

PRAKTIK OCH PERSPEKTIV

NYA PERSPEKTIV PÅ FETMA-VARFÖR EN UTMANING FÖR LÄKARE OCH PATIENT.

Helena Dreber, distriktsläkare och doktorand samt Erik Hemmingsson, forskare KI

Kroppens vikt är mycket stabil över tid, "set point teorin". Man följde en stor grupp som fick kvalificerad behandling mot sin fetma. Efter 10 år var de tillbaka till sin startvikt och mötte kontrollgruppen som legat still i vikt, utan behandling. Kirurgi ger dock ofta en bestående viktsminskning. Fysisk träning ger viktsnedgång hos vissa, men inte alla. Det beror på hur mycket man ökar sitt energiintag när energiförbrukningen ökar genom träning. Hur kroppsvikten regleras är en komplex och i stort sett okänd funktion, men framför allt mycket individuellt påverkad. Det har också visat sig att en enkel modell, "mindre intag- mer energiutgifter" inte fungerar för alla.

För att bättre förstå vilka som har en negativ effekt av sin övervikt har man infört en stadiindelning: Edmonton Obesity Staging System, EOSS. Man graderar från 1 till 4 hur drabbad personen är enligt parametrarna medicinskt, mentalt och funktionellt. Ju fler poäng, desto viktigare att försöka uppnå viktsnedgång. Det genomsnittliga sambandet mellan BMI och mortalitet är svagt.

Vad kan påverka utvecklingen av fetma? Många berättar om en stressfylld och kaotisk barndom. Det finns ett statistiskt signifikant samband mellan olika typer av övergrepp i barndomen och fetma, Erik har i en metaanalys sett en 34%-igt ökad risk. Maslows behovspyramid belyser vår överlevnadsstress. Om man inte har de basala behoven säkrade, lever man med ett ökat hot mot sin överlevnad och blir stressad, med risk att denna stress påverkar den "normala" set-pointen, homeostasen rubbas. Stress minskar basalmetabolismen. Sömnbrist ökar risken för fetma.

Helena och Erik ger förslag på ett nytt sätt att tänka för bättre behandlingseffekt: När började övervikten och vad ser patienten själv är orsak till den? Ju senare debut, desto lättare är det ofta att identifiera en möjlig orsak. Man ska behandla både kropp och själ. Det är särskilt svårt att få effekt av behandling vid okontrollerad psykisk ohälsa och vid låg fysisk aktivitet. Om det är svårt att ta upp frågan är- 5A-(länk till 5A <http://www.obesitynetwork.ca/5As>), en metod för att ställa de rätta frågorna.

Det riktigt nya gällande behandling är det stora behovet av individualisering; orsaken till övervikten varierar liksom den genetiska skörheten.

Kirurgi ger nog en långsiktig viktsnedgång, men har ännu inte visat alla långtidseffekter. Många bristtillstånd är påvisade, och vid kvarstående psykisk ohälsa är risken stor för återgång i fetma, eller utvecklande av andra beroenden, tex alkohol.

DEMENS UR ETT SAMHÄLLSEKONOMISKT PERSPEKTIV

Anders Wimo, distriktsläkare Bergsjö VC i Hälsingland och forskare på Neurogeriatriska sektionen på KI.

Anders har varit med och tagit fram de nationella riktlinjer som antogs 2010 och som utvärderades 2014 via Socialstyrelsen.

Vården av de demenssjuka kostar cirka 1% av världens samlade BNP, men fördelningen är mycket skev. Det är de rika länderna som har resurser och infrastruktur för att vårda de demenssjuka. 25000 nyinsjuknar i Sverige varje år, 24000 demenssjuka avlider varje år. Antalet platser i särskilt boende minskar i Sverige, och det har därför skett en minskning av kostnaden per demenssjuk de senaste åren. Ökningen av antalet demenssjuka beror på att allt fler blir äldre, men andelen som får demens inom varje åldersgrupp minskar i Sverige.

UTREDNING AV DEMENS: Varför? Om frågan väckts är det vår skyldighet att försöka ge ett svar, föreligger demenssjukdomen eller inte. Anders ser ingen vinst av eller intention att börja screena för demens i Sverige. Den vanliga demensutredningen rekommenderas fortfarande för dem vi träffar, men en ökad individualisering är absolut ok. Till exempel behövs enligt Anders inte alltid CT hjärna, om ingen misstanke om behandlingsbar sjukdom finns hos en åldring. De yngre ska däremot nog utredas och ofta remitteras till specialist. Var mycket försiktig med att sätta diagnos om inte säkert underlag finns. MCI, "mild cognitiv impairment", är också mycket vanligt. 10% av dem utvecklar demens per år, (men med stor variation i den vetenskapliga litteraturen), men 25 % utvecklar inte demens. Följ din patient över tid, så visar det sig. 5x3 är en test som kan ge tilläggsinformation i utredningen.

BEHANDLING: Det har inte kommit några nya preparat, utan vi har de 4 gamla; Donepezil, Memantin, Galantamin och Rivastigmin. Jämfört med placebo som ger effekt i 45-55%, ger dessa medel effekt hos 65-75 % av patienterna. Effekten består i att lindra symtomen, inte att påverka sjukdomen i sig. De kvalitetsindikatorer som Socialstyrelsen har infört är: 1. andelen med mild till måttlig Alzheimers sjukdom som som får behandling med demensläkemedel och 2. andelen i särskilt boende som får behandling med antipsykosmedel. Andelen som fått behandling varierar starkt i landet, och "rätt" nivå är okänd. Värmland behandlar ofta, i Örebro län behandlas mer sällan. Andelen som får olämpliga läkemedel är inte så förskräckande stor som rapporterats, och psykotiska symptom är indikation för behandling även hos demenssjuka, med vissa undantag (Levy-Body D). Genesen till Alzheimer sjukdom är inte klarlagd. Betaamyloid protein, BAP, ansamlas i cellen, men varför? De olika teorierna ger underlag för olika terapiförsök. Inget läkemedel har visat ge effekt mot

den grundläggande sjukdomsmekanismen vid tidig insättning. Livsstilsfaktorer (kost, motion mm), liksom att behandla riskfaktorer för hjärtkärlsjukdom som vi brukar i primärvården kan förebygga demens. Att andelen demenssjuka minskar i olika åldersgrupper kan bero på att färre får stroke. Att förebygga hjärtkärlsjukdom, med primär och sekundärpreventivt arbete, får vi fortsättningsvis se som en viktig uppgift mot vår befolkning, även för att förebygga demenssjukdomen.

TUNGT ATT ANDAS, OM DET INTE ÄR ASTMA-VAD KAN DET DÅ VARA.

Öronläkare/foniater Eleftherios Ntouniadakis

Vocal Cord Dysfunction-VCD

Typisk klinik: Ung kvinna med prestationskrav som vid krav att prestera på topp får en inspiratorisk stridor som släpper efter cirka 5 minuter, hon blir då helt besvärsfri, men det är risk att besvären återkommer prompt när hon ger sig in i aktiviteten igen. Det beror på att stämbandena på ett paradoxalt sätt försätts i slutningsläge, istället för att stå öppna. Besvären kan också triggas av kall luft och starka dofter, men är svåra att reproducera när det inte gäller prestation "på riktigt". Den utredning som ska göras är en spirometri som då ska vara helt normal, annars är det anamnesen som ger diagnos. Tillståndet har ingen medicinsk behandling, utan den drabbades hela situation får granskas, är en förändring av stressen möjlig? Logoped och sjukgymnast kan ge tips på hur andningen kan bli mer avslappad. Information om tillståndet är den viktigaste behandlingen och då ska information ges så att hela stressituationen kan analyseras av de inblandade, föräldrar, tränare med flera.

Ett annat tillstånd som kan ge inspiratorisk och eventuellt samtidigt expiratorisk stridor är subglottisk laryngotrakeal stenosis. Den kan vara ideopatisk eller sekundär till tidigare trauma, intubation, tumör, autoimmun sjukdom, efter ihållande hosta eller allvarlig reflux. Misstänk denna diagnos när en astmatiker inte svarar på behandling.

Utredning:(ev av öronläkare) DT hals/thorax, pH mätning esofagus, prover avseende autoimmunsjukdom.

...OFTA LINDRA, ALLTID TRÖSTA

Onkolog Nina Cavalli-Björkman

Nina har skrivit boken:” Vård av våra sjukaste- hur ska doktorn orka”, som varmt rekommenderas för att ta del av Ninas tankar, som bara delvis kan återges som referat.

Men ett litet försök, viktiga frågor:

Vad är viktigast just nu? Hur skapar vi bästa möjliga livskvalitet?

Möt döende med respekt, försiktighet, vanlighet och lugn(även om spelat). Vänta in patienten, var ärlig, fråga patienten vad den vet och vill veta. En formulering; tyvärr

går inte din sjukdom att bota. Respektera patientens copingmekanismer, förnekelse är ett sätt att orka, i alla fall vissa dagar. Mycket ångestladdade människor måste hanteras med språklig försiktighet. Fråga vad patienten egentligen vill veta, kanske fråga är hur vardagen kommer att förändras? Vad tycker du är värst? Vad gör du om dagarna? Hur tänker du om din situation?

Det är ofta svårt att beröva en person allt hopp. Om ett hopp försvinner så håller man fast vid ett annat. Att sörja är inte farligt.

Tröst till en modig doktor: Ibland klarar man inte att orka. En modig läkare reser sig efter en motgång, något man gjort fel. Ta hjälp av att skriva, träna, lyssna på musik för att komma igenom svåra känslor.

VÅGA VARA STOLT

Nedtecknat av Gunilla Steninger

Medlem av Styrelsen för SFAM Örebro-Värmland