

vecklats mot användning av »opt-out«-tekniken. Detta måste rimligen tolkas som att man velat delegera till de etiska kommittéerna att besluta om när explicit informerat samtycke från varje individ skall krävas eller om »opt-out«-tekniken är tillfyllest.

#### Undantag medges

I själva lagparagraferna står ingenting om undantag, men i »skälen för regeringens förslag« står (sidan 39) att de undantag från kravet på informerat samtycke som Vetenskapsrådets etiska riktlinjer anger även fortsättningsvis skall gälla: »På vilket sätt informationen skall lämnas och samtycke inhämtas skall en forskningsetisk kommitté ta ställning till. Den forskningsetiska kommittén ges här möjlighet att i vissa speciella situationer göra avsteg från grundprincipen att det krävs s k informerat samtycke från berörda personer. Medicinska forskningsrådets etiska riktlinjer för biobanker medger i dag vissa undantag från kravet på informerat samtycke. Det bör således även i framtiden finnas en möjlighet att i speciella situationer t ex ge information genom anslag och tillämpa den s k opt-out-metoden, dvs samtycke presumeras föreligga om inte den enskilde ger uttryck för motsatsen, när det gäller inhämtande av samtycke.«

Undantagen i Vetenskapsrådets riktlinjer gäller t ex om antalet prov är så stort att informerat samtycke från varje

individ i praktiken skulle omöjliggöra undersökningen eller om proven är tagna för så länge sedan att det vore svårt eller omöjligt att få tag på personerna för att efterhöra samtycke.

Ett eller flera av dessa undantag gäller ofta för biobanksbaserad forskning – det är just själva idén med biobanksforskning att man ska kunna studera ett stort antal individer eller till och med hela befolkningar samt att man ska kunna studera händelser som ägt rum för länge sedan, ofta för flera decennier sedan.

#### Etiska kommittéerna avgör

Med dessa skrivningar får de etiska kommittéerna även fortsättningsvis möjlighet att avgöra både om och hur samtycke skall inhämtas för biobanksbaserad forskning. Viktigaste förändringen från hur det redan fungerar blir att samtycke inhämtas även i samband med provtagning för rutinemässig diagnostik i sjukvården. Med det antal prov det gäller kommer omställningar inom laboratoriediagnostiken för att motsvara lagens krav och lagstiftarens intentioner otvivelaktigt att kräva mycket stora resurser och samordningsinsatser. Sjukvården ges dock betydande flexibilitet för att hitta formerna för detta.

#### Samordning nödvändig

I avsikt att underlätta anpassning och samordning i den nya situationen bör alla som innehar eller använder bioban-

ker samt andra intressenter arbeta för att gemensamt :

- Stärka allmänhetens förtroende för biobankssystemet genom information och debatt.
- Utveckla kvalitetsstandarden för ackreditering av förvaring och användning av biologiska prov.
- Ge ömsesidig hjälp och samordning för utveckling av nya samtyckesystem och andra nödvändiga förbättringar.
- Verka för en central övervakning av landets biobanker så att den som vill säga nej till arkivering av prov och/eller forskning vet vart han kan vända sig.
- Verka för bättre skydd mot att landstingens biobanker kommer i orätta händer.

\*

Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Artikelförfattaren är samordnare för Wallenbergsstiftelsens nationella biobankssatsning (<http://wcn.ntech.se/platforms>)

## Rektalpalpation påskyndar inte diagnosen vid misstänkt appendicit

Det diagnostiska värdet av rektalpalpation vid misstänkt appendicit har granskats i åtta studier. Ingen av dessa studier drar slutsatsen att rektalpalpation är en viktig undersökning vid diagnostik av appendicit. Att inte avvakta resultatet av enkla laboratorieundersökningar före beslut om operation bör däremot betraktas som ett konstfel, framhåller Roland Andersson.

ROLAND ANDERSSON  
överläkare, kirurgkliniken, Länssjukhuset Ryhov, Jönköping  
[roland.andersson@ljkgp.se](mailto:roland.andersson@ljkgp.se)

■ Handläggningen av patienter med misstänkt appendicit är kontroversiell. Två vanliga myter – a. att laboratorieundersökningar inte har något diagnostiskt värde och därför inte behöver ingå i den diagnostiska utredningen, b. att rektalpalpation är en värdefull och helt nöd-

vändig undersökning – diskuteras i Läkartidningen [1, 2].

#### Grönroos' studie

Juha Grönroos visade i sin studie, refererad i Läkartidningen 9/2002 [3], att appendicit är extremt sällsynt hos patienter med kombinationen normalt antal vita blodkroppar och låg koncentration av C-reaktivt protein (CRP). Däremot sågs denna kombination hos en fjärdedel av de patienter som hade en icke inflam-

merad appendix vid operationen. Liknande resultat har rapporterats av andra [4-8].

I mitt eget material av 496 patienter saknade 112 patienter leukocyter och CRP-stegring. Endast tre av dessa patienter hade flegmonös appendicit. Däremot fanns en tredjedel av de 47 negativa explorationerna i denna grupp.

#### Slutsatsen väl underbyggd

Grönroos' konklusion att man bör avstå från exploration hos patienter som saknar leukocyter och CRP-stegring är därför väl underbyggd, och det finns starka skäl att anta att många onödiga explorationer kan undvikas om det följs.

Åke Andrén-Sandberg är tveksam till detta råd och varnar för att sätta alltför stor tilltro till resultatet av laboratorieundersökningar vid diagnostik av akut appendicit. Han menar att man aldrig

kan förlita sig på laboratorieundersökningar i det enskilda fallet om anamnes och status starkt talar för appendicit. Vad han glömmer är att enskilda variabler av anamnes och status också har ett lågt diagnostiskt värde.

### Anamnes – status bättre diskriminatorer?

När man skall jämföra den diskriminerande förmågan av anamnes, status och laboratörvärden bör man utgå från representativa patienter som man misstänker har den sjukdom man vill diagnostisera. Det finns förvånansvärt få studier som utgår från patienter med misstänkt appendicit. Endast tre studier har presenterat data som möjliggör en jämförelse av det diagnostiska värdet av vita och CRP med några av de klassiska symtomen och kliniska undersökningsfynden hos denna typ av patienter [9-11].

### Svaga variabler

Dessa visar att både kliniska variabler och laboratorieundersökningar är svaga eller måttligt starka diskriminatorer, med antalet vita som den bästa diskriminatoren. Koncentrationen av CRP har betydelse främst som diskriminator vid avancerad appendicit. Det har också visats att överbetoning av smärta och ömhet vid operationsbeslutet är orsak till negativa explorationer [12]. Man har alltså snarare anledning att varna för att i alltför hög grad förlita sig på anamnes och kliniska undersökningsfynd.

### Laboratörvärden bör alltid ingå

Mer fruktbart är dock att betona att enkla laboratörvärden faktiskt är betydelsefulla bärare av diagnostisk information, som till skillnad från de kliniska undersökningsfynden är av objektiv natur. De bör därför alltid ingå vid bedömning av en patient med misstänkt appendicit. Varje kirurg bör till exempel lära sig att ett beslut att operera stöds lika mycket av ett  $LPK > 15,0 \times 10^9/l$  som om patienten har stark släppömhet [9].

Vidare finns anledning att starkt ifrågasätta diagnosen hos en patient som saknar leukocytos och CRP-stegring även om patienten har lokal peritonism. I mitt material sågs denna kombination hos 13 patienter. Bara en av dessa hade flegmonös appendicit medan åtta blev opererade i onödan. Att inte avvakta resultatet av enkla laboratorieundersökningar innan beslut tas om operation bör därför betraktas som ett konstfel.

### Betydelsen av rektalpalpation

Av tradition anses ömhet vid rektalpalpation vara ett betydelsefullt tecken vid appendicit. Detta betonas till och med i moderna svenska läroböcker i kirurgi [13]. Undersökningen har även fått ett

symbolvärde då underlåtelse att rektalpalpera patienter med buksmärta anses vara ett uttryck för försumlighet. Om rektalpalpation inte utförts hos en patient som senare visat sig ha appendicit anges det ofta som grund för varning i HSN.

### Åtta studier

Värdet av rektalpalpation vid misstänkt appendicit har granskats i åtta studier. I tre av dessa såg man en omvänd relation, dvs appendicit var mindre vanlig hos de patienter som hade rektal ömhet [9, 14, 15], i fyra sågs ett svagt positivt samband [16-19]. Endast en studie av barn angav ett måttligt starkt positivt samband [20].

Ingen av dessa studier drar slutsatsen att rektalpalpation är en viktig undersökning vid diagnostik av appendicit. Det finns därför inget vetenskapligt skäl att kritisera en läkare för att han avstått från rektalpalpation hos en patient som sedan visar sig ha appendicit, eftersom undersökningen sannolikt inte hade påskyndat diagnosen.

\*

Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.

### Referenser

1. Andrén-Sandberg Å. Leucocyträkning och CRP-bestämning vid akut appendicit – påverkas kliniken? *Läkartidningen* 2002;99: 1375.
2. Eriksson M. Per rectum-palpation utan värde vid appendicit? *Läkartidningen* 2002;99: 1377.
3. Grönroos JM. Det utförs alltför många onödiga appendektomier. *Läkartidningen* 2002;99:891-3.
4. van Dieijen-Visser MP, Go PM, Brombacher PJ. The value of laboratory tests in patients suspected of acute appendicitis. *Eur J Clin Chem Clin Biochem* 1991;29: 749-52.
5. Dueholm S, Bagi P, Bud M. Laboratory aid in the diagnosis of acute appendicitis. A blinded, prospective trial concerning diagnostic value of leukocyte count, neutrophil differential count, and C-reactive protein. *Dis Colon Rectum* 1989;32:855-9.
6. Raftery AT. The value of the leucocyte count in the diagnosis of acute appendicitis. *Br J Surg* 1976;63:143-4.
7. Davies AH, Bernau F, Salisbury A, Souter RG. C-reactive protein in right iliac fossa pain. *J R Coll Surg Edinb* 1991;36:242-4.
8. Eriksson S, Granström L, Bark S. Laboratory tests in patients with suspected acute appendicitis. *Acta Chir Scand* 1989;155:117-20.
9. Andersson RE, Hugander AP, Ghazi SH, Ravn H, Offenbartl SK, Nystrom PO, et al. Diagnostic value of disease history, clinical presentation, and inflammatory parameters of appendicitis. *World J Surg* 1999;23:133-40.
10. Sanchez Echaniz J, Luis Garcia M, Vazquez Ronco MA, Mintegui Raso S, Benito Fer-

nandez J, Lopez Alvarez-Buhilla P. Valor diagnostico de la proteina C reactiva en las sospechas de apendicitis aguda en la infancia. *An Esp Pediatr* 1998;48:470-4.

11. Hallan S, Asberg A, Edna TH. Additional value of biochemical tests in suspected acute appendicitis. *Eur J Surg* 1997; 163: 533-8.
12. Andersson RE, Hugander AP, Ghazi SH, Ravn H, Offenbartl SK, Nystrom PO, et al. Why does the clinical diagnosis fail in suspected appendicitis? *Eur J Surg* 2000; 166:796-802.
13. Jeppsson B, Peterson HI, Risberg B, redaktörer. *Kirurgi*. Lund: Studentlitteratur; 2001.
14. Alvarado A. A practical score for the early diagnosis of acute appendicitis. *Ann Emerg Med* 1986;15:557-64.
15. Gil VF, Peinado E, Obrador E, Reyes P, Perez Barba C, Merino J. Validez de las pruebas diagnosticas para confirmar o descartar una apendicitis aguda. *Med Clin (Barc)* 2000;114 Suppl 2:48-51.
16. Dixon JM, Elton RA, Rainey JB, Macleod DA. Rectal examination in patients with pain in the right lower quadrant of the abdomen. *BMJ* 1991;302:386-8.
17. Jahn H, Mathiesen FK, Neckelmann K, Hovendal CP, Bellström, Gottrup F. Comparison of clinical judgement and diagnostic ultrasonography in the diagnosis of acute appendicitis: Experience with a score-aided diagnosis. *Eur J Surg* 1997;163:433-43.
18. John H, Neff U, Keleman M. Appendicitis diagnosis today: Clinical and ultrasonic deductions. *World J Surg* 1993;17:243-9.
19. Nase HW, Kovalcik PJ, Cross GH. The diagnosis of appendicitis. *Am Surg* 1980;46: 504-7.
20. Dickson AP, MacKinlay GA. Rectal examination and acute appendicitis. *Arch Dis Child* 1985;60:666-7.