

Optimal dermatofytdiagnostik kräver både mikroskopi och odling

■ Hud och nagelprov undersöks ofta med odling och mikroskopi avseende dermatofyter för att stödja den kliniska diagnostiken vid misstänkt yttlig svampinfektion. Positivt prov med fynd av typiska svampstrukturer vid mikroskopi (DM) eller positiv svampodling är särskilt viktigt vid oklar symtombild eller inför eventuell systembehandling av nagelmykos.

Vi har undersökt hur ofta DM och odling överensstämmer vid prov från naglar och hud på 898 prov tagna januari-mars 2002, som odlats vid mykologiska avdelningen på Karolinska sjukhuset i enlighet med svensk referensmetodik [1].

Resultat

49 procent av proven från naglar och 68 procent från hud var negativa i DM och samtidigt odlingsnegativa för dermatofyter. 8 procent av prov från naglar och 4 procent från hud var DM-negativa men positiva i odling. 17 procent av prov från naglar och 5 procent från hud var DM-positiva men odlingsnegativa. 26 procent av nagelprov och 22 procent av hudprov var DM-positiva och samtidigt odlingspositiva (Tabell I).

Vid negativt direktpreparat var alltså mer än hälften av proven odlingsnegativa, särskilt ofta hudproven. Mindre än 10 procent av de DM-negativa proven var odlingspositiva. Dock var 8 procent av nagelproven odlingspositiva trots negativt DM, vilket kan jämföras med de 17 procent DM-positiva men odlingsnegativa nagelproven. Det är tydligt att naglar bl a kan innehålla både levande och mindre viabla svampstrukturer, som därför inte alltid kan bekräftas med odling, men också att odling kan vara känsligare än DM på naglar.

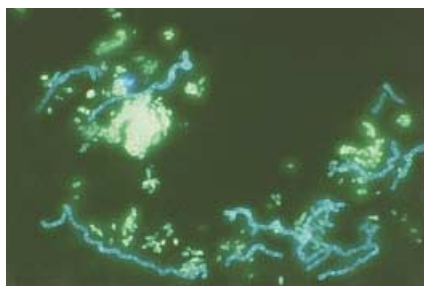


Bild 1. Hudprov färgat med Blankophor, som binder sig till kitinet i svampcellsväggen och fluorescerar vid belysning med ultraviolett ljus. Grönblå dermatofyttrådar (*Epidermophyton floccosum*) och gulgröna runda jästsvampceller (*Malassezia species*). Originalförstoring ca X 250, Leitz, filter BG 638+UG 1.

Båda metoderna har sina starka sidor, men odlingen ger dessutom möjlighet till artdiagnos, vilket kan ha både terapeutiskt och epidemiologiskt värde. Både mikroskopi och odling bör alltså utföras på hud- och nagelprov om svampdiagnostiken skall bli optimal.

Björn Petrini

docent, överläkare

Marie-Louise von Rosen

BMA, sektionsledare;
sektionen för mykologi, avdelningen för
klinisk mikrobiologi, Karolinska
institutet och sjukhuset, Stockholm
Bjorn.petrini@ks.se

Referens

1. Edebo L, Hallander H, Petrini B, redaktörer. Referensmetodik för laboratoriediagnostik vid kliniskt mikrobiologiska laboratorier. I 10. Svampinfektioner. Solna: Smittskyddsinstitutet; 1998. p. 67-78.

Tabell I. Mikroskopi och dermatofytodling av naglar och hud (N=898).

	Mikroskopi –		Mikroskopi +	
	Odling – n (procent)	Odling + n (procent)	Odling – n (procent)	Odling + n (procent)
Naglar (n=529)	258 (49)	41 (8)	91 (17)	139 (26)
Hud (n=369)	253 (68)	16 (4)	17 (5)	83 (22)

Försäkringsmedicinsk villfarelse?

■ »Att detta [överprövning av sjukintyg] skulle ske efter cirka 60 dagars sjukskrivning kan motiveras med att rehabiliteringsinsatser därefter har betydligt sämre effekt på att förhindra en långtids-sjukskrivning och utslagning från arbetslivet«, skriver fem företrädare för Försäkringsmedicinska sällskapet i Läkartidningen 22/2002 (sidorna 2548-50). Är detta påstående verkligen sant? Än mer brydd blir jag när Bengt Järvholm och Christer Olofsson i introduktionen till »Försäkringsmedicin« (Studentlitteratur; 2002) skriver: »Randomiserade studier i försäkringsmedicin saknas i stort sett och är svåra att genomföra.«

Jag misstänker att man har jämfört päron och äpplen. Naturligtvis är hela gruppen sjukskrivna lättare att rehabilitera efter två månader än efter fyra, då en del i den förra gruppen tillfrisknat under tiden. Därtill kan ju rehabilitering efter fyra månader betraktas som en delmängd av rehabilitering efter två, då en bra rehabilitering fortsätter så länge det behövs. Den intressanta frågan är om de individer som blir långtidssjukskrivna och utslagna från arbetslivet och inte är rehabiliteringsbara efter fyra månader verkligen är det efter två?

Genomgår något som liknar krisreaktion

Min erfarenhet är att dessa patienter ofta genomgår något som påminner om krisens stadier enligt Johan Cullbergs »Kris och utveckling« (Natur och Kultur; 1975): chockfas, reaktionsfas, bearbetningsfas och nyorienteringsfas. Ofta är det stora beslut som individen skall ta: Skall jag omskola mig? Skilja mig? Säg upp mig? Klara att jobba med min värk?

Vi vet alla att sådana beslut kan behöva en stunds eftertanke för att bli bra. Troligare är att det finns ett terapeutiskt fönster där åtgärderna har störst chans att lyckas: mellan tre och tolv månaders sjukskrivning, om jag skulle ge mig på en gissning.

Detta är dessutom ett hälsoekonomiskt optimeringsproblem: när skall man blåsa i varningsvisslan så åtgärderna ger bästa resultat till rätt patienter, och effektivast sänker sjuktalet? En fråga värdig en stor klinisk prövning och avancerade hälsoekonomiska kalkyler!

Låt oss byta motto från ju förr desto bättre, till rätt åtgärd i rätt tid!

Martin Flygar

familjeläkare, Sättra hälsocentral, Gävle
Martin.flygar@lg.se