

Inte förhastat att införa nya kriterier för diabetes mellitus

Det har varit intressant att följa debatten kring de nya gränsvärdena, epidemiologerna runt i världen har protesterat vilt och krävt evidensbaserade studier. Om vad? Det finns tillräckligt underlag redan idag för att inse att en diagnos baserad på ett fB-glukos (6,7 mmol/l) är en för sent ställd diagnos. Kritiken till trots är de nya gränsvärdena introducerade och implementerade i de flesta länder och har förankrats hos läkarna i Sverige. Det vore mycket olyckligt för Sverige att ställa sig utanför.

Richard Forrest presenterar en intressant tolkning av min artikel kring nya diagnoskriterier [1], och presenterar ett antal argument mot ändring av de gamla WHO-kriterierna från 1985. Interpretationen och samtliga argument kan ifrågasättas på goda grunder.

Hyperglykemi har samband med makrovaskulär sjukdom

Ingenstans sägs att tidigt insatt behandling kan förhindra makrovaskulär sjukdom. Det här har inte varit ett argument för att sänka de diagnostiska blodglukosnivåerna. Däremot är det sannolikt att en tidigare diabetesdiagnos skapar bättre förutsättningar för insättandet av annan behandling, t ex lipidsänkande och blodtryckssänkande behandling. De flesta studier har visat att just diabetiker bäst drar nytta av sådan behandling. Det finns ett rätt klart samband mellan hyperglykemi och makrovaskulär sjukdom [2, 3], även om effekten av glukos är liten jämfört med andra riskfaktorer som rökning, lipidrubbingar m m. Det återspeglas också av att ingen

studie kunnat visa en signifikant minskning i makrovaskulär sjukdom genom enbart blodglukossänkande behandling.

Blir glukosbelastningar onödiga?

Märk väl, ADA (American diabetes association) [4] men inte WHO [4] har förkastat glukosbelastningarna. Det kommer säkert alltid att behövas glukosbelastningar, i synnerhet inom forskningen. Men det främsta argumentet för att sänka blodglukosnivån var pragmatiskt, en mycket ringa del av diabetesdiagnoserna i världen ställs med hjälp av en glukosbelastning. Sensitivitet och specificitet i all ära, men i praktiken progredierar så gott som alla patienter med ett fB-glukos >6,1 mmol/l till diabetes enligt gamla kriterier. Ett mycket viktigt argument som inte skymtat i sammanhanget är att värdet 6,1 mmol/l sammanfaller med »toppen» på insulinsekretionens Starlingkurva, därefter ser man en tydlig dekomensation av insulinsekretionen. Diabetes är en endokrin sjukdom som beror på brist på ett hormon, denna brist yppar sig tidigare än vid fB-glukos >6,7 mmol/l. Är det inte rätt logiskt att definiera en endokrin sjukdom som diabetes enligt bristen på insulin? Den andra störningen, insulinresistens, är manifesterad ännu tidigare.

Konsekvenser av en sänkning av fastebloodglukos

Mycket riktigt kommer antalet diabetiker att öka ca 25 procent om man gör populationsbaserad screening för diabetes. Den främsta ökningen sker dock i åldern 70+. Nu bedrivs sådan screeningverksamhet på mycket få ställen. Därför är den mest realistiska siffran att vi kommer att som mest se ca 10 procent fler diabetiker. Bestämning av fB-glukos hos högriskpersoner i medelåldern bör få större utrymme än tidigare inom primärvården.

Resurserna finns om vi fokuserar rätt

Det är inte diabetiker i åldern 70+ man vill nå, däremot är prognosen för en 40–50-åring med ett fB-glukos >6,1

mmol/l extremt dålig, kanske lika dålig som för en cancerpatient. Det är de här målgrupperna primärvården skall rikta in sig på.

De flesta diabetesdiagnoserna ställs på äldre personer

Mycket riktigt kommer de flesta nya diabetesdiagnoser att ställas hos äldre överviktiga personer. Det betyder inte att vi skall sätta in medikamentös behandling hos alla äldre personer. Däremot tar ingen skada av att minska på sitt kaloriintag. Målgruppen bör självfallet bli högriskpersoner i medelåldern (personer med stark familjär belastning).

Referenser

1. Groop L. Ny diagnostik och klassifikation av diabetes. Läkartidningen 1998; 95: 5151-5.
2. Balkau B, Shipley M, Jarrett RJ, Pyörälä K, Pyörälä M, Forhan A et al. High blood glucose concentration is a risk factor for mortality in middle-aged nondiabetic men. Diabetes Care 1998; 21: 360-6.
3. Laakso M. Hyperglycemia and cardiovascular disease in type 2-diabetes. Diabetes 1999; 48: 937-42.
4. The Expert Committee on the diagnosis and classification of diabetes mellitus: Report of the Expert Committee on the diagnosis and classification of Diabetes mellitus. Diabetes Care 1997; 20: 1183-97.
5. Alberti KGMM, Zimmer PZ for the WHO consultation. Definition, diagnosis and classification of diabetes mellitus and its complications. Part 1: Diagnosis and classification of diabetes mellitus. Provisional report of a WHO consultation. Diabetic Medicine 1998; 15: 539-55.

Socialstyrelsen har nyligen fastställt de riktlinjer som skall gälla i Sverige. Huvudpunkterna sammanfattades och konsekvenserna diskuterades i en medicinsk kommentar i Läkartidningen 38/99. Kommentaren avslutar serien om diabetes, en serie som snart kommer i särtryck.

Författare

LEIF GROOP

professor, endokrinologiska kliniken, Universitetssjukhuset MAS, Malmö.