

kommenderas utan några negativa konsekvenser. Gröt medför en förbättring av frukostvanorna, vilket kan vara en orsak till att 36,8 procent gick ned i vikt.

Som vid så många andra metoder att gå ned i vikt uppnås bra effekt initialt men svårigheterna består i att behålla vikttnedgången över tid. I avsaknad av matregistrering och kontrollgrupp kan man enbart spekulera i om antal portioner och portionsstorleken spelat roll för de personer som gick upp i vikt. Åtbeteendet i målgruppen (överviktiga och feta) avspeglas bland dem som inte gick ned i vikt, och dessa var sannolikt ej motiverade till att minska vikten. Kvarstår gör att dryg en tredjedel gick ned i vikt med en enkel grötfrukost.

Grötlunken

Redan på 1870-talet insåg man vid Medevi Brunn i Östergötland värdet av grötintag och dessutom behovet av fysisk aktivitet. Detta kan vi än idag få uppleva sommartid på Medevi Brunn i form av traditionsbunden kvällsmotion, sk grötlunk. Grötlunken är en promenad till brunnsörkesterns marschmusik och med lyr- och standarbärare. Grötlunken tar sin början klockan 21 då av tradition kvällsvarden bestående av gröt intagits [3]. Vi har mycket att lära av denna tradition som poängterar såväl intag av gröt som fysisk aktivitet under trevliga former. Havregrynsgröten kan användas som katalysator för positiva livsstilsförändringar.

Ett grötrim

Varför inte sluta denna artikel med ett »grötrim»? Grötrim är en föraktfull benämning på usel poesi, för dåligt rimmande utan innebörd [2]. Men vi tar risken:

*Av fiberberikade havregryn blir du mätt,
det är billigt och ned i vikt kan du gå lätt.
Gröten lär dig äta lagom.*

*Billig, lättlagad och passar bra när du har
bråttom.*

*

Potentiella bindningar eller jävförhållanden: Cereal Foods levererade fiberberikade havregryn till projektet.

Referenser

1. Birketvedt GS, Aaseth J, Florholmen JR, Rytting K. Long-term effect of fibre supplement and reduced energy intake on body weight and blood lipids in overweight subjects. *Acta Medica* 2000;43:129-32.
2. Swahn JÖ. Fil, fläsk och falukorv. Svenska mattraditioner genom tiderna. Lund: Historiska media; 2000.
3. Lagerqvist LO. Medevi brunn 300 år: 1678-1978. Medevi: Medevi brunn; 1978.

NSAID och benläkning: klinisk evidens saknas

■ Per Aspenbergs ursprungliga inlägg om NSAID och benläkning i *Läkartidningen* 22/2002 [1] kommenterades av mig i 34/2002 [2]. I sitt genmäle skriver nu Aspenberg: »Lagerkranser menar att min varning för cox-hämmare baseras på rättstudier med toxiska doser. Det är fel.» [3]. Ja, det är fel. Jag har nämligen aldrig påstått att Aspenberg stöder sin varning enbart på djurstudier (jag citerade till och med själv en klinisk studie som ger honom visst stöd). Men, eftersom »ett stort antal djurförsök i olika arter och olika modeller ...» [1] utgör en viktig hörnsten i hans resonemang fann jag det rimligt att peka på de suprakliniska doserna i flertalet av dessa, ej närmare specificerade studier.

Aspenberg hänvisar nu till systematisk översikt av (oselektiva) NSAID som behandling för att reducera risken för ektopisk benbildning i samband med höftplastik [3]. Fortfarande saknas dock randomiserade studier med kliniska primärdata, dvs studier som verkligen visar ett sämre läkningsresultat efter skelettkirurgi hos patienter som erhållit NSAID, utan Aspenberg tvingas extrapolera och göra »rimliga antaganden« utifrån surrogatvariabler.

Förbryllande om rofecoxib

Ännu mer förbryllande är Aspenbergs påstående att jag uttalat mig om mortaliteten i en rättstudie över rofecoxib som han citerat i sitt första inlägg [1]. Jag har överhuvudtaget inte kommenterat rofecoxibstudien, utan mitt uttalande gällde en studie publicerad i *Spine* över indometacin. Eftersom uppgiften åtföljdes av en referensangivelse till den aktuella studien är misstolkningen rent ut sagt obegriplig. Det var för övrigt inte jag, utan den kommentar som åtföljde artikeln, och som jag också refererade till, som ifrågasatte om det inte var toxiska snarare än terapeutiska effekter som studerats.

Rökningens betydelse

Vidare hävdar Aspenberg att min kommentar om rökning – som, till skillnad från NSAID, i ett stort antal kliniska studier visats hämma benläkning – var irrelevant eftersom rökning inte kan användas till postoperativ smärtlindring. Aspenberg tycks alltså mena att kommentaren varit mer relevant om rökningen verkligen haft analgetiska effekter.

Men min poäng var just att rökningen i princip saknar någon form av positiv effekt som kan väga upp de negativa, och att Aspenberg, som med rätta värnar om en god benläkning, i stället för att fo-

kusera på de otillräckligt belagda effekterna av NSAID borde gå ut och upplysa om den väl dokumenterade betydelsen av rökstopp i samband med skelettkirurgi. Hur många ortopedkliniker har systematisk rökavvänjning som en del i sina vårdprogram? Den rikhaltiga floran av kliniska studier över rökning och benläkning visar ju dessutom att en sådan, drogrelaterad hämning inte är svår att påvisa. Varför har då detta inte gjorts med NSAID?

Jag vill slutligen poängtera att även om jag tycker att metodologiska tveksamheter och brist på klinisk evidens öppet bör redovisas, har jag inte tagit ställning i själva sakfrågan; jag skriver t ex i mitt inlägg om NSAID att »denna brist på klinisk evidens förvisso inte gör att vi kan säga att samband saknas» [2]. Om cox-2 framhåller jag också, precis som Aspenberg, att detta »uppenbarligen har en roll i osteogenesen» [2].

Men när både experimentella in vivo-studier [4] och i varje fall preliminära kliniska data [5] talar för att cox-2-hämmare inte har signifikant inverkan på benläkningen tycker jag (och här hoppas jag på ett instämmande från Aspenberg) att detta bör redovisas.

I själva verket efterlyste jag bara ett något mer nyanserat uttryckssätt. Det är därför glädjande att Aspenberg mildrat detta från att »NSAID inte skall ges efter skelettkirurgi annat än inom ramen för RCT-studier» i sitt första inlägg [1] till att »inte rutinmässigt (min kursivering) förskriva cox-hämmare (dvs NSAID, min anm) som postoperativ smärtlindring när benbildning behövs» [2]. I avsaknaden på klinisk evidens i frågan tycker jag detta är ett rimligt förhållningssätt.

Michael Lagerkranser

docent, överläkare, anestes- och intensivvårdskliniken, Karolinska sjushuset
michael.lagerkranser@ks.se

Referenser

1. Aspenberg P. Ge inte NSAID efter skelettkirurgi! *Läkartidningen* 2002;99:2554.
2. Lagerkranser M. Brännmärk hellre rökning än NSAID i samband med skelettkirurgi! *Läkartidningen* 2002;99:3338-9.
3. Aspenberg P. Cox-hämmare hämmar benbildning i människa. *Läkartidningen* 2002;99:3441.
4. Riew KD, Long J, Lewis SJ, Kuklo TR. The effect of COX-2 inhibitors on spinal fusion. *Proceedings from the North American Spine Society 15th Annual Meeting*, Oct. 26, 2000:64-5.
5. Reuben SS. Considerations in the use of COX-2 inhibitors in spinal fusion surgery. *Anesth Analg* 2001;93:803-4.