
Diabetes, koronarsykdom og samarbeid

LEDER

GEIR ØYSTEIN ANDERSEN

g.o.andersen@medisin.uio.no

Geir Øystein Andersen (f. 1962) er dr. med., fagansvarlig overlege og forskningsgruppeleder ved Hjertemedisinsk intensiv- og overvåkningsavdeling, Oslo universitetssykehus, Ullevål.

Forfatter har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Vi kan fortsatt gjøre en bedre innsats for å forebygge koronarsykdom hos pasienter med diabetes.

Sammenhengen mellom diabetes, nedsatt glukosetoleranse og kardiovaskulær sykdom er godt dokumentert, og felles europeiske retningslinjer for forebygging av diabetes hos pasienter med koronarsykdom er utarbeidet i samarbeid mellom kardiologer og diabetesspesialister [\(1\)](#).

Utvikling av type 2-diabetes skjer vanligvis over flere år og begynner med nedsatt glukosetoleranse, insulinresistens og hyperinsulinemi. Dette bidrar til utvikling av makrovaskulær karsykdom i form av aterosklerose og påvirket mikrosirkulasjon. Type 2-diabetes doubler risikoen for å utvikle koronarsykdom [\(2\)](#). Viktige faktorer er endoteldysfunksjon, inflammasjon i karveggen og vasokonstriksjon, i tillegg til påvirkning på blodplatene og koagulasjonsfaktorer, som alle bidrar til et protrombotisk miljø [\(3\)](#).

Tidlig i utviklingen av type 2-diabetes vil fastende blodglukose ofte være normal, og makrovaskulære komplikasjoner, for eksempel akutt hjerteinfarkt, vil kunne opptre før mikrovaskulære komplikasjoner. Dette er grunnen til at mange har vært interessert i å undersøke nytten av screening for ikke-erkjent diabetes hos koronarpatienter.

Tradisjonelt har kardiologer i for liten grad involvert seg i diabetes og overlatt dette til fastlegen. Jortveit og medarbeidere skal derfor ha ros for studien som publiseres i Tidsskriftet [\(4\)](#). Pasienter som ble innlagt i Sørlandet sykehus Arendal med første gangs koronarsykdom ble screenet for diabetes og fulgt opp i flere år etter hendelsen.

Selv om lignende, større studier er gjennomført i andre land er studien viktig fordi vi mangler norske tall, og fordi mange av studiene som er publisert er av eldre dato og reflekterer en annen behandlingstradisjon.

Jortveit og medarbeidere fant at 14 % av koronarpasientene hadde kjent diabetes, mens screening med HbA_{1C} diagnostiserte 4 % med ikke-erkjent diabetes ved sykdomsdebut. Andelen pasienter med kjent diabetes i dette materialet, hvor halvparten hadde hjerteinfarkt, er vel forenlig med en studie fra Oslo universitetssykehus, hvor 13 % av pasientene med hjerteinfarkt hadde kjent diabetes (5). I en annen studie fra samme sykehus ble pasienter med hjerteinfarkt uten kjent diabetes undersøkt med oral glukosebelastning tre måneder etter hjerteinfarktet (6). Da hadde 25 % av pasientene en form for nedsatt glukosetoleranse, mens 5 % fylte kriteriene for diabetes, noe som stemmer godt overens med tallene fra Sørlandet sykehus Arendal.

Sett under ett tyder studiene fra Sørlandet og Østlandet på at forekomsten av ikke-erkjent diabetes er lavere blant norske pasienter med koronarsykdom enn det internasjonale funn har antydning (1). Man kan imidlertid ikke utelukke en viss seleksjon i studiepopulasjonene. Screening av en eldre populasjon med mer langkommen koronarsykdom ville sannsynligvis resultert i høyere forekomst av både erkjent og ikke-erkjent diabetes. Studien fra Oslo universitetssykehus viste i tillegg dårlig reproducerbarhet av glukosebelastningstesten, som den gang i 2007 var den anbefalte screeningmetoden (6). I de nyeste europeiske retningslinjene anbefaler man nå i stedet HbA_{1C} som førstevalg i screening av koronarpasienter (1), slik Jortveit og medarbeidere har gjort.

Økt oppmerksomhet om sammenhengen mellom diabetes og koronarsykdom er viktig av flere årsaker. Vi har i dag mulighet for effektiv primærforebygging med livsstilstiltak, antihypertensiv og kolesterolsenkende behandling, i tillegg til en rekke antidiabetika. Dette er godt redegjort for i nasjonale retningslinjer for behandling av diabetes (7).

Studien fra Sørlandet sykehus Arendal viste at kun halvparten av pasientene med kjent diabetes var behandlet med statiner samtidig som de hadde høy forekomst av overvekt, røyking og hypertensjon. Dette passer med egne erfaringer og viser at primærforebygging av kardiovaskulær sykdom hos norske pasienter med diabetes kan bli bedre.

I motsetning til behandling med statiner og antihypertensive legemidler har det vært vanskelig å vise at behandling med antidiabetika forebygger makrovaskulære hendelser (8). Økt forekomst av hjertesvikt ved bruk av enkelte typer antidiabetika har også vært påvist (8). I dag har vi imidlertid flere nye medikamenter som har vist positiv effekt på kardiovaskulær død (9, 10).

Mangfoldet av medikamenter med ulik kardiovaskulær sikkerhetsprofil gjør at kardiologer bør involvere seg mer i koronarpasientens diabetesbehandling, i tett samarbeid med fastleger og spesialister innen diabetesomsorgen.

LITTERATUR

1. Rydén L, Grant PJ, Anker SD 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: 3035 - 87. [PubMed][CrossRef]
2. Sarwar N, Gao P, Seshasai SR et al. Diabetes mellitus, fasting blood glucose concentration, and risk of vascular disease: a collaborative meta-analysis of 102 prospective studies. *Lancet* 2010; 375: 2215 - 22. [PubMed][CrossRef]
 3. Beckman JA, Creager MA, Libby P. Diabetes and atherosclerosis: epidemiology, pathophysiology, and management. *JAMA* 2002; 287: 2570 - 81. [PubMed][CrossRef]
 4. Jortveit J, Kaldal A, Tonstad S. Forekomst av diabetes før og etter første gangs koronarsykdom. *Tidsskr Nor Legeforen* 2018. doi: 10.4045/tidsskr.17.0539. [CrossRef]
 5. Ritschel VN, Seljeflot I, Arnesen H et al. Circulating levels of IL-6 receptor and gp130 and long-term clinical outcomes in ST-elevation myocardial infarction. *J Am Heart Assoc* 2016; 5: e003014. [PubMed][CrossRef]
 6. Knudsen EC, Seljeflot I, Abdelnoor M et al. Abnormal glucose regulation in patients with acute ST- elevation myocardial infarction-a cohort study on 224 patients. *Cardiovasc Diabetol* 2009; 8: 6. [PubMed][CrossRef]
 7. Helsedirektoratet. Nasjonal faglig retningslinje for diabetes. <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/diabetes> (2.2.2018).
 8. Holman RR, Sourij H, Califf RM. Cardiovascular outcome trials of glucose-lowering drugs or strategies in type 2 diabetes. *Lancet* 2014; 383: 2008 - 17. [PubMed][CrossRef]
 9. Marso SP, Daniels GH, Brown-Frandsen K et al. Liraglutide and cardiovascular outcomes in type 2 diabetes. *N Engl J Med* 2016; 375: 311 - 22. [PubMed][CrossRef]
 10. Zinman B, Wanner C, Lachin JM et al. Empagliflozin, cardiovascular outcomes, and mortality in type 2 diabetes. *N Engl J Med* 2015; 373: 2117 - 28. [PubMed][CrossRef]

Publisert: 5. mars 2018. *Tidsskr Nor Legeforen*. DOI: 10.4045/tidsskr.18.0152

Opphavsrett: © Tidsskriftet 2026 Lastet ned fra tidsskriftet.no 12. juli 2026.