

Diabetes og hjertesygdom

Dansk Cardiologisk Selskab

Overlæge Per Hildebrandt & overlæge Thomas Melchior

Patienter med diabetes og koronar hjertesygdom har en kraftig øget mortalitet. I en dansk undersøgelse med patienter indlagt med akut myokardieinfarkt i 1990'erne blev det således vist, at treårsmortaliteten for patienter med diabetes var på 51%, sammenlignet med en treårsmortalitet på 27% for patienter uden diabetes. Selv om en bedre behandling siden har ført til en reduktion i dødeligheden efter AMI, har forskellen holdt sig.

Samtidig har det vist sig, at diabetes er langt hyppigere end antaget hos patienter med koronar sygdom. I ovennævnte undersøgelse havde 11% kendt diabetes. Denne prævalens er i nyere studier fundet at være betydelig højere: op til 30%. I ældre undersøgelser blev det påvist ved anvendelse af oral glukosetoleranstest hos patienter med grænseforhøjede værdier for plasmaglukose eller HbA1c, at ca. 5% havde uerkendt diabetes. Ved anvendelse af oral glukosetoleranstest hos alle patienter med et nyligt akut myokardieinfarkt er det i to nye undersøgelser vist, at prævalensen af diabetes og nedsat glukosetolerans er langt højere. Således har blot 32% af patienterne med akut myokardieinfarkt normal glukosetolerans.

Ved opfølgning fandt man, at også patienter med nyerkendt diabetes og nedsat glukosetolerans havde en dårligere prognose end patienter med normal glukosetolerans.

Heldigvis er der god effekt af moderne behandling. Generelt medfører en given intervention samme relative risikoreduktion. Da patienter med diabetes har en højere absolut risiko, vil en given behandling derfor give en større absolut risikoreduktion. Dette er vist for behandling af akut koronart syndrom, med primær perkutan koronarintervention og fibrinolyse, samt for forebyggende behandling med betablokkere, statiner og angiotensinkonverterende enzym-hæmmer i den

kronisk stabile fase. Trods denne større »gevinst« er det i flere undersøgelser fundet, at patienter med diabetes generelt er dårligere behandlet end patienter uden diabetes.

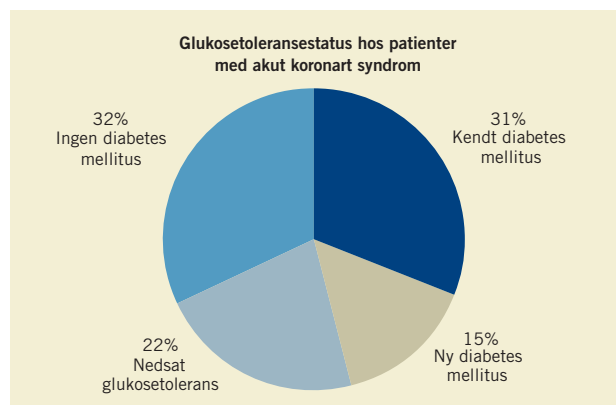
Spørgsmålet er, om forbedring af den metaboliske kontrol fører til yderligere risikoreduktion. Det er vist, at den metaboliske kontrol, vurderet ved plasmaglukose og HbA1c, er en vigtig prognostisk prædikator ved såvel akut koronart syndrom som ved kronisk koronarsygdom, men effekten af intervention er dårligt belyst. Ved akut koronart syndrom er der flere mindre studier, der tyder på en effekt af akut nærmormalisering af plasmaglukose, men resultaterne er divergerende.

Det nylig fremlagte DIGAMI 2-studie var designet til at vurdere effekten af stram metabolisk kontrol, såvel i den akutte som i den kroniske fase af akut koronart syndrom. I alt 1.253 patienter med akut koronart syndrom og kendt type 2-diabetes eller højt plasmaglukoseniveau blev randomiseret til enten akut glukoseinsulininfusion efterfulgt af stram metabolisk kontrol, akut glukoseinsulininfusion efterfulgt af vanlig behandling eller vanlig behandling akut og opfølgende. Patienterne blev i gennemsnit fulgt i to år.

Der blev ikke fundet nogen forskel i dødelighed eller kardiovaskulære hændelser, men der var en tendens til, at gruppen med vanlig behandling klarede sig bedst. En del af forklaringen på dette overraskende fund kan være en manglende opnåelse af opstillede mål for plasmaglukose og HbA1c samt en særdeles aggressiv behandling med anden medicinering.

Sammenfattende

- Diabetes og nedsat glukosetolerans er hyppigt forekommende hos patienter med koronar sygdom. Ofte kræves en oral glukosetoleranstest for en korrekt diagnostik.
- Det er vigtigt, at patienter med diabetes tilbydes samme behandling som patienter uden diabetes.
- Der er ingen sikker evidens for effekten af akut intervention med glukoseinsulininfusion ved akut koronart syndrom. Insulinbehandling anbefales ved højt plasmaglukoseniveau.
- Generelt anbefales, at HbA1c skal være $\leq 6,5\%$ og venøst faste plasmaglukose $\leq 6,0$ mmol pr. l. I flere store studier er man i gang med at afklare behovet for strammere regulering.
- Det er vigtigt at forebygge udvikling af diabetes, også hos patienter med nedsat glukosetolerans ved livsstilsintervention med sund kost, væggtab og motion.



Korrespondance: Per Hildebrandt, Kardiologisk-endokrinologisk Klinik E, H:S Frederiksberg Hospital, DK-2000 Frederiksberg. E-mail: ph@fh.hosp.dk

Interessekonflikter: Ingen angivet