

Lav beintetthet ved tidlig multippel sklerose

Lav beintetthet er vanlig i tidlige stadier av multippel sklerose, viser norsk studie.

Osteoporose er vanlig hos pasienter med langtkommen multippel sklerose. Dette kan være sekundært til immobilitet, medikasjon, lite soleksponering, mangelfull ernæring eller inflammasjon. Lavt nivå av vitamin D er en mulig risikofaktor (1). Vitamin D medierer også mineralisering av skjelettet. Dermed vitamin D-status påvirker risikoen for multippel sklerose, forventes lav beintetthet allerede ved sykdomsstart.

Vi har undersøkt beintettheten hos 99 pasienter som fikk diagnosen multippel sklerose eller klinisk isolert syndrom, som ofte er et forstadium av sykdommen, i Oslo i tiden 2005–08 (2). Beintettheten ble sammenliknet med den hos en normalbefolkning og hos pasientrekrutterte kontrollpersoner. 51 % av pasientene hadde enten osteopeni eller osteoporose på minst ett målested sammenliknet med 37 % av kontrollpersonene ($p = 0,034$).

Enten er beintettheten redusert før multippel sklerose-sykdommen bryter ut, eller så

har sykdommen svekket beinhelsen allerede etter kort tid. Dette innebærer at man bør vurdere å sette inn tiltak tidlig for å opprettholde beinhelsen hos disse pasientene. Studien indikerer at multippel sklerose og osteoporose kan ha felles etiologiske eller patogenetiske faktorer.

Vi arbeider nå videre med biokjemiske analyser. Studien er et samarbeid mellom Nevrologisk avdeling, Ortopedisk avdeling, Endokrinologisk avdeling og Seksjon for epidemiologi og biostatistikk ved Oslo universitetssykehus og Akershus universitetssykehus.

Stine Marit Moen

s.m.moen@medisin.uio.no
Nevrologisk avdeling
Oslo universitetssykehus, Ullevål

Trygve Holmøy

Nevrologisk avdeling
Akershus universitetssykehus

Litteratur

1. Ascherio A, Munger KL, Simon KC. Vitamin D and multiple sclerosis. *Lancet Neurol* 2010; 9: 599–612.
2. Moen SM, Celius EG, Sandvik L et al. Low bone mass in newly diagnosed multiple sclerosis and clinically isolated syndrome. *Neurology* 2011; 77: 151–7.

Slankekurs bedre enn rådgivning i allmennpraksis?

Gratis deltakelse i kommersielt slankeprogram ga større vekttap enn behandling hos allmennpraktiker, viser ny studie.

Effektive behandlingsstrategier for fedme i primærhelsetjenesten er sårt tiltrengt. Kan en henvisning til kommersielle slankeaktører være en aktuell tilnærming? Denne problemstillingen var utgangspunktet for en studie som nylig er gjennomført i Australia, Tyskland og England (1).

Totalt 772 voksne overvektige personer med overvekt eller fedme deltok i studien og ble randomisert til behandling enten i et kommersielt slankeprogram (Weight Watchers) eller i allmennpraksis. Deltakelse i det kommersielle programmet var gratis. Behandling i allmennpraksis ble gitt av en lokal allmennlege, som ble oppfordret til å følge nasjonale kliniske retningslinjer. Studien, som varte i 12 måneder, ble fullført av 61 % i det kommersielle programmet og av 54 % i allmennpraksis. Vekttapet i de to gruppene var henholdsvis 5,1 kg og 2,3 kg ved siste oppfølgingstidspunkt. Forfatterne konkluderte med at henvisning fra fastlegen til et kommersielt slankeprogram som inneholder regelmessig veiling, råd om kosthold og fysisk aktivitet, motivasjonsstøtte og deltakelse i grupper kan være et meningsfylt tilbud.

– Denne studien bekrefter at et systematisk behandlingstilbud med tett oppfølging og støtte kan gi god vektreduksjon hos utvalgte overvektige selv om frafallet er stort, sier Jøran Hjelmesæth, leder ved Senter for sykelig overvekt i Helse Sør-Øst, Sykehuset i Vestfold. Studien kan kritiseres for manglende standardisering og stor variasjon i behandlingen av kontrollgruppen, og vi vet heller ikke hvilke resultater gruppene ville oppnådd ved lengre tids oppfølging, sier Hjelmesæth.

Erlend T. Aasheim

erlend.aasheim@legeforeningen.no
Tidsskriftet

Litteratur

1. Jebb SA, Ahern AL, Olson AD et al. Primary care referral to a commercial provider for weight loss treatment versus standard care: a randomised controlled trial. *Lancet* 2011; 378: 1485–92.

VERDENES HELSE

Keisersnitt medfører risiko for urogenital fistel

En prosedyre som skulle forebygge fødselsskade, kan noen ganger bli medvirkende årsak. Keisersnitt utført etter et langvarig fødselsforløp er teknisk vanskelig og risikofylt.

Fødselsrelaterte fistler er et stort helseproblem i land med dårlig obstetrisk service, spesielt der hvor man ikke har tilgang til akutt keisersnitt. Likevel ser man ofte utvikling av fistel selv om keisersnitt ble utført; og man har antatt at dette skyldes at inngrepet ble utført for sent, at iskemisk skade allerede var oppstått. I et materiale fra en fistelklinik i Øst-Kongo fant vi at 40 % av pasientene hadde fått utført keisersnitt (1). Når man sammenliknet disse 229 kvinnene med 226 andre kvinner som hadde fått fistel etter en spontan vaginalfødsel, var gruppen like med henblikk på kjente risikofaktorer for fistel, inklusive fødselens varighet. Fisteltypen var imidlertid forskjellig: Etter keisersnitt var oddsratio for å ha en ureterovaginal fistel 11,9 [95 % KI 2,8–51,2] og vesikouterin fistel 9,5 [95 % KI 2,8–31,9]. Høyt beliggende, vesikovaginale fistler var også hyppigere i keisersnittgruppen, mens lavt beliggende var dominerende etter spontan fødsel. Detaljerte opplysninger om keiser-

snittet mangler i studien, men det er grunn til å anta at mangelfull teknikk var en viktig medvirkende faktor. Sykehuset hadde selv registrert 24 % av sine 597 obstetriske fistler som iatrogene. Landet mangler en formalisert spesialistutdanning. Nyutdannede leger utfører ofte kirurgiske inngrep uten nødvendig erfaring og veiledning. Kjennskapet til vaginal fødselshjelp er blitt dårligere. Studien har ført til at det i Øst-Kongo nå arrangeres kurs i keisersnitteknikk. En sertifiseringsordning for inngrepet er innført, og det er startet arbeid med formalisert utdanning av gynekologer.

Mathias Onsrud

mathiaso@online.no
Gynekologisk avdeling
Oslo universitetssykehus, Ullevål

Litteratur

1. Onsrud M, Sjøveian S, Mukwege D. Cesarean delivery-related fistulae in the Democratic Republic of Congo. *Int J Gynaecol Obstet* 2011; 114: 10–4.