

Sälfinger – åter aktuell jägaråkomma

■ Sälldjur kan vara bärare av många infektiösa agens av kliniskt intresse. Sälfinger är hos gamla säl- och valjägare en sedan länge känd åkomma som dock den senaste tiden alltmer fallit i glömska. Detta framför allt på grund av att epidemisk säldöd under 1980-talet decimerade bestånden, varför kontakten mellan människa och säl varit minimal. Stammen har dock återhämtat sig markant, och idag beräknas det finnas mer än 13 000 sälar i Östersjön. År 2002 infördes åter jakt på gråsäl, och 79 stycken sköts redan första året. Incidensen av sälfinger bland säljägare har setts variera mellan 2,5 och 10 procent per år [1]. Då denna jaktform ökar är det troligt att sälfinger kommer att bli en allt vanligare syn på landets vårdcentraler. Läkarkårens allmänna kunskap kring detta tillstånd är klart begränsad, och mycket lite går att finna i litteraturen.

Fallbeskrivning

En medelålders man inkommer till vårdcentralen i Ljusdal i augusti 2003 med ett stort, svullet vänster långfinger. Han uppger att fingret smärtar kraftigt samt att det svullnat upp cirka 4 dagar efter att han skurit sig i samband med en säljakt utanför Njutånger vid Hälsingekusten. Han är inte allmänpåverkad, och efter att han insisterat på att få tetracyklin skriver läkaren ut doxycyklin 100 mg/dygn i 10 dagar. Svullnaden och smärtan lägger sig under behandlingstiden men blossar åter upp när kuren avslutats. Åter på vårdcentralen incideras fingret utan att man finner någon abscess, och mannen går hem utan antibiotika. Han återkommer två dagar senare helt uttrötad då han inte kunnat sova sedan senaste besöket på grund av våldsamt smärta från fingret. Han erhåller nu på egen begäran doxycyklin 200 mg/dygn i två veckor. Han blir allt bättre, och efter avslutad kur finns ingen svullnad, men viss rörelserelaterad smärta kvarstår i dip(distala interfalangeal)-leden.

Etiologi

Orsaken till sälfinger har länge varit okänd. Den senaste tioårsperioden har dock mykoplasma ansetts vara den troliga orsaken. Tre arter har isolerats från sälar i Östersjön: *Mycoplasma phocidae*, *Mycoplasma phocarhinis* och *Mycoplasma phocacerebrale*. 1998 lyckades forskare i Boston isolera *M phocacerebrale* från en patient med sälfinger samt från framtänderna på den säl som bitit patienten [2]. Teorin om att den cellväggslösa mykoplasman är orsak till sälfinger stöds också av det faktum att tetracykliner länge setts vara effektiva, medan β -laktamantibiotika varit verkningslösa.

Klinik

För att infekteras krävs kontakt med säldjur samt en hudskada. Inkubationstiden är vanligen 4 dagar men kan variera

Sammanfattat



Sälfinger (alternativt sälbrand, sälnodnad, späckfinger) är en för de flesta läkare okänd fingerinfektion som ger våldsamt smärta och svullnad och som uppkommer efter kontakt med säl.

Om inte adekvat behandling sätts in tidigt finns stor risk för leddestruktion med kvarstående stelhet som följd. Infektionen är helt okänslig för β -laktamantibiotika, vilket är den vanliga behandlingen vid mjukdelsinfektioner.

Mycket tyder på att infektionen orsakas av en mykoplasma, och behandling med tetracykliner i hög dos har länge setts vara effektiv.

mellan 1 och 15 dagar. Initialt ses en mindre, papulär, icke purulent, myggbettsliknande lesion där bakterien har trängt in. Inom de närmaste dagarna följer kraftig smärta och svullnad samt, om ingen behandling ges, ledengagemang av pip(proximala interfalangeal)- eller dip-leden [1]. Vanligen ses inget pus. Smärtan är ofta så våldsamt att patienten inte kan sova, och det finns flera exempel då den drabbade efter veckor av smärta till slut amputerat sitt eget finger för att få ett slut på lidandet [3]. Svullnaden varierar, men det är inte ovanligt att fingret svullnar till tre gånger normal storlek. I sällsynta fall kan hela handen svullna. Typiskt är dock att infektionen aldrig sprider sig utan förblir lokaliserad till fingret [4]. Utan adekvat behandling får 63 procent ledengagemang, och efter några veckor ses demineralisering och minskad ledspringa på röntgen. Utan behandling får närmare 50 procent kvarstående stelhet med framför allt extensionsdefekt i den angripna leden [3]. Ingen förvärvad immunitet har rapporterats, och det finns flera uppgifter om fall där samma person infekterats vid upprepade tillfällen.

Diagnostik

Histologiskt ses perivaskulär infiltration med lymfocyter och plasmaceller i subkutan fettvävnad men ingen nekros, abscess eller granulombildning. I ledvävnad ses synovit och osteit [1]. Diagnosen sälfinger är i första hand klinisk, men en odling bör tas från ingångssåret. På odlingsremissen måste det framgå att det är just mykoplasma som efterfrågas, då



Bästa profylax vid hantering av sälar är plasthandskar.

denna bara odlas på speciella bakteriologiska laboratorier.

Behandling

Tetracykliner har sedan 50 år setts vara effektiva mot sälfinger. Tidig behandling har stor betydelse för prognosen. Behandling i hög dos krävs. På sälfångstfartyg i Kanada gav man tidigare besättningen jättedosen 2 gram/dygn i 4–6 veckor [1]. Idag anses en lämpligare dosering vara doxycyklin 200 mg/dygn i två veckor. Den i Boston isolerade mykoplasman var känslig mot tetracyklin, ciprofloxacin och kloramfenikol men resistent mot erytromycin, klindamycin, vankomycin och gentamycin [2]. Om infektionen lett till leddestruktion kan artrodes vara nödvändigt för att bli av med kvarstående smärta [1].

Prevention

Sälfinger kan i de flesta fall undvikas genom god handhygien och användning av plasthandskar vid hantering av säldjur. Om ett skärsår eller bitt uppstår skall fingret tvättas noggrant med tvål och vatten samt avslutningsvis med alkohol [4].

*

Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Artikelförfattaren är bekant med patienten i fallbeskrivningen och har med hans tillåtelse och hjälp fått ta del av sjukdomshistorien.

Referenser

1. Hartley JW, Pitcher D. Seal finger – tetracycline is first line. *J Infect* 2002;45:71-5.
2. Baker AS, Ruoff KL, Madoff S. Isolation of *Mycoplasma* species from a patient with seal finger. *Clin Infect Dis* 1998;27:1168-70.
3. Candolin Y. Seal finger and its occurrence in the gulfs of the Baltic sea. *Acta Chir Scand* 1953;Suppl 177:7-51.
4. Krag ML, Schönheyder HC. Sælfinger og andre infektioner overførbare fra sæler. *Ugeskr Laeger* 1996;158:5015-6.



= artikeln är referentgranskad

ANNONS

SUMMARY

Seal finger is an infectious disease unknown to most physicians. It occurs after contact with seals, and the symptoms include acute pain, swelling, and, in some cases, there is joint involvement. The etiologic agent of Seal finger is now believed to be *Mycoplasma*, and treatment with high dose tetracycline has been successful for over 50 years. Seals are after years of protection once again hunted in Sweden, and the first case of Seal finger has already occurred.

Martin Ståby

Läkartidningen 2004;101:1910-11

Correspondence: Martin Ståby, Gambälgatu 11, SE-792 77 Nusnäs, Sweden (martin.staby@ltdalarna.se)