

Färgduplex förstahandsval vid diagnostik av djup ventrombos

KORRESPONDENS

I Läkartidningen 39/96 beskriver Franco Pasquariello och medarbetare sina erfarenheter vid diagnostik av djup ventrombos med ultraljudsteknik och de svårigheter som finns vid användandet av denna teknik. Vi skulle dock vilja göra några ytterligare kommentarer för att läsaren bättre ska kunna värdera de rekommendationer som ges i artikeln.

Författarnas resultat skiljer sig markant från vad som redovisats i andra aktuella studier. En orsak kan vara undersökningstekniken, som medförde svårigheter att bedöma underbenets vener.

Det bästa sättet att undersöka dessa vener är att ha patienten i sittande för bättre venfyllnad och att använda distal kompression för att bedöma venflödet.

Med optimal teknik kan alla tre par av djupa underbensvenor bedömas i 95 procent av fallen [1].

Författarna använder vidare komprimerbarhet som enda diagnostiskt kriterium. Detta är i dagsläget suboptimalt, framför allt när det gäller underbenet. I en aktuell översiktsartikel anges sensitiviteten för påvisande av vadtrombos till 37–80 procent i äldre studier med användning av komprimerbarhet jämfört med 86–100 procent i mer aktuella studier som utnyttjat färgduplextekniken [2].

Klinisk användbarhet

När det gäller den kliniska användbarheten är det givetvis så att man inte kan dra diagnostiska slutsatser från en ofullständig undersökning. I en studie vid våra respektive avdelningar har vi försökt besvara frågan om man kan lita på en negativ färgduplexundersökning, dvs då venhuvudstammar inkluderande underbensvenor inte kunnat undersökas och friskänns [3].

Vid en retrospektiv analys av 452 patienter med misstänkt ventrombos i nedre extremiteten undersökta med duplexteknik på två stora Stockholms-sjukhus fann vi en djup ventrombos bland 180 negativa duplexundersökningar. Det var hos en patient med en diagnostiserad ytlig tromboflebit, som

progredierat in i djupa vensystemet en vecka efter den primära duplexundersökningen och därmed gett mer uttalade besvär.

Efter att i snart tio år ha arbetat med denna teknik kliniskt och vetenskapligt anser vi att, när man lärt sig tekniken optimalt, flebografi kan undvikas vid såväl positiva som negativa fynd. Vid ofullständig undersökning/oklara ultraljudsfynd krävs däremot flebografi.

Den senare gruppens storlek avgörs i hög grad av undersökarens vana. Ultraljudsmetoden är också mycket användbar vid oklara flebografifynd, i de fall där flebografi ej kan utföras, samt för att påvisa andra tillstånd som kan ge symptom som inger misstanke om trombos (Bakercysta, hematom, tromboflebit m fl).

Vår uppfattning är att färgduplexundersökning kommer att bli förstahandsmetod vid diagnostik av djup ventrombos även i Sverige. Vissa svenska sjukhus har redan infört denna rutin. Vi håller med författarna i Västerås om att tekniken inte okritiskt kan införas i rutinsjukvård utan först efter att tillförlitligheten av positiva och negativa fynd värderats för att säkerställa att optimal vana vid tekniken upparbetats.

Stefan Rosfors
docent, universitetslektor,
fysiologiska kliniken,
Södersjukhuset,
Stockholm

Stellan Bygdeman
docent, chefläkare,
fysiologiska kliniken,
S:t Görans sjukhus,
Stockholm

Referenser

1. Ziegenbein RW, Myers KA, Matthews PG, Zeng GH. Duplex ultrasound scanning for chronic venous disease: 1. Techniques for examination of the crural veins. *Phlebology* 1994; 9: 108-13.
2. Giannoukas AD, Labropoulos N, Burke P, Katsamouris A, Nicolaides AN. Calf deep vein thrombosis: A review of the literature. *Eur J Vasc Endovasc Surg* 1995; 10: 398-404.
3. Norén A, Rosfors S, Lindmarker P. Kan akut djup ventrombos uteslutas med hjälp av ultraljudsundersökning med färgduplex teknik? Stockholm: Svenska Läkaresällskapet's handlingar Hygiea 1995; 104 (häfte 2): 220.

Replik: Syftet utvärdera ultraljud som rutin

Stefan Rosfors och Stellan Bygdeman framförde en del intressanta och konstruktiva synpunkter på vår studie om ultraljudsdiagnostiken vid djup ventrombos (DVT) som nyligen publicerades i Läkartidningen [1]. Vi finner att det är angeläget med ett bemötande på några väsentliga punkter:

1. Syftet med vår studie var i första hand inte att värdera ultraljudsteknikens tillförlitlighet för fastställande av diagnos DVT under optimala betingelser, utan att utvärdera metodens användbarhet i den kliniska vardagen.

Vi ville pröva om det var möjligt att ersätta flebografi med ultraljudsundersökning även i rutinsjukvård. Flebografi är en väl utvärderad metod som är enkel att lära och dessutom möjlig att eftergranska, medan ultraljudsundersökning är mycket operatörsberoende och ej möjlig att eftergranska. Det senare är minst viktigt med tanke på att metoden behöver kunna utföras även utanför ordinarie arbetstid och på mindre sjukvårdsenheter där det är svårt att uppnå stor erfarenhet.

2. Rosfors och Bygdeman ifrågasätter vår undersökningsteknik.

Den av dem föreslagna tekniken med patienten sittande var ännu inte generellt vedertagen då vår studie inleddes men är säkert en värdefull komplettering av metoden. Vad vi känner till är fortfarande undersökning med patienten liggande vida utbredd såväl i Sverige som utomlands.

3. Även i vår studie användes färgduplextekniken i syfte att lokalisera och visualisera venerna. Enbart avsaknad av Dopplersignal i ett visualiserat kärlavsnitt har av oss inte ansetts helt tillförlitligt, då flera tekniska faktorer kan orsaka utebliven Dopplersignal. Färgduplextekniken har stora fördelar, men ställer också stora krav på operatören för ett korrekt användande. Detta medför svårigheter att göra metoden allmänt tillgänglig och möjlig

att användas av även mindre vana undersökare.

Avslutningsvis har vi, liksom Rosfors och Bygdeman, frapperats av skillnaden mellan våra resultat och tidigare studier [2-5]. Vår uppfattning är att detta orsakas av markanta skillnader i syfte och förutsättningar för de olika studierna. Därför efterlyser vi studier med liknande uppläggning vars syfte är att utvärdera metodens tillämpning i rutinsjukvård.

Franco Pasquariello
överläkare,

Stefan Wiberg
avdelningsläkare,

Mats Kurol
överläkare,

Marieta Krekmanova
överläkare,

Jerzy Leppert
docent, överläkare,
samtliga Centrallasarettet,
Västerås

Referenser

1. Pasquariello F, Kurol M, Wiberg S, Krekmanova M, Leppert J. För tidigt införa ultraljud som rutin. *Läkartidningen* 1996; 93: 3371-3.
2. Lensing AW, Prandoni P, Brandjes D, Huisman PM, Vigo M, Tomasella G et al. Detection of deep-vein thrombosis by real time B-mode ultrasonography. *N Engl J Med* 1989; 320: 342-5.
3. Vogel P, Laing FC, Jeffrey RB jr, Wing VW. Deep venous thrombosis of lower extremity: US evaluation. *Radiology* 1987; 163: 747-51.
4. Appelman PT, De Jong TE, Lampmann LE. Deep venous thrombosis of the leg: US findings. *Radiology* 1987; 163: 743-6.
5. Cronan JJ, Dorfman GS, Scola FH, Schepps B, Alexander J. Deep venous thrombosis: US assessment using vein compressibility. *Radiology* 1987; 162: 191-4.

Förlänga pre- skriptionstiden – Bra förslag!

Läkartidningen har i en ledare (41/96) med rubriken »En orimlig skärpning» vänt sig mot Socialdepartementets förslag till förlängd preskriptionstid från 2 år (fem år vid absolut preskription) till tio år.

Socialdepartementets förslag är bra, och skälet att en förlängd preskriptionstid ökar rättssäkerheten stämmer. Det



»En orimlig skärpning»
säger Läkarförbundet/
Läkartidningen.

finns åtskilliga fall där patienter eller anhöriga missat den tvååriga anmälningstiden, eftersom de efter traumatiska händelser vid dödsfall eller invaliditet inte orkat göra anmälan i rätt tid till Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd, HSAN. Det är lätt att förstå att den som drabbats av invaliditet eller mist en anhörig vid misstänkt felbehandling inte genast orkar ta itu med en anmälan till Ansvarsnämnden.

Arbetar långsamt

Det är också stötande att den absoluta preskriptionen inträder redan efter fem år och att ärendet inte blir prövat på grund av att myndigheterna arbetar för långsamt.

I ett sådant fall har jag talat med anmälare som till och med misstänker att domstolen medvetet ligger länge på ärendet för att preskription skall inträda. Sådana misstankar uppstår lättare vid korta preskriptionstider och när ett ärende tar upp till fem år för att vandra genom alla instanser.

Inte effektivt

Läkarförbundet och Läkartidningens argument mot en förlängning av preskriptionstiden är bl a att »det är ytterst få ärenden – om ens något – som kräver en sådan omfattande utredning att det inte blir färdigutrett innan preskription inträder».

Läkarförbundet/Läkartidningen låtsas som om de två åren som står till förfogande mellan skadan och anmälan effektivt används för medicinsk utredning. Men verkligheten ser annorlunda ut. Det är ju inte alltid så att anmälan omedelbart kommer in efter en misstänkt felbehandling. Det kan förhålla sig så att patienten/den anhörige inte genast orkar göra en anmälan. Det kan också vara så att han/hon vänt sig till exempelvis Förtroendenämnden som förhalat och fuskat bort ärendet, ibland så att preskription inträtt.

Dennis Brinkeback
jur kand, Stockholm

KORRESPONDENS

MIC – för enhetlig terminologi inom hälso- och sjukvård

Med anledning av H C Lennérs debattartikel i Läkartidningen 37/96:

»Entydigt termsystem nödvändigt i vården. Förutsättning för framgångsrik IT-satsning» vill vi redogöra för det terminologiarbete som pågår vid Medicinska informationscentralen (MIC) vid Karolinska institutet.

Vi delar författarens uppfattning om att en enhetlig terminologi är en förutsättning för att informationstekniken (IT) inom hälso- och sjukvården utnyttjas optimalt och att det är nödvändigt att ansvar för samordning tas.

Hösten 1995 påbörjades på MIC arbetet med att översätta MeSH (Medical Subject Headings) till svenska.

MeSH-vokabulären är en förteckning över termer inom medicin, biomedicin, kemi, hälso- och sjukvård m m. MeSH produceras vid NLM (National Library of Medicine) i USA. Vokabulären, som idag innehåller drygt 18 000 termer, uppdateras och revideras årligen. Cirka 200 nya termer tillkommer varje år. MeSH har sitt ursprung i en medicinsk förteckning från 1880-talet och har genom åren utvecklats till en »standard» inom medicinsk terminologi.

Termerna i MeSH är indelade i 15 olika ämneskategorier och inom dessa hierarkiskt anordnade. Varje term är klart de-

finierad. Termernas fasta position i den strukturerade vokabulären och termernas definitioner (scope notes) är tillgängliga både online och i tryckta versioner. För återvinning och bearbetning av litteratur inom medicin och angränsande områden är MeSH ett kraftfullt verktyg.

Används över hela världen

Den används världen runt för klassificering, katalogisering, indexering och sökning av medicinsk litteratur (tex Medline). MeSH utgör en bas för UMLS (Unified Medical Language System), det amerikanska projekt vars syfte är att sammankoppla flertalet medicinska vokabulärer, klassifikationer och koncept (ICD-9, SNOMED III m m).

Eftersom varje term i MeSH är försedd med en specifik UI (Unique Identifier) är det möjligt att lätt komplettera med översättning av termer, nya klassifikationer och vokabulärer. Den franska, tyska, portugisiska och spanska MeSH-översättningen är redan tillgänglig genom Unified Medical Language System.

MIC arbetar med att exportera och implementera de hittills ca 4 000 översatta termerna till UMLS. Översättningsarbetet pågår kontinuerligt.

Stort intresse för samarbete har redan visats inom Sverige och den övriga Norden. Behovet av en enhetlig terminologi inom hälso- och sjukvården är aktuellt även där.

En svensk MeSH kan därmed utgöra en grund för ett nordiskt UMLS.

Tillgången till en enhetlig terminologi inom hälso- och

sjukvården kommer att underlätta:

- datorbaserad kommunikation inom medicinsk informatik nationellt och internationellt,
- dataöverföring och databassökning,
- inmatning av medicinska data i datorbaserade informationssystem,
- bearbetning och jämförelser av utdata för verksamhetsuppföljning och kvalitetssäkring,
- utveckling av medicinska och patientadministrativa informationssystem i slutet och öppen vård.

Gun Brit Knutsson
informatiker,

Marie Monik
informationsscientist,
MIC-KIBIC,
Stockholm

Depressionen är också ett existentiellt fenomen

Med min artikel om depressioner och depressionsbehandling i Läkartidningen 46/96 uttryckte jag en i mitt tycke ganska välgrundad oro över en schablonbehandling med de nya antidepressiva. Jag efterlyste ett fördjupat lyssnande från läkarens sida om depressionens möjliga samband med livssituationen. Och detta inte först efter att farmaka prövats någon månad. Detta lyssnande kan många gånger i sig bidra till att en hälsosam läkningsprocess kan komma igång. Artikeln är faktiskt ingen plädering för psykoterapi i strikt bemärkelse annat än »i vissa fall».

Det står inte så mycket om den existentiella sidan av depressionen i läroböckerna. Men desto mera handlar mycket i litteraturen, konsten och myterna om dessa problem. De är också djupt aktuella för de flesta av våra patienter. Skolpsykiatri har mer eller mindre tappat bäringen på hur den existentiella problematiken är invävd i det psykiska lidandet.

Hans Ågren raljerar i samma nummer i en medicinsk kommentar till min artikel över begreppet »den friska depressionen». Detta paradoxala uttryck innebär, som jag framhöll i min artikel, inte samma

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 korrespondenspalterna 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. Ange dock alltid titel, adress och telefonnummer där vi kan nå skribenten. Kontakta redaktionen innan manus sänds med e-post.