

GI-begreppet bör tas på allvar vid kostomläggning

Uppståndelsen kring glykemiskt index (GI) har dessvärre inte stått i paritet med seriös klinisk forskning kring fenomenet, som från början enbart var ett sätt att bedöma kolhydratrika livsmedels lämplighet för diabetiker. Sedan dess har GI-begreppet exploderat till ett kommersiellt megajippo och lämnat forskningen långt bakom sig. Under senare tid har man dock förstått att det inte bara är GI som är viktigt utan också glykemisk belastning (glykemic load, GL), dvs inte bara sockerfrisättningshastigheten hos ett kolhydratrikt livsmedel utan också den konsumerade mängden.

Många ämnen med högt GI är i praktiken ointressanta som metabol risk, eftersom sockermängden är så liten att den knappt spelar någon roll för kolhydrat-homeostasen. Ett högt GI ger därmed en riskindikation som är kliniskt ointressant. Omvänt ger tex informationen »jordnötter är nyttigt, eftersom deras GI är så lågt« fel kostinformation, eftersom man därvidlag missar det faktum att 50 procent av nöten är rent fett.

I den aktuella studien gjorde den etablerade och kvalificerade GI-gruppen i Sydney en välstrukturerad, randomiserad, kontrollerad undersökning av fyra kostor, som skiljde sig åt vad avsåg kolhydrat- och proteininnehåll. 129 överviktiga individer följdes i tolv veckor. Kosten innehöll ungefär 1 400 kcal/dag för kvinnor och 1 900 kcal/dag för män. Två kostformer innehöll 55 procent kolhydrater, men med högt respektive lågt GI, de andra två innehöll mycket protein (25 procent) med högt och lågt GI. GL var högst i den första kosten och lägst i den sista.

Samtliga grupper hade gått ned lika mycket i vikt, ungefär 5 procent, och det fanns därvidlag ingen skillnad mellan grupperna. Dock var det signifikant flera med den sistnämnda kosten som gått ned >5 procent under 12-veckorsperioden.

Den metabola riskfaktorprofilen ändrades i något varierande riktning i de olika grupperna, men författarna drar slutsatsen att såväl en kost med mycket protein som en kost med lågt GI ökar fettförlusten i kroppen, medan den kardiovaskulära metabola riskreduktionen är mest uttalad med en kost med mycket kolhydrater och lågt GI.

I en ledarkommentar konstaterar man att detta är en väl genomförd undersökning. Kostor med högt GL är svåra att följa under lång tid – mer än 15 procent föll bort under bara tolv veckor, något som kan ha påverkat den kardiovaskulära riskfaktorförändringen.

Ledarskribenten menar att det finns skäl att ta GI-begreppet på allvar och att vi snart borde kunna nedmontera begreppen »enkla« och »komplexa« kolhydrater. Icke desto mindre tycks den gamla sanningen fortfarande stå sig – dvs att det är energiunderskottet som är en av de viktigaste faktorerna för att avgöra det långsiktiga utfallet vid kostomläggningar.

Stephan Rössner

professor, överviktsenheten, Karolinska Universitetssjukhuset Huddinge

McMillan-Price J, et al. Comparison of 4 diets of varying glycemic load on weight loss and cardiovascular risk reduction in overweight and obese young adults: a randomized controlled trial. Arch Intern Med. 2006;166(14):1466-75.

Epilepsi negligerat i fattiga länder

Epilepsi är en både negligerad och missförstådd sjukdom i stora delar av världen. Det fastslår Lancet Neurology. Globalt beräknas 50 miljoner människor leva med sjukdomen. Prevalensen varierar mellan olika studier (den brukar anges till mellan 5 och 40 per 1 000 invånare), men siffran tros vara högre i fattiga länder på grund av bl a högre incidens av infektioner och obehandlade trauman.

Lancet räknar med att 60–90 procent av alla epilepsipatienter världen över inte har tillgång till någon som helst anti-epileptisk behandling. Sjukdomen beskrevs för första gången i babylonska tex-

ter och har i många kulturer betraktats som helig. Lancet applåderar de insatser WHO gjort i delar av den fattiga världen för att informera om epilepsi och förklara flera av de vanligaste missuppfattningarna kring sjukdomen. Flera pilotprojekt pågår nu också, bl a i WHO:s regi, som syftar till att göra behandling med fenobarbiturater tillgänglig för epileptiker i fattiga länder.

Anders Hansen

AT-läkare, Stockholm
anders.hansen@sciencecap.se

Lancet Neurol. 2006;5:803.

Aidsepidemin växer snabbare än insatserna



De globala insatserna för att begränsa spridningen av HIV har ökat under senare år, men aidsepidemin växer betydligt snabbare än insatserna. Det är

det huvudsakliga budskapet från aids-konferensen i Toronto, som lockade drygt 26 000 besökare. Antiviral behandling har fram till för några år sedan uteslutande varit reserverat för i-världens HIV-patienter, men flera initiativ har resulterat i pressade priser. Idag kostar ett års antiviral behandling 130 dollar (runt 950 kronor) för en patient.

WHO nådde dock inte upp till det tidigare uppsatta målet att 3 miljoner HIV-smittade i u-länder skulle få antiviral behandling vid slutet av 2005. Enligt en uppskattning fick 1,65 miljoner smittade behandling i slutet av 2005. Under året 2005 beräknas att 4,1 miljoner människor smittades med HIV, vilket gör att närmare 40 miljoner individer nu bär på viruset, de flesta utan att känna till det. Antalet patienter som får antiviral behandling ökade samtidigt med 450 000 under 2005, vilket alltså innebär att endast drygt var tionde patient som smittats får tillgång till antivirala preparat.

Den enkla matematiken visar att prevention är helt avgörande för att vi ska kunna få kontroll på epidemin, uppgav Microsofgrundaren och filantropen Bill Gates i ett anförande vid kongressen. Flera metoder för att begränsa spridningen hamnade i fokus. En färsk studie från Sydafrika visar att manlig omskärelse kan minska risken för smittöverföring. Profylax med antivirala läkemedel till ännu inte smittade som löper hög risk att smittas är en annan profylaktisk metod som nu prövas i studier, och resultat väntas någon gång under 2007.

Bland ljuspunkterna belystes att hanteringen av antivirala preparat har underlättats. Detta då kombinationspreparat möjliggör att patienter tar en eller två tabletter per dag mot tidigare ett tiotal; något som är viktigt inte minst av logistisk skäl när preparaten ska distribueras i tredje världen.

Anders Hansen

AT-läkare, Stockholm
anders.hansen@sciencecap.se

N Engl J Med. 2006;355:1081-4.

Endoskopisk kirurgi vid karpaltunnelsyndrom ger mindre ont men inte kortare sjukskrivning

Öppen kirurgi vid karpaltunnelsyndrom är en av de vanligaste operationer som utförs på patienter i arbetsför ålder. Operationen följs vanligtvis av sjukskrivning av varierande längd på grund av postoperativ smärta och ömhet i handen. Hos en del patienter kan dessa problem vara långvariga. Endoskopisk kirurgi introducerades med den tänkta fördelen att den skulle leda till mindre smärta efter operation och därmed snabbare återgång till arbete. Tidigare randomiserade studier som jämfört endoskopisk kirurgi med öppen kirurgi har använt olämpliga randomiseringsmetoder och inte inkluderat ett tillräckligt antal yrkesverksamma deltagare.

I denna studie, som genomfördes på ortopediska kliniken Hässleholm-Kristianstad, deltog 128 yrkesverksamma patienter 25–60 år gamla, med kliniskt och neurofysiologiskt verifierat idiopatiskt karpaltunnelsyndrom. Randomisering skedde omedelbart före operation (slutna kuvert enligt datorgenererad randomiseringslista): 63 patienter till endoskopisk kirurgi och 65 till öppen kirurgi. Mätningar gjordes före operation samt 3 veckor, 6 veckor och 3 månader efter operation med en validerad enkät, som mäter symtomsvårighet och handfunktion vid karpaltunnelsyndrom, grad av smärta/ömhet i handflatan och relaterad aktivitetsbegränsning och med SF-12, som mäter allmän hälso- och livskvalitet. Känsl och handstyrka undersöktes på maskerad patient (förband som täckte ärren). Efter 12 månader gjordes en ny enkätutvärdering.

Inget bortfall uppkom under uppföljningen. Resultaten visade att smärta och ömhet i operationsområdet var mindre vanligt eller av mindre svårighetsgrad efter endoskopisk än efter öppen kirurgi, men skillnaderna var små till måttliga. Största skillnaden fanns vid 3 månader.



Endoskopisk kirurgi är tekniskt svårare än öppen kirurgi och kräver specialutrustning och noggrann träning för att minska komplikationsrisken. Endoskopibilder till höger visar klyvning med specialkniv före och under ingreppet samt slutligt resultat.

Då hade 52 procent i endoskopigruppen och 82 procent i öppenkirurgigruppen ont/ömhet (NNT 3,4; 95 procents konfidensintervall, CI, 2,3–7,7), vilket innebär att fyra patienter behöver opereras endoskopiskt för att en patient inte ska ha ont. Medelvärde för poängskillnaden mellan grupperna för smärta i ärr/handflata och relaterad aktivitetsbegränsning (skala 0–100) var 13,3 (95 procents CI 5,3–21,3).

Både endoskopisk och öppen kirurgi gav stor och likvärdig förbättring av symptom, handfunktion och livskvalitet och likvärdiga resultat beträffande känsl och handstyrka. Mediansjukskrivningstiden efter operation var 28 dagar i båda grupperna. Inga komplikationer uppkom. Omoperation på grund av fortsatta eller återkommande symptom behövdes för två patienter i endoskopigruppen och för en i öppenkirurgigruppen.

Studiens konklusion var att endoskopisk kirurgi ger mindre ont efter operation än öppen kirurgi, men den måttliga storleken på nyttan av öppen kirurgi och

avsaknaden av skillnad i sjukskrivningstid och andra resultat gör att den endoskopiska kirurgins kostnadseffektivitet kan vara osäker.

Öppen kirurgi görs med enkla instrument, ofta av läkare under utbildning, medan endoskopisk kirurgi är tekniskt svårare och kräver specialutrustning och noggrann träning (för att minska komplikationsrisken), vilket kan vara resurskrävande vid en vanlig operation. Detta får vägas mot vinsten av mindre postoperativ smärta för en del av patienterna. I en ledarkommentar påpekas att framtida studier inte längre behöver fokusera på typen av kirurgisk behandling utan på bättre diagnostiska metoder för karpaltunnelsyndrom.

Isam Atroshi

docent, överläkare, ortopediska kliniken Hässleholm-Kristianstad, Hässleholm

Atroshi I, et al. Outcomes of endoscopic surgery compared with open surgery for carpal tunnel syndrome among employed patients: randomised controlled trial. *BMJ*. 2006;332(7556):1473.

Humant herpesvirus 8 kan spridas vid blodtransfusion

Humant herpesvirus 8 (HHV 8) kan spridas vid blodtransfusioner. Det tyder en studie som presenteras i *New England of Medicine* på. Det har tidigare varit omdiskuterat huruvida viruset kan spridas vid just blodtransfusioner, men nu tycks belegg finnas för att så är fallet.

Forskarna har tittat på 1 811 patienter i Uganda, där HHV 8-viruset förekommer endemiskt. Samtliga patienter fick under

perioden 2000–2001 blodtransfusion, och forskarna har undersökt blodprov som tagits före och efter transfusionen och analyserat om dessa innehöll HHV 8-antikroppar. Vidare visste forskarna om det givna blodet var seropositivt för HHV 8 eller inte.

Den ökade risken för patienterna som fått seropositivt blod att serokonvertera har beräknats. Sammantaget visar studi-

en att HHV 8 med stor sannolikhet kan spridas vid blodtransfusioner. Risken att smittas minskar dock med tiden som det HHV 8-positiva blodet lagras.

Anders Hansen

AT-läkare, Stockholm anders.hansen@sciencecap.se

N Engl J Med. 2006;355:1331-8.