

Argumentet att nyttan av ett rökstopp motverkas av viktuppgången håller inte. För att fördelarna med ett rökstopp skall utjämnas av merrisken med en viktuppgång fordras i princip en viktökning om minst 70–80 kilo och detta ser man naturligtvis inte i praktiken.

Orsaken till viktuppgången vid rökstopp är ofullständigt känd. Klart är att rökningen har termogenetiska effekter. Det är alltså inte enbart fråga om behovet av oral tillfredsställelse som gör att den som just slutat röka istället stoppar kaloririka produkter i munnen för att slå ihjäl tiden och dämpa oron.

Det finns än så länge få program där man försökt kombinera rökstopp med viktkontroll. I de fall där detta prövats har resultaten i allmänhet varit nedslående [4]. Om de hittillsvarande dåliga behandlingsresultaten vid rökstopp skall kunna förbättras är det därför angeläget att identifiera strategier som kan hjälpa framför allt kvinnor med risk att öka vid rökstopp att kontrollera den samtidiga kroppsviktsutvecklingen, så att de inte återfaller och använder rökvanan för att kontrollera viktutvecklingen. Samtidigt är det viktigt att understryka att den genomsnittliga viktuppgången bara rör sig om några kilo vilket i ett allmänt hälsoperspektiv är försumbart.

*Stephan Rössner*

## Litteratur

1. Hofstetter A, Schutz Y, Jéquier E, Wahren J. Increased 24-hour energy expenditure in cigarette smokers. *N Engl J Med* 1986; 314: 79-82.
2. Williamson DF, Madans J, Anda RF, Kleinman JC, Giovino GA, Byers T. Smoking cessation and severity of weight gain in a national cohort. *N Engl J Med* 1991; 324: 739-45.
3. Jensen EX, Fusch CH, Jaeger P, Peheim E, Horber FF. Impact of chronic cigarette smoking on body composition and fuel metabolism. *J Clin Endocrinol Metab* 1995; 80: 2181-5.
4. Gritz ER, Klesges RC, Meyers AW. Smoking and body weight: implications for interventions and postcessation weight control. *Annals of Behavioral Medicine* 1989; 11: 144-53.

# Samband mellan fetma och kroniska sjukdomar

Slutenvårdsregister kan användas för kartläggning

**För kvinnor har man sett samband mellan fetma och tumörer i bröst och underliv, för män mellan fetma och tumörer i colon och prostata. Socialstyrelsens slutenvårdsregister bör kunna användas för fortsatta studier rörande sambandet mellan fetma och kroniska sjukdomar.**

Det är väl känt att fetma är en viktig riskfaktor för ett flertal sjukdomar, såväl metabola som mekaniska. Under senare år har tanken väckts att även andra sjukdomsgrupper såsom vissa tumörformer kan vara relaterade till fetma. Där är dock sambandet mera osäkert. För kvinnor har man närmast sett ett samband mellan fetma och tumörer i bröst och underliv [1]. För män kan ett samband med tumörer i colon och prostata föreligga. Ett tänkbart samband med njurcancer utreds och är bland annat orsaken till denna valideringsundersökning [2]. Ett sätt att närma sig denna fråga är att genomföra retrospektiva kohortstudier av patienter med diagnosen fetma ur tillgängliga register. Ett problem är dock att man inte vet med vilken noggrannhet diagnosen obesitas i praktiken har satts.

Mot denna bakgrund genomfördes 1994 en undersökning av fetmadiagnoser i Uppsalaregionen genom bearbetning av Socialstyrelsens slutenvårdsregister för perioden 1964–1983. Alla patienter med de internationella sjukdomsklassifikationerna ICD7 kod 287 och ICD8 kod 277 identifierades i register. Patienterna delades in i sex grupper med hänsyn till sjukhustyp och klinik. Från varje sådant stratum valdes slumpmässigt 20 procent av männen och 10

procent av kvinnorna eller minst 10 individer i varje grupp. I detta urval av patienter registrerades från sjukhusjournalerna (i original) ålder, längd, vikt och andra diagnoser vid det första vårdtillfället där diagnosen obesitas hade satts.

Flertalet uppgifter återfanns i sköterskornas anteckningar, i journalanteckningar eller i remissunderlag. Body mass index, såsom vikt (kg)/längd (m<sup>2</sup>) beräknades. FAO/WHO/UNU-rapportens obesitasdefinitioner [3] användes för att klassificera fetma och betyder här att fetma är lika med BMI över 30 kg/m<sup>2</sup> för män och över 28,6 kg/m<sup>2</sup> för kvinnor. Som mått på obesitasdiagnosens validitet användes det positiva prediktiva värdet uttryckt som procent av fetma i urvalet.

## Obesitas som enda diagnos hos mindre än en tredjedel

Hela kohorten omfattade nästan 9 000 män och kvinnor. Det slumpmässiga urvalet uppgick till 239 individer, men i 18 fall saknades journaler. Första gången som obesitasdiagnosen hade satts fanns journaldata om längd och vikt tillgängliga för 86 procent av männen och 74 procent av kvinnorna. Längd- och viktdata saknades oftare för patienter som vårdats på kirurgiska kliniker, där uppgifterna bara fanns i 56 procent av fallen. Vid invärteskliniker fanns objektiva data redovisade i 85 procent av fallen.

I materialet var median-BMI för män 35,3 kg/m<sup>2</sup> med en spridning från 27,5 till 50,8. För kvinnorna var median-BMI 36,1 kg/m<sup>2</sup> och spridningen 24,1–48,8. De vanligaste diagnoserna utöver obesitas hos männen var hyperlipidemi, diabetes och hypertoni. Dessa förekom var och en i cirka 20 procent av fallen. Bara 15 procent av männen hade obesitas som enda diagnos. Bland kvinnorna var motsvarande 29 procent och andra komplikationer förekom mindre ofta bland diagnoserna.

Jämfört med vår referens för definitionen av fetma visade sig 15 procent av männen och 5 procent av kvinnorna ha lägre BMI, dvs de hade givits en falskt positiv obesitasdiagnos. Annorlunda uttryckt innebär detta att det positiva prediktiva värdet av diagnosen obesitas var 95 procent för kvinnorna och 85 procent för männen.

En undersökning av detta slag är naturligtvis behäftad med ett flertal felkäl-

## Författare

MALIN SVENSSON

AT-läkare

ALICJA WOLK

docent i nutritionsepidemiologi; båda institutionen för cancer epidemiologi, Akademiska sjukhuset, Uppsala

STEPHAN RÖSSNER

professor, överviktsenheten, Karolinska sjukhuset, Stockholm.

lor. BMI är ett ofta använt mått för uppskattning av fetma, men i ett material av detta slag kan såväl ödem som ökad muskelmassa innebära ökat BMI-värde utan att egentlig fetma föreligger. Vidare har längd- och viktuppgifterna i journalanteckningarna aldrig varit validerade. Vi har tidigare analyserat detta problem och konstaterar att mätfelelen är större för kvinnor än för män och tilltar med ökande BMI, varvid värden som närmare svarar mot en förväntad social norm uppges [4]. I 20 procent av fallen saknades noteringar om längd och vikt, trots att diagnosen obesitas angavs. Bristande rutiner förklarar möjligen detta. Det är tänkbart att många av de mycket tunga patienter som ingår i analysen faktiskt inte kunde vägas på de vågar som rutinemässigt brukar vara tillgängliga på vårdavdelningar utan speciell inriktning för omhändertagande av fetma.

### Ovanlig diagnos

Samtidigt kan konstateras att diagnosen obesitas uppenbarligen bara sättes vid en bråkdel av vårdtillfällena. Enligt Socialstyrelsens patientregister (C-L Spetz, pers medd 1995) sattes diagnosen obesitas som huvud- eller bidiagnos i mindre än 3 000 fall år 1993, då omkring 1 miljon individer behandlades i slutenvård. Om man antar att fetma förekommer i 6–9 procent av den vuxna befolkningen och att intagna patienter har fetma i samma grad som populationen i sin helhet innebär det att endast några promille av de feta får diagnosen fetma. Detsamma är naturligtvis förhållandet för andra livsstilpåverkande faktorer som rökning eller alkoholmissbruk.

Sammanfattningsvis konstaterar vi dock att trots att det av många skäl kan finnas brister i datakvaliteten för slutenvårdsregistrets obesitasdiagnos är ändå data av den beskaffenhet att obesitasdiagnosen i det svenska slutenvårdsregistret rimligen kan användas för fortsatta studier rörande sambandet mellan fetma och kroniska sjukdomar.

### Litteratur

1. Albanes D. Energy balance, body size, and cancer. *Crit Rev Oncol Hematol* 1990; 10: 283-303.
2. Lindblad P, Wolk A, Bergström R, Persson I, Adami HO. The role of obesity and weight fluctuations in the etiology of renal cell cancer. A population-based case-control study. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev* 1994; 3: 631-9.
3. Report of a Joint FAO/WHO/UNU Expert Consultation. Energy and protein requirements. Technical Report Series 724. Geneva: WHO, 1985.
4. Kuskowska-Wolk A, Karlsson P, Stolt M, Rössner S. The predictive validity of body mass index based on self-reported weight and height. *International Journal of Obesity* 1989; 13: 441-53.

## Diagnostik av analsfinkterskada vid förlossning

# ENDOANALT ULTRALJUD VÄL FUNGERANDE METOD

**De senaste åren har anal sfinkterskada vid förlossning uppmärksamats som en orsak till anal inkontinens hos kvinnor.**

**Den praktiska handläggningen av dessa skador skiljer sig åt mellan olika förlossningskliniker. Eftersom diagnostiken ibland kan vara svår, borde endoanalt ultraljud som är en etablerad teknik kunna utnyttjas i diagnostiken vid akut skada.**

Kvinnor som remitteras till kolorektalkirurg på grund av anal inkontinens har inte sällan strukturella skador på analsfinkterapparaten, vilket framkommer vid undersökning med endoanalt ultraljud [1]. Ibland finns stora förlossningsbristningar angivna i anamnesen, men sfinkterskada kan ha förbisetts.

Sultan och Kamm på St Mark's Hospital i London [2] fann i en prospektiv studie med endoanalt ultraljud strukturell analsfinkterskada hos så mycket som 35 procent av 202 konsekutivt vaginalförlösta förstföderskor. Analinkontinens framförallt för gas utvecklades hos 13 procent.

Diagnostiken av akut analsfinkterskada kan vara svår. Den nyförlösta kvinnan har ofta en begränsad tolerans för torkning och palpation. Inadekvat anestesi och blödning från uterus försvårar. Ibland syns sfinkterändarna tydligt och kan adapteras enkelt, medan den rupturerade externa sfinktern andra gånger kan vara helt retraherad ner i den ödematösa vävnaden.

Den interna sfinktern kan vara välut-

vecklad och förväxlas med den externa, en total skada kan på så sätt förbises.

Vi har tidigare funnit att 47 procent av våra primärt suturerade sfinkterrupturpatienter har problem med anal inkontinens som kvarstår ett halvår efter förlossningen [3]. Detta har väckt frågan om vår suturteknik är optimal och om hur andra kliniker hanterar dessa skador.

Endoanalt ultraljud är en erkänd metod för att utvärdera sfinkterapparaten [4] och vi har försökt utröna om det är praktiskt möjligt att använda metoden omedelbart postpartum.

### Metod

Samtliga 61 svenska förlossningskliniker besvarade ett frågeformulär. Frågorna var av flervalstyp och instruktionen var att ange det vanligaste tillvägagångssättet vid diagnostik och sutur av sfinkterskada. Svaren avser förhållandena under 1993.

Dessutom tillfrågades tio nyförlösta kvinnor med misstänkt sfinkterruptur om samtycke till att bli undersökta med endoanalt ultraljud.

Vi använde Bruel och Kjaer Medicals ultraljudsapparat (typ 1846 med rektalprob) med 1,1 mm minimal strålvidd med mekaniskt roterande givare som ger 360 graders synfält. Proben motsvarar ett mansfinger i tjocklek. Med proben införd i anus, då sfinktermuskelnas karakteristiska eko identifierats, fryses bilden och kan granskas med avseende på muskelkontinuitet. Den eventuella diastasens bredd kan kvantifieras med hjälp av gradskiva och muskeltjockleken kan mätas.

De endoanala ultraljudsundersökningarna utfördes före, under och efter suturering av sfinkterskadan.

### Resultat

**Frågeformulär.** På de 61 klinikerna varierade antalet vaginala förlossningar mellan 248 och 4 159 med 1 688 som medianvärde. Incidensen sfinkterruptur var mellan 0,4 och 4 procent (median 2 procent). Det fanns ingen korrelation mellan klinikstorlek och incidens av sfinkterrupturer. Ingen klinik använde endoanalt ultraljud för diagnostik.

Vid hälften av klinikerna syddes rup-

### Författare

EVA UUSTAL FORNELL  
leg läkare

GÖRAN BERG  
docent, överläkare

LEIF MATTHIESEN  
leg läkare, tf överläkare; samtliga kvinnokliniken, Universitetssjukhuset, Linköping.