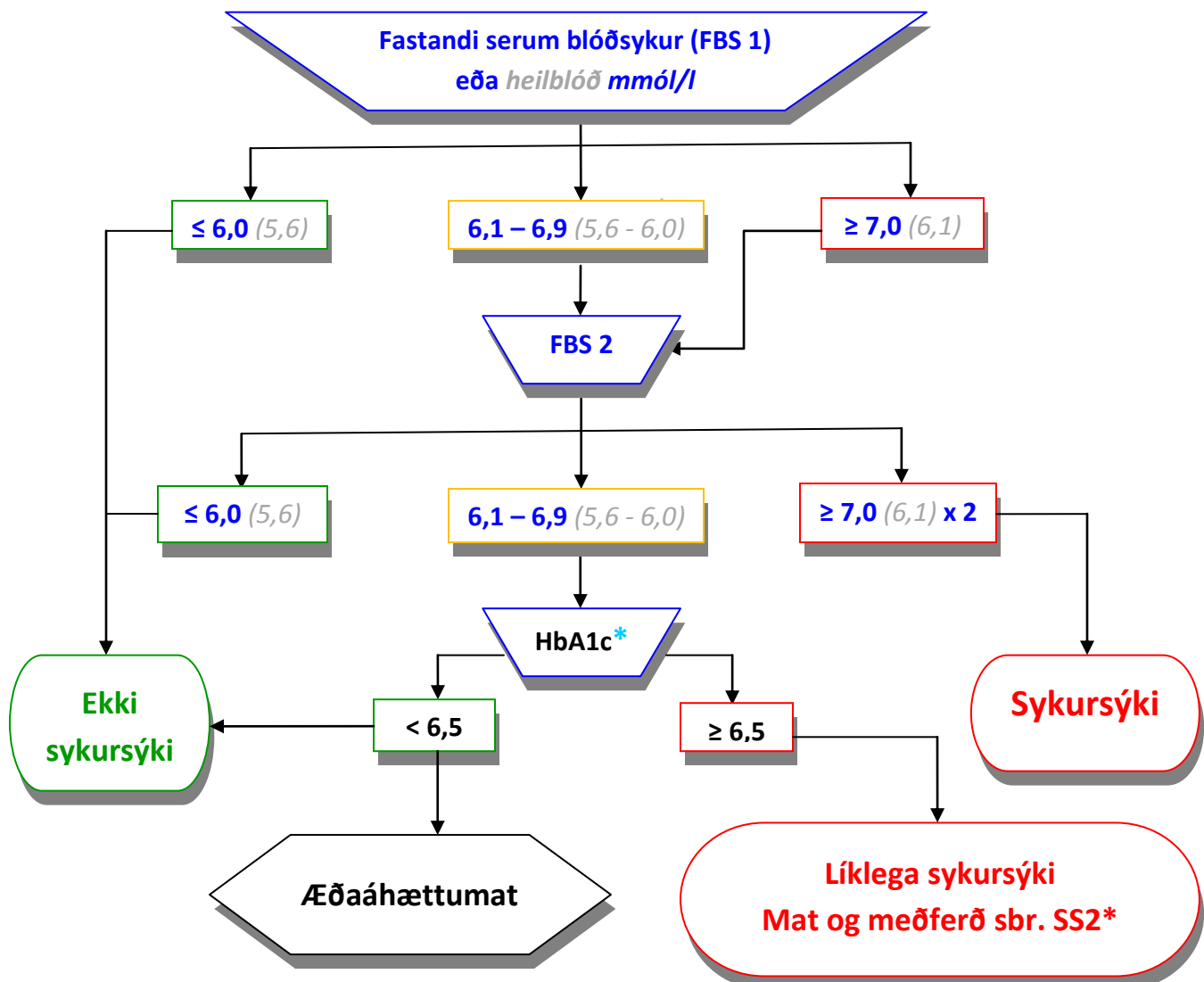


### 3. SKIMUN (Byggt á sameiginlegu álitum (*General consensus*), ekki gagnreynt)

Mælt er með tækifærisskimun á 1–3 ára fresti á áhættuhópum: <sup>1-3</sup>

Einstaklingar 40 – 70 ára, sérstaklega, ef eftirtaldir áhættuþættir

- Foreldrar eða systkini með sykursýki – (áhætta u.þ.b. 25% ef einn náskyldur og 50% ef tveir)
- Hækkaður fastandi sykur (IFG) eða skert sykurþol (IGTT)
- Stóræðasjúkdómur eða aðrir fylgikvillar tengdir sykursýki
- Of feitir – þ.e. BMI  $\geq 25$
- Kviðfita – þ.e. mittismál hjá körlum  $\geq 102$  cm, konum  $\geq 88$  cm.
- Háþrýstingur
- Blóðfituröskun – sérstaklega hátt TG og lágt HDL
- Saga um sykursýki á meðgöngu eða um fæðingu mjög stórra barna ( $>4,5$  kg)
- Fjölblöðrueggjastokka heilkenni (Polycystic ovarian syndrome)
- Ekki af evrópskum uppruna
- Geðklofi – (áhætta þrisvar sinnum meiri)
- Acanthosis nigricans



Nýlegar kanadískar<sup>1</sup>, amerískar<sup>2,3</sup>, evrópskar<sup>11</sup> og alþjóðlegar<sup>12</sup> leiðbeiningar mæla með skimun hjá áhættuhópum.

Sykursýki er hratt vaxandi vandamál hér á landi eins og annars staðar. Í rannsókn á efnivið úr Hjartavernd 1997–2002 var algengi sjúkdómsins 4,7% á aldrinum 45–64 ára. og reyndust 2/3 hafa áður óþekkta sykursýki.<sup>4</sup> Við greiningu er viðkomandi líklega búinn að vera með sykursýki í a.m.k. 4–7 ár.<sup>5</sup> Meginheilsufarsáhætta einstaklinga með ógreinda sykursýki er aukin hætta á stóræðasjúkdómi, og þá sérstaklega kransæðasjúkdómi, með dánartíðni tvisvar til þrisvar sinnum hærrí en í jafnöldrum án sykursýki.<sup>6</sup>

Ef þessir einstaklingar greinast snemma leiðir það til markvissrar meðhöndlunar áhættupátta fyrr en ella og það getur hindrað eða seinkað stóræðaáfallum.<sup>7</sup> Auk þess er mögulegt að hægja á þróun smáæðasjúkdóma.<sup>8,9</sup> Ef ódýrari statín-lyf eru notuð, virðist skimun borga sig hjá 40–70 ára gömlum<sup>7</sup> og þá sérstaklega einstaklingum í áhættuhópum.<sup>1,7</sup> Þótt algengi sykursýki 2 aukist með hækkandi aldri þá kemur að því við ákveðinn aldur að afstæð áhætta á stóræðasjúkdómi lækkar og þá minnkar gagnsemi skimunar.<sup>7</sup>

Þrátt fyrir að allt virðist benda til þess að snemmgreining sé gagnleg hefur enn ekki verið sýnt fram á það svo óyggjandi sé. ADDITION rannsóknin beinist að þessu atriði hjá 3000 nýgreindum með skimun og fyrstu niðurstöður sýna marktæka lækkun allra áhættupátta með virkri meðhöndlun, án neikvæðra áhrifa á lífsgæði.<sup>10</sup>

\* Vegna skorts á stöðlun og áreiðanlegum greiningarþröskuldum hefur ekki verið sátt um að nota HbA1c til greiningar eða skimunar á sykursýki. Tillögur um notkun HbA1c við skimun komu hins vegar fram þegar árið 1999<sup>11</sup> og ROC-kúrfa var unnin upp úr amerískum gögnum 2007.<sup>12</sup> Nú er loks svo komið að vegna bættrar alþjóðlegrar stöðlunar og vaxandi gagna um forspárgildi HbA1c eru alþjóðlegu sykursýkissamtökin (IDF), ásamt þeim amerísku (ADA) og evrópsku (EASD), að vinna í því að HbA1c verði fljótlega tekið upp sem greiningartæki fyrir sykursýki.<sup>3</sup>

Viðmiðið 6,5%, sem notað er hér að ofan, er meðferðarmarkmið hjá skemur genginni sykursýki 2 og Hba1c  $\geq$  6,5% hefur 42,8% næmi, 99,6% sértæki og 94% jákvætt forspárgildi í þýði með 6% algengi.<sup>13</sup>

#### Heimilidir og ítarefni

1. CDA. Canadian Diabetes Association 2008 Clinical Practice Guidelines for the Prevention and Management of Diabetes in Canada. *Canadian Journal of Diabetes* 2008;32 (Supplement 1). [Kanadískar leiðbeiningar 2008](#)
2. AACE. American Association of Clinical Endocrinologists. Medical guidelines for clinical practice for the management of diabetes mellitus. *Endocr Pract: AACE Diabetes Mellitus Clinical Practice Guidelines Task Force*, 2007:1-68. [Leiðbeiningar Ameríska innkirtlafélagsins AACE. 2007](#)



3. ADA. American Diabetes Association. Clinical Practice Recommendations 2009. *Diabetes Care* 2009;Vol 32 (Supplement 1):S13-S61. [Leiðbeiningar Amerísku sykursýkissamtakanna. 2009](#)
4. Bergsveinsson J, Aspelund T, Gudnason V, Benediktsson R. [Prevalence of type 2 diabetes mellitus in Iceland 1967-2002]. *Laeknabladid* 2007;93(5):397-402. [Algengi á Íslandi](#)
5. Harris MI, Klein R, Welborn TA, Knudman MW. Onset of NIDDM occurs at least 4-7 yr before clinical diagnosis. *Diabetes Care* 1992;15(7):815-9. [Tengill](#)
6. Glucose tolerance and mortality: comparison of WHO and American Diabetes Association diagnostic criteria. The DECODE study group. European Diabetes Epidemiology Group. Diabetes Epidemiology: Collaborative analysis Of Diagnostic criteria in Europe. *Lancet* 1999;354(9179):617-21. [Tengill](#)
7. Waugh N, Scotland G, McNamee P, Gillett M, Brennan A, Goyder E, et al. Screening for type 2 diabetes: literature review and economic modelling. *Health Technol Assess* 2007;11(17):iii-iv, ix-xi, 1-125. [Tengill](#)
8. Holman RR, Paul SK, Bethel MA, Matthews DR, Neil HA. 10-year follow-up of intensive glucose control in type 2 diabetes. *N Engl J Med* 2008;359(15):1577-89. [Tengill](#)
9. Group UKPDS. Tight blood pressure control and risk of macrovascular and microvascular complications in type 2 diabetes: UKPDS 38. *BMJ* 1998;317(7160):703-713. [Tengill](#)
10. Janssen PG, Gorter KJ, Stolk RP, Rutten GE. Randomised controlled trial of intensive multifactorial treatment for cardiovascular risk in patients with screen-detected type 2 diabetes: 1-year data from the ADDITION Netherlands study. *Br J Gen Pract* 2009;59(558):43-8. [Tengill](#)
11. Davidson MB, Schriger DL, Peters AL, Lorber B. Relationship Between Fasting Plasma Glucose and Glycosylated Hemoglobin: Potential for False-Positive Diagnoses of Type 2 Diabetes Using New Diagnostic Criteria. *JAMA* 1999;281(13):1203-1210. [Tengill](#)
12. Buell C, Kermah D, Davidson MB. Utility of A1C for Diabetes Screening in the 1999 2004 NHANES Population. *Diabetes Care* 2007;30(9):2233-2235. [Tengill](#)
13. Lee TJ, Safranek S. FPIN's clinical inquiries. A1C testing in the diagnosis of diabetes mellitus. *Am Fam Physician* 2006;74(1):143-4. [Tengill](#)

