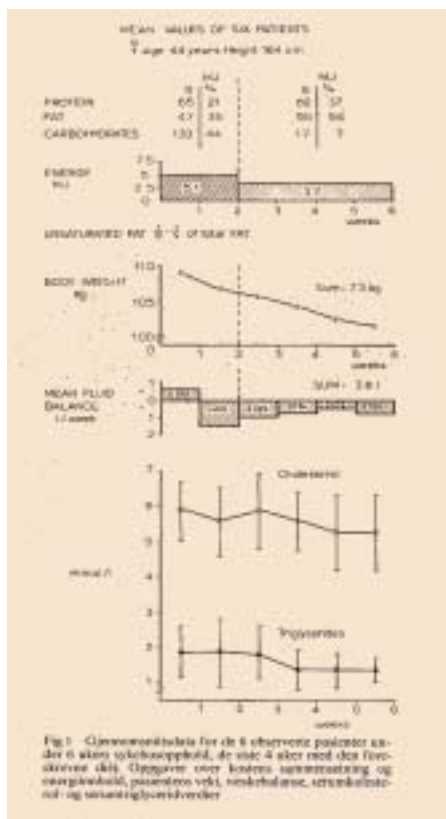


Tidligere i Tidsskriftet

Behandlingstrengende overvekt anno 1978

Fettrik kost og sterkt redusert karbohydratmengde. Det var hva endokrinologer ved daværende Haukeland Sykehus tok til orde for, da et pågående behandlingsopplegg ble presentert overfor legekolleger for 25 år siden.

Det var Hans H. Bassøe (f. 1924) og Sigurd A. Huseby Seim (f. 1924), som sammen med sin medarbeider Marilyn Whitford ved medisinsk avdeling B, oppsummerte den kliniske praksis i Bergen. I den faste spalten Behandlingsopplegg ved våre sykehus tok redaksjonen forbehold, som den pleide: «Det publiserte behandlingsopplegg gjør naturligvis ikke krav på å være det eneste rette. Kommentarer og spørsmål mottas med takk og vil eventuelt bli publisert i Korrespondanspalten.» Det endokrinologiske fagmiljøets presentasjon med overskriften Fettrik avmagringskost ble godkjent for publisering – også da, må vi anta, med den sedvanlige bruk av eksterne vurderere i forkant.



«Litteraturen om etiologi, patofysiologi og behandling av overvekt er meget omfangsrik, ikke sjelden motstridende og ofte forvirrende,» skrev Bassøe, Seim & Whitford i 1978. Da de presenterte sitt behandlingsregime ved det nåværende Haukeland Universitetssykehus, tilot Tidsskriftet bruk av engelskspråklig figurtekster

«[...] Denne artikkelen omhandler effekten av fettrik avmagringsdiét i en gruppe overvektige kvinner, hvor tallrike tidligere behandlingsforsøk hadde mislykket. Denne måte å behandle overvektige pasienter på ble omtalt første gang for et par hundre år siden og har vært gjenstand for mange forfatters interesse. Den ble vurdert av Per Hansen i 1936.»

Forfatterne refererer til flere internasjonale publikasjoner (som her til Acta Med Scand 1936; 88: 97–106) og understreker at overvekt – ved siden av å være et hyppig og stort individuelt problem – også var en samfunnsmessig utfordring for 25 år siden:

«[...] Overvekt er en invalidiserende tilstand for store grupper mennesker og synes å være medvirkende eller predisponerende årsak til en rekke vanlige kroniske sykdommer.

Viktigst i behandlingen av overvekt er mosjon og diét, dvs. økt kaloriforbruk og redusert kaloritilførsel. Det er foreslått mange variasjoner i sammensetningen av kalorireduert kosthold. Man er enig om at kosten bør være proteinrik og at mineral- og vitamintilførsel må være sikret. Hva som menes med proteinrik er til dels uklart definert. Videre har det vært akseptert at kosten skal inneholde lite fett. Følgelig vil den da inneholde relativt mye karbohydrater, og man har regnet det som en fordel at den også skal være slaggrik. Et avmagringsregime etter dette opplegg viser etter kliniske erfaringer bare middels gode resultater. Slapphet og sultfølelse er de hyppigste årsaker til behandlingssvikten.»

Slik presenterte Bassøe, Seim & Whitford materiale og metode ved behandlingsopplegget de hadde gjennomført:

«Seks overvektige kvinner med en gjennomsnittsalder på 44 år ble innlagt i avdelingen i 6 uker. De var uten hell behandlet i flere år med kalorirestriksjoner og medikamenter. Deres gjennomsnittsvekt var 109 kilo, deres gjennomsnitts kroppshøyde var 164 cm. Det ble ikke påvist somatiske årsaker til deres overvekt. De første 2 ukene fikk pasientene sykehusets normalkost og spiste så meget de selv ønsket. Konsumert mat og drikke ble registrert. Dietiker regnet ut gjennomsnittlig inntak av energi og kostens sammensetning. Etter denne perioden fikk pasientene en fettrik og karbohydratredusert diét i 4 uker.

Artikler som refereres finnes i fulltekst på www.tidsskriftet.no – velg Tidligere i Tidsskriftet fra menyen på venstre side. Spalten redigeres av Kari Rongve.

Diéten ble utarbeidet etter følgende retningslinjer:

1) Fortrinnsvis bruk av matvarer med lavt karbohydratinnhold og relativt høyt protein- og/eller fettinnhold: Kjøtt (inklusive fjærkre), fisk, innmat, egg, hvitost, smør, margarin, olje, majones, visse sorter grønnsaker. 2) Fruktrasjon en halv appelsin eller et halvt eple. 3) Andre karbohydratholdige matvarer ble utelukket: Frukt utenom rasjonen, brød, melk, gryn, poteter, rotfrukter, sukker og sukkerholdig mat.

[...] Pasientene er blitt fulgt opp med kontroller i 12 til 96 uker. Det skisserte behandlingsopplegg er også brukt poliklinisk på et stort antall pasienter gjennom flere år.»

Forfatterne opplyser at «diabetikerbrus og energifri søtningmidler var tillatt», men nevner ikke noe om alkoholholdig drikke. Videre gir de eksempel på en individuelt tilpasset diettliste – dette for å illustrere «et representativt poliklinisk behandlet kasus». De fire daglige måltider bestod bl.a. av middag med «rikelig mengde stekt eller kokt fiske- eller kjøttmat», «moderat porsjon grønnsaker», «ingen dessert» og med «middagsrest, eventuelt 1 omelett» til aftensmat. Pasienten fikk to brødstykker fordelt på frokost og lunsj. Om morgenen kunne pålegget («sild, kjøttpålegg m.m.») suppleres av speilegg med to skiver bacon. «[...] Veining hver onsdag og søndag morgen.»

Resultatene ble vist gjennom figurer, men også kommentert:

«[...] Vekttapet var størst hos de tyngste pasientene, fordelt mellom 10,4 kg og 4,0 kg og med et gjennomsnitt på 7,3 kg pr. pasient under det 6 uker lange oppholdet i avdelingen. Det ble observert moderat positiv reaksjon på ketonstoffer i urinen [...] Blodtrykket var sikkert forhøyet hos 2 av pasientene da observasjonen begynte. Det viste fallende tendens under sykehusoppholdet og i månedene etter. Serumkolesterolverdiene var innenfor normalområdet og holdt seg praktisk talt uendret eller viste litt synkende tendens under observasjonstiden i sykehuset. Reduksjonen var ikke statistisk signifikant. Hos samtlige pasienter falt triglyceridverdiene i diétperioden fra et initialt nivå i overkant av det normale. [...] Serumurinsyreanalyser ble ikke gjennomført systematisk. Verdiene var forhøyet

hos 4 av 5 pasienter før forsøket. I løpet av kontrollperioden etter utskrivning var 2 av disse normalisert. Etter utskrivning fra avdelingen ble det registrert fortsatt tilfredsstillende vektfall hos samtlige.

To pasienter fikk imidlertid gallestensanfall henholdsvis 4 og 12 måneder etter utskrivning og forandret diéten til å være fettfattig og karbohydratrik. Deres vekt og blodtrykk steg (eksempel i figur 3).»

I diskusjonsdelen ble både den egne undersøkelsen, andre klinikers rapportering av behandling med kirurgi og «periodisk bruk av appetitthemmere i forløpet av avmagringsregimet», drøftet – sistnevnte midler definert som «ikke tillatt brukt i Norge».

«Litteraturen om etiologi, patofysiologi og behandling av overvekt er meget omfangsrik, ikke sjelden motstridende og ofte forvirrende. Det gjenspeiler vår manglende suksess i å behandle overvekt effektivt. Kalorirestriksjon ved å redusere fettinnholdet i kosten har etter vår generelle erfaring med overvektige pasienter ført til tilfredsstillende resultater bare i halvparten av tilfellene. [...] Utkobling av tarmavsnitt gjennom et kirurgisk inngrep medfører foruten selve operasjonsrisikoen en rekke postoperative komplikasjoner. På lengre sikt må man regne med problemer som følge av indusert malabsorpsjon og mulig leverskade. En endring av diéten sammensettning er derfor verd å forsøke hos de pasienter hvor kalorirestriksjon etter de vanlige prinsipper ikke fører frem.»

Forfatterne mener følgende krav skal stilles til avmagringsdiéten:

«1) Ingen sultfølelse 2) Allsidig kosthold innen familiens vanlige kostholdsramme uten kaloriregning 3) Pasienten i fullt arbeid, opplagt og i god form 4) Nitrogenbalansen positiv uten ketose på lengre sikt 5) Den diétske tankegang skal kunne følges hele livet 6) Langsom normalisering av vekt (eventuelt av forhøyet blodtrykk og ødemtendens).

I første rekke utelukkes derfor lett absorberbare karbohydrater. Disse øker insulinsekresjonen som igjen øker lipogenesis, nedsetter lipolysen og øker natrium- og væskeretensjon.

Ved ellers generelt å redusere karbohydrattilførselen og øke protein- og fetttilførselen oppnår man en større metthetsfølelse. Dette har vært meget fremtredende hos våre pasienter. Det gjelder ikke bare de 6 som ble behandlet i sykehuset. Det er også vår erfaring fra pasienter behandlet ambulant de siste 2 år.»

Motforestillinger var imidlertid til stede. Blant annet hadde amerikanske helsemyndigheter i 1973 kommet med advarsler mot lavkarbohydratholdig kost.

«Council on Foods and Nutrition har fremhevet at en slik diét utgjør en potensiell fare. Først og fremst skal denne kosten lede til hyperkolesterolemi og hypertriglyceridemi, med økt risiko for utvikling av koronarsykdom og arteriosklerose. Med

Støtter Fedon Lindberg

Hans H. Bassøe mener at indremedisiner Fedon Lindberg fortjener respekt og støtte i sitt arbeid for en sunnere diét.

«Jeg gratulerer Fedon Lindberg med hans resultater, som er basert på solide kunnskaper,» skrev Hans H. Bassøe i et leserinnlegg i VG tidligere i år. Utgangspunktet for at han grep til pennen, var at Lindberg en stund tidligere hadde blitt angrepet i samme avis av Kåre Norum, professor i ernæringslære ved Universitetet i Oslo, og Wenche Frølich, professor i ernæringsvitenskap.

«Lindbergs store synd er anbefale å begrense inntaket av kullhydrater, matvarer som brød, korn og poteter. I stedet anbefaler han protein og litt fett,» skrev Bassøe, og trakk frem at norske kostholdsguruer ikke likte at NRK utropte Lindberg til Norges fremste ekspert på helse, kost og ernæring.

I sitt leserinnlegg pekte Bassøe på at Fedon Lindbergs arbeid stemmer overens med hans eget, blant annet artikkelen vi denne gangen bringer et utdrag fra.

«Fettfattig kost er farlig. Jeg har behandlet 600 pasienter med anorexia nervosa, og det karakteristiske for disse pasientene er forhøyet kolesterol. [...] På vår fettfrie avmagringskost steg ikke kolesterolverdiene, men fortsatte å være normale. Triglyceridverdiene (fettstoffer i blod) sank imidlertid til normale verdier. Det er et viktig funn, med tanke på utviklingen av hjerte-karsykdommer.»

«Jeg ønsker Fedon Lindberg lykke til i hans videre arbeid,» konkluderte Hans H. Bassøe, under signaturen anført som professor emeritus, dr.med.



Hans H. Bassøe.
Foto Sverre Mo,
Bergens Tidende

pasientene som sine egne kontroller observerte vi bare hos én enkelt av våre pasienter en lett økning av serumkolesterol med fettrik diét. [...]»

Kan behandlingsregimet som Bassøe, Seim & Whitford anbefaler, føre til økning av urinsyrekonsentrasjonen i blodet? Eller at postural hypotensjon kan oppstå som komplikasjon? Det førstnevnte hadde ikke forfatterne kunnet verifisere. Og de anfører flere forhold av betydning for at overvektige med dårlige erfaringer, bør forsøke.

Fordelene synes å veie opp ulempene:

«[...] De av våre pasienter som hadde tendens til hypertensjon, har fått normalisert sitt blodtrykk. [...] De pasienter som hadde tendens til hypertensjon og ødemer, er blitt lettere å behandle med denne diéten, blant annet fordi væskebalansen ble negativ. [...] Det betydelige fall i triglyceridverdiene kan vel i første rekke tilskrives restriksjon i karbohydratmengden. I moderne litteratur regner man at forhøyede verdier av triglycerider er en risikofaktor for utvikling av hjerte-karsykdommer på linje med forhøyede kolesterolverdier.

Overvektige kvinner i 40 års alder hører til en gruppe hvor cholelithiasis forekommer med økt frekvens. Vi har imidlertid ikke observert gallestensanfall hos våre andre pasienter behandlet poliklinisk med fettrik avmagringskost. Man kan likevel ikke utelukke muligheten for at denne diétform kan disponere for utvikling av cholelithiasis. Men da våre 2 pasienter på grunn av gallekollikk endret den aktuelle diét til en fettfattig,

karbohydratrik kost, ble de ført tilbake til den ugunstige situasjon de hadde før behandlingen begynte (eksempel i fig 3).

[...] Våre 6 pasienter har vært opplagte, i god form og med større vitalitet enn tidligere. Vekttapet har vært tilfredsstillende. Dette gjaldt så vel under oppholdet i avdelingen med et konsum på litt under 20 g karbohydrat daglig, som i den etterfølgende observasjonstid da karbohydratinntaket ble økt til om lag 50 g daglig og hvor ketosetendensen da forsvant.»

De tre forfatterne var ikke bastante i sine konklusjoner. Noen forbehold skinner igjennom, for eksempel i verbbruken, mens den aller siste oppsummeringen er kategorisk: «Tankegangen bak denne diétform kan brukes under langtidsbehandling, mens diéten sammensetning må modifiseres etter det individuelle behov.» Likevel var det grunn til optimisme:

«Når pasienter med betydelig overvekt ikke klarer å gjennomføre et avmagringsregime etter de vanlige prinsipper, [...] kan man få et brukbart resultat ved en annen sammensetning av kosten. Man erstatter da størstedelen av karbohydratene med en passelig energitilførsel av fett, og dette har sannsynligvis også en gunstig effekt på kolesterol- og triglyceridnivået i blodet. Etter at avmagring først er kommet i gang [...], bør karbohydratmengden økes noe [...]. Når en passende vekt er oppnådd vil de fleste kunne stabilisere denne med et vanlig norsk kosthold.»