

sjukdomsförlopp. Att regelmässigt ge systemisk kortisonbehandling vid minsta tecken på allmänsymtom innebär i princip att det blir aktuellt för alla efter-som feber och trötthetskänsla ingår i den klassiska sjukdomsbilden vid Löfgrens syndrom. Vi menar att ett flertal patienter då riskerar att bli överbehandlade eftersom spontan läkning och god prognos är så vanliga i denna grupp.

Vår erfarenhet är att behandling med NSAID är ett tillräckligt och bra förstahandsval för patienter med fotledsartit som led i Löfgrens syndrom. Steroidbehandling vid sarkoidos ska som regel inledas först då en sammanvägd bedömning av klinik (helst inkluderande HLA-typning), lungröntgen och lungfunktion talar för ett progressivt tillstånd.

Anders Eklund
professor
anders eklund@kus.se

Johan Grunewald
docent; båda vid lungkliniken,
Karolinska Universitetssjukhuset Solna

Referenser

- Berlin M, Fogdell A, Olerup O, Eklund A, Grunewald J. HLA-DR predicts the prognosis in Scandinavian patients with pulmonary sarcoidosis. *Am J Respir Crit Care Med* 1997;156:1601-5.
- Planck A, Eklund A, Grunewald J. Markers of activity in clinically recovered human leukocyte antigen-DR-17-positive sarcoidosis patients. *Eur Respir J* 2003;21:52-7.

Replik:

Symtomlindringen otilfredsställande i många fall

Vi tackar för påpekandet att HLA-typning av patienter med Löfgrens syndrom kan ge prognostisk hjälp vid bedömning av sjukdomsförloppet. Vi håller självfallet med om att patienter som behandlas med steroider per os måste väljas så att överbehandling undviks. Vår erfarenhet är att problemet ofta är det motsatta, alltså att vissa patienter underbehandlas med som följd längre lidande och mer utdraget sjukdomsförlopp.

Möter olika patientgrupper?

Kan våra skilda erfarenheter bero på att lungmedicinare och reumatologer möter olika patientpopulationer?

I en norsk prospektiv studie av akuta artriterna fann man 17 patienter (9 procent av fallen) med akut fotledsartit orsakad av sarkoidos [1]. Sjukdomsdurationen (median och spridning) var 11 (2-107) veckor.

Föreligger bilateral fotledsartit så ger enligt vår erfarenhet NSAID i många fall en otilfredsställande symtomlindring. I veckor/månader är förflyttningsförmågan kraftigt reducerad och belastningssmärtna uttalade. Allmänsym-

tom bidrar till sjukdomskänsla och illabefinnande. Steroider per os gör att patienterna som regel har det drägligt inom en vecka och upplever symtomfrihet inom en månad. I reumatologiska läroböcker brukar det också framhållas att vissa patienter är »unresponsive« till NSAID (2). I just denna lärobok rekommenderas dubbelt så hög steroiddos (20-40 mg prednisolon/dag) som den vi angav.

Ido Leden
överläkare,
reumatologsektionen, medicinkliniken
ido.leden@skane.se

Tom Ingvarsson
ST-läkare, infektionskliniken; båda vid
Centralsjukhuset, Kristianstad

Referenser

- Glennäs A, Kvien TK, Melby K, Refvem OK, Andrup O, Karstensen JE. Acute sarcoid arthritis: occurrence, seasonal onset, clinical features and outcome. *Br J Rheumatol* 1995;34:45-50.
- Chatham W. Sarcoidosis. In: Shaun R, Harris JR ED, Sledge CB, editors. *Kelly's Textbook of Rheumatology*. Philadelphia, Pa: Saunders; 2001. pp. 1551-7.

Bas för arbete med att ta fram beslutsgränser vid leversjukdom

Det är skillnad på referensintervall och beslutsgräns. Detta är den viktiga slutsats som Stergios Kechagias och medarbetare lyfter fram i sin artikel [1] och som kommenteras av Åke Danielsson i samma nummer [2].

Beslutsgränser för andra analyser

Det är också en slutsats som vi tydligt lyfter fram i vår artikel om de nya och gemensamma nordiska referensintervallen [3]. Vi skriver också att arbete bör startas för att ta fram beslutsgränser för olika analyser, i olika medicinska situationer. Redan idag har vi beslutsgränser för vanliga analyser som glukos, lipider och hjärtskademarkörer. Arbete med att ta fram förslag till beslutsgränser för flera andra analyser har påbörjats av Svensk förening för klinisk kemi.

Specifik och kopplad till åtgärdsförslag

En beslutsgräns bör vara specifik för varje enskild frågeställning och bör gärna kopplas till någon form av förslag till åtgärder när gränsvärdet överskrids. Beslutsgränser är dock svåra att etablera när frågeställningarna som berör en

analys spänner över ett stort medicinskt spektrum. Det lyfter också Åke Danielsson fram i sin medicinska kommentar.

ALAT och tilltagande övervikt

När det gäller förändringen av den övre referensintervallgränsen för ALAT antar författarna att detta hänger samman med en tilltagande övervikt i den nordiska befolkningen. Detta är sannolikt den enskilt viktigaste faktorn.

Strømme och medarbetare visar att om NORIPs referensintervall för ALAT skulle ha beräknats på populationen med kroppsmasseindex (BMI) <28 så skulle referensintervallet ha blivit 0,13-0,73 µkat/l för kvinnor respektive 0,17-1,05 µkat/l för män. [4]. Om en ännu mera strikt selektion hade gjorts, så att bara personer med BMI <25 hade varit referenspersoner, så skulle referensintervallet bli mycket snarlika dem som tidigare varit i bruk. Övervikt i sig var nu inget exklusionskriterium, och medelvärdet för BMI var 24,1. Materialets styrka är just att det består av en subjektivt frisk population av skandinaver i olika åldrar

och av varierande rondör, inte av selekterade »superfriska« individer.

Kechagias arbete kan utgöra en bas för ett tvärdisciplinärt arbete med att ta fram beslutsgränser vid leversjukdom. Det är en möjlighet som vi kliniska kemister varmt välkomnar.

Per Simonsson
ordförande,
Svensk förening för klinisk kemi
Per.simonsson@klkemi.mas.lu.se

Referenser

- Kechagias S, Ekstedt M, Mathiesen UL, Franzén L. Nytt referensintervall för ALAT fångar inte subklinisk leversjukdom. *Läkartidningen* 2004;101:2884-7.
- Danielsson Å. När skall vi överväga leverbiopsi? *Läkartidningen* 2004;101:2862.
- Simonsson P, Mårtensson A, Rustad P. Nya gemensamma nordiska referensintervall inom klinisk kemi: Bättre bas för klinisk bedömning och samarbete. *Läkartidningen* 2004;101:901-5.
- Strømme JH, Rustad P, Steensland H, Theodorsen L, Urdal P. Reference intervals for eight enzymes in blood of adult females and males measured in accordance with the International Federation of Clinical Chemistry reference system at 37 ° C: part of the Nordic Reference Interval Project. *Scand J Clin Lab Invest* 2004;64:371-84.