

## Försämra inte klamydia-diagnostiken!

Den mikrobiologiska diagnostiken vid sexuellt överförd klamydiainfektion startade under 1970-talet med en odlingsmetod som fortfarande är referensmetod [1]. På många laboratorier övergick man under 1980-talet till ELISA-teknik, vilken nu överges till förmån för nukleinsyra-amplifieringsmetoder (PCR, LCR). De senaste har en mycket bättre känslighet och specificitet.

Känsligheten för uretraprov ökas från 60–70 procent med ELISA-teknik till 90–95 procent med PCR–LCR-teknik jämfört med sk expanded golden standard [2]. För cervixprov ökas känsligheten från 70 till 95 procent. Amplifieringsmetoderna fungerar dessutom lika bra på urinprov. Detta ger sammantaget en högre säkerhet i klamydiadiagnostiken. PCR och LCR är specifika reaktioner och i praktiken krävs enbart reproducerbart positivt test för säker diagnos.

### Felaktigt negativt testresultat

Den gamla metoden (ELISA) lanseras nu som ett öppen-vårdstest i form av bedside-test (Clearview). Dokumentation finns i en jämförande undersökning från London på cervixprov [3]. Referensmetoden i den undersökningen har en känslighet på 70 procent [G L Ridgway, Dept clin microbiol, University College, London Hospitals, pers medd].

Beside-testet visar i studien en känslighet på 90 procent av referensmetoden, dvs i verkligheten (0,9 × 0,7) drygt 60 procent. Undersöks patienter med detta bedside-test erhåller nära 4 av 10 smittade patienter ett felaktigt negativt testresultat. På vissa håll i världen kan detta vara acceptabelt, nämligen på de mottagningar där man möter patienten bara en gång.

Detta gäller dock inte svenska förhållanden där patienterna återkommer och vi bemödar oss om att ge adekvat behandling till en större andel av våra patienter än 60 procent.

I ett oselekerat patientmaterial är oftast prevalensen klamydiasmittade ca 3 procent. Med ELISA-testets prestanda (specificitet 99 procent, sensitivitet 60 procent) blir då det prediktiva värdet för positivt

test 64 procent. Således kommer nära 4 av 10 testpositiva patienter att få felaktig klamydiadiagnos.

Vi anser att bedside ELISA-test för diagnostik av sexuellt överförd klamydiainfektion i dag inte har någon plats på den svenska marknaden. Försäljning av icke tillförlitliga mikrobiologiska test av denna typ kan knappast anses vara seriös och bör inte ske.

*Kristina Ramstedt*  
epidemiolog, SMI, Stockholm

*Hans Fredlund*  
smittskyddsläkare, Örebro

*Torvald Ripa*  
chefsöverläkare, kliniskt mikrobiologiska laboratoriet, Lund

I ovanstående synpunkter instämmer:

Christina Brihmer, Danderyd, Solgun Bygdeman, Huddinge, Dan Danielsson, Örebro, Lars Falk, Örebro, Håkan Gnarpe, Gävle, Anders Hallén, Uppsala, Björn Herrman, Uppsala, Eva Hjelm, Uppsala, Gunnar Johannisson, Göteborg, Kaj Josefsson, Halmstad, Ingegerd Kallings, Stockholm, Erik Kihlström, Linköping, Anders Lindberg, Halmstad, Elisabeth Persson, Malmö, Kenneth Persson, Malmö, Vivianne Rahm, Gävle.

### Referenser

- Hallander H, Löwenhamm M, Danielsson D, red. Referensmetodik för laboratoriediagnostik vid kliniskt mikrobiologiska laboratorier. I 6. Sexuellt överförbara infektioner (STD). Stockholm: Smittskyddsinstitutet, 1994.
- Schachter J. Evolution of diagnostic tests for Chlamydia trachomatis infections. In: Sary A, ed. Proceedings third meeting of European Society for Chlamydia Research 1996: 243-6.
- Carder C, Matthews RS, Menton J, Ridgway GL, Sheard P. Evaluation of an improved Clearview Chlamydia MF antigen test for detection of Chlamydia trachomatis in endocervical swabs. In: Sary A, ed. Proceedings third meeting of European Society for Chlamydia Research 1996: 344.

Register för första halvåret 1996 medföljde Läkartidningen 30–31/96.

## KORRESPONDENS

## Klorokinofosfat som malaria-profylax skall doseras efter kroppsvikt!

Under årets första åtta månader, 1996, behandlade vi på infektionskliniken i Lund åtta patienter med malaria orsakad av Plasmodium falciparum, som förvärvats i Afrika. Det är väl känt att rekommendationer angående malariaprofylax inte alltid är enkla att ge och att patientens dåliga följsamhet är ett stort problem, vilket också klart framgår av våra patientfall. Av åtta patienter visade det sig att en person inte tagit någon form av farmakologisk malariaprofylax. Endast hos två patienter, som båda tagit Klorokinofosfat och Paludrine, kunde inget uppenbart fel identifieras vad beträffar ordinerad profylax och följsamhet. Koncentrationsbestämningar av aktuella preparat utfördes dock ej på patienterna. Bland de återstående fem malariapatienterna framkom minst en felande länk, antingen i profylaxrekommendationer eller ordinationsföljsamhet.

### Avbröt medicineringen

En resenär till Ghana avslutade adekvat Lariam-profylax efter sju av tio veckors vistelse i landet på grund av uppgiven obstipation. Hon insjuknade fem veckor efter hemresan i malaria.

Ytterligare en resenär till Namibia avbröt snabbt Paludrine-intaget, då hon tyckte att det var för besvärligt med dagligt medicinintag, men fortsatte med Klorokinofosfat en gång per vecka i en korrekt dosering. Efter fyra veckors vistelse i landet reste hon hem till Sverige och insjuknade i feber en vecka efter hemkomsten.

Tre patienter med kroppsvikterna 80, 95 respektive 106 kr hade alla ordinerats två tabletter Klorokinofosfat à 250 mg per vecka samt daglig Paludrine. Hos alla tre understiger doseringen av Klorokinofosfat den enligt Fass rekommenderade! Doseringen borde ha varit 2 1/2, 3 respektive 3 1/2 tabletter vardera av Klorokinofosfat à 250 mg. En av dessa tre

hade dessutom tagit sin första dos av Klorokinofosfat dagen före ankomst, men ej tagit någon extra dos tre dagar därefter utan först en vecka efter första doseringstillfället.

Utän att vidare gå in på preparatval vid malariaprofylax eller värdet av icke farmakologiska profylaxåtgärder framkommer att hela tre av sex patienter som använt Klorokinofosfat och Paludrine som malariaprofylax ordinerats inadekvat dosering av Klorokinofosfat! Jag vill därför uppmärksamma det faktum att Klorokinofosfat, när det används som malariaprofylax, skall doseras efter kroppsvikt.

*Andreas Mårtensson*  
leg läkare,  
infektionskliniken, Lund

### Referenser

- Wyler DJ. Malaria chemoprophylaxis for the traveler. N Engl J Med 1993; 329: 31-7.
- Rombo L. Reserädet. SBL-Vaccin. 1996.

## Dressera ordbehandlaren!

Allt fler manuskript passerar nu ordbehandlare, vilket har många fördelar för författaren men inte sällan medför problem för tidskriftsredaktion och bedömare.

De formella krav Läkartidningen ställer på manuskript – se författaranvisningarna som kan rekvireras från redaktionen – gäller också för ordbehandlaren alster:

Utskriften skall hålla god svärta, annars är den både svåräst och omöjlig att kopiera.

Dubbelt radavstånd måste ställas in, dvs det skall inte vara mer än ca 25 rader per sida. 5 cm:s vänstermarginal rekommenderas.

Varje sida skall numreras, och manuskriptet skall inte vara ett odelat datalakan. Manusidorna skall vara i A4-format.

Läkartidningen tar gärna emot material på diskett, om texten är inskriven enligt våra anvisningar. Dessa kan beställas från sekretariatet.