

## *Behoort een stage op een afdeling van intensieve verzorging van pasgeborenen een verplicht onderdeel te zijn van de opleiding tot obstetricus?*

Gaarne zou ik het pleidooi van Van der Lugt et al. willen steunen ten aanzien van het incorporeren van een stage intensive care in de opleiding tot gynaecoloog.<sup>1</sup> In feite dient deze stage niet alleen de intensive care van pasgeborenen te omvatten, maar ook die van volwassenen, zoals enige jaren al gebruik is in het ziekenhuis Leyenburg (opleider: dr. J.E.M. Evers). De assistent raakt dan niet alleen vertrouwd met de interne kant van intensive care-patiënten, maar tevens met beademingsmethoden, pijnbestrijding en diverse invasieve bewakingsmethoden. Een ander verschil met de door Van der Lugt et al. bepleite stage vormt de duur en het tijdstip, in dit geval een halfjaar aan het begin van de opleiding. Een aanbevelenswaardige toevoeging aan de opleiding.

### LITERATUUR

<sup>1</sup> Lugt B van der, Mettau JW, Wallenburg HCS. Behoort een stage op een afdeling van intensieve verzorging van pasgeborenen een verplicht onderdeel te zijn van de opleiding tot obstetricus? Ned Tijdschr Geneeskd 1984; 128: 321-2.

Den Haag, februari 1984

M.C.W. SCHOLTES

Wij zijn het met collega Scholtes eens, dat de arts-assistent in opleiding voor het specialisme Obstetrie en Gynaecologie tijdens zijn opleiding ook kennis nemen van de principes van de intensive care-bewaking en behandeling van volwassenen. Dit onderwerp viel echter buiten het bestek van ons artikel.

Rotterdam, maart 1984

B. VAN DER LUGT

J.W. METTAU

H.C.S. WALLENBURG

## *Orale antidiabetica*

Het UGDP-onderzoek (University Group Diabetes Program) naar het effect van orale bloedsuikerverlagende middelen<sup>1</sup> heeft geleid tot hevige discussies, bitse uitspraken en eenzijdige commentaren van critici<sup>2,4</sup> en van verdedigers.<sup>5-7</sup> Het weinig genuanceerde commentaar van Erkelens in dit tijdschrift<sup>8</sup> bevat een aantal onjuistheden en zou kunnen leiden tot de misvatting dat er sprake is van een objectief en niet meer ter discussie staand oordeel, in plaats van een extreem standpunt.

Wij achten het onjuist bij het al dan niet voorschrijven van orale (bloedsuikerverlagende) middelen uit te gaan van de vraag aan de patiënt: „Wilt u een normaal, dus lager, bloedsuikergehalte, of wilt u langer leven?” Ook al zou het waar zijn dat de met deze middelen behandelde patiënten niet langer leven dan patiënten die alleen dieet gebruiken (en dat is nog steeds controversieel<sup>9-11</sup>), dan nog zou men daaruit niet mogen concluderen dat „er vrijwel geen indicatie voor orale antidiabetica bestaat”.<sup>8</sup> Hoge bloedsuikergehaltes veroorzaken aanzienlijke morbiditeit en geven klachten. Dieet alleen helpt daartegen lang niet altijd. Er is een overstelpende hoeveelheid feiten die verband aantoont tussen de kwaliteit van de regeling van het bloedsuikergehalte en het optreden van neuropathie, retinopathie en

nefropathie.<sup>12,13</sup> Goede bloedsuikerregulatie is dus noodzakelijk. Daarmee lijken we nog niets te vermogen tegen de verhoogde kans op hart- en vaatziekten, die alle diabetici nog steeds hebben. Dit noopt tot verder onderzoek, maar vormt geen argument voor of tegen welk bloedsuikerverlagend regime dan ook, tenzij één zo'n regime oorzaak zou zijn voor verhoging van dit risico. Maar dat wordt na de volledige her-analyse van de oorspronkelijke gegevens door Kilo et al. niet meer aanvaard.<sup>9</sup> Het niet vermelden van deze publikatie vinden wij misleidend. De tegenargumentatie, waarmee de UGDP-onderzoekers in hun „final report”<sup>10</sup> de discussie weer geopend hebben, overtuigt ons niet, anderen wellicht wel.

Niet van insuline afhankelijke patiënten (diabetes type 2) dienen niet onnodig met orale middelen behandeld te worden, of met insuline, doch pas wanneer dieet alleen onvoldoende is gebleken. De klachten en risico's van hyperglykemie moeten evenwel bestreden worden. Wanneer dat met een dieet niet lukt, vormen de sulfonyleureum-derivaten daartoe een zeer geschikt middel, mits blijvend gecombineerd met dieet en een streven naar een zo goed mogelijk lichaamsgewicht. Tegenover de verdenking die volgens sommigen tegen orale middelen gerechtvaardigd blijft,<sup>7,10,14</sup> staat een aantal voordelen, althans van sulfonyleureum-derivaten boven insuline. Het werkingsmechanisme van orale middelen zou onduidelijk zijn<sup>8</sup>, maar wat sulfonyleureum in hoofdzaak doet, is zonneklaar: het vergroot de insuline-productie van de  $\beta$ -cel. Bij alle opgetoogtheid rond de kunstmatige humane insuline<sup>15</sup> zou men haast vergeten dat de insuline die het pancreas van de patiënt produceert, óók menselijk is. Bovendien komt het, in tegenstelling tot geïnjecteerde insuline, op de fysiologische plek terecht en de beschikbaarheid ervan in de bloedbaan wordt mede gestuurd door de bloedsuikerspiegel van het moment.

Sulfonyleureum-derivaten kunnen tot aanvallen van hypoglykemie leiden, maar dat maakt ze niet slechter dan exogene toegediende insuline.

Het is onjuist om, alle orale middelen op een hoop vegend, te stellen dat er „veelvuldig voorkomende bijwerkingen” zijn. Het wordt misleidend wanneer zo'n mededeling wordt gevolgd door het verhaal van de melkzuuracidose. Die kwam namelijk niet vaak voor en alleen bij gebruik van bepaalde biguaniden. De ernst van het ziektebeeld was reden om die middelen uit de handel te nemen. Daarna mogen ze, vinden wij, ook wat betreft de bijwerkingen niet meer meetellen.

Voor orale „antidiabetica” gelden stricte indicaties, contra-indicaties en voorzorgen net als voor ieder ander therapeutisch middel, inclusief insuline. Het is onjuist om een groep van pharmaca te verketteren op grond van een onderzoek, dat geen onweerlegbare conclusies heeft opgeleverd, zoals het UGDP-onderzoek. Dat is naar onze mening nu alleen nog interessant voor statistici en wetenschapsfilosofen, en kan verder het best worden bijgezet in de rij van grootse mislukkingen in de medische geschiedenis.

### LITERATUUR

<sup>1</sup> University Group Diabetes Program. A study of the effects of hypoglycemic agents on vascular complications in patients with adult-onset diabetes. I. Design, methods and baseline results. II. Mortality results. Diabetes 1970; 19 (suppl 2): 747-830.

<sup>2</sup> Feinstein AR. An analytic appraisal of the University Group Diabetes Program (UGDP) study. Clin Pharmacol Ther 1971; 12: 167-91.

<sup>3</sup> Schor S. The University Group Diabetes Program. A statistician looks at the mortality results. JAMA 1971; 217: 1671-5.

<sup>4</sup> Seltzer HS. A summary of criticisms of the findings and conclusions of the University Group Diabetes Program. (UGDP). Diabetes 1972; 21: 976-9.