pack sizes i the United Kingdom; CL Steen et al. The Annals of the Rheumatic Diseases, July 2001, 60: Suppl 1, SAT0243).

Skulle vara alltför opraktiskt

Att vi ännu inte valt mindre förpackningsstorlekar beror på att det, enligt vår erfarenhet, för de flesta användare skulle vara alldeles för opraktiskt. Paracetamol är ett mycket säkert och effektivt medel mot lindrig till måttlig smärta och med få kontraindikationer.

Detta gör att många väljer att ha paracetamol, t ex Alvedon, i »husapoteket« för familjens akuta behov. Att då bara kunna köpa 6–8 tabletter per förpackning skulle inte tillfredsställa våra kunders önskemål. Bipacksinformationen som medföljer varje förpackning är idag tydlig när det gäller dosering och varnar för felanvändning.

Johan Brun
medicinsk rådgivare,
AstraZeneca Sverige AB, Södertälje

Vilket utbyte ger PCR för M tuberculosis på lymfkörtelbiopsi?

PCR (polymeraskedjereaktionsteknik) är inom klinisk mikrobiologi väletablerad metodik för snabb och känslig påvisning av DNA från olika mikroorganismer, inklusive tuberkelbakterier. Metoden är väldokumenterad för tbc på luftvägsmaterial, där känsligheten med Cobas Amplicor Roche numera är 90 procent på oselekterade och 100 procent på direktpreparat-positiva prov [1, 2].

Man vinner främst tid, PCR görs på en dag medan tbc-odling kan ta 3–6 veckor. Odling är å andra sidan referensmetod och kan inte undvaras: den ger möjlighet till resistensbestämning och epidemiologisk typning av individuella stammar. När det gäller finnålsbiopsi från lymfkörtel är antalet bakterier ofta relativt lågt, och PCR kan också inhiberas av vävnadsfaktorer, varför känsligheten endast är ca 50 procent [2].

Var är fördelen med PCR?

Vad vinner man då diagnostiskt med PCR jämfört med direktpreparat (DP) på material från nålbiopsi vid misstänkt lymfkörtel-tbc?

23 lymfkörtelprov var positiva i tbc-PCR under år 2000 på Karolinska sjukhusets mykobakterieavdelning. 21 av dem verifierades sedan med odling av M tuberculosis. I det ena odlingsnegativa fallet var en annan körtel från samma patient odlingspositiv; i det andra fallet hade kemoterapi givits, provet var DP-positivt och kliniken typisk för tbc: båda räknas därför som sant PCR-positiva i denna sammanställning.

14 av de 23 proven var DP-positiva vilket styrkte den kliniska misstankten på körteltuberkulos: PCR bekräftade snabbt diagnosen. De 9 DP-negativa, dvs 40 procent, fick med PCR direkt en tbc-diagnos, som annars skulle ha fördröjts.

Icke-tuberkulösa (»atypiska«) mykobakterier kan också ge lymfadenit, särskilt hos förskolebarn, men kliniska och epidemiologiska data ger en relativt säker preliminär diagnos [3]. Samtidiga hudtest med PPD-tuberkulin och Mycobacterium avium-sensitin kan vara av värde, särskilt om PCR för M tuberculosis är negativ. Vid icketuberkulös adenit är ofta sensitinreaktionen i huden flera mm större än tuberkulinreaktionen.

Tidsvinsten gör PCR befogad

Vi anser att PCR är befogad på lymfkörtelpunktat vid misstänkt tbc både vid positivt och negativt DP på grund av tidsvinsten jämfört med odling. Man bör vara medveten om begränsningen i metodens sensititivitet, som dock ökar vid positivt DP på grund av den större bakteriemängden.

I vissa fall kan delvis kemoterapibehandlad, odlingsnegativ lymfkörtel-tbc verifieras med PCR.

Björn Petrini
docent, överläkare
bjorn.petrini@ks.se

Mariana Cristea Fernström,
biomedicinsk analytiker;
avdelningen för klinisk mikrobiologi,
Karolinska sjukhuset,
Karolinska institutet

Referenser

1. Tönjum T, Klintz L, Bergan T, Baan J, Furuberg G, Cristea M, et al. Direct detection of Mycobacterium tuberculosis in respiratory samples from patients in Scandinavia by polymerase chain reaction. Clin Microbiol Infect 1996;2:127-31.
2. Petrini B, Cristea M. Diagnostik av M tuberculosis med PCR på icke-luftvägsprov. Poster, vårmöte med sektionen för klinisk mikrobiologi, Malmö 2000.
3. Cristea M, Petrini B. Mykobakteriell lymfadenit. En aktuell differentialdiagnos oberoende av ålder. Läkartidningen 1993; 90: 1753-5.

Straff kan göra att misstag döljs

För ett par veckor sedan kunde man i Expressen läsa namn, ålder och arbetsplats på de läkare som varnats av Ansvarsnämnden. Det påminde om det gamla straffet att kedja fast äktenskapsbrytare på kyrkbacken till offentligt beskådande, ett straff som avskaffades med stigande upplysning.

Missade anmälan om fortsatt tvångsvård

Häromdagen läste jag i tidningen om en psykiater som missat att i tid skicka in anmälan till länsrätten om fortsatt tvångsvård. Anmälan skickades in två veckor för sent, kriterierna för tvångsvård var fortfarande uppfyllda, patienten blev kvar för tvångsvård och Socialstyrelsen har nu anmält läkaren till åtal.

I tidningen står det att läkaren förklarar sitt misstag med stor arbetsbelastning och att den person som normalt ska bevaka anmälan till länsrätten var sjuk. Läkaren medger det inträffade men förnekar brott.

Konsekvenserna för arbetsmiljön?

Vad innebär det för arbetsmiljön att misstag som skett, trots att man ansträngt sig och gjort sitt bästa, bestraffas med dessa plågsamma och kränkande repressalier eller leder till åtal för brott?

Naturligtvis måste läkare som inte klarar av sitt yrke hindras att praktisera, på samma sätt som piloter som inte klarar av sitt yrke hindras att flyga.

Men innebär inte dessa straff snarare en risk för patientsäkerheten i vården, genom att man kommer att försöka dölja misstag och avvikelser och absolut inte frivilligt rapportera dem?

Aina Brandell
överläkare,
Basenheten psykiatri, Sala