

## Lågdos-DT lika intetsägande som vanlig röntgen vid diagnostik av rinosinuit

■ Författarfirman Siemund m fl skriver i LT 41/2007 (sidorna 2955-8) att man mot en extrakostnad av endast 889 kr får bättre information med lågdos-DT av sinus. Även den öppna vården, skriver man, har börjat remittera till DT av sinus. Det är oroväckande då 5 av 7 referenser hänvisar till diagnostik av akut rinosinuit.

Att DT ger bättre information än konventionell röntgen kan inte vara en nyhet. Preoperativt är DT av sinus en självklarhet. Patienten har då haft långvariga besvär, och

etiologin är inte alltid infektiös. Men vid akut rinosinuit är väl etiologin avgörande? Bakteriellt eller inte? Antibiotika eller inte? Manar inte artikeln öppenvårds- och husläkare att börja remittera sinuitpatienter till DT till stor kostnadsökning? Vad får man då för pengarna? Ingenting.

Ett barn med akut rinosinuit etmoidalt har en rodnad svullnad i mediala ögonvrån, och den vuxna med frontalsinuit pekar på pannans bihåla, oftast en sida. Frågeställningen är förstås inte bara om

det föreligger en inflammation, utan om det föreligger en varbildande inflammation, dvs behandlingsbar med antibiotika. Alla patogena bakterier (med något undantag) som kan drabba bihålorna är varbildande.

Avbildningen av sinus med röntgen är därför inte så vägledande som artikeln ger intryck av, i synnerhet inte vid akuta besvär. Pus kan inte särskiljas från annat sekret i sinus.

I behandlingsvalet vid mer akuta besvär från sinus får

nog doktorn fundera över etiologin, besvara sig med att svälla av näsan, vänta 10 minuter och titta in, gärna med ett enkelt endoskop. Ser man något majonnäslignande kan man avstå från alla former av röntgen och spara pengar och fundera på att förskriva penicillin. Min enda referens finns i läroboken i öron-, näs- och halssjukdomar.

**Christer Carenfelt**

öron-, näs- och halskliniken,  
Sophiahemmet, Stockholm  
christer@carefelt.se

### REPLIK:

## Radiologisk diagnostik är i många fall outhärlig

■ Christer Carenfelt påstår i sin kommentar till vår artikel att lågdos-DT är intetsägande vid diagnostik av rinosinuit och argumenterar för vikten av en adekvat klinisk diagnostik.

**Tyvärr har Carenfelt** missförstått resultaten i vår artikel. Naturligtvis är en adekvat klinisk undersökning det primära diagnostiska verktyget vid misstänkt rinosinuit, vilket vi också påpekade i inledningen av vår artikel.

Vi förordar således inte på något sätt en ökad användning av bildgivande diagnostik vid rinosinuit. I motsats till Carenfelt anser vi dock att radiologisk diagnostik i många fall är outhärlig för ett adekvat behandling, t ex vid oklart kliniskt fynd, recidiverande eller persisterande besvär. Lågdos-DT ger i dessa fall en adekvat avbildning av samtliga bihålor med en säkrare diagnostik än konventionell röntgenundersökning. Dessutom erhåller man en avsevärt bättre anatomisk kartläggning och i många fall värdefull tilläggsinformation som inte kan fås med konventionell röntgenundersökning.

Två exempel ur vår kliniska vardag:

1. En patient söker med symptom på rinosinuit. Konventionell röntgenundersökning visar en förtätad maxillarsinus. Den ansvariga öronläkaren utför en spolning som resulterar i en mycket smärtsam svullnad i kinden. Lågdos-DT avslöjar en aplasi av käkhålan.
2. En ung kvinna inkommer med kraftig huvudvärk. Rinosinuit misstänks men konventionell röntgenundersökning visar normalt fynd. Patienten skickas därför till infektionskliniken med misstanke om meningit. Inför lumbalpunktion görs en DT skalle som avslöjar att sfenoidalsinus är helt utfylld av mjukvävnad. En akut sfenotomi genomfördes, och påföljande dag var patienten i stort sett besvärsfri.

I båda fallen hade lågdos-DT gett diagnosen direkt, med mindre lidande för patienten.

Lågdos-DT är i alla diagnostiska avseende överlägsen konventionell röntgenundersökning, ökar inte stråldosen till patienten och bör således vara förstahandsval när radiologisk diagnostik behövs vid handläggningen av patienter med misstanke om rinosinuit.

Den påpekade prisskillnaden i interndeberingen avspeglar en otillräcklig prisanpassning av konventionella röntgenundersökningar och kan inte vara skäl nog att avstå från den kvalitetsförbättring som lågdos-DT medför i den radiologiska diagnostiken av rinosinuit.

**Roger Siemund**

med dr, överläkare, Bild- och funktionsdiagnostiskt centrum  
roger.siemund@med.lu.se

**Anders Cervin**

docent, överläkare,  
öron-, näs- och halskliniken,  
Helsingborgs lasarett

**Christer Svensson**

med dr, överläkare, öron-, näs- och halskliniken

**Åke Forssell**

överläkare, Bild- och funktionsdiagnostiskt centrum/Röntgen; samtliga Universitetssjukhuset i Lund

## Hembesök önskas

■ Två nyckelbegrepp i sjukvården är tillgänglighet och kompetens; båda lika viktiga.

Det var ett mycket välkommet och löftesrikt initiativ av Bengt Westerberg när han en gång lanserade husläkarsystemet. Redan benämningen »husläkare« väckte stora förhoppningar om att få tillgång till en alldeles egen läkare.

Behovet av sjukvård kan uppstå när som helst på dygnet, året runt. Hur är det med tillgången till en egen läkare, när behovet uppstår under icke kontorstid? När man ringer till sin husläkarmot-

tagning får man höra en telefonsvarare som upplyser om »våra öppettider, och patienten blir vänligen erbjuden en möjlighet att lämna meddelandet efter tonen ...«.

Skall detta betraktas som en acceptabel tillgång till primärsjukvård? Rådande tidsbegränsad tillgång till primär sjukvård kan inte kompenseras genom alternativa vägar såsom »Hälsöversupplysningen« eller besök på ett sjukhus akutmottagning, med allt vad ett sådant innebär. En kontakt med egen husläkare skulle lösa många akuta hälso-

problem och sortera upp vilka som bör sändas vidare till sjukhus.

**Många av oss minns** säkert den tid när man fick tag i sin egen provinsialläkare eller jourläkare dygnet och året runt. Det var helt naturligt för ca 50–60 år sedan. Men i Sverige har detta förändrats. Andra näraliggande länder är lyckligare lottade och förskonade från en sådan utveckling. I t ex ett annat EU-land (Österrike) har man, i t ex det lilla samhälle där vi tillbringar våra semestrar, tillgång till två allmänläkare dygnet och året runt.

Vad som är anledning till vår nuvarande automatiserade, rationaliserade och depersonifierade primärvård kan man spekulera om. Ett skäl är säkert ekonomiskt. Skulle man inte kunna tänka sig att inkorporera »obe-

kväm« jour-/arbetstid i själva definitionen av arbetsuppgifterna inom tjänsten som läkare i primärvården?

**I Karlstad upprätthåller** ett privat sjukvårdsföretag jourverksamhet på Centralsjukhuset i Karlstad för patienter med hjärtproblem med mycket positivt resultat. Varför kan det inte också gå i primärvården att läkarna är jour? Många liv kunde räddas och många onödiga besök på akutmottagningar etc undvikas om man får en »förstahjälpen«-insats av primärvården. Jag är övertygad om att det ekonomiskt inte blir dyrare än dagens tungrodda system. Det privata företaget, som arbetar med jourverksamhet i Karlstad, driver säkert inte sin verksamhet av ideella skäl.

Tillgänglighet kan inte bytas mot kompetens, eller vice versa, men mot bakgrund av

nuvarande bristande tillgänglighet inom primärvården får man hoppas att åtminstone kompetensen håller måttet.

### REPLIK:

## Utbyggt familjeläkarsystem

■ Premysl Slezak lyfter fram ett av svensk hälso- och sjukvårds kärnproblem, den dåligt utbygga primärvården och bristen på distriktsläkare. Detta skapar tillgänglighetsproblem och ett ökat tryck på akutmottagningarna.

Läkarförbundet och Distriktsläkarförbundet arbetar för att även Sverige skall få ett utbyggt familjeläkarsystem där invånarna får välja sin egen personliga familjeläkare. Vi menar att det skall vara en specialist i allmänmedicin för att garantera kvalitetskravet. I familjeläkarens

uppdrag ingår då ett dygnetrunttagande som löses genom journalsamverkan. Med den dimensionering som vi har föreslagit, med en distriktsläkare på 1 500 invånare, skapas förutsättningar för god tillgänglighet, och då avlastas också akutmottagningarna. Större delen av patienterna kan då tas emot dagtid av sin familjeläkare.

**Benny Ståhlberg**

2:e vice ordförande  
i Läkarförbundet; ordförande i  
Distriktsläkarförbundet  
benny.stahlberg@svidf.se

**Premysl Slezak**  
docent, f d överläkare,  
Vallentuna  
premysl.slezak@telia.com

# annons