

Aile Sağlığı Merkezinde Yeni Tanı Tip-2 Diyabetes Mellitus

Newly Diagnosed Type-2 Diabetes Mellitus in a Family Health Center

Tevfik Tolunay Tutulmaz¹

¹Sincan 1 Nolu ASM, 0623086 Nolu Birim

Özet

Diyabetes mellitus (DM) insülin salınımında eksiklik ve / veya insülin direnci nedeniyle ortaya çıkan metabolik bir hastalıktır. Bu yazıda bir olgu nedeni ile aile hekimliğinde sık görülen yeni tanı diyabet (tip 2)' nin yönetimindeki yerini tartışmak istedik. Tip 2 DM nin 1. Basamakta tanı konup, tedavi ve takip edilen bir hastalık olduğunu vurgulamak amacıyla bu olguyu hazırladık.

Anahtar kelimeler: Tip 2 Diyabetes Mellitus, aile hekimliği

Abstract

Diabetes mellitus is a metabolic disorder deriving from a deficiency in insulin secretion and/ or insulin resistance. We wanted to discuss here the administration of a newly diagnosed type 2 diabetes related to a case, which can frequently be faced in family medicine practice.

Key Words: Type 2 Diabetes mellitus, family medicine

Giriş

Diyabet insülin eksikliği, insülin direnci veya her ikisinin birlikteliği sonucu kanda glukoz seviyesinin yükselmesine bağlı olarak kronik ve akut komplikasyonlara neden olabilen sistemik bir hastalıktır. Yüksek prevalansı (%5-10) nedeniyle birinci basamakta en sık karşılaşılan hastalıklardandır. Ülkemizde yapılan çalışmalar tip 2 diyabet sıklığının önemli derecede arttığını (%13.7) göstermektedir.^{1,2}

DM 4 dört ana sınıfa ayrılır: Tip 1 diyabet, Tip 2 diyabet, diğer spesifik tipler ve gestasyonel diyabet mellitus (GDM)³. Tip 2 diyabette insülin salınımında azalma veya insülin direnci veya her ikisi birden söz konusudur. Tip 2 DM tüm diyabet tiplerinin %90-95'ini oluşturur (4). Tip 1 diyabet genellikle 30 yaşından önce başlarken tip 2 diyabet daha ileri yaşlarda görülmekle birlikte bu her zaman kural değildir.

Olgu

50 yaşında bayan hasta, 20 gündür çok su içme, çok idrara çıkma, halsizlik, görmeye bulanıklık, son 1 aydır

4-5 kg kilo kaybı şikayetleri ile ASM'mize başvurdu. Sistemik sorgulamasında aile öyküsünde annesinde tip 2 diyabetes mellitus olduğu öğrenilen hastanın yapılan fizik muayenesinde özellik saptanmadı. Glukometre ile AKŞ: 279 mg/dl olarak ölçüldü. Tekrarlanan ölçümde AKŞ: 275 mg/dl teyid edildi. İdrar stiki ile protein negatif, keton eser, +4 glukoz tespit edilip diyabet tanısı konuldu.

Bol oral sıvı ve damar yolu açılarak 2 Ünite/saat kristalize insülin infüzyonu başlanarak takibe alındı. Kan şekeri takiplerinin 200-250 arasında seyretmesi üzerine insülin infüzyonunu kesilerek Gliklazide MR 30 mg tb 1x1 aç ve Metformin 1000 mg 2x1/2 tok başlandı. Hastaya 1600 kcal DM diyet ve egzersiz önerildi. Diyabet eğitimi verildi. 3 gün boyunca her gün kan şekeri takibi (sabah AKŞ, öğleden sonra TKŞ, regülasyon sağlanana kadar) yapılan hastanın 2 hafta sonunda Gliklazide MR 30 dozu 1x2 ve metformin 1000 mg dozu 2x1 olarak ayarlandı. Regülasyon (açlık plazma glukozu<120mg/dl, tokluk plazma glukozu<140 mg/dl olacak şekilde) sağlandıktan sonra devlet hastanesine ilaç ve malzeme raporu çıkarılmak ve komplikasyonların değerlendirilmesi için yönlendirildi. Yapılan değerlendirmede:

Biyokimyasal değerleri: AKŞ: 110 mg/dl, TKŞ: 140 mg/dl TİT: Glukoz negatif, keton negatif, protein negatif. HbA1c: 11,6 Mikroprotein İdrar: 17 bulundu. Diğer değerler normal sınırlarda bulundu. Göz konsültasyonunda diyabetik retinopati görülmedi.

Hastaya kan şekeri takiplerini ölçümü ve nasıl takip edilmesi gerektiği ayrıntılı olarak anlatıldı. Hangi durumlarda tekrar başvurması gerektiği anlatıldı. 3 ay sonra kontrole çağrıldı.

Biyokimyasal değerleri: AKŞ: 105 mg/dl, TKŞ: 145 mg/dl HbA1c: 7,1 olarak saptandı. Öneriler ile 6 ayda bir kontrol önerildi.

Tartışma

Diyabetin klasik hiperglisemi semptomları poliüri, polidipsi, noktüri, polifaji bazen de çok yemek yemeye rağmen kilo kaybı, ağız kuruluğu, halsizlik, deri vulva ve idrar yolu enfeksiyonları, tekrarlayan mantar enfeksiyonları, görme bulanıklığı, kaşıntı olarak sayılabilir. Bununla birlikte tip 2 diyabetiklerin önemli bir kısmında semptom yoktur veya hastalar varolan semptomları başka nedenlere bağlarlar.

DM için öngörülen tanı kriterleri şunlardır:

1. Açlık (en az 8 saatlik açlığı takiben) plazma glukozu ≥ 126 mg/dl veya
2. 75 gram OGTT'de 2. saat plazma glukozu ≥ 200 mg/dl veya
3. Semptomatik hiperglisemi + Rastgele plazma glukozu ≥ 200 mg/dl olmalıdır.

Bir test ile tanı koymadan önce mutlaka ikinci bir ölçümle veya diğer bir testle doğrulanmalıdır. İlk test tanı kriterlerinin üzerinde, ikinci test altında ise 3-6 ay sonra testin tekrarlanması önerilmektedir.

Diyabetin tüm tiplerinde tedavinin değişmez öğeleri hastanın eğitimi, diyet ve egzersizdir. Hastalık tanısı ile birlikte Metforminin başlanması doğru bir uygulama olarak benimsenmiştir. Monoterapi başlanan hastalarda 3 ayda hedef HbA1c değerleri elde edilmezse ikinci bir oral antidiyabetik (Metformin yanına diğer OAD) veya bazal insülin eklenmesi önerilmektedir. Sulfonilüreler

diyabet tedavisinde kullanılan en eski maliyet etkin ilaç grubudur.

Belirgin hiperglisemik semptomlarla başvuran ve plazma glukoz $\geq 300-350$ mg/dl, HbA1c $\geq 10-12$ olan hastalarda tedaviye fizyolojik insülin salınımını taklit edecek şekilde insülinle intensif tedavi başlanmalıdır. Bu hastalarda tip 1 diyabet yoksa semptomlar geriledikten, glukotoksitesi düzeldikten ve metabolik durum stabil olduktan sonra insülinin kesilmesi ve oral antidiyabetiklere geçilmesi düşünülebilir.

Bizim hastamız, sevk gerektirmeyen ancak gecikmesi durumunda ise ketoasidoz ile sonuçlanabilecek sınırdaki durumu nedeniyle rehidratasyon ve insülin ile kan şekerinin düşürülmesi ve sıkı takip yapılması gereken ara bir durum olarak değerlendirildi. Kısa süreli hidrasyon ve kısa süreyle düşük doz insülin infüzyonu ve sıkı takip ile regülasyonu takiben oral ilaçlar başlandı. DM, ilk tanısı ve takipleri birinci basamakta yapılmalıdır. Akut komplikasyon düşünülüyorsa (diyabetik ketoasidoz, hiperosmolar koma, bilinç kaybı oluşturan hipoglisemi gibi) gecikmeksizin mutlaka acil müdahale yapılabilecek bir birime sevk edilmelidir. Aile Hekimi baş edemeyeceğini düşündüğü herhangi bir durumda diyabetik hastayı sevk etmelidir.

Kaynaklar

1. Satman I, Yılmaz T, Sengül A, Salman S, Salman F, Uygur S, Bastar I, Tütüncü Y, Sargın M, Dinççag N, Karsıdag K, Kalaça S, Ozcan C, King H. Population-based study of diyabetes and risk characteristics in Turkey: results of the turkish diyabetes epidemiology study (TURDEP). *Diyabetes Care*. 2002 Sep;25(9):1551-6.
2. Satman İ, Şengül AM, Ömer B, et al. Türkiye Diyabet Hipertansiyon Obezite ve Endokrinolojik hastalıklar prevelans çalışması-II (TURDEP-II). www.turkendocrin.org/files/fileD_156.pdf
3. AHUZEM, Aile Hekimliği Sürekli Mesleki Gelişim Programı, Erişkin Sağlığı ve Hastalıkları Modülü 2.2 Diyabetes Mellitus (I ve II bölüm), v1.1.
4. American Diabetes Association. Diagnosis and classification of diabetes mellitus. *Diabetes Care* 2012;35(1):64-71.
5. UKPDS Group: Response of fastind plasma glucose to diet therapy in newly presenting type 2 diyabetes patients. *UKPDS-7. Metabolism* 1990;38:905-912.

Yazışma Adresi / Correspondence

Tevfik Tolunay TUTULMAZ
Sincan 1 Nolu ASM, 0623086 Nolu Birim
Geliş Tarihi: 15.08.2014
Kabul Tarihi: 25.08.2014