

## 'Wees alert bij een bolle buik'

Een jaar geleden promoveerde Corine den Engelsen op haar proefschrift *Screening for Metabolic Syndrome in Primary Care*. In een interview vertelt ze over haar onderzoeksbevindingen die van belang zijn voor het werk van de huisarts.

### Aangetrokken tot onderzoek

'Tijdens mijn studie geneeskunde spraken de onderwerpen diabetes, obesitas, hart- en vaatziekten en cardiovasculair risicomangement me al aan', vertelt Den Engelsen. 'Ik kwam bij Guy Rutten terecht toen ik mijn wetenschappelijke stage deed, en die vroeg me of ik op dit onderwerp wilde promoveren. Bij de keuzevakken in het vierde en vijfde jaar van de opleiding had ik al onderzoek gedaan; kennelijk kom ik daar steeds bij terug. Wat me in wetenschappelijk onderzoek aantrekt is het vormen van nieuwe hypothesen en het maken van plannen. Die creatieve kant vind ik leuk, maar de uitwerking duurt soms wel wat lang en dan ben ik eigenlijk alweer toe aan nieuwe ideeën. Maar ja, wat er ligt aan onderzoeksgegevens moet nu eenmaal netjes worden afgewerkt.'



### Aanleiding en opzet

De aanleiding voor het onderzoek vormde een rapport van de Gezondheidsraad uit 2004 waarin werd geconcludeerd dat het niet zinvol was de gehele bevolking te screenen op diabetes mellitus type 2. Den Engelsen: 'Het advies luidde om de screening alleen te richten op hoogrisicopatiënten met obesitas en dan breder te kijken, dus ook naar hypertensie en cholesterol. Huisarts Philippe Salomé zette samen met Guy Rutten de screening op in vijf huisartsenpraktijken in IJsselstein. Alle "gezonde" mensen van 20 tot 70 jaar, van wie nog niet bekend was dat ze hypertensie, een te hoog cholesterol, hart- en vaatziekte of diabetes hadden, kregen een brief toegezonden met een meetlint en het verzoek hun tailleomvang te meten. Was deze te groot dan werden ze uitgenodigd voor lichamelijk onderzoek. Daarna moest iemand de gegevens uitzoeken en pas toen kwam ik in beeld. Ik wilde me echter ook richten op de langere termijn: hoe gaat het met de patiënten na drie jaar? Maakt het iets uit wat we destijds hebben gedaan? Dat betekende dat na drie jaar alle objectieve metingen opnieuw moesten worden verricht.'

### Ongezonde wegen

Van de patiënten die meedeelden aan het onderzoek en hun tailleomvang maten, bleek maar liefst een derde boven de afkapwaarden te zitten. Zij vulden een vragenlijst in en werden uitgenodigd voor vervolgonderzoek, waarbij naast de tailleomvang ook lengte en gewicht, bloeddruk, glucose en cholesterol werden gemeten. Den Engelsen: 'Het was nogal verrassend dat bij maar liefst 473 mensen, oftewel 27,5% van degenen die bij zichzelf een te grote tailleomvang hadden gemeten, minstens 3 van de 5 componenten aanwezig waren die een rol spelen bij het metabool syndroom. Slechts bij 20% van de mensen bij wie de onderzoeker een te grote tailleomvang mat, zagen we geen andere componenten van het metabool syndroom. En al betekent de aanwezigheid van metabool syndroom-componenten nog niet per se dat de patiënt meteen aan de pillen moet, het geeft wel aan dat iemand een

ongezonde weg is ingeslagen. Dat alles laat zien dat je als huisarts best alert mag zijn wanneer je iemand met een bolle buik ziet.'

### Als beste getest

In een deel van haar onderzoek bekeek Den Engelsen of er – behalve de te grote tailleomvang – nog andere simpele tests waren die het risico op het metabool syndroom kunnen voorspellen. 'Weliswaar heeft een kwart van de mensen met een te grote buikomvang het metabool syndroom, maar die andere driekwart dus niet. Dan is het makkelijk om een testje te hebben dat kan bepalen of er sprake is van al dan niet ongezond overgewicht. Ik bekeek eerst of bepaling van het hs-CRP iets opleverde, maar dat viel tegen. Er was wel een verschil zichtbaar – het hs-CRP was meer verhoogd naarmate er meer componenten van het metabool syndroom aanwezig waren – maar dat was onvoldoende om er een voorspelling op te kunnen baseren. Datzelfde gold voor de autofluorescentie van de huid. Hiervoor was net een apparaat ontwikkeld en volgens de publicaties toonde dit de mate van vaatschade bij diabetes aan. Maar bij de gezonde mensen bij wie wij hebben gemeten zagen we weliswaar een associatie, maar niet zodanig dat je er iets aan had.'

Voorlopig is de bepaling van de tailleomvang dus nog de meest waardevolle voorspeller van het metabool syndroom. Bovendien is deze 'test' gemakkelijk en erg goedkoop, zeker als je de patiënt zelf laat meten. Den Engelsen: 'Mensen bleken goed in staat de meting zelf te verrichten. En de voorspellende waarde is goed: slechts een paar van de mensen met een niet-vergrote tailleomvang hebben toch componenten van het metabool syndroom.'

### Eén jaar later

Vervolgens bekeek Den Engelsen na één jaar wat het onderzoek teweeg had gebracht in de huisartsenpraktijk. 'Bij de screening verzochten we alle mensen om zelf te bellen voor de uitslagen van het lichamelijk onderzoek en 72% van hen deed dat ook daadwerkelijk. Dat scheelde de praktijkassistente dus veel

werk. Degenen die niet belden en wel het metabool syndroom hadden, hebben we alsnog zelf gebeld. Ook bekeek ik of de patiënten al dan niet naar de controles kwamen en hoe vaak medicatie werd voorgeschreven. De administratieve last viel al met al wel mee. En de vijf deelnemende praktijken hadden samen een extra praktijkondersteuner aangenomen.'

Toch was er uiteraard wel sprake van extra werk. Den Engelsens: 'Op deze manier haal je veel nieuwe patiënten binnen en die moet je vervolgens ook goed begeleiden. Deze patiënten kregen bij het eerste consult uitleg over wat we hadden gevonden, waarom dat belangrijk was en wat ze eraan konden doen. Ze kregen adviezen over gezonder eten en meer bewegen, en zo nodig werd medicatie volgens bestaande NHG-richtlijnen voorgeschreven. Het ging dus om reguliere huisartsenzorg, maar wel bij extra patiënten.'

Ook deed Den Engelsens na één jaar dossieronderzoek naar de veranderingen bij de mensen bij wie het metabool syndroom was vastgesteld. 'Toen al was een gunstig effect zichtbaar: gemiddeld waren deze patiënten 2,1 kilogram afgevallen en 17% was gestopt met roken; landelijk was dit 1-7%.'

### Drie jaar later

Alle patiënten bij wie de screening het metabool syndroom aantoonde, werden na drie jaar opgeroepen voor een herhaling van alle metingen. Den Engelsens: 'Op praktisch alle losse componenten zagen we significante verbeteringen die ook klinisch relevant waren. Het gemiddelde gewichtsverlies was bijvoorbeeld 2,5 kilo. Bij meer dan de helft van de patiënten was er zelfs sprake van remissie: zij voldeden niet langer aan de criteria van het metabool syndroom. Alleen het glucose was gemiddeld niet significant verbeterd, maar meestal was die bij de screening ook al niet verhoogd – het was de minst voorkomende component van het metabool syndroom bij deze onderzoeksgroep. Al met al was het dus een behoorlijk zinvolle actie met relatief weinig inspanning. We hebben geen ingewikkelde dingen be-

dacht; gewone huisartsenzorg kan deze verbeteringen al teweegbrengen.'

### De patiënt zelf

Wat vonden de patiënten zelf van het onderzoek? Den Engelsens: 'We kregen veel leuke reacties van mensen die zich niet bewust waren van hun ongezonde leefstijl. Het onderzoek was voor hen dus een *eyeopener* en ze voelden zich gestimuleerd om gezonder te gaan leven. Dat was ook zo bij jonge mensen – de gemiddelde leeftijd van de mensen bij wie we het metabool syndroom constateerden was 47! – en bij hen is nog de meeste winst te behalen.'

### Landelijke screening?

Het onderzoek van Den Engelsens had dus over de gehele linie gunstige resultaten. Betekent dit dat ze vindt dat patiënten op landelijk niveau en periodiek zouden moeten worden benaderd conform haar werkwijze? 'We hebben laten zien dat deze strategie goed uitvoerbaar is en net zulke goede resultaten geeft als diverse trials met meer ingewikkelde interventies. Dat je diabetes en hart- en vaatziekten kunt voorkomen door de aanpak van het metabool syndroom staat vast. Maar of onze strategie ook kosteneffectief is hebben we niet kunnen onderzoeken. Toch neig ik ertoe ervoor te pleiten dat we dit op landelijke schaal gaan uitvoeren. Het is hoe dan ook belangrijk dat we ons als huisarts realiseren dat een te grote buikomvang echt extra risico's geeft en dat we daar dus alert op moeten zijn.'

### De eigen spreekkamer

Wat doet Den Engelsens zelf in haar spreekkamer? 'Ik denk dat ik mensen eerder aanspreek op hun overgewicht dan anderen, zeker als de gepresenteerde klachten gerelateerd kunnen zijn aan het overgewicht. Maar als er iemand tegenover me zit met oorspijn, begin ik net zo min over diens buikomvang... ook bij mij is er dus nog winst te behalen! Want ik denk dat het wel degelijk goed zou zijn als huisartsen hun patiënten op overgewicht aanspreken en de standaard *Obesitas* ondersteunt me in die mening.'

En heeft Den Engelsens nog tips voor

andere huisartsen? 'Hooguit dat het goed is om je te realiseren dat mensen met een te grote buikomvang meestal ook andere risicofactoren op hart- en vaatziekten hebben en dat we gewoon in de huisartsenpraktijk heel goed in staat zijn hier iets aan te doen met betrekkelijk weinig inspanning en gunstig resultaat.'

### Ontsporingsonderzoek

Vindt Den Engelsens dat er nog verder onderzoek nodig is naar dit onderwerp? 'Het zou misschien goed zijn om een dergelijke onderzoekspopulatie tien of twintig jaar te volgen. Want tja, ik denk nou wel dat de verbeteringen die we zagen werden veroorzaakt door mijn onderzoek, maar een echte wetenschapper zal dan zeggen dat ik dat niet heb bewezen. Dat is ook lastig. Je zou dan een controlegroep moeten hebben bij wie je wel het metabool syndroom constateert maar die je niet behandelt; dat is ethisch niet verantwoord.'

Belangrijker vind ik het dat we ons meer zouden moeten richten op het voorkómen van ontsporingen op het gebied van de gezondheid. Voor mensen bij wie het al mis is gegaan, is de zorg goed geregeld. In mijn onderzoek hebben we gekeken of we mensen al te pakken kunnen krijgen als ze net ontsporen; maar ook dat is reactief. We zouden moeten kijken naar het traject daar nog weer voor: hoe kunnen we komen tot een gezondere maatschappij zodat je voorkomt dat mensen gáán ontsporen? Dat betekent dat ook maatschappelijke initiatieven nodig zijn. Het voorkómen van ontsporing – dat gebied mogen we bij onderzoek niet overslaan.'

### Na de promotie

Den Engelsens is in februari 2013 gepromoveerd maar heeft geen hinder van het spreekwoordelijke zwarte gat. 'Er lopen nog wat projecten vanuit mijn promotieonderzoek en ik ben bezig mijn huisartsopleiding af te ronden. Daarna komt de nadruk voorlopig te liggen op het maken van een goede start als huisarts. Verder vooruitkijken wil ik nu nog niet.' ■

*Ans Stalenhoef*