

Nya diabetesrekommendationer kan inte okritiskt anammas av svensk primärvård

Framtida behandling av hyperglykemi vid typ 2-diabetes presenteras i ett gemensamt konsensusuttalande från American Diabetes Association och European Association for the Study of Diabetes. Det går dock inte att direktöversätta algoritmens rekommendationer på de svenska förhållandena utan en genomgripande diskussion.

Nyligen publicerades en artikel om behandling av hyperglykemi vid typ 2-diabetes samtidigt i Diabetologia [1] och i Diabetes Care [2]. Artikeln är ett gemensamt konsensusuttalande från American Diabetes Association (ADA) och European Association for the Study of Diabetes (EASD) och har som författarnamn mycket inflytelserika diabetologer, såsom Holman (UKPDS-studien), Heine (the Hoorn study, Holland), Zinman (Toronto), Davidson (redaktör för Diabetes Care) och några professorer från USA. David Nathan (DCCT-studien) är försteförfattare. Artikeln kommer därför att få ett stort inflytande på framtida behandling av typ 2-diabetes.

I artikeln ges förslag på behandling, en algoritm, av hyperglykemi vid typ 2-diabetes på grundval av nya rön och kunskaper. I Sverige planeras för närva-

rande en revidering av de nationella riktlinjerna för typ 2-diabetes (Läkartidningen 35/2006, sidorna 2462-6), också baserad på de nya kunskaper som kommit fram de senaste åren.

Svensk förening för diabetologi har lagt ett förslag som strävar till preprandiala plasmaglukosvärden kring 6 mmol/l och postprandialt 8 mmol/l samt HbA_{1c} 5 till 6 procent, men för personer där man enbart vill åstadkomma god livskvalitet upp till 8 procent.

Livsstilsförändring. Av artikeln i Diabetologia och Diabetes Care, som framför allt berör de ungefär 80 procent av nydebuterade typ 2-diabetiker som är överviktiga, framkommer en defaultism inför möjligheterna till framgångsrik livsstilsintervention. Därför rekommenderas insättande av metformin direkt vid diagnos i dosen 1 g per dag med upptrappning till 2 g per dag inom 5-7 dagar tillsammans med livsstilsintervention. De svenska rekommendationerna är att starta med livsstilsförändring (Socialstyrelsen; Nationella riktlinjer 1999, sidan 52, de senast publicerade riktlinjerna samt Läkemedelsverkets rekommendation 2000), och om dessa inte ger önskvärt resultat bör farmakologisk terapi sättas in. I praktiken brukar detta ske inom 3-6 månader.

I algoritmen utvärderas den initiala behandlingen inom 2-3 månader, och den önskvärda metabola kontrollen är satt till HbA_{1c} högst 5,9 procent. (Mono-S-värde omräknat från DCCT-värdet 7 procent, kemikliniken, Karolinska Universitetssjukhuset. Mono-S-metoden är den svenska metoden för att ange HbA_{1c} och ger cirka en procentenhet lägre värden än omvärldens DCCT-metod. Försättningsvis anges enbart Mono-S- HbA_{1c}.) Därefter insätts ytterligare åtgärd för att sänka glukosnivån, såsom sulfonylurea, glitazon eller insulin. Däremot rekommenderas inte i första hand glinider (nateglinid, repaglinid) samt alfaglukosidashämmare på grund av deras lägre glukossänkande effekt, begränsade kliniska data och högre kostnad.

Vilken terapi som väljs beror framför allt på kravet på effektiv glukossänkning, där insulin föredras vid hög glukosnivå



Foto: IBL

De nya rekommendationerna om behandling av hyperglykemi vid typ 2-diabetes vänder sig i första hand till en amerikansk publik med en befolkning som är både yngre och tyngre än den svenska och där livsstilsförändringar har svårare att få genomslag. Rekommendationerna kan därför inte okritiskt och utan diskussion översättas till svenska förhållanden, anser författarna.

och symptom (HbA_{1c} >7,4 procent), och perorala medel vid lägre glukosnivå (HbA_{1c} <6,4 procent). Det framkom dock att det i övrigt inte fanns stark konsensus kring vilket av de tre preparaten som skulle väljas.

Är däremot HbA_{1c} >8,8 procent, faste-värdet >13,9 mmol/l och tillfälliga glukosmätningar konstant >16,7 mmol/l eller vid ketonuri eller symptom bör dock insulin sättas in omgående, då en del av dessa individer har typ 1-diabetes. Andra kan ha typ 2-diabetes med låg insulinproduktion.

Insulinterapin rekommenderas att starta med kvälls-NPH-insulin, alternativt långverkande insulin morgon eller kväll, 0,2 E/kg kroppsvikt. Insulindosen titreras under 2-3 månader för att komma ner till fastglukos 3,89-7,22 mmol/l och ett HbA_{1c} <5,9 procent. Därefter insätts, om målet inte uppfylls, som nästa steg direktverkande insulin till måltid, givet till en måltid i taget, baserat på prov tagna före måltid, alternativt morgon-NPH-insulin. Upptrappningen av insulindosen rekommenderas pågå under 3 månader. När väl önskvärd glukosnivå uppnåtts kan insulinbehandlingen, om det är möjligt, bytas till premixinsulin om proportionerna mellan insuliner är jämförbara. Är HbA_{1c}-nivån fortfarande hög justeras måltidsinsuli-



ALEXANDRE WAJNGOT

docent, Landstingets undervisningscentrum för diabetes (LUCD), Stockholms läns landsting alexandre.wajngot@sl.se



JONAS TOVI

med dr, distriktsläkare; båda vid Centrum för allmänmedicin, Huddinge (CeFAM)

net med glukosmätningar 2 timmar efter måltid.

Som alternativ till insulinbehandling och vid lägre glukosnivå ($HbA_{1c} < 6,4$ procent) ges sulfonylurea först, och där efter adderas glitazon, alternativt glitazon initialt med tillägg av sulfonylurea, till samma målnivå. Man anger som sista steg, och när glukosnivån är nära målet, dvs vid $HbA_{1c} < 6,9$ procent, att använda en kombination av intensiv insulinbehandling, metformin och eventuellt glitazon. Sulfonylurea sätts ut i samband med insättning av direktverkande insulin. Det är dock inom EU fortfarande kontraindicerat att kombinera insulin och glitazon.

Majoriteten av typ 2-diabetiker diagnostiseras och behandlas i svensk primärvård. Ungefär hälften av individer med diabetes är äldre än 65 år (Folkhälso- rapport, Socialstyrelsen, 2005). Vi får uppfattningen att artiklarna i Diabetologia och Diabetes Care i första hand vänder sig till en amerikansk publik med en befolkning som är både yngre och tyngre än vår, och där livsstilsförändring har svårare att få genomslag. Man ser i arbetena att kriterierna bygger på glukoskoncentrationer som anges i mg/dl, vilket stöder vårt antagande och ger något absurda glukoskoncentrationer i mmol/l.

Som representanter för primärvården vill vi betona en del av de skillnader som föreligger mellan de amerikanska behandlingsföreläggarna och dagens svenska rekommendationer. En viktig skillnad är att sätta in metformin tillsammans med livsstilsförändringar som första åtgärd redan vid diagnostillfället. Detta kommer att medikalisera diabetessjukdomen och degradera livsstilens stora betydelse för utvecklingen av typ 2-diabetes och är därför mindre lämpligt ur en pedagogisk synvinkel. Vi tycker därför att man kan fortsätta att rekommendera livsstilsförändring som första terapi under en kortare period till personer med lätt stegrad glukosnivå.

Målnivån är angiven till fastglukos 3,89–7,22 mmol/l. Definitionsmässigt är den lägre nivån hypoglykemi. Även detta ger en känsla av att man i första hand vänder sig till en amerikansk överviktig diabetespopulation där risken för hypoglykemi är mindre än den är i Sverige med en äldre population. Visserligen måste glukosnivån alltid individualiseras, men ett riktmärke på fastglukos i plasma på 6 mmol/l, som rekommenderas av Svensk förening för diabetologi (2006), är att föredra.

I algoritmen rekommenderas att, om insulinbehandling anses indicerad, ge måltidsinsulin redan efter 4–6 månader, vilket också stöder vårt antagande att man vänder sig till en yngre befolkning. I svensk primärvård används oftare, på grund av åldersfördelning och behandlingsrutiner, medellångverkande och mixinsuliner.

Vad gäller glitazoner har de i våra ögon fått en alltför framträdande plats i behandlingen, och endast i ett av de sista styckena i artikeln upplyses läsaren om att glitazon och insulin i kombination är kontraindicerat inom EU.

Det som är positivt med algoritmen är att man betonar vikten av att snabbt uppnå målvärde för HbA_{1c} för att minska utveckling och progress av mikrovaskulära komplikationer. I Nationella diabetesregistret ser vi att enbart 49 procent av tablettbehandlade typ 2-diabetiker i primärvården under 2005 nådde

ett HbA_{1c} -värde under 6 procent. Däremot tycker vi att man inte okritiskt och utan diskussion ska acceptera rekommendationerna i detta betydelsefulla arbete och att man därför inte kan direktöversätta algoritmens rekommendationer på de svenska förhållandena utan en genomgripande diskussion. Vi välkomnar därför ytterligare inlägg i diskussionen.

■ *Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppvärd.*

REFERENSER

1. Nathan DM, Buse JB, Davidson MB, Heine RJ, Holman RR, Sherwin R, et al. Management of hyperglycaemia in type 2 diabetes: A consensus algorithm for the initiation and adjustment of therapy. *Diabetologia*. 2006;49:1711–21.
2. Nathan DM, Buse JB, Davidson MB, Heine RJ, Holman RR, Sherwin R, et al. Management of hyperglycaemia in type 2 diabetes: A consensus algorithm for the initiation and adjustment of therapy. *Diabetes Care*. 2006;29:1963–72.

Depomedrol intramuskulärt utmärkt och användbart inom reumatologin

■ Lars Gottberg avråder från användande av Depomedrol nu när pollenssäsongen står för dörren [1].

Som reumatolog kan jag inte ha några synpunkter på värdet av Depomedrol intramuskulärt som åtgärd vid behandling av allergiska besvär. Däremot kan jag förmedla en helt annan erfarenhet av effekt och biverkningar vid behandling av kronisk artrit.

Depomedrol intramuskulärt är ett utomordentligt värdefullt hjälpmedel som tillfälligt komplement till övrig farmakoterapi vid skov. Det är också enligt min erfarenhet (vi ger mer än 1 000 sådana injektioner per år vid vår mottagning) en praktiskt taget biverkningsfri åtgärd om vi diskuterar enstaka injektioner till enskild patient.

Upprepade Depomedrolinjektioner, 80 mg im, var 4–5 vecka till en och samma patient, ger efter något år samma biverkningsmönster som annan långvarig lågdos steroidregim, men lokala eller omedelbara negativa effekter av det slag som Lars Gottberg refererar till är ytterst sällsynta på vår mottagning.

Ido Leden

överläkare, reumatologsektionen,
medicinkliniken, Centralsjukhuset,
Kristianstad
ido.leden@telia.com

REFERENSER

1. Gottberg L. Stick iväg Depomedrol! *Läkartidningen*. 2007;104:885.

Text om balanit kommer att justeras

■ Vi tackar Bengt Järhult för hans synpunkter rörande balanitbehandling (*Läkartidningen* 10/2007, sidorna 800–1). Då »Praktisk Medicin« bygger på erfarenhetsutbyte mellan kollegor är vi tack samma för alla synpunkter – även direkt till oss! Vi kommer i nästa utgåva att justera texten.

Vi nås enklast på:
info@praktiskmedicin.com

Lars-Olof Medin
Ralph Peekers
Mikael Sahlquist
samtliga leg läkare;
Praktisk Medicin