

ifrågasättas om Figur 3 kan stödja denna slutsats.

Figur 3 visar att patienterna har uttalade besvär före operationen och förbättras postoperativt. Om det är författarnas budskap att artroskopisk meniskkirurgi är verkningsslös och bör upphöra, då krävs betydligt mer omfattande prospektiva undersökningar för att stödja ett sådant påstående. Beprövad klinisk erfarenhet har under längre tid visat att meniskkirurgi har sin givna plats i den terapeutiska arsenalen åtminstone för en viss grupp av patienter. Det är därför en viktig uppgift att ta reda på vilka patientgrupper som har nytta av ingreppet. För detta behövs naturligtvis objektiv och longitudinell forskning.

Undertecknad kan vara överens med författarna om att

det sannolikt utförts alltför många knäartroskopier tidigare och att en och annan oskyldig menisk rykt av barfarten. Detta var före den numera allmänna tillgången till MR-undersökningar, då knäartroskopi var den enda möjligheten att utföra diagnostik i leden. Numera är de

flesta ortopederna medvetna om detta och har redan ändrat sina indikationer för meniskkirurgi sedan några år tillbaka.

Brynjólfur Jónsson

ortoped, Universitetssjukhuset
MAS, Malmö
brynjolfur.jonsson@skane.se

REPLIK:

»Ingen fördel artroskopera medelålders, kunskap som inte slagit rot?«

■ Brynjólfur Jónssons inlägg berör främst Figur 3 i vår artikel. Figuren utgör en sammanställning av tidigare publicerade tvärsnittsdata från fem olika publikationer. En datapunkt utgörs av ännu opublicerade data. Samtliga källor anges i figurtexten.

Syftet med figuren är att ge en översikt över utvecklingen av smärta, symtom, funktion i dagliga livet, funktion under sport och fritid samt knärelaterad livskvalitet före och efter meniskektomi.

Tyvärr saknas prospektiva

studier för denna patientgrupp, och för att illustrera utvecklingen över tid har vi därför sammanställt tvärsnittsdata från fem tidigare publicerade studier där samma utvärderingsinstrument (KOOS) använts vid olika tidpunkter för fyra olika me-

REFERENS

1. Roos EM, Roos HP, Lohmander LS, Ekdahl C, Beynnon BD. Knee injury and osteoarthritis outcome score (KOOS) – development of a self-administered outcome measure. J Orthop Sports Phys Ther. 1998;28:88-96.

»Vår hypotes är att hos patienter som opereras för en meniskskada i medelåldern så utgör meniskskadan ofta ett första tecken på artros....«

niskektomerade populationer.

Referensdata är populationer baserade på åldersgruppen 35–54 år. Denna åldersgrupp har valts då den bäst överensstämmer med medelåldern vid datainsamlingstillfällena för patienterna som var 40,5, 45,7, 46,0, 52,6 samt 59,4 år. Vi hänvisar till originalpublikationerna för ingående beskrivning av de olika meniskektomerade populationerna.

Sammanfattningsvis kan sägas att patienterna i de studerade populationerna hade traumatisk eller degenerativ meniskruptur men inte associerad korsbandsskada eller annan ligamentskada. Ingen av patienterna hade röntgenologiska artrosförändringar vid tiden för meniskektomi.

Patienterna som följts upp vid 2 respektive 4 år är utvalda så att de ska ha degenerativ meniskskada men inga eller minimala broskförändringar angivna i operationsberättelsen. Patienter med djupa fissurer och eller synligt ben har inte inkluderats.

I den population som har följts vid 14, 18 och 22 år ingår patienter som vid uppföljningarna hade eller inte hade röntgenologiska artrosförändringar.

Vår hypotes är att hos patienter som opereras för en meniskskada i medelåldern så utgör meniskskadan ofta ett första tecken på artros [1]. För populationerna i Figur 3 ligger medelåldern vid meniskektomi mellan 35 och 45 år, vilket är något yngre än medelåldern för meniskektomi i Sverige under perioden 1998–2006 (jämför med Figur 2 i artikeln).

De tre randomiserade studier av artroskopisk kirurgi som vi hänvisar till i vår arti-

kel, och som alla visar ingen fördel för kirurgi, har inkluderat patienter med en medelålder som motsvarar den för dem som 1998–2006 opererats i Sverige med åtgärdsdöd motsvarande partiell meniskektomi. Det är rimligt anta att en väsentlig andel av de i Sverige opererade patienterna motsvarar just den grupp som studerats i dessa väljorda randomiserade studier. Nationell statistik saknas för att visa att svenska ortopedtagit till sig denna kunskap. Detta bör leda till eftertanke.

MR-fynd av meniskpatologi har tyvärr mycket svagt eller inget samband med symptomatologi i denna åldersgrupp [1, 2].

Vår artikel fokuserar på medelålders och äldre med misstänkta »menisksymtom« eller meniskpatologi vid artroskopi eller MR, inte på unga idrottare med skada i frisk led. Dessa senare patienter är i minoritet, som framgår av Figur 2. Vi instämmer helt i att det behövs ytterligare väl designade, prospektiva, randomiserade prövningar för att studera vilka patientgrupper med meniskbesvär som har nytta av kirurgi, träning eller annan icke-kirurgisk behandling.

Ewa Roos

professor, sjukgymnast,
Institut for idræt og biomekanik,
Syddansk Universitet,
Odense, Danmark
eroos@health.sdu.dk

Stefan Lohmander

professor, överläkare, ortopedi,
institutionen för kliniska vetenskaper, Lund, Lunds universitet
stefan.lohmander@med.lu.se

REFERENSER

- Englund M, Guermazi A, Gale D, Hunter DJ, Aliabadi P, Clancy M, et al. Incidental meniscal findings on knee MRI in middle-aged and elderly persons. *N Engl J Med*. 2008;359:1108–15.
- Englund M, Niu J, Guermazi A, Roemer FW, Hunter DJ, Lynch JA, et al. Effect of meniscal damage on the development of frequent knee pain, aching, or stiffness. *Arthritis Rheum*. 2007;56:4048–54.

En intressant fotnot

■ Normering av språkbruk och exakta beskrivningar av fenomen i världen är svårt men i professionella texter nödvändigt. I LT 34/2009 (sidorna 2052–6) resonerar Johan Petersson och medarbetare om hur man uttrycker och tolkar bakterieodlingsresultat från bronkoskopiskt tagna prov, och visar därmed prov på problemet med in-exakta beskrivningar om vad det är som mäts vid en kvantitativ odling.

I fotnot b, Tabell I påstås till exempel att »Angivna värden avser koncentrationen i 1 ml buljong, vilket är internationell praxis. Vid svenska laboratorier tillämpas för närvarande en avvikande rutin för rapportering av odlingsresultat, vilket medför att gränsvärdena blir 1 000 gånger högre (dvs 10^6 respektive $\geq 10^5$ CFU/ml)«.

I verkligheten handlar det

om två olika storheter som bestäms; koncentrationen av bakterier i trakealsekret respektive koncentrationen av bakterier i buljong. Skiljs inte mätstorheterna på något annat sätt, vilket man bör, måste man åtminstone förtydliga enheterna till för-

slagsvis »CFU/ml sekret« respektive »CFU/ml buljong«.

Om vi ska tillämpa »internationell praxis« i Sverige finns mycket goda skäl att tillämpa SI-systemet för storhetsslag och enheter samt att ha en definierad terminologi för egenskaper som undersöks, det vill säga NPU-systemet [1, 2]. Det betyder dels att man inte trasslar till det med prefix i mättenhetens nämnare (SI), dels att systemet man undersöker ska vara en del av patienten. Med NPU-syntax blir beskrivningen av det man mäter:

- Sekret – bakterier; antalskoncentration = 10^x /L.
- BAL – bakterier; antalskoncentration = 10^x /L.

Urban Forsum

professor, överläkare,
Klinisk mikrobiologi, Linköping
urban.forsum@liu.se

REFERENSER

- Nordin G, Klinteberg B, Persson B, Forsum U. Får en laboratorieundersökning kallas vad som helst? »NPU-systemet« rader upp i begreppsroan och ger systematisk stringens. *Läkartidningen*. 2005; 102:1308–15.
- SI-Guide. Stockholm: SIS förlag AB; 2002.

REPLIK:

Instämmer – men svårt att påverka resten av världen

■ Vi tackar Urban Forsum för hans korrekta tillägg till vår artikel. Vi har beskrivit de koncentrationsangivelser för resultat erhållna efter odling av luftvägssekret som vi anser bör användas med målsättningen att tabell och text sammantaget ska ge en komplett bild. Naturligtvis borde man använda CFU/L, men vi tror oss inte om att kunna påverka resten av världen på den punkten.

Johan Petersson

med dr, överläkare,
centrala intensivvårdsavdelningen, anestesi-, operations- och intensivvårdskliniken
johan.petersson@karolinska.se

Mats Kalin

professor, överläkare,
infektionskliniken

Christian G Giske

med dr, specialistläkare,
klinisk mikrobiologi;
samtliga Karolinska universitetssjukhuset, Solna