

Høy dødelighet ved leddgikt med nakkeaffeksjon

Leddgiktspasienter med nakkeaffeksjon bør trolig opereres tidligere.

Studien omfattet 532 pasienter med leddgikt og sublaksjoner i cervicalcolumna (1). De var behandlet ved Oslo Sanitetsforenings Revmatismesykehus i perioden 1974–99. Pasientene var i gjennomsnitt 60 år, og det var 70 % kvinner. Vi ønsket å vurdere faktorer som påvirket dødelighet og valg av tidspunkt for eventuell operasjon. Indikasjon for operasjon var basert på sublaksjonens omfang, pasientens smertetilstand og om det hadde oppstått nevrologiske symptomer.

Pasientene ble fulgt opp i gjennomsnittlig 8,5 år. Av de 217 opererte døde 144 (66 %) og av de 315 som ikke ble operert, døde 137 (43 %). Overlevelsen var signifikant dårligere enn i en sammenliknbar gruppe individer (etter alder og kjønn) i normalbefolkningen ($p < 0,001$). Vedvarende uttalte smerter og/eller nevrolo-

giske symptomer etter operasjonen var et dårlig prognostisk tegn ($p = 0,015$).

Leddgikt kombinert med nakkeaffeksjon er en alvorlig tilstand, med redusert forventet levetid. Vår tolking av dataene er at operativ behandling bedrer de lokale symptomene og øker overlevelsen hos pasienter med særdeles høy risiko. Med få peri- og postoperative komplikasjoner anbefaler vi en mer liberal holding til operativ intervensjon.

Albert C. Paus

albert.paus@rikshospitalet.no
Ortopedisk avdeling
Rikshospitalet

Litteratur

1. Paus AC, Steen H, Røislien J et al. High mortality rate in rheumatoid arthritis with subluxation of the cervical spine: a cohort study of operated and non-operated patients. *Spine* 2008; 33: 2278–83.

Avansert behandling av leddgikt

Er det noen forskjeller mellom TNF- α -hemmere i behandlingen av revmatoid artritt?

Til avansert behandling av revmatoid artritt benyttes i Norge tre forskjellige TNF- α -blokkerende stoffer: infliximab (Remicade), etanercept (Enbrel) og adalimumab (Humira). Disse regnes for å ha likeverdig effekt, men det er noe billigere å starte opp med infliximab enn med de to andre. Det er imidlertid tidligere ikke utført noen direkte sammenliknende store studier med disse tre stoffene fra et klinisk og økonomisk synspunkt. Nå foreligger det sammenliknende data fra et nederlandsk leddgiktregister i Nijmegen (1).

Registeret omfatter demografiske og kliniske data for pasienter med revmatoid artritt som starter opp med TNF- α -blokkerende behandling. I behandlingsforløpet suppleres de samme data hver tredje måned. I første års oppfølging deltok 707 pasienter, hvorav 38 % startet med adalimumab, 41 % med etanercept og 21 % med infliximab. Det primære mål var sykdomsaktivitet etter ett år ved måleinstrumentet DAS-28. Sekundært benyttet man også andre sykdomsaktivitetsmål samt totale kostnader for behandling i ett år.

Resultatene viste at sykdomsaktiviteten målt ved DAS-28 falt signifikant for alle tre grupper etter 12 måneders behandling, men

effekten var signifikant bedre med etanercept og adalimumab enn med infliximab. Ved kostnadsanalysen fant man at behandling med infliximab ga et signifikant høyere kostnadsnivå enn behandling med etanercept eller adalimumab.

Konklusjonen er at etanercept og adalimumab er sammenliknbare med tanke på effekt og kostnadsnivå i det første behandlingsåret, og for de samme variabler signifikant bedre enn infliximab. Studien var ikke randomisert, og resultatene er ikke i overensstemmelse med tidligere metaanalyser og krever oppfølging.

Hans-Jacob Haga

hjh@reumaklinikdanmark.dk
Reumaklinik Danmark
Esbjerg

Litteratur

1. Kievit W, Adang EM, Fransen J et al. The effectiveness and medication costs of three anti-tumour necrosis factor α agents in the treatment of rheumatoid arthritis from prospective clinical practice data. *Ann Rheum Dis* 2008; 67: 1229–34.

Klossete barn – fete voksne

Dårligere kognitiv funksjon er assosiert med fedme og type 2-diabetes. Hvorvidt dette skyldes biologiske mekanismer knyttet til nevrologisk funksjon eller sosiale faktorer er ukjent. Svenske og engelske forskere har nå studert sammenhengen mellom fysisk kontroll og koordinering i barneårene og fedme som voksen (BMJ 2008; 337: a699).

Data var samlet inn i barneår og i voksen alder for en fødselskohort av briter født i løpet av en uke i 1958. Det ble påvist en signifikant sammenheng mellom dårlig håndkontroll, dårlig koordinering og klossethet i barneårene og fedme ved 33 års alder, uavhengig av kroppsmasseindeks som barn og sosioøkonomiske faktorer. Dette kan tyde på at noen prosesser knyttet til svekket nevrologisk funksjon hos voksne som lider av fedme kan stamme fra barndommen.

Fettcellers livssyklus

Overvekt er et folkehelseproblem i den vestlige verden. Mekanismene bak fedme er ikke fullt ut forstått, men man har trodd at økt fettlagring i allerede etablerte fettceller er viktig. I en svensk undersøkelse har man undersøkt fettcellenes livssyklus (Nature 2008; 453: 783–7).

Forskningsgruppen undersøkte fettceller fra rundt 700 voksne i alle vektclasser og kombinerte resultatene med tidligere observasjoner gjort av barn og ungdom. Ved å undersøke hvor mye radioaktivitet (C^{14}) fra atmosfæren som var innebygd i fettcellenes DNA kunne de bestemme disse cellenes alder hos den enkelte. De fant at overvektige har flere fettceller enn slanke, men at ca. 10 % av fettcellene brytes ned og nydannes årlig, slik at antallet er konstant selv etter betydelig vektnedgang.

Antibiotika ved akutt sinusitt?

Ved akutt sinusitt bør antibiotika kun gis til pasienter der det er høy sannsynlighet for bakteriell sykdom. Det er konklusjonen i en metaanalyse av 17 randomiserte, placebokontrollerte studier (The Lancet Infect Dis 2008; 8: 543–52).

Antibiotikabehandling var assosiert med høyere tilfriskningsrate (2 648 pasienter, OR 1,6), men også med flere bivirkninger (1 963 pasienter, OR 1,9). I de fleste studiene forsvant symptomene raskere med antibiotikabehandling.

Den moderate positive effekten av antibiotika ble oppveid av bivirkningene. Kun pasienter der det er høyere sannsynlighet for bakteriell sykdom bør få antibiotikabehandling, konkluderer forfatterne.

Medisinske nyheter

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