

Glykemiskt index – trend eller terapi?

■ Jag har med intresse följt det gångna årets debatt om betydelsen av glykemiskt index (GI) som ett hjälpmedel för att komponera en kost som skulle kunna minska risk för insjuknande i diabetes, övervikt och hjärt- och kärlsjukdom.

I likhet med Reynisdottir [1] har jag funnit att det finns relativt få longitudinella studier som belyser effekterna av kost med lågt GI/GL (glykemisk belastning). De flesta studierna är s k tvärsnittsstudier (med lågt bevisvärde). Det finns även ganska få randomiserade studier som belyst insulinresistens, glukosmetabolism samt hur insulininsöndringen påverkas av kost med högt respektive lågt GI. De epidemiologiska studier som finns har givit varierande resultat gällande hög GI som riskfaktor för utveckling av diabetes [1], och det saknas större randomiserade studier som undersöker GI-kostens betydelse för individer med diabetes

Det har dock nyligen publicerats två intressanta studier som undersöker hur ovanstående parametrar påverkas av låg-GI-kost. Den första är Hare-Bruuns prospektiva studie [2]. Detta arbete baseras på en subgrupp från den danska armen i det s k MONICA-projektet (Monitoring Trends and Determinants in Cardiovascular Disease study). I denna subgruppsanalys, som bestod av 185 män och 191 kvinnor födda 1922, 1932, 1942 eller 1952, undersöktes GI-kostens betydelse med avseende på kroppsvikt, midjemått och fettmassa. Patienter som hade fått diagnosen diabetes före 1987–1988 exkluderades. En första fysikalisk undersökning och kostintervjuer genomfördes 1987–1988, efterföljande undersökning gjordes 1993–1994. Studien visade att hög GI-kost ökade vikten, fettmassan och midjemåttet på framför allt kvinnor med låg fysisk aktivitet, men inte på män och i mindre utsträckning på fysiskt aktiva kvinnor.

Den andra publikationen är Pittas studie [3], som är en mycket välgjord interventionsstudie, där 24 överviktiga friska personer utan diabetes randomiserades till kost med hög GL (60 procent kolhydrat, 20 procent protein, 20 procent fett, 1 kcal/g energidensitet, fiberinnehåll 15 g/1 000 kcal, dagligt medel GI 86, daglig medel GL 116 g/1 000 kcal), eller till låg GL (40 procent kolhydrat, 30 procent protein, 30 procent fett, 1 kcal/g energidensitet, fiberinnehåll 15 g/1 000 kcal, dagligt medel GI 53, daglig medel GL 45 g/1 000 kcal).

Man reducerade, oavsett hög eller låg

GL, kostens energiinnehåll med 30 procent. Studien pågick i 24 veckor. Man mätte kroppsvikt, insulinnivåer, glukosnivåer efter två timmars peroral glukosbelastning (OGTT), samt insulinkänslighet med HOMA-IR. Resultatet blev att individerna gick ned i vikt, men viktneigången var likvärdig oavsett om försökspersonerna hade ätit kost med låg eller hög GL. Man kunde inte heller se några statistiskt säkerställda skillnader gällande insulinkänslighet, glukosnivåer (AUC) under OGTT, 2-timmars glukosvärde efter glukosbelastning eller insulinnivåer (AUC) under OGTT.

Sammanfattningsvis kunde man i de nämnda studierna inte entydigt visa att låg GI/GL-kost minskar riskfaktorer för att utveckla typ 2-diabetes och hjärt-kärlsjukdom. Vidare tycks den viktreducerande effekten (Hare-Bruuns studie) av låg-GI-kost gälla endast kvinnor med låg fysisk aktivitet. En parameter som skulle kunna tala för att man uppnår en riskminskning avseende hjärt-kärlsjuk-

dom med låg GI/GL-kost är högkänsligt CRP, som i Pittas studie minskade mer i låg-GI-gruppen. Men om man kan uppnå en lägre kardiovaskulär risk för överviktiga, men för övrigt friska individer, med låg-GI-kost återstår nog att visa.

David Nathanson

specialistläkare, VO internmedicin, sektionen för endokrinologi och diabetologi, Södersjukhuset, Stockholm
david.nathanson@sodersjukhuset.se

REFERENSER

1. Reynisdottir S. Kommentar. Klinisk evidens saknas för GI mot övervikt och diabetes. *Läkartidningen*. 2006;103:471-2.
2. Hare-Bruun H, Flint A, Heitmann BL. Glycemic index and glycemic load in relation to changes in body weight, body fat distribution, and body composition in adult Danes. *Am J Clin Nutr*. 2006;84:871-9.
3. Pittas AG, Roberts SB, Das SK, Gilhooly CH, Saltzman E, Golden J, et al. The effects of the dietary glycemic load on type 2 diabetes risk factors during weight loss. *Obesity*. 2006;14:2200-9.
4. Terry J, Terry P. Glykemiskt index – relevant i behandling av övervikt och diabetes. *Läkartidningen*. 2006;103:466-70.

Vem har HPV-DNA i cervix?

■ I sitt debattinlägg [1] rekommenderar Björn Strander och medarbetare bl a kvinnor att delta i gynekologisk cellprovskontroll även efter eventuell vaccination mot cervixcancer och oavsett sexualanamnes. Bra.

Vore jag kvinna skulle jag be min gynekolog även undersöka (det finns i dag bra testmetoder) huruvida jag har HPV-infektion eller inte i det aktuella organet.

I min avhandling [2] undersökte jag cytologiskt, kolposkopiskt och histopatologiskt 444 lesioner i cervix hos 238 kvinnor. Vaginalcytologins diagnostiska säkerhet var 79 procent vid carcinoma

in situ och 44 procent vid dysplasi. När börjar Strander och medarbetare rekommendera HPV-test i kombination med konventionell cytologi?

Elias Rubinstein

medicine doktor, HPV-referensenhet, Åbo, Finland
elias.rubinstein@pp.inet.fi

REFERENSER

1. Strander B, Andrae B, Elfgrén K. Vem skall vaccineras mot cervixcancer och när? Förslag till hållpunkter för rådgivning. *Läkartidningen*. 2006; 103:3438.
2. Rubinstein E. Colposcopic, cytological and histological patterns in preinvasive cervical cancer. [dissertation]. Uppsala:Uppsala universitet; 1981. Acta Universitatis Upsaliensis 384.

Replik:

Olämpligt använda ospecifikt test

■ Testning för högrisk HPV-DNA har hög sensitivitet men lider av dålig specificitet, vilket begränsar användningsomådena. Att använda ett ospecifikt test för en icke behandlingsbar, sexuell överförd virusinfektion som tumörmärk i allmän screening ifrågasätter vi fortfarande. Detta har vi diskuterat tidigare i *Läkartidningen* [1].

Däremot har HPV-testning en roll att spela i utredning av lätta och svårvärde-

rade cellprovsvikelser i vissa sammanhang. Nationella riktlinjer kring detta håller på att utformas.

Björn Strander

bjorn.strander@swipnet.se

Bengt Andrae

Kristina Elfgrén

REFERENS

1. Andrae B, Strander B. Cervixcancerprevention – uppnådda framgångar måste överträffas. *Läkartidningen*. 2006;103:1630.