

Iedereen een meetlint, screenen op diabetes

Half september bracht de Gezondheidsraad een advies uit aan de minister van VWS over het nut van screenen op diabetes. Er is volgens de GR wel gezondheidswinst bij vroeg behandelen, maar het is zeker te vroeg voor een grootscheepse screening. De GR bepleit verder onderzoek en doet daar zelfs – dat is volgens mij uniek – een uitgewerkt voorstel voor. In een RCT in 140 huisartsenpraktijken zouden patiënten boven de 40 al dan niet een meetlint thuisgestuurd moeten krijgen. Mannen en vrouwen met dikke buiken (respectievelijk >102 cm en >88 cm) zouden dan naar het lab moeten voor een nuchtere bloedsuiker. Zowel mensen met diabetes als met een *impaired fasting glucose* zouden behandeld moeten worden. Na 5 jaar kunnen dan screenings- en controlegroep met elkaar worden vergeleken.

Hoe zo'n screening dan straks precies moet worden ingevoerd is mij niet duidelijk. In september publiceerden we nog de matige resultaten van *Preventie: maatwerk*. Toch gewoon bij de GGD, zoals in het advies voorzichtig wordt gesuggereerd? Of verdwijnen al die mensen na ontdekking dan naar nieuwe diabetespoli's? (JZ)

Gezondheidsraad. Screening op type 2 diabetes. Den Haag: Gezondheidsraad, 2004; publicatie nr 2004/16. ISBN: 90-5549-534-4 (www.gr.nl).

Foto: Zefa



Geen betere instelling met insuline glargine, maar gebruik stijgt

Insuline glargine (Lantus®) geeft volgens een recent Canadees Health Technology Assessment rapport geen betere glykemische instelling dan gewone insuline.¹ De onderzoekers vonden 8 RCT's, die geen van alle blind waren omdat insuline glargine helder is en gewone insuline troebel. Primaire uitkomstmaten waren nuchtere glucose en HbA1c. Nachtelijke hypoglykemie was in de meeste trials een secundaire uitkomstmaat. In alle onderzoeken ging het om vergelijking tussen eenmaal daags insuline glargine en een- of tweemaal gewone NPH-insuline. In 4 onderzoeken ging het om patiënten die eerder alleen tabletten kregen. In vergelijking met gewone insuline is er geen verschil in nuchtere bloedsuikers of HbA1c aan het eind van de onderzoeken (tussen 24 weken en 1,5 jaar). Wel daalt het aantal nachtelijke hypoglykemieën op insuline glargine. Maar de vraag is of die

verschillen klinisch erg belangrijk zijn: zo lag het percentage patiënten met nachtelijke hypo's tussen de 10 en 31% in de glarginegroepen. In diezelfde onderzoeken rapporteerden patiënten op gewone insuline hypo's in 24% en 40%. Riddle et al. deden een trial waarin insuline glargine of gewone insuline werd toegevoegd aan orale medicatie – dat lijkt dus op wat we hier ook vaak doen.² Omgerekend naar een jaar zou een patiënt op insuline 1,3 keer een ernstige hypo hebben (<3,1 mmol/l) versus 2,5 als zij NPH-insuline zou gebruiken. Als je de grens wat hoger legt (<4 mmol/l), is het verschil iets groter (3,1 versus 5,5 hypo's). Significant, maar ook relevant? Je moet ook wel erg veel mensen behandelen om een hypo te voorkomen.

Net als volgens een wat ouder Engels rapport³ vinden de Canadezen geen reden om met insuline glargine te beginnen of

goed ingestelde patiënten over te zetten. Insuline glargine is in Nederland twee keer zo duur als gewone NPH-insuline. Toch stijgt de verkoop van Lantus® volgens opgaaf van de fabrikant Aventis. In augustus 2003 was bij huisartsen 0,5% van alle insulinercepten een recept voor Lantus®. In juli 2004 was dat gestegen tot 12%. Bij internisten was het marktaandeel Lantus® deze zomer 24% en bij kinderartsen zelfs 36%.

Of al die patiënten ook werkelijk veel last hadden van nachtelijke hypoglykemieën is natuurlijk niet bekend. Mij lijkt dat onwaarschijnlijk. Reclame werkt dus blijkbaar opnieuw beter dan evidence. (JZ)

1 Insuline glargine for type 2 diabetes. CCOHTA. Issues in emerging health technologies. Issue 59, august 2004. <http://www.ccohta.ca>.

2 Riddle MC. The treat-to-target trial. Randomized addition of glargine or human NPH insulin to oral therapy of type 2 diabetic patients. *Diab Care* 2003;26:3080-6.

3 http://www.nice.org.uk/pdf/FAD_insulin_analogues.pdf.