

Ljusterapi hjälpte mot demens

Ljusterapi har måttlig effekt mot demens. Det visar en holländsk studie som presenteras i JAMA. Forskarna har utgått från 189 människor i tolv olika åldreboenden. Genomsnittsåldern för studiedeltagarna var drygt 85 år. 90 procent var kvinnor, och en klar majoritet, 87 procent, hade diagnostiserats med demens. De följdes under en period på drygt tre år. En grupp fick ljusterapi. Vissa gavs dessutom tillskott med hormonet melatonin.

Till de parametrar som följdes hörde kognitiva besvär, sömn, beteendestörningar och depressionsproblematik. Grundtanken var att analysera hur ljus och melatonin, som båda påverkar en individs cirkadianska rytm, inverkar på demensutvecklingen. Den cirkadianska rytmen är den endogena dygnsrytm som kroppen ställer in sig på naturligt och som ofta korrelerar med dygnets längd men som för vissa kan vara längre eller kortare än 24 timmar. Halterna av melatonin och hur mycket dagsljus vi utsätts för är två viktiga faktorer som påverkar den cirkadianska rytmen.

Rubbningar i den cirkadianska rytmen tros ligga bakom bl a jetlag vid lång-

distansresor och säsongrelaterade humörsvängningar. Det har föreslagits att den cirkadianska dygnsrytmen även skulle kunna vara kopplad till demensutveckling hos äldre, och det är alltså vad den aktuella studien fokuserar på.

De patienter i studien som behandlades med ljusterapi utsattes dagligen, från klockan 9 på morgonen till 6 på kvällen, för starkt ljus (1 000 lux). Detta skedde genom att starkare lampor installerades i samtliga faciliteter i äldreboendet. Kontrollgruppen utsattes för svagare ljus (300 lux). Melatoninbehandlade fick dagligen 2,5 milligram av hormonet till kvällen, medan kontrollgruppen gavs placebo. Individernas kognitiva utveckling följdes med hjälp av standardiserade formulär. Eventuell depressiv problematik följdes enligt skalan Cornell Scale for Depression in Dementia.

Resultaten visar att ljusterapi hade en begränsad men statistiskt säkerställd effekt vad gäller att bromsa såväl kognitiva som icke-kognitiva tecken på demens. Melatoninbehandlade patienter, som inte utsatts för samtidig ljusterapi, somnade snabbare efter att de lagt sig och



Ljusterapi, i form av starkt ljus under hela dagen, hade en liten men säkerställd effekt vad gäller att bromsa tecken på demens.

Foto: Paul Brown, SPL/IBL

sov dessutom längre. Nackdelen var dock att dessa i högre grad uppvisade beteenderelaterade störningar, såsom aggressivitet, än de placebobehandlade. Vissa studiedeltagare behandlades med både melatonin och ljusterapi, och då noterades inte biverkningarna.

Författarna konstaterar att ljusterapi i form av starkt ljus under hela dagen kan ha en gynnsam, om än begränsad, effekt på demensutveckling. Melatonin kan hjälpa äldre med sömnproblem men är förknippat med biverkningar, som dock reduceras om användarna samtidigt får ljusterapi.

Anders Hansen

läkare, frilansjournalist
anders.hansen@sciencecap.se

JAMA. 2008;299:2642-55.

Ökad mortalitet efter kraftig sänkning av glykerat hemoglobin

Typ 2-diabetiker som sänker sitt HbA_{1c} kraftigt löper ökad risk att avlida och drabbas av kardiovaskulära händelser jämfört med typ 2-diabetiker som inte sänker sitt blodsocker lika kraftigt. De något förvånande rönen presenteras i tidskriften *New England Journal of Medicine*.

Det rör sig om en omfattande studie från amerikanska forskare som tittat på data från drygt 10 000 patienter med typ 2-diabetes och hög kardiovaskulär risk. Studiedeltagarnas genomsnittsålder var 62 år, och kvinnor utgjorde 38 procent. Vid studiens början hade i storleksordningen en tredjedel av studiedeltagarna drabbats av minst en kardiovaskulär händelse.

Studiedeltagarna hade initialt ett HbA_{1c} på i genomsnitt 8,1 procent. De lottades till två grupper: en som sänkte sitt HbA_{1c} kraftigt med ett målvärde under 6,0 procent och en grupp som behandlades mer moderat med ett HbA_{1c}-mål på mellan 7,0 och 7,9 procent. Beslut om vilken behandling patienterna fick för att försöka uppnå det HbA_{1c}-mål de randomiserats till fattades av respektive

behandlande läkare. Till typerna av preparat som användes hörde sedvanlig diabetesbehandling med bl a insulin, sulfonureider, metformin och rosiglitazon.

Effektmått var dödsfall till följd av kardiovaskulära orsaker samt icke-letal stroke eller hjärtinfarkt. Patienterna följdes under i genomsnitt 3,5 år. Efter ett års behandling hade de patienterna som randomiserats till kraftfull behandling nått ett HbA_{1c}-värde som i genomsnitt uppgick till 6,4 procent, vilket ska jämföras med 7,5 procent för gruppen som fått »normal« behandling.

Det visade sig att gruppen som fått kraftfull behandling för att sänka sitt HbA_{1c} uppvisade ökad mortalitet jämfört med normalbehandlade, totalt avled 257 individer i »intensivbehandlingsgruppen« jämfört med 203 i den »normalbehandlade« gruppen. Författarna noterade även fler fall av kardiovaskulära händelser i gruppen som behandlats intensivt; skillnaden var dock inte lika markerad som avseende mortalitet.

Skillnaden i mortalitet kan inte förklaras av episoder av hypoglykemi. En potentiellt bidragande orsak till mortali-

tetsskillnaderna skulle, enligt författarna, kunna vara det faktum att intensivt behandlade patienter inte sällan får flera olika preparat, vilket kan leda till interaktion mellan preparaten alternativt biverkningar till följd av fler använda preparat, interaktioner undantaget, och högre doser.

Värt att notera är att den högre dödligheten bland intensivbehandlade typ 2-diabetiker resulterade i att studien avbröts i februari i år, då de mortalitetsskillnader som noterats inte ansågs etiskt försvarbara för de intensivbehandlade patienter som fortfarande ingick i studien. Dessa flyttades i stället över till »normal« behandling. Författarna betonar att rönen givetvis inte ska tolkas som att diabetiker ska uppmanas att slarva med sin metabola kontroll. Däremot är det motiverat att överväga om man verkligen ska sänka HbA_{1c} kraftigt och till vilket pris som helst.

Anders Hansen

läkare, frilansjournalist

N Engl J Med. doi: 10.1056/NEJMoa0802743