

Bölüm 87

DIABETES MELLİTUS YÖNETİMİ

Müge ÖZSAN YILMAZ¹

GİRİŞ

Diabetes Mellitus dünya çapında 382 milyon kişinin etkilenmesiyle ve 2035 de yaklaşık olarak 592 milyon kişinin etkilenecek olması nedeniyle küresel bir sorun olarak karşımıza çıkmaktadır. Türkiye’de ise 2013 yılında 7 milyon diyabetli varken, 2035 de yaklaşık 12 milyon kişinin diyabetli olacağı öngörülmektedir (1). Bu verilere dayanılarak dünya genelinde bir pandemiden bahsedilmektedir. Ülkemizde yapılan TURDEP II verilerine göre diyabet prevalansı %13,7 ve diyabet artış hızı da %90’dır (2). Bu nedenle gerek dünyada gerekse ülkemizde oldukça sık görülen diyabetle hangi branşta olursa olsun hekimlerin karşılaşma olasılığı oldukça yüksektir ve her hekimin bu konuda kendisine düşen oranda bilgi sahibi olması gerekmektedir.

TANIM VE SEMPTOMLAR

Diyabet, insülin eksikliği ya da insülin etkisindeki defektler nedeniyle organizmanın karbonhidrat, yağ ve proteinlerden yeterince yararlanamadığı, sürekli tıbbi bakım gerektiren, kronik bir metabolizma hastalığıdır. Hastalarda poliüri, polidipsi, polifaji gibi klasik semptomların yanı sıra ağzı kuruluğu, görme bozuklukları, kilo kaybı, halsizlik, bitkinlik, açlık hissi, deride kuruluk ve kaşıntı, uyuma isteği gibi semptomlar da görülebilir.

Diyabet tanı kriterleri

Venöz plazmada glukoz oksidaz yöntemiyle ölçülen plazma glukoz düzeyleri herhangi bir glukoz metabolizma bozukluğu tanısı koymak için temel alınır. Buna göre (3);

- 1) 8 saatlik açlık sonrası APG (açlık plazma glukozu) ≥ 126 mg/dl ise,
- 2) 75 gram glukoz ile yapılan Oral Glukoz Tolerans Testi (OGTT)’nde 2. Saat PG (plazma glukoz)’u ≥ 200 mg/dl ise,
- 3) Yukarıda bahsedilen klasik semptomları olan bir kişide rastgele bakılan PG ≥ 200 mg/dl ise,
- 4) Standardize metodlarla ölçülen A1C ≥ 6.5 ise

Bu kişilere “diyabet” tanısı konulur. Çok ağır diyabet semptomlarının bulunmadığı durumlarda birkaç gün içerisinde tanının doğrulanması için ikinci bir yöntemle test edilmesi uygun olur. Tip 1 DM’de aşık klinik başlangıç nedeniyle çoğu zaman OGTT’ye ihtiyaç duyulmaz.

Prediyabet tanı kriterleri

Kan şekeri düzeylerinin normal olmadığı ancak diyabet tanı kriterlerine de uymayan durumlar “prediyabet” olarak adlandırılır. Buna göre;

- 1) 8 saatlik açlık sonrası APG 100-126 mg/dl ise “izole bozulmuş açlık glukozu”
- 2) 75 gram glukoz ile yapılan OGTT’de 2. Saat PG 140-199 mg/dl ise “izole bozulmuş glukoz toleransı”

¹ Dr Öğretim Üyesi, Endokrinoloji ve Metabolizma Uzmanı, Hatay Mustafa Kemal Üniversitesi Endokrinoloji ve Metabolizma Bilim Dalı, mugeozsan@gmail.com

önerilmez. Ancak hastada sürekli mikroalbuminüri varsa HT olmasa bile ACE-İ ya da ARB kullanılması düşünülmelidir. Makroalbuminüri olan hastalarda ise ACE-İ ya da ARB kullanılır (3). Diyabetik nefropatiden korunma ve ilerlemesini durdurmanın yolu iyi glisemik kontrol, optimal kan basıncı kontrolü ve varsa dislipidemi tedavisinden geçer.

3) Diyabetik nöropati: Duyusal simetrik polinöropatiler hastalarda daha çok morbiditeye ve hayat kalitesinin bozulmasına neden olurken; otonom nöropatiler hipoglisemini farkında olmama, sessiz miyokard infarktüsü gibi durumlara neden olarak mortal olabilirler. Diyabetik nöropati taraması tip 2 diyabetiklerde tanı anında, tip 1 diyabetiklerde ise tanıdan 5 yıl sonra yapılır. Tarama ve tanı için anamnez ve fizik muayene (monofilaman testi, diapozon ile vibrasyon duyusunun testi) yeterlidir. Diyabetik nöropatiyi önlemek ve ilerlemesini geciktirmek için glisemik kontrol son derece önemlidir. Nöropatik semptomları olanlarda ve özellikle de metformin kullananlarda olası B12 eksikliği de akılda tutulmalıdır. Ayrıca diyabetik nöropatisi olan hastaların diyabetik ayak gelişimi açısından da risk altında olduğu unutulmamalıdır.

Sonuç olarak diyabet gerek direkt kendisi gerekse neden olduğu akut ve kronik komplikasyonlar nedeniyle son yüzyılın en önemli morbidite ve mortalite sebeplerinden birisidir. Korkutucu olan tablo da önlenabilir bir hastalık olan tip 2 diyabet insidansı tüm dünyada giderek artmaktadır. Bu nedenle koruyucu hekimliğini temelini oluşturan birinci basamak sağlık hizmetleri çerçevesinde hekimler diyabeti önlemek adına kişileri risk faktörleri açısından değerlendirmeli, taramasını yapmalı, bu konuya yönelik önleyici tedbirleri almalıdır. Sekonder koruma kapsamında ise hastalara öneriler çerçevesinde bireysel hedefler belirleyerek uygun bireysel tedavileri başlanmalı, hastaların tedavileri uygun alıp almadığı kontrol edilmeli, komorbid durumlar varsa tespit etmelidir. Diyabet tedavisi hasta açısından bireysel iken, hekim açısından multidisipliner çalışmayı gerektirir ve ihtiyaç anında hasta ilgili bölümlerle birlikte değerlendirilmelidir. Bu yaklaşım ile beraber diyabet tedavisinde hasta ve hekim açısından olumlu sonuçlar ortaya çıkar.

Anahtar kelimeler: Diabetes Mellitus, Tanı, Tedavi

KAYNAKÇA

1. International Diabetes Federation. Diabetes atlas. 6th ed. IDF Publication; 2013.
2. Satman I, Omer B, Tutuncu Y, Kalaca S, Gedik S, Dincag N, Karsidag K, Genc S, Telci A, Canbaz B, Turker F, Yilmaz T, Cakir B, Tuomilehto J; TURDEP-II Study Group. Twelve-year trends in the prevalence and risk factors of diabetes and prediabetes in Turkish adults. Eur J Epidemiol. 2013 Feb;28(2):169-80.
3. Diabetes Mellitus Çalışma ve Eğitim Grubu. TEMD Diabetes Mellitus ve Komplikasyonlarının Tanı, Tedavi ve İzlem Kılavuzu, Ağustos 2019 Güncellenmiş baskı, TEMD Yayınları, Bayt, Ankara, 2019.
4. Mahat RK, Singh N, Arora M, Rathore V. Health risks and interventions in prediabetes: A review. Diabetes Metab Syndr. 2019;13(4):2803-2811.
5. Standards of Medical Care in Diabetes-2019. Diabetes Care. 2019 Jan;42(Suppl 1):S1-S2.
6. Sjöström L, Lindroos AK, Peltonen M, Torgerson J, Boucard C, Carlsson B, Dahlgren S, Larsson B, Narbro K, Sjöström CD, Sullivan M, Wedel H; Swedish Obese Subjects Study Scientific Group. Lifestyle, diabetes, and cardiovascular risk factors 10 years after bariatric surgery. N Engl J Med. 2004 Dec 23;351(26):2683-93.
7. Tuomilehto J, Lindström J, Eriksson JG, Valle TT, Hämäläinen H, Ilanne-Parikka P, Keinänen-Kiukaanniemi S, Laakso M, Louheranta A, Rastas M, Salminen V, Uusitupa M; Finnish Diabetes Prevention Study Group. Prevention of type 2 diabetes mellitus by changes in lifestyle among subjects with impaired glucose tolerance. N Engl J Med. 2001 May 3;344(18):1343-50.
8. Lauritzen, T., Borch-Johnsen, K., Sandboek, A. Is prevention of type-2 diabetes feasible and efficient in primary care? A systematic PubMed review. Primary Care Diabetes 2007; 1: 5-11.
9. Baker MK, Simpson K, Lloyd B, Bauman AE, Singh MA. Behavioral strategies in diabetes prevention programs: a systematic review of randomized controlled trials. Diabetes Res Clin Pract. 2011 Jan;91(1):1-12.
10. Lipscombe L, Booth G, Butalia S, et al. Diabetes Canada Clinical Practice Guidelines Expert Committee 2018. Clinical Practice Guidelines: Pharmacologic glycemic management of type 2 diabetes in adults. Can J Diabetes 2018;42:S88-S103.
11. Obezite, Lipid Metabolizması ve Hipertansiyon Çalışma Grubu. TEMD Bariyatrik Cerrahi Kılavuzu 2019. TEMD Yayınları, Bayt, Ankara, 2019.