

## Antihypertensiver og diabetesrisiko

Bruk av diuretika reduserer glukosetoleransen og øker risikoen for hypertensjon. Men de fleste pasienter med høyt blodtrykk har i utgangspunktet økt risiko for diabetes, fordi tilstanden er en del av det metabolske syndromet. Hvordan er det med andre typer antihypertensiver og diabetes?

En ny type metaanalyse, såkalt nettverksanalyse, gjør det mulig å samle data fra ulike kliniske studier og rangere medikamentene etter risiko. En slik studie er nå gjennomført for de vanligste medikamentene mot hypertensjon (Lancet 2007; 369: 201–7).

Brukere av angiotensinreseptorblokkere hadde lavest risiko for å utvikle diabetes (OR i forhold til diuretika 0,57), men bare litt lavere enn brukere av angiotensin-konvertasehemmere (OR 0,67). Pasienter som fikk betablokkere, hadde litt høyere risiko for diabetes enn placebogruppene.

## Bivirkninger av strålebehandling bestemt av genene?

Strålebehandling er svært effektiv i behandling av kreft, og over halvparten av pasientene får slik behandling. 5–10 % utvikler imidlertid bivirkninger lang tid etter avsluttet behandling. Hvorfor enkelte pasienter utvikler alvorlige senvirkninger, vet man lite om.

En teori er at noen pasienter har en spesiell genetisk disposisjon. En nederlandsk forskningsgruppe har strålebehandlet lymfocytter fra pasienter med og uten utvikling av sene bivirkninger (PLoS Med 2006; 3: e422). De fant et genuttrykk som synes å være sterkt korrelert med utvikling av senbivirkninger.

Resultatene kan bidra til fremtidige tester for prediksjon av den enkelte pasients risiko for utvikling av slike sene bivirkninger, mener forfatterne.

## Syrehemmer øker risiko for hoftebrudd

Langtidsbehandling med protonpumphehemmere fører til økt risiko for hoftebrudd hos eldre. Det er konklusjonen i en studie fra britisk allmennpraksis (JAMA 2006; 296: 2947–53).

Forskerne identifiserte 192 000 pasienter over 50 år som fikk protonpumphehemmere i perioden 1987–2003, og sammenliknet disse med mennesker som ikke hadde brukt slike midler.

Risikoen for hoftebrudd var ca. 50 % høyere hos dem som brukte protonpumphehemmere i minst ett år. Risikoen var avhengig av behandlingsvarighet og dosering.

## Egne slagenheter gir best behandling

De fleste norske sykehus har egne avdelinger for behandling av slagpasienter. Det er også det beste for pasientene.

Holdningene til og mulighetene for å behandle hjerneslag har endret seg. Det er opprettet egne slagenheter ved nesten alle norske sykehus. Slike enheter har spesialisert bemanning og bedre mulighet til akutt behandling og opp trening.

I en italiensk observasjonsstudie vises det nå at behandling ved slike slagenheter bedrer prognosen ved akutt hjerneslag (1). Blant mer enn 10 000 pasienter som ble utskrevet med diagnosen hjerneslag, hadde omkring 10 % vært behandlet ved slagenheter. Disse hadde en oddsratio på 0,8 for å dø eller få en alvorlig funksjonshemming i forhold til pasienter behandlet ved vanlige sykehusavdelinger. Forskjellene var uavhengig av aldersgruppe og holdt seg over tid. Studien bekrefter resultatene fra mindre, randomiserte studier.

– Ingen annen måte å behandle pasienter med hjerneslag på har like stor effekt som slagenheter, sier seksjonsoverlege Ole Morten Rønning ved Nevrologisk avdeling, Akershus universitetssykehus.

– Uansett alder og alvorlighetsgrad av hjerneslaget bør alle pasientene så fort som



Om lag 15 000 personer rammes hvert år av hjerneslag i Norge. Illustrasjonsfoto Dennis MacDonald, Age fotostock/GV-Press

mulig legges inn ved en slik spesialisert avdeling. De fleste sykehus i Norge har nå organisert slagbehandlingen på denne måten. Men enkelte steder er enhetene for små, slik at noen pasienter fremdeles må behandles ved andre typer avdelinger, sier Rønning.

**Ragnhild Ørstavik**  
ragnhild.orstavik@thi.no  
Tidsskriftet

### Litteratur

1. Candelise L, Gattinoni M, Bersano A et al. Stroke-unit care for acute stroke patients: an observational follow-up study. Lancet 2007; 369: 299–305.

## MR best ved mistanke om hjerneinfarkt

Intrakraniale blødninger kan påvises ved både MR og CT, men MR er best ved mistanke om iskemisk infarkt.

Ved akutt hjerneslag er den største utfordringen å være sikker på diagnosen før man eventuelt gir trombolytisk behandling. CT gir et godt bilde av blødninger, men iskemiske forandringer kan oftest ikke påvises. En randomisert studie viser at MR egner seg bedre (1).

356 pasienter deltok, hvorav 217 viste seg å ha tilstanden. Ved hjelp av MR kunne man stille diagnosen iskemisk hjerneslag hos 46 % av pasientene, hvilket ga en sensitivitet på mer enn 80 %. Tilsvarende tall for CT var 26 % og 10 %. Begge metodene var like gode for å diagnostisere akutte hjerneblødninger. Fordi studien også omfattet pasienter som viste seg ikke å ha hatt et slag, kan resultatene lettere overføres til klinisk praksis.

Forfatterne av en kommentartikkel i samme tidsskrift mener at det tok alt for lang tid fra CT kom i bruk til metoden

ble anvendt på slagpasienter (2). De advarer mot at det samme skal skje med MR.

Overlege Halvor Næss ved Nevrologisk avdeling, Haukeland Universitetssykehus, er enig: – I forhold til CT kan MR lettere både påvise at det foreligger et hjerneslag og hva årsaken til slaget er. Dessverre brukes MR foreløpig sjelden i denne sammenhengen. Gitt at pasientene er i stand til å gjennomgå undersøkelsen, bør alle med mistenkt iskemisk hjerneslag undersøkes med MR, sier Næss.

**Ragnhild Ørstavik**  
ragnhild.orstavik@thi.no  
Tidsskriftet

### Litteratur

1. Chalela JA, Kidwell CS, Nentwich LM et al. Magnetic resonance imaging and computed tomography in emergency assessment of patients with suspected acute stroke: a prospective comparison. Lancet 2007; 369: 293–8.
2. Donnan GA, Dewey HM, Davis SM. MRI and stroke: why has it taken so long? Lancet 2007; 369: 252–4.