

God effekt av screening för tidigupptäckt av kongenital höftledsluxation

En studie från Sydaustralien visar nu att screeningprogram för att tidigt finna barn med kongenital höftledsluxation (och därmed också öka möjligheterna till tidig icke-invasiv behandling) kan ha bra effekt. Detta resultat går stick i stäv med en rapport från Storbritannien förra året – införandet av ett screeningprogram för tidigupptäckt hade där inte haft någon effekt alls.

Studien från Sydaustralien omfattar perioden 1988–1993, då totalt 55 barn föddes med kongenital höftledsluxation som också krävde operativt ingrepp. Av dessa hade endast 22 (40 procent) diagnostiserats sent (vid tre månaders ålder eller äldre).

Den totala prevalensen kongenital höftledsluxation var 7,74 per 1 000 levande födda; incidensen av operativa ingrepp under de första fem levnadsåren var 0,46 per 1 000 levande födda, och 0,19 för dem som diagnostiserats sent. De barn som fått diagnosen sent och där också ett kirurgiskt ingrepp

krävdes utgjorde endast 2,4 procent av totalantalet kända fall av kongenital höftledsluxation.

Screeningprogrammet i Sydaustralien bygger till stor del på medverkan av barnhälsovården och på en kontinuerlig information till och träning av läkare och sjuksköterskor.

Svenska erfarenheter bekräftas i rapporten från Sydaustralien som visar att de där har lyckats införa den rutin för screening av kongenital höftledsluxation som funnits i Sverige sedan länge – med nästan lika goda resultat som våra, kommenterar överläkare Bertil Romanus, ortopediska kliniken vid Sahlgrenska Universitetssjukhuset/Östra i Göteborg, och ordförande i Svensk barnortopedisk förening.

I Sverige, liksom i Sydaustralien, är det första screeningtillfället på förlossningsavdelningarna. Regelbundna undersökningar görs sedan på barnavårdscentralerna för att hitta de barn som inte

diagnostiserats vid nyföddhetsundersökningen. Så har screeningen fungerat sedan början av 1960-talet, sedan barnläkaren Kurt Palméns pionjärinsatser. I början av 1980-talet kom Socialstyrelsen med föreskrifter.

Screeningen fungerar bra i Sverige, med allt färre opererade fall, konstaterar Bertil Romanus. Ett problem är dock att garantera fortlöpande utbildning och att allt fler läkare på barnavårdscentralerna inte är pediatriker.

– Men anledningen till de dåliga resultaten i t ex Storbritannien är att man inte lyckats få till ett samlat nationellt screeningprogram. Och det är svårt att genomföra i stora länder och i länder med t ex privata förlossningskliniker, säger han och berättar också att Svensk barnortopedisk förening nu startat ett nationellt register i egen regi för en bättre kontroll av totalsiffrorna i landet.

Birgit Wilhelmsen

The Lancet 1999; 354: 1514-7

Hälsoråd påverkade levnadsvanor men inte laboratorievärden

Har beteendeorienterad hälsoupplysning någon effekt på hälsobeteende och biologiska riskfaktorer för hjärt-kärlsjukdom, t ex serumkolesterol, kroppsmasseindex, diastoliskt blodtryck?

Den frågeställningen var utgångspunkt för en engelsk s k parallellgruppsrandomiserad studie. Till studien utvaldes 883 patienter med en eller fler påverkbara riskfaktorer: Rökning, högt serumkolesterolvärde (6,5–9,0 mmol/l), högt kroppsmasseindex (25–35), låg fysisk aktivitet.

Den beteendeinriktade, kortfattade rådgivningen genomfördes av sjuksköterskor på allmänläkarmottagningar. Syftet var att patienterna skulle minska rökning och intag av kostfett samt öka den regelbundna fysiska aktiviteten.

Varje rådgivningstillfälle var på högst 20 minuter vid tre tillfällen för patienter med två riskfaktorer, vid två för dem med endast en riskfaktor. Mellan dessa rådgivningar kontaktades patienterna dessutom telefonledes en eller två gånger. Av de 883 patienterna deltog 626 vid en 4-månadersuppföljning och 520 vid uppföljning 12 månader efter studiens start.

Vid såväl 4- som 12-månadersuppföljningen noterades skillnader till interventionsgruppens fördel vad gäller kostfettintag, regelbunden motion och

minskad rökning. I interventionsgruppen noterades även en större minskning i systoliskt blodtryck vid uppföljningen efter fyra månader, men inte efter tolv.

Inga skillnader mellan studiegrupperna kunde påvisas vad gäller förändringar i kolesterolvärde, vikt, kroppsmasseindex, diastoliskt blodtryck eller rökstopp.

Kontentan är att denna rådgivning ledde till förbättringar i patienternas hälsobeteende, men att det nog krävs en mer utvidgad rådgivning och stöd för att hjälpa patienter till sådana förändringar i hälsobeteendet att också biologiska riskfaktorer påverkas.

Ytterligare en kontrollerad randomiserad studie av effekter av livsstilsintervention bland män och kvinnor med förhöjda kardiovaskulära riskfaktorer – men som ännu inte sjuknat i hjärtkärlsjukdom – har nu publicerats av en engelsk forskargrupp. Liksom i två tidigare stora engelska studier (»the Family Heart Study» och OXCHECK-studien) är resultaten vad gäller riskfaktorreduktion ganska blygsamma.

Glädjande nog har flera svenska studier, även de kontrollerade och randomiserade, visat större effekter på kardiovaskulära riskfaktorer. Gemensamt

för de flesta av dem är att här har även läkare medverkat i interventionen. Sannolikt är den modellen – dvs att läkare, sjuksköterskor, sjukgymnaster etc samverkar – mer framgångsrik.

»The Oslo Study-Diet and Anti-smoking Trial» (Hjermanns och medarbetares stora primärpreventiva, kontrollerade, randomiserade studie bland 1 232 män) har övertygande visat att råd om livsstil, i det fallet matvanor och rökning, effektivt kunde minska risken att sjukna i koronarsjukdom med 47 procent. I behandlingsgruppen var kolesterolnivåerna 13 procent lägre än i kontrollgruppen, och triglyceriderna sjönk med 20 procent. Rökningen minskade likaså.

Uppföljningstiden i denna studie var dessutom lång, fem år. Efter ytterligare tre år, vid åttaårs-uppföljningen, sågs även effekter på totalmortalitet. Läkare (Ingvar Hjermann) gav tillsammans med dietist livsstilsråd till alla deltagare.

Jag tror att svaret på hur vi ska bli mer framgångsrika i våra strävanden att hjälpa patienter/individer att ändra livsstil snarare ska sökas i Norge än i England.

Mai-Lis Hellenius

BMJ 1999; 319: 943-7