

Presentatie 7.1

In kaart brengen van diabetes type 2 bij jongvolwassenen (34)

T.B. van Hof, E.A. Nieuwenhuijs, R.C. Vos
LUMC- Campus Den Haag, DEN HAAG

Introductie

Het ontwikkelen van DM2 op jongvolwassenen leeftijd is geassocieerd met een agressievere vorm, gekeken naar mortaliteit en morbiditeit. Juist deze groep blijkt niet optimaal van de huidige zorg te profiteren. Zij worden te weinig gescreend, onderbehandeld en krijgen te weinig ondersteuning. Om de zorg voor hen te optimaliseren is het van belang dat er een risicostratificatie van deze populatie plaatsvindt. Wij hebben daarom gekeken naar welke determinanten gerelateerd zijn aan het ontwikkelen van complicaties bij jongvolwassenen (diagnose tussen 18-45 jaar) met DM2.

Materiaal en methode

Een retrospectief, observationele studie, waarbij gebruik gemaakt is van routine (zorg)data. Data werd geëxtraheerd uit twee datasets: het Extramuraal Leidse Academisch Netwerk (ELAN)-datawarehouse en microdata van Centraal Bureau van Statistiek (CBS). Vanuit het ELAN-datawarehouse werden patiënten geïncludeerd met DM2 en een leeftijd tussen 18-45 jaar op het moment van diagnose. Selectie vond plaats aan de hand van ICPC-code T90.02/T90.00 (DM2/DM) en ATC-groep A10B (orale bloedglucose verlagende medicatie) en A10A (insuline), met alleen leefstijladvies als referentiecategorie. Sociale en medische determinanten werden aan de medische gegevens van deze patiënten gekoppeld. Een multipele logistische regressie werd uitgevoerd met complicaties als uitkomst en de sociale en medische determinanten als onafhankelijke variabelen, geselecteerd op basis van bestaande kennis en klinisch inzicht.

Resultaten

In ons cohort van 216 jongvolwassenen met DM2 ontwikkelden 27 patiënten een complicatie in de vijf jaar follow-up. Jongvolwassenen die met medicatie werden behandeld hadden een hogere odds op het ontwikkelen van complicaties dan peers met alleen leefstijladvies; A10B medicatie odds ratio (OR) 2.372 (95%BI: 0.519-10.835); behandeling met A10B en A10A medicatie OR 3.031 (95%BI: 0.556-16.535).

Dit geldt ook voor jongvolwassenen met een lage welvaart (maat voor inkomen en vermogen samen) ten opzichte van peers met een gemiddelde of hoge welvaart; gemiddelde welvaart OR 0.864 (95%BI: 0.345 -2.164) en voor hoge welvaart OR 0.507 (95%BI: 0.131 -1.970).

Het effect voor jongvolwassenen met een migratieachtergrond ten opzichte van jongvolwassenen met een westerse afkomst was niet eenduidig: Surinamers OR 1.047 (95%BI: 0.393-2.785); Turkse OR 1.458 (95%BI: 0.266-7.973); Marokkanen OR 0.716 (95%BI: 0.135 – 3.803); Overige niet westerse OR 0.890 (95%BI: 0.249-3.190).

De ROC-curve van het model toonde een AUC van 0.521 (95%BI: 0.409-0.633). Met bootstrapping techniek werd een validatiecohort gecreëerd. Het model genereerde in dat cohort een AUC van 0.613 (95%BI: 0.490-0.736).

Calibration-in-the-large liet een voorspelde kans van 10.2% zien, ten opzichte van een daadwerkelijke kans van 10%. Dit liet zien dat het model de kans op complicaties systematisch goed schat.

Conclusie

De prevalentie van jongvolwassen met DM2 is ook in Den Haag hoog. Het onderwerp vraagt om extra aandacht, met name voor jongvolwassenen die glucoseverlagende medicatie gebruiken of met weinig financiële middelen. Met dit onderzoek zijn de eerste stappen in de risicostratificatie van deze subpopulatie gemaakt. De volgende stap is om dit model op een groter cohort te valideren.

Deze studie, op basis van huisartsen data, zal de komende maanden afgerond worden. Door de samenwerking tussen CBS en ELAN kon de data gekoppeld worden. Graag zouden wij horen of huisartsen dit probleem herkennen en hoe ze hier mee omgaan.