

Brev til redaksjonen:

For sterkt fokus på glykemisk kontroll

I spalten «Tips til praksis» i Utposten nr 1/2009 slår kollega Ragnar Rabe til lyd for å igangsette insulin behandling hvis HbA1C er over syv prosent. Jeg betviler ikke at dette kan være i overensstemmelse med retningslinjedokumenter. Men er det klokt? Et stort antall av dem som har diabetes type 2 er personer over 70 år. Hovedsiktemålet med behandlingen i høy alder er å fremme livskvalitet og behandle subjektive symptomer knyttet til sykdommen. Det må være fullt forsvarlig å anvende høyere grenseverdier hvis pasientene er godt symptomregulert. I stedet brukes i dag store ressurser blant annet i hjemmesykepleien til monitorering og insulininjeksjoner, og behandlingen er av tvilsom nytteverdi. At grenseverdien flyttes fra 7 til 9 ved fylte 80 år, slik Rabe foreslår, er et berettiget uttrykk for at vi må anvende en pragmatisk tilnærming i behandlingen av type 2 diabetes.

Jeg er klar over at overdreven skepsis mot bruk av insulin ikke er berettiget. Slik behandling reduserer mikrovaskulære komplikasjoner (1). Men å ha for sterkt fokus på forebygging av slike komplikasjoner er mangelfullt.

Behandling av type 2-diabetes bør heller ta sikte på å forebygge makrovaskulære komplikasjoner. Der er solid dokumentasjon både på at slike komplikasjoner er tallmessig viktigst og medfører størst mortalitet og morbiditet. Det er også dokumentert hvordan slike komplikasjoner kan forebygges med metformin, acetylsalisylsyre, blodtrykksbehandling og statiner (2, 3). I forhold til slike intervensjoner, har insulin sannsynligvis bare marginal nytteverdi.

Mange klinikere har et for sterkt fokus på glykemisk kontroll i behandlingen av type 2-diabetes. Praksisregistreringer i norsk allmennmedisin tyder på at selv røykende type 2 diabetikere behandles inadekvat med acetylsalisylsyre og/eller statin (4), med en viss forbedring i nyere studier.

Insulinbehandling ved type 2-diabetes fører nesten alltid til vektøkning (1). Ofte er dette pasienter som er immobilisert av høy vekt og vektrelaterte kroppslige plager som for eksempel artrose, fra før av. Ofte brukes store ressurser i hjemmesykepleie til insulinbehandling og blodsukkerover-

våking av geriatrike pasienter, som ikke er i stand til å iverksette slik behandling selv.

I tillegg til slike betenkeligheter kommer resultatene fra ACCORD, ADVANCE og VADT med skuffende resultater med tanke på å «tyne» glykemisk kontroll til HbA1C-verdier under syv prosent. Slik behandling, hos pasienter med langvarig diabetes, er enten uten verdi eller medfører økt dødelighet. Resultatene av disse studiene ble nylig omtalt i en tankevekkende leder i BMJ (5).

Jeg er derfor av den oppfatning at vi ikke bør bruke absolutte grenser for iverksetting av insulinbehandling hos pasienter med type 2-diabetes, og heller ikke ha krav til absolutte måltall for behandlingen. Fokus må i større grad utvides fra glykemisk kontroll til forebygging av makrovaskulære komplikasjoner. Hos eldre må symptomkontroll og livskvalitet veie tyngre enn krav til HbA1C.

Bergen 14. april 2009, Eivind Meland

Referanser

1. UK Prospective Diabetes Study Group. Intensive blood-glucose control with sulphonylureas or insulin compared with conventional treatment and risk of complications in patients with type 2 diabetes (UKPDS 33). *Lancet*. 1998;352:837-53.
2. UK Prospective Diabetes Study Group. Effect of intensive blood-glucose control with metformin on complications in overweight patients with type 2 diabetes (UKPDS 34). *Lancet*. 1998;352:854-65.
3. UK Prospective Diabetes Study Group. Tight blood pressure control and risk of macrovascular and microvascular complications in type 2 diabetes: UKPDS 38. *BMJ*. 1998;317:703-13.
4. Claudi T, Cooper JG, Hausken MF, Michaelsen T, Harboe K, Ingsog W, et al. Risikointervensjon ved diabetes i allmennpraksis. *Tidsskr Nor Lægeforen*. 2004;124:1508-10.
5. Lehman R, Krumholz H. Tight control of blood glucose in long standing type 2 diabetes. *BMJ*. 2009;338:b800.

