

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 insättande 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 behandlingsförslagen 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 diabetesjukdomen 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. Där emot 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 uppvivna.*

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 Peeker
Mikael Sahlquist
samtliga leg läkare;
Praktisk Medicin