Is er overbehandeling van diabetes bij ouderen?

Haio: VANDENBOSSCHE Annelies , U.G.
Promotor: CHRISTIAENS Thierry , U.G.
Praktijkopleider: Bergiers Stein

Context: Wereldwijd heeft tot een vierde van de 65-plussers diabetes. Ouder worden is een zeer complex en dynamisch gegeven. De meerwaarde van een strenge behandeling van diabetes bij ouderen boven de 65 à 70 jaar is niet bewezen. Bovendien houdt een strenge behandeling risico's vooral op hypoglycemie in. In verschillende studies is geen winst gevonden van toediening van acetylsalicylzuur (ASA) in primaire preventie bij diabetespatiënten om het gestegen cardiovasculair risico bij diabetespatiënten te vermijden. Om overbehandeling te vermijden kunnen mogelijks één of meerdere antidiabetica gereduceerd of gestopt worden.

Onderzoeksvraag: Welke groep 70-plussers komt in aanmerking voor het verminderen van een intensieve behandeling met antidiabetica van een huisartsenpraktijk in Lochristi? Wanneer wordt ASA voorgeschreven? Hoe vaak is dit in primaire dan wel in secundaire preventie? Hoe reflecteren de collegae huisartsen over 'deprescribing' bij diabetespatiënten in de huisartspraktijk.

Methode: Voor de literatuurreview zijn in totaal 47 artikels geselecteerd. Hiervan zijn er 14 richtlijnen, waarvan 7 eerstelijns. Voor de inclusie van patiënten werden 325 patiënten gescreend. In totaal werden er 71 patiënten geselecteerd, 6 ervan werden geëxcludeerd omwille van geen informed consent, overleden, verhuisd of veranderd van huisarts.

Resultaten: Resultaten observationele studie Het gemiddelde HbA1c% was 6,7%. 75,4% had een HbA1c ? 7%. ASA werd bij 14 patiënten (21,5%) in primaire preventie genomen, met als gevolg een verhoogd bloedingsrisico. 56 patiënten (86,2%) hadden te maken met polyfarmacie. In totaal waren er 35 patiënten overbehandeld (53,8%). In totaal kregen 7 overbehandelde patiënten sulfonylurea in monotherapie of insuline. Deze patiënten lopen risico op hypoglycemie. Resultaten groepsgesprek collega's 4 artsen (2 mannen, 2 vrouwen) van de praktijk waren bij het groepsgesprek aanwezig. Volgens de collega's zijn de voordelen van afbouw, naast minder medicatie-inname, meer patiëntentevredenheid en betere therapietrouw. De nadelen zijn de nood aan overtuiging en meer ondersteuning van de patiënt wat meer tijd vraagt van de arts. Voor de artsen zouden meer tijd, financiële incentives en technologische ondersteuning kunnen helpen bij de afbouw van medicatie. Discussie De overbehandelde patiënten hebben mogelijks een verhoogde kans op bijwerkingen en morbiditeit. Bij antidiabetica moet de nodige aandacht besteed worden aan kortwerkende SU en insuline omwille van het hoger risico op hypoglycemie. Bij patiënten met ernstige comorbiditeit, die vaak te maken hebben met polyfarmacie, is dit bijzonder belangrijk. De causaliteit tussen overbehandeling, hypoglycemie, valrisico en mortaliteit kan niet aangetoond worden.

Conclusie: Deze observationele studie toont aan dat overbehandeling van ouderen extra gezondheidsrisico's voor de patiënt kan inhouden. Artsen kunnen zich hier zo bewust van worden en hun beleid hierop afstemmen. Tot slot is het eenmalig herzien van medicatie bij oudere patiënten nodig, met bijzondere aandacht voor het vermijden van overbehandeling.