

»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 populationbaserade data för 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 korsbandskada 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 åtgärdskod 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 välgjorda 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 för 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 storhetslag 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 närmare (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« reder upp i begreppsröran 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