

blodprodukterna så säkra som möjligt och minska riskerna för bakterier i det blod som transfunderas.

Tandbehandling före blodgivning

Det är väl känt att »blodiga» ingrepp hos tandläkare och tandhygienist ofta ger upphov till en bakteriemi hos patienten [1]. Möjligen är det detta som ligger bakom de regler man nu infört på landets blodcentraler.

Normalt elimineras dessa bakterier inom några minuter. Detta är visat i flera studier [1-3], som bl a ligger till grund för de regler om antibiotikaproxylax vid tandbehandling av riskpatienter för endokardit som man enats om inom bl a EU [4, 5]. Där rekommenderas en engångsdos av antibiotika en timme före ingreppet för att skydda patienten under själva bakteriemin.

Det är också visat att det relativt ofta uppstår en bakteriemi vid vardaglig munhygien, både vid tandborstning, tuggning och vid användning av tandtråd [6].

Genom att införa regler som förbjuder blodgivning inom tre dagar efter tandbehandling anser vi att man skjuter över målet. Det är en annan sak om patienten har en lokal infektion i munhålan.

Möjligen bör man undvika tandbehandling före blodgivning samma dag.

Orala infektionstillstånd

Man kan med stöd av gjorda studier ifrågasätta lämpligheten av tandborstning strax före blodgivning, men viktigare är kanske att förhindra att patienter med aktuta orala infektioner tillåts lämna blod, oavsett när de var hos tandläkaren senast. Kanske är det i stället de patienter som aldrig går till tandläkaren som är de blodgivare som är minst lämpliga. Tandvårdsrädsla och/eller andra orsaker gör att en stor grupp individer aldrig, eller endast i sällsynta fall, besöker tandläkare, och då oftast för ren akut-tandvård. Hos dessa patienter



Kanske är denna patient en olämpligare blodgivare än den som sköter sina tänder väl och nyligen varit hos tandläkaren.

ser man ofta svåra orala infektioner, vilket egentligen skulle diskvalificera dem som blodgivare.

Om man vill minska risken för att bakterier ska följa med det donerade blodet bör man, i stället för att stöta bort gamla patienter, satsa på att identifiera dem med orala infektionstillstånd och att hindra dessa från att lämna blod.

Johan Blomgren
klinikchef, oral medicin –
pedodonti,

Harriet Hogevis
avdelningsläkare,
infektionskliniken, Östra
sjukhuset, Göteborg

Litteratur

1. Heimdahl A, Hall G, Hedberg M et al. Detection and quantitation by lysis-filtration of bacteremia after different oral surgical procedure. *J Clin Microbiol* 1990; 28: 2205-9.
2. Jokinen MA. Bacteremia following dental extraction and its prophylaxis. Helsinki: Forssa. 1970; 1-32 Academic dissertation.
3. Silver JG, Martin L, McBride BC. Recovery and clearance rates of oral microorganisms following experimental bacteraemias in dogs. *Arch Oral Biol* 1975; 20: 675-9.
4. Cars O, Nord CE, Nordbring F. Endocarditprofylax. *Läkartidningen* 1988; 85: 1046-7.
5. Lepore C, Hortskotte D, Burchardt D. Antibiotic prophylaxis for infective endocarditis. From an international group of experts towards a European consensus. *Eur Heart J* 1995; 16 (Suppl B): 126-31.
6. Hall G, Heimdahl A. Endocardit med oralt ursprung – fakta och antaganden. *Tandläkartidningen* 1994; 86: 468-9.

Replik:

Värdefulla synpunkter skall beaktas

Visst är vi rädda om blodgivarna, men vi är också mycket rädda om blodmottagarna – kanske i detta fall mer än vi har vetenskapligt belägg för.

Bakgrunden till vår karens för blodgivning efter tandbehandling är att enstaka fall av sepsis hos blodmottagare har

beskrivits, där samband fanns med blodgivarens tandbehandling kort tid före tappningen. Blod är ett utomordentligt växtsubstrat för åtskilliga bakterier. Om blodgivaren har en låggradig bakteriemi vid tappningstillfället finns risk att bakterier växer i det tappade blodet under lagringen med risk för allvarlig, till och med letal, komplikation hos mottagaren. Detta måste naturligtvis förhindras. Men kanhända sköt vi över målet då karensen efter tandbehandling beslöt vara så lång som tre dygn. Vi gjorde det på grundval av de regler som rekommenderas av American Association of Blood Banks och WHO.

Med stöd av inlägget ovan och referenser förefaller ett dygns karens vara tillräcklig.

Vid revision av våra regler för blodgivare kommer vi att beakta dessa synpunkter.

Svensk förening för transfusionsmedicin. Arbetsgruppen mot transfusionsöverförd smitta.

Lena Grillner
chefsöverläkare, klinisk
mikrobiologi, Karolinska
sjukhuset, Stockholm

Bengt Ekermo
biträdande överläkare,
blodcentralen, Göteborg

Jan Säfwenberg
överläkare, avdelningen
för klinisk immunologi och
transfusionsmedicin,
Akademiska sjukhuset,
Uppsala

Framstående patolog var tysk

Jag önskar påpeka ett fel i *Läkartidningen* 46/95 sidan 4308.

Rudolf Virchow beskrivs där som den »framstående österrikiske patologen», vilket är fel. Han var född i Pommern, arbetade i Würzburg och Berlin, och kan alltså inte knytas till Österrike, utan endast till Tyskland. Visserligen sades det av professor Jonathan Mann, men man får väl korrigera denna lilla lapsus. Det var säkerligen ett förbiseende från Jonathan Manns sida.

Siegfried Maresch
dr, Kolmården

Fortsätt studera metastaseringsrisk efter laparoskopi

Med anledning av Joar Svanviks medicinska kommentar till vår artikel »Porthälsmetastaser efter laparoskopi» skulle vi vilja göra följande förtydliganden och tillägg.

Huruvida risken för metastasering i porthål vid accidentellt upptäckt gallblåsecancer är större än den i incisionen vid en konventionell galloperation är för närvarande ej klarlagt. I vår enkät rapporteras tre fall av porthålsmetastaser. Med våra två egna fall inkluderade har vi sammantaget fem fall av porthålsmetastaser bland de 6 000 laparoskopiska galloperationerna som omfattades av vår enkät. Svanvik räknar med en frekvens av 1-2 procent av gallblåsecancerfall i detta material, vilket stöds av litteraturrapporter.

Alltför hög siffra

Emellertid kan man befara att denna siffra i detta material är alltför hög, då många patienter som opererades i början av den laparoskopiska eran sannolikt var selekterade fall. Man torde knappast i början ha opererat de äldsta och sjukaste patienterna, de mest kroniska kolecystiterna, de med största stenarna etc. Man kanske kan anta att 1 procent av materialet skulle kunna utgöras av gallblåsecancerfall, vilket i så fall skulle innebära ca 60 patienter.

Minst sju fall

Efter det att vår artikel skrevs har ytterligare två fall av porthålsmetastaser kommit till vår kännedom som båda faller inom tidsramen för vår enkät (januari 1995). Detta innebär minst sju fall av porthålsmetastaser på 60 presumtiva fall av gallblåsecancer = 11,7 procent.

Svanvik påpekar mycket riktigt att vi för närvarande ej har kännedom om risken för implantationsrisker för metastaser vid öppen operation. Att den skulle ligga i storleksordningen 11-12 procent är väl ändå föga troligt. Den enda studien härvidlag som vi känner till är den av Hughes [1] som beskrev 0,7 procent av implantationsmetastaser i ärrer och utgjorde manifestation av disseminerad malignitet. Det finns dock rapporter om porthålsmetastaser från gallblåsecancer

ANNONS

ANNONS

ANNONS

ANNONS

efter laparoskopisk kolecystektomi vid mycket tidig och potentiellt botbar (??) sjukdom [2, 3].

Inga säkra belägg

Trots att ovanstående teoretiska resonemang pekar på att porthålen oftare är utsatta för metastasering än vanliga laparotomisnitt har vi dock inga säkra belägg för detta. Det gör det än mer angeläget att vi genom kliniska observationer och fortsatta experimentella studier försöker ta reda på om laparoskopispecifika orsaker till ökad metastaseringsrisk föreligger.

Owe Lundberg

tf avdelningsläkaren,
kirurgiska kliniken

Anders Kristoffersson

docent, överläkare,
Norrlands Universitets-
sjukhus

Litteratur

1. Hughes EJ, McDermott FT, Polglase AI, Johnson WR. Tumor recurrence in the abdominal scar tissue after large bowel cancer surgery. *Dis Colon Rectum* 1983; 26: 571-2.
2. Jatzko G, Lisborg P, Hom M, Dinges HP. Abdominal wall implantation metastases two years after apparently uneventful laparoscopic cholecystectomy. *Chirurg* 1994; 65: 812-4.
3. Sandor J, Ihasz M, Fazekas T, Regöly-Merei J, Batorfi J. Unexpected gall bladder cancer and laparoscopic surgery. *Surg Endosc* 1995; 9: 1207-10.

Rätt och fel om talassemi- diagnostik

Lars Sandström och medarbetare har i *Läkartidningen* 1-2/96 skrivit en artikel »Talassemi på väg in i landet. Ny patientgrupp på svenska barnkliniker.» Det är mycket värdefullt att på detta sätt informera om diagnostik, omhändertagande och behandling av dessa tillstånd, som nu måste övervägas allt oftare inom alla delar av den svenska sjukvården. De bakomliggande genetiska rubbningarna och de biokemiska diagnostiska teknikerna är emellertid tämligen komplexa och artikeln innehåller därför en del svårtolkade upplysningar, vilka i vissa fall kan ge grund för missuppfattningar vad gäller de diagnostiska möjligheterna. Vissa uppgifter i

KORRESPONDENS

det »Schema för provtagning» som finns på sid 29 i artikeln framstår som mest angelägna att kommentera:

HbA₂ vid β -talassemi

HbA₂ ($\alpha_2\delta_2$) är en hemoglobinfraction som hos vuxna vanligen utgör ett par procent av den totala hemoglobinnmängden. Halten av HbA₂ är nästan alltid stegrad hos vuxna eller större barn med β -talassemi minor. Detta gäller dock inte i nyföddhetsperioden då δ -globinsyntesen ännu inte kommit igång i normal omfattning. I praktiken kan diagnosen β -talassemi minor inte bedömas med ledning av HbA₂-nivån förrän tidigast mot slutet av första levnadsåret.

Vid β -talassemi major kan halten av HbA₂ vara låg, normal eller förhöjd. Variationer i halten av HbA₂ har ingen betydelse vid bedömning av dessa tillstånd. Kardinaltecknet är i stället den totala avsaknaden eller mycket kraftiga reduktionen av normalt HbA₁, med HbF som kvarstående dominerande fraktion även efter neonatalperioden.

Hb Bart's och HbH vid α -talassemi

Hb Bart's är en abnorm hemoglobinfraction (γ_4) som bildas då normal syntes av fetalt hemoglobin, HbF ($\alpha_2\gamma_2$), inte kan ske på grund av brist på α -globin. Hb Bart's kan med adekvat teknik påvisas i låg halt hos de flesta nyfödda med α -talassemi. Det finns även en statistisk korrelation mellan halten av Hb Bart's och svårighetsgraden av talassemi. Av detta skäl har bestämning av Hb Bart's använts för neonatal screening i vissa populationer med hög incidens av α -talassemi. Metoden kan dock inte användas efter nyföddhetsperioden, då γ -globinsyntesen vid ca 6 månaders ålder nedregleras, medan β -globinsyntesen ökar.

Förekomst av HbH ($\beta\delta$) i sådan halt att dess förekomst kan detekteras med »Hb-elfores» ses i regel endast vid tillstånd med tre av fyra α -globingener inaktiverade (genuppsättning - - / - α). I en majoritet av fallen med α -talassemi får bedömningen därför grundas på en sammanvägning av hereditet, Hb, MCV, röd blodbild, järnstatus och HbA₂, vars halt vid α -talassemi kan vara inom nedre delen av referensinter-

vallet eller därunder. DNA-baserade tekniker för diagnostik av de globalt sett vanligaste α -talassemi-formerna finns också inom nära räckhåll.

Av ovanstående framgår att uppgifterna på sid 28 i Sandströms och medarbetares artikel – »Hb-elektrofores visar vid β -talassemi major ett förhöjt HbA₂ och vid α -talassemi en patologisk förhöjning av HbF ($\alpha_2\gamma_2$), HbH ($\beta\delta$), Hb Bart's (γ_4)» – beklagligtvis är felaktiga. HbA₂ är inte regelmässigt förhöjt vid β -talassemi major. Vid α -talassemi ses absolut ingen förhöjning av HbF, i de allra flesta fall endast en övergående låggradig förhöjning av Hb Bart's och endast i mera uttalade fall en signifikant förhöjning av HbH.

Britta Landin

docent, överläkare i klinisk kemi, Huddinge sjukhus

Kommentar

Britta Landins kloka inlägg belyser med all önskvärd tydlighet komplexiteten vid talassemi. Behovet av ett interdisciplinärt samarbete inte minst med ett välutrustat och välutbildat kliniskt kemiskt laboratorium kan inte nog värderas.

Lars Sandström

ST-läkare, Sachska barnkliniken, Södersjukhuset

Rolf Ljung

docent, överläkare, barnkliniken, Universitetssjukhuset MAS, Malmö

Jan-Inge Henter

docent, biträdande överläkare, Karolinska sjukhuset, S:t Görans barnkliniker

Göran Elinder

docent, överläkare, Sachska barnkliniken, Södersjukhuset

Om tidningen inte kommer

Om *Läkartidningen* inte kommit som den skall på onsdag, fundera på om skälet till den uteblivna tidningen kan vara något av följande:

Är prenumerationen betald?

Är definitiv flyttning anmäld?

Nationellt diabetesregister – enkla saker krånglas till

Diskussionerna i *Läkartidningen* 4-5/96 kring det Nationella diabetesregistret förvånar mig. Jag vill därför pröva några påståenden som rimligtvis såväl läkare som patienter kan enas kring.

1. Vi har alla målsättningen att de patienter som drabbas av diabetes skall leva ett så autonomt och symtomfritt liv som möjligt. Livet ska heller inte förkortas på grund av brister i behandlingen.

2. När något ska skötas och göras bra måste den som utför det ta ett personligt ansvar. Exempelvis vet alla som har diabetes och reflekterar över sin sjukdom, liksom alla som behandlar diabetes och reflekterar kring vad man gör, att det helt avgörande för behandlingsresultatet är att patienten uppfattar sjukdomen som sitt ansvar och aktivt tar ansvar för behandlingen.

3. Om man vill förbättra vårdgivarnas insatser i behandlingen är det på samma sätt självklart att metoderna för kvalitetsutveckling måste utformas av och tas ansvar för av de inblandade vårdgivarna själva.

4. Enligt min uppfattning passar inte ett nationellt diabetesregister in i ovanstående villkor ska uppfyllas. I varje fall inte nu och i varje fall inte under den form som presenterats.

Kenneth Widäng
allmänläkare, Boden

Ringproblem – sök tandläkare!

En fingerring som sitter på ett skadat, stasat och svullet finger kan vara svår att avlägsna. Det finns knappast någon som är bättre utrustad för att klara ett sådant jobb så atraumatiskt som möjligt än närmaste tandläkare. Tandläkare finns i dag på flertalet sjukhus, och för övriga sjukhus finns säkert tandläkare i omedelbar närhet. Vänd Er med förtroende till närmaste tandläkare med sådana problem!

Ebbe Grönlund
leg tandläkare, Piteå