

efter laparoskopisk kolecyctektomi vid mycket tidig och potentiellt botbar (??) sjukdom [2, 3].

### Inga säkra belägg

Trots att ovanstående teoretiska resonemang pekar på att porthålen oftare är utsatta för metastasering än vanliga laparotominsnitt har vi dock inga säkra belägg för detta. Det gör det än mer angeläget att vi genom kliniska observationer och fortsatta experimentella studier försöker ta reda på om laparoskopispecifika orsaker till ökad metastaseringsrisk föreligger.

*Owe Lundberg*  
tf avdelningsläkaren,  
kirurgiska kliniken

*Anders Kristoffersson*  
docent, överläkare,  
Norrlands Universitets-  
sjukhus

### Litteratur

1. Hughes EJR, McDermott FT, Polglase AI, Johnson WR. Tumor recurrence in the abdominal scar tissue efter large bowel cancer surgery. *Dis Colon Rectum* 1983; 26: 571-2.
2. Jatzko G, Lisborg P, Hom M, Dinges HP. Abdominal wall implantation metastases two years after apparently uneventful laparoscopic cholecystectomy. *Chirurg* 1994; 65: 812-4.
3. Sandor J, Ihasz M, Fazekas T, Regöly-Merei J, Batorfi J. Unexpected gall bladder cancer and laparoscopic surgery. *Surg Endosc* 1995; 9: 1207-10.

## Rätt och fel om talassemi-diagnostik

Lars Sandström och medarbetare har i *Läkartidningen* 1-2/96 skrivit en artikel »Talassemi på väg in i landet. Ny patientgrupp på svenska barnkliniker.» Det är mycket värdefullt att på detta sätt informera om diagnostik, omhändertagande och behandling av dessa tillstånd, som nu måste övervägas allt oftare inom alla delar av den svenska sjukvården. De bakomliggande genetiska rubbningarna och de biokemiska diagnostiska teknikerna är emellertid tämligen komplexa och artikeln innehåller därför en del svårtolkade upplysningar, vilka i vissa fall kan ge grund för missuppfattningar vad gäller de diagnostiska möjligheterna. Vissa uppgifter i

det »Schema för provtagning» som finns på sid 29 i artikeln framstår som mest angelägna att kommentera:

### HbA<sub>2</sub> vid $\beta$ -talassemi

HbA<sub>2</sub> ( $\alpha_2\delta_2$ ) är en hemoglobinfraktion som hos vuxna vanligen utgör ett par procent av den totala hemoglobinnmängden. Halten av HbA<sub>2</sub> är nästan alltid stegrad hos vuxna eller större barn med  $\beta$ -talassemi minor. Detta gäller dock inte i nyföddhetsperioden då  $\delta$ -globinsyntesen ännu inte kommit igång i normal omfattning. I praktiken kan diagnosen  $\beta$ -talassemi minor inte bedömas med ledning av HbA<sub>2</sub>-nivån förrän tidigast mot slutet av första levnadsåret.

Vid  $\beta$ -talassemi major kan halten av HbA<sub>2</sub> vara låg, normal eller förhöjd. Variationer i halten av HbA<sub>2</sub> har ingen betydelse vid bedömning av dessa tillstånd. Kardinaltecknet är i stället den totala avsaknaden eller mycket kraftiga reduktionen av normalt HbA<sub>1</sub>, med HbF som kvarstående dominerande fraktion även efter neonatalperioden.

### Hb Bart's och HbH vid $\alpha$ -talassemi

Hb Bart's är en abnorm hemoglobinfraktion ( $\gamma_4$ ) som bildas då normal syntes av fetalt hemoglobin, HbF ( $\alpha_2\gamma_2$ ), inte kan ske på grund av brist på  $\alpha$ -globin. Hb Bart's kan med adekvat teknik påvisas i låg halt hos de flesta nyfödda med  $\alpha$ -talassemi. Det finns även en statistisk korrelation mellan halten av Hb Bart's och svårighetsgraden av talassemin. Av detta skäl har bestämning av Hb Bart's använts för neonatal screening i vissa populationer med hög incidens av  $\alpha$ -talassemi. Metoden kan dock inte användas efter nyföddhetsperioden, då  $\gamma$ -globinsyntesen vid ca 6 månaders ålder nedregleras, medan  $\beta$ -globinsyntesen ökar.

Förekomst av HbH ( $\beta_4$ ) i sådan halt att dess förekomst kan detekteras med »Hb-elfores» ses i regel endast vid tillstånd med tre av fyra  $\alpha$ -globingener inaktiverade (genuppsättning - - / -  $\alpha$ ). I en majoritet av fallen med  $\alpha$ -talassemi får bedömningen därför grundas på en sammanvägning av hereditet, Hb, MCV, röd blodbild, järnstatus och HbA<sub>2</sub>, vars halt vid  $\alpha$ -talassemi kan vara inom nedre delen av referensinter-

vallet eller därunder. DNA-baserade tekniker för diagnostik av de globalt sett vanligaste  $\alpha$ -talassemi-formerna finns också inom nära räckhåll.

Av ovanstående framgår att uppgifterna på sid 28 i Sandströms och medarbetares artikel - »Hb-elektrofores visar vid  $\beta$ -talassemi major ett förhöjt HbA<sub>2</sub> och vid  $\alpha$ -talassemi en patologisk förhöjning av HbF ( $\alpha_2\gamma_2$ ), HbH ( $\beta_4$ ), Hb Bart's ( $\gamma_4$ )» - beklagligtvis är felaktiga. HbA<sub>2</sub> är inte regelmässigt förhöjt vid  $\beta$ -talassemi major. Vid  $\alpha$ -talassemi ses absolut ingen förhöjning av HbF, i de allra flesta fall endast en övergående låggradig förhöjning av Hb Bart's och endast i mera uttalade fall en signifikant förhöjning av HbH.

*Britta Landin*  
docent, överläkare i klinisk kemi, Huddinge sjukhus

## Kommentar

Britta Landins kloka inlägg belyser med all önskvärd tydlighet komplexiteten vid talassemi. Behovet av ett interdisciplinärt samarbete inte minst med ett välutrustat och välutbildat kliniskt kemiskt laboratorium kan inte nog värderas.

*Lars Sandström*  
ST-läkare, Sachska barnkliniken, Södersjukhuset

*Rolf Ljung*  
docent, överläkare, barnkliniken, Universitetssjukhuset MAS, Malmö

*Jan-Inge Henter*  
docent, biträdande överläkare, Karolinska sjukhuset, S:t Görans barnkliniker

*Göran Elinder*  
docent, överläkare, Sachska barnkliniken, Södersjukhuset

### Om tidningen inte kommer

Om *Läkartidningen* inte kommit som den skall på onsdag, fundera på om skälet till den uteblivna tidningen kan vara något av följande:

Är prenumerationen betald?

Är definitiv flyttning anmäld?

## Nationellt diabetesregister - enkla saker krånglas till

Diskussionerna i *Läkartidningen* 4-5/96 kring det Nationella diabetesregistret förvånar mig. Jag vill därför pröva några påståenden som rimligtvis såväl läkare som patienter kan enas kring.

1. Vi har alla målsättningen att de patienter som drabbas av diabetes skall leva ett så autonomt och symtomfritt liv som möjligt. Livet ska heller inte förkortas på grund av brister i behandlingen.

2. När något ska skötas och göras bra måste den som utför det ta ett personligt ansvar. Exempelvis vet alla som har diabetes och reflekterar över sin sjukdom, liksom alla som behandlar diabetes och reflekterar kring vad man gör, att det helt avgörande för behandlingsresultatet är att patienten uppfattar sjukdomen som sitt ansvar och aktivt tar ansvar för behandlingen.

3. Om man vill förbättra vårdgivarnas insatser i behandlingen är det på samma sätt självklart att metoderna för kvalitetsutveckling måste utformas av och tas ansvar för av de inblandade vårdgivarna själva.

4. Enligt min uppfattning passar inte ett nationellt diabetesregister in om ovanstående villkor ska uppfyllas. I varje fall inte nu och i varje fall inte under den form som presenterats.

*Kenneth Widäng*  
allmänläkare, Boden

## Ringproblem - sök tandläkare!

En fingerring som sitter på ett skadat, stasat och svullet finger kan vara svår att avlägsna. Det finns knappast någon som är bättre utrustad för att klara ett sådant jobb så atraumatiskt som möjligt än närmaste tandläkare. Tandläkare finns i dag på flertalet sjukhus, och för övriga sjukhus finns säkert tandläkare i omedelbar närhet. Vänd Er med förtroende till närmaste tandläkare med sådana problem!

*Ebbe Grönlund*  
leg tandläkare, Piteå