Ymte Groeneveld

Screenen op diabetes is niet zinvol

INLEIDING

Regelmatig klinkt de roep te screenen op diabetes. Dat is begrijpelijk. Diabetes bestaat meestal al een aantal jaren als de ziekte wordt ontdekt en sommige mensen hebben dan al diabetesgerelateerde afwijkingen. Onbehandelde diabetes gaat gepaard met ernstige complicaties op lange termijn. Vroeg ingezette glucoseverlagende behandeling vertraagt of voorkomt deze complicaties deels. Er zijn dus goede redenen om een gerandomiseerde trial uit te voeren om te zien wat een bevolkingsonderzoek op diabetes oplevert.[1]

ONDERZOEK

Design In de omgeving van Cambridge (Verenigd Koninkrijk) nodigden 27 huisartsenpraktijken alle mensen tussen de 40 en 69 jaar met een verhoogd risico op type 2 diabetes uit voor een stapsgewijze screening. Het verhoogde risico werd in het HIS via een gevalideerde scoringslijst vastgesteld aan de hand van leeftijd, geslacht, BMI, gebruik van antihypertensieve medicatie of corticosteroïden. In 5 controlepraktijken selecteerden de onderzoekers deze risicogroep ook in het HIS, maar deze patiënten en hun behandelaars werden niet geïnformeerd dat bij hen een verhoogd risico op diabetes was vastgesteld.

De risicogroep uit de 27 interventiepraktijken werd uitgenodigd en gescreend op diabetes. Indien diabetes werd vastgesteld, hing de behandeling af van de huisartsenpraktijk waarvan de patiënt deel uitmaakte. In 14 praktijken kregen deze nieuwe diabetespatiënten intensieve multifactoriële diabeteszorg (Intensive Treatment, IT). De nieuwe patiënten uit de andere 13 screeningspraktijken kregen alleen de binnen de National Health Service gebruikelijke diabeteszorg (Routine Care, RC). In een derde groep met 5 controlepraktijken gebeurde niets behalve de gebruikelijke zorg. De onderzoekers verzamelden de sterftecijfers van alle patiënten tussen de 40 en 69 jaar uit de IT-, de RC- en de controlepraktijken.

De primaire uitkomstmaat werd 'sterfte'. Verschil in sterfte is de ultieme resultante van alle voor- en nadelen van zo'n screeningsprogramma.

Uitkomst Na een mediane duur van 9,6 jaar maakten de onderzoekers de balans op. Aan de eerste screeningsfase deden 11.737 (73%) van de 16.047 uitgenodigde mensen met een hoog risico uit de 27 screeningspraktijken mee. In de 5 controlepraktijken werden 4137 mensen geselecteerd. Eén procent van alle deelnemers werd uit het oog verloren, gelijk verdeeld over alle groepen. Aangenomen werd dat zij allemaal in leven waren aan het eind van het onderzoek.

De eenmalige screening in de 27 screeningspraktijken leverde 466 nieuwe gevallen van diabetes op, 3% van de mensen met een verhoogd risico op diabetes.

De resultaten werden geanalyseerd op basis van 'intention to screen'. De mensen met een hoog risico die door hun huisarts als ongeschikt voor screening werden aangemerkt plus de weigeraars werden dus als gescreend beschouwd.

In de 27 screeningspraktijken overleden 1532 mensen en in de 5 controlepraktijken 377. De sterfte was in de screeningspraktijken 10,50 (95%-BI 9,99-11,04) per 1000 persoonsjaren, in de 5 controlepraktijken was de sterfte 9,89 (95%-BI 8,94-10,94) per 1000 persoonsjaren. Het relatieve risico was 1,06 (95%-BI 0,90-1,25). De doodsoorzaken werden gerapporteerd als 'all cause', onderverdeeld in cardiovasculair, kanker en overige. De verdeling van de sterfte over de verschillende doodsoorzaken was vrijwel gelijk in de interventiepraktijken en de controlepraktijken. Sterfte aan kanker kwam het meest voor.

Om voldoende deelnemers voor de behandeltrial (IT versus RC) te verkrijgen werd in een tweede ronde in nóg 27 praktijken gescreend en daarna gerandomiseerd naar RC of IT. Dit vergrootte de power van het hele screeningsonderzoek. De resultaten van deze tweede ronde waren niet significant anders dan de hierboven beschreven uitkomsten.

Samengevat: in dit grote Engelse bevolkingsonderzoek is in de loop van 9,6 jaar geen vermindering van sterfte in de bevolking opgetreden na een eenmalige screening op diabetes bij mensen met een verhoogd diabetesrisico.

INTERPRETATIE

In Engeland wordt huisartsgeneeskundige alertheid op het opsporen van chronische ziekten aangewakkerd door financiële prikkels in het Quality and Outcome Framework (QOF). Mogelijk was de sterfte in de controlepraktijken lager dan verwacht door de vroegtijdige opsporing en behandeling van risicofactoren, waaronder diabetes.

Ook in Nederland zijn er veel momenten waar de diagnose diabetes kan worden gesteld. Steeds meer mensen ondergaan een jaarcontrole volgens de NHG-Standaard Cardiovasculair risicomanagement, de apotheek biedt periodiek glucosemeting aan en de Nederlandse Diabetes Federatie timmert aan de weg met 'Kijk op Diabetes'. Al met al begint dat steeds meer op screening te lijken. En als de huisarts bij de mensen met een verhoogd risico af en toe een bloedglucose laat prikken - zoals bij mensen met overgewicht, Hindoestanen, status na zwangerschapsdiabetes en anderen zoals de standaard adviseert - hebben we geen screeningsprogramma meer nodig. Het zou de sterfte niet verminderen. ■

LITERATUUR

1 Simmons RK, Echouffo-Tcheugui JB, Sharp SJ, Sargeant LA, Williams KM, Prevost AT, et al. Screening for type 2 diabetes and population mortality over 10 years (ADDITION-Cambridge): a cluster-randomised controlled trial. Lancet 2012;380:1741-8.

Dr. Y. Groeneveld, huisarts in Eefde • Correspondentie: ymtegroeneveld@kpnmail.nl