

Dagens målvärden vid diabetes inte självklara för äldre-äldre

Säkerhetsrisk med alltför strikt blodsockerkontroll



PETER FORS, överläkare, medicinkliniken, Alingsås lasarett
peter.fors@vgregion.se

Målen för HbA_{1c}, blodtryck och lipider har skärpts år från år; i dag är målvärdena för HbA_{1c} 5–6 procent, blodtryck 130/80 mm Hg och S-kolesterol <4,5 mmol/l.

Som kliniskt aktiv läkare inser man att dessa mål kan innebära risker och försämrad livskvalitet för äldre patienter. Förvånansvärt få studier har gjorts på denna stora och vårdkrävande patientgrupp. När vi arbetade fram ett vårdprogram i Västra Götaland 2008 kunde vi inte hitta ett enda vårdprogram i hela världen för patienter över 80 år.

I veckans nummer av Läkartidningen presenterar Carl Johan Östgren et al en studie från Östergötland som undersökt fördelar och nackdelar med att minska eller sätta ut diabetesläkemedel för patienter i särskilt boende med typ 2-diabetes.

I studien visas att inte mindre än 69 procent av patienterna som hade HbA_{1c} <6,0 procent (medel 5,2 procent) hade minst en hypoglykemiepisod under en observationstid på 3 dygn; 50 procent av hypoglykemierna inträffade dessutom nattetid.

Under en observationstid på 3 månader prövade man sedan att sätta ut all peroral behandling och minst halvera insulinoserna. Endast 4 patienter (12,4 procent) fick avbryta på grund av hyperglykemi (högsta P-glukos 18,3 mmol/l); 2 patienter avled och 2 avbröt.

Totalt 75 procent kunde fullfölja studien, och hos dem steg HbA_{1c} från 5,2 till 5,8 procent.

Tre stora studier visar på riskerna

Svår hypoglykemi (insulinkoma) kan vara ett livshotande tillstånd hos yngre patienter och innebär en ännu större

risk för äldre patienter som inte kan reagera adekvat på sina symtom. Hypoglykemisymtom ökar risken för falltrauma och kan förväxlas med kognitiva störningar, vilket kan föranleda behandling med psykofarmaka på felaktig indikation.

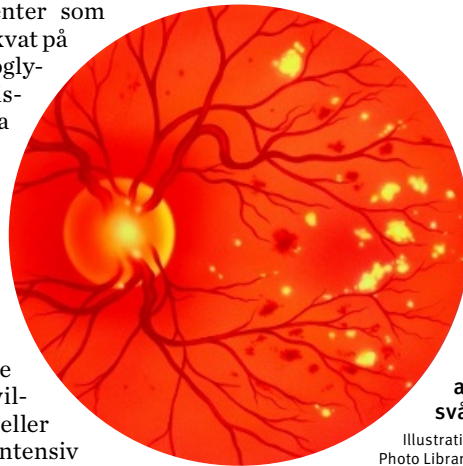
Under det senaste året har tre större studier publicerats, vilka pekar på risker eller utebliven effekt av intensiv blodsockersänkning hos kärlsjuka patienter mellan 60 och 70 år.

ACCORD-studien (Action to control cardiovascular risk in diabetes study) [1] (10 251 patienter, snittålder 62 år, diabetesduration 10 år och hög risk för eller manifest hjärt-kärlsjukdom) fick

avbrytas efter 3,5 år på grund av 20-procentigt ökad mortalitet i den grupp där HbA_{1c} sänktes till 5,1 procent (alla HbA_{1c}-värden är översatta till svensk Mono-S-standard). Det är inte klart varför. Tänkbara orsaker är en alltför snabb sänkning av HbA_{1c} (1 procent per månad) med flera olika läkemedel eller ökad förekomst av hypoglykemier. Insulinkoma som

föranledde inläggning på sjukhus inträffade hos 10 procent i den intensivbehandlade gruppen, vilket var tre gånger så vanligt som i kontrollgruppen.

ADVANCE-studien (Action in diabetes and vascular disease: preterax and diamicron modified release controlled evaluation) [2] (11 140 patienter, snittålder 66 år, diabetesduration 8 år, 30 procent med kärlsjukdom): Under 5 års intensivbehandling till HbA_{1c} 5,5 procent uppnåddes ingen minskad kardiovaskulär mortalitet eller morbiditet, däremot minskad risk för nefropati.



Att minska risken för senkomplikationer, till exempel retinopati, är inte det främsta målet hos äldre diabetiker. Här gäller i stället att undvika risken för svår hypoglykemi.

Illustration: John Bavosi/Science Photo Library

VADT-studien (Veterans affairs diabetes trial) [3] (1 700 patienter, snittålder 60,4, diabetesduration 11,5 år och 40 procent med kärlsjukdom) siktade på HbA_{1c} 5,9 procent i intensivgruppen och 7,4 procent i kontrollgruppen. Efter 5,6 års uppföljning uppnåddes ingen skillnad avseende mikro- eller makrovaskulär sjukdom eller död.

Längre uppföljningstider behövs

Troligen behövs längre uppföljningstider för att påvisa positiva effekter vad gäller risken för kardiovaskulär sjukdom. De senaste åren har långtidsdata publicerats från DCCT/EDIC-studien (Diabetes control and complications trial/Epidemiology of diabetes interventions and complications) [4], UKPDS (UK prospective diabetes study) [5] och Steno-2-studien [6]. Gemensamt för dessa är att man kan påvisa långtidseff

SAMMANFATTAT

Alla äldre patienter måste ha ett individuellt mål för blodsockervärden, där man i första hand bör väga in patientens livskvalitet, säkerhetsaspekter (främst riskerna för hypoglykemi) och nutritionsstatus.

Alltför ambitiösa blodsockermål innebär stora risker men inga säkra vinster för patienten.

fekter av tidig och strikt blodsockerkontroll, vilket talar för att i så stor utsträckning som möjligt försöka »normalisera« blodsockernivåerna hos yngre och medelålders typ 1- och typ 2-diabetiker.

Riktlinjer avseende patienter med en biologisk ålder över 80 år med en beräknad återstående livslängd mellan 2 och 5 år måste ha andra mål än att minska risken för »senkomplikationer«. Vi har troligtvis marginella vinster av strikt blodsockerkontroll.

En stor andel av de patienter som vi i dag behandlar för typ 2-diabetes skulle på grund av ålder, andra sjukdomar och övriga läkemedel ha exkluderats från de studier som ligger till grund för nuvarande rekommendationer avseende HbA_{1c}, blodtryck och lipider.

Mål vid biologisk ålder över 80 år

Mot bakgrund av ovan refererade studier föreslår jag följande målsättningar för blodsockerkontroll för en patient med biologisk ålder över 80 år:

- Tillräckligt med energi (20–30 kcal/kg kroppsvikt/dygn) i form av välsmakande, aptitlig och näringstät mat.
- Besluta därefter om HbA_{1c}- och blodsockermål, som måste sättas individuellt.
- Behandlingen måste minimera riskerna för hypoglykemi.

- Vid behandling med läkemedel som kan orsaka hypoglykemi (insulin och sulfonylureapreparat) bör man eftersträva HbA_{1c} över 6 procent.

- HbA_{1c}-värdet upp emot 7–8 procent är fullt acceptabla i frånvaro av tecken på katabolism (viktnedgång och minskad muskelmassa trots adekvat födo-intag).

- Undvik sulfonylureapreparat på grund av risk för långdragna och svåra hypoglykemier.

- Undvik metformin (risk för laktatacidosis) vid nedsatt njurfunktion (GFR <60 ml/minut, kreatinin >130 µmol/l för män och >115 µmol/l för kvinnor).

- Använd helst medellångverkande NPH-insulin i en- eller tvådos. Vid hypoglykemiproblem är det troligen bättre att minska doserna än att byta till Lantus eller Levemir, som har marginell effekt på hypoglykemirisken till en dubbel så hög kostnad.

- Undvik direktverkande insulin och »insulin vid behov« vid tillfälligt höga blodsockervärden hos en opåverkad patient.

Oklara mål för blodtryck och lipider

En liknande diskussion krävs kring målen för blodtrycksbehandling och lipidbehandling. Ytterst få studier är utförda. HYVET-studien (Hypertension in the very elderly trial), som är gjord på i övrigt relativt friska patienter över 80

år, drar slutsatsen att ett systoliskt blodtrycksmål på 150 mm Hg kan vara av värde, under förutsättning att det inte uppträder problem med ortostatism [7].

Ingen studie har ännu visat att statinbehandling av patienter över 75 år medför längre överlevnad.

■ *Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.*

REFERENSER

1. Action to Control Cardiovascular Risk in Diabetes Study Group, Gerstein HC, Miller ME, Byington RP, Goff DC Jr, Bigger JT, Buse JB, et al. Effects of intensive glucose lowering in type 2 diabetes. *N Engl J Med.* 2008;358:2545-59.
2. ADVANCE Collaborative Group, Patel A, MacMahon S, Chalmers J, Neal B, Billot L, Woodward M, et al. Intensive blood glucose control and vascular outcomes in patients with type 2 diabetes. *N Engl J Med.* 2008;358:2560-72.
3. Duckworth W, Abraira C, Moritz T, Reda D, Emanuele N, Reaven PD, et al; VADT Investigators. *N Engl J Med.* 2009;360:129-39.
5. Holman RR, Paul SK, Bethel MA, Matthews DR, Neil HA. 10-year follow-up of intensive glucose control in type 2 diabetes. *N Engl J Med.* 2008; 359:1577-89.
6. Gaede P, Lund-Andersen H, Parving HH, Pedersen O. Effect of a multifactorial intervention on mortality in type 2 diabetes. *N Engl J Med.* 2008;358:580-91.

Sommaradress?

Om du vill ta med Läkartidningen på semestern, anmäl då detta en vecka före aktuell vecka, dock senast den 15 juni.

Tel: 08-790 33 41

Fax: 08-20 21 50

E-post: pren@lakartidningen.se

