

6. Farmakologisk behandling vid debut

Låt din preliminära kliniska diagnos bestämma valet av behandling

Se även

[kap 1 Klassifikation](#)

[kap 5 Omhändertagande av nyupptäckt](#)

Typ 1

Vid typ 1 föreligger en ABSOLUT insulinbrist där behandlingen består i att tillföra insulin i relation till födointag, motion och andra faktorer på ett sätt som liknar kroppens eget. Antingen som basal/bolus eller med insulinpump.

- Skriv ut och gå igenom bilagan: [Tre saker man måste kunna innan man börjar med insulin.](#)
- Påbörja insulinbehandling med Lantus/Abasaglar 6-8 E en gång per dag samt direktverkande insulin 2-4 E till varje måltid.

Se även

[kap 7 Val av diabetesbehandling/typ 1](#)

[bilaga Typ 1 insulin - grundkurs](#)

Typ 2

Sätt alltid in Metformin vid debut om eGFR >45. Börja med 500 mg och öka med 1 tablett per vecka till 2 g (förslagsvis 500 mg 2x2).

Symptomgivande hyperglykemi

Vid symptomgivande hyperglykemi (P-glukos över 15-20) är det ofta bra med en temporär insulinbehandling. Målet med insulinbehandlingen är att få ner blodsocker till ca 10 mmol/l under 2-6 veckor för att bukspottkörteln skall återhämta sig. Man brukar sedan kunna sätta ut insulinet till förmån för enbart peroral behandling.

- Skriv ut och gå igenom bilagan: [Tre saker man måste kunna innan man börjar med insulin.](#)
- Påbörja insulinbehandling med NPH-insulin 6-8 E tn samt direktverkande insulin 2-4 E till varje måltid.

[Se kap 7 Val av diabetesbehandling](#)

[bilaga: Algoritm blodsockerbehandling typ 2 sid 2-3](#)

Nyupptäckt typ 2 utan symtom

Patogenesen varierar. Man kan prata om tre patofysiologiska förklaringsmodeller som styr val av behandling. För att få någon uppfattning om patientens patofysiologiska rubbningar och för att kunna välja rätt behandling är det viktigt att ta reda på vad patienten äter och ställa det i relation till blodsockervärdena:

1. Nästan alla med typ 2 har mer eller mindre dålig känslighet för insulin vilket kan ge höga fastevärden och till och med stigande värden över natten även om man inte äter något. Här finns ett flertal lämpliga alternativ att pröva innan vi överväger insulinbehandling (se nedan)
2. Hos vissa typ 2-diabetiker dominerar problemet att snabbt frisätta tillräckliga mängder insulin vid stigande glukosvärden (betacellsdysfunktion) som leder till stigande värden efter en kolhydratrik måltid. Om man inte kommer åt detta med perorala medel kan ibland måltidsinsulin bli nödvändigt.
3. Efter 10-20 år avtar produktionen av insulin hos de allra flesta (betacellssvikt med sjunkande C-peptid och stigande HbA1c). Patienten blir mer och mer lik en typ 1-diabetiker och kräver insulinbehandling.

Om man inte uppnår blodsockermålet med enbart metformin inom 3 månader bör man utöka behandlingen:

[Se kap 7 Val av diabetesbehandling](#)
[bilaga: Algoritm blodsockerbehandling typ 2](#)

Pankreassjukdom

Vid pankreassvikt föreligger en minskad insulinproduktion som oftast kräver behandling med insulin som typ 1 med basal bolus.

- och gå igenom bilagan: [Tre saker man måste kunna innan man börjar med insulin.](#)
- Påbörja insulinbehandling med Lantus/Abasaglar 6-8 E en gång per dag samt direktverkande insulin 2-4 E till varje måltid

[Se kap 7 Val av diabetesbehandling/pankreasinsufficiens](#)

Kortisonutlöst diabetes

Vid signifikant och symtomgivande blodsockerstegringar och där behandlingen ska pågå under en längre tid krävs nästan alltid insulin.

[Se bil till kap 18 Diabetesbehandling vid högdos kortisonbehandling](#)

MODY

Vid starke misstanke om MODY består behandlingen av en kost med begränsad mängd främst av snabba kolhydrater. Om inte detta räcker till kan man överväga

SU eller repaglinid. Övriga typ2-läkemedel torde ha dålig effekt och insulin olämpligt. För diagnostik rådgör med Diabetolog.

Graviditet

Det vi normalt kallar graviditetsdiabetes beror på en oförmåga hos den blivande modern att tillgodose det ökade insulinbehov som föreligger under graviditeten. Graviditetsdiabetes debuterar oftast med icke symptomgivande blodsockerstegring vid en känd graviditet. Behandlas med lämplig kost (minskad mängd kolhydrat) och eventuellt metformin och insulin. Vid graviditetsdiabetes normaliseras blodsockret vid partus.

I sällsynta fall kan man debutera med typ 1 eller typ 2 när man är gravid vilket blir mycket besvärligare. Höga blodsocker tidigt under graviditet ökar risken för missfall och missbildningar. Ketoacidosis är ett MYCKET allvarligt tillstånd både för foster och mor.

[Se kap 35 Graviditet](#)