

Screening för diabetes

– snarast politiskt korrekt än till nytta för folkhälsan

II Primärprevention är ett »politiskt korrekt« begrepp som dock är svårt att genomföra i praktiken. Även om ett antal exempel på lyckade primärpreventiva insatser föreligger är frånvaron av effekt snarare regel än undantag, oberoende av sjukdomstillstånd. Screening som sekundärprevention anges därför ofta som en alternativ väg för att i ett befolkningsperspektiv minska sjuklighet eller död i olika tillstånd där primärpreventionen inte varit framgångsrik. Screening för diabetes är en sådan satsning, som den senaste tiden upprepade gånger föreslagits som ett kostnadseffektivt sätt att minska såväl dödlighet som sjuklighet i befolkningen genom att identifiera odiagnostiserade diabetiker för olika interventionsåtgärder.

I ljuset av dessa propåer är en nyligen publicerad artikel i Journal of Medical Screening av intresse. Författarna har identifierat en kohort bestående av 2 297 individer, som utgör ett representativt urval ur den holländska befolkningen, i åldrarna 50–75 år utan känd diabetes. Dessa individer klassificerades enligt »the Cambridge score«, ett enkelt instrument för att identifiera patienter med hög risk för diabetes. Parametrar som ingick var kön, ålder, hereditet för

diabetes, rökvanor, blodtrycksmedicinering, kortisonterapi samt BMI. Därefter genomgick samtliga individer glukosbelastning, och författarna kunde på detta sätt uppskatta antalet falskt positiva, falskt negativa, sant positiva och sant negativa. 1 106 individer var positiva, dvs nästan hälften, enligt Cambridge score. Av dessa var 1 037 falskt positiva och 113 sant positiva. Bland de övriga fann man 41 falskt negativa.

Kohorten följdes under tio år, varefter totalmortaliteten jämfördes mellan de fyra grupperna med de sant negativa som referensgrupp. De sant positiva hade en överdödlighet på 70 procent – att jämföra med de falskt negativa och de falskt positiva, som hade 50 procents överdödlighet. Dessa skilde sig dock inte signifikant från de sant positiva.

I ett screeningprogram som föreslås av dem som för närvarande förespråkar kartläggning av typ 2-diabetes skulle detta innebära att hälften av de screenade skulle skickas hem med ett lugnande besked om att de inte har någon diabetes, men de skulle ändå ha samma överdödlighet som de som testats positivt för diabetes.

Författarna konkluderar att det i ett folkhälsoperspektiv är svårt att förstå

varför de patienter som testats positivt för diabetes skall prioriteras när den intervention som är aktuell är densamma för dem som testats positivt för diabetes och dem som är positiva enligt Cambridge score. Resultaten från denna studie tyder på att resultaten av en intervention är likartade. Det är vidare uppenbart att det finns metoder att karakterisera individer som har ökad mortalitet utifrån ett enkelt frågeformulär, där förekomsten av diabetes inte tillför någon ny information. Andra strategier än screening för diabetes tycks därför – i ett folkhälsoperspektiv – vara mer relevanta för att minska dödligheten bland individer med kända riskfaktorer för ökad kardiovaskulär mortalitet.

Anders Ekblom

Anders.Ekblom@medks.ki.se

Spijkerman A, et al. What is the risk of mortality for people who are screen positive in a diabetes screening programme but who do not have diabetes on biochemical testing? Diabetes screening programmes from a public health perspective. J Med Screen 2002;9:187-90.

Visst stöd för primärpreventiv lipidreglering vid diabetes

II Bör diabetiker utan känd kranskärlsjukdom erbjudas lipidreglerande behandling, oavsett förekomst av dyslipidemi eller andra kardiovaskulära riskfaktorer? Risken för hjärt-kärlsjukdom är hög i denna patientgrupp, även om det är mindre troligt att den är lika hög som hos personer som genomgått hjärtinfarkt [Evans JM, et al. BMJ 2002;324:939-42].

Frågan om behandlingsvinst belystes nyligen i en metaanalys av randomiserade placebokontrollerade studier med allvarliga kranskärlsjuknanden som utfall publicerade fram till juli 2002 [1]. Resultatet överensstämmer med en liknande sammanställning i Clinical Evidence från juni 2003 [2].

Man hittade totalt fyra studier där effekten av lipidreglering rapporterades separat för diabetiker: Heart Protection Study (HPS, n=3 992), St Mary's, Ealing, Northwick Park Diabetes Cardiovascular Disease Prevention

(SEND CAP, n=164), Helsinki Heart Study (n=135) och Air Force/Texas Coronary Atherosclerosis Prevention Study (AFCAPS/TexCAPS, n=1 555). Därutöver fann man tio andra studier som angav sammanlagt 1 345 inkluderade diabetiker men utan att redovisa utfallet för denna grupp. Man försökte kontakta författarna men erhöll inget svar, varför dessa exkluderades.

I HPS sågs i behandlingsgruppen (40 mg simvastatin) en riskkvot för kranskärlsjuknande på 0,74 (95 procents konfidensintervall 0,64–0,86; uppgift om NNT saknas) jämfört med placebo. Motsvarande riskkvot i SEND CAP (400 mg bezafibrat mot placebo) var 0,32 (95 procents konfidensintervall 0,08–0,79), men osäkerheten är som synes stor. I de två övriga studierna sågs ingen signifikant effekt.

I kraft av sin storlek är således HPS vida överlägsen övriga studier. Den ger ett visst stöd för att flertalet typ 2-diabe-

tiker bör behandlas primärpreventivt med statin, oavsett lipidnivåer. Fynden bekräftas i senare resultat från HPS med sammanlagt 5 963 diabetiker [3].

Staffan Lindeberg

Staffan.Lindeberg@med.lu.se

Anders Hernborg

1. Gami AS, et al. Systematic review of lipid lowering for primary prevention of coronary heart disease in diabetes. BMJ 2003;326:528-9.

2. Clinical evidence. A compendium of the best available evidence for effective health care. London: BMJ Publishing Group; 2003.

3. Collins R, et al. MRC/BHF Heart Protection Study of cholesterol-lowering with simvastatin in 5 963 people with diabetes: a randomised placebo-controlled trial. Lancet 2003;361:2005-16.