motsvarar en total årlig dödlighet på 7,5 procent.

Letala blödningskomplikationer

Två av de 44 dödsfallen hos de 952 antikoagulationsbehandlade patienterna hänger rimligen samman med blödningskomplikation till denna behandling:

– 81 årig man som på grund av en kombination av cerebral infarkt och förmaksflimmer sedan två år stod på dikumarin. Han avled på sjukhus på grund av intracerebral blödning. PT var 14 procent vid ankomsten.
– 76-årig man med tidigare hjärninfarkt som dikumarinbehandlades för lungemboli avled i anslutning till blödningar vid operation av retroperitonealt aortaaneurysm. Uppgifter om PT saknas.

Tre fall av allvarliga blödningskomplikationer

Tre fall noterades under antikoagulationsbehandling hos de 952 patienterna:

– 49 årig kvinna med insulinbehandlad diabetes med retinopati men ej njurinsufficiens. Tre års behandling med dikumarin efter operation av stenoser i femoralartärerna med s k Cortexgraft. Inkom med mjältruptur och 4 liters abdominell blödning med PT 6. Mjälten exstirperades med ett långdraget postoperativt förlopp. Patienten skrevs dock ut helt återställd.
– 80-årig man med långtidsbehandling sedan ett år på grund av förmaksflimmer med måttlig mitralisinsufficiens och förstorat vänster förmak. Insjuknade i retroperitonealt hematom med PT 8 med svaghet i vänster ben orsakat av tryck på nervplexus. Kunde utskrivas i stort sett återställd.
– 73 årig man med 19 års dikumarinbehandling på grund av mekanisk klaffprotes. Tarmblödning med Hb 70 som visade sig bero på angiodysplasi som förbättrades vid transfusion. PT var vid vårdtillfället 20 procent.

I övrigt noterades sjukhusvård av åtta fall med lindriga blödningskomplikationer bestående av subkutana hematom, postoperativa hematom samt lindriga fall av hemoptys och anemi.

Således inträffade fem fall av letal och/eller allvarlig blödningskomplikation på 587,9 patientårs behandling under 1993 vid vår avdelning motsvarande en årlig incidens av 0,9 procent. Det 95-procentiga konfidensintervallet sträcker sig mellan 0,1 och 1,6 procent.

Av de fem fallen hade två rapporterats spontant till den läkare och sköterska som skött dikumarinbehandlingen. Övriga tre fall kom till deras kännedom först genom den beskrivna systematiska screeningen.

KOMMENTAR

Med vår undersökningsmetod bör mörkertalet vara mycket litet och ger oss stöd för att blödningskomplikationer i vår verksamhet hålls på en sådan nivå att t ex antikoagulationsbehandling av icke valvulärt förmaksflimmer är rimlig. Tidigare rapporter från svenska sjukhus har visat allvarliga blödningskomplikationer – 3 procent [6, 7] respektive 7,5 procent [8]. En översiktsartikel [9] från USA anger en årlig incidens på letal blödning till 0,6 procent, på större blödning till 3,0 procent och på mindre blödning till 9,6 procent.

Två av de fem patienterna med letal respektive allvarlig blödning hade PT <10. Tre var >75 år och en hade typ I-diabetes med komplikationer. Detta är välkända riskfaktorer för blödningskomplikationer vid antikoagulationsbehandling [9].

Metodens begränsningar

Metoden kan inte göra anspråk på att med fullständig säkerhet fånga in alla letala eller allvarliga blödningskomplikationer. Diagnoser i dödsorsaksbevis och slutenvårdsregister har en viss osäkerhet då patienten kan ha vårdats för allvarlig blödningskomplikation vid annat sjukhus än vårt utan att det meddelats oss. Vår metod är emellertid effektiv. Den ger nämligen med rimlig insats en mer realistisk bild av incidensen allvarlig och letal blödning vid antikoagulationsbehandling än den som erhålls genom spontan rapportering av sådan blödning.

Litteratur

1. Jörgensen T, Jespersen J. Antikoagulansbehandling i Norden. Stockholm: Nordkem, 1994.
2. The atrial fibrillation investigators (AFI). Risk factors for stroke and efficacy of antithrombotic therapy in atrial fibrillation. Arch Intern Med 1994; 154: 1449-57.
3. Gustavsson C, Asplund K, Britton M, Norrving B, Olsson B. Cost effectiveness of primary stroke prevention in atrial fibrillation. BMJ 1992; 305: 1445-6.
4. Holming K, Nilsson G. Förmaksflimmer i allmänläkarvården (Abstract). Svenska Läkaresällskapets handlingar Hygiea 1994; 103(häfte 1): 137.
5. Carlsäter J, Kristjansson G, Nilsson G. Antikoagulantia vid icke valvulärt förmaksflimmer. Ett praktiskt kliniskt dilemma. Läkartidningen 1994; 91: 3053-6.
6. Lundström T, Rydén L. Haemorrhagic and thromboembolic complications in patients with atrial fibrillation on anticoagulant prophylaxis. J Int Med 1989; 225: 137-43.
7. Cervin A, Billström R. Blödningskomplikationer av perorala antikoagulantia – vem drabbas och varför? Läkartidningen 1992; 89: 1292-4.
8. Lindahl B. Studie i Fagersta: Omfattande antikoagulationsbehandling. Hög frekvens blödningskomplikationer. Läkartidningen 1992; 89: 208-10.
9. Landefeld CS, Beyth RJ. Anticoagulant-related bleeding: Clinical epidemiology, prediction and prevention. Am J Med 1993; 95: 315-28.

SMITTNYTT

Cryptosporidium en tarmpatogen att ha i åtanke

Från en regementsstad kom 10 maj den första rapporten om ett misstänkt utbrott av Cryptosporidium. En värnpliktig, som insjuknade i slutet av april med diarré, hade cryptosporidier i avföringsprov. Prov från ytterligare fyra misstänkta fall var dock negativa. Detta icke-utbrott ger anledning att påminna om existensen av denna tarmpatogen.

Mikrobens fulla namn är Cryptosporidium parvum. Cryptosporidierna är protozooer som tillsammans med Isospora-arterna bildar gruppen Coccidia. De är nära släkt med t ex amöbor och Giardia. Man har hittat Cryptosporidium i avföringsprov från hela världen; liksom många andra tarmpatogener är den vanligare i tropiska länder. Diagnosen ställs med fecesmikroskopi.

Cryptosporidium identifierades första gången 1976, men den uppfattades till en början knappast som patogen. När man upptäckte att aids-patienter kunde få mycket allvarliga Cryptosporidium-infektioner ökade intresset för diagnosen.

Det första utbrottet beskrevs 1984, och 1993 orsakade cryptosporidier det största kända vattenburna utbrott som över huvud taget beskrivits för någon patogen, när 400 000 människor insjuknade i Milwaukee. Av dem vårdades 4 400 på sjukhus.

Symtomen är riklig, ofta vattnig diarré , hos barn illamående och kräkning. Inkubationstiden är 1–12 dagar. Hos immunkompetenta individer brukar sjukdomen gå över inom någon månad; ingen bevisat effektiv behandling finns.

Smittan sprids från djur till människa, från person till person samt via vatten. Inmundigande av endast några tiotal oocystor kan räcka. Klorering till de halter som används i svenska vattenverk har ingen effekt, knappast heller filtrering.

Vi har säkert haft odiagnosticerade utbrott i Sverige förut – ett känt inträffade i Jönköping i början av 1990-talet. Möjligen finns tecken på att problemet ökar internationellt även om det är svårt att förstå vad detta skulle bero på. Inte minst för reglerna kring vår vattenförsörjning är det viktigt att utbrott upptäcks. Ha därför diagnosen i bakhuvudet vid fall av oklar diarré hos patienter som inte varit utomlands!

Epidemiologiska enheten,
Smittskyddsinstitutet