

Munfloran kan förorsaka meningit vid lumbalpunktion

I Läkartidningen 14/98 publicerades en meningitsutväxling rörande iatrogen meningit som jag vill kommentera.

När det gäller hygienrekommendationer är det, som också påpekats, viktigt att dessa är väl underbyggda och trovärdiga. Åtgärder som uppfattas som rituella besvärjelser gör att man snabbt förlorar respekten för såväl de förebyggande åtgärderna som den komplikation man önskar förhindra. Sjukvårdspersonal med munskydd fladdrande kring halsen i ett eller flera lager är ett bra exempel på detta. Jag instämmer därför helt i observationerna som görs av Arneborn, Bäck och Sjöberg.

Jag är däremot inte enig med dem om att munskydd inte skulle vara nödvändigt vid lumbalpunktion. Detta av flera orsaker. Författarna refererar till endast enstaka fall av meningit efter diagnostisk lumbalpunktion och anger att dessa vanligtvis är förorsakade av mikroaerofyla streptokocker. Visserligen finns ytterligare fall än de som refereras, då förorsakade av α -streptokocker [1, 2], men vare sig det rör sig om iatrogen meningit efter lumbalpunktion eller spinalanestesi/myelografi är det en ytterligt sällsynt komplikation. Då antalet spinalanestesi vid överstiger antalet diagnostiska lumbalpunktioner, är det inte oväntat att komplikationerna speglar detta faktum.

Det lades t ex 10 000 spinalanestesi-er vid anestesi-kliniken i Kalmar 1990–1996 – flera hundra tusen spinalanestesi-er kan ha lagts i Sverige under tiden – och man rapporterade nio fall av iatrogen meningit till Patientförsäkringen. Det vore dock naivt att tro att alla rapporterade fall sammanfaller med samtliga inträffade fall. Det är vidare möjligt att man antibiotikabehandlat meningit utan att denna är diagnostiserad.

Det faktum att munflora i samband med lumbalpunktion/spinalanestesi kan förorsaka meningit räcker inte för att beskriva exakt den/de sätt på vilket bakterierna introduceras i spinalkanal. Dagens anestesilog använder nybruten endosampull som dessutom ofta är sterilförpackad. Att infallsporten alltid skulle gå via injektatet är därför inte det mest sannolika. I de fall man har svårigheter att komma in i spinalkanal ökar däremot exponeringstiden för munfloran och sannolikt också risken för infektiös komplikation. Ska man av

den anledningen ta på sig munskydd först när lumbalpunktionen visar sig vara svår? Och när blir den »svår»?

Lumbalpunktions snart 100-åriga historia är kantad av berättelser om större eller mindre komplikationsepidemier. Man hade på 40-talet i Storbritannien 11 fall av meningit där man så småningom identifierade ett s k vattenfilter som sannolik föroreningskälla [3].

Man har beskrivit enstaka fall och små epidemier av aseptisk meningit där agens är desinfektionsvätska [4].

Vi kan tacka våra observanta kolleger genom dessa årtionden för att vi numera har så pass säkra metoder att vi inte ser just dessa komplikationer längre. Det faktum att flertalet iatrogena meningiter, rapporterade de senaste åren, förorsakas av munflora borde få oss att uppmärksamma detta faktum, inte att framhäva dess sällsynthet. När alla andra riskmoment hanteras optimalt kvarstår endast lumbalpunktörens munflora som kontaminationskälla. Det vi observerar är kanske en effekt av den utbredda vanan att utesluta ansiktsmask.

Det har tidigare uppmärksammats att bland all sjukvårdspersonal är läkare den kategori som är minst benägen att följa hygienföreskrifter [5]. Kanske finns det trots allt någon fördel med ett sådant förnekande beteende. Om doktorn har huvudet under armen riskerar patienten i alla fall inte meningit vid lumbalpunktion.

Vibeke Moen
överläkare,
anestesi- och intensivvårdskliniken,
Länssjukhuset i Kalmar

Referenser

1. Majka, FA, Gysin WM, Zaayer RL. Streptococcus salivarius meningitis following diagnostic lumbar puncture. *Nebr Med J* 1956; 41: 279-81.
2. Scheenberger PM, Janssen M, Voss A. Alpha-hemolytic streptococci: A major pathogen of iatrogenic meningitis following lumbar puncture. Case reports and a review of the literature. *Infection* 1996; 24: 29-33.
3. Barrie HJ. Meningitis following spinal anesthesia. *Lancet* 1941; 1: 242-3.
4. Bert AA, Laasberg H. Aseptic meningitis following spinal anesthesia – a complication of the past? *Anesthesiology* 1985; 62: 674-7.
5. Wilhelmson B. Svårt att få läkarnas gehörens för det mest elementära. *Läkartidningen* 1996; 93: 2839.

Kroppsliga ingrepp måste få diskuteras

Debattartikeln »Rituell omskärelse av småpojkar är barbari» i Läkartidningen 18/98 har som framgick av Tomas Bratels korrespondensinlägg i Läkartidningen 21/98 väckt kraftiga reaktioner. Kanske upplevdes den som särskilt provocerande därför att den saknade debatt-vinjett, vilket den borde haft. Debattartiklar bedöms endast i undantagsfall av referenter.

Artikeln var en fortsättning på flera korrespondensinlägg om smärtlindring vid omskärelse (Läkartidningen 48/97). Där klargjorde Svenska barnläkarförbundet och Svensk barnkirurgisk förening med anledning av flera fall att »det är starkt smärtsamt och ångestfyllt för barnet att utan någon som helst bedövning få sin förhud genomskuren på det sätt som det görs vid en omskärelse» samt att »barn känner smärta redan från nyföddhetsperioden». De hade inga principiella invändningar mot omskärelse som sådan, inte heller mot att den görs på religiös indikation.

Även en medicinsk åtgärd

Även om omskärelse av småpojkar, som Tomas Bratel uttrycker det, är en viktig del både av judiskt och muslimskt religiöst liv är det också en medicinsk åtgärd. Hur en sådan skall genomföras och indikationerna för den måste kunna diskuteras i en medicinsk tidskrift.

Sedan omskärelse infördes har synen på dels kroppsliga ingrepp utan individens samtycke, dels barns ställning och smärtupplevelser förändrats. FNs barnkonvention är ett uttryck för denna ökade hänsyn till barnen. Mot den bakgrunden accepterades debattartikeln för publicering i Läkartidningen.

Gränsdragningen kan alltid diskuteras när det gäller åsikter och ordval i debattartiklar. Detta fall aktualiserar emellertid en större principfråga som vi välkomnar debatt om: Hur skall hälso- och sjukvården i en mångkulturell miljö ställa sig till önskemål om t ex kroppsliga ingrepp och andra åtgärder som inte är strikt medicinskt motiverade? Och i vilka situationer är det acceptabelt att genomföra åtgärden på en individ utan dennes samtycke?

Yngve Karlsson
medicinsk huvudredaktör,
Läkartidningen