter dan bij de niet-diabeten.

Al met al is er ruimte voor verbeteringen in registratie, opvolging en behandeling, waarmee problemen op langere termijn kunnen worden uitgesteld of voorkomen. Dit geldt vooral voor de opvolging van de nierfunctie en de behandeling van de bloeddruk. Zou de naleving van de LTA beter zijn wanneer dit meer door praktijkondersteuners gebeurt volgens een strikter protocol, zoals de auteurs suggereren? Het is goed mogelijk. Ik vermoed dat daar-

naast ook een transmurale afspraak minder op het netvlies staat dan een NHG-Standaard.

Jammer dat de gegevens inmiddels een aantal jaar oud zijn, vooral omdat de onderzoeksperiode samenvalt met het verschijnen van de LTA in 2009. En ook jammer dat Scandinavische huisartsen als eerste kennisnemen van deze door Nederlandse onderzoekers en huisartsen verzamelde cijfers. Want deze data geven voldoende aanleiding om verder te onderzoeken welke aanpak beter werkt, en voor ons huisartsen om eens kritisch naar de zorg voor deze groep te kijken. ■

Sjoerd Hobma

Van Gelder VA, et al. Quality of chronic kidney disease management in primary care: a retrospective study. Scand J Prim Health Care 2016;34:73-80.

Nieuwe orale antidiabetica

Diabeten die alleen behandeld worden met gliptines of glitazonen hebben een verhoogd risico op ernstig nierfalen in vergelijking met een behandeling met alleen metformine. Triple therapie met metformine, sulfonureum en gliptines of glitazonen verhoogt het risico op hypoglycaemie maar verlaagt het risico op blindheid. Dit zijn enkele resultaten uit een groot Brits onderzoek met harde eindpunten over de behandeling van diabetes type 2.

Hippisley-Cox et al. verzamelden deze gegevens in een open eerstelijns cohort met 274.324 diabeten. Zij voerden dit observationele onderzoek uit omdat er discussie is over de veiligheid van de

nieuwe orale antidiabetica en omdat er weinig onderzoek is gedaan naar de effecten op harde eindpunten.

De belangrijkste bevindingen zijn dat glitazonen het risico op blindheid verlagen (hazard ratio (HR) 0,71; 95%-BI 0,6 tot 0,9) maar wel leiden tot meer hypoglycaemieën (HR 1,2; 95%-BI 1,1 tot 1,4). Monotherapie bij beide nieuwe middelen geeft een fors verhoogd risico op ernstig nierfalen (HR 2,55; 95%-BI 1,1 tot 15,7). Het risico op hyperglycaemie nam af met zowel een combinatie van metformine en gliptines als bij metformine en glitazonen (HR 0,8-0,6 in vergelijking met behandeling met alleen metformine. Triple therapie met metformine, sulfonureum en gliptines of glitazonen verhoogt het risico op hypoglycaemie (HR 5,10 (95%-BI 4,4 tot 6,0) in vergelijking met metformine, deze risico's waren vergelijkbaar met

metformine gecombineerd met sulfonureumderivaten (HR 6,03 (95%-BI 5,5 tot 6,6). Ook de eerdergenoemde triple therapie bleek geassocieerd met een kleiner risico op blindheid (HR 0,67 (95%-BI 0,5 tot 0,9).

Hoewel dit een groot onderzoek is waarin de effecten van deze middelen duidelijker worden, hangen aan dit observationele onderzoek ook nadelen. Het belangrijkste nadeel is dat de patiëntgroepen in het onderzoek niet gerandomiseerd zijn en dus niet volledig met elkaar te vergelijken zijn. ■

Jurgen Damen

Hippisley-Cox J, et al. Diabetes treatments and risk of amputation, blindness, severe kidney failure, hyperglycaemia, and hypoglycaemia: open cohort study in primary care. BMJ 2016;352:i1450.