Östrogen och naturmedel vid postmenopausala besvär

P-PILLER BANAR VÄG FÖR HORMONSUBSTITUTION

Var tredje postmenopausal kvinna använder hormonell substitutionsbehandling, enligt en enkät gjord i Linköpingsområdet. Andelen som prövat sådan behandling och sedan slutat igen var bara 5 procent.

Omkring 20 procent av kvinnorna hade prövat naturmedicin mot klimakteriella besvär, men de flesta uppgav att dessa medel inte haft tillräcklig effekt mot deras vegetativa besvär.

Kvinnor som tidigare använt p-piller hade betydligt oftare pågående hormonell substitutionsbehandling än de som ej prövat p-piller.

Östrogensubstitution används allt oftare, framför allt som behandling mot klimakteriebesvär såsom värmevallningar och svettningar (vasomotorsymtom), men också mot urogenitala symtom, nedstämdhet och som prevention mot kardiovaskulär sjukdom och osteoporos.

Författare

MATS HAMMAR
docent, högskolelektor

JESSICA FRISK
medicine studerande, termin 11

JAN BRYNHILDSEN
ST-läkare, forskarstuderande

LOTTA DABROSIN
tf avdelningsläkare, forskarstuderande

RICHARD LINDGREN
överläkare

ELIZABETH NEDSTRAND
forskar-AT-läkare, forskarstuderande

YVONNE WYON
forskar-AT-läkare, forskarstuderande; samtliga institutionen för obstetrik och gynekologi, kvinnokliniken, Hälsouniversitetet, Universitetssjukhuset, Linköping.

1982 [1] använde 7 procent av 52–54-åriga kvinnor i Linköping hormonbehandling men ca 60 procent hade vasomotorsymtom. Omkring hälften av kvinnorna angav att de skulle vilja använda östrogenpreparat om de kunde garanteras att detta inte innebar risker eller biverkningar.

1986 [2] fann vi att 6 procent av 60–62-åriga kvinnor från samma område använde hormonbehandling och att 21 procent hade prövat behandling. En tredje undersökning [3] visade att 10 procent av kvinnor i 55, 57, 59 respektive 65 års ålder använde hormonbehandling, och att ytterligare lika många prövat men slutat med behandlingen.

Orsaker till att kvinnor slutat med behandling var t ex rädsla för biverkningar eller efter avrådan från läkare, men också för att kvinnan prövat att göra uppehåll varvid symtomen inte återkom eller endast i lägre grad. I en studie från Göteborg från 1992 fann man att 22 procent av kvinnorna hade östrogenbehandling, och att ytterligare lika många hade prövat behandling [4].

Trots att hormonbehandling med östrogen har visat sig ge nästan enbart positiva effekter med få risker [5], åtminstone med behandlingstider under tio år [6], har alltså många kvinnor påbörjat behandling men slutat inom relativt kort tid [3]. I stället prövar många kvinnor naturläkemedel [4], som är mindre beprövade och vanligtvis inte blivit utsatta för prövning enligt gängse vetenskapliga normer.

Vi vet idag inte i vilken utsträckning alternativmediciner används inom vårt upptagningsområde och vad kvinnorna tycker om sådan behandling. Vi vet heller inte om alternativmediciner mot klimakteriebesvär används oftare av kvinnor som haft en malign sjukdom eller om något annat utmärker de kvinnor som väljer alternativmedicin mot klimakteriebesvär.

Dagens postmenopausala kvinnor har ofta använt p-piller tidigare. Egeland och medarbetare [7] fann att över 40 procent av 180 kvinnor som använde hormonsubstitution efter menopaus haft p-piller, vilket ska jämföras med endast 18 procent av dem som inte använde postmenopausal hormonsubstitution ($P<0,01$). Detta beror troligen på att kvinnor som tidigare använt p-piller har en mer positiv inställning till fortsatt användande av sexualsteroider; nu som substitution och inte som antikonception.

Avsikten med vår studie var att undersöka om kvinnor som tidigare använt p-piller oftare använde postmenopausal hormonbehandling än kvinnor som ej använt p-piller. Vi ville också se om kvinnor som valt hormonsubstitution respektive alternativa behandlingar utmärkte sig i något avseende gentemot kvinnor som avstått behandling.

Material och metod

Alla 1 323 kvinnor som skulle fylla 55 och 56 år under året och var registrerade i befolkningsregistret i Linköping ombads besvara en enkät under början av 1995. Enkäten innehöll frågor om menopausålder, tidigare gynekologiska operationer, behandling för malignitet, klimakteriella besvär nu eller tidigare, användande av hormonbehandling, alternativa behandlingar samt hur kvinnan upplevt behandlingen. Vidare frågade vi om rök- och motionsvanor, längd och vikt, tidigare p-pilleranvändning och om kvinnan hade ett lätt, måttligt tungt eller tungt arbete.

Frågeformuläret validerades genom att sex kvinnor först fick besvara det skriftligen, varefter de intervjuades för att identifiera oklarheter i formuleringar och frågekonstruktioner. Några korrektioner av formuläret gjordes därefter.

Alla kvinnor fick ett formulär hemsänt och en påminnelse skickades till dem som inte svarat inom åtta veckor. Formulären var kodade vid utskick och vid inmating för analys i Macintosh Statview 4.1 (Abacus Concepts Inc).

Chi-2-test användes för att jämföra grupper, förutom jämförelse av åldrar och kroppsmasseindex, BMI, som gjordes med icke-parametrisk metod (Wilcoxons rangsummetest).

Resultat

Efter en påminnelse hade 84,8 procent av de 1 323 kvinnorna svarat, även om inte alla kvinnor hade besvarat alla delfrågor. Kvinnorna hade i genomsnitt

fött 2 barn (variationsvidd 0–10). Drygt 88 procent hade haft sin sista menstruation för över sex månader sedan. Medianåldern för menopaus var 50,5 år (25:e till 75:e percentilen 48,5–52,6 år), något högre för icke-rökare än för dem som rökte minst 6 cigaretter/dag (51,0 vs 49,9; P<0,05 Wilcoxons rangsummetest).

Omkring var tredje kvinna (34,9 procent) använde hormonbehandling vid studiens genomförande och totalt 40 procent (alltså ytterligare 5 procent) hade prövat sådan behandling (Tabell I). Kvinnor som använde östriol per os eller lokalbehandling mot urogenitala besvär var då ej medräknade.

De flesta kvinnor som hade prövat hormonell behandling var nöjda med behandlingen (84 procent ansåg sig ha haft fullgod effekt, 13 procent viss effekt, se Tabell I).

Inte mindre än 64 procent av kvinnorna hade tidigare använt p-piller, oftast under mer än fem år. Användandet av hormonbehandling efter menopaus var nära dubbelt så högt bland dem som tidigare använt p-piller än bland dem som inte använt p-piller (41 respektive 23 procent, P<0,001, se Tabell II). Det fanns ingen association mellan förekomst av hormonsubstitution och durationen av tidigare p-pilleranvändning. Användande av alternativmedicin skilde sig inte mellan dem som använt respektive inte använt p-piller.

Slutade på grund av dålig effekt

Strax över 5 procent av kvinnorna (N=59) använde alternativmedicin som enda behandling mot klimakteriebesvär och de flesta angav att de hade haft viss eller god nytta av behandlingen. Omkring fyra gånger så många hade prövat alternativmedicin (19,2 procent) mot klimakteriella besvär, men många hade slutat och uppgav att de hade haft otillräcklig effekt (Tabell I). En liten grupp (N=9) rapporterade att de använde alternativmedicin i tillägg till hormonbehandling.

Hormonanvändandet skilde sig inte åt mellan rökare och icke-rökare (35,8 respektive 32,3 procent; NS). Inte heller användande av alternativmedicin skiljde sig mellan rökare och icke-rökare (4,6 respektive 5,8 procent; NS). Var tredje kvinna (31,6 procent) rökte.

Andelen kvinnor med lätt arbete var större bland hormonanvändare än bland dem som inte använde hormonbehandling (χ^2=7,6; P<0,01). Någon sådan skillnad förelåg inte mellan dem som använde och dem som inte använde alternativbehandling. Kroppsmasseindex skilde sig inte mellan dem som använde hormonbehandling, alternativmedicin eller inte hade någon behandling alls.

Tabell I. Antal kvinnor med pågående hormonbehandling och antal kvinnor som provat hormonbehandling (någonsin), uppdelat på hormonbehandling respektive naturmedicin mot klimakteriebesvär (1 109 svarade), och kvinnornas värdering av behandlingseffekten (1 104 svarade).

Medel	Pågående användning	Provat någonsin	Kvinnornas värdering av behandling som de prövat		
			Ej effekt	Viss effekt	Bra effekt
Östrogen	387/1109	437/1104	14/437	56/437	367/437
(procent)	34,9	39,6	3,2	12,8	84,0
Barbiturater	7	35	10	11	14
Summa naturmedicin[1]	59/1 109	212/1 104	72/212	83/212	57/212
(procent)	5,3	19,2	34,0	39,1	26,0
Akupunktur	2	7	0	3	4
Annan behandling	4	8	0	3	5
Ingen behandling	650	405			
Ej svarat	12	17			

[1]Vanligaste naturmediciner var Remifemin (extrakt från plantan Cimifuga racemosa), Melbrosin (gammalinolensyra och ginsengoider) samt GLA (gammalinolensyra).

72 procent av dem som använde hormonbehandling eller alternativmedicin tränade mer än en timme per vecka, att jämföra med 63 procent av dem som inte använde någon behandling alls mot vegetativa besvär (P<0,01 för hormonbehandling, NS för alternativmedicin).

Av de 1 115 kvinnorna som svarade på frågan om genomgångna operationer hade 11,2 procent opererats med hysterektomi med eller utan samtidig ooforektomi; 35 av dem på grund av malignitet i corpus eller cervix. Vare sig man räknar in dem med malign sjukdom som orsak till hysterektomin eller ej hade de opererade kvinnorna oftare hormonbehandling än de icke-opererade (49 respektive 34 procent; P<0,01). Bara en hysterektomerad kvinna använde alternativmedicin; alltså en mindre andel än bland icke-opererade kvinnor (P<0,05).

Majoriteten av kvinnorna som hade hormonbehandling hade fått denna utskriven hos en gynekolog med privat praktik (54 procent) eller anställd vid sjukhus (32 procent), medan allmänläkare skrivit ut 13 procent och läkare inom annan specialitet 1 procent av recepten.

Ingen av de 30 kvinnor som hade behandlats för bröstcancer använde hormonbehandling vid studiens genomförande. Fyra kvinnor hade före diagnosen prövat hormonbehandling och fyra hade prövat alternativmedicin, varav två kvinnor fortfarande hade sådan behandling. Av de 30 kvinnorna rapporterade tio att de inte hade några vegetativa besvär medan övriga hade mer eller mindre besvär. Bland kvinnor som behandlats för annan malign sjukdom fanns ingen generell rädsla för hormonbehandling; 14 av 30 kvinnor med malignitet (bröstcancer oräknat) hade hormonbehandling.

Diskussion

Den genomförda undersökningen är en tvärsnittsundersökning med de begränsningar detta innebär. Svarsfrekvensen på 85 procent anser vi så pass hög att vi inte gjort någon bortfallsanalys. Vidare var frågorna lätta att förstå och formuläret hade i förväg prövats på en liten grupp kvinnor.

Andelen kvinnor som använde hormonbehandling var större i denna studie än vad som tidigare rapporterats från Sverige, och ungefär samma andel kvinnor som i studien från 1982 [1] angav att de skulle ha velat använda hormonbehandling om de kunnat få garantier att behandlingen var riskfri. Förvisso har vi i tidigare studier inte undersökt östrogenanvändandet i exakt samma åldersgrupp som i den aktuella studien, men samtliga studier har vänt sig till alla kvinnor i upptagningsområdet av vissa åldrar varför olika typer av selektion inte har förelegat [1-3].

Orsaker till ökat östrogenbruk

Det finns säkert många orsaker till denna tydliga ökning i östrogenbruk

Tabell II. Pågående hormonbehandling och alternativmedicin mot vasomotorsymtom bland 1 103 kvinnor, av vilka 705 (63,9 procent) tidigare använt p-piller. Ett fåtal kvinnor hade använt annan behandling, vilket förklarar varför summan ej är 100 procent.

	Hormonbehandling		Alternativmedicin		Ingen behandling	
	N	Procent	N	Procent	N	Procent
Använt p-piller	291	41,3	36	5,1	371	52,6
Ej använt p-piller	92	23,1	25	6,3	276	69,3

jämfört med tidigare studier från samma område. Bland annat har informationen om klimakteriet, östrogenbehandling och icke minst hälsovinsterna med sådan behandling fått stort utrymme i både press och andra massmedier. Under det senaste årtiondet har dessutom inställningen från olika medier förskjutits från en negativ och skeptisk attityd till en mer positiv när det gäller hormonbehandling. Kvinnor i allmänhet är troligen betydligt mer informerade om klimakteriet, hormonbehandling och de potentiella fördelarna med behandling avseende t ex benskörhet och hjärt–kärlsjukdom. Vidare har kunskapsläget sannolikt höjts bland personal inom hälso- och sjukvården.

I en tidigare undersökning fann vi att en inte obetydlig andel av kvinnor som slutat med hormonbehandling hade blivit blivit avrådda av sin läkare att använda hormon [3]. Situationen är troligen en helt annan idag. Många tidigare kontraindikationer har idag istället blivit indikationer, t ex riskfaktorer för kardiovaskulär sjukdom, och dessutom har säkert kunskapsläget om klimakteriet höjts bland läkare även inom andra specialiteter än gynekologi.

Ordinationsföljsamhet

Problemet med låg ordinationsföljsamhet har diskuterats mycket, inte minst när det gäller hormonbehandling [8]. Det faktum att 35 procent använde hormonbehandling och bara 39,6 procent hade prövat behandling visar att få slutat, dvs följsamheten var god i vår studie. Detta beror säkert också på att kvinnor i allmänhet är bättre informerade om hormonbehandling och dess för- och nackdelar.

Att hälften av de behandlade kvinnorna fått sin behandling utskriven av privat gynekolog innebär också att kvinnorna träffar samma läkare och har möjlighet att ta upp frågor om sin behandling, vilket säkert också har betydelse för ordinationsföljsamheten. Möjligheterna att individualisera behandlingen har också ökat i och med att fler preparat finns på marknaden. En vanlig fråga från kvinnor vid diskussion om hormonbehandling är om den innebär risk för viktökning. BMI var inte högre hos behandlade kvinnor än hos obehandlade i vår undersökning; snarast något lägre.

Hormonbehandling och p-pilleranvändning

I vår studie var hormonbehandling vanligare bland kvinnor som använt p-piller. Det stöder teorin att erfarenheter av p-piller ger en mer positiv attityd till att använda hormon även efter menopaus, vilket också visats i en tidigare studie [7]. I den studien hade de hormonbehandlade kvinnorna också lägre BMI men inga skillnader avseende rökvanor, utbildning eller yrke. Hormonanvändarna i vår studie hade oftare genomgått hysterektomi, hade ett fysiskt lätt arbete och ägnade sig i något större utsträckning åt regelbunden motion än de kvinnor som inte använde hormonbehandling.

Vi kunde inte visa att kvinnor som använt p-piller under många år använde hormonsubstitution oftare än kvinnor som endast prövat p-piller en kortare tid. Ett sådant samband skulle ytterligare ha stärkt teorin att erfarenheter av p-piller ger en mer positiv attityd till hormonbehandling efter menopaus. Orsaken till att vi inte kunde visa ett sådant samband kan vara att sambandet inte råder eller att de retrospektiva uppgifterna om duration för p-pillerbruk är betydligt mer osäkra än uppgiften om huruvida man överhuvudtaget använt p-piller eller ej.

Användande av alternativmediciner var i vår studie lika vanligt idag som hormonbehandling var för drygt tio år sedan [4]. I en annan svensk studie hade 42 procent av kvinnorna prövat alternativ medicin. Omkring tre av fyra hade dock slutat använda alternativ medicin i vår studie. Detta faktum stämmer väl överens med att många kvinnor också uppgav att alternativmedicinen inte haft någon effekt på deras vegetativa besvär.

Ändå skall det poängteras att vissa kvinnor uppgav sig ha påtagligt bra effekt av sina alternativmediciner och hade blivit helt besvärsfria. Om denna effekt är orsakad av behandlingen som sådan eller av placeboeffekten eller om besvären skulle ha försvunnit spontant kan inte bedömas så länge prospektiva, randomiserade, placebokontrollerade studier av naturmedel inte gjorts.

Sådana studier har dock påbörjats i vårt land. Om en alternativmedicin innehåller östrogen eller ett ämne med östrogenliknande effekter kan en viss risk för endometriestimulering föreligga vid långvarigt användande, och tillägg med gestagener borde övervägas. Även endometriepåverkan måste alltså kontrolleras vid studier av naturmedel och deras effekter.

Tillfälligheter avgör förstahandsvalet

Kvinnor som använde alternativ medicin mot klimakteriebesvär avvek inte från kvinnorna i övrigt annat än att få av dem genomgått hysterektomi. Det tycks alltså på intet sätt röra sig om en extrem grupp utan indikerar kanske mera att tillfälligheter avgör vad kvinnan prövar i första hand. De som var nöjda med effekten av alternativmedicinen fortsatte med denna medan de andra slutade och övergick då ofta till östrogenbehandling.

Kvinnor som behandlats för bröstcancer använde inte alternativbehandling i större utsträckning än andra. De använde inte heller östrogen, som ju fortfarande anses vara kontraindicerat även om enstaka retrospektiva studier talar för att östrogen kan användas, särskilt om det kombineras med kontinuerligt gestagen i relativt hög dos [9].

Kvinnor som behandlats för malignitet annan än i bröst eller genitalia hade ingen generell rädsla för östrogenbehandling: 14 av 30 kvinnor som haft annan malign sjukdom än bröstcancer använde hormonbehandling.

*

Medicinstudenterna Constance Skarsgårds och Erika Björs fördjupningsarbeten har varit till stor hjälp i genomförandet av detta arbete.

Referenser

1. Hammar M, Berg G, Fåhraeus L, Larsson-Cohn U. Climacteric symptoms in an unselected sample of Swedish women. Maturitas 1984; 6: 345-50.
2. Berg G, Gottvall T, Hammar M, Lindgren R. Climacteric symptoms among women aged 60–62 in Linköping, Sweden, in 1986. Maturitas 1988; 10: 193-9.
3. Lindgren R, Berg G, Hammar M, Zuccon E. Hormonal replacement therapy and sexuality in a population of Swedish postmenopausal women. Acta Obstet Gynecol Scand 1993; 72: 292-7.
4. Stadberg E, Mattsson LÅ, Milsom I. What's the best cure for climacteric complaints? Estrogens or alternative forms of therapy? 7th International Congress on the Menopause, Stockholm Sweden, 1993; abstract 358, 91.
5. Daly E, Vessey D, Barlow D, Gray K, McPherson K, Roche M. Hormone replacement therapy in a risk–benefit perspective. In: Berg G, Hammar M, eds. The modern management of the menopause. London: The Parthenon Publishing Group, 1994: 473-97.
6. Ewertz M. Hormonal replacement therapy and incidence of breast cancer. In: Berg G, Hammar M, eds. The modern management of the menopause. London: The Parthenon Publishing Group, 1994: 403-7.
7. Egeland G, Kuller L, Matthews K, Kelsey S, Cauley J, Guzick D. Premenopausal determinants of menopausal estrogen use. Prev Med 1991; 20: 343-9.
8. Nachtigall LE. Compliance with hormone replacement therapy; where we stand today. In: Berg G, Hammar M, eds. The modern management of the menopause. London: The Parthenon Publishing Group, 1994; 439-43.
9. Eden JA, Bush T, Nand S, Wren B. A case-control study of combined continuous estrogen-progestin replacement therapy among women with a personal history of breast cancer. Menopause 1995; 2: 67-72.

Summary

Oestrogen and alternative remedies in the treatment of climacteric complaints; ▶

ANNONS

oral contraceptive usage associated with subsequent hormone replacement therapy.

M Hammar, J Frisk, J Brynhildsen, L Dabrosin, R Lindgren, E Nedstrand, Y Wyon.

Läkartidningen 1997; 94: 1084-8

To chart current and previous use of hormone replacement therapy (HRT) and alternative remedies in a postmenopausal population, in relation to previous oral contraceptive (OC) usage, all 1,323 55-56-year-old women living in Linköping in 1995 were sent a questionnaire concerning health status and climacteric symptoms, and previous and/or current use of HRT, OCs and alternative remedies. Current HRT was more common among previous OC users than among those who had never used OCs (41,4 vs. 23,1 percent). As compared with non-HRT users, HRT users were characterised by greater physical activity but less strenuous occupations, and a higher prevalence of hysterectomy. Of the series as a whole, 35 per cent were currently on HRT, half of them having been so for at least two years, and only 5 per cent had abandoned HRT after trying it for some time. Alternative remedies were used by 5 per cent of the women as therapy for climacteric complaints, but about four times as many women had tried such therapy and abandoned it. The sole characteristic feature of alternative remedy usage was that it was less common among hysterectomised women. Of women treated for breast cancer, none used HRT and few used alternative remedies.

Thus, in this postmenopausal population, the prevalence of HRT was high, as was the level of compliance. Previous OC usage was probably a determinant of current attitudes toward HRT.

Correspondence: M Hammar, Inst för Obstetrik och Gynekologi, Hälsouniversitetet, Universitetssjukhuset, S-581 85 Linköping.

Buksmärtor, feber och patologiskt leverstatus

MISSTÄNK MONONUKLEOS ÄVEN HOS VUXNA

En kvinna hade svåra, petidinkrävande buksmärtor, feber och ett kraftigt derangerat leverstatus med bland annat en 10-faldig stegring av alkaliska fosfatasersaktivitet. En omfattande utredning utmynnade i diagnosen mononukleos. Patienten behandlades symtomatiskt och blev så småningom helt återställd.

Mononukleos, som orsakas av Epstein–Barr(EB)-virus, har i regel ett lindrigt förlopp [1]. Det är dock inte ovanligt med mjält- och leverförstoring och till bilden hör då ofta patologiskt leverstatus i form av förhöjda aminotransferasvärden och alkaliska fosfataser [1]. Aminotransferasvärden kan ibland stiga upp till fem gånger över det normala [2]. Leverpåverkan orsakad av mononukleos kan i extrema fall vara uttalad med ett mycket kraftigt derangerat leverstatus och även vara förenad med svåra buksmärtor, vilket illustreras av följande fall.

Fallbeskrivning

En 38-årig, tidigare väsentligen frisk kvinna ankom till sjukhus med ett par veckors anamnes på allmän trötthet och feber upp till 39,7 grader. Hon hade av och till besvärats av lättare smärtor i halsen men hade inga andra infektionssymtom. Patienten hade märkt en tilltagande buksvullnad och hade gått upp 2 kg i vikt trots sämre matlust. Ankomstdagen debuterade diffusa smärtor i övre delen av buken, vilka snabbt accentuerades och endast kunde lindras med petidin.

Vid fysikalisk undersökning fann man att patienten var normalviktig, febril och smärtpåverkad. Munhåla och svalg var utan anmärkning och inga förstorade lymfkörtlar kunde palperas. Buken var något uppdriven och måttlig ascites kunde inte uteslutas. Det fanns ingen peritonitretning. Några patologiska resistenser palperades inte men kunde inte uteslutas då patienten ömmade kraftigt redan vid lätt palpation under höger arcus och i epigastriet.

Laboratoriemässigt fann man i serum ett kraftigt derangerat leverstatus med S-aspartat-aminotransferas (S-ASAT) 8,9 µkat/l (referensvärde <0,6), S-alanin-aminotransferas (S-ALAT) 9,1 µkat/l (<0,6), alkaliska fosfataser (S-ALP) 53 µkat/l (0–5,0), gamma-glutamyltransferas (S-GT) 13 µkat/l (<0,40) och S-bilirubin 52 µmol/l (3,4–21).

Simplastinvärdet (protrombinkomplex) var normalt, 99 procent (70–130). Pankreasspecifikt S-amylas var 1,3 µkat/l (0,4–2). Sänkningsreaktion (SR) var 20 mm och vita blodkroppar 7,6 × 10^9/l (4,0–10,0).

Perifera blodvärden för hemoglobin och trombocyter var inom referensområdena. Hepatitserologi med avseende på hepatit B- och C-virus var negativ liksom undersökning av autoantikroppar mot cellkärnor, mitokondrier och glatt muskulatur.

Fraktionerade S-proteiner visade ett något lågt albuminvärde, 34 g/l (40–51), haptoglobin 1,2 g/l (0,32–1,90), IgG 11 g/l (6,9–15,7), IgA 2,01 g/l (0,70–3,65), IgM 2,44 g/l (0,55–2,3), ceruloplasmin 0,37 g/l (0,23–0,50) och alfa$_1$-antitrypsin 2,1 g/l (0,97–1,68). Urinodling var negativ.

En sonografisk undersökning av buken kunde påvisa en kraftigt förstorad lever utan fokala förändringar och normalvida gallvägar samt en måttligt förstorad mjälte. Ascites förelåg ej.

Ett flertal diagnoser övervägdes

På grund av svåra buksmärtor, förstorad och ömmande lever samt kliniskt suspekt ascites misstänktes Budd–Chiaris syndrom. Detta kunde uteslutas efter en ultraljudsundersökning med färgdoppler som visade helt normalt blodflöde avseende levervener, vena portae och vena cava inferior. Datortomografi med kontrast av buken kunde inte heller visualisera trombotiserade kärl. Denna

Författare

JERZY KACZYNSKI
med dr, överläkare, medicinska kliniken, Östra sjukhuset, Göteborg.