

# De huisarts en het metabool syndroom: De weg naar diabetes mellitus type 2

Diabetes mellitus type 2 is 'hot': overall in het land worden controlesystemen opgezet waarbij de huisarts zijn inbreng kan hebben in samenwerking met andere gezondheidswerkers. De NHG-Standaard Diabetes mellitus type 2 is herzien en geeft ook een aantal nieuwe gezichtspunten. Daarover een volgende keer meer. Eerst constateren we aan de hand van een casus dat de aandoening meestal niet uit de lucht komt vallen. Daar zitten aanknopingspunten voor interventie!

## Het ziektebeloop van mevrouw Dekkers

Mevrouw Dekkers, geboren in 1944, kwam na haar tweede bevalling in 1966 flink aan, mede doordat ze begon met de pil. Haar BMI was 30 kg/m<sup>2</sup>. Ze stopte met de orale anticonceptie, maar ondanks meer beweging en de inzet van een diëtiste bleef haar gewicht hoog. In 1971 raakte ze weer in verwachting. Tijdens die zwangerschap was haar bloeddruk marginaal verhoogd, hetgeen niet verbeterde na de bevalling, net zomin als haar overgewicht. Met diuretica werd de bloeddruk matig ingesteld. Na toevoeging van een bètablokker was de bloeddruk acceptabel, maar het gewicht bleef een probleem.

In 1986 wordt ze geopereerd aan een hernia. Postoperatief blijft haar bloedsuiker nuchter 8 mmol/l. Er volgt opnieuw een afspraak met de diëtiste en nadien wordt orale bloedsuikerverlagende medicatie gegeven. Haar diabetes is goed gereguleerd (HbA1c 6,8%) en ook de bloeddruk is mooi met een bètablokker en ACE-remmer. Desondanks ontstaan cardiale problemen en maakt zij in 1991 een hartinfarct door met flinke weefselschade en hartfalen tot gevolg.

## Een niet uniek beloop

Van de patiënten met DM type 2 heeft ongeveer tweederde een positieve familieanamnese, overgewicht, hypertensie of combinaties hiervan in de jaren voordat de aandoening zich manifesteert (dit is slechts bij een kwart tot eenderde van de personen zonder DM type 2 het geval). De verschillende risicofactoren voor hart- en vaatziekten blijken geclusterd voor te komen. Deze entiteit is bekend als het metabool syndroom, waarvan de omschrijvingen echter nogal wat veranderingen hebben ondergaan. De meest recente zijn weergegeven in de tabel. Het metabool syndroom gaat gepaard met zogeheten insulineresistentie, en als compensatie met hyperinsulinemie. Insuline heeft vele neveneffecten op endotheel, bloedstolling en vetstofwisseling. Dat verklaart de aanwezigheid van vasculaire afwijkingen voordat uiteindelijk de Langerhans-cellen in de pancreas decompenseren met als gevolg een gestoorde bloedsuikerregulatie. De vaatafwijkingen en het ontstaan van DM type 2 gaan hand in hand.

## Wat moet de huisarts met het metabool syndroom?

Het metabool syndroom onderstreept het belang van de inventarisatie van alle risicofactoren zoals aanbevolen in de NHG-Standaard

Cardiovasculair risicomangement. Gesteld wordt dat het relatieve risico op mortaliteit door het metabool syndroom na correctie van de risicofactor weliswaar drie tot vier keer zo groot is, maar dat voor de afzonderlijke risicofactoren de behandeling niet anders is dan de richtlijnen aangeven. De meerwaarde van het metabool syndroom bij de bekende risicofactoren voor hart- en vaatziekten is beperkt. Maar het is een uitdaging voor de huisarts om het syndroom te onderkennen voordat de risicofactoren voor hart- en vaatziekten manifest worden. In de nieuwe omschrijving van de International Diabetes Federation liggen de afkappunten erg dicht bij waarden die we als normaal omschrijven. Dat wil niet zeggen dat we de gezondheidszorg moeten belasten met behandeling van marginale afwijkingen. De huisarts kan een individuele risicoschatting maken en daarnaar handelen. Zo vraagt een vrouw met een tailleomtrek van 81 cm, een bloeddruk van 135/85 mmHg en een nuchter plasglucose van 5,7 mmol/l om een alerte aanpak als de familie sterk belast is voor DM type 2 of als het geboortegewicht van haar kinderen boven de 4000 gram was.

## Het vermoeden van een metabool syndroom

De aanpak van overgewicht is een speerpunt in het gezondheidsbeleid, maar de punt van die speer is bot. De belangrijkste interventies betreffen de leefstijl: gewichtsreductie, meer bewegen, niet roken en gematigd alcoholgebruik. Medicatie speelt vrijwel geen rol. De motivering van grote groepen mensen kost veel tijd en energie. Toch kan de huisarts veel doen. In het maartnummer van *In de praktijk* werd beschreven dat bij obese kinderen gewichtsreductie niet altijd nodig is, omdat door de groei het kind bij een gelijkblijvend gewicht toch een gunstiger BMI bereikt. Zo ook is het bij volwassenen niet nodig te streven naar een ideaal gewicht omdat 5 tot 10 procent gewichtsreductie al significante voordelen oplevert.

Al met al heeft de huisarts mogelijkheden om het metabool syndroom te herkennen en zijn patiënten te behoeden voor de weg naar DM type 2. Wel moet steeds onderscheid worden gemaakt tussen de risicofactor en de aandoening. Sleutelwoorden bij de aanpak zijn motiveren en delegeren. (LB)

Tabel Definities metabool syndroom

ATP III - 2001 (Adult Treatment Panel van USA National Cholesterol Program)	IDF - 2005 (International Diabetes Federation)
<p><b>Drie criteria:</b> Middelomtrek man &gt;102 cm; vrouw &gt;88 cm TG &gt;1,7 mmol/l</p>	<p><b>Middelomtrek man &gt;94 cm, vrouw &gt;80 cm, plus twee criteria:</b></p>
<p>HDL &lt;1,0 (man); &lt;1,3 (vrouw) Bloeddruk &gt;135/85 mmHg Plasmaglucose &gt;6,1 (nu)</p>	<p>TG &gt;1,7 mmol/l HDL &lt;1,03 (man); &lt;1,29 (vrouw) Bloeddruk &gt;130/85 mmHg Plasmaglucose &gt;5,6 (nu)</p>