

Diabeteskasuistikker

fra medisinsk poliklinikk

■ ANNE GRETHE OLSEN • Utviklingsjef Finnmarksykehuset og lege i diabetesteamet Hammerfest. Redaktør i Utposten

Som allmennlege og utviklingsjef i Finnmarkssykehuset, er jeg så heldig at jeg får være lege i diabetesteamet ved medisinsk poliklinikk.

Jobben består for det meste i kontroller av type 1- diabetikere, men det dukker også opp en og annen pasient med diabetes type 2, som er henvist fra fastlegen. Jeg har valgt ut noen av disse kasuistikkerne for å dele dem med Utpostens lesere.

Kaptein som ikke fikk utstedt sjomannsattest

Denne kasuistikken dreier seg om en mann i 50-årene, kaptein på supplybåt, som ikke fikk utstedt mønstringsattest hos sjomannslege grunnet dårlig regulert diabetes og veldig svingende blodsukker. Fastlegen opplyste i henvisningen at pasienten hadde hatt diabetes type 2 i 13 år. Han hadde brukt insulin i tillegg til Metformin de siste fem årene. Han brukte også kolesterolsenkende og blodfortynnende medikamenter. Sjomannslegen hadde nå nektet ham mønstringsattest grunnet dårlig regulert diabetes med HbA_{1c} på 11,8, fastende blodsukker liggende mellom 3 og 13 og +2 på glukose i urinen. Han hadde også ganske ofte følinger om morgenen.

Da han kom til lege og diabetessykepleier ved poliklinikken fant man etter samtale og anamneseopptak ut at han inntok store mengder sukker når blodsukkeret var lavt om morgenen, dette førte igjen til at blodsukkeret steg raskt og ble liggende for høyt utover dagen. Man fant også at han hadde lipohypertrofi på lårene og at han satte insulinet i et begrenset område. Han hadde også lite underhudsfett

og satt sannsynligvis noe insulin intramuskulært. Han fikk derfor følgende råd:

- Endre tidspunkt for kveldsinsulinet fra kl. 23, til kl. 20.
 - Erstatte sukkeret, som han tok når blodsukkeret var lavt om morgenen (brus og sjokolade), med brød og pålegg (frokost).
 - Bytte innstikksteder til framside/inner-side lår og selv passe på at han ikke satte insulinet i muskulaturen (evt. bytte nåler)
- Pasienten fulgte rådene og hadde regelmessig kontakt med diabetessykepleier pr. telefon, i tillegg til to legekonsultasjoner. Insulindosen som han tok om kvelden (24 E), ble i løpet av perioden han ble fulgt opp av oss delt opp i 18 E kveld og 6 E morgen ved behov. Utover dette ble det ikke gjort endringer i medikasjonen hans, men HbA_{1c} falt jevnt og trutt i løpet av de fem månedene han hadde kontakt med poliklinikken: 11,8–10,2–9,9–9,4–8,5–7,9. Blodsukkeret stabiliserte seg, og jeg vil tro at han etter siste konsultasjonen her fikk tilbake sjomannsattesten og kunne mønstre på som kaptein igjen.

Overvekt og diabetes

Denne pasienten var en kvinne på snart 70 år med type 2-diabetes i 10 år. Hypertensjon, et lite hjerneslag (med lett sequela i ve.ux.) og adipositas. Henvist fra fast-

legen til kontroll av diabetes og med

ønske om gjennomgang av diabetesmedikasjon. Hun hadde HbA_{1c} 8,5, fastende blodsukker på 12,8

og urin stix var negativ.

Høyde 165 cm. Vekt 96 kg. BMI

35,2. BT 116/50.

Diabetesbehandlingen bestod av Mindiab 5 mg

x4, Actos 30 mg x1, Metformin 500 mg x 2

(hun kunne ikke bruke høyere dose grunnet diaré som

bivirkning). Hun sto også på antihypertensiva, kolesterolsenkende og blodfortynnende medikamenter.

Videre tiltak: grunnet pasientens overvekt og forhøyede HbA_{1c}, ble Actos seponert og man startet opp med Victoza 0,6 mg økende til 1,2 mg x1. Mindiab-dosen ble også redusert med 5 mg.

Da hun kom til kontroll etter åtte måneder hadde hun hatt en vektnedgang på 13 kg og BMI var nå på 30,4. HbA_{1c} var gått ned til 7,7. Blodtrykket, som i utgangspunktet var godt regulert, var også blitt lavere og man kunne seponere ett av blodtrykksmedikamentene. Pasienten selv var svært fornøyd, og hun fortsatte med uendret diabetesmedikasjon.

Diabetes og polyneuropati

Denne sykehistorien dreier seg om en snart 60 år gammel mann som fikk diagnosen diabetes type 2 for 10 år siden og diagnostisert tynnfiber-neuropati i underekstremitetene i 2011. Han ble henvist diabetespoliklinikken grunnet høyt forbruk av smertestillende medikasjon: Paralgin Forte 8 tabl. daglig. Hans diabetes var godt regulert med Amaryl, Januvia, Insulatard og Novorapid. Han kunne fortelle at han hadde prøvd Neurontin, men at dette ble seponert grunnet bivirkninger. Han hadde også fått Tramagetic, men det hjalp ham ikke. For noen år siden hadde han fått Lyrica, men ikke maks dose, og han sluttet å ta det fordi det ikke hadde effekt på smertene i beina.

Videre tiltak: vi ble enige om at han kunne prøve Lyrica igjen, men denne gangen i opptrappende doser til 600 mg daglig. Han skulle samtidig trappe ned Paralgin Forte, og vi lagde en plan for det.

Pasienten kom tilbake etter sju uker. Han brukte da Lyrica i maks dose, 300 mg x 2, og hadde sluttet med Paralgin Forte. Han syntes selv at han hadde god smertestillende effekt av behandlingen. Han hadde dog dager hvor han hadde mer smerter og kunne de dagene bli fristet til å ta mer Lyrica enn foreskrevet. Men dette hadde fastlegen oppdaget, og pasienten måtte holde seg innenfor avtalt dosering ved at hjemmesykepleieren ble koblet inn i en periode og leverte ukedoser med Lyrica tabl.

