

en bättre registrering av allvarliga biverkningar i samband med spiral användning [13].

Det sätt på vilket den nya kopparspiralen marknadsförts, och det magra underlaget för registrering av den, har återigen visat att det behövs bättre kvalitetskontroll för spiraler och spiral användning.

Läkemedelsverket ansvarar för registrering av nya läkemedel samt uppföljning av läkemedelsbiverkningar, och verket har kunskap och rutiner för detta. Det finns behov av samma typ av kontroll för kopparspiraler. Vi föreslår därför att ansvaret för registrering, tillsyn och rapportering av biverkningar i samband med kopparspiraler samlas under Läkemedelsverket.

Referenser

1. Van Kets HE, Van der Pas H, Delbrage W, Thierry M. A randomized comparative study of the TCu380A and Cu-Safe 300 IUDs. *Adv Contracept* 1995; 11: 123-9.
2. International Medical Advisory Panel (IMAP). Statement on intrauterine devices. *IPPF Medical Bulletin* 1995; 29: 1-4.
3. Andersson K, Batar I, Rybo G. Return of fertility after removal of a levonorgestrel releasing intrauterine device and Nova T. *Contraception* 1992; 46: 575-84.
4. Od Lind V. Modern intrauterine devices. *Balliere's Clin Obstet Gynaecol* 10; 1996: 55-67.
5. Oddens B, Milsom I. Contraceptive practice and attitudes in Sweden 1994. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1996; 75: 932-40.
6. Makkonen K, Hemminki E. Different contraceptive practices of contraceptives in Finland and other Nordic countries in the 1970s and 1980s. *Scand J Soc Med* 1991; 19: 32-8.
7. Ortiz ME, Croxatto HB. The mode of action of IUDs. *Contraception* 1987; 36: 37-53.
8. Westrom L, Bengtsson LP, Mårdh PA. The risk of pelvic inflammatory disease in women using intrauterine contraceptive devices as compared with non-users. *Lancet* 1976; ii: 221-4.
9. Cramer DW, Schiff I, Schoenbaum SC, Gibson M, Belisle S, Albrecht B et al. Tubal infertility and the IUD. *N Engl J Med* 1985; 312: 941-7.
10. Wölner-Hansen P, Svensson L, Mårdh PA, Westrom L. Laparoscopic findings and contraceptive use in women with signs and symptoms suggestive of acute salpingitis. *Obstet Gynecol* 1985; 66: 233-8.
11. Farley TMM, Rosenberg MJ, Rowe P, Chen JH, Meirik O. Intrauterine devices and pelvic inflammatory disease: an international perspective. *Lancet* 1992; i: 785-8.
12. Lindell K, Ryde-Blomqvist E. Analys av 50 anmälningar till Patientförsäkringen: Spiralperforation en risk under puerperiet. *Läkartidningen* 1996; 93: 2601-4.
13. Andersson K, Od Lind V, Milsom I. Registrera alla fall av spiralperforation! *Läkartidningen* 1996; 93: 2567-9.

Koalent AB ges tillfälle att bemöta artikeln i ett kommande nummer av *Läkartidningen*.

Patienter med diabetes:

Ögonundersökning bör göras före ECT-behandling

Patienter med diabetes och retinopati av bakgrundstyp kan på ett par månader utveckla proliferativa förändringar i ögonbotten med nybildade blodkärl. Sådana kärl kan lätt brista och ge upphov till blödning i glaskroppsrummet och nedsättning av synen.

Mindre blödningar resorberas vanligen under loppet av ett par veckor, men stora eller upprepade blödningar kan ge en bestående synnedsättning.

För att få synen tillbaka måste dessa patienter genomgå en vitrektomi, ett ingrepp som inte är riskfritt.

Blödningar från nybildade kärl i ögonen inträffar vanligen spontant men kan också uppkomma som en följd av att blodtrycket i kärnen blir kraftigt förhöjt. Det händer att diabetiker får en blödning i ett öga i samband med kraftig kroppsanssträngning.

Risk för nedsatt syn

Vid ECT-behandling (elektrokonusiv terapi) av diabetiker med proliferativa kärl i ögonbotten innebär den tillfälliga stegringen av blodtrycket en risk för blödning och nedsättning av synen, vilket följande fall illustrerar.

En 65-årig man togs i januari 1992 in vid psykiatrisk klinik för reaktiv depressiv psykos med självanklagelser och religiösa grubblerier.

Av journalen framgår att han hade haft diabetes sedan 1977.

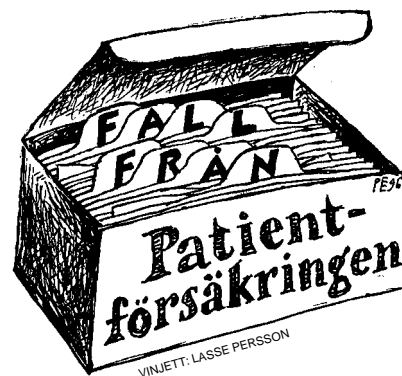
År 1988 hade man konstaterat diabetesretinopati med spridda, olikformade hemorragier men utan exudat eller proliferationer. Han hade kontrollerats var sjätte månad på ögonklinik och efterhand hade han utvecklat mikroaneurysm.

Året efter hade fotokoagulation av vänster öga gjorts, något som upprepats två gånger under år 1991. Vid den senaste kontrollen i november 1991 sågs rikligt med små hemorragier samt mi-

Författare

STAFFAN STENKULA
överläkare

INGER DEDORSSON
klinikchef; båda vid ögonkliniken,
Regionsjukhuset, Örebro.



SERIE

Tidigare artiklar i serien återfinns i *Läkartidningen* nr 17, 18, 22, 25, 26-27, 28-29, 35, 38, 44 och 48 1996 samt nr 8 och 10 1997.

kroaneurysm och enstaka exudat. Man kunde också konstatera »fina koagulationseffekter». Det fanns ingen tendens till kärlbildning eller ödem.

Visus var höger 0,9 och vänster 0,7.

Två månader senare togs patienten således in på psykiatrisk klinik. Man beslöt att elbehandla hans depression, men efter den femte behandlingen klagade patienten över att synen försämrats på vänster öga. Ögonkonsult kunde konstatera en stor retinal blödning nasalt och nedåt. Visus på vänster öga hade försämrats till 0,1. Två veckor senare hade det »klarnat upp betydligt» och visus förbättrats till 0,3.

Fortsatta kontroller har visat en viss progress av retinopatin med proliferationer i närheten av den retinala blödningen. Dessa har blivit föremål för fotokoagulationer, men visus på vänster öga har gradvis försämrats. Depressionen har behandlats farmakologiskt.

Ersattes inte

Patienten har anmält skadan till Patientförsäkringen, men har inte fått någon ersättning eftersom det inte varit praxis att göra ögonundersökning av diabetiker före elbehandling och den uppkomna blödningen inte gått att undvika med ett annat utförande av den använda behandlingsmetoden.

Även om komplikationen är ovanlig rekommenderar vi ögonundersökning av patienter med diabetes före ECT-behandling och återhållsamhet med behandlingen om det finns proliferativa blodkärl i ögonbottarna. •