

elt kun en gang daglig. Kolkisin kan tas alene eller kombinert med urinsyresenkende middel. Enkelte pasienter tar kolkisin de første månedene etter oppstart med urinsyresenkende middel. Angiotensin II-blokkeren **lisinopril** har en mild urinsyresenkende effekt, men er ikke indisert ved urinsyre-gikt alene.

2

I tillegg til forebyggende medikasjon kan følgende tiltak iverksettes: sju til ti dager med purin-fattig kost (unngå blant annet sardiner, ansjos, innmat, bønner, linser og visse andre plantesorter) reduserer serum-urat med 60–120 $\mu\text{mol/l}$. Dette viser at **kostomlegging** kan bidra til færre artrittanfall. **Vektreduksjon** hos overvektige gir også et fall i urinsyrenivå. Redusert forbruk av **øl og brennevin**. En undersøkelse angir at to øl om dagen gir en RR (relativ risiko) på 2,6 for urinsyre-gikt, to glass brennevin gir RR 1,6, mens to glass rødvin ikke økte risikoen. Men kanskje bare 20 prosent av pasientene har vilje og evne til å opprettholde slik livsstilintervensjon. I tillegg vil reduksjon i dose eller seponering av **diuretika** og **acetylsalisylsyre** kunne bidra.

Asymptomatisk hyperurikemi og hjerte-kar-sykdom: De fleste med hyperurikemi har insulinresistens, men høyt serum-urat er så langt ikke påvist å være en selvstendig risikofaktor for hjerte-kar-sykdom. Urinsyre har i seg selv ingen egen plass i utredning av metabolsk syndrom – men er den først målt forhøyet, må en være oppmerksom på blodsukker, lipider og blodtrykk. Serum-urat måles sannsynligvis for ofte. I almenpraksis er det kun to indikasjoner for måling av serum-urat.

- Utredning av manifest artritt ved mistanke om urinsyre-gikt. Hvis pasienten da har høyt urat, vil dette støtte diagnosen, selv om dette oftest ikke er avgjørende.
- Kontroll av urinsyresenkende medikasjon. Urinsyrenivået skal da ligge i nedre del av normalområdet.

I tillegg kan det være indisert med uratmåling ved visse former for kreftbehandling, men dette er sjelden aktuelt i almenpraksis.

Kilder:

Rheumatology Secrets, 2. utgave. Elsevier 2002. www.uptodate.com

Fam, AG: *Excess Calories, Purines, and Alcohol Intake and Beyond. Response to a Urate-Lowering Diet*. The Journal of Rheumatology, 2005; 32: 5.

Har du kommentarer, reaksjoner eller spørsmål om artikkelen? Inspirerer den deg til å skrive noe selv? Ansvarlig redaktør for denne artikkelen har vært Gunhild Felde. Kontakt henne på gunhild.felde@senswave.com

ALLMENN MEDISINSKE UTFORDRINGER

Utposten publiserer for tiden en artikkelserie under denne fellesbetegnelsen.

Vi ønsker å sette lys på felter av allmennmedisinen som kan virke vanskelige, uklare og diffuse, og som man kanskje ikke lærte så mye om på doktorskolen, men som vi stadig konfronteres med i vår arbeidshverdag. Redaksjonen ønsker også innspill fra leserne.

Min store fete greske kongress

AV PETTER BRELIN

Mesteparten av det vi driver med har med folks uvaner å gjøre. Hadde folk oppført seg rasjonelt, sunt og fornuftig, ville vi hatt gode dager på kontorene i det ganske land. Sånn er det ikke. Folk røyker. De drikker.

Og de spiser for mye. Alt for mye.

Vi vet hvordan det går. Energiregnskapet går ikke opp. Det gjør vekten. Folk går i et energetisk plussregnskap og blir tyngre for hvert år som går. Vi ser konsekvensene med økende belastningslidelser, diabetes, hypertensjon osv.

Dette må vi gjøre noe med. Og vi forsøker så godt vi kan. Vi gir råd, oppfølging og veiledning. Med vekslende hell og usikker kunnskap forsøker vi å få tonnasjen på lista ned. I denne prosessen møter vi en rekke krav og en mengde spørsmål. Bør jeg bare spise proteiner? Er karbohydratene mine bra nok? Hva med koffein, blir jeg slank av det? Hva med den enestående pudding-kuren som jeg har funnet på side 48 i Norsk Ukeblad?

Jeg tror jeg tar stilling til ukebladartikler ukentlig. Hver gang omsorgsfullt brettet sammen og brakt til legen av en håpefull pasient med høyere BMI enn det som godt er.

For å svare må vi vite. For å vite må vi søke kunnskap.

Den 14. (!) Europeiske kongressen om overvekt ble holdt i Athen i år. Den samlet en rekke forskere og deltakere til et utall seminarer, symposier og forelesninger.

De som har vært på en slik stor kongress vet at det ikke på noen måte er mulig å gi noe utfyllende og helhetlig inntrykk av den. Alle plukker opp forskjellige ting og sitter igjen med sitt eget inntrykk.

Mitt inntrykk er at dette i hvert fall ikke er lett. Det er tungt. Og ikke bare er det tungt for det europeiske folk som vi hadde et spesielt fokus på. Det virket heller ikke helt lett for deltakerne på denne kongressen. Vi, som er de flinkeste og mest kunnskapsrike på temaet, hadde åpenbart ikke fått til dette med vektkontroll noe bedre enn alle de andre. Vår BMI var nok over gjennomsnittlig høy. Ikke så det ut til at vi hadde tenkt å gjøre noe med det heller. Vi kom bekymret ut av forelesninger der vi hadde hørt om eksplosiv vektutvikling i både det ene og det andre landet. Og kastet oss over maten. Med en svært god appetitt. Boller og kaker gikk ned på høykant. En dag var det for lite lunsj. Det ble rene opptøyene. Lubne forskere fra en hel verden oppførte seg som gribber rundt et nyfelt bytte på Serengetisletta.

Slikt får en til å undres.
Virker kunnskap?
Det ser ikke helt slik ut.

Det holder altså ikke med kunnskap. Hva så med dietter? Her var det mer glede. Nå har vi flere gode sammenliknende studier mellom forskjellige dietter og de viser at dietter virker. Den banale sannheten er at dersom dietten din har mindre kaloriinnhold enn det du forbruker, blir du slankere. Enkelt og greit. Det er ingen som ser ut til å klare å vise at det er viktig hva dietten er sammensatt av. Det store spørsmålet de siste årene har vært spesialdiettene. Høyt fettinnhold, høyt proteininnhold, Atkinson, Fedon, osv osv. Jo da, de virker de også, men bare som et resultat av det reduserte kaloriinntaket. Forskningen indikerer at dietter med høyt proteininnhold (og tilsvarende lavt karbohydrat innhold) resulterer i et noe større vekttap i løpet av det første året, men etter et år er det faktisk noe dårligere resultater for de som sverger til dietter med høyt proteininnhold. Årsaken til dette synes å være er at det er vanskeligere å holde seg til en slik ensidig sammensatt diett og at det dermed er flere som faller ut av «behandlingen». Very Low Calorie Diet (Nutrilett o.l.) virker raskt og er effektive, men få klarer å holde ut særlig lenge.

Det ser ut som om det i store studier med mange deltakere er veldig vanskelig å få til mer enn fem til ti prosent vektnedgang, uavhengig av metoden man bruker. Samme greia med medikamentene. De virker, ingen tvil om det, men effekten kan ikke med den beste vilje kalles dramatisk. Ved seponering er det en lei tendens til at kiloene kryper tilbake på plass. Det ble presentert et par nye substanser på kongressen. Enestående fine greier så vidt jeg forstod, men en tilbøyelighet

til å indusere sprutbrekninger gjorde at markedspotensialet ble antatt å være begrenset. Nye medikamenter er i emning, men det ser ikke ut til at det er noen grunn til å stille seg i kø på apoteket for å kjøpe pillen som gir evig vektkontroll på en stund enda.

Mange har, med god grunn, vært bekymret for vektutviklingen blant barn og unge. Det var gjort flere studier med tanke på å finne effektive intervensjoner for å få kontroll med barns vektøkning. Noen store studier der det ble iverksatt til dels omfattende trening/fysisk aktivitet viste knapt noen forskjell i vekt på de «trente» barna og de som ikke trente. Konklusjonen er nok at det er vanskelig å kontrollere vekten uten å gjøre noe med kaloriinntaket. Barn

kompenaser sannsynligvis det økte energiforbruket med øket inntak. Selv om det ikke er dramatiske effekter på vekten av trening, er det ingen grunn til å sette seg rolig til av den grunn. Det mangler ikke på andre gunstige effekter, det positive er at barn som trener selvsagt blir sprekere og at de får bedre selvtilitt enn sofalitterne. En annen konklusjon som ble presentert av en noe oppgitt forsker, var at dersom barn skal trenes, må de bestikkes! Amerikanerne ga hver deltaker i en av studiene en dollar for hver gang de møtte til trening. Nederlenderne vurderte å bestikke ungdomene med en Ipod for å gjennomføre et trenings- og diett-opplegg. Noe å lære av i praktisk medisin?

Forskning er i mange medisinske disipliner dominert av genetikk. Det ser ut til å komme sterkt også innenfor fedmeforskning. Det er funnet ca 400 gener som på en eller annen (som regel fullstendig ukjent) måte er assosiert til overvekt. Mange gjør mye for å finne ut hva disse genene gjør. En rekke hormoner er karakterisert (ghrelin, leptin...) som spiller inn i kontroll av kroppsvekten. Forsøk på å skru av og på gener og stoppe eller stimulere hormonell påvirkning er det også en del av. Det virker logisk, men det er enda ikke kommet mye ut av dette. Skru du av et gen eller hemmer et hormon, skru noe annet seg på og dermed er det ikke så mye igjen av den effekten du trodde du ville se.

For meg ser det ut som om vi bare har begynt å skrape på overflaten. Men sånn vil det antagelig ikke forbli. Mange mennesker arbeider hardt med sin forskning. De jobber jevnt og trutt og samler inn stadig nye gigabyte med data. Før eller senere kommer det sikkert mye nyttig innsikt ut av dette. Innsikt som gir oss evig vektkontroll i en liten pille. Slik som det ser ut nå, er det lite annet enn sult, disiplin og trening som du kan tilby de pasientene som ønsker seg hjelp med slanking.

