

Behandlingsmål vid typ 2-diabetes: måtvärden, end points eller livskvalitet...?

Staffan Lindeberg är frustrerad över resultaten i United Kingdom Prospective Diabetes Study (UKPDS). (Se Läkartidningen 49/98, Begränsad effekt av diabetesmediciner...) Han diskuterar nyttan av farmakoterapi vid typ 2-diabetes, eftersom skillnaderna i diabeteskomplikationer var små eller inga alls mellan intensivbehandlade respektive konventionellt behandlade patienter. Jag förstår hans frustration. Resultaten väcker ju frågan om relevanta behandlingsmål; måtvärden (blodsocker, blodtryck, blodfetter) eller förhindrande av diabeteskomplikationer? UKPDS påvisade inget starkt samband mellan normaliserade måtvärden och minskade makrovaskulära komplikationer under 10 års uppföljningstid.

I samma nummer påpekar Peter Nilsson och Stig Attvall vikten av lipidbehandling och blodtrycksreglering samt att icke-farmakologiska behandlingsprinciper bör få en central plats i framtidens diabetesvård (läs livsstilsförändringar). Personer med typ 2-diabetes bör motionera regelbundet för att upprätthålla en god insulinkänslighet [1, 2].

De bör oftast även minska sin kroppsvikt. Detta kräver en kombina-

tion av motion och kostförändringar [3, 4]. Kost och motion är de hörnstenar i diabetesbehandlingen som vi oftast snubblar på. Det ter sig enklare för både läkare och patient att ta genvägen via mediciner som förväntas göra jobbet.

Har självklar plats i behandlingen

Farmaka har en självklar plats i diabetesbehandlingen. Dilemmat är att alla riskfaktorer/måtvärden tenderar att behandlas farmakologiskt. Medicinlistan kan bestå av 2 blodsockersänkande medel, 2–3 antihypertensiva, en blodfett-sänkande, acetylsalicylsyra och antianginös behandling, således 6–8 preparat till följd av diabetessjukdomen.

Mina patienters blodtryck och blodsockervärden ligger ofta högt trots omfattande mediciner. För att intensivifiera behandlingen vill jag veta att patienten tjänar på detta. Då duger UKPDS dåligt, eftersom resultaten avseende makrovaskulära komplikationer (slag-anfall, hjärtinfarkt, angina pectoris) på sin höjd visade icke-signifikanta tendenser till förmån för den intensivbehandlade gruppen.

Ändrad livsstil

Jag anser liksom föregående debattörer att framtidens diabetesbehandling måste fokuseras på frågan om livsstilsintervention. Prognoserna pekar mot 10 miljoner nya diabetessfall årligen under de närmaste 10 åren [5]. Främst drabbas storstädernas alltmer fysiskt inaktiva och överviktiga människor. Vår civilisation tycks bygga in diabetogena faktorer i systemet.

Diabetesvårdens utmaning ligger i att hjälpa patienter att vidmakthålla sina goda levnadsvanor. Vi behöver en pedagogik som visar att ändrad livsstil påverkar livskvalitet och sjukdomsförlopp. Primärvården borde utveckla gruppaktiviteter för sina diabetespatienter. En början kan vara att visa att lågintensiv motion som 30 minuters promenad medför en mätbar blodsockersänkning. Tjugosju av mina patienter med typ 2-diabetes promenerade tillsammans två gånger/vecka under ett år. Deras blodsocker mättes före och efter varje promenad och minskade i genomsnitt med 2,4 mmol/l.

Jag vet; det återstår att bevisa att livs-

stilsintervention kan påverka förlopp och incidens av typ 2-diabetes. Låt oss hjälpas åt med det.

Tomas Fritz

distriktsläkare, Krokomb

Referenser

- Horton ES. Role and management of exercise in diabetes mellitus. *Diabetes care* 1988; 11: 201-11.
- Zierath JR, Wallberg-Henriksson H. Exercise training in obese diabetic Patients. *Sports Medicine* 1992; 14: 171-89.
- Kaplan RM, Hartwell SL, Wilson DK, Wallace JP. Effects of diet and exercise interventions on control and quality of life in non-insulin-dependent diabetes mellitus. *Journal of General Medicine* 1987; 2: 220-8.
- Kriska AM, Bennett PH. An epidemiological perspective of the relationship between physical activity and NIDDM: From Activity Assessment to Intervention. *Diabetes/Metabolism Reviews* 1992; 2: 355-68.
- Zimmet P, McCarthy D. The NIDDM epidemic: global estimates and projections – a look into the crystal ball. *IDF Bulletin* 1995; 40: 8-16.

Ge er till känna!

Läkartidningen har som huvudregel att på insändar- och debattsidorna ej publicera anonyma insändare. Undantag kan dock göras t ex när författaren tar upp problem med viss allmängiltighet, men där ett offentliggörande av identiteten kan välla skribenten personlig skada.

Författaren kan i sådana fall uttrycka önskemål om anonym publicering. Dock måste hans eller hennes identitet vara känd av redaktionen, bl a för undvikande av förfalskade inlägg. Vidare kan redaktionen behöva nå författaren beträffande oklarheter i texten, eller för att delge eventuella repliker etc.

Redaktionen förbehåller sig rätten att avgöra om inlägget skall publiceras eller ej. Vid publicering respekteras då självfallet önskemålet om anonymitet, såväl i den tryckta texten som i kontakter med eventuellt berörda instanser eller personer, som kan behöva beredas tillfälle till kommentar.

Därför: Uppge alltid författarnamnet i följebrev eller på annat sätt, med begäran om anonym behandling. Inlägg där författaren är okänd även för redaktionen publiceras aldrig.

Red

Ofta är patientens önskan okänd. Sökning i donationsregister får endast ske efter döden. Om donationskort saknas återstår att tala med anhöriga. Welin uppfattar detta som alltför brutalt. Men att starta intensivvård utan att ta reda på den sjukas inställning kan ju få till följd att man går emot den sjukas önskningsar. Att inte tillfullo klargöra syftet med behandlingen innebär ju dessutom att man ger anhöriga falskt hopp. Enligt min erfarenhet är öppenhet och ärlighet bäst i längden. Frågan är brutal, hela situationen är brutal. Beslut om respiratorvård måste fattas under tidspress: minuter–timmar. Men även i vanliga fall föreligger tidspress. Rekommendationen är att donation skall ske inom 24 timmar efter döden. Tidsskillnaden handlar i praktiken alltså om ett antal timmar.

Karin Olofsson

överläkare,

anestesi- och intensivvårdskliniken,
Lasarettet, Helsingborg