

Fettfattig kost uten kaloriestriksjoner gir vektta

Et fettfattig kosthold uten mengderestriksjoner fører til et langvarig, men beskjedent vektta. Det viser resultatene fra den randomiserte, kontrollerte studien Women's Health Initiative Dietary Modification Trial (JAMA 2006; 295: 39–49).

49 000 postmenopausale kvinner i alderen 50–79 år deltok i studien. Kvinnene i intervensjonsgruppen skulle redusere fettinntaket til 20 % av det totale energiinntaket og spise mer frukt, grønnsaker og kornprodukter. Kvinnene i kontrollgruppen gjorde ingen endringer i kosten. Oppfølgingsperioden var 7,5 år.

Etter det første året hadde kvinnene i intervensjonsgruppen gått ned 2,2 kg og veide i gjennomsnitt 1,9 kg mindre enn kvinnene i kontrollgruppen. I hele oppfølgingsperioden veide kvinnene med et fettfattig kosthold mindre enn kontrollkvinnene, men forskjellen ble mindre med årene. Etter 7,5 år var forskjellen 0,4 kg.

Liten forskjell mellom dietter

Hva er best – dietter med lavt fettinnhold eller «motediettene» med lavt inntak av karbohydrater uten kaloriestriksjoner?

En metaanalyse av randomiserte, kontrollerte studier viser at de to typene slankemetoder kommer relativt likt ut (Arch Intern Med 2006; 166: 285–93). Etter seks måneder hadde personer på lavkarbohydratdietter gjennomsnittlig tapt tre kilo mer enn personer som spiste lite fett, men etter ett år var forskjellen borte. De to diettene hadde derimot ulik effekt på blodlipidene. En kost med lite karbohydrat gav bedre triglyserid- og HDL-verdier, mens fettfattige dietter hadde en gunstigere effekt på totalkolesterol- og LDL-nivået.

Fedmekirurgi i USA

Fedmeepidemien i USA har ført til en kraftig økning i antall sykehus som tilbyr vektreduserende kirurgi. I 2003 ble slike inngrep utført ved 1 111 sykehus, som tilsvarer om lag en firedel av alle sykehus i USA (JAMA 2006; 295: 282–4). Dette er tre ganger flere enn i 1997.

I 2003 ble 77 % av pasientene operert ved sentre med høyt operasjonsvolum, dvs. over 100 operasjoner per år. Færre enn 10 % av pasientene ble operert ved sykehus med under 50 årlige operasjoner. Forfatterne etterlyser bedre datakvalitet fra alle sykehus som tilbyr bariatrisk kirurgi.

Tidlig diagnostikk av Downs syndrom

Downs syndrom kan påvises med høy treffsikkerhet ved kombinasjonen tidlig ultralydundersøkelse og to blodprøver i første trimester.

Mer enn 38 000 amerikanske kvinner gjennomgikk en serie ulike screeningopplegg med tanke på mest mulig presis påvisning av Downs syndrom i første og annet trimester (1).

I svangerskapsuke 11–13 ble det gjort måling av nakkefoldtykkelse og serummarkører for Downs syndrom (PAPP-A og β -HCG), mens man i uke 15–18 undersøkte på alfafetoprotein, totalt nivå av humant choriongonadotropin, ukonjugert østriol og inhibin A i serum. Statistiske analyser omfattet de enkelte målinger hver for seg, i kombinasjon på hvert tidspunkt og sekvensielt med data fra begge tidspunkter.

Ifølge forfatterne har måling av nakkefoldtykkelse og serummarkører i første trimester en tilstrekkelig høy påvisningsrate, men et springende punkt er kvaliteten på nakkefoldmålet.

– Studien bekrefter dagens oppfatning i det fostermedisinske miljøet. Den beste screeningpolitikk for Downs syndrom er en kombinasjon av tidlig ultralydundersøkelse

for måling av nakkefoldtykkelse, mors alder og de to serumprøvene PAPP-A og β -HCG ved ca. 12 uker, sier professor Kjell Salvesen ved St. Olavs Hospital.

– Serumscreening i annet trimester er en dårligere metode med lavere sensitivitet for samme falskpositive rate. Såkalt trinnsvis sekvensiell screening, dvs. at man bruker målinger både i første og annet trimester, men hver for seg, gir høyere sensitivitet (96 %). Siden dette også gir høyere falskpositiv rate (11 %), er resultatet flere invasive prøver.

Bruk av all tilgjengelig informasjon fra første og annet trimester gir best sensitivitet og spesifisitet, men innebærer at kvinnen må vente på avgjørelsen om det skal tas fostervannsprøve til langt ut i annet trimester. Dersom det er ønske om å foreta screening for Downs syndrom og siden gravide kvinner vil ha svaret tidligst mulig, bør man velge kombinasjonen tidlig ultralydundersøkelse, mors alder og blodprøve for PAPP-A og β -HCG, sier Salvesen.

Geir Jacobsen

geir.jacobsen@ntnu.no
Tidsskriftet

Litteratur

1. Malone FD, Canick JA, Ball RH et al. First-trimester or second-trimester screening, or both, for Down's syndrome. N Engl J Med 2005; 353: 2001–11.

Bør man screene for okkult blod?

Testing for okkult blod i feces kan gi redusert dødelighet av kolorektalkreft, men har ingen effekt på totaldødeligheten.

Screening for kolorektalkreft ved hjelp av okkult blod i avføring (fecal occult blood test, FOBT) er ansett som effektivt for å gi redusert dødelighet av sykdommen (1). To redaktører i *American Journal of Gastroenterology* har nå gjort en analyse av totaldødelighet i publiserte randomiserte studier med slik screening (2).

Tre studier med til sammen 245 000 personer og nesten tre millioner personårs oppfølging ble inkludert i studien. Mortaliteten for kolorektalkreft var redusert med 13 % i screeninggruppen sammenliknet med kontrollgruppen (RR 0,87; 95 % KI 0,8–0,95). Dødeligheten av andre årsaker enn kolorektalkreft var imidlertid noe økt for personer som hadde deltatt i screeningen (RR 1,02; 95 % KI 1,0–1,04), slik at totaldødeligheten var lik i screeninggruppen og kontrollgruppen (RR 1,0; 95 % KI 0,99–1,02).

– Artikkelen er godt skrevet, har gode analyser og et poengtert budskap. Dette er en artikkel som flere av oss som har jobbet med

screeningprosjekter i Norge har ventet på, sier professor Geir Hoff ved Kreftregisteret.

– EU har anbefalt sine medlemsland å innføre nasjonal screening med FOBT-test. I flere land er det innført nasjonale screeningprogrammer med koloskopi uten forutgående randomiserte studier, fordi det antas å være mer effektivt enn FOBT-testing. Nå svikter altså det vitenskapelige grunnlaget for den eneste screeningmetoden som det er gjort randomiserte studier på, nemlig FOBT-testing.

Det er forunderlig at det ikke er noen debatt om kolorektalscreening i Norge, mammografidebattens «hjemland». Det er også uforståelig at myndighetene ikke har forstått behovet for en randomisert studie av koloskopiescreening, sier Hoff.

Michael Bretthauer

michael.bretthauer@rikshospitalet.no
Tidsskriftet

Litteratur

1. Hem E. Screening for kolorektalkreft nytter. Tidsskr Nor Lægeforen 2004; 124: 2219.
2. Moayyedi P, Achkar E. Does fecal occult blood testing really reduce mortality? A reanalysis of systematic review data. Am J Gastroenterol 2006; 101: 380–4.