



Brev til redaktøren

Innlegg på inntil 400 ord, eventuelt knyttet til tidligere publisert stoff, sendes tidsskriftet@legeforeningen.no
Redaksjonen forbeholder seg retten til å foreta redaksjonelle endringer.

Hvilken dose antidiabetika?

Som allmennpraktiker har jeg lagt merke til at det er svært vanskelig å regulere blodsukkeret hos pasienter som har type 2-diabetes og som bruker insulin. Slike pasienter har gjerne sterkt svingende blodsukkerverdier, tiltakende insulinbehov og tiltakende overvekt. Hva skyldes dette?

Det er ikke forskjell mellom insulin som medikament og egenprodusert insulin, men det er forskjell på hvordan dosene reguleres. Personer med type 2-diabetes produserer nok insulin til å unngå ketoacidose, men de klarer ikke å produsere nok insulin når de er i situasjoner der de har økt behov for insulin, for eksempel postparenteralt. Da kommer legen inn i bildet og må vurdere insulin dosen. Hva sier fysiologisk kunnskap oss om doseringen av egenproduserte potente stoffer, i dette tilfellet insulin? For å unngå bivirkninger produserer kroppen den laveste effektive dosen (fysiologisk dose), ellers sørger insulin for at flere sukkermolekyler sendes inn i cellene enn det de har behov for. Dette fører til fett, aterosklerose osv. I tillegg begynner pasienten å få iatrogen insulinresistens. En pasient med type 1-diabetes, særlig juvenil type, trenger alltid insulin for ikke å få ketoacidose, men trenger ikke en upresis dose. Vedkommendes insulinbehov er fysiologisk, ellers utvikles insulinresistens (iatrogen).

Alt dette passer med våre observasjoner. Det som fungerer best, uansett type diabetes, er når pasienten gjennomfører mest mulig fysiologiske tiltak for å holde blodsukkernivået nede, slik at han klarer seg med en så liten dose insulin, eller tabletter som frigjør insulin, som mulig.

Komplikasjoner av diabetes ses hyppigst hos pasienter med type 1-diabetes som i årevis har brukt mer insulin enn sitt fysiologiske behov, og som etter hvert har fått tiltakende økt insulinbehov på grunn av iatrogen insulinresistens. Vi ser også komplikasjoner hos personer med type 2-diabetes som på grunn av iatrogen insulinresistens har brukt mer insulin enn sitt fysiologiske behov i flere år. De får først komplikasjoner i de aller tynneste blodkarene (mikroangiopati, særlig i nyrer) og deretter makroangiopati. Det er her vi leger kan hjelpe. Når vi regulerer pasientens blodsukkernivå, må vi ha fysiologien i bakhodet, ikke bare blodsukkeret.

Teoretisk går det an å bruke insulin til regulering av type 2-diabetes, men i praksis er det vanskelig å oppnå en langvarig, optimal regulering uten å bli konfrontert med farlige tilstander, slik som hypoglykemi. Hos personer med type 1-diabetes har vi selvfølgelig ingen andre valg. Jeg har også lagt merke til at hos pasienter som bruker metformin som eneste antidiabetikum, må man være forsiktig med metformindosen, ellers får pasienten søthunger og blir overvektig.

Shahnaz Soudaei
Oslo

Registrering av anal inkontinens

I Tidsskriftet nr. 5/2005 presenterer Annelill Valbø & Marit Kristoffersen sine resultater etter sfinkterskade ved vaginal forløsning (1). Slik sfinkterskade er den hyppigste enkeltårsak til anal inkontinens, og det er således viktig med publikasjoner som redegjør for insidensen av obstetriske sfinkterskader og resultatene etter primærsutur. Derfor er det litt synd at Valbø & Kristoffersens studie har noen mangler som dessverre reduserer dens verdi.

Selv om kvinnene er blitt intervjuet etter et strukturelt skjema, er det ikke redegjort for hvordan avføringstrang (urgency) er definert. Det er heller ikke opplyst om, og i hvilken grad, sjeldne lekkasjeepisoder er blitt registrert. Vi vet at kvinner tolererer luftlekkasje flere ganger ukentlig uten å føle seg plaget, og at mange med lettgradig luftinkontinens ikke opplever seg selv som inkontinente (2). Man kan selvfølgelig spørre seg om det da er noe poeng med å registrere sjeldne episoder. Poenget kommer først når man vil sammenlikne resultatene sine med resultater fra andre studier. Det finnes flere validerte graderingsystemer ved anal inkontinens, og disse har alle til felles at frekvensen av lekkasjeepisodene registreres (3). Internasjonale publikasjoner de siste ti år, blant dem en stor norsk studie (4) som forfatterne merkelig nok ikke refererer til, viser at 40–60 % av kvinnene har en eller annen grad av lekkasje etter primærsutur av obstetriske sfinkterskade. Det finnes imidlertid noen få unntak, og felles for disse studiene er at det ikke fremgår om sjeldne episoder er registrert. En kvinne som blir

spurt om hun er plaget med luftlekkasje, vil sannsynligvis svare benektende dersom hun bare har en eller to lekkasjeepisoder i måneden. En slik frekvens vil imidlertid bli registret som inkontinens, om enn lettgradig, dersom man benytter seg av de validerte graderingssystemene. På denne måten vil en og samme tilstand kunne bli rubrisert både som «inkontinens» og «ingen inkontinens» alt etter hvordan man spør.

Når man legger frem så gode resultater som Valbø & Kristoffersen gjør, burde inkontinens vært rubrisert i henhold til aksepterte klassifiseringssystemer. En av målsettingene til forfatterne var å gjøre det lettere å sammenlikne egne resultater med tidligere publikasjoner (1). Slik materialet er presentert, har de dessverre ikke lykkes helt i dette.

Stig Norderval
Volda

Litteratur:

1. Valbø A, Kristoffersen M. Sfinkterskade ved vaginal forløsning. Tidsskr Nor Lægeforen 2005; 125; 591–3.
2. Norderval S, Nsubuga D, Bjelke C et al. Anal incontinence after obstetric sphincter tears: incidence in a Norwegian county. Acta Obstet Gynecol Scand 2004; 83: 989–94.
3. Vaizey CJ, Carapeti E, Cahill JA et al. Prospective comparison of faecal incontinence grading systems. Gut 1999; 44: 77–80.
4. Nazir M, Carlsen E, Jacobsen AF et al. Is there any correlation between objective anal testing, rupture grade, and bowel symptoms after primary repair of obstetric anal sphincter rupture? An observational cohort study. Dis Colon Rectum 2002; 45: 1325–31.

The phenomenon of alcohol (and other drugs) use in pregnancy

I read with interest the recent article in Tidsskriftet no 4/2005 by Lægveid et al discussing the use of alcohol in pregnancy and its possible fetal implications (1). The authors are to be congratulated on this thought-provoking and timely publication discussing the growing problem of alcohol consumption during pregnancy.

More than 30 % of women of childbearing age in the United States smoke cigarettes, and more than 15 million Americans are addicted to alcohol, with women accounting for approximately 25 % of this number (2). Five million Americans are regular users of cocaine, 6,000 use the drug for the first time each day, and more than 30 million have tried