

**”Om vi begränsar vårt provtagande till de diagnoser som här diskuterats – men också ser till att prov då verkligen tas – kommer vi att få en bättre enterovirusövervakning med möjlighet att till slut förklara även Sverige fritt från polio.”**

de. Man finner ett barn, sällan äldre än två veckor, trött och slapt med feber, uppblåst buk och matningsproblem – symtombilden skiljer sig alltså inte nämnvärt från den vid en bakteriell sepsis eller en svår herpes simplex-infektion!

Idag är det självklart att då snabbt leta efter bakterier och herpesvirus: vi har ju botemedel! Då vi snart också kan ha ett medel mot enteroviroser är det lika viktigt att leta efter dessa virus. PCR på EDTA-blod och kanske likvor och urin är jämte virusisolering från feces det man snabbt bör ordna.

### Meningiten vanligast

Vanligast av dessa svårare enterovirusinfektioner är meningiten. >80 procent av aseptiska meningiter (där man påvisat agens) orsakas av enterovirus. De förekommer främst sommar och höst, men förefaller ha blivit allt ovanligare under senare årstionden.

Möjligen har moderna VVS-anläggningar stängt en del smittvägar (jfr hepatit A som i det närmaste eliminerats på det sättet). Vårt poliovaccin, som ger stora mängder cirkulerande antikroppar, kan genom viss korsprotektion också tänkas förhindra att enterovirus sprids till CNS.

Hos nyfödda liknar bilden den som beskrivits ovan för sepsis: nackstyvhet är t ex sällsynt. Hos det något äldre barnet är det feber, irritabilitet och framför allt en ofta mycket svår huvudvärk som präglar bilden. Fokal neurologi är ovanligt. Oftast går symtomen tillbaka på någon vecka med god långtidsprognos. Den viktigaste analysen är PCR på likvor. Artikeln i Läkartidningen [2] ger en mer detaljerad analys.

### Poliovirus

Poliovirus – liksom enstaka andra enterovirus – kan ge slappa, ofta assy-

metriska pareser. Polioviruset är numer utrotat i hela Amerika och i Sydostasien och Stillahavsområdet. Däremot finns det kvar i Indien, centrala Afrika – och i Europa! 1998 anmäldes från Europa 28 fall, samtliga från Turkiet. Vi hoppas ju kunna sluta vaccinera mot polio, men först måste vi då vara säkra på att virus inte längre förekommer hos människa eller i naturen.

I stället för att rapportera nyupptäckta slappa pareser har man i Sverige satsat på att ha en väl fungerande enterovirusdiagnostik. WHO tycker inte vi har det! Om prov för enterovirus tas på enbart adekvata indikationer bör ca 10 procent innehålla enterovirus. Vi hittar dem bara i 1–2 procent av fallen: vi tar alltså för många prov på fel indikation! Vid fall av myelit med pares är det viktigt med typbestämning: förutom PCR i likvor och feces bör man därför samtidigt virusisolera [2].

### Begränsad provtagning

PCR-diagnostik av enterovirus utförs idag bara vid ett begränsat antal av landets mikrobiologiska laboratorier. Det finns inte heller några »kit» som kunde göra det möjligt för mindre laboratorier att sätta upp metoden. Om provtagning på det sätt som här föreslås begränsas till ett par kliniskt tämligen väl definierade situationer torde det ändå vara rimligt att tills vidare skicka proven till de laboratorier där metoden finns, även om diagnosen då dröjer något eller några dygn.

Om vi begränsar vårt provtagande till de diagnoser som här diskuterats – men också ser till att prov då verkligen tas – kommer vi att få en bättre enterovirusövervakning med möjlighet att till slut förklara även Sverige fritt från polio.

Men för klinikern som står inför den enskilde patienten (och för verksamhetschefen!) är det också angeläget att med hjälp av ett snabbt test (PCR-svar kan fås på 6–24 timmar) kunna säga att detta är ett fall av virusmeningit med ytterst god prognos, vi behöver inte göra några ytterligare undersökningar (CT, MRT, EEG eller vad man nu hade tänkt sig), vi skall inte ge intravenösa antibiotika eller antivirala medel, så att »lille Kalle kan nog åka hem i morgon!»

### Referenser

1. Sawyer MH. Enterovirus infections: diagnosis and treatment. *Pediatr Infect Dis J* 1999; 18: 1033-40.
2. Glimåker M, Lindquist L. *Läkartidningen* 1999; 96: 3516-9.

## Tyreoidea – dags för nya gränsvärden?

I mitt arbete som privatpraktiserande gynekolog möter jag, liksom många andra läkare inom andra specialiteter, ofta patienter med diffusa symtom. Därvid är anamnesupptagandet naturligtvis viktigt. Som man frågar får man svar! Symtom kan vara menstruationsstörningar, trötthet, minskad ork och andra tecken som skulle kunna likna depressiva symtom.

### Infertilitetsutredningar

En annan viktig grupp för oss gynekologer har varit infertilitetsutredningar. Med ryggmärgsreflex har väl många av oss tagit tyreoidaprov, och när vi fått svar inom det så kallade normalområdet för TSH och fritt T4, har vi nöjt oss med detta, och påstått att tyreoida är frisk.

Referensområdet på vårt laboratorium har varit TSH 0,1–5 mE/l samt S-T4 (fritt) 10–22. Efter diskussion med andra kolleger har vi skickat patienter med TSH i intervallet 2,5–5 för finålsundersökning av tyreoida för cytologisk-patologisk diagnos.

Under tiden 1 januari 1999–31 maj 2000 har jag skickat 19 kvinnor i åldrarna 22–59 år med TSH-värden i intervallet 2,4–5,2 för punktion. Av dessa har 167 haft en PAD-verifierad lymfocytär tyreoidit (Hashimotos struma).

*Nicholas von Uexküll*

privatpraktiserande gynekolog,  
Stockholm

## Dr Knock spelades på Dramaten 1974

Pjäsen Dr Knock spelades på Dramatens stora scen våren 1974 med Sven Lindberg i huvudrollen. Vidare medverkade bl a Ingvar Kjellson, Sif Ruud och Hjärdis Pettersson. Suveränt rolig föreställning!

*Björn Stenberg*  
leg läkare, Stockholm