

Øker melk risikoen for hjerte- og karsykdom?

Melk har lenge vært mistenkt som en viktig risikofaktor for hjerte- og karsykdom. En ny undersøkelse finner ingen sammenheng.

En prospektiv studie fra Skottland undersøkte melkeinntak blant 5 765 menn i alderen 35 til 64 år i perioden 1970–73 (1). Denne informasjonen ble koblet til dødsfall i løpet av en 25-års periode. Resultatene er nå publisert og viser ingen sammenheng mellom melkeinntak og økt risiko for død, verken for koronar hjertesykdom eller alle dødsårsaker samlet. Forskerne sier at disse funnene samsvarer med sju andre prospektive studier som ikke har vist økt dødelighet av hjertesykdom hos melkedrikkere. Noen studier har endog vist en mulig reduksjon i risiko for hjerne-slag.

– Studien er grundig og interessant, men feltet er vanskelig. Kostholdsstudier viser ofte sprikende resultater (2), sier postdokstipendiat Anette Hjartåker ved Seksjon for medisinsk statistikk, Universitetet i Oslo.

– De mennene som drakk melk jevnlig, hadde en tendens til å leve sunnere. Dessverre sier ikke studien noe om kostholdet

ellers. Det kan jo være at de som drakk melk, for eksempel også spiste mer frukt og grønnsaker. Forskerne har forsøkt å kontrollere for konfundierende faktorer. Likevel kan slike skjulte samvarierende faktorer være årsaken til at man ikke fant økt dødelighet i gruppen som drakk melk, men forskerne mener det er en usannsynlig forklaring.



– Et viktig problem i Norge er at energinntaket er høyere enn behovet og andelen overvektige øker. Anbefalingen om å drikke magre melketyper gjelder fortsatt, understreker Hjartåker.

– Erlend Hem, *Tidsskriftet*

Litteratur

1. Ness AR, Smith GD, Hart C. Milk, coronary heart disease and mortality. *J Epidemiol Community Health* 2001; 55: 379–82.
2. Moncada RO, Alvarez-Dardet C. The confused Milky Way. *J Epidemiol Community Health* 2001; 55: 369.

Kort halveringstid for kliniske retningslinjer

Halvparten av 17 kliniske retningslinjer i USA var utdatert før det var gått seks år.

Forskergruppen som er kommet til dette resultatet, vurderte samtlige retningslinjer utgitt av US Agency for Healthcare Research and Quality som fortsatt var i sirkulasjon og bruk (1). I tillegg til å definere kriterier for behov for oppdatering, ble de i alt 170 forfatterne bak retningslinjene sendt spørreskjemaer, og nær 7 000 artikler ble gjennomgått etter ny kunnskap. 173 artikler og 159 nye retningslinjer innenfor emneområdene ble tatt med i vurderingen.

Tre av retningslinjene var fortsatt gangbare, og seks trengte mindre oppdatering. Sju trengte større revisjon og for én kunne forfatterne ikke avgjøre om en endring var nødvendig. De anbefaler at kliniske retningslinjer evalueres minst hvert tredje år.

– Det er helt nødvendig å se på det å lage retningslinjer som en kontinuerlig prosess, sier seksjonsoverlege Andy Oxman ved Statens institutt for folkehelse.

– Studier som dette er viktige, men det er et problem at slikt arbeid i beskjeden grad er koordinert, slik at det gjøres mye dobbeltarbeid i verden. Vi i Cochrane-samarbeidet systematiserer samarbeidet, sier han.

– Har dere formelt samarbeid med f.eks. Health Technology Assessment (HTA)-bevegelsen, som Senter for medisinsk metodevurdering er en del av?

– Slikt samarbeid foregår mest på nasjonalt nivå. Cochrane-bevegelsen lager oversikter internasjonalt, mens HTA-bevegelsen tilpasser kunnskapen til lokale forhold. I Norge har vi et nært samarbeid med Senter for medisinsk metodevurdering. I Storbritannia er både Cochrane-arbeidet og HTA-arbeidet integrert i National Health Service, og samarbeidet er meget omfattende, sier Oxman.

– Pål Gulbrandsen, *Tidsskriftet*

Litteratur

1. Shekelle PG, Ortiz E, Rhodes S, Morton SC, Eccles MP, Grimshaw JM et al. Validity of the agency for healthcare research and quality clinical practice guidelines. How quickly do guidelines become outdated? *JAMA* 2001; 286: 1461–7.

Flere brudd hos nyretransplanterte

Pasienter som har gjennomgått nyretransplantasjon har økt risiko for brudd (*Ann Epidemiol* 2001; 11: 450–7). En stor, befolkningsbasert undersøkelse viser at dette også gjelder de første tre årene etter operasjonen. Risikoen for sykehusinnleggelse på grunn av brudd var økt med 4,5 ganger i forhold til normalbefolkningen. Kvinnelige pasienter med brudd i sykehistorien, langvarig dialysebehandling før transplantasjonen og med diabetes mellitus hadde særlig høy bruddrisiko.

Økt dødelighet ved diffuse smertetilstander

Generalisert smerte er vanlig i befolkningen, og som regel finner man ingen somatisk tilstand som forklarer pasientens plager (*BMJ* 2001; 323: 662). Nå viser en prospektiv studie av mer enn 3 000 pasienter, at de som rapporterte om generaliserte smerter hadde omkring 30 % økt mortalitet i løpet av åtte år. Overdødeligheten skyldtes i første rekke kreft som ikke var diagnostisert ved inklusjon. I en kommentar heter det at pasienter med smertetilstander kan være mer utsatt for å få kreft, eller ha lavere overlevelse av sykdommen.

Lengre røykestopp med bupropion

Bupropion, en selektiv serotoninreopptakshemmer, har vist seg effektiv ved røykeslutt (*Ann Intern Med* 2001; 135: 423–33). Sannsynligvis forlenges bare perioden frem til et eventuelt tilbakefall. 461 pasienter som hadde gjennomført en sjuukers åpen studie av bupropion, fortsatte i en placebokontrollert fase som varte i ett år. Under hele medikamentperioden var det flere i bupropion-gruppen som fortsatte som ikke-røykere, men ett år senere var det ingen forskjell.

Inhalasjonssteroider påvirker beintettheten

Mens det er velkjent at perorale kortikosteroider øker risikoen for beinskjørhet, har det vært uklart hvorvidt dette også gjelder medikamenter i inhalasjonsform (*N Engl J Med* 2001; 345: 941–7). En prospektiv studie av 109 premenopausale kvinner med astma viser at bruk av inhalasjonssteroider fører til økt beintap etter tre år. Tapet var proporsjonalt med antall daglige doser. Man bør vurdere tiltak som forebygging av beinskjørhet hos pasienter som bruker store doser inhalasjonssteroider over lang tid.

– Ragnhild Ørstavik, *Tidsskriftet*