

Periodisk behandling vid virusutlöst astma hos små barn bra bara för vissa

De dramatiskt goda behandlingsresultat vi har med inhalationssteroider vid astma hos äldre barn har vi tyvärr inte hos spädbarn och småbarn. Förklaringen är att hos de yngsta barnen dominerar en annan astma med en annan inflammation. I stället för den eosinofila inflammationen finns snarare en neutrofil inflammation. Internationellt är man faktiskt tveksam till att använda diagnosen astma när det gäller förskolebarn.

European Respiratory Societys nyligen publicerade rapport om »preschool wheeze« föreslår i stället begreppen »viral (episodic) wheeze« (besvär enbart vid virusepisoder) och »multiple trigger wheeze« (besvär även mellan episoderna) [1].

Oavsett terminologi är virusutlösta besvär av astmatyp ett stort kliniskt problem hos småbarn och en utmaning till att finna bättre behandling. Det är därför glädjande att två huvudalternativ av behandling jämförts i en amerikansk multicenterstudie fristående från läkemedelsindustrin [2]. I studien jämfördes periodisk behandling med inhalationssteroid (budesonid) och leukotrienant-



Foto: Ruth Jenkinson/SPL/IBL

Hos de yngsta barnen är virusutlösta besvär av astmatyp ett stort kliniskt problem, varför studiens resultat är intressanta.

agonist (montelukast) hos förskolebarn (1–5 år) med pipande, väsande andning i samband med förkylningar (intermittent wheezing). Föräldrarna startade medicinering vid första tecken på förkylning. Alla barn inklusive placebogruppen fick salbutamol som luftrörsvidgare.

Behandlingen ökade inte andelen besvärsfria dagar, men båda behandlingsalternativen minskade symtomens svårighetsgrad. Sammanvägd symtompoäng minskade t ex med 25–30 procent. Det fanns inga signifikanta skillnader

mellan budesonid- och montelukast-grupperna. Både budesonid och montelukast hade störst möjlighet att fungera om barnet hade positivt astmaprediktivt index (astma hos förälder, atopiskt eksem, allergisk sensibilisering, förhöjda eosinofiler i blod eller besvär mellan infektionerna). Vid negativt astmaprediktivt index (renodlad infektionsastma) sågs en siffermässig förbättring, men effekten var inte signifikant, kanske beroende på större andel »non-responders« (min tolkning).

Studien kommer med säkerhet att få genomslag i de svenska behandlingsrekommendationerna.

Göran Wennergren

professor, överläkare, avdelningen för pediatrik, Drottning Silvias barn- och ungdomssjukhus, Göteborg

1. Brand PL, et al. Definition, assessment and treatment of wheezing disorders in preschool children: an evidence-based approach. *Eur Respir J*. 2008;32:1096-110.

2. Bacharier LB, et al. Episodic use of an inhaled corticosteroid or leukotriene receptor antagonist in preschool children with moderate-to-severe intermittent wheezing. *J Allergy Clin Immunol*. 2008;122:1127-35.

Medelhavskost minskar demensrisk

Medelhavskost, alltså kost baserad på olivolja, frukt, grönsaker, fisk, nötter och fullkorn, minskar risken för både alzheimers och lindrig kognitiv störning (mild cognitive impairment) – i alla fall om man ska tro en studie från amerikanska forskare som presenteras i *Archives of Neurology*. De grundläggande frågeställningarna har varit om medelhavskost skyddar mot lindrig kognitiv störning hos individer med normal kognitiv funktion och mot att en sådan störning sedan utvecklas till alzheimer.

Studien lades upp på följande vis: 1 875 individer fick svara på frågor kring kosthållning. Baserat på svaren beräknades en medelhavskostpoäng, som utgör ett slags gradering av hur väl studiedeltagarna höll sig till medelhavskost. Vid studiens början var 1 393 av studiedeltagarna kognitivt normala och 482 led av lindrig kognitiv störning. Vid en uppföljning, som gjordes i genomsnitt fyra och halvt år efter att studien påbörjats,

noterades att 275 av de 1 393 tidigare kognitivt normala drabbats av lindrig kognitiv störning. Det visade sig att studiedeltagare som höll sig till medelhavskost löpte minskad risk att drabbas av lindrig kognitiv störning. Den tredjedel som hade högst medelhavskostpoäng (som höll sig till medelhavskost i stor utsträckning) löpte 28 procent lägre risk för lindrig kognitiv störning än den tredjedel som hade lägst poäng.

Studien visar att även risken för alzheimer tycks minska av medelhavskost. Av de 482 studiedeltagare som vid studiens början led av lindrig kognitiv störning drabbades 106 av alzheimer. Den tredjedel med högst medelhavskostpoäng noterade 48 procent lägre alzheimerrisk än den tredjedel som hade lägst poäng. Här bör noteras att den tredjedel som låg i mitten löpte 45 procent lägre alzheimerrisk än gruppen med lägst medelhavskostpoäng.

Vad riskminskningen beror på är oklart. Det har tidigare spekulerats över

om medelhavskost skulle kunna ha en kolesterolsänkande effekt och eventuellt även verka antiinflammatoriskt. Medelhavskost bygger, som nämnts, på olivolja, frukt, grönsaker, fisk och nötter och på undvikande av mättade fetter, mejeriprodukter och kött. Kosten har tidigare kopplats till sänkt risk för kardiovaskulär sjukdom. Tidigare studier har även indikerat att medelhavskost skulle kunna vara kopplad till sänkt risk för alzheimer, parkinson och faktiskt även prostatacancer.

Det den aktuella studien tillför, vid sidan av ytterligare stöd för alzheimerskydd, är att medelhavskost tycks minska risken även för lindrig kognitiv störning hos individer med normal kognitiv funktion.

Anders Hansen

läkare, frilansjournalist
anders.hansen@sciencecap.se

Arch Neurol. 2009;66:216-25.

Viktnedgång minskar besvär med urininkontinens

Överviktiga kvinnor med urininkontinens minskar sina inkontinensbesvär om de går ned i vikt. Det visar en amerikansk studie som presenteras i tidskriften *New England Journal of Medicine*. Författarna har utgått från 338 överviktiga kvinnor med en genomsnittsålder på 53 år. Deltagarnas genomsnittliga BMI uppgick till 36,5 då studien inleddes. Samtliga studiedeltagare hade inkontinensbesvär med minst tio episoder per vecka.

Kvinnorna delades in i två grupper. En grupp på 226 kvinnor genomgick ett sex månader långt, omfattande vikt-nedgångsprogram, som bland annat innehöll diet, motion och livsstilsförändringar. En kontrollgrupp med 112 deltagare fick information om vikt-nedgång och fördelarna av detta men genomgick inte något egentligt vikt-nedgångsprogram. Efter sex månader hade de kvinnor som genomgått vikt-nedgångsprogrammet gått ned i genomsnitt 7,8 kilo, vilket ska jämföras med 1,5 kilos vikt-nedgång i kontrollgruppen. Bland kvinnorna som deltog i vikt-nedgångsprogrammet minskade antalet inkontinensepisoder med 47 procent i genomsnitt, vilket ska jämföras med 28 procent i kontrollgruppen. Det bör noteras att antalet episoder av inkontinens baseras helt på vad deltagarna själva rapporterat.

Tittar man närmare på olika typer av inkontinens noteras att antalet episoder av ansträngningsinkontinens (stressinkontinens), alltså inkontinens i samband med fysisk ansträngning, såsom t ex hosta, minskade kraftigt i gruppen kvinnor som gått ned i vikt. Någon skillnad i antalet episoder av skänkningsinkontinens noterades dock inte mellan grupperna. Övervikt är en sedan tidigare känd riskfaktor för inkontinens. I vilken utsträckning vikt-nedgång reducerar inkontinensbesvär hos överviktiga har fram till den aktuella studien inte varit lika känt. Den aktuella studien visar sammantaget att det tycks finnas stora fördelar med att gå ned i vikt för överviktiga kvinnor med inkontinensproblematik.

Anders Hansen
läkare, frilansjournalist

N Engl J Med. 2009;360:481-90.

Betalning effektiv metod för att sluta röka

Att betala för rökstopp är effektivare än att informera om hälsoriskerna med rökning – i alla fall om man ska tro en amerikansk studie som presenteras i tidskriften *New England Journal of Medicine*.

Författarna har utgått från 878 rökare, samtliga anställda vid företaget General Electric. Dessa lottades till två grupper. En grupp fick information om hälsorisker förknippade med rökning. Den andra gruppen gavs, vid sidan av informationen, även ett ekonomiskt incitament. Detta bestod i 100 dollar, motsvarande 800 kronor, om de genomgick ett rökavvänjningsprogram. Lyckades de sedan sluta röka inom sex månader gavs 250 dollar (motsvarande 2 000 kronor). De som dessutom höll sig rökfria i ytterligare sex månader, alltså totalt ett år, kunde se fram mot en betalning på 400 dollar (3 200 kronor). Studiedeltagarnas eventuella rökstopp baserades inte på vad de uppgav utan verifierades genom ett blodprov, genom vilket halten av nikotinmetaboliter undersöktes.

Under den första sexmånadersperioden hade 11,8 procent av kontrollgruppen (som inte erbjudits pengar) lyckats sluta röka. Det ska jämföras med 20,8 procent i gruppen som erbjudits betalning. De stora skillnaderna kvarstod över tid. Andelen deltagare som var rökfria perioden 9–12 månader efter att studien inletts var 5,0 procent i kontrollgruppen och 14,7 procent i gruppen som fått betalt. Efter 15–18 månader var 3,6 procent i kontrollgruppen rökfria, vilket ska jämföras med 9,4 procent bland de deltagare som fått ekonomisk belöning.

Det var dessutom lättare att rekrytera medlemmar till rökavvänjningsprogrammet om de erbjöds betalning: 15,4 procent av dem som erbjöds betalning gick med på att delta i rökavvänjningsprogrammet mot 5,4 procent av dem som erbjöds information. Andelen som fullföljde hela rökavvänjningsprogrammet var 10,8 procent bland de betalda, medan bara 2,5 procent av kontrollerna genomgick hela programmet.

Värt att notera är att det inte gavs något ytterligare ekonomiskt incitament mellan den andra uppföljningen (den mellan månad 9 och 12) och den tredje uppföljningen (den mellan månad 15 och 18) men att stora skillnader kvarstod mellan



Information om hälsorisker med rökning biter dåligt på rökare – effektivare är att belöna med pengar. 10,8 procent av de studiedeltagare som belönades fullföljde hela rökavvänjningsprogrammet, mot bara 2,5 procent i kontrollgruppen. Foto: Elfride Fleck/IBL

grupperna avseende hur många som var rökfria även vid den tredje uppföljningen.

Författarna konstaterar att ett ekonomiskt incitament tycks vara effektivt för att få människor att sluta röka och för att de därefter själva ska kunna klara av att hålla sig rökfria utan ytterligare monetär kompensation. Kostnaderna för sådana incitament kan vägas mot minskade sjukvårdskostnader till följd av rökrelaterade komplikationer. Att betalning tycks vara effektivare än information, särskilt när det gäller något så basalt som den egna hälsan, kan givetvis kännas nedslående – inte minst från ett läkarperspektiv. Oavsett hur man ser på saken är det knappast någon vild gissning att studien kommer att bli omdebatterad framöver.

Anders Hansen
läkare, frilansjournalist

N Engl J Med. 2009;360:699-709.