



Lennart Jacobsson

Docent Lennart Jacobsson, chef för reumatologin i Malmö, har kommit långt från de pojkdrommar om en framtid som brandman eller dykare, vilka fyllde hans pojkhjärna som 7-åring. Han kom istället så småningom att bli läkare och att ägna sig åt reumatologin. Det senare eftersom reumatologin är så mångfacetterad och inom sig rymmer såväl en långvarig och spännande patientrelation, med många existentiella frågor, som en mer teoretisk-immunologisk sida.

I sin doktorsavhandling 1991, beskrev han förekomst av, och riskfaktorer för, värk och reumatiska sjukdom i Malmö. Forskningsmässigt har han sedan fortsatt att arbeta med patientnära frågeställningar i såväl befolkningsstudier som på patienter, bland annat rörande orsaker och prognos vid RA, kroniska smärtsyndrom, samt Sjögrens syndrom.

För tillfället är han forskningsledig till 50%, via ett speciellt anslag från Reumatikerförbundet. Sommaren har han delvis tillbringat med att ladda sina batterier via semester på favoritön Bornholm.

Primärt Sjögrens syndrom och rökning

Rökning anses generellt sett utgöra en stor hälsorisk som också leder till stora samhällsekonomiska kostnader och i många fall till en för tidig död i bland annat kärl- och lungsjukdomar.

Kan det då finnas någonting i kroppen som rökning är bra för? Ja, det är sedan tidigare känt att rökning eventuellt kan vara skyddande mot att man utvecklar inflammatorisk tarmsjukdom och Parkinsons sjukdom. Enligt en nyligen publicerad undersökning av Rolf Manthorpe och medarbetare i Malmö, verkar det som att rökning även kan ha en immun-dämpande effekt, vad det gäller inflammation i munnens spottkörtlar.

Primärt Sjögrens syndrom är en mycket vanligt förekommande reumatisk sjukdom, som främst yttrar sig genom inflammation och symptom på nedsatt funktion av kroppens körtlar, i synnerhet tår- och spottkörtlar. För att kunna diagnostisera sjukdomen använder man sig av kriterier. De mest använda kriterierna idag är de så kallade Europeiska från 1993, vilka kräver att man har abnormiteter i minst fyra av följande sex punkter: subjektiv ögon- respektive muntorrhet, med tester bekräftad ögon- respektive muntorrhet, i mikroskopi påvisad inflammation i biopsi (prov) av små spottkörtlar från läppen, samt förhöjda nivåer av vissa antikroppar i blodprov. Som alternativa kriterier har sedan många år även använts de så kallade Köpenhamnskriterierna, vilka endast kräver tecken på sänkt körtelfunktion i två test för tårkörtelfunktion och två test för spottkörtelfunktion.

I en studie där 355 patienter ingick fann man att rökare hade en betydligt mindre risk för att ha inflammation i prov från spottkörtlar från läppen, jämfört med såväl de som

tidigare var rökare som med de som aldrig hade rökt. Man såg dessutom väldigt tydligt att ju fler cigaretter man rökte vid tidpunkten för provtagning, desto mindre var risken för att man skulle ha inflammation i spottkörtlarna från läppen.

Studien är den första i sitt slag och behöver bekräftas av andra studier. Om resultaten kan bekräftas väcker de dock många funderingar. För det första är det uppenbart att rökning i så fall kan påverka resultaten av en del av de test vi använder för att diagnostisera Sjögrens syndrom, vilket gör att man bör ta hänsyn till rökvanor vid bedömningen av dessa test. För det andra väcker resultaten funderingar kring huruvida rökning på något sätt kanske påverkar risken för att utveckla Sjögrens syndrom.

Kanske är rökning negativt kopplat till någon annan yttre faktor, till exempel någon infektion, som orsakar Sjögrens syndrom, eller kanske rökningen i sig själv har effekter på immunsystemets reaktionsförmåga. Vad som än är förklaringen tycks det uppenbart att rökningens effekt på risken att utveckla inflammatoriska sjukdomar såväl i tarmen (se ovan) som i körtlar, är ett område som behöver studeras mera.

Docent Lennart Jacobsson
MAS i Malmö

Hur hårt trycker sjukgymnasterna på sina patienter?

Otvivelaktigt måste den kraft som anbringas vid smärtester för leder mellan korsben och bäckenben bestå av kraftkomponenter i olika riktningar. Eftersom det finns ett ökat krav på utvärdering och standardisering av sjukgymnastiska metoder, är det viktigt att objektivt undersöka testerna med hänsyn till anbringande krafter. Det är viktigt att inte förkasta kliniska tester på grund av brist på standardisering.

De tester som studerades var separationstest och tryck på korsbenets nedre del. Följande frågeställningar ställdes: Hur är fördelningen av horisontella och vertikala kraftkomponenter? Hur stor är den så kallade totala kraftvektorn, avsedd för den vänstra leden jämfört med den, som är avsedd för den högra leden? Kan sjukgymnaster upprepa samma kraftkomponenter vid olika tillfällen när de undersöker samma person? Anbringa olika sjukgymnaster kraftkomponenter på samma sätt på samma person? I vilka riktningar anser sjukgymnasterna själva att de distribuerar kraften?

Femton sjukgymnaster med 3,5 – 38 års erfarenhet deltog i studien, alla utom en var kvinnor och samtliga var högerhänta. Varje sjukgymnast utförde testerna oberoende av varandra vid två tillfällen och alla undersökte samma person, en frisk 46-årig kvinna, som aldrig hade haft ryggbesvär eller besvär i leder mellan korsben och bäckenben och som aldrig varit gravid.

I försöket användes två kraftplattor, som var och en kunde känna av tre vinkelräta krafter, vilka registrerades av en dator. Sjukgymnasterna instruerades att utföra testet som de brukade, inklusive val av utgångsställning. Alla bestämde sig för att stå på

undersökningspersonens högra sida. Undersökningspersonen placering standardiserades och höjden på undersökningsbänken justerades för varje enskild sjukgymnast. En hörbar signal från datorn aviserade när försökspersonen skulle sätta igång med testet och en tekniker indikerade muntligt när sjukgymnasten kunde avbryta testet. Det andra undersökningstillfället genomfördes som det första och sjukgymnasterna instruerades att om möjligt utföra testet på samma sätt som vid det första tillfället.

Resultaten av studien visade att alla sjukgymnaster anbringade mest kraft i lodrät riktning i båda testen. Mycket lite kraft anbringades i riktning mot undersökningspersonens fötter respektive huvud och flest riktade då kraft i riktning mot fötterna. Kraften utåt sidorna var också förhållandevis liten framför allt vid tryck på korsbenets nedre del. Kraftriktningarna varierade mellan och inom sjukgymnasterna. Vid båda tillfällena och för båda testen var den totala kraftvektorn, som var avsedd för leden närmast sjukgymnasten minst.

Då datainsamlingen var avslutad ombads sjukgymnasterna att fylla i ett formulär och gradera sin uppfattning om i vilken riktning de tryckte från mest till minst. Uppfattningen överensstämde ej med verkligheten.

Det är viktigt att notera att denna studie utfördes på en frisk kvinna och alltså inte säger någonting om den kliniska situationen. Klinisk undersökning av leder mellan korsben och bäckenben bestäms av den smärta som provoceras fram, varför patienter med stor sannolikhet utsätts för betydligt mindre krafter än i denna studie. Vi vet alltså ingenting om testerna i den kliniska situationen, även om resulta-

ten i denna studie väl överensstämmer med resultat i studier där man utvärderat kraft i samband med test av rörlighet mellan ryggkotor. Förmågan att likvärdigt kunna upprepa ett test förefaller viktig för att kunna upptäcka förändringar under behandling. Avsikten är därför att studera kraftdistribution på patienter med smärta och verifierad inflammation i leder mellan korsben och bäckenben för att utvärdera om variationen i kraftapplicering då är lika stor och om det i så fall överhuvudtaget har någon betydelse för undersökningsresultat.

Avsikten är också att undersöka om registrering av tryckkraft kombinerad med patientens subjektiva smärtpupplevelse skulle kunna användas som ett utvärderingsinstrument.

Ulla Levin, Institutionen för sjukgymnastik, Karolinska sjukhuset, Stockholm