

Oklart om egen blodsockermätning förbättrar metabol kontroll hos patienter med typ 2-diabetes

II Egenmätning av blodsocker framhålls ofta som en hörnsten vid behandling av diabetes, både typ 1 och typ 2. Förhoppningen är att sådan mätning ska ge patienterna återkoppling och leda till justering av farmakologisk behandling, kost och motion samt minska riskerna för farliga hypoglykemier. Detta bör då avspeglas i förbättring av den glukosmetabola kontrollen, mätt som HbA1c och även i ökad livskvalitet för att slutligen omsättas i lägre risk för mikro- och makrovaskulära komplikationer samt minskad mortalitet.

Under år 2000 förskrevs testremisor för blodglukosmätning till ett pris av 423 miljoner kr i Sverige varav hela 196 miljoner kr berörde patienter 65 år eller äldre, dvs till allra största delen patienter med typ 2-diabetes. Urinstickor för glukostestning har nästan försvunnit helt och såldes för endast drygt en miljon kronor. Men uppnår vi verkligen målsättningen med egentestningen eller kunde patientens och sjukvårdens insatser användas bättre?

Engelska forskare redovisade nyligen en systematisk sammanställning av de åtta studier som randomiserat typ 2-diabetiker till egentest av blod- eller urinsocker eller till ingen testning alls [1]. Patienterna var i 60-årsåldern och behandlades med kost eller peroral preparat, endast en studie inkluderade insulinbehandlade. Studierna var alltför små för att ha statistisk styrka för att påvisa skillnader i HbA1c mindre än 0,5 procent och uppföljningstiderna var korta

med stora bortfall. Endast en av studierna påvisade en signifikant, men blygsam, reduktion av HbA1c och vid en metaanalytisk sammanvägning av fyra studier (285 patienter) var glykerat hemoglobin 0,25 procent lägre (95-procents konfidensintervall -0,6 till 0,1) i gruppen med regelbunden egenmätning jämfört med dem som inte mätte socker. Tre studier med 278 patienter jämförde mätning av sockernivåerna i urin med mätning i blod men fann ingen skillnad i glykerat hemoglobin. Man fann inga skillnader i förekomst av hypoglykemi, livskvalitet, välmående eller vikt mellan dem som mätte socker och dem som inte alls testade.

De bakomliggande studierna var generellt av dålig kvalitet och resultaten har breda konfidensintervall, varför man inte kan utesluta vare sig en gynnsam förbättring eller en skadlig försämring av HbA1c-nivåerna. Resultaten är dock i överensstämmelse med två tidigare översikter i frågan. Det bör betonas att utvärdering av enskilda komponenter inom så komplexa interventioner som diabetesvård är mycket svårt och att forskningsmetoderna behöver utvecklas. Ändå drar författarna slutsatsen att det inte finns anledning att uppmantra patienterna att köpa dyra testapparater eller utnyttja viktig mottagningstid till att lära patienterna testa och analysera deras resultat. Den sjukvårdsekonomiska aspekten är ju inte heller försumbar.

Man kan bara instämma i deras krav på en stor randomiserad studie med lång

varaktighet för att utröna effekterna av egentest, inte bara på blodsockerbalans utan även på komplikationer, hälsorelaterad livskvalitet och hälsoekonomi. En sådan studie bör ha en väl standardiserad utbildnings- och träningskomponent och inkludera en majoritet insulinbehandlade patienter med typ 2-diabetes. Är det någon av testremsefabrikanterna som är beredd att initiera denna studie?

I detta sammanhang vill jag peka på ett mycket välskrivet och koncist debattinlägg till stöd för en vård av typ 2-diabetiker som verkligen vilar på en solid vetenskaplig grund, dvs huvudsakligen randomiserade och kontrollerade studier [2]. Richter och Berger från WHO's Collaborating Centre for Diabetes och Cochranes diabetesgrupp pekar på en mångfald obesvarade frågor, t ex nyttan av de nya preparaten som speciellt ska påverka postprandiella blodsockerstegringar, ett hitintills helt obevisat surrogatmått.

1. Coster S et al. Self-monitoring in type 2 diabetes mellitus: a meta-analysis. *Diabet Med* 2000;17:755-61
2. Richter B, Berger M. Randomized controlled trials remain fundamental to clinical decision making in type II diabetes mellitus. *Diabetologia* 2000;43:528-32

Till slut ...

II För ett år sedan startade Läkartidningens satsning på evidensbaserad medicin. För detta ändamål avsatte vi var fjärde vecka uppslaget Nya Rön till korta presentationer av bra och kliniskt relevanta systematiska översikter och viktiga EBM-artiklar.

Avsikten var att visa vilken nytta man som vanlig kliniker har av att tänka och agera evidensbaserat (glöm inte att ställa frågan »Show me the evidence«!), samt visa på den rikedom av valid medicinsk kunskap som ryms i systematiska översikter; från Cochrane, HTA-organisationer och tidskrifter. Efter 11 uppslag och presentation av drygt 50 översikter inom vitt skilda områden avslutar vi denna specialutgåva av Nya Rön.

Jag tackar mina medförfattare och sammanfattar det ofta nedslående budskapet att den nuvarande vetenskapliga basen för klinisk medicin ofta är bräcklig och sällan ger stöd för så tvingande rekommendationer som vi möter i vårdprogram och riktlinjer. Lösningen är inte i första hand fler metaanalyser utan att klinisk forskning sker med bättre metoder, större patientgrupper, längre uppföljningar och att effekten mäts med mått som är relevanta för patienten. Det är centralt med forskningsfrågeställningar som inte styrs av industrins lanseringsbehov men som utgår från ett patientperspektiv.

EBM-serien fortsätter dock året ut med

artiklar om surrogatmått, klass-effekter och hur man kritiskt läser artiklar om livskvalitet, hälsoekonomi, diagnostik och metaanalyser. Vi hoppas också kunna presentera etiska och idéhistoriska aspekter på evidensbaserad medicin. Självklart välkomnar vi fortfarande egna referat av bra EBM-litteratur men även artiklar som kan problematisera evidensbaserad medicin från egna kliniska erfarenheter och funderingar över vad som kommer efter evidensbaserad medicin.

Mats Eliasson
medicinsk redaktör
evidensbaserad medicin