

# To pasienter med diabetes II

■ PETER PRYDZ • Fastlege, Allmed legesenter, Hammerfest

Jeg var i mange år ansatt ved Universitetet i Tromsø som klinisk lektor i allmennmedisin. For fem år siden fratrådte jeg, blant annet fordi jeg mente jeg var blitt for gammel til å være en brukbar rollemodell for studentene.

Jeg foreleste om diabetes for studentene på flere kull, i form av en klinikkpresentasjon sammen med endokrinolog. Jeg la da fram to kasus som jeg mente illustrerte vårt arbeid med tilstanden godt, og belyste flere av de utfordringene vi møter. Begge omhandler diabetes II, som er det vi stort sett møter i praksis. I vår del av landet er diabetes I svært sjelden.

På oppfordring fra *Utpostens* redaksjon deler jeg disse med leserne.

## Kasus I

- Mann
- født 1932
- Gammel fotballhelt
- Sjelden til lege

### Oktober 2001

Polyuri og tørste. Til lege, tatt fastende blodsukker 16,5. Innlagt medisinsk avdeling på lokalsykehus. Glukose og ketoner i urin, HbA<sub>1c</sub> 13,1. BT 160/70. Normalt kolesterol.

Initialt satt på insulin, deretter skiftet til metformin 850 mg x2.

Fikk kostholdsveiledning hos diabetes-sykepleier. Lærte å måle blodsukker, instruert å måle fastende samt to timer etter middag tre ganger i uka.

Søkt øyelege rutinemessig. Kontroll hos allmennlege.

### November 2001

ØYELEGE: Normal retina.

### Desember 2001

KONTROLL ALLMENNLEGE: Har kuttet ut sukker og fett, skjerpa seg med trening, gått ned 12 kg. Blodsukker 4–8. HbA<sub>1c</sub> 9,1. BT 132/58. Urin stix og mikroalbumin negativt, kolesterol 4,2. Vekt 78 kg.

Ingen medikamentendring, da HbA<sub>1c</sub> antas på vei ned.

### Mars 2003

KONTROLL ALLMENNLEGE: Veltrent og i strålende form. Tendens til lavt blodsukker hvis frokosten er sein. Blodsukker 4–5,

HbA<sub>1c</sub> 5,6. BT 126/58. Vekt 69,5, urin stix og mikroalbumin neg. Fine føtter som er godt sirkulert. EKG normalt, sinusrytme 54.

Reduserer metformin-dose til 500 mg x 2.

## DISKUSJON

Denne pasienten representerer et fenomen jeg har støtt på noen ganger. Det er ikke så få som er friskere fem år etter at de fikk diabetes-diagnosen enn de var fem år før de fikk den. Således har diagnosen fungert som et «spark i ræva» som man sier hos oss.

Denne mannen hadde bakgrunn fra trening og idrett. De seinere åra hadde det nok vært et sedat liv med mye sport på TV. Men i og med at han hadde treningskulturen med seg fra gammelt, var nok ikke veien så lang til å ta dette opp igjen.

En assosiasjon jeg får til dette: Den store britiske diabetes-studien UKPDS fra 80–90-tallet undersøkte blant annet effekten av å motivere diabetes-pasienter til fysisk aktivitet. Resultatet var skuffende dårlig. Kan det tenkes at dette kan skyldes at materialet besto av briter, som generelt har en svakere tradisjon for fysisk aktivitet enn nordmenn har? Jfr Scott og Amundsen.

## Kasus II

- Mann
- født 1944
- Sjømann i lokalfart
- Kraftig overvektig
- Røyker

### 1989

Diagnostisert diabetes ved legeattest for sjømann 1989. Innlagt medisinsk avdeling, satt på glibenklamid, normalisert blodsukker. Droppa ut av kontrollregime.

### 1994

Ny legeattest, gangrenøst sår under ve stortå. Tatt inn i kontrollregime igjen + økt glibenklamid. BT normalt. Fulgt opp sår over tid, gjentatte ganger kirurgisk revisjon, alle tær fortsatt på plass.

Hyppige episoder med erysipelas opp gjennom åra.

### August 1995

Sjuk med redusert allmenntilstand og dyspnoe, påvist atrieflimmer, etter hvert også bakteriell endocarditt. Gjennomgikk

større hjerteoperasjon, respirator i to uker. Utviklet kronisk sår på venstre hæl, hudtransplantert, langvarig sårbehandling og redusert allmenntilstand.

### 1996–1998

På sjøen igjen fra september 1996, men syk-meldt fra mars 1998 på grunn av recidiverende fotsår, siden ikke vært i arbeid.

### 1998–

Ved seinere kontroller stort sett bra blodsukker, HbA<sub>1c</sub> og BT, vedvarende mikroalbumin i urin, vedvarende fotsår, bomullseksudater på retina, flere laserbehandlinger. Engasjert i Diabetesforbundet.

### Kontroll mars 2004

Framtrer i bra form, blid og fornøyd. Litt ned i vekt, bra bls-målinger 4–7, ned i HbA<sub>1c</sub> 7,1. Har skjerpa inn kostholdet. Økt mikroalbumin 99 og se-kalium 5,4. Urinsyre normalisert, ikke giktsymptomer. Røyker fortsatt, virker ikke motivert for å slutte.

BT 104/70 p 90 enkelte bortfall. Cor: systolisk bilyd som før, utstråling til halskar. Pulm neg. Føtter: ingen ødemer, svak kapillærfylling, cyanotisk distalt på tærne ve. Ingen fotpuls. Vibrasjonssans til stede bilateralt, monofilament 3–2. Skifter fra Diural til Esidrex 12,5 mg x 1, ellers uendret medikasjon med glibenklamid og metformin i max-doser. Følges opp med ny kontroll om tre måneder.

## DISKUSJON

Dette er også en pasient som representerer flere enn seg sjøl. Han er tjukk, blid, sedat og nyter livet, lar seg aldri «vippe av pinnen» av noe som helst. Det er ikke umulig at dette er egenskaper som bidro til at han overlevde alvorlig sykdom som beskrevet, og kom seg på beina igjen etterpå. Hvis legen tar opp aspekter som kosthold, mosjon og røyk, prater han det bort på en sjarmende måte. Legens oppgave blir langt på vei å akseptere pasienten som han er, inngå kompromisser mot alle anbefalte standarder, og gi enkle råd om medikamenter og kontroller. Dette er tjenlig for pasienten, og det er ingen grunn til at legen skal føle seg mislykket.

Ingen av disse to er lenger blant oss. Jeg minnes begge to med glede.

■ PETERPR@ONLINE.NO