

Genom behandling av dyslipidemi hos diabetiker förebygger man kranskärslssjukdomar

Diabetes ökar risken för kranskärslssjukdomar och betonar inverkan av övriga riskfaktorer, det vill säga kolesterol, blodtryck och rökning. Behandling av dyslipidemi är en viktig del av den förebyggande helheten med vilken risken kan sänkas avsevärt. Hörnstenarna i vården utgörs av sunda levnadsvanor och hos diabetiker utifrån en riskbedömning ofta även av statinbehandling.

Diabetes är förenad med en 2–5 gånger större risk för aterosklerotiska kranskärslssjukdomar jämfört med icke-diabetiker i samma ålder och av samma kön. Tre av fyra typ 2-diabetiker dör för tidigt i komplikationerna av en blodkärslssjukdom. Vid typ 1-diabetes börjar risken för kranskärslssjukdomar öka framför allt när mikroalbuminuri förekommer. Vid prediabetes (förhöjt fasteglukos och nedsatt glukostolerans) är risken något mindre.

Samma klassiska riskfaktorer (höjd kolesterolhalt i plasma, höjt blodtryck och rökning) inverkar på diabetiker som på icke-diabetiker, men på en högre risknivå med alla olika kombinationer.

Karaktäristiskt för diabetisk dyslipidemi är höjd triglyceridhalt i plasmat och låg HDL-kolesterolhalt. Hypertriglyceridemi leder till att LDL-partiklarna blir små och koncentrerade (small dense LDL) vilket inte syns i rutinmätningar. Denna typ av LDL är mer aterogen än stor LDL. Hypertriglyceridemi är även förenad med långsam fettämnesomsättning efter måltider och ökad halt restpartiklar (remnants) anrikade med kolesterol.

Syftet med behandling av dyslipidemi är förebyggande av kranskärslssjukdomar såväl hos diabetiker som övriga.

Diabetes och riskklasser för kranskärslssjukdomar

Den finländska rekommendationen God medicinsk praxis vid dyslipidemier följer de europeiska rekommendationerna för prevention av kranskärslssjukdomar (Perk etc. 2012, Syvänne etc. 2013), i vilka risken för kranskärslssjukdomar delas upp i fyra nivåer: mycket stor, stor, ganska stor och liten.

Såväl typ 1- som typ 2-diabetiker hör till de två mest riskbenägna grupperna. Diabetiker som har mikrovaskulära komplikationer eller andra riskfaktorer för kranskärslssjukdomar hör till gruppen med mycket stor risk. De befinner sig med andra ord i samma klass som de som redan insjuknat i en kranskärslssjukdom. Övriga diabetiker hör till gruppen med stor risk i likhet med dem vars totala risk för hjärtinfarkt och hjärninfarkt mätt enligt FINRISKI-metoden är över 10 procent under 10 år.

Riskbedömningens inverkan på målsättningarna för lipidbehandling

Behandlingsmålet för dyslipidemi fastställs som LDL-kolesterolhalt. Målet i den högsta gruppen med mycket stor risk är ett LDL-kolesterolvärde under 1,8 mmol/l, eller om detta inte är möjligt en nedgång med minst 50 procent från utgångsvärdet. LDL-kolesterolmålet för personer i gruppen med stor risk är under 2,5 mmol/l.

Livsstilsbehandling: behandling som baserar sig på förändringar i levnadssättet

Behandlingen av dyslipidemi utgår alltid från levnadssättet. Alla andra riskfaktorer än de som hänför sig till lipider måste elimineras. Till dessa hör rökning, alltför riklig användning av salt eller alkohol som höjer blodtrycket och brist på motion som påverkar många olika faktorer. Redan en delvis korrigerad av övervikt (viktnedgång om 5–10 %) ger en avsevärd förbättring av såväl glukos- som lipidmetabolismen.

För diabetiker gäller samma rekommendationer om kvaliteten på kosten som för övriga: begränsat intag av hårt (hårdat och trans-) fett och ersättande med mjukt fiskfett och vegetabiliskt fett, undvikande av socker och kolhydrater som snabbt bildar socker och gynnande av produkter av helkornsspannmål och daglig användning av grönsaker, bär och frukt.

Behandling av hyperglykemi

En dålig glukosbalans kan ha samband med allvarlig hypertriglyceridemi som korrigeras med insulinbehandling. Allvarlig hypertriglyceridemi behandlas också i syfte att förhindra bukspottkörtelinflammation som förekommer i samband med den.

Det huvudsakliga målet med behandling av hyperglykemi är förebyggande av mikrovaskulära sjukdomar. Rimlig behandling i vilken uppnås en glykohemoglobinnivå om 7 % förebygger på lång sikt även aterosklerotisk kranskärslssjukdom. Omfattande undersökningar visar att strängare behandling som eftersträvar normo- eller nästan normoglykemi inte ger extra nytta och kan till och med vara skadlig åtminstone i långvarig och komplicerad diabetes.

Läkemedelsbehandling av dyslipidemi

Statiner har en obestridlig ställning som nummer ett inom behandling av dyslipidemi och förhindrande av kranskärslssjukdomar. Statin är nästan alltid nödvändigt för att uppnå behandlingsmålet för de personer som har den största risken att insjukna (LDL-kolesterol < 1,8 mmol/l eller minskning till under hälften från utgångsnivån). Det är ofta nödvändigt även för att det allmänna målet för typ 2-diabetiker (LDL-kolesterol < 2,5 mmol/l) ska uppnås. Vid väl skött, icke-komplicerad typ 1-diabetes ligger LDL-kolesterol ofta på målnivån utan läkemedelsbehandling.

Statiner minskar på hjärt- och hjärninfarkter och dödsfall till följd av dem hos diabetiker lika effektivt som hos övriga, men på grund av den högre utgångsrisk är den absoluta nyttan större (Colhoun etc. 2004, Collins etc. 2003, CTT Collaboration 2010, rekommendationen God medicinsk praxis vid diabetes 2013) Statiner minskar antalet allvarliga sjukdomsfall oberoende av utgångsvärdet för lipider och därför är de numeriska LDL-målen ovan endast riktgivande och statinbehandling bör övervägas för alla diabetiker med stor risk att insjukna (Perk etc. 2012, rekommendationen God medicinsk praxis vid diabetes 2013, Rydén etc. 2013).

Om statinbehandling med vanliga doser inte leder till LDL-målet kan statin i högdos, exempelvis atorvastatin 80 mg per dygn, användas.

Detta är även effektivare vid förebyggande av kranskärslsjukdomshändelser. Statin kan användas i kombination med ett annat läkemedel som sänker LDL-kolesterolvärdet (ezetimib eller resin), men det finns inte ännu bevis på kombinationens effekt vid förhindrandet av sluthändelser.

Statinbehandling ökar något uppkomsten av diabetes hos prediabetiker, men även hos dem har behandlingen en gynnsam sammanlagd nytta i förebyggandet av kranskärslsjukdomar. Hos diabetiker har statiner en mycket liten inverkan på glukosbalansen.

Fibrater är i teorin effektiva vid behandling av diabetisk dyslipidemi men de används i mindre omfattning än statiner för förhindrande av kranskärslsjukdomshändelser. Av denna orsak rekommenderas de i första hand till patienter för vilka statin inte lämpar sig (rekommendationen God medicinsk praxis vid dyslipidemier 2013, rekommendationen God medicinsk praxis vid diabetes 2013). Kombinationen av statin och fibrat har inte påvisats ge extra nytta jämfört med monoterapi och därför rekommenderas den inte generellt.

Mikko Syväne

*Docent, specialläkare inom kardiologi och inre medicin
Överläkare, Finlands Hjärtförbund*

Denna artikel har publicerats i Sic!-tidskriftens och -webbtidskriftens nummer 4/2013.

[Takaisin](#)

LITTERATUR

Cholesterol Treatment Trialists' (CTT) Collaboration. Efficacy and safety of more intensive lowering of LDL cholesterol: a meta-analysis of data from 170,000 participants in 26 randomised trials. *Lancet* 2010; 376: 1670–81.

Colhoun HM, et al. Primary prevention of cardiovascular disease with atorvastatin in type 2 diabetes in the Collaborative Atorvastatin Diabetes Study (CARDS): multicentre randomised placebo-controlled trial. *Lancet* 2004; 364: 685–96.

Collins R, et al. MRC/BHF Heart Protection Study of cholesterol-lowering with simvastatin in 5963 people with diabetes: a randomised placebo-controlled trial. *Lancet* 2003; 361: 2005–16.

Diabetes. Rekommendationen God medicinsk praxis (uppdaterad 12.9.2013). www.kaypahoito.fi.

Dyslipidemier. Rekommendationen God medicinsk praxis (uppdaterad 8.4.2013). www.kaypahoito.fi.

Perk J, et al. European guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice (version 2012). The Fifth Joint Task Force of the European Society of Cardiology and Other Societies on Cardiovascular Disease Prevention in Clinical Practice (constituted by representatives of nine societies and by invited experts). *Eur Heart J* 2012; 33: 1635–701.

Rydén L, et al. ESC Guidelines on diabetes, pre-diabetes, and cardiovascular diseases developed in collaboration with the EASD: The Task Force on diabetes, pre-diabetes, and cardiovascular diseases of the European Society of Cardiology (ESC) and developed in collaboration with the European Association for the Study of Diabetes (EASD). *Eur Heart J* 2013; 34(39): 3035–87.

Syvänne M, ym. Valtimosairauksien ehkäisy 2010-luvulla: eurooppalainen hoitosuositus. *Duodecim* 2013 (i tryckt).
