



HANDLÄGGNING AV DIABETES ORSAKADE AV CYSTISK FIBROS

ISPAD Clinical Practice Consensus Guidelines 2014. Chapter 5, Management of cystic fibrosis-related diabetes in children and adolescents.

Moran A, Pillay K, Becker DJ, Acerini CL. Published in Pediatric Diabetes 2014: 15 (Suppl. 20): 65-76.

Författare till den svenska kommentaren:

Jarl Hellman, Hans Fors och referensgruppen

Detta vill vi särskilt framhålla ur ovanstående kapitel

CFRD är den vanligaste följsjukdomen vid cystisk fibros. CFRD kan uppträda vid alla åldrar och risken ökar med stigande ålder. Få patienter med cystisk fibros har en helt normal glukostolerans. Bakomliggande patofysiologi är komplex och innebär en gradvis förlust av insulinproduktion men också ofta ett inslag av fluktuerande insulinresistens. Tidig CFRD karakteriseras av normalt fastevärde och stegringar av blodglukos framför allt efter måltid, men över tid utvecklas även förhöjt fasteglukos. Majoriteten av patienterna med CFRD har inga symptom vid diagnostillfället förutsatt att screening utförs. Diabetesketoacidosis är en sällsynt komplikation. Samma diagnoskriterier som vid diabetes i övrigt gäller vid CFRD

Screening bör utföras med 75g (1,75 g/kg) OGTT och rekommenderas årligen från 10 års ålder vid cystisk fibros. Årlig screening för mikrovaskulära komplikationer bör påbörjas efter 5 års känd CFRD. Patienter med CFRD behandlas med insulin och olikt annan typ av diabetes rekommenderas högkalorikost vid CFRD. Vid insulinbehandlad CFRD rekommenderas kontroll av HbA1c var tredje månad och egentestning av blodsocker som vid typ 1 diabetes.

Samma målvärde på HbA1c gäller som vid annan typ av diabetes med målet att reducera risken för mikrovaskulära komplikationer. Liksom vid all annan typ av diabetes bör dock alltid målvärdet individualiseras.

Kommentarer för svenska förhållanden

I Sverige rekommenderas screening för CFRD med HbA1c och OGTT en gång per år. Diabetes hos barn och ungdomar med CF bör handläggas på barndiabetesmottagning.