

Är det hög specificitet primärvården behöver?

I Läkartidningen 12/95 propagerar Mats Linderholm, Jens Boman, Per Juto från infektionskliniken i Umeå och Annika Linde från Smittskyddsinstitutet för hög specificitet beträffande snabbtest för mononukleos.

Jag vill dock ifrågasätta om detta är det mest ändamålsenliga i primärvården där den stora mängden patienter med fula halsar bedöms.

På en infektionsklinik är det troligt att patienterna är sjukare än i primärvården. Man har tillgång till laboratorium dygnet om, och man tar av tradition en uppsättning prov innan man bestämmer sig för diagnos. Det är troligt att prevalensen av malign blodsjukdom eller primär HIV-infektion där är högre än i primärvården.

Primärvårdens patienter är måttligt sjuka. Diff är ett »skickeprov» där man inte ens under kontorstid kan få akut-svar. Under jourtid finns i bästa fall snabbtest för streptokocker och mononukleos.

Det är många tonåringar som söker för fula halsar. Den vanligaste differentialdiagnosen är streptokocker/virus. Normalt tas inga prov, i tveksamma fall görs ett snabbtest för streptokocker. Ibland ter sig den kliniska bilden atypisk: ett långdraget insjuknande, ovanligt stora körtelpaket på halsen eller ingen förbättring trots flera dagars penicillinbehandling. Det är då man vill veta om det är mononukleos som föreligger, och man har behov av ett snabbtest.

Syftet med att få en diagnos är två: Dels att undvika ytterligare utredningar och/eller antibiotikakurer, dels att kunna informera patient och föräldrar om att förloppet är långvarigt, antibiotika hjälper ej, gymnastik skall undvikas etc. Där emot torde det vara ytterst sällsynt att syftet är att utesluta malign blodsjukdom.

Snabbtest

I primärvården är vi därför troligen betydligt mer hjälpta av ett snabbtest där merparten av mononukleosfallen fångas upp, även med viss risk för en del falskt positiva prov.

Som synes är det viktigt att inte ta för givet att vi har sam-

ma behov bara för att vi är läkare. Våra olika verkligheter skiljer sig alltför mycket. Det kan vara rimligt att en metod används inom primärvården och en annan inom akutsjukvården på sjukhus. Detta blir kanske ännu mer fallet framöver när endast de allra sjukaste skall tas om hand på sjukhusen.

Ingrid Eckerman
distriktsläkare
Ektorps vårdcentral,
Nacka

Replik:

Ja, även primärvården behöver hög specificitet

Ingrid Eckerman anför i sitt inlägg att för läkarens handläggning av den enskilda patienten är det viktigast med ett snabbtest med hög sensitivitet, även om det sker på bekostnad av specificiteten. Det problem hon bortser från är hur patientselektionen, utöver sensitiviteten och specificiteten, påverkar tolkningen av testresultatet. Vi vill belysa varför vi i enlighet med tidigare arbete [1] anser att specificiteten bör prioriteras.

De vanligaste snabbmetoderna för diagnostik av körtelfeber har metodberoende begränsningar, både vad gäller sensitivitet och specificitet. Antikropparna som påvisas är ej virusspecifika och falskt positiva reaktioner har beskrivits vid flera sjukdomstillstånd. Antikroppssvaret saknas hos 10 procent av vuxna och hos

upp till 50 procent av små barn [2].

Representerar sanningen?

I sin jämförelse mellan primär och slutenvård berör skribenten en viktig anledning till att det just för primärvården är särskilt viktigt med metoder som har hög specificitet. Den grupp som testas i primärvården väljs ur en större population av sjuka patienter. Sjukdomsprevalensen i den testade gruppen blir sannolikt lägre än i slutenvården, inte minst i frånvaro av kompletterande provtagning, vilket har stor betydelse för tolkningen av testresultatet.

Med den enskilde patienten framför sig är det ju inte testets sensitivitet eller specificitet som är det mest intressanta utan hur troligt det är att testresultatet representerar »sanningen», dvs det prediktiva värdet av ett positivt (sant positivt/alla positiva testresultat) eller negativt resultat (sant negativt/alla negativa testresultat).

Ett exempel: Vi har två snabbtest; test A som är specifikt och test B som är sensitivt. Sensitiviteten och specificiteten för test A är 80 respektive 98 procent och för test B 98 respektive 80 procent. Antag att sjukdomsprevalensen bland de testade är 20 procent. Sannolikheten att ett positivt testsvar med test A verkligen är körtelfeber (positivt prediktivt värde) blir då 0,91 och endast 0,55 för test B. Nästan hälften av de positiva testresultaten med test B blir falskt positiva! Andelen felaktiga svar med test A blir 5,6 procent (varav 1,6 procent falskt positiva) och med test B

KORRESPONDENS

Max 400 ord i korrespondensspalten!

Till »korrespondens» välkomnas korta inlägg (högst 400 ord plus, om nödvändigt, ett fåtal referenser), i två exemplar och med dubbelt radavstånd.

Eftersom korrespondensspalten är ett mått på läsarnas intresse för tidningen vill vi även fortsättningsvis värna om denna avdelning, som har högt läsvärde. Genom att varje insändarskribent fattar sig kort kan vi bereda plats för fler och publicera snabbare.

Redaktionen förbehåller sig rätten att rubricera och förkorta inlägg. För att påskynda publiceringen sänds normalt inget korrektur till författaren.

16,4 procent (16 procent falskt positiva svar).

Om prevalensen är lägre blir skillnaderna ännu mer markerade!

Priset för att »fånga in» maximalt antal körtelfeberdiagnoser blir alltså att det positiva testresultatet blir i det närmaste intetsägande och att 10 gånger fler patienter får en falsk körtelfeberdiagnos.

Vilka sjukdomar som verkligen döljer sig bakom de 16 procent som i detta exempel felaktigt får diagnosen körtelfeber och därmed ej erhåller ytterligare utredning kan man bara spekulera över. Man kan hävda att det i primärvården som helhet är ovanligt med exempelvis blodsjukdomar eller primär HIV. Även i primärvården blir dock andelen av dessa sjukdomar avsevärt större i patientgrupper där man selekterat efter t ex lymfkörtelförstoring (en tänkbar indikation för snabbtestet).

Därför ska vi eftersträva att använda maximalt specifika test både i primär- och slutenvård. Vi måste kunna lita på att våra positiva testresultat ger oss en riktig vägledning till rätt diagnos. Vi måste också ha i åtanke att ett negativt resultat ej utesluter förekomst av sjukdom.

Mats Linderholm
specialistläkare,
medicinkliniken

Jens Boman
specialistläkare,
viruslaboratoriet

Per Juto
docent, chefsöverläkare,
viruslaboratoriet, samtliga
vid Norrlands Universitetssjukhus, Umeå

Annika Linde
laborator, Smittskyddsinstitutet, Stockholm

Referenser

1. Sumaya CV. Infectious mononucleosis and other EBV infections: diagnostic factors. *Lab Manag* 1986; 24: 37-45.
2. Linderholm M, Boman J, Linde A, Juto P. Comparative evaluation of nine kits for rapid diagnosis of infectious mononucleosis and Epstein Barr virus-specific serology. *J Clin Microbiol* 1994; 32: 259-61.

Alltid dubbelt radavstånd! Samtliga manus, även korta inlägg i debatt- och korrespondensspalten, skall vara utskrivna med minst dubbelt radavstånd och max 25 rader per sida.