

blodprodukterna så säkra som möjligt och minska riskerna för bakterier i det blod som transfunderas.

Tandbehandling före blodgivning

Det är väl känt att »blodiga» ingrepp hos tandläkare och tandhygienist ofta ger upphov till en bakteriemi hos patienten [1]. Möjligen är det detta som ligger bakom de regler man nu infört på landets blodcentraler.

Normalt elimineras dessa bakterier inom några minuter. Detta är visat i flera studier [1-3], som bl a ligger till grund för de regler om antibiotikaproylax vid tandbehandling av riskpatienter för endokardit som man enats om inom bl a EU [4, 5]. Där rekommenderas en engångsdos av antibiotika en timme före ingreppet för att skydda patienten under själva bakteriemin.

Det är också visat att det relativt ofta uppstår en bakteriemi vid vardaglig munhygien, både vid tandborstning, tuggning och vid användning av tandtråd [6].

Genom att införa regler som förbjuder blodgivning inom tre dagar efter tandbehandling anser vi att man skjuter över målet. Det är en annan sak om patienten har en lokal infektion i munhålan.

Möjligen bör man undvika tandbehandling före blodgivning samma dag.

Orala infektionstillstånd

Man kan med stöd av gjorda studier ifrågasätta lämpligheten av tandborstning strax före blodgivning, men viktigare är kanske att förhindra att patienter med aktuta orala infektioner tillåts lämna blod, oavsett när de var hos tandläkaren senast. Kanske är det i stället de patienter som aldrig går till tandläkaren som är de blodgivare som är minst lämpliga. Tandvårdsrädsla och/eller andra orsaker gör att en stor grupp individer aldrig, eller endast i sällsynta fall, besöker tandläkare, och då oftast för ren akut-tandvård. Hos dessa patienter



Kanske är denna patient en olämpligare blodgivare än den som sköter sina tänder väl och nyligen varit hos tandläkaren.

KORRESPONDENS

ser man ofta svåra orala infektioner, vilket egentligen skulle diskvalificera dem som blodgivare.

Om man vill minska risken för att bakterier ska följa med det donerade blodet bör man, i stället för att stöta bort gamla patienter, satsa på att identifiera dem med orala infektionstillstånd och att hindra dessa från att lämna blod.

Johan Blomgren
klinikchef, oral medicin –
pedodonti,

Harriet Hogevik
avdelningsläkare,
infektionskliniken, Östra
sjukhuset, Göteborg

Litteratur

1. Heimdahl A, Hall G, Hedberg M et al. Detection and quantitation by lysis-filtration of bacteremia after different oral surgical procedure. *J Clin Microbiol* 1990; 28: 2205-9.
2. Jokinen MA. Bacteremia following dental extraction and its prophylaxis. Helsinki: Forssa. 1970; 1-32 Academic dissertation.
3. Silver JG, Martin L, McBride BC. Recovery and clearance rates of oral microorganisms following experimental bacteraemias in dogs. *Arch Oral Biol* 1975; 20: 675-9.
4. Cars O, Nord CE, Nordbring F. Endocarditproylax. *Läkartidningen* 1988; 85: 1046-7.
5. Lepout C, Hortskotte D, Burchardt D. Antibiotic prophylaxis for infective endocarditis. From an international group of experts towards a European consensus. *Eur Heart J* 1995; 16 (Suppl B): 126-31.
6. Hall G, Heimdahl A. Endocardit med oralt ursprung – fakta och antaganden. *Tandläkartidningen* 1994; 86: 468-9.

Replik:

Värdefulla synpunkter skall beaktas

Visst är vi rädda om blodgivarna, men vi är också mycket rädda om blodmottagarna – kanske i detta fall mer än vi har vetenskapligt belägg för.

Bakgrunden till vår karens för blodgivning efter tandbehandling är att enstaka fall av sepsis hos blodmottagare har

beskrivits, där samband fanns med blodgivarens tandbehandling kort tid före tappningen. Blod är ett utomordentligt växtsubstrat för åtskilliga bakterier. Om blodgivaren har en låggradig bakteriemi vid tappningstillfället finns risk att bakterier växer i det tappade blodet under lagringen med risk för allvarlig, till och med letal, komplikation hos mottagaren. Detta måste naturligtvis förhindras. Men kanhända sköt vi över målet då karensen efter tandbehandling beslöt vara så lång som tre dygn. Vi gjorde det på grundval av de regler som rekommenderas av American Association of Blood Banks och WHO.

Med stöd av inlägget ovan och referenser förefaller ett dygns karens vara tillräcklig.

Vid revision av våra regler för blodgivare kommer vi att beakta dessa synpunkter.

Svensk förening för transfusionsmedicin. Arbetsgruppen mot transfusionsöverförd smitta.

Lena Grillner
chefsöverläkare, klinisk
mikrobiologi, Karolinska
sjukhuset, Stockholm

Bengt Ekermo
biträdande överläkare,
blodcentralen, Göteborg

Jan Säfwenberg
överläkare, avdelningen
för klinisk immunologi och
transfusionsmedicin,
Akademiska sjukhuset,
Uppsala

Framstående patolog var tysk

Jag önskar påpeka ett fel i *Läkartidningen* 46/95 sidan 4308.

Rudolf Virchow beskrivs där som den »framstående österrikiske patologen», vilket är fel. Han var född i Pommern, arbetade i Würzburg och Berlin, och kan alltså inte knytas till Österrike, utan endast till Tyskland. Visserligen sades det av professor Jonathan Mann, men man får väl korrigera denna lilla lapsus. Det var säkerligen ett förbiseende från Jonathan Manns sida.

Siegfried Maresch
dr, Kolmården

Fortsätt studera metastaseringsrisk efter laparoskopi

Med anledning av Joar Svanviks medicinska kommentar till vår artikel »Porthålsmetastaser efter laparoskopi» skulle vi vilja göra följande förtydliganden och tillägg.

Huruvida risken för metastasering i porthål vid accidentellt upptäckt gallblåsecancer är större än den i incisionen vid en konventionell galloperation är för närvarande ej klarlagt. I vår enkät rapporteras tre fall av porthålsmetastaser. Med våra två egna fall inkluderade har vi sammantaget fem fall av porthålsmetastaser bland de 6 000 laparoskopiska galloperationerna som omfattades av vår enkät. Svanvik räknar med en frekvens av 1-2 procent av gallblåsecancerfall i detta material, vilket stöds av litteraturrapporter.

Alltför hög siffra

Emellertid kan man befara att denna siffra i detta material är alltför hög, då många patienter som opererades i början av den laparoskopiska eran sannolikt var selekterade fall. Man torde knappast i början ha opererat de äldsta och sjukaste patienterna, de mest kroniska kolecystiterna, de med största stenarna etc. Man kanske kan anta att 1 procent av materialet skulle kunna utgöras av gallblåsecancerfall, vilket i så fall skulle innebära ca 60 patienter.

Minst sju fall

Efter det att vår artikel skrevs har ytterligare två fall av porthålsmetastaser kommit till vår kännedom som båda faller inom tidsramen för vår enkät (januari 1995). Detta innebär minst sju fall av porthålsmetastaser på 60 presumtiva fall av gallblåsecancer = 11,7 procent.

Svanvik påpekar mycket riktigt att vi för närvarande ej har kännedom om risken för implantationsrisker för metastaser vid öppen operation. Att den skulle ligga i storleksordningen 11-12 procent är väl ändå föga troligt. Den enda studien härvidlag som vi känner till är den av Hughes [1] som beskrev 0,7 procent av implantationsmetastaser i ärrer och utgjorde manifestation av disseminerad malignitet. Det finns dock rapporter om porthålsmetastaser från gallblåsecancer ▶