

Fedme kan føre til nyresvikt

Overvekt er en sterk, vanlig og modifierbar risikofaktor for nyresvikt.

Overvekt har mange negative helseeffekter, men kun i få studier har man undersøkt om overvekt også har sammenheng med nyresvikt.

I en retrospektiv kohortstudie fra California ble 320 000 personer fulgt opp i 15–35 år (1). Det ble påvist nesten 1 500 tilfeller med nyresvikt i løpet av ca. 8,4 millioner personår. Høy kroppsmasseindeks (BMI) var en risikofaktor for nyresvikt uavhengig av andre risikofaktorer som diabetes, hypertensjon og røyking. Risikoen økte med økende overvekt. Justerte rater for nyresvikt var ti per 100 000 personår blant normalvektige og 108 per 100 000 blant ekstremt fete personer (BMI > 40 kg/m²).

– Resultatene tyder på at fedme er en viktig risikofaktor for nyresvikt som krever dialyse eller transplantasjon. Selv om man i de statistiske analysene justerte for diabetes og blodtrykk ved inklusjon, kan man ikke se bort fra at høyere forekomst av nyoppstått diabetes og hypertensjon hos overvektige i oppfølgingsperioden delvis kan forklare sammenhengen, sier prosjekt-

leder Jøran Hjelmæsæth ved Overvektssprosjektet i Helse Sør, Sykehuset i Vestfold.

– En annen stor epidemiologisk studie fra California viste nylig at metabolsk syndrom er en viktig risikofaktor for nyresykdom uavhengig av kroppsmasseindeks og nyoppståtte tilfeller av diabetes og hypertensjon (2). Mulige forklaringer kan derfor være fedmeutløst insulinresistens, sympatikusaktivisering, inflammasjon, dyslipidemi, endotel dysfunksjon og oksidativt stress.

Det er nå behov for prospektive studier som evaluerer effekten av frivillig vektreduksjon på nyrefunksjon. I mellomtiden kan klinikere bruke eksisterende dokumentasjon om helsefremmende effekter av vekt-reduksjon i motivasjonsarbeidet med overvektige pasienter, sier Hjelmæsæth.

Erlend Hem

erlend.hem@medisin.uio.no
Tidsskriftet

Litteratur

1. Hsu CY, McCulloch CE, Iribarren C et al. Body mass index and risk for end-stage renal disease. *Ann Intern Med* 2006; 144: 21–8.
2. Kurella M, Lo JC, Chertow GM. Metabolic syndrome and the risk for chronic kidney disease among nondiabetic adults. *J Am Soc Nephrol* 2005; 16: 2134–40.

Angioplastikk etter mislykket trombolyse

Koronarangiografi med perkutan koronar intervensjon etter mislykket trombolyse er bedre enn gjentatte trombolytiske behandlinger.

Perkutan koronar intervensjon (PCI) brukes i økende grad også etter mislykket trombolyse der det ikke oppnås reperfusjon av koronarkar. Det har hittil ikke vært publisert studier som støtter denne fremgangsmåten.

I en britisk multisenterstudie ble 427 pasienter med ST-elevasjonsinfarkt som ikke hadde tegn til reperfusjon etter trombolytisk behandling, randomisert til enten repetert trombolytisk behandling, konservativ behandling eller PCI (1). Det kombinerte endepunktet død, reinfarkt, slag eller alvorlig hjertesvikt ble observert hos kun 15 % av pasientene i PCI-gruppen mot 30 % i gruppen med konservativ behandling og 31 % i gruppen med trombolytisk behandling ($p = 0,004$).

– Forfatterne konkluderer med at PCI i denne pasientgruppen reduserer forekomsten av både kombinert endepunkt og reinfarkt. Dette er i tråd med nåværende retningslinjer, som anbefaler PCI ved mang-

lende effekt av trombolytisk behandling, særlig hos høyrisikopasienter, sier seksjons-overlege Lars Aaberge ved Hjertemedisinsk avdeling, Rikshospitalet.

– Fornyet trombolytisk behandling er potensielt farlig og anbefales ikke i de nye retningslinjer. Imidlertid er det grunn til å mistenke seleksjonsskjevhet i denne studien. Med 35 deltakende sentre ble det gjennomsnittlig randomisert kun én pasient hver tredje måned per senter. Halvparten av sentrene hadde PCI-fasiliteter, men trombolytisk behandling som primærterapi. Mortaliteten er bare halvparten av den man vanligvis finner etter PCI ved denne indikasjonen fra andre studier. Det synes dessuten lenge å vente 90 minutter før man evaluerer effekten av trombolytisk behandling, slik det er gjort her. Studien bør derfor tolkes med forsiktighet, sier Aaberge.

Michael Bretthauer

michael.bretthauer@rikshospitalet.no
Tidsskriftet

Litteratur

1. Gershlick AH, Stephens-Lloyd A, Hughes S et al. Rescue angioplasty after failed thrombolytic therapy for acute myocardial infarction. *N Engl J Med* 2005; 353: 2758–68.

Medisinske nyheter fra internasjonale tidsskrifter: Tips eller innlegg på inntil 300 ord kan sendes
erlend.hem@medisin.uio.no

Antiflogistika mot brystkreft

Ikke-steroide antiinflammatoriske midler (NSAID) og COX-2-hemmere har beskyttende effekt mot flere typer kreftsykdommer. Det er nå publisert en pasient-kontrollstudie som har sett på innvirkning av disse legemidlene for utvikling av brystkreft (*BMC Cancer* 2006; 6: 27).

Det ble registrert tidligere og nåværende legemiddelbruk for 323 pasienter med nyoppdaget brystkreft ved et sykehus i USA og 649 kontrollpersoner.

Både bruk av ikke-steroide antiinflammatoriske midler og COX-2-hemmere var assosiert med en signifikant redusert risiko for brystkreft (henholdsvis OR 0,36; 95 % KI 0,2–0,7 og OR 0,29; 95 % KI 0,1–0,6).

Omega-3 uten effekt mot kreft

Inntak av omega-3-fettsyrer hevdes å kunne redusere kreftrisiko, men studier har gitt motstridende funn. Nå har amerikanske forskere gjort en systematisk litteraturstudie for å undersøke dette nærmere (*JAMA* 2006; 295: 403–15).

38 artikler som omfattet 20 prospektive kohorter med til sammen 700 000 deltakere fra sju land ble inkludert i studien. Artiklene omhandlet effekt av omega-3-fettsyrer på insidensen av 11 ulike kreftformer. Over halvparten av studiene gjaldt bryst-, prostata- og kolorektalkreft. Observasjonsperioden var 3–30 år.

Blant 65 estimerer for effekt av omega-3-forbruk, var bare åtte statistisk signifikante. Samlet sett konkluderte forfatterne derfor med at det ikke er sammenheng mellom omega-3-fettsyrer og kreftinsidens, og at omega-3-tilskudd neppe forebygger kreft.

Svangerskap forebygger ikke depresjon

Svangerskapet omtales gjerne som en periode med emosjonelt velvære og at det kan «beskytte» mot psykiske lidelser. Nå har amerikanske forskere undersøkt risiko for tilbakefall hos kvinner som fortsetter eller avbryter farmakologisk antidepressiv behandling under svangerskapet (*JAMA* 2006; 295: 499–507). Den prospektive naturalistiske studien omfattet 201 kvinner.

Blant de 82 gravide som fortsatte med medikamentell behandling under graviditeten, fikk 21 tilbakefall sammenliknet med 44 av de 65 kvinnene som avsluttet behandlingen. De som avsluttet behandlingen, hadde altså større risiko for tilbakefall enn de som fortsatte med antidepressiv behandling (hasardratio 5,0; 95 % KI 2,8–9,1).