

oral contraceptive usage associated with subsequent hormone replacement therapy.

M Hammar, J Frisk, J Brynhildsen, L Dabrosin, R Lindgren, E Nedstrand, Y Wyon. *Läkertidningen* 1997; 94: 1084-8

To chart current and previous use of hormone replacement therapy (HRT) and alternative remedies in a postmenopausal population, in relation to previous oral contraceptive (OC) usage, all 1,323 55-56-year-old women living in Linköping in 1995 were sent a questionnaire concerning health status and climacteric symptoms, and previous and/or current use of HRT, OCs and alternative remedies. Current HRT was more common among previous OC users than among those who had never used OCs (41,4 vs. 23,1 percent). As compared with non-HRT users, HRT users were characterised by greater physical activity but less strenuous occupations, and a higher prevalence of hysterectomy. Of the series as a whole, 35 per cent were currently on HRT, half of them having been so for at least two years, and only 5 per cent had abandoned HRT after trying it for some time. Alternative remedies were used by 5 per cent of the women as therapy for climacteric complaints, but about four times as many women had tried such therapy and abandoned it. The sole characteristic feature of alternative remedy usage was that it was less common among hysterectomised women. Of women treated for breast cancer, none used HRT and few used alternative remedies.

Thus, in this postmenopausal population, the prevalence of HRT was high, as was the level of compliance. Previous OC usage was probably a determinant of current attitudes toward HRT.

Correspondence: M Hammar, Inst för Obstetrik och Gynekologi, Hälsouniversitetet, Universitetssjukhuset, S-581 85 Linköping.

Buksmärtor, feber och patologiskt leverstatus

MISSTÄNK MONONUKLEOS ÄVEN HOS VUXNA

En kvinna hade svåra, petidinkrävande buksmärtor, feber och ett kraftigt derangerat leverstatus med bland annat en 10-faldig stegring av alkaliska fosfatasersaktivitet. En omfattande utredning utmynnade i diagnosen mononukleos. Patienten behandlades symtomatiskt och blev så måningom helt återställd.

Mononukleos, som orsakas av Epstein-Barr(EB)-virus, har i regel ett lindrigt förlopp [1]. Det är dock inte ovanligt med mjält- och leverförstoring och till bilden hör då ofta patologiskt leverstatus i form av förhöjda aminotransferasvärden och alkaliska fosfataser [1]. Aminotransferasvärden kan ibland stiga upp till fem gånger över det normala [2]. Leverpåverkan orsakad av mononukleos kan i extrema fall vara uttalad med ett mycket kraftigt derangerat leverstatus och även vara förenad med svåra buksmärtor, vilket illustreras av följande fall.

Fallbeskrivning

En 38-årig, tidigare väsentligen frisk kvinna ankom till sjukhus med ett par veckors anamnes på allmän trötthet och feber upp till 39,7 grader. Hon hade av och till besvärats av lättare smärtor i halsen men hade inga andra infektionssymtom. Patienten hade märkt en tilltagande buksvullnad och hade gått upp 2 kg i vikt trots sämre matlust. Ankomstdagen debuterade diffusa smärtor i övre delen av buken, vilka snabbt accentuerades och endast kunde lindras med petidin.

Vid fysikalisk undersökning fann man att patienten var normalviktig, febril och smärtpåverkad. Munhåla och svalg var utan anmärkning och inga förstora lymfkörtlar kunde palperas. Buken var något uppdriven och måttlig ascites kunde inte uteslutas. Det fanns ingen peritonitretning. Några patologiska resistenser palperades inte men kunde inte uteslutas då patienten ömmande kraftigt redan vid lätt palpation under höger arcus och i epigastriet.

Laboratoriemässigt fann man i serum ett kraftigt derangerat leverstatus med S-aspartat-aminotransferas (S-ASAT) 8,9 μ kat/l (referensvärde <0,6), S-alanin-aminotransferas (S-ALAT) 9,1 μ kat/l (<0,6), alkaliska fosfataser (S-ALP) 53 μ kat/l (0-5,0), gamma-glutamyltransferas (S-GT) 13 μ kat/l (<0,40) och S-bilirubin 52 μ mol/l (3,4-21).

Simplastinvärdet (protrombinkomplex) var normalt, 99 procent (70-130). Pankreas specifikt S-amylas var 1,3 μ kat/l (0,4-2). Sänkningsreaktion (SR) var 20 mm och vita blodkroppar $7,6 \times 10^9/l$ (4,0-10,0).

Perifera blodvärden för hemoglobin och trombocyter var inom referensområdena. Hepatitserologi med avseende på hepatit B- och C-virus var negativ liksom undersökning av autoantikroppar mot cellkärnor, mitokondrier och glatt muskulatur.

Fraktionerade S-proteiner visade ett något lågt albuminvärde, 34 g/l (40-51), haptoglobin 1,2 g/l (0,32-1,90), IgG 11 g/l (6,9-15,7), IgA 2,01 g/l (0,70-3,65), IgM 2,44 g/l (0,55-2,3), ceruloplasmin 0,37 g/l (0,23-0,50) och alfa₁-antitrypsin 2,1 g/l (0,97-1,68). Urinodling var negativ.

En sonografisk undersökning av buken kunde påvisa en kraftigt förstora lever utan fokala förändringar och normalvid gallvägar samt en måttligt förstora mjälte. Ascites förelåg ej.

Ett flertal diagnoser övervägdes

På grund av svåra buksmärtor, förstora och ömmande lever samt kliniskt suspekt ascites misstänktes Budd-Chiari syndrom. Detta kunde uteslutas efter en ultraljudsundersökning med färgdoppler som visade helt normalt blodflöde avseende levervener, vena portae och vena cava inferior. Datortomografi med kontrast av buken kunde inte heller visualisera trombotiserade kärl. Denna

Författare

JERZY KACZYNSKI

med dr, överläkare, medicinska kliniken, Östra sjukhuset, Göteborg.

ANNONS

ANNONS

undersökning bekräftade förekomsten av en hepatosplenomegali och avsaknad av ascites, och man kunde inte heller påvisa några förstörade lymfkörtlar. Pankreas var utan anmärkning. En process i gallvägarna med kolangit kunde uteslutas med normal endoskopisk retrograd kolangiopankreatikografi (ERCP) samt negativa blododlingar.

Som en annan differentialdiagnos övervägdes också mononukleos. Miss-tanken stärktes av lymfocytos (60 procent) och förekomsten av atypiska lymfocyter i differentialräkningen samt ett positivt Monospot-test. Diagnosen kunde bekräftas med virusititrar. Initialt fanns det inga serologiska hållpunkter för en aktuell infektion, men ett nytt prov två veckor senare visade IgM-antikroppar mot EB-virus i titer 128; detta talade för aktuell infektion.

Patienten blev snabbt feberfri men fortsatte att besväras av petidinkrävande buksmärtor. Då B-Hb sjönk från 133 g/l (116–149) till 108 g/l på några dagar, misstänktes supkapsulära blödningar i den förstörade mjälten. Efter ny dator-tomografi kunde man dock avfärda denna misstanke.

Patienten kände sig trött och tagen men buksmärtorna började långsamt klinga av, och efter ungefär en vecka kunde petidin sättas ut. Leverstatus förbättrades stadigt och vid utskrivningen, drygt två veckor efter ankomsten, var S-ALP 20 µkat/l, aminotransferaser obetydligt förhöjda (<1,0 µkat/l) och S-bilirubin normalt.

Vid återbesök två månader senare var patienten väsentligen återställd. B-Hb var 133 g/l, och med undantag för en diskret ökning av S-ALAT, 0,77 µkat/l, var leverstatus helt normaliserat. S-ALP var 3,1 µkat/l.

Mononukleos kan också drabba i medelåldern

Mononukleos är en benign sjukdom som drabbar företrädesvis barn och ton-åringar [3]. I Sverige har cirka 90 procent av 20-åringarna antikroppar mot EB-virus [1]. Allvarliga komplikationer är ovanliga och innefattar huvudsakligen mjältruftur och fulminant hepatit på grund av periportal nekros [4]. En sällsynt variant är en så kallad sporadisk, letal, infektiös mononukleos. Medianåldern är 13 år och alla patienter har förutom feber, sväljningssvårigheter och allmän sjukdomskänsla även uttalad lymfadenopati och splenomegali [2].

Den vanligaste dödsorsaken är fulminant hepatit med kraftigt ökade aminotransferas- och bilirubinvärden [2, 5]. Fulminant EB-virushepatit efter blodtransfusion, med dödlig utgång hos vuxen, är också beskriven [3].

Att allvarlig mononukleos också kan

drabba vuxna, även utan föregående blodtransfusion, illustreras av ovanstående fallbeskrivning. Det ovanliga med fallet var den kolestatiska bilden med en mycket kraftig ökning av framför allt alkaliska fosfataser. Svåra, petidinkrävande buksmärtor vid mononukleos är inte heller beskrivna. Orsaken till buksmärtorna hos den aktuella patienten är oklar. Hon gick upp i vikt i början av sjukdomsperioden trots sämre matlust och frånvaro av ascites. Då levern var klart förstörad kan åtminstone en del av denna viktuppgång förklaras av ökad levervikt. Den snabba levertillväxten kan ha resulterat i ökad spänning i leverkapseln och på så sätt orsakat buksmärtor. Detta skulle också kunna förklara den uttalade palpationsömheter över levern.

Mononukleos alternativ till akut buk

Trots att patienten fortsatte att ha buksmärtor och patologiskt leverstatus blev hon snabbt feberfri. Även om infektionsanamnesen är typisk utesluter därför frånvaron av feber ingalunda en aktuell mononukleos om patienten söker sent i förloppet av sjukdomen. Mononukleos kan alltså vara en av många icke-kirurgiska orsaker till buksmärtor och patologiskt leverstatus som bör ihågkommas också hos vuxna patienter.

Referenser

1. Iwarson S. Infektioner i lymfoida vävnader m m. I: Iwarson S, red. Infektionssjukdomar. 3 uppl. Stockholm: Almqvist & Wiksell Förlag AB, 1991: 199-211.
2. Markin RS. Manifestations of Epstein-Barr virus-associated disorders in liver. Liver 1994; 14: 1-13.
3. Papatheodoridis GV, Delladetsima JK, Kavallierou L, Kapranos N, Tassopoulos NC. Fulminant hepatitis due to Epstein-Barr virus infection. J Hepatol 1995; 23: 348-50.
4. Tomkinson BE, Sullivan JL. Epstein-Barr virus infection and infectious mononucleosis. In: Gorbach SL, Bartlett JG, Blacklow NR, eds. Infectious diseases. Philadelphia PA: W B Saunders Company, 1992: 1348-56.
5. Shaw NJ, Evans JHC. Short reports. Liver failure and Epstein-Barr virus infection. Arch Dis Child 1988; 63: 432-45.

Särtryck!



Kvalitetssäkring har blivit ett etablerat begrepp inom hälso- och sjukvården. Utvecklingen har påskyndats av den pågående omprövningen av organisations- och styrformer.

Läkartidningens serie kring detta fick rubriken "medicinsk revision", som ligger nära den engelska beteckningen "medical audit". Härmed avses en process som består i definition av mått på vårdverksamheten, observation och mätning av utfall samt åtgärdande av brister eller avvikelser från den standard man definierat.

Serien omfattade 32 artiklar, som publicerades 1991–1992. Den har nu samlats i ett 84-sidigt särtryck och kan beställas med kupongen nedan.

Pris 80 kronor. Vid 11–50 ex 72 kronor, vid högre upplagor 67 kronor/ex.

..... ex Medicinsk revision

.....
Namn

.....
Adress

.....
Postnummer/Postadress

Insändes till Läkartidningen,
Box 5603, 114 86 Stockholm

Beställning per fax:
08-20 76 19