

Vikt och viktökning – viktiga riskfaktorer för bröstcancer

Bröstcancer är en hormonberoende sjukdom, och vårt sökande efter uppkomstmekanismer tilldrar sig i det endokrina/metabola fönstret. Forskare har därför länge intresserat sig för hur kroppsstorlek påverkar förekomsten av bröstcancer. Trentham-Dietz och medarbetare har noggrant analyserat detta nyligen. De har använt information från en väl designad amerikansk epidemiologisk studie omfattandes 5 031 kvinnor med bröstcancer och 5 255 kontroller.

Författarna fann att viktuppgång (oberoende av slutvikt) innebar en relativ riskökning av 8 procent/ 5 kg ökning (95 procents konfidensintervall = 6–11 procent). Samtidigt befanns även postmenopausal kroppsvikt (oberoende av

viktuppgång) öka bröstcancer risken. Beräkning av s k population attributable risks angav att 10–16 procent av all postmenopausal bröstcancer hos amerikanska kvinnor orsakas av övervikt och viktuppgång. Dessa resultat bekräftar data från en rad epidemiologiska studier, och vi får nu anse det etablerat att övervikt och viktuppgång är viktiga riskfaktorer för bröstcancer.

Det är lätt att förstå ett orsakssamband mellan övervikt och postmenopausal bröstcancer, då kvinnans hela östrogenproduktion efter klimakteriet sker i fettväven genom aromatisering av androgener till östrogener. Däremot har vi svårare att förklara hur viktuppgång kan påverka uppkomsten av bröstcancer oberoende av vikt. Dessa rön har

viktiga folkhälsoimplikationer. Även om den angivna population attributable risk bygger på prevalensen av övervikt och viktuppgång i den amerikanska befolkningen (som är större än i den svenska), är dessa faktorer några av de få riskfaktorer för bröstcancer med någon dignitet som är påverkbara. Vi skall ju jämföra med t ex ålder vid menarche och menopaus, paritet, ålder vid partus och hereditet.

Dessutom är ju undvikande av övervikt väsentligt för att skydda sig mot ett brett spektrum av andra folkhälsosjukdomar.

*Cecilia Magnusson
cecilia.magnusson@mep.ki.se*

Cancer Causes Control 2000; 11: 533-42.

Tobaksprevention: om priser, kostnader och vinster

Det har blivit allt vanligare att tvivla på resultaten av hälsofrämjande insatser och möjligheten att utvärdera dem. En artikel i BMJ visar att denna attityd är alltför pessimistisk, åtminstone när det gäller tobaksprevention.

I delstaten Massachusetts i USA infördes 1993 en omfattande policy mot rökning som finansierades med en skatthöjning på cigaretter (1/4 dollar per paket). Detta flerkomponentprogram syftade både till beteendeförändringar inom befolkningen och till strukturella förändringar (lokal policy). Viktiga programkomponenter var mediaupplösning och hälsovårdsinsatser.

Programmet fick ett enastående ekonomiskt stöd: ca 39 miljoner dollar (ca

380 miljoner kr) per år. Trots att denna budget utgör den högsta insatsen per capita i världen för ett antitobaksprogram motsvarade kostnaderna per invånare/år bara 65 kr.

Resultaten redovisas på ett övertygande sätt som trender i röningsprevalens bland vuxna (i genomsnitt –0,43 procent/år) och i cigarettkonsumtion (–4 procent/år). Minskningen har varit kontinuerlig från programmets start, och signifikant gynnsammare jämfört med delstater som inte har någon liknande omfattande tobakspolicy.

Sverige har redan gått en lång väg på tobaksfronten: prevalensen av daglig rökning i riket är bland de lägsta i världen och var redan för ett par år sedan

nere på Massachusetts nivå. Att ytterligare reducera nivåerna av tobaksbruk kräver extrainsatser och man kan inte förvänta sig att trendkurvan håller samma lutning som tidigare.

Å andra sidan är tobakspreventionen i landet förhållandevis lågt finansierad (cirka 25 miljoner/år). Hur långt skulle Sverige kunna nå med en ny skatteökning av, säg 2 kronor per cigarettpaket och en budget för tobakspreventionen motsvarande åtminstone en halv miljard kr per år, varav 200 miljoner kr till vården?

*Maria Rosaria Galanti
rosaria.galanti@smd.sll.se*

BMJ 2000; 321: 351-4.

Jehovas vittnen och blodtransfusioner – delade meningar

I Journal of Medical Ethics berättar en medlem ur Jehovas vittnen, pseudonymen Lee Elder, att han varit med om att bilda the Associated Jehovah's Witnesses for Reform on Blood. I gruppen anser man att det inte finns något förbud i bibeln mot behandling med blod av medicinska skäl. Gruppmedlemmarna har noterat att det bland läkare råder en osäkerhet om vilka blodprodukter Jehovas vittnen kan ta emot, och av artikeln att döma är den officiella hållningen i församlingen komplicerad med särskilda regler för olika blodkomponenter. Reglerna tycks också vara under förändring. En hemsida på nätet skall nu ha gett möjlighet för medlemmarna att diskutera åsikter som avviker från den officiella ståndpunkten.

Artikeln innehåller är till stor del samstämmigt med ett annat bidrag i samma tidning, skrivet av Oregon-neurologen Osamu Muramoto. I båda artiklarna redogörs för hur ett Jehovas vittne, som bryter mot de offentliga rekommendationerna, kan frysas ut av familj och vänner. Muramoto anser att läkare bör informera Jehovas vittne-patienter som motsätter sig livräddande blodtransfusioner om att det inom trosförbundet finns olika tolkningar av Guds ord, och om att den sjuka har frihet att efter eget samvete och i total medicinsk konfidentialitet ta ett beslut om transfusion.

I tidningens ledare skriver professor Raanan Gillon att det måste vara tillåtet och i vissa fall en professionell uppgift att fråga om anledningen när någon

inte vill ta emot en livräddande transfusion. Som läkare ska man också ha rätt att erbjuda en blodbehövande Jehovas vittne-patient att ta del av dissidenternas argument. Kopia av Elders artikel tänker Gillon själv ha till hands på mottagningen.

Gillon, verksam i London, anger att han accepterat att Lee Elder skrivit under pseudonym då han funnit att det finns risk för repressalier. Elder skildrar, om jag förstår rätt, amerikanska förhållanden.

*Reet Arnman
Reet.Arnman@his.ki.se*

Journal of Medical Ethics 2000; 299-301 (Gillon), 375-380 (Elder), 381-386 (Muramoto).