



röntgen. Avsaknad av järnbristanemi, som är relativt vanlig framför allt vid högersidig coloncancer, ger ytterligare ett stöd för detta beslut. Normala blodvärden talar dessutom emot att patienten har inflammatorisk tarmsjukdom, som ju också kan vara en differentialdiagnos vid bukbesvär.

Konklusion

Den stora majoriteten av yngre patienter som utreds för bukbesvär med colonröntgen företer inga organiska förändringar, och sannolikt är inte alla dessa undersökningar strikt medicinskt motiverade. En stor del av dessa patienter lider av colon irritabile, som kanske oftast diagnostiseras genom uteslutning av andra diagnoser. Colonröntgen utgör då en viktig hörnsten som inger säkerhet både för patienten och läkaren.

Emellertid kan en noggrann anamnes, som visar att symtomen uppfyller de kriterier som uppställts för diagnosen colon irritabile [17], i förening med ett negativt test för ockult blod, normal rektoskopi samt avsaknad av hereditet för cancer göra att man tryggt kan avstå från röntgenologisk utredning av colon.

Litteratur

1. Tondel M. Röntgenundersökningar en orsak till cancer? Debatt om lågdosstrålning 100 år efter Röntgen. *Läkartidningen* 1995; 92: 2914-5.
2. Cancer incidence in Sweden. Stockholm: Socialstyrelsen, 1992.
3. Steine S, Löken K, Laerum F. Age and sex: underestimated selection criteria for referral to X-ray examination of the colon? *Scand J Prim Health Care* 1992; 10: 35-8.
4. Nichols S. General practitioners' awareness of colorectal cancer. *BMJ* 1986; 296: 308-10.
5. Steine S, Stordahl A, Laerum F, Laerum E. Referrals for double-contrast barium examination. Factors influencing the probability of finding polyps or cancer. *Scand J Gastroenterol* 1994; 29: 260-4.
6. Jensen J, Kewenter J, Swedenborg J. The correlation of symptoms, occult blood, and neoplasm in patients referred for double-contrast barium enema. *Scand J Gastroenterol* 1993; 28: 911-4.
7. Toribara NW, Slesinger MH. Current concept: Screening for colorectal cancer. *N Engl J Med* 1995; 332: 861-7.
8. Mecklin JP, Svendsen LB, Peltomäki P, Vasen HFA. Hereditary nonpolyposis colorectal cancer (review). *Scand J Gastroenterol* 1994; 29: 673-9.
9. Lindholm A, Iselius L. Erfarenheter från mottagning för familjär cancer. Anlagsbärradiagnostik kan förhindra cancer. *Läkartidningen* 1995; 92: 1915-8.
10. Vasen HF, Mecklin JP, Meera Khan P, Lynch HT. The International Collaborative Group on Hereditary Non-Polyposis Colorectal Cancer (ICG-HNPCC). Special com-

munication. *Dis Colon Rectum* 1991; 34: 424-5.

11. Lynch HT, Smyrk TC, Watson P, Lanspa SJ, Lynch JF, Lynch PM et al. Genetics, natural history, tumor spectrum, and pathology of hereditary non-polyposis colorectal cancer: an updated review. *Gastroenterology* 1993; 104: 1535-49.
12. Houlston RS, Murday V, Harocopos C, Williams CB, Slack J. Screening and genetic counselling for relatives of patients with colorectal cancer in a family cancer clinic. *BMJ* 1990; 301: 366-8.
13. Kewenter J, Brevinge H, Engarås B, Haglund E, Åhrén C. Results of screening, re-screening, and follow-up in a prospective randomized study for detection of colorectal cancer by fecal occult blood testing. *Scand J Gastroenterol* 1994; 29: 468-73.
14. Mandel JS, Bond JH, Church TR, Snover DC, Bradley GM, Schuman LM et al. Reducing mortality from colorectal cancer by screening for fecal occult blood. *N Engl J Med* 1993; 328: 1365-71.
15. Selby JV, Friedman GD, Quesenberry CP Jr, Ewison NS. Effect of fecal occult blood testing on mortality from colorectal cancer: a case-control study. *Ann Intern Med* 1993; 118: 1-6.
16. St John DBJ, Young GP, Alexejeff MA, Deacon MC, Cutherson AM, Macre FA et al. Evaluation of new occult blood tests for detection of colorectal neoplasia. *Gastroenterology* 1993; 104: 1661-8.
17. Thompson WH, Dotevall G, Drossman DA, Heaton KW, Kruijs KW. Irritable bowel syndrome: Guidelines for the diagnosis. *Gastroenterology International* 1989; 2: 92-5.

Se även artiklarna på sidan 1541 och 1544 i detta nummer.

Proteinrestriktion bromsar njursjukdom

En kost med lågt innehåll av protein bromsar försämringen av kronisk njursjukdom hos både diabetiker och andra. Det är slutsatsen i två metaanalyser, den ena grundad på fem randomiserade kontrollerade studier med mer än 1 413 njursjuka utan diabetes och den andra på fem undersökningar av 108 patienter med diabetes typ 1.

En tidigare metaanalys med färre njursjuka utan diabetes gav liknande resultat, men dessa kunde inte bekräftas i den stora MDRD-studien (Modification of Diet in Renal Disease). Materialet från denna studie ingår i de nya metaanalyserna, som gjorts med olika resultatmått. Dessa var för de njursjuka utan diabetes njursvikt eller död, och för patienterna med diabetesnefropati olika mått på njurfunktion.

De som gjort analyserna rekommenderar för njursjuka utan diabetes ett proteinintag på 0,6 g per kg kroppsvikt per dag, men de påpekar att patienternas energiintag och näringsstatus måste följas noga av läkare och dietist.

Forskarna är mer tveksamma till råd om proteinrestriktion vid diabetesnefropati men anser att det kan övervägas för vissa individer, t ex de som har progredierande proteinuri trots god glykemisk kontroll och behandling med ACE-hämmare.

Ann Intern Med 1996; 124: 627-32.

Förhöjd risk för ny cancer efter Hodgkins sjukdom

Behandling av unga med Hodgkins sjukdom botar idag mer än 90 procent. Uppföljning av 1 380 personer som behandlades med strålning och kemoterapi mellan 1955 och 1986 visar emellertid att de löper stor risk att senare drabbas inte enbart av leukemi utan också av solida tumörer. Det gäller främst bröstcancer hos kvinnor, och speciellt utsatta är de som strålbehandlades i åldern 10-16 år.

Risken för leukemi steg stadigt från omkring 5 till omkring 14 år efter diagnosen för att sedan plana ut. Risken för solida tumörer däremot fortsatte att öka också därefter. Den kumulativa risken för en andra cancer uppskattades till 7 procent 15 år efter det att Hodgkins sjukdom diagnostiserats. Noggrann uppföljning av patienterna krävs.

N Engl J Med 1996; 334: 745-51, 792-4.