



en låg dos (360 enheter) och fyra djur fick den humana standarddosen (1 440 enheter). Den lägre dosen gav endast partiellt skydd mot hepatit A, medan den högre dosen gav ett skydd mot såväl transaminas-höjning i serum som virussekretion i feces.

I en annan studie vaccinerade Robertson och medarbetare [8] två chimpanser med Havrix 1440 en respektive tre dagar efter exponering för en oral infektionsdos av hepatit A-virus. Två andra chimpanser som bara fick virusdosen men ingen vaccination utgjorde kontrolldjur. Av de två Havrix-vaccinerade chimpanserna blev den ena helt skyddad, medan den andra fick en subklinisk hepatit A-infektion. Inte heller hos den senare chimpansen noterades dock någon virusutsöndring i feces. Båda kontrolldjuren insjuknade i hepatit A med transaminas-höjning och virusutsöndring i feces.

Slutsatser

Det finns idag knappast någon anledning att kombinera vaccination mot hepatit A med gammaglobulinprofylax ens till de resenärer som kommer för vaccination omedelbart före avresa till högendemiskt område för hepatit A. En vaccindos Havrix 1440 given före avresan utgör en form av preexpositionspfylax, och eftersom även tidig postexpositionsvaccination tycks fungera behövs knappast något tillägg av gammaglobulin. Det finns även vissa data som talar för att kombinerad profylax kan leda till ett sämre vaccinsvar [9].

Vid endemiska utbrott av hepatit A verkar det som om snabb vaccination av aktuella kontakter är att föredra framför att ge traditionell gammaglobulinprofylax. Det är möjligt att en gammaglobulindos har viss skyddseffekt längre in i inkubationsperioden än vaccinet har vid postexpositionsvaccination, men detta vägs sannolikt upp av att skyddseffekten sitter i längre efter vaccination. Det senare blir allt viktigare ju längre tid ett utbrott pågår.

Om man väljer vaccinprofylax vid massimmunisering måste naturligtvis kostnadsaspekten beaktas. Det blir dyrare med vaccinmodellen.

Litteratur

1. Christenson B, Ryd G, Axelsson G, Ancker C, Noreen B, Holmberg I. Hepatit A-utbrott i Stockholmsförort. Olyckliga omständigheter bidrog. *Läkartidningen* 1995; 92: 1380-2.
2. Behrens RH, Doherty JF. Severe hepatitis A despite passive immunization. *Lancet* 1993; 341: 972.

3. Werzberger A, Mensch B, Kuter B, Brown L, Lewis J, Sitrin R et al. A controlled trial of formalin-inactivated hepatitis A vaccine in healthy children. *N Engl J Med* 1992; 327: 453-7.
4. Prikazsky V, Oléar V, Cernoch A, Safary A, André FE. Interruption of an outbreak of hepatitis A in two villages by vaccination. *J Med Virol* 1994; 44: 457-9.
5. McMahon BJ, Beller M, Williams J, Schloss M, Snowball M, Tanttila H et al. A program to control an outbreak of hepatitis A in Alaska using an inactivated hepatitis A vaccine. 34th ICCAC-meeting, 1994. (Abstract H11).
6. *Epidemiology Bulletin*, State of Alaska, Section of Epidemiology. Dept of Public Health, Dept of Health and Social Service, 15 januari 1988.
7. D'Hondt E, Purcell RH, Emerson SU, Wong DC, Shapiro M, Govindarajan S. Efficacy of an inactivated hepatitis A vaccine in pre- and postexposure conditions in marmosets. *J Infect Dis* 1995; 171: S40-3.
8. Robertson BH, D'Hondt EH, Spelbring J, Tian H, Krawczynski M, Margolis HS. Effect of postexposure vaccination in a chimpanzee model of hepatitis A virus infection. *J Med Virol* 1994; 43: 249-51.
9. Green MS, Cohen D, Lerman Y, Sjögren M, Binn LN, Zur S et al. Depression of the immune response to an inactivated hepatitis A vaccine administered concomitantly with immune globulin. *J Infect Dis* 1993; 168: 740-3.

Många med hjärtinfarkt får inte trombolytisk terapi

Trombolytisk terapi har visats minska dödligheten vid akut hjärtinfarkt. Trots det gavs sådan behandling till bara en tredjedel av ett representativt urval på drygt 4 000 infarktpatienter som togs in vid sjukhus i elva europeiska länder under 1993 och första halvåret 1994. Ytterligare 20 procent borde ha fått trombolytisk terapi enligt indikationerna.

Särskilt missgynnade var äldre och kvinnor. Så få äldre har dock rekryterats till kliniska prövningar att det råder tveksamhet om nytta-riskkvoten med trombolys för dem. Vid fem av de elva sjukhusen i studien fanns det tecken på att 75 eller 80 år var den övre gränsen för trombolytisk terapi.

Att kvinnor missgynnas har tidigare visats vid koronar bypass-operation och angioplastik.

Lancet 1996; 347: 1203-7.

Möss utan prionproteiner förlorar Purkinje-celler

Den normala varianten av »prionproteiner» (PrP, vars förändrade form präglar individer med spongiform encefalopati som Creutzfeldt-Jakobs sjukdom) förfaller ha flera viktiga funktioner. De tycks hindra Purkinje-celler i hjärnans balans- och motorikcentrum att dö i förtid och hjälpa till att kontrollera sömn och vakenhet. Den slutsatsen dras av försök på möss utan PrP-gener.

New Scientist 1996; 15 (No 2026): 18.

P-piller för män – möjligt men orealistiskt?

Amerikanska forskare har avslöjat att en surgörningsmekanism, som särskilda epitelceller i epididymis och vas deferens svarar för, reglerar manlig fertilitet. Vid korrekt funktion garanterar cellerna den sura miljö som gör att spermerna mognar vilande i lagom takt. Denna mekanism skulle alltså kunna bli ett lämpligt mål för ett manligt p-piller.

I en kommentar till fyndet betecknas emellertid ett manligt p-piller som en myt. Det kostar uppåt 70 miljoner dollar att i väst introducera en ny metod för antikonception, p-piller skyddar inte mot sexuell överförda sjukdomar – och skulle kvinnor våga lita på att män tagit sina piller?

Nature Medicine 1996; 2: 398-9, 470-2.