

Dødelighet og søvn

En ny studie påviser sammenheng mellom dødelighetsrisiko og søvn. Gruppen av personer som sov sju timer per natt hadde bedre overlevelse enn dem som sov mer og dem som sov mindre.

I 1982 ble over 1,1 million amerikanere i alderen 30–102 år spurt om sine søvnvaner (1). Seks år senere ble dødelighetstallene for deltakerne analysert for å finne sammenheng mellom søvnlengde og dødelighet.

Lavest dødelighetsrisiko hadde de som rapporterte sju timer søvn per natt (6,5–7,4 timers søvn). De som rapporterte åtte timer søvn eller mer, eller seks timer eller mindre, hadde statistisk signifikant økt dødelighetsrisiko. Den økte risikoen var mer enn 15 % hos dem med > 8,5 timer søvn og hos dem med < 3,5 timer (kvinner) eller 4,5 timers (menn) søvn per natt. De som oppgav bruk av sovemedisiner, hadde økt dødelighetsrisiko i motsetning til dem som oppgav å lide av søvnløshet.

– Det er en interessant studie, men man må vise stor varsomhet i tolkingen av slike data,

sier professor Reidun Ursin ved Fysiologisk institutt, Universitetet i Bergen.

– Effektene er svært små. Fordi materialet er så stort, blir mange forskjeller statistisk signifikante, men forskjellene er ikke derfor nødvendigvis klinisk viktige. Ved så små effekter er det vanskelig å utelukke andre årsaksfaktorer. Økt dødelighetsrisiko hos dem som sover åtte timer eller mer, kan henge sammen med økt søvnmengde ved sykelige tilstander, noe det ikke er justert for, sier hun.

– En doserespons eller trinnvis økning i dødelighetsrisiko med økende/ reduserte søvnmengder forsterker likevel inntrykket av at søvnmengden i seg selv spiller en rolle. Forfatterne kan ikke vise noen kausal effekt og kan derfor ikke svare på spørsmålet om folk som sover lenge, bør korte ned søvntiden sin, sier Ursin.

– *Erlend Hem, Tidsskriftet*

Litteratur

1. Kripke DF, Garfinkel L, Wingard DL, Klauber MR, Marler MR. Mortality associated with sleep duration and insomnia. *Arch Gen Psychiatry* 2002; 59: 131–6.

Hva bør gjøres ved monoklonal gammopati?

Hos 2 % av pasienter over 50 år finner man monoklonal gammopati av usikker betydning. Overgang til myelomatose kan skje selv etter mange års stabil tilstand.

Ved tilstanden monoklonal gammopati av usikker betydning foreligger monoklonalt immunoglobulin i serum i lave konsentrasjoner; som regel under 30 g/l. Lette kjeder i urinen og høyere antall plasmaceller enn over 10 % i beinmargen finnes sjelden, og det forekommer ikke osteolytiske skjelettdestruksjoner eller beinmargssvikt. Det finnes ingen sikre prognostiske markører for hvilke pasienter som vil utvikle myelomatose og ingen klare retningslinjer for oppfølging.

Ved Mayo-klinikken i USA har man gjennomgått journaler og dødsregistre og fant 1 384 personer som fikk diagnosen monoklonal gammopati av usikker betydning i 1960–95 (1). 115 av disse utviklet myelomatose eller annen malign blodsykdom. Risikoen for å utvikle myelomatose var stabil på omkring 1 % per år, og størst hos dem som i utgangspunktet hadde de høyeste konsentrasjonene av monoklonalt protein. Risikoen ble ikke redusert selv etter mange års stabile konsentrasjoner, og gammopatien

forsvant svært sjeldent.

– Ut fra denne studien synes det mulig å vurdere risiko ut fra M-komponentens størrelse på diagnosetidspunktet, sier Inger Marie Dahl ved Hematologisk avdeling, Universitetssykehuset i Nord-Norge, Tromsø.

– Personer med initialt høy eller raskt stigende M-komponent bør følges nøye. En tilfeldig påvist M-komponent i lav konsentrasjon hos en eldre, symptomfri person krever derimot ikke omfattende utredning. Det anbefales kontroll etter 3–6 måneder, senere årlig ved stabil lav konsentrasjon. Samtidig bør hematologiske prøver, kalsiumverdi og nyrefunksjonen overvåkes. Ved tegn til endring i sykdomsbildet bør det foretas fullstendig myelomatoseutredning. Som denne studien viser, kan myelomatose utvikles selv etter lang tid med stabil M-komponent, sier Dahl.

– *Ragnhild Ørstavik, Tidsskriftet*

Litteratur

1. Kyle RA, Therneau TM, Rajkumar V, Offord JR, Larson DR, Plevak MF. A long-term study of prognosis in monoclonal gammopathy of undetermined significance. *N Engl J Med* 2002; 346: 564–9.



Aktiv behandling av albuer?

Lateral epikondylitt («tennisalbue») kan behandles med immobilisering (ekspektativ behandling), steroidinjeksjoner eller fysioterapi (*Lancet* 2002; 359: 657–62). I en nederlandsk studie ble 185 pasienter randomisert til én av disse tre behandlingsformene. Etter seks uker var nesten alle som hadde fått steroidinjeksjon symptomfrie, mot under halvparten av de andre pasientene. De fleste pasientene i steroidgruppen fikk residiv etter kort tid. Etter seks og 12 måneder var resultatet best hos dem som hadde fått fysioterapi, men forskjellen i forhold til gruppen som ikke fikk aktiv behandling, var liten.

Prognose ved hepatitt C

For ti år siden testet man ikke blod for hepatitt C-virus i Storbritannia (*BMJ* 2002; 324: 450–3). I en epidemiologisk studie var dødeligheten blant 924 transfusjonspasienter smittet med hepatitt C-virus ikke signifikant høyere enn blant 475 ikke-smittede (Cox' hasardratio 1,41; 95 % KI 95–2,08). Derimot var risikoen for å dø av leversykdom noe høyere, særlig hos pasienter som misbrakte alkohol eller var eldre enn 40 år ved smittetidspunktet.

Behandling ved hepatitt C

Kliniske studier utføres ofte på selekterte grupper pasienter, slik at resultatene ikke er i overensstemmelse med klinisk praksis (*Ann Intern Med* 2002; 136: 288–92). Dette bekreftes i en studie av behandling ved hepatitt C-virus-infeksjon. Blant 327 pasienter ved en hepatologisk klinikk i en større amerikansk by fikk bare 28 % interferonbasert behandling. 34 % hadde medisinske eller psykiatriske kontraindikasjoner, og 13 % misbrakte alkohol eller medikamenter. Studien belyser behovet for andre typer medikamentell behandling enn interferon ved en slik infeksjon.

Raloxifen reduserer hjerteinfarkt?

Raloxifen er en selektiv østrogenreseptormodulator (SERM) som reduserer risikoen for vertebralfrakturer (*JAMA* 2002; 287: 847–57). Fordi medikamentet har gunstig effekt på blodlipidene, har man vurdert om det også reduserer risikoen for hjerte- og karsykdommer. Analyser av dataene fra en stor studie med brudd som endepunktet viste ingen signifikant forskjell for forekomst av hjerte- og karsykdommer mellom gruppen som fikk aktivt medikament og de som fikk placebo. I gruppen pasienter med etablerte risikofaktorer for hjerte- og karsykdommer virket raloxifen signifikant forebyggende.

– *Ragnhild Ørstavik, Tidsskriftet*