

# ÅRBOG

# 1981-82

redigeret af  
**BENDT BROCK JACOBSEN**



**DANSK PÆDIATRISK SELSKAB**

# Forord

*Denne årbog beskæftiger sig med begivenheder i selskabet fra oktober 1981 til og med generalforsamlingen i september 1982.*

*Bogen skulle også fungere som håndbog gennem publiceringen af hospitalsafdelingernes stabsopbygning, sammensætning af selskabets udvalg m.v.*

*Det "pædiatriske år" var præget af en række videnskabelige og fagpolitiske aktiviteter både indenfor hospitalsafdelingerne, i speciallægepraksis og andetsteds i samfundet. Det er vort håb, at disse aktiviteter vil bidrage til at bedre vore børns vilkår.*

*Redaktøren takker forfatterne for deres bidrag ved møderne og for udfærdigelse af referaterne. Annoncørerne takkes for økonomisk bistand. En særlig tak rettes til lægesekretær Birgitte Kunze-Christensen for den store indsats i forbindelse med færdiggørelsen af årbogen.*

GODT NYTÅR

Redaktøren

# Indholdsfortegnelse.

<i>MØDER &amp; REFERATER AF FOREDRAG</i>	<i>side</i>
549. møde, 2. oktober 1981 FRIE FOREDRAG .....	9
550. møde, 6. november 1981 BØRNERHEUMATOLOGI .....	15
551. møde, 11. december 1981 BØRNNEUROLOGI .....	21
552. møde, 8. januar 1982 SOCIALPÆDIATRI .....	30
553. møde, 5. februar 1982 BØRNEKARDIOLOGI .....	40
554. møde, 5. marts 1982 FRIE FOREDRAG .....	50
555. møde, 2. april 1982 PÆDIATRI I SPECIALLÆGEPRAKSIS - TEORI ELLER PRAKSIS ..	61
556. møde, 15. & 16. maj 1982 VÅRMØDE i NYKØBING FALSTER .....	67
557. møde, 3. september 1982 BØRNE- og UNGDOMSGYNÆKOLOGI .....	82
ORDINÆR GENERALFORSAMLING	
FORFATTERINDEX .....	84
 <i>BERETNINGER</i>	
Formandsberetning 1981-1982 .....	87
Beretning fra UDDANNELSESUDVALGET 1981-1982 .....	90
Beretning fra UDVALGET VEDRØRENDE PÆDIATRIENS FREMTID .....	94
Beretning fra ONKOLOGIUDVALGET .....	95
Beretning fra VACCINATIONSUDVALGET .....	96

## REFERAT

af GENERALFORSAMLINGEN i DPS den 3. september 1982 ..... 97

## KASSEREREN

Brev til medlemmerne ..... 100

Regnskab for perioden 1.8.1981 - 31.7.1982 ..... 101

## BREV

til Sundhedsstyrelsen vedr. ekspertområdet BØRNEALLERGOLOGI 102

## DANSK PÆDIATRISK SELSKAB

og beslægtede organisationer pr. 1.10.1982

Bestyrelse, udvalg m.v. .... 103

## NYE MEDLEMMER

i DPS 1981-1982 ..... 104

Programoversigt

1. Jørn M. Henriksen (Pædiatrisk afd., Århus KH):  
Effekten af fysisk træning af børn med asthma bronchiale.
2. Finn Ursin Knudsen (Børneafd., KAS Glostrup):  
Feberkrampeprofylakse med Diazepam rektioleer. En klinisk kontrol-  
leret undersøgelse.
- 3.\* Vibeke Hvorslev, Søren Klebak & Anna Mourier (Børneafd., Sundby  
Hospital):  
342 børn indlagt for akut abdomen på en børneafdeling.
4. F. Hald & M. Lorentzen (Pæd.afd., Kolding og Patol.afd., Vejle):  
Glomus tumor hos børn.
5. K. Maidahl Christiansen og S. Vestermark (Børneafd., KAS Glostrup):  
Urinsukker- versus blodsukkerkontrol hos børn med diabetes melli-  
tus.
- 6.\* T. Munkner, S. Sølvsten Sørensen, L. Hummer, N.J.Brandt & B. Brock  
Jacobsen (Nuklearmed.afd. og Børneafd. G, afsnit for klin. gene-  
tik, Rigshospitalet):  
Nuklearmedicinske undersøgelser af børn med neonatal hypothyreose  
1977-1979.

\* Referat ikke modtaget

EFFEKTEN AF FYSISK TRÆNING AF BØRN MED ASTMA BRONCHIALE  
 J. M. Henriksen (Børneafdeling A, Århus kommunehospital).

28 børn, i alderen 8-14 år, med astma og anstrengelsesudløst astma(AUA) gennemgik 2 gange om ugen i 6 uger et fysisk træningsprogram bestående af opvarmning, gymnastik, løb boldspil og styrketræning efter intervalprincippet (= 90 min). Træningseffekten blev evalueret ud fra ændringer i lungefunktion, puls og B-lactat (N=17) i forbindelse AUA-tests (submaximal arbejdsbelastning på løbebånd i 5-6 min) udført umiddelbart før og efter en træningsperiode. Resultaterne heraf fremgår af nedenstående tabel:

	PEF		PULS		LACTAT (mmol/l)
	hvile	% fald	hvile	max.	max.
Før	66±13	44±22	94±13	178±12	3.18±0.31
Efter	70±14	30±23	88±9	167±13	2.17±0.22
P-værdi	ns	<0.001	<0.05	<0.001	<0.001

Mean±SD. PEF (hvile): peak expiratory flow (l/min) i % af den forventede værdi i forhold til højden. % fald=% AUA. Puls (max.): højeste puls målt under anstrengelse. Lactat: fra blodprøve taget 5 min post-exercise. ns: ikke signifikant.

Der var ingen signifikant ændring i hvile-PEF, men derimod en betydelig reduktion af AUA. En mindre slutpuls og formindsket lactatstigning er udtryk for en bedret kondition efter træning. Der var desuden en tendens til lavere hvile-lactat efter træning (1.40±0.39 vs. 1.26±0.36, ns). Man havde endvidere indtryk af en betydelig psykisk gevinst hos en del af børnene.

Det konkluderes, at intensiv fysisk træning i en relativt kortvarig periode kan forbedre konditionen hos børn med astma og derved reducere sværhedsgraden af AUA.

INTERMITTERENDE FEBERKRAMPEPROFYLAKSE MED DIAZEPAM-REKTIOLER  
F. Ursin Knudsen (Børneafdelingen, Københavns amts sygehus,  
Glostrup).

En konsekutiv serie bestående af 290 børn som blev indlagt på KAS Glostrup, børneafdelingen, med deres første tilfælde af febrile kramper i perioden 1.6.78 - 1.6.80 blev inkluderet i undersøgelsen, uanset barnets alder og varighed og type af feberkramper. Eksklusionskriterierne omfattede tegn på intrakraniell infektion, tidligere afebrile kramper, kronisk cerebral sygdom og mistanke om manglende evne hos forældrene til at kunne gennemføre behandlingen på betryggende måde. Formålet med undersøgelsen var at belyse effektiviteten subsidiært den manglende effektivitet af forældreadministreret intermitterende profylakse med rektal Diazepam givet ved temperatur  $\geq 38,5$  °C hos barnet.

Børnene blev allokeret til 2 behandlingsgrupper efter indlæggelsesdato; 1) profylaksegruppen: hvis barnet blev indlagt på lige dato, blev forældrene instrueret i at give Diazepam-rektioler 5-7,5 mg (Apozepam-opløsning til rektal anvendelse) hver 12. time i hjemmet, når barnets temperatur var  $\geq 38,5$  °C og gentage dette, så længe temperaturen var  $\geq 38,5$  °C. 2) Terapigruppen: hvis barnet blev indlagt på ulige dato, blev forældrene instrueret i at anvende rektioler ved kramper, men denne gruppe børn fik ingen profylaktisk behandling.

Vi har fulgt børnene i 18 måneder ambulant, både med henblik på recidivfrekvens, forældrecompliance og bivirkninger. Efter 3. gangs feberkramper blev behandlingen ændret til profylaktisk rektiolebehandling eller langtidsbehandling med Fenemal.

Pr. 1.6.81 var der ialt 13 børn i profylaksegruppen, der havde fået nye feberkramper mod 37 børn i kontrolgruppen. Baseret på disse tal er recidivfrekvensen således 9-10%

i profylaksegruppen mod 30% i kontrolgruppen, en meget markant forskel. Antallet af krampetilfælde ialt var 17 i profylaksegruppen kontra 68 krampetilfælde i den gruppe børn, som ikke havde modtaget profylaktisk behandling.

Undersøgelsen godtgør således med ret stor sikkerhed, at den forældreadministrerede intermitterende rektiole-profylakse med Diazepam er særdeles effektiv. Det må antages, at den er mindst lige så effektiv som langtidsbehandling med Fenemal eller Deprakine. I vor undersøgelse har vi ikke set alvorlige bivirkninger, men benzodiazepinerne har i sjældne tilfælde givet anledning til behandlingskrævende respirationsdepression.

---

#### GLOMUS TUMORER HOS BØRN

F. Hald og M. Lorentzen (Pædiatrisk afdeling Kolding og Patologisk institut Vejle).

Der fremlægges 2 sygehistorier af multiple glomus tumorer hos børn og hos en far til et af disse børn.

Glomus tumor er en relativ sjælden sygdom, hvor ca. 6% af tumorerne fremkommer inden det 16. år. Det er ofte smerterfulde subcutane tumorer, som altid er benigne. Af størrelse er de omkring 4-6 mm, men kan dog ses op til 1-2 cm. Oftest lokaliseret på ekstremiteterne, men der er også beskrevet tilfælde i ligamenter, periostium samt ledkapsler. Hos voksne er der endvidere beskrevet tilfælde af glomus tumorer i ventriklen. Der findes en solitær og en multibel form, den sidste er autosomal dominant arvelig. Behandlingen består i kirurgisk excision af de tumorer, som giver smerter eller som er kosmetisk uacceptabel. Diagnosen bør histologisk verificeres når man står overfor blålige smerterfulde tumorer i huden.



## URINSUKKER VERSUS BLODSUKKERKONTROL HOS BØRN MED DIABETES MELLITUS.

K.M. Christiansen & S. Vestermark (Børneafdelingen, Glostrup sygehus).

5 diabetikere i alderen fra 13 til 19 år og med en diabetesvarighed fra 4-15 år har hjemme i en periode anvendt blod-sukkerapparat (Hypocount) og senere hæmoglucoteststrimler til blodsukkerbestemmelse og samtidig udført urinsukkerbestemmelse efter clinitest 2 dråbermetoden. Patienterne og deres forældre har alle været velinstrueret i blodsukker- og urinsukkerundersøgelse.

Ved undersøgelse med Hypocount apparat fandtes at den gennemsnitlige blodsukkerværdi svarer pænt til urinsukkerbestemmelse, men at der på alle undersøgelser var meget stor spredning. Der fandtes undertiden forhøjet blodsukker med normal urin, ligesom man kunne finde normale blodsukker-værdier med høj sukkerudskillelse i urinen.

I 90% af undersøgelserne var der overensstemmelse mellem urinfund og blodsukkerbestemmelse d.v.s. enten normal urin og normalt blodsukker eller urinsukker og forhøjet blodsukker.

I 3% med urinsukker fandtes normalt blodsukker.

I 17% fandtes der forhøjet blodsukker med normal urin.

Tilsvarende forhold fandtes ved blodsukkerundersøgelse med hæmoglucotest.

Blodsukkerbestemmelse og tilhørende urinsukkerbestemmelse for de samme 5 patienter under indlæggelse viste det samme mønster. I 86% af tilfældene fandtes overensstemmelse mellem blodsukker og urin.

I knap 3% fandtes normalt blodsukker med urinsukker.

I 25% fandtes forhøjet blodsukker med normal urin.

Der fandtes ingen renale eller tekniske årsager til den store discrepans mellem blodsukker- og urinsukkerbestemmelse.

### Konklusion:

Urinsukkerbestemmelserne er for usikre til, at man kan anvende metoden til regulation af diabetes. Den bedste metode i dag er anvendelse af blodsukkerapparat, eventuelt blodsukkerteststrimler til hjemmebrug.

Programoversigt

1. F. Karup Pedersen (Dept. of Pediatrics G, Rigshospitalet):  
Introduction.
2. Barbara M. Ansell (Juvenile Rheumatism Unit, Cand. Red Cross Memorial Hosp., Taplow, England):  
JCA-classification, diagnosis, clinical pattern and prognosis.
3. N. Morling (Tissue Typing Lab. of the Blood Grouping Dept., Rigshospitalet):  
Tissue types in JCA.
- 4.\* V. Andersen (Dept. of Intern Medicine and Rheumatology TA, Rigshospitalet):  
Immunopathology of JCA.
5. F. Karup Petersen, J. Friis, C. Heilmann, B. Jørgensen & K. Thomsen (Dept. of Pediatrics, Rigshospitalet and Hospital of Physical Medicine and Rehabilitation, Hornbæk):  
A follow-up study of 100 children with JCA.
- 6.\* J. Prause (Dept. of Ophtalmology, Rigshospitalet):  
Eye complications in children with JCA.
7. S. Kreiborg (Copenhagen School of Dentistry):  
Facial and mandibular development in children with JCA.

- cont. -

8. *S. Freisleben Sørensen (Dept. of Intern Medicine, Esbjerg hospital):  
Introduction.*
- 9.\* *Anna-Lisa Mäkelä (Dept. of Pediatrics, Oulu, Finland):  
A review of the medical treatment of JCA.*
- 10.\* *Barbara M. Ansell (Juv. Rheumatism Unit, Cand. Red Cross Memorial Hosp., Taplow, England):  
Recent drug studies in children with JCA.*
11. *E. Zachariae (Dept. of Physical Medicine, Århus Kommnehospital):  
Physio-therapy in JCA.*
- 12.\* *Hj. Larsen (Childr. Dept. of Orthopedic Surg., Rigshospitalet):  
Orthopedic surgery in JCA.*
- 13.\* *Helna Svantesson (Dept. of Child Rheumatol., Lund, Sweden):  
Psychosocial treatment of children with JCA.*
- 14.\* *C. Hellesen (Dept. of Physical Med., Glostrup Amtssygehus):  
The Danish National Association against Rheumatic Diseases, the  
Danish Association of Rheumatic Children's Parents and the Euro-  
pean League against Rheumatism.*

\* *Referat ikke modtaget*

## PATTERNS OF CHRONIC CHILDHOOD ARTHRITIS.

B.M. Ansell, M.D., F.R.C.P. (Division of Rheumatology, Clinical Research Center, Northwick Park Hospital, Harrow, Middlesex and Canadian Red Cross Memorial Hospital Taplow, Maidenhead, England).

As there are no diagnostic tests or criteria the suggested classifications of juvenile arthritis are to allow some comparability of groups under study whether it be for clinical features, genetic aspects, prognosis, use of therapeutic agents or other investigative procedures. It is generally accepted that patients should have commenced their arthritis under the age of 16. It is also considered that after the active exclusion of diseases such as rheumatic fever, post-diarrhoeal arthritis, the rarer connective tissue disorders, leukemia, neoplasms such as neuroblastoma as well as orthopaedic conditions of the musculo-skeletal system, persistent arthritis in one joint for three months is sufficient to allow acceptance as juvenile chronic arthritis. This, however, immediately brings forward a difficulty as in systemic illness arthritis is often late. Therefore it would appear to be necessary to draw up criteria for the diagnosis of systemic illness based on the characteristic fever pattern which should persist for two or three weeks together with the typical rash associated with at least one other feature, either lymphadenopathy or hepatosplenomegaly, pericarditis, etc. For polyarthritis it is suggested that five or more joints should be involved in the first three months in the European criteria but in the United States criteria they use six months for the onset period. The same is true for the pauci-articular where we all accept four or less joints as constituting pauci-articular with Europe being three months and the United States six months. Pauci-articular arthritis needs to be further subdivided; there is one group, predominantly young girls aged 3 to 4, who tend to have iridocyclitis, another group, usually boys aged 9 to 10, who go on to juvenile spondylitis. Psoriatic arthritis frequently presents as pauci-articular but tends to go on to polyarthritis while in addition within this sub-group there are some patients who have just two or three joints persisting with no other features, ultimately recovering and there are some, with or without iridocyclitis, who relentlessly add on joints until they become polyarthritic, often in an asymmetric fashion.

## VÆVSTYPER VED JUVENIL RHEUMATOID ARTHRITIS

Niels Morling, Vævstypelaboratoriet, Rigshospitalet.

HLA-systemet er menneskets vigtigste vævstypesystem, og tilsvarende systemer findes hos alle hvirveldyr. HLA-systemet kontrollerer transplantations-antigener og en lang række andre egenskaber, heriblandt visse komplement-faktorer. Den vigtigste biologiske funktion af HLA-systemet synes at være at medvirke til at sikre optimal immunologisk reaktion ved infektion.

Der er påvist sammenhæng mellem forskellige HLA-faktorer og en lang række sygdomme - heriblandt mange reumatologiske lidelser.

Associationerne mellem HLA og Juvenil Rheumatoid Arthritis (JRA) er komplekse. Mindst fire forskellige HLA antigener (B27, D/DR4, D/DR5 og D/DR8) er associerede med forskellige undergrupper af JRA. D/DR5 og D/DR8 er associerede med pauciartikulær JRA, medens D/DR4 er associeret med polyartikulær JRA. Dette støtter den kliniske skelnen mellem pauci- og polyartikulær JRA. D/DR5 er formentlig overvejende associeret med tidligt debuterende pauciartikulær JRA. Systemisk debuterende JRA er også associeret med D/DR5, og dette støtter antagelsen af, at systemisk JRA - selv i tilfælde med mindre udtalt ledaffektion - er tæt knyttet til andre undergrupper af JRA. Associationen mellem B27 og JRA synes at være stærkest hos patienter med juvenile former af spondylitis ankylopoietika, reaktiv arthritis og Reiters syndrom.

HLA vævstypebestemmelse er på nuværende tidspunkt af mindre værdi for diagnosticering af JRA, men det er muligt, at HLA typebestemmelse vil vise sig at være af prognostisk værdi. HLA undersøgelserne har påvist, at genetisk faktorer medfører øget modtagelighed for JRA, og man har ligeledes fået støtte for opfattelsen af, at JRA er en heterogen gruppe af sygdomme. Sammenhængen mellem HLA og JRA støtter formodningen om, at defekter i regulationen af immunapparatet er af afgørende betydning for ætiologi og pathogenese ved JRA.

## EN EFTERUNDERSØGELSE AF 62 BØRN MED OLIGOARTIKULÆR JUVENIL REUMATOID ARTHRITIS.

F. Karup Pedersen & Copenhagen Study Group of Juvenile Rheumatoid Arthritis (Rigshospitalets Børneafdeling G og Fysiurgisk Hospital i Hornbæk).

62 børn med oligoartikulær juvenil reumatoid arthritis efterundersøgtes 2-27 år (gennemsnit 10 år) efter sygdomsdebut. 65% af patienterne var på efterundersøgelsestidspunktet i remission, men af disse havde en tredjedel sequelae efter deres sygdom. Hos 40% af samtlige ændredes sygdomstypen under forløbet fra oligoartikulær til polyartikulær og 60% af disse havde fortsat sygdomsaktivitet ved efterundersøgelsen mod 35% i hele gruppen. 13% af patienterne havde komplikationen kronisk iridocyclitis og samtlige disse havde positive antinukleære faktorer i deres serum. På efterundersøgelsestidspunktet var 95% af patienterne i funktionsklasse 1 eller 2 og således ikke væsentligt handicappede.

---

## AFFEKTION AF KÆBELEDDET VED JUVENIL CHRONISK ARTHRITIS.

S. Kreiborg (Institut for Ortodonti, Københavns Tandlægehøjskole, København).

En igangværende follow-up undersøgelse af 82 patienter med juvenil kronisk arthritis (JCA) har vist, at over halvdelen af patienterne har radiologiske tegn på affektion af kæbeledet. Affektionen af kæbeledet kan dels medføre funktionelle forstyrrelser i tyggeapparatet og dels nedsat vækst af mandiblen. Informationerne om de mekanismer, der er involveret i denne patologiske udvikling, er imidlertid meget begrænsede. Den foreliggende rapport omhandler en longitudinel røntgencephalometrisk analyse af ansigtsvæksten hos en pige med JCA, hvor kæbeledene blev afficerede i den adolescente periode.

Patienten blev henvist til Institut for Ortodonti i 8-års alderen p.g.a. enkeltsidigt krydsbid. Hun havde fået diagnosticeret en JCA af oligoartikulær type i 2-års alderen. Røntgenundersøgelse af kæberne ved 8 år viste ingen tegn på affektion af kæbeledene. Ansigtstudvik-

lingen var normal indtil 10-års alderen, hvor en orthopantomografisk røntgenoptagelse viste begyndende resorption af begge de mandibulære kondyller. I perioden fra 10 år til voksen alder observeredes en progresserende destruktion af kondyllerne og en udtalt ændring i ansigtsvæksten. Mandiblen roterede posterior i forhold til fossa cranii anterior og blev stærkt retrognath. Dette medførte en udtalt malokklusion med frontalt åbent bid og distal okklusion. Ved voksen alder var okklusionen begrænset til 2.molar. I forbindelse med udviklingen af mandibulær retrognathi viste patienten en gradvis ændring i hovedholdningen. Hovedet blev båret i en løftet stilling i forhold til columna cervicalis, sandsynligvis for at beskytte luftvejene. Bløddelsprofilen ændredes, idet hagen blev mere og mere vigende samtidig med at ansigts-højden øgedes. Kæbens bevægelser var stærkt reducerede i alle tre dimensioner.

Sammenfattende skal det derfor anbefales, at børn med JCA følges med regelmæssige kliniske og radiologiske undersøgelser af kæberne, indtil væksten er standset.

---

## FYSIOTERAPI VED JCA.

E. Zachariae (fysiurgisk afdeling, Århus kommunehospital).

Formålet med fysioterapi ved JCA.

1. Hjælpe patienter gennem perioder med sygdomsaktivitet med så få skader på leddene som muligt.
2. Genoprette funktionen af led og muskler.
3. Hjælpe patienter til at føre et så normalt, aktivt og uafhængigt liv som muligt.

Kontrakturer opstår hurtigt hos børn og forebygges og behandles med skinner, stræk, bugleje og øvelser. Bassinbehandling anbefales. Hvile er væsentligt, men sengeleje bør undgås undtagen ved akut systemic onset disease.

Programoversigt

1. *Jette Jansen (Neurokir.afd., Rigshospitalet):  
Hjernens vækst - hovedomfangskurver.*
2. *Karen Taudorf, Hans Petersen og J.C. Melchior (Børneafd. G og  
Neuroradiologisk afd., Rigshospitalet):  
Computertomografi ved spastisk cerebral parese.*
3. *C. Hertel Wulff og C.H. Mordhorst (Neurofys.afd., Rigshospitalet  
og Ornitoseafd., Statens Seruminstitut): Subakut skleroserende  
panencephalitis. Klinik, EEG og serologi.*
4. *Karen Taudorf, Flemming Juul Hansen og Hans Petersen (Børneafd.  
G og neuroradiologisk afd., Rigshospitalet):  
20 tidligere sikre CP-børn, der nu er raske.*
5. *Niels Michelsen (Børneklivikken, Kristianiagade):  
Neurologisk, motorisk funktion af børn af psykotisk afvigende  
forældre.*
6. *E. Kruuse, A. Søjgård og B. Zachau-Christiansen (Skolepsykologisk  
kontor, Albertslund, Lyngby-Tårnbæk, børneafd. G, Rigshospitalet):  
Skoleforløbet hos børn med lav fødselsvægt.*



## HJERNENS VÆKST - HOVEDOMFANGSKURVER

J. Jansen (Neurokirurgisk afdeling, Rigshospitalet).

Kraniets vækst bestemmes af kranieindholdets vækst. Måling af hovedomfang hos børn er således en metode til vurdering af hjernens udvikling.

Hovedomfangets udvikling er undersøgt i en prospektiv multicenterundersøgelse med deltagelse af praktiserende læger, skolelæger, skolesundhedsplejersker og personale ved føde- og børneafdelinger. 1973-1977 er der foretaget ca. 10.000 undersøgelser af 4.500 børn i alderen 0 - 16 år. Undersøgelsen er semilongitudinel. Ved hver undersøgelse er hovedomfang, højde og vægt målt.

Et for stort eller lille kranium medfører forkerte legemsproportioner. Hovedomfangets udvikling er derfor undersøgt i forhold til legemsvægt og legemshøjde.

Forholdet mellem hovedomfang og vægt kan beskrives ved formelen:  $\log \text{ hovedomfang (mm)} = 2,4194 + 0,2484 \log \text{ vægt (kg)}$ ;  $2,5 \text{ kg} \leq \text{vægt} \leq 14,5 \text{ kg}$ .

Hovedomfang/vægtkurven har følgende fordele sammenlignet med hovedomfang/alderkurver: Hovedomfang/vægtkurven er en ret linje; afvigelser fra en ret linje er lettere at erkende end afvigelser fra en krum linje. For vægtintervallet 2,5 til 14,5 kg er hovedomfang/vægtkurven ens for drenge og piger. Hovedomfang/vægtkurven fokuserer på vækstprocessen i stedet for på absolut størrelse, og den indebærer mulighed for kvantitative sammenligninger.

## COMPUTER TOMOGRAFI VED SPASTISK CEREBRAL PARESE.

K. Taudorf, H. Pedersen & J. C. Melchior (Børneafdeling G & Neuro-radiologisk afdeling, Rigshospitalet).

Med indførelsen af craniel computer tomografi (CT) er der åbnet mulighed for en atraumatisk vurdering af de tilgrundliggende patoanatomiske forandringer i cerebrum hos cerebral parese (CP) patienter.

83 børn med spastisk CP (44 drenge og 39 piger) blev scannet. I forsøg på at udtrække nogle ætiologiske, diagnostiske og prognostiske udsagn blev CT-fundene relateret til spasticitetstype, paresegrad, tilstedeværelse af cerebrale ledsagefænomener samt de formodede ætiologiske faktorer (familier disposition, præ-, peri- og postnatale årsager samt ATN).

57 børn havde patologisk CT. Der fandtes ingen statistisk signifikant forskel på hyppighederne af patologisk CT blandt de 4 spasticitetstyper. Imidlertid var der numerisk færrest patologiske scanninger blandt paraplegierne. Hyppigheden af patologisk CT var stigende med tiltagende sværhedsgrad af det motoriske handicap ( $p < 0,05$ ). Der var signifikant flere børn med patologisk scanning blandt CP-børn med epilepsi, end blandt CP-børn uden epilepsi ( $p < 0,05$ ). De dårligst begavede CP-børn havde numerisk flest patologiske CT, men der var ikke signifikant forskel på antal patologiske CT blandt de oligofrene/ikke oligofrene CP-børn.

Den hyppigste CT-forandring var atrofi (44 tilfælde af de 56 patologiske). Central atrofi med forstørrelse af ventrikelsystemet eller dele heraf var til stede i 39 tilfælde. En speciel form for central atrofi, her kaldet isoleret cella media atrofi, sås især hos patienter med paraplegi samt hos patienter med ATN som årsag til CP. Den isolerede celle media atrofi, der ikke er omtalt i tidligere arbejder, kan tolkes som følger efter en anoksisk læsion af hjernevævet på grænsen mellem a. carotis interna og a. posterior's forsyningsområde.

SUBAKUT SKLEROSENDE PANENCEPHALITIS. KLINIK, EEG OG SEROLOGI.

C. Hertel Wulff & C. H. Mordhorst (Neurofysiologisk afd., Rigshospitalet og ornitoseafd., Statens seruminstitut).

Subakut skleroserende panencephalitis (SSPE) kan klinisk karakteriseres ved en gradvis udviklet demenstilstand med myoklonier, elektroencefalografisk ved optræden af periodiske komplekser og serologisk ved forekomsten af stærkt forhøjede titere mod morbilliantistof i serum samt tilstedeværende morbilliantistof i cerebrospinalvæsken. Da ornitoseafdelingen på Statens seruminstitut udfører undersøgelser for indhold af morbilliantistof i serumprøver indsendt fra hele Danmark, gennemgik man disse fra perioden 1970 - 1979 og indhentede kliniske oplysninger på alle patienter hvor antistoftiteren (komplimentbindende antistof) var 128 eller derover, og hos hvem der forelå oplysninger om symptomer på encephalitis. Hvis der var mistanke om SSPE blev de foreliggende EEG'er gennemgået med henblik på periodiske komplekser. Herved fandtes 6 patienter med SSPE. Der var 3 drenge og 3 piger med debutalder fra 5 - 11 år. Morbilliantistoftiteren i serum ved første undersøgelse varierede fra 512 til 4096 og i CSF fra 16 til 64. Debutsymptomer var blandt andet uvarslede faldeepisoder, myoklonier og psykisk ændring med aftagende skolepræstationer. Hos alle patienter var sygdommen langsom fremadskridende med tiltagende neurologisk deficit. Alle patienter døde efter en sygdomsvarighed fra 4 mdr til 7 år.

## CEREBRAL PARESE - SPONTAN HELBREDELSE.

K. Taudorf, F.J. Hansen & H. Pedersen (Børneafdeling G & Neuroradiologisk afdeling, Rigshospitalet).

Blandt 2100 cerebral parese patienter er fundet 20 med diagnosen cerebral parese antea nu i.a. Disse 20 børn (13 drenge og 7 piger) fik stillet diagnosen cerebral parese, da de var mellem 3 måneder og 3 år gamle, i gennemsnit 11 måneder. De blev fundet raske da de var fra 1 år til 5 år og 7 måneder gamle, i gennemsnit 2 1/3 år.

Det drejer sig overvejende om spastisk cerebral parese. To havde tetraplegi, 4 diplegi, 11 paraplegi og 1 hemiplegi. Desuden havde 1 patient paraplegi + ataksi og 1 patient athetose. De 20 børns journaler er gennemgået med henblik på ætiologi og symptomatologi.

Sytten af de 20 tidligere patienter er efterundersøgt og interviewet. Undersøgelsen viste, at 7 af de tidligere patienter var blevet helt raske, 5 havde symptomer på specifikke vanskeligheder, som dårlig visuel perception, dårlig spatiel orientering, ordblindhed og/eller generelle indlæringsvanskeligheder. To var intellektuelt reduceret, 1 havde symptomer på polyneuropathi og 1 havde føtalt alkoholsyndrom. Kun 1 person havde tegn på cerebral parese i form af tetraplegi.

Man har længe vidst, at symptomerne på cerebral parese ændrer sig med alderen, afhængig af type, sværhedsgrad og behandling. Denne undersøgelse godtgør, at symptomerne i sjældne tilfælde kan svinde.

## NEUROLOGISK-SANSEMOTORISK FUNKTION HOS BØRN AF PSYKIATRISK AFVIGENDE FORÆLDRE.

N. Michelsen (Afsnit for prospektiv pædiatri, børneafdeling G, Rigshospitalet og Psykologisk Institut, psykiatrisk afdeling, Kommunehospitalet, København).

Projektet er et delprojekt af Rigshospitalets undersøgelse 1959-61 af svangerskabets og fødselsens betydning for barnets sundhed og udvikling. Projektet er en del af Mednick og Schulsingers undersøgelser vedr. skizofreni, og den neuropædiatriske undersøgelse af børnene er foretaget 1970-71 på Psykologisk Institut, psykiatrisk afd., Kommunehospitalet.

Problem: 1) Er neurologisk-sansemotorisk funktion hos børn af skizofrene forældre anderledes end hos andre børn? 2) Hvis den er anderledes, hvad er så forklaringen: a) perinatale komplikationer? b) "psykiske" miljø- og opvækstforhold? c) "materielle" miljø- og opvækstforhold? d) arv? e) kombinationer?

Materiale: Ved hjælp af oplysninger fra Demografisk Institut m.fl. vedr. indlæggelser på psykiatrisk afd. og ved gennemgang af journalmateriale samt parvis matching er ud fra grundmaterialet af samtlige 9006 forældrepar opstillet følgende grupper: 1) 72 børn med 1 skizofren forældrepart. 2) 72 børn med 1 karakterafvigende forældrepart. 3) 72 børn med tilsyneladende psykiatrisk normale forældre. 4) 59 børn med 1 skizofren forældrepart. 5) 59 børn med tilsyneladende psykiatrisk normale forældre og graviditets- og fødselsomstændigheder matchet med 4).

Metode: Alle børn er af NM undersøgt ved detaljeret neurologisk-sansemotorisk undersøgelse (a.m. Prechtl & Touwen, Stott, Rutter m. fl.). Børnene er desuden psykologisk og psykofysiologisk undersøgt foruden deres udvikling og familiens situation er belyst ved interview i hjemmet ved socialrådgiver.

Resultater: Data er endnu ikke færdiganalyseret. Nedenstående er blot enkelte foreløbige resultater, da børnene var 10-12 år.

Hos børn af skizofrene forældre fandtes i følgende tilfælde signifikant flere fejl end hos børn med normale forældre, graviditet- fødselsom-

stændigheder matched: Balance på ve. UE, øjendominans, stereognose hø. PE, n.vestibularis, diadokokinese hø.OE, medbevægelser ved diadokokinese, medbevægelser ved hælfgang, lettere foddeformiteter.

Hos børn af normale forældre fandtes i følgende tilfælde signifikant flere fejl end hos børn af skizofrene forældre, graviditets- og fødselsomstændighederne matched: N.acusticus, faciale medbevægelser, lettere ganeanomalier.

Samlet vurdering af funktionelle områder	Forældre skizofren	Forældre karakterafv.	Forældre . norm.	Statistisk signifikant
Test of motor impairment	dårligst	bedst	middel	x
Test of motor impersistence	middel	bedst	dårligst	x
Special sensitive functions	dårligst	bedst	middel	
Dyspraxi	dårligst	bedst	middel	
Reciprok koordination	dårligst	bedst	middel	
Koordination	dårligst	bedst	middel	
Medbevægelser	dårligst	bedst	middedel	x
Gang og holdning	middel	bedst	dårligst	x
Minor psycical abnormal.	bedst	middel	dårligst	
Traditionel neurol. us.	middel	dårligst	bedst	

Konklusion: Undersøgelsen viser, at børn af skizofrene forældre neurologisk-sansemotorisk er anderledes end andre børn: Ingen traditionel neurologiske afvigelse, men dårlig koordination svarende til generel lettere udviklingsmæssig retardering. Perinatale komplikationer forklarer ikke alene forskellen, selv om samme perinatale komplikationer gav alvorligere udvikling hos børn af skizofrene forældre. Opvækstvilkårene og nuværende miljø forklarer ej heller alene forskellen, selv om belastninger gav alvorligere udvikling hos børn af skizofrene forældre. Den familiære disposition til skizofrene må være afgørende, foruden en disposition til øget følsomhed overfor forskellige belastninger.

## SKOLEFORLØBET HOS BØRN MED LAV FØDSELSVÆGT.

E. Kruuse, A. Søgaard & B. Zachau-Christiansen (Skolepsykologisk Kontor, Albertslund og Lyngby-Tårnbæk, børneafdeling G, Rigshospitalet).

Rigshospitalets undersøgelse 1959-61 af svangerskabets og fødselens betydning for barnets sundhed og udvikling har bl.a. vist, at 6,7% af 1076 børn med lav fødselsvægt i 1-års alderen havde hjerneskadesymptomer mod 1,7% af 7237 fuldbårne. Perinatale komplikationer gav øget frekvens, op til 25%, som ugunstige sociale forhold. Forfatterne har undersøgt skoleforløbet for 348 børn med lav fødselsvægt fra Rigshospitalsundersøgelsen, boende i Københavns amt og sammenlignet med en tilfældig kontrolgruppe af 296 børn fra samme område. 20% af børnene med lav fødselsvægt forlod skolen uden nogen prøve, mod kun 9% i kontrolgruppen, 9.-10. klasseprøven blev i begge grupper klaret af 40%, mens hyppigheden for at få realeksamen eller blive optaget i gymnasiet var 10% højere i kontrolgruppen end i forsøgsgruppen. Blandt børn med lav fødselsvægt var det særligt drengene, der måtte forlade skolen uden prøve, 38% mod 12% piger for børn med fødselsvægt på højst 1500 g, 28% mod kun 18% ved fødselsvægt mellem 2001 og 2500 g.

Alle somatiske og sociale komplikationer har en betydning, tydeligst har dette gjort sig gældende for moderens uddannelse. Havde moderen studentereksamen, var det kun 4% af børn med lav fødselsvægt, der forlod skolen uden nogen prøve, mens 62% kom i gymnasiet, hvilket kun gjaldt 12% af børnene, hvor moderen kun havde folkeskoleuddannelse. Uden neonatale hjerneskadesymptomer kom 19% i gymnasiet, kun 9% hvis der var tydelige sådanne symptomer. God helbredstilstand ved 1 år bragte i gymnasiet 24% mod 14% ved dårlig helbredstilstand. Var moderen under 20 år ved barnets fødsel, kom 4% i gymnasiet mod 24%, hvis moderen var over 40 år. Hvis forældrene tilhørte socialklasse V, var sandsynligheden for at forlade skolen

uden prøve 7 gange større for børn med lav fødselsvægt end for børnene i kontrolgruppen, hvilket er et bevis for, at somatiske komplikationer, her lav fødselsvægt, har størst betydning, når der tillige er lav social placering.

En ejendommelig iagttagelse har været, at 17% af børn med lav fødselsvægt og uden neonatal asfyksi kom i gymnasiet, mod 31%, hvis der havde været tegn til neonatal asfyksi.



Programoversigt

1. M. Olofsson, W. Buckley, G.E. Andersen & B. Friis-Hansen (Neonatalafdelingen, Rigshospitalet):  
Børn af stofmisbrugende mødre.
- 2.\* J. Jensen & P. Uldall (Børneafd. L, KAS Glostrup):  
Sociale karakteristika for fejlermædede indvandrerbørn og danske børn.
3. K. Kaas Ibsen, M. Nielsen, C. Roebstorff & O. Steinicke (Julemærkekomiteen, København):  
Børn på Julemærkehjem - deres familiemæssige baggrund.
4. J. Aagaard (Demografisk Institut, Risskov):  
Prædiktorer for børns helbred.
5. J. Merrick & N. Michelsen (Afsnit for prospektiv pædiatri, Rigshospitalet og Social- og sundhedsforvaltningen i København):  
Børneshandling i Københavns Kommune 1970-1979.
6. Diskussion om socialpædiatriens placering i det danske sundhedsvæsen:
  - a. J. Dinesen (Århus Social- og sundhedsforvaltning): Pædiateren som skolelæge.
  - b.\* H. Trautner (Vejle Amts social- og sundhedsforvaltning):  
Pædiateren i socialcentret.
  - c. N. Michelsen (Social- og sundhedsforvaltningen i Københavns Kommune): Pædiateren i socialforvaltningen.
  - d. B. Zachau-Christiansen (Børneafd. G, Rigshospitalet og Kysthospitalets socialpædiatriske afdeling): Børnekommisionens betænkning og rapporter.

\* Referat ikke modtaget

## BØRN AF STOFMISBRUGENDE MØDRE.

M. Olofsson, W. Buckley, G.E. Andersen & B. Friis-Hansen. (Neonatalafdelingen, Rigshospitalet).

Antallet af børn født af stofmisbrugende mødre har været i stigning i den vestlige verden i de senere år. Disse børn må betragtes som en af vort samfunds mest truede grupper.

På Rigshospitalets neonatalafdeling er der foretaget en efterundersøgelse af 89 børn født af stofmisbrugende mødre i perioden 1970-78. Undersøgelsen omfatter en somatisk undersøgelse af barnet, incl. måling af højde, vægt og hovedomfang, en screening af barnets psykomotoriske udvikling ved hjælp THE DENVER DEVELOPMENT SCREENING TEST, et interview med barnets forældre/værge om barnets opvækstmiljø, udvikling og adfærd samt indhentning af oplysninger om barnet hos sundhedsplejerske, bistandskontor, psykolog, børnepsykiater, daginstitution, praktiserende læge, hospitaler m.m. Desuden er der foretaget en gennemgang af fødejournaler og børnejournaler fra neonatalafdelingen med henblik på at belyse forholdene under graviditet, fødsel og neonatalperiode.

Af komplikationer i graviditeten er for tidlig fødsel, intrauterin vækstretardering og perinatal asfyksi hyppigere forekommende end normalt. 20% af børnene var født for tidligt og 30% var small for dates. Mødrene udnyttede ikke regelmæssigt de profylaktiske graviditetsundersøgelser og 1/3 mødte først da de var i fødsel. 85% af børnene udviklede behandlingskrævende abstinenser i de første levedøgn. De fleste børn blev udskrevet fra neonatalafdelingen til mødrene, og deres opvækstmiljø var i de første leveår præget af ustabilitet med hyppige skift i voksenkontakt og miljø. Børnene blev ikke tilset regelmæssigt af sundhedsplejerske eller læge. På undersøgelsestidspunktet boede knapt halvdelen af børnene hos den biologiske mor, og 3/4 havde været anbragt udenfor hjemmet i en eller flere perioder, de fleste tvangsmæssigt. 10% af børnene var svært psykomotorisk retarderede og 56% havde adfærdsforstyrrelser.

Undersøgelsen viser klart, at børn af stofmisbrugende mødre udgør en højrisikogruppe, som kræver intensiv tværfaglig indsats fra den tidlige graviditet og i de første vigtige leveår.

## BØRN PÅ JULEMÆRKEHJEM - DERES FAMILIEMÆSSIGE BAGGRUND.

K. Kaas Ibsen, M. Nielsen, Chr. Roepstorff & O. Steinicke  
(Julemærkekomiteen, København).

En prospektiv undersøgelse af en årgang af skolebørn på 417 optaget på julemærkehjem i kalenderåret 1977 blev gennemført med det formål at belyse den familiemæssige og skolemæssige baggrund hos disse børn.

Der fandtes en relativ overvægt af børn fra det stor-københavnske område. Hovedparten var drenge, og børnene var overvejende henvist på grund af psykosomatiske og nervøse lidelser samt af sociale årsager, medens under 10% blev henvist af somatiske årsager. Kun 7% havde været på børneinstitution, og en del børn kom fra familier med kroniske sygdomme samt alkohol- og tabletmisbrug. Børnene kom oftere fra overbefolkede boliger end normalbefolkningen.

Børnene havde hyppigst psykosomatiske symptomer som hovedpine og mavepine, og adfærdsproblemer som uro og rastløshed, aggressivitet, jalousireaktioner, uligevægt og hysteriske anfald, ligesom nogle var indesluttede, nærtagende og selvusikre.

Forekomsten af hovedpine og mavepine var stærkt sammenfaldende med angst for at skulle i skole. Næsten halvdelen af børnene havde tidligere skiftet skole, heraf 40% på grund af skoleproblemer. En væsentlig del af problemerne hos børn på julemærkehjem kan direkte tilskrives hjemlige problemer og problemer i skolen.

## PRÆDIKTORER FOR BØRNS HELBRED.

J. Aagaard. (Institut for Psykiatrisk Demografi, Risskov)

Gennem de senere år har jeg gennemført en række forløbsundersøgelser med henblik på at kunne afgrænse de mest betydende prædiktorer (risikoindikatorer) for senere sygdom hos børn. To projekter omtales.

Risikobarn undersøgelsen er en epidemiologisk baseret 12-års follow-up af ca. 1500 børn, hvoraf halvdelen har modtaget behovsbetinget sundhedspleje, den anden halvdel er en sammenligningsgruppe. Et antal perinatale faktorer, familiebaggrundsvariable ved fødselstidspunktet, social begivenheder i barnets første leveår, samt variable omhandlende forældrenes sundhedsadfærd, er som prædiktorer og gennem anvendelsen af multivariate teknikker relateret til bl.a. afvigende skoleforløb, samt prævalens af visse relativt hyppige diagnosekategorier. Undersøgelsen har peget på at visse sociale og psyko-sociale belastninger i spædbarnsperioden, er forbundet med en meget høj risiko for især afvigende skoleforløb og sværere adfærdsforstyrrelser. Undersøgelsen giver mulighed for ud fra sociale og psyko-sociale kriterier at stille forslag til afgrænsning af en potentiel risikogruppe på knap 10% af populationen. Til denne gruppe kan der eventuelt tilbydes en speciel udvidet sundhedspleje.

Sociale faktorer og social begivenheder som prædiktorer for indlæggelse/genindlæggelse, samt forbrug af konsultationer. Undersøgelsens grundmaterialer bestod af alle børn, der gennem et år blev indlagt på en børneafdeling, samt en sammenligningsgruppe af børn tilknyttet en almen praksis. Data ved index hospitaliseringen eller konsultationen omhandlede en struktureret social anamnese. Børnene blev fulgt op gennem et år. Ud fra hospitalsmaterialet blev fundet, at den dominerende forklaring (statistisk set)

på genindlæggelse refererede til om barnet havde en kronisk sygdom, men også forhold som konflikter med kammeraterne og sygdom hos moderen var signifikante prædiktorer i en logistisk model. I materialet for almen praksis blev der ikke fundet betydende prædiktorer for indlæggelse på hospital gennem follow-up året. Psyko-sociale belastninger af kortere varighed øgede risikoen for flere konsultationer, især hos børn der ikke havde en kronisk sygdom. Undersøgelsen har peget på et meget komplekst samspil mellem sociale og psyko-sociale belastninger og sygdom/sygdomsadfærd.

BØRNEMISHANDLING I DANMARK 1970-79. KØBENHAVNS KOMMUNE.  
J. Merrick & N. Michelsen (Afsnit for prospektiv pædiatri,  
Børneafdeling G 3811, Rigshospitalet & Sociallægeafsnittet,  
Social- og sundhedsforvaltningen, Københavns kommune).

Internationalt er børnemishandling beskrevet som et stigende problem. I Danmark har man foretaget flere kasuistiske beskrivelser, men siden 1969 er der ikke foretaget nogen egentlig landsdækkende epidemiologisk undersøgelse. Vi har derfor startet en række landsdækkende undersøgelser ved kontakt til samtlige børneafd., retsmed. inst. og embedslæger og herværende undersøgelse er det første delresultat.

Vi har kontaktet de tre børneafd. og Retsmed. Inst. i Kbh. og anmodet om tilladelse til at studere journalmateriale, der i tiden 1970-79, blev registreret som børnemish.

Det drejer sig om 27 børn, overvejende småbørn. Grav., fødsel og neonatalperiode og udvikling var ikke særlig påfaldende. Derimod var det karakteristisk, at alle familier x tilhørte socialgr. V, halvdelen af børnene var tidl. mish., en trediedel af søskende også og en trediedel af mødrene udsat for vold. I 2/3 af tilfældene var far-figuren mishandleren. Undersøgelserne, såvel somatisk som psykisk, er i 10 års perioden blevet mere grundig og kontakten mellem de forskellige faggrupper bedre. Halvdelen af børnene blev udskrevet til hjemmet. Mortaliteten var 4 %.

Undersøgelsen har vist et behov for mere ensartet retningslinier mht tværfaglig indsats, forebyggelse og opfølgning, hvorfor vi har udarbejdet en vejledning, der blev udleveret og senere vil blive publiceret, til brug for børneafd. i DK samt givet forslag til ensartet central registrering. (Til Landspatientregistret: fysisk mishandling-996.89, vanrøgt-994.99. Der mangler diagnosenumre for psykisk mish. og seksuelt misbrug, men Sundhedsstyrelsen er kontaktet mhp dette).

## PÆDIATEREN SOM SKOLELÆGE

J. Dinesen (Århus social og sundhedsforvaltning)

Der er mange facetter i skolelægearbejdet, og der stilles helt specielle krav til lægen i dette arbejde. Det kræver nogle års arbejde at etablere en nyttig lægelig funktion i skolen, en funktion, der er helt afhængig af en bred kontakt til elever og de øvrige medarbejdere i skolen. Skolelægens placering i tæt samarbejde med skolepsykologisk rådgivning fremhæves, og det påpeges, at den pædiatriske speciallægeuddannelse ikke fuldt kvalificerer til skolelægearbejdet, der er i dette arbejde især behov for et stort kendskab til børnepsykiatri og arbejdsmetoder inden for børnepsykiatri.

Folkeskolen har i dag meget brug for lægelig ekspertise og behovet er stigende i takt med udlægning af forsorgen og integration af handicappede børn iøvrigt, og i denne sammenhæng må man pege på pædiateren som skolelæge.

DISKUSSION OM SOCIALPÆDIATRIENS PLACERING I DET DANSKE SUNDHEDSVÆSEN:  
PÆDIATEREN I SOCIAL- OG SUNDHEDSFORVALTNINGEN.

N. Michelsen (sociallægeafsnittet, Social- og sundhedsforvaltningen i København).

Den kommunale og amtskommunale opbygning af social- og sundhedsforvaltningen skitseres og de særlige københavnske forhold omtales, specielt m.h.t. lægekonsulentbistanden. Det konkluderes, at kun meget få pædiatere er ansat i social- og sundhedsforvaltningerne: enkelte deltidsansatte på amtskommunalt niveau, praktisk taget ingen på primærkommunalt niveau, praktisk taget ingen heltidsansatte.

Spørgsmålet er herefter om det er fordi, der ikke er pædiatriske problemer i social- og sundhedsforvaltningen - eller fordi der ikke er forvaltningsmæssige problemer i pædiatri. At dette<sup>ikke</sup> er tilfældet eksemplificeres ved et skema, der belyser nogle af de mange socialpædiatriske problemer den klinisk arbejdende læge stilles overfor i sit daglige arbejde. Problemer som kun kan løses i samarbejde med social- og sundhedsforvaltningen (se Ugeskr. Læg. 1982, 144, 51).

Forvaltningsvirksomhedens opdeling omtales: 1) den formelle forvaltningsvirksomhed: forvaltningsorganerne: centralt niveau (ministerier og styrelser), regionalt niveau (amtskommunerne) og lokalt niveau (kommunerne). 2) den materielle forvaltningsvirksomhed: arten af forvaltningsaktiviteten, typisk myndighedsudøvelse og monopoliseret service (vejledning og rådgivning, økonomisk bistand, praktisk bistand, institutioner (dag og døgn). 3) retsreglerne (og deres tilblivelse): Bistandslov, lov om socialindkomst, børnetilskudslov, sygesikring, dagpenge, arbejdsskade, pensionslove m.m.m.

Alt sammen forhold lægen ikke kan undvære i sit arbejde og må have et vist kendskab til.

Det konkluderes, at for børnenes, samfundets (og pædiaterens) skyld bør pædiateren interessere sig for social- og sundhedsforvaltningens virksomhed ved tværfagligt samarbejde, søge stillinger i social- og sundhedsforvaltningen, deltage i udvalgs- og kommissionsarbejde m.m.



## BØRNEKOMMISSIONENS BETÆNKNING OG RAPPORTER.

B. Zachau-Christiansen (Børneafdeling G, Rigshospitalet).

Børnekommissionens betænkning nr. 918 med 4 udvalgsrapporter har været anmeldt i Ugeskr. Læger i 1981; 143: 2530-2531, samt for rapporternes vedkommende 433-434, 445-448. Det drejer sig om 1500 sider om børns og børnefamiliers liv, for kun 295 kr. Bøgerne bør stå på enhver børneafdeling, og helst hos enhver pædiater. Børn skal fortsat have retten til at have en fader og begge forældre bør have fælles forældremyndighed, også hvis de ikke er gift eller skilles. Samkvem med den af forældrene, som barnet ikke bor hos, bør foruden week-ends og ferier omfatte almindelige hverdage. Ved separation og skilsmisse skal der rådgives ved personer, der har uddannelse vedr. børns tarv, også andre end psykiatere skal være vejen, og ægteskabskommissionens ønske om at trække afgørelserne ind i domstolspraksis bør bekæmpes. Børnekommissionen mener ikke, landet er modent til lovgivning om revselsesforbud, men myndighedslovens bestemmelser om forældres ansvar overfor børn bør udvides med, at dette ansvar ikke omfatter udsættelse for revselse eller anden krænkende behandling.

Udvalg 4's rapport om tidlig indsats peger bl.a. på udvidet barsels- og omsorgsorlov, humanisering af sygehusfødsler. Fødeafsnit bør ikke nedlægges p.g.a. det faldende fødselstal, men ledig plads bruges til at skaffe mulighed for, at familien kan være ved den fødende. Pædiatere bør ikke modtage syge, nyfødte uden at sikre sig, at moderen følger med til afdelingen. Antallet af jordemødre og sundhedsplejersker foreslås fordoblet, hvis da ikke børnetallet halveres. Det handicappede barns trivsel i lokalmiljøet efter særforborgens udlægning bør støttes af et nøgleteam, som socialudvalget skal høre. Der skal

være mere tid til helbredsundersøgelserne i spæd- og småbarns- alderen, disse bør kunne foregå i hjemmet eller på barnets institution, og de læger, der vil foretage helbredsundersøgelserne, skal have en efteruddannelse vedr. udviklingspsykologi m.m. af ca. 14 dages varighed; de nuværende 3 timers postgraduate orientering om helbredsundersøgelser til almen medicinere i det nuværende pædiatriske kursus i videreuddannelsen til almen mediciner er ikke tilstrækkelig.

Udvalget peger på, at almindelige sygdomme i dag er et problem for familien, faktisk er et barn sygt 1 måned om året, barnets forsvarlige pasning i hjemmet bør sikres. Når børn indlægges på sygehus, bør de indlægges på en børneafdeling eller et børneafsnit. I vor indsats for børn mangler en familieorientering eller for at sige det rent ud forældreuddannelse, dog uden noget ideologisk tryk.

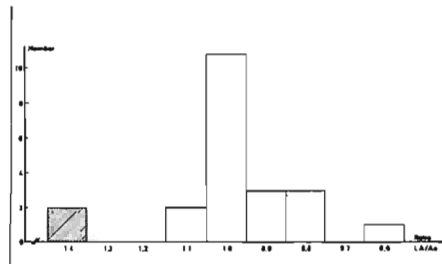
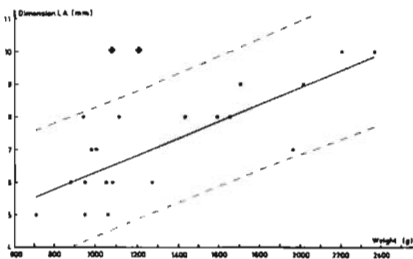
Programoversigt

1. *Gunnar Nielsen (Børneafd. og Klin.fysiol.afd., Odense Sygehus):  
Ekkokardiografisk undersøgelse af præmature nyfødte.*
2. *A. Høst, K. Lillquist & G. Nielsen (Børneafd. H og Klin.fysiol.  
afd., Odense Sygehus):  
Prostaglandin-behandling af ductus afhængige medfødte hjertemis-  
dannelser.*
3. *S. Petersen, N.C. Christensen og E. Ryssing (Neonat.afd. GN og  
Børneafd. G, Rigshospitalet):  
Indometacin-behandling af åbentstående ductus arteriosus hos præ-  
mature.*
4. *A. Wennevold, J. Ramsøe Jacobsen, J. Berning, H. Egeblad og K.  
Saunamäki (Cardiologisk lab., Med.afd. B, Rigshospitalet):  
Langtidsefterundersøgelse af større børn og voksne opereret for  
ductus arteriosus persistens med pulmonal hypertension.*
5. *P. Alstrup og H. Ahrendrup (Thorækir.afd. T, Odense Sygehus):  
Indikationer, teknik og primære resultater ved operativ behand-  
ling af infantil coarctatio aortae.*
6. *E. Klarholt og P. Thayssen (Børneafd. og Klin.fysiol.afd., Odense  
Sygehus):  
Estimering af æygensaturation i blandet venøst blod hos børn.*
7. *E. Simonsen (Børneafd. og Klin.fysiol.afd., Odense Sygehus):  
Langtids-EKG-monitorering af børn mistænkt for sinusknudedysfunk-  
tion. Diagnostiske kriterier.*

# EKKOKARDIOGRAFISK UNDERSØGELSE AF PRÆMATURE NYFØDTE.

G. Nielsen (Børneafdelingen & Klinisk Fysiologisk afdeling, Odense Sygehus).

Ekkokardiografi er foretaget på en gruppe præmature børn i løbet af første levemåned til vurdering af flow gennem en åbenstående ductus arteriosus. I foredraget er data fra målingerne af venstre atriums og aortas dimension vurderet. Hos 2 patienter var der klinisk stillet diagnosen åbenstående ductus arteriosus på grund af mislyd, præcordial hyperaktivitet, kraftige perifere pulse, radiologisk forstørret hjerte og tegn på blodoverfyldning i lungekredsløbet. Hos disse patienter var venstre atriums dimension øget, og sås ved serieundersøgelser at aftage i takt med klinisk bedring. Ved at beregne venstre atriums dimension i forhold til aortas dimension fås en ratio, der hos børn uden shunt er mindre end 1.1, og denne ratio kan anvendes hos børnene uden hensyn til vægt på undersøgelsestidspunktet, og man behøver derfor ikke at råde over referenceværdier for venstre atriums dimension i forskellige vægtklasser. Undersøgelsen er velegnet til at supplere den kliniske vurdering med et objektivi t mål for venstre hjertes volumenbelastning.



## PROSTAGLANDINBEHANDLING AF DUCTUS AFHÆNGIGE MEDFØDTE HJERTEMISDANNELSER.

A. Høst & K. Lillquist (Børneafdeling H, Odense sygehus), G. Nielsen (Klinisk Fysiologisk Afdeling, Odense sygehus).

Siden 1974 har først  $PGE_2$  og senere  $PGE_1$  været anvendt til behandling af Ductus arteriosus afhængige medfødte hjertemisdannelser, idet det har vist sig, at disse prostaglandiner ved kontinuerlig infusion hos nyfødte kan dilatere og holde Ductus arteriosus åben (1, 2).

Prostaglandinbehandling er effektiv både ved den gruppe af medfødte hjertemisdannelser, som er karakteriseret ved nedsat effektiv lungegennemblødning, og den gruppe, hvis væsentligste abnormitet er obstruktion af systemkredsløbet. Til den første gruppe hører hjertemisdannelser med obstrueret lungekredsløb (pulmonalstenose-atresi, Fallot's tetralogi og tricuspidalatresi) og parallelle kredsløb (transposition). Til den anden gruppe hører hjertemisdannelser med afbrudt aortabue, dvs. coarctatio og/eller hypoplasi af aortabuen.

$PGE_1$  gives enten i. art. eller i. v., og startdosis er 0,1-0,05 mikrogram/kg/min.. Virkningen indtræder i løbet af få min., hvorefter der ved tilstande med nedsat effektiv lungegennemblødning registreres stigende ilttension efterfulgt af aftagende acidose. Ved afbrudt aortabue aftager hjerteinsufficiensen og acidosen i løbet af få timer. Dosis aftrappes til mindste effektive dosis, som er uden bivirkninger. Bivirkninger registreres hos ca. 40-50% af de behandlede. Det drejer sig om reversible dosisafhængige bivirkninger som erythem, pyrexia, takykardi, bradykardi, takypnø og sjældent apnø og cerebrale reaktioner. Cortical hyperostose er beskrevet som bivirkning efter uger til måneder varende prostaglandinbehandling, en behandlingsform som for tiden forsøges i England med  $PGE_2$  i tabletform. Den mest anvendte behandlingsform er få døgn (1-7 døgn) varende i. v.  $PGE_1$ -behandling, hvorefter den nødvendige hjerte/kar-kirurgi kan udføres semi-elektivt.

$PGE_1$  er endnu ikke frigivet herhjemme, men siden ultimo 1979 er stoffet blevet anvendt efter tilladelse fra Sundhedsstyrelsen i en mul-

ticenterundersøgelse med deltagelse af børneafdelinger i København, Odense, Århus og Randers.

Som led i multicenterundersøgelsen har vi på børneafdelingen i Odense i 1980-81 behandlet 10 nyfødte med Ductus afhængige hjertemisdannelser med PGE<sub>1</sub>. Der var 7 drenge og 3 piger, FV:  $\bar{x}$  = 3183 g (range 2200-4400 g), gestationsalder:  $\bar{x}$  = 39,3 uger (range 36-42 uger), alder ved PGE<sub>1</sub>-start:  $\bar{x}$  = 4,5 døgn (range 1-11 døgn), behandlingsvarighed:  $\bar{x}$  2,75 døgn (range 0,5-7 døgn). 3 havde Fallot's tetralogi, 1 pulmonalstenose, 1 tricuspidalatresi, 2 transposition og 3 coarctatio aortae. I alle 10 tilfælde var der den ønskede effekt af behandlingen. Bivirkninger opstod i 6 tilfælde, alle 6 havde let pyrexia, 2 fik yderligere apnøtilfælde og kortvarige kramper, og 1 havde ledsagende diaré. Bivirkningerne svandt ved dosisreduktion.

Man kan konkludere, at E-gruppe prostaglandinerne er effektive til at dilatere og holde Ductus arteriosus åben hos nyfødte med Ductus afhængige hjertemisdannelser, således at såvel hjertekateterisation som palliativ og/eller korrektiv hjertekirurgi nu kan udføres under gunstige betingelser og med mindre risiko.

- 1) Lillquist, K. Behandling af ductusafhængige kongenitte hjertesygdomme med prostaglandin E<sub>1</sub>. Ugeskr Læger 1979, 141:1915-6.
- 2) Olley, PM, Coceani F. The prostaglandins. Am J Dis Child 1980, 134: 688-96.

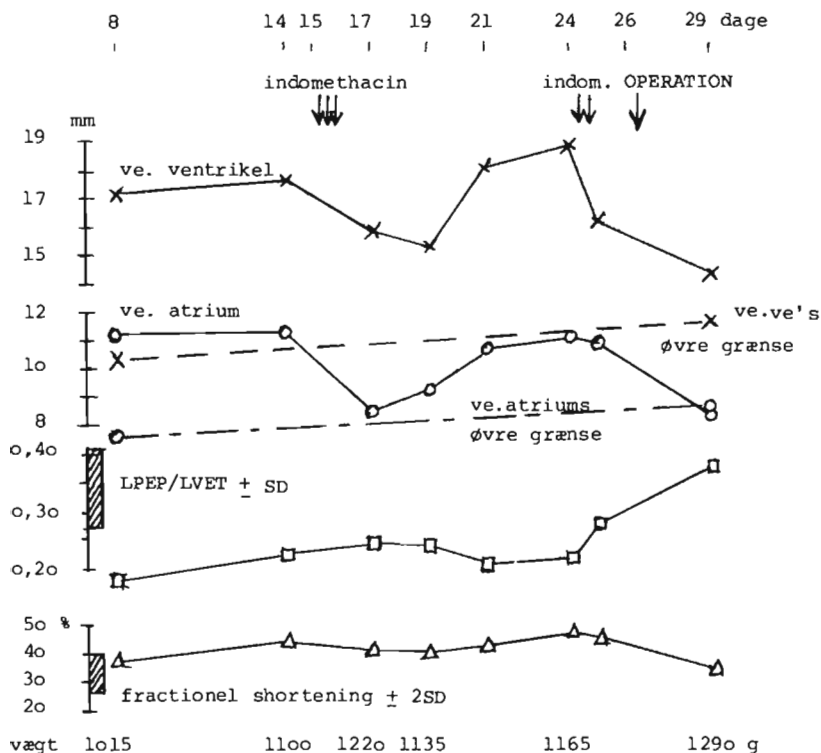
INDOMETHACIN-BEHANDLING AF ÅBENTSTÅENDE DUCTUS ARTERIOSUS HOS PRÆMATURE.  
S. Petersen, N. C. Christensen & E. Ryssing (Neonatalafdeling GN og  
børneafdeling G, Rigshospitalet).

Persisterende ductus arteriosus (PDA) ses hos 20% af nyfødte præma-  
ture, især med RDS. Årsagerne kan være, at ductus hos præmature har  
svagere udviklet muskulatur og nedsat følsomhed for ilt, eller rigelig  
vasketilførsel. PDA kan medføre hjerteinsufficiens, og ved RDS forlæn-  
get respirator- og CPAP behandling, ligesom mortaliteten øges.

På afd. GN er 1979-81 behandlet 22 præmature med PDA med indometha-  
cin (indo). FV var 860-2130 g (mean 1280 g) og GA 27-34 uger (mean 30  
uger). Næsten alle havde RDS, og 16 var i respirator- eller CPAP behand-  
ling. Indikationerne var PDA med venstre-højre shunt bedømt klinisk og  
ekkokardiografisk, tegn på hjerteinsufficiens, vanskeliggjort aftrapning  
af respiratorbehandling eller respiratorkrævende bradycardi eller apnø.  
Ptt. blev behandlet med digoxin, diuretika og væskerestriktion til 75%.  
Ved manglende effekt efter et døgn blev givet indo 0,2 mg/kg i.v., evt.  
igen efter 24 og 48 timer. Senere ændredes doseringen til 2. dosis efter  
6 timer og 3. dosis (0,1 mg/kg) efter yderligere 18 timer. Alderen ved  
behandlingen var 6-29 dage (mean 15 dage). Indo medførte lukning af  
ductus hos 6, forbigående lukning eller mindskning hos 7, men ingen ef-  
fekt hos 9 børn. Seks af de 22 måtte senere opereres for at lukke duc-  
tus. Den relativt ringe effekt svarer til andres resultater. Der ses  
størst effekt, når behandlingen gives inden 15. levedag. Andre har fun-  
det en ringere indo-effekt på PDA hos børn med svær RDS.

Næsten alle børn fik nedsat diurese, hyponatriæmi og vægtøgning i  
1. døgn efter indo, men vægtnormalisering efter 3-5 døgn. En fik forbi-  
gående trombopeni med let gastrointestinal blødning. Bivirkningerne  
svarer til andres meddelelser, og alle var reversible.

Lukning af PDA med indomethacin bør forsøges hos præmature med RDS  
eller tegn på hjerteinsufficiens efter behandling med digoxin, diureti-  
ka og væskerestriktion, og tidligst muligt på grund af aftagende effekt  
med alderen.



Fortsat i respirator og stort set uændret mislyd.

Figuren viser typiske ekkofund ved PDA hos en præmatur med fødselsvægt på 1125 g og svær RDS. Der ses forbigående effekt af de 2 Indomethacinkure og endelig normalisering af parametrene efter operativ lukning af ductus.

På grund af hæmodynamikken ved PDA kan ventes dilatation af ve. atrium og ve. ventrikel og som følge af nedsat diastolisk tryk i aorta, høj ejectionsfraction, forkortet left preejection period (LPEP) og forlænget left ventricular ejection time (LVET) og derfor lav ratio. Ændringer i LPEP/LVET er efter min mening den sikreste parameter ved vurderingen af shuntens størrelse.

Erik Rysing



LANGTIDSEFTERUNDERSØGELSE AF STØRRE BØRN OG VOKSNE OPERERET FOR DUCTUS ARTERIOSUS PERSISTENS MED PULMONAL HYPERTENSION. A. Wennevold, J. Ramsøe Jacobsen, J. Berning, H. Egeblad & K. Saunamäki (Cardiologisk Laboratorium, Rigshospitalet).

Et centralt problem ved store arterio-venøse shunter er, at modstanden i lungekredsløbet kan stige på grund af obstruktive lungekarforandringer. Man antager, at operation inden 2-års alderen hindrer udviklingen af irreversible lungekarforandringer, og at en let øget lungemodstand ved operation senere i barnealderen ikke vil progrediere.

For at belyse langtidsprognosen efter operation i forhold til den præoperative lungemodstand har vi foretaget en efterundersøgelse af alle de 50 patienter, som i årene 1948-1964 blev udskrevet fra Rigshospitalet efter operation for isoleret ductus arteriosus persistens med pulmonal hypertension. Alderen ved operation var 2-53 år (medianen 10.5 år). 19 havde normal præoperativ lungemodstand, den var let øget hos 17, moderat øget hos 13 og svært øget hos 1 patient.

I 1981 var 14 døde. De øvrige 36 besvarede alle et spørgeskema, og derefter opnåedes klinisk undersøgelse med stetoskopi, ekg og rtg.thorax hos 34 patienter, og hjertekaterisation hos 3 patienter.

Dødsårsagen hos 11 af de 14 patienter var svær pulmonal hypertension, som ofte først viste sig mange år efter operationen trods fald i trykket i de første år postoperativt.

Medens ingen af de 19 med normal præoperativ lungemodstand var døde, så døde 5 af 17 patienter med let øget lungemodstand, 5 af 13 med moderat øget lungemodstand og den ene patient med svært øget lungemodstand.

Prognosen er således god ved normal præoperativ lungemodstand, men tvivlsom ved selv let øget lungemodstand, hvor forværring kan ses efter mange år.

INDIKATIONER, TEKNIK OG PRIMÆRE RESULTATER VED OPERATIV  
BEHANDLING AF INFANTIL COARCTATIO AORTAE

P. Alstrup & H. Arendrup (Thoraxkirurgisk afdeling T,  
Odense sygehus.)

I en 13-års periode er 12 børn under 1/2 år opereret for infantil coarctatio aortae, heraf er 10 børn behandlet indenfor de sidste 3 år. Gennemsnitsalder 6 uger og gennemsnitsvægt 3350 g. Indikation for undersøgelse og operation har i alle tilfælde været udtalt kardiell inkompensation ofte kombineret med grav acidose, og 4 patienter fik prostaglandinbehandling på operationstidspunktet.

Hos 8 var lidelsen kompleks, idet der udover coarctation og ductus fandtes VSD (5), mitralstenose (1), aortaklapstenose (1) og hypoplastisk venstre ventrikel (1). Syv patienter havde palpable femoralpuls præoperativt, formidlet gennem ductus.

Halvdelen af patienterne fik foretaget resektion og end-to-end anastomose, mens man i den senere periode overvejende har anvendt arteria subclavia flap-procedure. Hos 4 børn med VSD og pulmonal flowratio over 2 blev samtidig foretaget banding procedure. Postoperativt var pulmonale problemer fremherskende, mest udtalt hos børn med komplekse lidelser.

Et barn døde peroperativt og 2 børn 1/2 døgn og 20 døgn postoperativt, alle med komplekse lidelser.

Komplikationsfri re-operation for re-coarctatio er foretaget hos 2 børn. Med en gennemsnitlig observationstid på 20 måneder er alle 9 overlevende klinisk velkompenserede med femoralispulse.

## ESTIMERING AF OXYGENSATURATION I BLANDET VENØST BLOD HOS BØRN.

E. Klarholt & P. Thayssen (Pædiatrisk afd. & Klinisk fysiologisk afd., Odense Sygehus).

Estimering af oxygensaturation i blandet venøst blod (MVB) er essentiel ved vurdering af størrelsen af kardi-ale shunter. I praktisk rutine baseres dette skøn alene på oxygensaturation i v.cava sup.(VCS) og i v.cava inf.(VCI).

For at finde den bedst egnede formel til estimering af MVB er foretaget analyse af kateterisationsdata hos børn i alderen 60-96 mdr. uden kardi-ale shunter.

Materialet bestod af 1) 19 kateterisationer foretaget i let halothaneanæstesi med spontan respiration og 2) 40 kateterisationer foretaget i lokal anæstesi. De to grupper var sammenlignelige m.h.t. alder og legemsoverflade.

MVB er estimeret ved anvendelse af formlerne:

$$\text{MVB} = : \text{VCS}, \frac{\text{VCS} + \text{VCI}}{2}, \frac{3 \text{VCS} + \text{VCI}}{4}, \frac{2 \text{VCS} + \text{VCI}}{3},$$
$$\frac{3 \text{VCS} + 2 \text{VCI}}{5}, -0,85 + 0,81 \text{VCS} + 0,18 \text{VCI} \text{ og } 10,21 +$$
$$0,52 \text{VCS} + 0,34 \text{VCI}$$
 (de 2 sidste formler er udledt ved mul-tipel lineær regressionsanalyse af foreliggende data for henholdsvis gruppen i halothaneanæstesi og gruppen i lokal anæstesi). De estimerede værdier for MVB er analyseret m.h. t. afvigelse fra de direkte målte værdier (5% signifikansn.)

Undersøgelsen viste, at selv let halothaneanæstesi med-fører omlægning af kredsløbet, således at det relative flow gennem v.cava sup. øges og mindskes gennem v.cava inf.

Følgende formler opfyldte identitetskriteriet, og til e-stimering af MVB hos børn i alderen 60-96 mdr. anbefales: ved undersøgelse i let halothaneanæstesi:

$$\text{MVB} = -0,85 + 0,81 \text{VCS} + 0,18 \text{VCI} \text{ eller } \text{MVB} = \frac{2 \text{VCS} + \text{VCI}}{3},$$

ved undersøgelse i lokal anæstesi:

$$\text{MVB} = 10,21 + 0,52 \text{VCS} + 0,34 \text{VCI}.$$

VCS må vægtes højere under generel anæstesi og jo min-dre barnet er.

LANGTIDS-EKG-MONITORERING AF BØRN MISTÆNKET FOR SINUSKNUDE-DYSFUNKTION. DIAGNOSTISKE KRITERIER.

E.Simonsen (klin.fys.afd. & børneafd., Odense Sygehus).

I en otte måneders periode undersøgtes 5 drenge mistænkt for sinusknudedysfunktion (SND). Klinisk undersøgelse, hvile-EKG, thorax-røntgen og ekkokardiografi afslørede ingen medfødt eller erhvervet organisk hjertesygdom.

pt.nr./alder	hjerterefrekvens	sinuspauzer	andet
1. 4	70 (40-120)	SA-blok sin.arr.max 3s	atrieflagren
2. 5	90 (50-150)	SA-blok	250 SVE/ time
3. 4	80 (60-135)	SA-blok	
4. 4	65 (40-140)	SA-blok sin.arr.max 2,3s	2 <sup>o</sup> AV Mob. I
5. 10	80 (40-165)	SA-blok	nodal- rytme

Pt. nr. 1 havde haft flere synkoper, pt. nr. 5 intermitterende hjertebanken, de øvrige havde ingen subjektive gener. Pt. nr. 1 havde synkope under monitoreringen (ventrikulær takykardi), de øvrige ingen symptomer. Hos alle fandtes: 1. betydelig variation af hjerterefrekvens med periodisk lave værdier også i dagtimerne. 2. sinuspauzer af en eller flere typer. Optræden af SA-blok eller sinusarrest i et hvile-EKG vil i almindelighed opfattes som tegn på SND. Ved langtidsmonitorering, forekommer sinuspauzer op til 1,8 sek. hos ca. 10% af normale børn, som desuden ofte har periodisk lave hjerterefrekvenser (ref.1 og 2). Af vore 5 patienter udviser således kun nr. 1 og nr. 4 forandringer der kan karakteriseres som SND, medens fundene hos de resterende 3 synes at falde indenfor den normale variation. Follow-up af børn med de nævnte forandringer foreligger ikke. Ref. 1: Br Heart J 1980, 44:304-8. Ref. 2: Br Heart J 1981, 45:281-91.

Programoversigt

- 1.\* P.S. Frederiksen, P.D. Wimberley, J. Witt-Hansen, S.G. Mehlberg, B. Friis-Hansen (neonat.afd. GN, Rigshospitalet):  
Brugen af transkutan  $P_{CO_2}$  i en neonatal intensiv afdeling.
2. G. Greisen & M. Bloch Petersen (Neonat.afd. GN, Rigshospitalet):  
Ultralydsscanning af kraniet hos præmature nyfødte med henblik på intraventrikulær blødning.
3. G. Zahle Østergaard, A. Lademann og H.M. Ingstrup (Børneafd., Neuromed.afd. og Neuroradiol.afd., Ålborg Sygehus):  
Akut cortical thrombophlebitis med sideskift. En sygehistorie.
4. I. Pålksen & A. Kolind (Klinik for cerebral parese og børneneurologi, Ortopædisk Hospital og Rigshospitalet):  
Sensorisk integrations behandling.
5. S.S. Nielsen, F. Ursin Knudsen, M. Egeblad, J. Marving & H. Dige-Petersen (Børneafd. og Klin.fysil.afd., KAS Glostrup):  
Værdien af knoglescintigrafi ved osteomyelitis og purulent arthrit i barnealderen.
6. O. Andersen & B. Brock Jacobsen (Børneafd. G, Rigshospitalet):  
Renal diabetes insipidus.
7. B. Beck, N.J. Brandt, E. Christensen & P.S. Pedersen (Afsnit for klin.genetik, Børneafd. G, Rigshospitalet og Børneafd., KAS Glostrup):  
Atypisk fenylketonuri på basis af cofaktor defekt.
8. P. Howitz (Sundhedsstyrelsen):  
Orientering om Sundhedsstyrelsens misdannelsesregister.

ULTRALYDSSCANNING AF KRANIET HOS PRÆMATURE NYFØDTE MED HENBLIK PÅ  
INTRA-VENTRIKULÆR BLØDNING.

G. Greisen & M. Block Petersen (afdelingen for nyfødte, Rigshospitalet)

To større serier af konsekutive præmature nyfødte undersøgt med CT-scanning af kraniet viste at knapt halvdelen af moderat og udtalt præmature udvikler sub-ependymale eller intra-ventrikulære (her begge forkortet til IVH). En stor del af børnene havde ingen kliniske symptomer og det store flertal overlevede.

Ultralydsscanning af kraniet gennem den firkantede fontanelle med en højfrekvent sector-scanner har vist sig som et værdifuldt alternativ til CT-scanning. Undersøgelsen kan foretages i kuvøsen uden at afbryde behandling eller overvågning.

Vi benytter standard planer: frontalt i niveau med caput nucleus caudatus og i niveau med antrum, samt para-sagittalt i niveau med de to laterale ventrikler. Vi havde ingen tidligere erfaring med ultralydsdiagnostik og finder at metoden er let tilgængelig. Tvivlstilfældene er de meget små sub-ependymale blødninger af tvivlsom klinisk betydning.

KONSEKUTIVE OVERLEVENDE BØRN MED FV 1500 g. OCT-80 - MARTS 82

ingen blødning	61
IVH obs.pro.	10
IVH	18
IVH + temporær ventrikeldilatation	15
IVH + persisterende ventrikeldilatation	8
IVH + progredierende ventrikeldilatation	1
ikke ultralydsscannet	10

Tabellen viser et-og-et-halvt års resultater. Vi har ikke forsøgt at gennemføre den klassifikation, der benyttes ved CT-scanning. Ultralydsscanning giver kun usikker vurdering af den procentuelle del af ventriklernes tværsnitsareal, der er fyldt med blod. På den anden side kan gentagne undersøgelser give en forløbsbeskrivelse og ventriklernes størrelse kan følges meget nøje. Iøvrigt svarer vores resultater meget godt til hvad andre har fundet, ventrikeldilatation er hyppigere end hvad man ser ved CT-scanning; i de fleste tilfælde er den dog reversibel.

AKUT CORTICAL THROMBOPHLEBITIS MED SIDESKIFT, EN SYGEHISTORIE.

G.Z. Østergård, A. Lademann & H.M. Ingstrup (Børneafdelingen, Neuromedicinsk afdeling & Neuroradiologisk afdeling, Ålborg Sygehus).

Akut infantil hemiplegi (AIH) ses ved en lang række sygdomstilstande. Akut cortical thrombophlebitis (ACT) som årsag til AIH har tidligere været betvivlet. I det følgende refereres en sygehistorie, der dokumenterer eksistensen af ACT som årsag til AIH.

Patienten var en 2½ år gammel pige, som på indlæggelsesdagen pludselig "bliver stiv", får øjendrejning mod højre og reagerer langsomt på tiltale. Efter et par timer bliver hun indlagt akut på grund af opkastning og sløvhed.

Ved indlæggelsen fandtes en venstresidig hemiparese. Hun var subfebril i de første par døgn og kunne ikke kontaktes.

En akut CT-scanning viste, bortset fra en let dilatation af ventrikelsystemet, normale forhold, men en efterfølgende akut bilateral carotisangiografi viste kompromiteret kapillærvenøst afløb i højre parietalregion. - Akut EEG viste 1 - 2 hz aktivitet af høj amplitude over højre hemisfære, normale forhold over venstre.

I tredje indlæggelsesdøgn ændredes klinikken: Der kom nu normal motorik i venstresidige ekstremiteter, men der var nu svær parese af de højresidige, og mest udtalt i overekstremiteten, samt blikparese med øjendrejning mod venstre, altså et "spejlvendt sygdomsbillede".

Fornyset angiografi og EEG viste ligeledes "spejlvendte" forandringer, og de vaskulære abnormiteter i højre parietalregion var regredieret.

Hun blev behandlet med intravenøs vædske, fenemal, ampicillin, decadron samt teofyllamin og acetylsalicylsyre

på grund af forbigående nedsat antithrombin-3 niveau.

Den højresidige hemiparese regredierede i løbet af en uge, og efter yderligere 3 måneder var pigen fuldt restitueret. Fornyet CT-scanning viste normale forhold.

Sygehistorien er usædvanlig ved det pludselige skift af hemiplegien og ved den forbigående nedsættelse af antithrombin-3 niveauet. Endelig bekræfter sygehistorien den cortikale thromboflebit som en årsag til akut hemiplegi og betydningen af akut angiografi ved mistanke om dette.

---

#### SENSORISK INTEGRATIONSBEHANDLING

I. Pålsson og A. Kolind (Rigshospitalets Klinik for Cerebral Parese og Børneneurologi)

Teorierne om sensorisk integrationsdysfunktion og behandlingen heraf er fremsat af den amerikanske ergoterapeut Jean Ayres, Californien.

Sensorisk integration er centralnervesystemets evne til at samordne to eller flere sanseimpulser, hvorved der gives mulighed for et meningsfuldt og brugbart respons (motorisk, perceptuelt, indlærings- eller adfærdsmæssigt).

CNS modtager kontinuerlig et utal af sanseimpulser: visuelle, auditive, taktile, vestibulære, kinæstetiske, proprioceptive, olfactoriske og gustatoriske. Disse sanseimpulser må organiseres, hvis barnet skal kunne lære at reagere adæquat i en given situation. Formatio reticularis spiller en meget vigtig rolle i denne proces. Den fungerer som en central, hvor indkomne sensoriske oplysninger bliver opfanget, opsummeret og videresendt, den tyder/fortolker ikke sanseimpulserne; den regulerer også vågenhedsniveauet. De sensoriske impulser opfanges bl.a. fra det vestibulære system, proprioceptorer, de taktile systemer, og videresendes bl.a. til cortex, hvor de medfører perception.



Hvis sanseimpulserne strømmer på en velorganiseret og integreret måde, kan CNS bruge disse impulser til at forarbejde, opfatte, forme adfærd og indlære. Hvis strømmen af impulser forløber uorganiseret, bliver livet som trafikkaos i myldretiden.

Sanseintegration er et normalt udviklingsfænomen, starter allerede i føtallivet og fortsætter hos de fleste automatisk. Mangelfuld sanseintegration er derfor ofte blevet ignoreret eller mistydet.

Menneskets hjerne fungerer normalt som en helhed, og impulser fra forskellige områder skal efter behov fremmes eller hæmmes. Der er højere og lavere niveauer i CNS, og det nye ved Ayres' metoder er, at hun ved behandling angriber de lavere niveauer først - dvs. strukturer, som er tidligst udviklede, både hvis man ser på artens udvikling og på individets.

Forskellen mellem sanseintegrationsbehandling og andre ergoterapeutiske behandlingsformer er, at ved sensorisk integrationsterapi er formålet ikke at lære barnet én bestemt færdighed, men at forøge hjernens evne til at lære, hvordan tingene skal udføres.

Ved at kombinere anamnesen med den neurologiske undersøgelse kan man finde frem til de børn, hvor der findes anden forklaring på tilstanden, som f.eks. cerebral parese, tumor, følge efter meningit. Men ofte står vi med et barn, hvor anamnesen viser, at barnet har nogle vanskeligheder, som den neurologiske undersøgelse ikke kan give tilstrækkelig forklaring på. Symptomerne hos børn med sensorisk integrationsdysfunktion kan være et eller flere af følgende: generel klodsethed, dyspraxi, hyperaktivitet, let afledelighed, indlæringsvanskeligheder, talevanskeligheder, dårlig legemsbevidsthed, forsinket etablering af hånddominans, perceptionsforstyrrelser - visuelle, auditive eller taktile.

Jean Ayres har udarbejdet et testbatteri bestående af 17 deltests, som måler forskellige taktile, kinæstetiske, vestibulære og visuelle funktioner samt evnen til at krydse kroppens midtlinie. Desuden foretages en klinisk vurdering af kvaliteten af motorisk aktivitet (bl.a. øjenmotorikken) og af reflekser.

Resultatet af hver deltest markeres på en profil. Ved at sammenholde resultaterne af testbatteriet, hvor man især noterer sig deltestenes indbyrdes placering - og de kliniske observationer, får man mulighed

for at vurdere graden af udviklingen af den sensoriske integration. Derefter kan man udforme et behandlingsprogram, afpasset efter det niveau barnet befinder sig på.

Da visse dysfunktioner hyppigt optræder sammen, er de klassificeret i syndromer: forstyrrelse i det vestibulære system, mangelfuld bilateral integration, udviklingsapraxi, taktil skyhed, forstyrrelser i det auditive-sproglige område og i den visuelle perception.

Målet med sensorisk integrationsbehandling er at forbedre hjernens evne til at modtage, opsummere, udvælge, samordne og videresende sensoriske impulser. For at opnå målet benyttes forskellige motoriske aktiviteter, hvor terapeuten nøje kontrollerer det sensoriske input, navnlig det taktile og det vestibulære.

Behandlingen gives enten individuelt eller i små grupper med 3-4 børn, almindeligvis  $\frac{3}{4}$  til 1 time én gang ugentlig. En behandlingsperiode varer ca. 6 måneder.

Da børnenes symptomer er specifikke, benytter vi i dag diagnosen Dysintegratio Sensorica - og den stilles på grundlag af en børneneurologisk undersøgelse + testning med Southern California Sensory Integration Test Battery.

Gennem de sidste 3 år har vi på Rigshospitalets Klinik for Cerebral Parese og Børneneurologi vurderet og behandlet godt og vel 50 børn efter Jean Ayres' teorier. Vi er for øjeblikket i gang med at skaffe kontrolbørn for at undersøge, om den totale påvirkning, børnene får ved sensorisk integrationsbehandling, er mere effektiv end ingen/anden behandling.

#### Referencer:

Ayres, A. Jean: "Sensory Integration and the Child"

Los Angeles: Western Psychological Services, 1979.

Ayres, A. Jean: "Sensory Integration and Learning Disorders"

Los Angeles: Western Psychological Services, 1972, 1973.

## VÆRDIEN AF KNOGLESCINTIGRAFI VED OSTEOMYELITIS OG PURULENT ARTHRITIS I BARNEALDEREN

S. S. Nielsen, J. Marving, H. Dige-Petersen, M. Egeblad & F. U. Knudsen  
(Børneafdelingen, klinisk fysiologisk afdeling & røntgenafdelingen,  
Københavns amts sygehus, Glostrup).

På baggrund af meget positive resultater fra udlandet, hvor man med held har anvendt knoglescintigrafi i diagnostikken af purulent arthritis og akut hæmatogen osteomyelitis, gennemførtes en prospektiv konsekutiv undersøgelse i perioden 1.1.78 til 1.1.82. Alle børn, der opfyldte indgangskriteriet, nemlig klinisk mistanke om purulent knogle/led-infektion, indgik i undersøgelsen. Den endelige diagnose blev fastlagt ud fra følgende 4 kriterier, hvoraf 2 skulle være opfyldt: 1) symptomer og objektive forandringer forenelige med knogle/led-infektion, 2) forekomst af pus i knogle/led, 3) patogene bakterier ved bloddyrkning, 4) radiologiske forandringer forenelige med knogle/led-infektion.

Patientmaterialet omfattede 52 patienter, hvoraf 18 havde osteomyelitis, 14 purulent arthritis, og 20 indgik i kontrolgruppen. Sidstnævnte omfattede syge børn, der primært blev mistænkt for purulent arthritis eller osteomyelitis, men hvor diagnosen måtte frafalde. Kønsfordeling: 60% drenge, 40% piger. Aldersfordeling: 4 dage til 14 år.

For at bedømme interobservervariationen foretog 2 undersøgere en blind vurdering af alle scintigrafierne, idet begge var uden kendskab til kliniske forhold og den andens vurdering. Ialt bedømtes 72 scintigrammer, 61 bedømtes ens, og i 9 tilfælde var undersøgerne uenige. Hos 2 patienter var resultatet ubedømmeligt af tekniske grunde.

Resultater: blandt 32 børn med purulent arthritis og/eller akut hæmatogen osteomyelitis fandtes 24 abnorme scintigrafier og 8 normale. I kontrolgruppen fandtes 11 abnorme og 9 normale. Den nosografiske sensitivitet og specificitet udgør 75% og 45%.

Det afgørende for klinikerer er imidlertid, om man kan stole på et positivt eller negativt udfald af undersøgelsen. Dette udtrykkes ved den diagnostiske sensitivitet og specificitet, der var henholdsvis 69% og 53%. Den prædiktive værdi af positiv scintigrafi var således 69%,

idet 24 ud af 35 undersøgelser var sand positive. Det kan endvidere konkluderes, at normal scintigrafi ikke udelukker osteomyelitis eller purulent arthritis.

Ialt 23 patienter fik foretaget knoglescintigrafi før eller på det 8. døgn før symptomdebut, og heraf havde 17 (72%) abnorm scintigrafi og 6 (28%) normale scintigrafiske forhold.

Vi mener, at knoglescintigrafi har følgende fordele: 1) den giver relativ høj diagnostisk specificitet (69%), 2) bliver positiv i løbet af få dage i et flertal af tilfælde, 3) øger den diagnostiske sikkerhed, 4) kan anvendes til vejledning af punktur af knogle/led-fokus. Ulemper: 1) normal scintigrafi udelukker ikke infektion (diagnostisk sensitivitet 53%), 2) vi kan ikke altid skelne mellem led- og knogleinfektion.

## RENAL DIABETES INSIPIDUS.

O. Andersen & B. Brock Jacobsen (Børneafdeling G Røgshospitalet).

Med baggrund i en familieundersøgelse gøres rede for klinik, diagnose, arvegang og terapi af renal diabetes insipidus (NDI). Endvidere er renin-aldosteron systemet undersøgt hos patienter med NDI og raske kvindelige bærere af sygdomsgenet.

Sygdommen er fulgt gennem 3 generationer. Arvegangen er forenelig med X-bunden recessiv arvelighed.

Probanden, en dreng, behandlede i alderen 3 - 17 måneder med forskellige regimer. Natrium-fattig diæt og rigeligt væsketilskud fjernede ikke de kliniske symptomer. Hydroklorothiazid (1-2 mg/kg/døgn) normaliserede S-Na og P-osmolaliteten og bedrede de kliniske symptomer uanset, at polyurien var uændret. Symptomerne recidiverede efter ca 3 måneder. Derfor suppleredes med indomethacin (2 mg/kg/døgn). Der observeredes et hurtigt fald i den renale ekskretion af vand, Na og K, men virkningen aftog efter 3 ugers behandling. S-Na normaliseredes og de kliniske symptomer svandt. Patienten var bedre reguleret på kombinationsbehandlingen end på thiazid alene. Indomethacin alene var uden terapeutisk effekt.

På trods af udtalt dehydrering og kliniske symptomer var renin-aldosteron systemet upåvirket hos patienten før medicinsk terapi, formentlig p. gr. a. den tilstedeværende hypernatriæmi. Under behandling med thiazid stimuleredes renin-aldosteron systemet og det hæmmedes under indomethacin-behandling. Voksne ubehandlede med NDI og heterozygote havde normale renin og aldosteron værdier og var klinisk upåvirkede. I kontrollen af NDI er måling af renin og aldosteronniveauerne uden værdi.

## ATYPISK FENYLKETONURI PÅ BASIS AF COFAKTOR DEFEKT.

B. Beck, N. J. Brandt & E. Christensen (Afsnit for Klinisk Genetik, Metabolisk laboratorium, børneafdeling G, Rigshospitalet, Blegdamsvej).

Det første skandinaviske tilfælde af atypisk fenyylketonuri baseret på defekt biopterin stofskifte præsenteres.

Patienten var en 5 1/2 måned gammel, tidligere rask, dreng, der gennem 1 måned havde udvist tiltagende neurologiske symptomer i form af opistotonusstilling, pronation af hænder og øjendeviation mod højre. Der var ingen disposition til arvelige lidelser, graviditet, fødsel og tidlig udvikling var forløbet normalt. Barnet var ammet til 5 måneders alderen, højde og vægt var alderssvarende. Ved indlæggelsen var barnet svært neurologisk påvirket med tiltagende kramper. Der var ingen tegn til meningoencefal infektion. CT scanning viste normale forhold. EEG var primært normalt, men ændredes i løbet af få dage til svært abnormt. Urinundersøgelser viste udskillelse af fenylalanin og fenyylketonstoffer. Serum fenylalanin steg til 2880  $\mu\text{mol/l}$  ( $n < 100 \mu\text{mol/l}$ ). Forløbet gav mistanke om atypisk fenyylketonuri baseret på cofaktor-mangel, enten på grund af defekt dihydrobiopterinsyntese eller på grund af dennes defekte reduktion til tetrahydrobiopterin. Begge defekter medfører manglende hydroxylering af fenylalanin, tyrosin og tryptofan. Ved højtryks-væske-kromatografi af urin fandtes store mængder neopterin og små mængder biopterin, tydende på defekt syntese af dihydrobiopterin. Daglig behandling med tetrahydrobiopterin peroralt korrigerede defekten bedømt ved normale serum fenylalanin værdier, medens formodet vanskeliggjort passage af  $\text{BH}_4$  over blod-hjerne barrieren nødvendiggjorde supplerende behandling med neurotransmitterer. Bedømt ved den psykomotoriske, kun let retarderede udvikling skønnes behandlingsresultaterne gode.

Retrospektivt viste det sig, at patienten havde let forhøjet serum fenylalanin ved neonatal Guthrie test. Kontrolværdier på 10. og 42. dag viste fald til værdier øverst i normalområdet. Behandling bør iværksættes inden optræden af neurologiske symptomer, hvorfor alle nyfødte med hyperfenylalaninæmi anbefales undersøgt for biopterin defekter.

RESUME AF ORIENTERING OM SUNDHEDSSTYRELSENS MISDANNELSESREGISTER HOLDT PÅ DPS-MØDE FREDAG DEN 5. MARTS 1982.

P. Howitz (Misdannelsesregisteret, sundhedsstyrelsen)

Man har i Danmark haft en registrering af medfødte misdannelser siden januar 1963. Indtil 1968 foretoges anmeldelsen på en særlig blanket, men denne bortfaldt i 1968 med indførelsen af fødselsanmeldelsen, hvor der er afsat en mindre plads til angivelse af medfødte misdannelser.

Der har ikke været opbygget et egentligt varslingsystem omkring de indberettede misdannelser, og man har på grund af den korte observationstid, ca. 1 uge, jordemødrene normalt har til rådighed med henblik på observation af misdannelser, måtte acceptere en ikke ubetydelig underrapportering.

Disse forhold, sammenholdt med indtrykket af en stigende eksposition af den gravide af fysisk og kemisk natur, specielt i arbejdsmiljøet, førte til at sundhedsstyrelsen i 1976 nedsatte en arbejdsgruppe vedrørende medfødte misdannelser, som i foråret 1979 udgav "Misdannelsesregisterrapporten". På baggrund af overvejelserne i denne rapport har man efter økonomisk støtte fra Arbejdsmiljøfondet pr. august 1981 kunnet gå i gang med et 3-årigt projekt med det formål at udarbejde et fuldt funktionsdygtigt landsdækkende anmeldelsessystem for medfødte misdannelser. Der er fremstillet en speciel anmeldelsesblanket, og anmeldelserne skal nu udelukkende foretages af lægerne i hospitalssektoren, først og fremmest læger på fødeafdelinger og børneafdelinger. Det er disse læger, som vil få kontakt med næsten alle børn med medfødte misdannelser i barnets første leveår, som er den periode anmeldelsen i første omgang er omfattet af.

Anmeldelserne sendes direkte fra den anmeldende afdeling til Misdannelsesregisteret i sundhedsstyrelsen, hvor al videre bearbejdelse af data incl. al udadgående aktivitet foregår. Der er planlagt en pilotkørsel af systemet fra 1/4 - 1/7-1982 i Nordjylland, Ringkøbing og Frederiksborg amter, og en landsdækkende registrering er planlagt fra efteråret 1982.

Efter i alt 3 års forsøgsperiode skal der så, på baggrund af de indhøstede erfaringer, tages stilling til oprettelse af et permanent Misdannelsesregister i sundhedsstyrelsen.

Programoversigt

1. J. Løchte (Rønne):  
Pædiatrisk speciallægepraksis 1981. Historie, geografi, økonomi og ydelsestal.
  2. E. Lykkegaard, J. Løchte & H. Trautner (Roskilde, Rønne, Horsens):  
Ydelser i speciallægepraksis.
  3. E. Lykkegaard, B. Rasmussen & H. Særdemann (Pædiatrisk speciallægepraksis i Roskilde, Almen praksis i Roskilde & Pædiatrisk afd., Roskilde Sygehus):  
Samarbejdet med den primære og sekundære lægesektor, socialsektoren og skolevæsenet.
  - 4.\* Magnus de Maré (Göteborg):  
Svensk pædiatrisk praksis igår, idag og imorgen.
  - 5.\* H. Trautner (Horsens):  
Fremtiden for pædiatrisk speciallægepraksis.
  6. J.C. Melchior (Børneafd. G, Rigshospitalet):  
Fremtidig prioritering af pædiatriske funktionsområder og post-graduat uddannelse.
- \* Referat ikke modtaget.



Selskabets møde om pædiatri i praksis indledes med en historisk oversigt, hvoraf det fremgår, at man allerede i århundredets første halvdel havde svært ved at opretholde en pædiatrisk speciallægepraksis. Årsagerne synes bl.a. at have været fagets klientel, manglende forretningssans og vanskelige relationer til almen praksis.

Pædiatriens udbygning omkring århundredets midte omfattede kun i beskednen grad speciallægepraksis, og i halvfjerds- og i halvfjerdserne har kun ganske få slået sig ned med pædiatrisk praksis som hovederhverv.

Af 1850 speciallæger med ydernummer var 62 pædiatere, heraf de 38 med deltids ydernummer. De resterende 24 såkaldte heltids har alle, på få nær, bijobs som konsulent eller skolelæge.

Den geografiske fordeling er noget skæv og utilfredsstillende med oplagte mangler i flere amter.

Økonomisk belaster pædiatrisk speciallægepraksis sygesikringsregnskabet med ca. 1% af de samlede udgifter til speciallægehjælp. Det er så beskedent, at specialet er i fare, når diskussionen drejer sig om praksisrelevans. Ønsket om at undgå indlæggelse af børn i videst muligt omfang står i en vis kontrast til ønsket om at bevare et alsidigt klientel på de eksisterende børneafdelinger, især af uddannelsesmæssige grunde.

Arten af ydelser i speciallægepraksis belyses i det følgende indlæg, medens antallet på statistikken fra 79 giver et tal så højt som 63.000. Af disse er imidlertid 41.000 kutanprøver ! Kun 8750 børn undersøgte og/eller behandledes i pædiatrisk speciallægepraksis i 1979, en ikke opgjort procentdel heraf i deltidspraksis.

Afhængig af de geografiske forhold og dermed forbundne

muligheder for anden speciallægehjælp varierede antallet af konsultationer pr. patient fra 1,8 til 3,0, og indtjeningen pr. henvisningsseddel fra 400 kr. til 700 kr.

Det er væsentligt at kende forskelligheder i driften af speciallægepraksis, tidsforbruget og driftsudgifterne, når man skal drøfte fremtidige overenskomster med sygesikringen.

## YDELSER I SPECIALLÆGEPRAKSIS

E. Lykkegaard, J. Løchte & H. Trautner (pædiatrisk speciallægepraksis i Roskilde, Rønne & Horsens).

Analyse af ydelserne i løbet af et år i speciallægepraksis i Roskilde samt en sammenligning af ydelserne i speciallægepraksis i hhv. Roskilde, Rønne og Horsens.

Analysen vedr. speciallægepraksis i Roskilde omfatter perioden 1.8.80-31.7.81. 404 nyhenviste patienter i alderen 0-16 år, heraf 65% drenge og 35% piger. 26% havde afføringsforstyrrelser (WHO IX), 18% sygdom i respirationsorganerne (WHO VIII), 13% psykosociale tilstande (WHO V), 17% dårligt defineret tilstande (WHO XVII) og 8% sygdomme i nervesystemet (WHO VI). 5% blev indlagt på pædiatrisk afd., mens 9% blev konfereret med pædiatrisk afd. uden indlæggelse. 55% fik foretaget lab.us., 11% rtg.us. Der skete skr. eller mundtlig henvendelse til bistandskontorer vedr. 15% af patienterne, ligesom der var yderligere kontakt til ørelæge, øjenlæge, EEG.lab., skolelæge, skolepsykolog, sundhedsplejerske. 24% af patienterne afsluttedes efter 1. konsultation, 57% efter 2. konsultation og 76% efter 3. konsultation. Gennemsnitligt sås hver patient ved 2,6 konsultationer + 1,8 tilf.konsultationer. Tidsforbruget pr. konsultation i opgørelsesperioden viste gennemsnitligt, at 1. konsultation tog 63 min., 2. konsultation tog 35 min., medens 3.-5. konsultation hver tog 31 min.

Ved sammenligning af diagnoserne i de 3 ovennævnte speciallægepraksis havde man i Rønne væsentligt færre afføringsforstyrrelser, men flere hudsygdomme og patienter med diabetes mellitus, mens man i Horsens ligeledes havde noget færre afføringsforstyrrelser men væsentligt flere psykosociale problemer og lidt flere patienter med sygdomme i respirationsorganerne. De øvrige patienter fordelte sig nogenlunde ens i de 3 praksis.

## SAMARBEJDET MED DEN PRIMÆRE OG SEKUNDÆRE LÆGESEKTOR, SOCIALSEKTOREN OG SKOLEVÆSNET.

E. Lykkegaard, B. Rasmussen & H. Sardemann (Pædiatrisk speciallægepraksis i Roskilde, almen praksis i Roskilde & pædiatrisk afdeling på Roskilde sygehus.)

Samarbejdet med den primære lægesektor baseres på, at principielt børn med alle typer sygdomme modtages. Den henvisende læge modtager den flg. dag hele primærjournalen i kopi, hvor tentativ diagnose, us.program og konklusion står anført. Ved behov sendes yderligere intermediære meddelelser, men ellers modtages først ved afslutningen en epikrise med lab.resultater, endelige diagnoser og konklusion med henvisning til den fremsendte primærjournal.

Samarbejdet med den sekundære lægesektor baseres på ugentlig deltagelse i børneafdelingens lægekonferencer, hvor der konfereres om undersøgelses- og behandlingsforløb hos problematiske patienter, hvorved nogle indlæggelser undgås. Man får en faglig løbende kontakt, som findes meget væsentlig, og sikrer åjourførte og ensartede us.- og behandlingsprincipper. Yderligere fremmes personkendskab til skiftende læger i børneafdelingen.

Samarbejde med socialsektoren baseres på skr. og muntlige kontakter til bistandskontorerne og sundhedsplejerskerne, evt. deltagelse i bistandskontorerne konferencer. Yderligere foredragsvirksomhed i vuggestuer, børnehaver, hos amtstalepædagoger og amtshjælpemiddelcentral.

Samarbejdet med skolevæsnet omfatter fremsendelse af primære journaler og epikriser til skolelæger og skolepsykolog i de tilfælde, hvor barnets problem henhører under disse, evt. tilf.kontakt til disse samarbejdsgrupper. Yderligere foredragsvirksomhed for skolelæger, sundhedsplejersker og skolepsykologiske kontorer.

## FREMTIDIG PRIORITERING AF PÆDIATRISKE FUNKTIONSORMÅDER OG POSTGRADUAT UDDANNELSE.

J. C. Melchior (Børneafd. G, Rigshospitalet, København).

Den postgraduate uddannelse til specialist i pædiatri må tilgodeses både den grundige almene pædiatriske baggrund og den nødvendige ekspertfunktion.

Dette opnås ikke hensigtsmæssigt med den nuværende ordning, der klart favoriserer den sidstnævnte funktion. Man kunne overveje, om ikke alle kursusstillinger skulle placeres på afdelinger, der ikke er særlig specialiserede, men som har en stor overvejende regional forpligtigelse. Den postgraduate pædiatriske uddannelse af læger til almen praksis kunne styrkes ved at tage det gamle forslag op om, at tilbyde eller forlange et ophold på 3 til 6 måneder på en børneafdeling i uddannelsesforløbet.

I sin tid strandede det bl.a. p.gr.a. for få stillinger, men det er muligt, at den nye overenskomst og de dermed ændrede forhold på afdelingerne gør, at vi bør tage tanken op igen.

Funktionsområderne er som det fremgår af mødets indlæg langt overvejende knyttet til hospitalsvæsenet og meget lidt i form af speciallægepraksis. Begge funktionerne bør bevares og styrkes, og det kan opnås på flere forskellige måder.

Den specialist i pædiatri, der skal fungere uden for hospitalssystemet, kan meget vel tænkes knyttet til den lokale børneafdeling i en fast stilling f.eks. i ambulatoriet eller på en anden hensigtsmæssig måde. Også konsulentordninger er en løsning, som vi har hørt det. Endvidere kan man fungere som selvstændig speciallæge, men bør i så fald være sikker på at have et både tæt og godt samarbejde med den lokale børneafdeling.

Forhåbentlig vil "fremtidsudvalget" kunne anvise nogle løsninger på disse store og mange problemer.

Programoversigt

- 1.\* Henrik Haase (Børneafd., Nykøbing F.):  
*Aerobiologi.*
2. Suzanne Gravesen (Allergologisk Laboratorium, København):  
*Skimmelsvampe.*
3. Jørgen Bent Andersen (Børneafd., Hillerød):  
*Diagnostik og behandling af sæsonbetinget rinit og astma hos børn.*
4. Joes Ramsøe Jacobsen & Erik Rysning (Børneafd. G, Rigshospitalet):  
*Primære myocardielle lidelser hos børn. Prognose og ekkokardiografi.*
5. Jørgen Paulin Poulsen, Joes Ramsøe Jacobsen & Kirsten Lee (Børneafd. G, Rigshospitalet):  
*Cerebral absces hos børn med cyanotisk cong. mb. cordis.*
- 6.\* Niels Jacob Brandt et al. (Afsnit for klin. genetik, Rigshospitalet, Børneafd., Sønderborg):  
*Recidiverende coma hos søskendepar.*
7. S.-E. Christensen (Børneafd., Nykøbing F.):  
*Osteogenesis imperfecta.*
8. Knud Mose (Fysiurgisk afd., Nykøbing F.):  
*Morbus Calvé Perthes.*

- cont. -

9. *Jørgen Friis & Jørgen Kringelbach (Børneafd., Nykøbing F.):  
Infantil cortical hyperostose som diagnostisk problem.*
10. *Kim Lybeck Sørensen & Bent Stagegaard (Børneafd., Næstved):  
Reaktiv arthritis efter bakteriel enteritis.*
11. *Lars Peter Hansen, Hans Jørgen Andersen, Poul Jørgen Jørgensen  
& Niels Anders Klitgaard (Børneafd. og Klin.kem.afd., Odense):  
Påvisning af leucocytter i urin med Cytur-test<sup>R</sup>.*
12. *Niels Foged & Jens Kamper (Børneafd., Odense):  
Transcutan bilirubinometri.*
13. *P. Falkenløve, J.H. Hansen & G. Petersen (Kirurgisk afd., Pædia-  
trisk afd. & Radiol.afd., Nykøbing F.):  
Benign lymfoid hyperplasi i colon.*

## SKIMMELSVAMPESPORERS BETYDNING VED ALLERGISKE SYGDOMME.

S. Gravesen (Allergologisk Laboratorium, Diagnoselaboratoriet)

Svampene er en selvstændig gruppe i vores biologiske system, som står mellem dyr og planter. I mykologien anvendes ordet spore om en hvilken som helst lille sprednings-, forplantnings- og overlevelsesdygtig enhed, som adskilles fra en hyfe eller sporedannende celle, og som uafhængigt kan udvikle sig til et nyt individ. Skimmelsvampens sporer betegnes som konidier.

Mikrosvampene vil kunne mediere alle immunologiske reaktionstyper, men Type I og Type III-allergi er de dominerende. Sporer i størrelsesorden 5-15  $\mu$  vil oftest udløse astmatiske reaktioner, i sjældnere tilfælde rhinitis (Type I), medens mindre svampesporer og sporer fra termofile aktinomycceter (1-5  $\mu$ ) vil deponeres længere nede i bronchietræet. Hvis expositionen er massiv, inhalationen langvarig og clearance af luftvejene derfor kompromitteret, kan der udvikles immunkomplex-sygdom med symptomer, der strækker sig fra ekstrem træthed over influenza-lignende symptomer til dyspnø og allergisk alveolitis evt. med røntgenfund i form af disperse lungeinfiltrater (Type III).

Mikrobielle allergenkilder kan opdeles i 1) undgåelige, som kan påvises ved at udtage prøver fra bolig eller arbejdsplads og derefter forhåbentlig fjernes, (ex.: vinduesrammer med begyndende råd) og 2) uundgåelige kilder (ex.: pollen og svampesporer i naturen) som kan overvåges og varsles, men ikke fjernes.

Forebyggelse og sanering: Kontakten med mikroorganismer indendørs udenfor sæsonen (høj/og sensommer) er et problem af stigende omfang. Ændret byggeskik, hvor man i visse tilfælde ser bort fra tidligere erfaringer og god håndværksmæssig tradition, hvor selve boligkonstruktionen kunne yde en beskyttelse af materialer, har skabt mange alvorlige problemer i moderne byggeri. Indeklimaet i den nye boligmasse er ofte varmt og fugtigt som følge af ringe eller manglende ventilation. Er der opstået vækst af mikroorganismer og giver disse anledning til allergisk besvær, må man fjerne væksten fuldstændig, ikke blot dræbe kimene ved desinfektion. Endvidere må man rette de konstruktionsmæssige fejl og mangler, der er årsag til vækstproblemerne.



## DIAGNOSTIK OG BEHANDLING AF SÆSONBETINGET RINIT OG ASTMA HOS BØRN

J.B. Andersen, Frederiksborg Amts Centralsygehus, børneafdelingen, 3400 Hillerød.

Type I allergisk rinit og astma er ofte forårsaget af træpollen (el, hassel, birk), med sæson fra 1.3. til 15.6., græspollen (sæson 1.6 til 15.7) samt kurveblomster og skimmelsvampe (gråbynke og skimmelsvampene alternaria og cladosporium - sæson 1.7. til 1.11.).

Diagnosen er en kombination af anamnese, kutantest og RAST, suppleret med provokationsforsøg. Vigtige anamnesticke oplysninger kan fås ved at udstyre patienten med symptomscoreskema og sammenholde symptomer med pollen- eller sporetællinger.

Behandling af rinit: Lomudal, 2 pust x 4 eller Becotide nasal, 3 pust x 2 i 1 uge, herefter 2 pust x 2. For øjengenerne kan suppleres med Lomudal øjendråber eller Antistina Privin. Antihistaminika virker almindeligvis for sederende.

Behandling af astma: beta<sub>2</sub> stimulator i tablet- eller sprayform. Hos mindre børn Bricanyl Inhalet eller Ventoline Rotacaps, 1 kapsel p.n. Behandlingen kan suppleres med langtidsvirkende Teofylamin x 2. Forebyggende kan gives Lomudal, 1 kapsel x 4 eller Becotide Inhalator eller Rotacaps, 200 mikrogram x 2.

Hyposensibilisering er indiceret, hvis der gennem en sæson ikke har været tilstrækkelig effekt af den medikamentelle behandling. Hyposensibilisering gives i form af depotekstrakter, som helårsbehandling.

## PRIMÆRE MYOKARDIELIDELSER HOS BØRN.

Prognose og ekkokardiografi.

J. Ramsøe Jacobsen & E. Rysing (Pædiatrisk afdeling G, Rigshospitalet).

### I. Prognose.

Cardiomyopater er hjertemuskellidelser uden kendt årsag, og de klassificeres som dilaterede, hypertrofiske eller restriktive. Specifikke myokardielidelser inddeles efter deres ætiologi, men præsenterer sig i reglen som cardiomyopatiene. Endokardiel fibroelastose er formentlig en sekundær følgetilstand til en tidlig myokardiebeskadigelse.

Klinisk kan de dilaterede primære myokardielidelser, som er hyppigst, og som omfatter myokarditter, fibroelastose og dilaterede cardiomyopater, vanskeligt skelnes med sikkerhed. De præsenterer sig med hjerteinsufficiens, cardiomegali og ekg-forandringer. Angiokardiografi og ekkokardiografi viser dilateret ve. ventrikel med nedsat kontraktilitet. Differentialdiagnosen over for coronararteriemisdannelser kan være vanskelig.

Blandt 54 patienter mellem 0 og 14 år med dilateret myokardielidelse uden kendt ætiologi, var 24 (44%) under 6 mdr. og 48 (89%) under 2 år ved 1. hospitalsindlæggelse. 23 var drenge, 31 piger.

Den kumulerede overlevelse var 68% efter 1 år, 58% efter 5 år og 47% efter 14 år, hvor det seneste dødsfald fandt sted. Den længst overlevende var fulgt i 22 år.

Kliniske oplysninger 43 dage - 18.9 år efter debut (median 3.1 år) hos 28/30 levende viste en kumuleret fraktion på 70% med residualfund endnu efter 8 år, hvorefter normalisering ikke er iagttaget. 3 patienter havde været opfattet som helbredte inden der efter 2 mdr. - 8 år kom recidiv af tegn til hjertesygdom. Cardiomegali hos 19/22 var det hyppigste residualfund. Kun 6 havde imidlertid symptomer.

Blandt 24 døde var 1 død pludseligt, 14 af hjerteinsufficiens, 5 i forbindelse med komplicerende forhold, 1 af non-cardial årsag (medlidenhedsdrab) og 3 af uoplyst årsag. Autopsi hos 17 viste fibroelastose hos 9, myokardit hos 4, dilateret cardiomyopati hos 3 og coronaraneurysme med infarkt hos 1.

## II. Ekkokardiografi.

23 ptt. (5♂, 18♀) i alderen 5 dage-16 år med primær kongestiv cardio-myopati er undersøgt med M-mode teknik. 8 ptt. er undersøgt een gang, de øvrige 2-14 gange.

Her skal redegøres for den første ekkokardiografi, som er udført ml. 5 dage-1 md. (9 ptt.), 2-6 mdr. (3 ptt.) og 1-16 år (11 ptt.) efter sygdommens debut. Ingen har haft helt normale ekkofund og oftest er fundet flere abnorme parametre hos den enkelte.

	Med symptomer	Uden symptomer
Antal patienter	13	10
Udvidet venstre ventrikel	13	9
Udvidet venstre atrium	9	6
Nedsat forkortningsfraktion	9	5
Forhøjet LPEP/LVET	10	6
Nedsat mean $V_{cf}$	10	4
Fortykket bagvæg	7	5
Fortykket septum	2	4

LPEP = left preejection period, LVET = left ventricular ejection time,  $V_{cf}$  = velocity of circumferential fiber shortening.

I reglen er hjertefunktionen dårligst jo flere abnorme ekkoparametre og jo mere abnorme de er. Da ptt.s hjertefunktion er vekslende afhængig af belastninger og medikamentel behandling, kan en enkelt ekkous. ikke oplyse om langtidsprognosen udover, at jo større venstre ventrikel jo dårligere prognose. Ved gentagne us. kan sygdommens udvikling følges.

7 ptt. er døde. Ved sektion er fundet fibroelastose (FE) hos 3, døde henholdsvis 2 4/12 år efter us. 9½ år gl., 1 9/12 år efter us. 14 8/12 år gl. og 4 mdr. efter us. 1 11/12 år gl. Myocarditis (MC) + fokal FE hos een død 2 mdr. efter us. 6 6/12 år gl. Svære følger efter MC med fibrosis myocardii og frisk okklusion af art. coron. dxt. hos een død 2 mdr. efter us. 1 6/12 år gl. Stort cor med tyk bagvæg, men normal mikr. hos een død 1 md. efter us. 1 md. gl. Een er ikke seceret. Ekkokardiografisk har det ikke været muligt at skelne mellem MC og FE.

Dog har 2 af 3 FE haft fortykket septum og bagvæg, medens 2 med MC ikke har haft vægfortykkelser.

Konklusion: Diag. kongestiv cardiomyopati kan verificeres ret sikkert med M-mode ekkoteknik. De forskellige former kan ikke udskilles.

Materialet er for lille til, at man kan udtale sig om hvilke parametre, der er mest følsomme for tilstandsændringer, hvilke parametre, der bedst kan bruges prognostisk eller hvilke værdier, der er kritiske.

CEREBRAL ABSCESES HOS BØRN MED CYANOTISK CONG. MB. CORDIS.  
Jørgen Paulin Poulsen, Joes Ramsøe Jacobsen & Kirsten Lee  
(Børneafdeling G, Rigshospitalet).

Undersøgelsen omfatter 5 patienter med cyanotisk kongenit mb. cordis, som fik stillet diagnosen cerebral absces på Rigshospitalet i perioden 1972-82. Der var 3 drenge og 2 piger. Alder for abscessens opståen 19 måneder til 13 år. 3 af børnene havde eller var suspekte for samtidig infektionsfocus andet sted.

For sygdomsudviklingen gjaldt generelt, at der initialt var få dage (2-6) med uspecifikke symptomer (træthed, hovedpine og irritabilitet) forud for akutte neurologiske symptomer (pareser, paræstesier og afasi). Ingen havde ved indlæggelsen klare tegn på intrakranielle tryksymptomer (BT - pulsforandringer og/eller stasepapil). Kun 2 var febrile. Man fandt leukocytose hos 4, abnorm differentialtælling hos 1 og normal SR. Cerebrospinalvæsken purulent (1/2). EEG afslørede fokale forandringer hos 4/4. Cerebral CT-scanning viste unilokulær (4) eller multilokulær absces (1). Bloddyrkning var uden vækst. Dyrkning fra absces ved evacuatio (3/5) gav vækst af lav-patogene bakterier (haemophilus paraaerophilus, alfa-streptokokker og microaerofile streptokokker). Det varede fra 3-54 dage fra sygdomsdebut til diagnose ved CT-scanning.

Vi finder det vigtigt at fremhæve, at de initiale symptomer er relativt uspecifikke, at der hverken er entydigt abnorme infektionsparametre eller sikre tegn på intrakraniel trykstigning forud for fremkomsten af neurologiske udfaldssymptomer. Derimod findes fokale forandringer ved EEG, og CT-scanning vil fastslå diagnosen, således at kirurgisk behandling kan iværksættes hurtigst muligt.

Hos børn med cyanotisk mb. cordis bør man ved nyopståede uspecifikke neurologiske symptomer få mistanke om cerebral absces og foranstalte undersøgelser herfor. CT-scanning er indiceret.

## OSTEOGENESIS IMPERFECTA

S.-E. Christensen, ( Børneafdelingen, Centralsygehuset,  
Nykøbing Falster )

Osteogenesis imperfecta (OI), der klinisk kendetegnes ved abnorm knogleskørhed, blå sclerae og præsenilt konduktivt høretab er kendt under mindst 40 eponymer, hvoraf Ekman (1788), Lobstein (1833), Vrolik (1849) og Eddowes (1900) nok er de mest kendte.

Seedorf (1949) påviste i sin disputats klassisk mendelsk arvegang, autosomal dominant/recessiv, og beskrev tillige en kongenit og tardiv forløbsform. Sillence (1978) har på basis af et stort populationsstudie klassificeret patienterne med OI i 4 grupper, 2 med autosomal recessiv og 2 med autosomal dominant arvegang med det sigte at kunne give eugenisk og prognostisk vurdering.

Det basale patofysiologiske grundlag for OI er ikke afklaret i detaljer, men der er tiltagende evidens for en regulatorisk defekt i kollagensyntesen.

Behandlingsresultaterne har til dato ikke givet grundlag for større optimisme. Der er dog beskrevet gunstig indvirkning på fraktur tendensen ved langvarig calcitonin-behandling.

Den livslange behandling af disse patienter involverer obstetrikere, pædiatere, ortopæder, kliniske genetikere og socialarbejdere. I betragtning af det forholdsvist lille antal patienter bør behandlingen rimeligvis foregå centraliseret på få afdelinger med særlig erfaring og ekspertise.

## INFANTIL KORTIKAL HYPEROSTOSE SOM DIAGNOSTISK PROBLEM.

J. Friis & J. Kringelbach (børneafdelingen, Centralsygehuset i Nykøbing F).

Infantil kortikal hyperostose er et syndrom karakteriseret ved hyperirritabilitet, bløddelssvulst og kortikal fortykkelse af de underliggende knogler. Syndromet debuterer normalt i løbet af det første halve leveår, men er konstateret radiologisk in utero. Hyppigst afficeret er mandiblen og de lange ekstremitetsknoglers diafysler. Almindeligvis involveres 2 - 6 knogler under forløbet, der kan vare fra få uger til adskillige måneder. I aktiv fase er patienterne ofte febrile. De mest konstante laboratoriefund er forhøjet SR, anæmi, leukocytose og forhøjet basisk fosfatase. Sygdommen efterlader kun sjældent persisterende knogledeformiteter. Undertagelsesvist ses et mere kronisk forløb eller et forløb med akutte recidiver igennem adskillige år. Skønt sygdommen oftest optræder sporadisk, er der dog beskrevet flere tilfælde af familiær forekomst.

Siden syndromet blev beskrevet i 1945 er der publiceret ca. 200 tilfælde - heraf 4 fra Skandinavien.

Med udgangspunkt i en sygehistorie illustreres, hvorledes syndromet kan give anledning til et bredt spektrum af diagnostiske overvejelser, før fremkomsten af de kortikale hyperostoser gør det muligt at stille den definitive diagnose. Den fremlagte sygehistorie frembyder flere atypiske træk, specielt sen debut i en alder af  $7\frac{1}{2}$  måned samt hyperostosernes lokalisation til os parietale og occipitale. Trombocytose, lymfeknudesvulst og hepatomegali er tidligere beskrevet i forbindelse med syndromet. En udvidet immunologisk undersøgelse bidrog ikke til at belyse sygdommens ætiologi og patogenese.

## REAKTIV ARTRIT EFTER BAKTERIEL ENTERIT

K. Lybeck Sørensen, B. Stagegaard (Pædiatrisk afdeling, Centralsygehuset i Næstved)

Reaktiv artrit (steril artrit opstået sekundært til infektion andetsteds i legemet) ses som komplikation til tarminfektion forårsaget af Shigella, Salmonella, Yersinia og Campylobacter. Efter disse infektioner optræder reaktiv artrit med en hyppighed på 1-3%, og blandt de afficerede har 60-80% vævstypen HLA-B27. Diagnosen sandsynliggøres af forudgående diaré, patogene tarmbakterier i fæces, bakterieantistoffer i blodet, steril ledvæske, samt tilstedeværelse af vævstypen HLA-B27. Artritten er oftest en oligo- eller polyartrit, og angriber hyppigst knæ-, ankel- og fingerled. Varighed gennemsnitlig 4 mdr. (1 uge - flere år). Langtidsprognose og evt. overgang til kronisk ledsygdom endnu ikke afklaret. I svære tilfælde behandles med anti-rheumatica. Der foreligger ikke dokumentation for, at antibiotisk behandling påvirker forløbet.

Der beskrives et tilfælde med reaktiv artrit efter Campylobacter jejuni enterit hos 5 år gammel dreng, der var HLA-B27 positiv og havde mildt forløbende artrit af knæledene.

Ved udredning af ledsymptomer bør man overveje muligheden af reaktiv artrit efter bakteriel enterit, og et undersøgelsesprogram bør omfatte fæcesdyrkninger for patogene tarmbakterier, bestemmelse af Widall, Yersinia- og Campylobacter titer og evt. vævstypebestemmelse.



## PÅVISNING AF LEUKOCYTTER I URIN MED CYTUR-TEST<sup>R</sup>

L.P. Hansen, H.J. Andersen, P.J. Jørgensen & N.A. Klitgaard  
(Pædiatrisk afd. H & Klinisk kemisk afd., Odense Sygehus).

Kemisk påvisning af leukocytter i urin ved hjælp af Cytur-Test<sup>R</sup> (Boehringer Mannheim) blev sammenholdt med tællekammerbestemmelse samt undersøgelse af urinsediment for leukocytter. Tilstedeværelse af leukocytter og dermed granulocytteraseaktivitet i en urinprøve medfører en blåfarvning af testfeltet på Cytur-Test<sup>R</sup> strimlen efter 15 minutters reaktionstid.

292 urinprøver fra børn i ambulant kontrol, oftest på grund af tidligere urinvejsinfektioner, undersøgtes to gange - hhv. umiddelbart efter miktionen i ambulatoriet og igen nogle timer senere i laboratoriet.

Leukocytantal/ $\mu$ l ved første tællekammertælling anvendtes som reference. Ved at vælge  $\geq 10$  leukocytter/ $\mu$ l som udtryk for patologisk leukocyturi fandtes Cytur-Test<sup>R</sup> at have en sensitivitet på 92,0% og en specificitet på 97,5%. Sedimentundersøgelsen var langt mindre sensitiv.

Teststrimlen viste sig at være pålidelig og enkel til screening for leukocyturi og uafhængig af transporttid fra urinopsamling til analyse. Testen foreslås at erstatte de tidsrøvende urinsedimentundersøgelser, som ofte giver falske negative resultater. Det fremhæves, at testen ikke kan erstatte urindyrkning.

TRANSCUTAN BILIRUBINOMETRI HOS RASKE, NYFØDTE BØRN MED  
FYSIOLOGISK ICTERUS.

N. Foged & J. Kamper (Pædiatrisk afdeling, Odense sygehus).

Transcutan bilirubinometri (TcB) er en ny, non-invasiv målemetode til brug i neonatalperioden ved icterus neonatorum.

Korrelationen mellem S-bilirubin og TcB-indeks er undersøgt på 20 fuldbårne nyfødte med fysiologisk icterus.

TcB-indeks er målt ti forskellige steder på kroppen samtidig med S-bilirubinbestemmelse på hælprøve (N=31).

Undersøgelsen viser acceptabel korrelation (Spearman's rho) mellem S-bilirubin og TcB-indeks for samtlige valgte målesteder ( $p < 0,001$ ).

Metoden kan ikke erstatte S-bilirubin ved S-bilirubinverdier nær grænseværdien for fototerapi, men kan anvendes til fastlæggelse af hvornår, der bør bestemmes S-bilirubin. Således anvendt kunne 3/4 af blodprøverne i dette materiale have været undgået.

## BENIGN LYMFROID HYPERPLASI I COLON

P. Falkenløve, J.H. Hansen og G. Petersen (Kirurgisk, Pædiatrisk & Radiologisk afd., Centralsygehuset, Nykøbing F.)

Recidiverende abdominalsmerter er ikke ualmindeligt hos børn. I de fleste tilfælde er der ingen organisk årsag til smerterne, og det er relativt sjældent indiceret at foretage røntgenundersøgelse af colon. Kun ca. 1 % af colonundersøgelser på børn i alderen 1-15 år, henvist fra praktiserende læge, har positivt røntgenfund.

11-årig tidligere rask dreng med recidiverende abdominalmerter flere gange ugentligt henvistes af e.l. til rtg. af colon, som viste multiple 2-7 mm store fyldningsdefekter med central umbodannelse disperst i colon, karakteristisk for benign lymfoid hyperplasi. Rectoscopi viste spredte knappenålshovedstore nodulære elementer med normalt slimhindedække, og diagnosen verificeredes histologisk. Eneste abnorme lab.-værdi var en lav komplement C-3. Smerter og noduli forsvandt under 3½ måneds observation uden behandling og pt. er fortsat symptomfri efter 9 mdr..

Lymfoid hyperplasi kan optræde overalt i mave-tarmkanalen, lokaliseret eller udbredt, overvejende beskrevet hos børn. Nogle forfattere opfatter de objektive fund som betydningsløse, mens andre associerer den diffust udbredte form til abdominalkolikker og diafe, og slimhindeforandringerne har været taget som udtryk for en afløben tarminfektion. Der er i nogle tilfælde, især i tyndtarmen, angivet sammenhæng med hypo- og dysgammaglobulinæmi, og flere af ptt. angives sekundært at have fået giardiasis.

Det karakteristiske røntgenfund kan også forekomme ved familiær colonpolypose og er i flere tilfælde forvekslet hermed, hvilket har ført til alvorlig fejlbehandling. Dette tilfælde bekræfter et ofte spontant svind af forandringerne, hvorfor man efter diagnostisk udredning kan observere ptt. under klinisk og radiologisk kontrol.

## MORBUS LEGG CALVÈ PERTHES

Knud Mose (Fysirurisk afd., Centralsygehuset, Nykøbing F.).

Som emne indenfor den omfattende problematik, centres der om en mulig afkortning af den lange og ofte rigo-ristisk iagttagne aflastningsperiode på 18-24 måneder.

Resultaterne af forløbet inddeles i: normalt-kugleformet, fladt-kugleformet og uregelmæssige ledhoveder.

1. Børn omkring og under 3 år er i reglen "epifysedysplasier", som opnår gode resultater under aflastning.

2. Ved sygdomsbegyndelse efter 8 eller 9 års alderen, er der en stor frekvens af dårlige resultater. Ophelingen foregår langsomt. Man må derfor - i hvert fald hvis aflastningen sker ret sent - overveje at spare ulejligheden med aflastning i kørestol.

3. Ved histologisk undersøgelse af biopsier i sygdommens 2. stadium, fragmenteringsstadiet, er der påvist igangværende genopbygning, indvækst af fibroplaster, kar m. m. Forbeningen påbegyndes. Selvom det radiologiske billede syner "ikke-bæredygtigt" må man formode, at man allerede i slutningen af dette stadium kan lade patienterne belaste, evt. kun den halve dag hjemme, mens formiddagen i skole eller børnehave stadig sker i kørestol.

4. De fladt-kugleformede har i en efteropgørelse vist sig at blive "normalt-kugleformede" i løbet af perioden for primær opheling i 8 års alderen, til væksten ophører i 18 års alderen. Selvom man risikerer, at der ved tidlig belastning kan opstå et "fladt-kugleformet ledhoved", vil dette med årene tildanne sig til en acceptabel form.

Konklusion: En individualiseret aflastningsperiode kan praktiseres, formentlig ned til 12, maksimalt 18 måneder.

Programoversigt

K. Kristoffersen (Obst.-Gyn.afd., Odense Sygehus):  
Børne- og ungdomsgynækologi.

Der afholdes derefter

Ordinær generalforsamling.

## BØRNE- OG UNGDOMSGYNÆKOLOGI.

K. Kristoffersen, (Obst. - Gyn. Afd., Odense Sygehus.)

Emnerne i denne disciplin er: medfødte misdannelser i urogenitalsystemet, endokrin status hos børn, pubertetsudvikling og -problemer, gynækologiske tumorer hos børn og unge samt specielle problemer hos teenager: seksualrådgivning og antikonception, fluor vaginalis, abortus provokatus samt graviditet og fødsel.

Specielle problemer ved diagnosticering af nyfødte med intersex belyses ved eksempel på kongenit adrenal hyperplasi og testikulær feminisationssyndrom. Ved tvivl om barnets køn ved fødslen er det vigtigt så hurtigt som muligt at få en kvalificeret endokrinologisk/gynækologisk undersøgelse m.h.p. fastsættelse af kønnet, oplysning til forældrene om udviklingsproblemer og plan for senere behandling.

Diagnosticering og behandling af hymen imperforatum og septum transversum vaginae med evt. mucusophobning efter fødslen og hæmatokolpos ved menarchen og behandling af disse tilstande demonstreres. Et rudimentært uterinanlæg med tilhørende øverste aflukkede del af vagina demonstreres som et særligt vanskeligt diagnostisk problem, hvor ultralyddiagnostik kan anvendes.

Hormonprofilens forskelle hos drenge og piger i de første år og ved puberteten omtales. De sekundære køns-karakterers sekvens demonstreres ved Marshall-Tanners skema. Asymmetrisk udvikling af mammae ved telarchen omtales som differentialdiagnostisk problem overfor tumor mammae.

Artikler om disse emner kan indsendes til mig for optagelse i International Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology (IJPAG). Manuskriptregler kan rekvireres.

FORFATTERINDEX

<i>Ahrendrup, H.</i>	47
<i>Alstrup, P.</i>	47
<i>Andersen, G. Eg</i>	31
<i>Andersen, H.J.</i>	78
<i>Andersen, J.B.</i>	70
<i>Andersen, O.</i>	58
<i>Andersen, V.</i>	15
<i>Ansell, B.M.</i>	17
<i>Beck, B.</i>	59
<i>Berning, J.</i>	46
<i>Brandt, N.J.</i>	9-59
<i>Buckley, W.</i>	31
<i>Christensen, E.</i>	59
<i>Christensen, N.C.</i>	44
<i>Christensen, S.E.</i>	75
<i>Christiansen, K. Maidahl</i>	14
<i>Dige-Petersen, H.</i>	56
<i>Dinesen, J.</i>	36
<i>Egeblad, H.</i>	46
<i>Egeblad, M.</i>	56
<i>Falkenløve, P.</i>	80
<i>Foged, N.</i>	79
<i>Fredriksen, P.S.</i>	50
<i>Friis, J.</i>	76
<i>Friis-Hansen, B.</i>	31-50
<i>Gravesen, S.V.</i>	69
<i>Greisen, G.</i>	51
<i>Haase, H.</i>	67
<i>Hald, F.</i>	13
<i>Hansen, F. Juul</i>	25
<i>Hansen, J.</i>	80
<i>Hansen, L.P.</i>	78
<i>Heilmann, C.</i>	15
<i>Herriksen, J.M.</i>	11
<i>Howitz, P.</i>	60
<i>Hummer, L.</i>	9
<i>Hvorslev, V.</i>	9
<i>Høst, A.</i>	42
<i>Ibsen, K. Kaas</i>	32
<i>Ingstrup, H.M.</i>	52

<i>Jacobsen, B. Brock</i> .....	9-58
<i>Jacobsen, J. Ramsøe</i> .....	46-71-74
<i>Jansen, J.</i> .....	22
<i>Jensen, J.</i> .....	30
<i>Jørgensen, B.</i> .....	15
<i>Jørgensen, P.J.</i> .....	78
<i>Kamper, J.</i> .....	79
<i>Klarholt, E.</i> .....	48
<i>Klebak, S.</i> .....	9
<i>Klitgaard, N.A.</i> .....	78
<i>Kruidsen, F. Ursin</i> .....	12-56
<i>Kolind, A.</i> .....	53
<i>Kreiborg, S.</i> .....	19
<i>Kringelbach, J.</i> .....	76
<i>Kristoffersen, K.</i> .....	83
<i>Kruuse, E.</i> .....	28
<i>Ladenmann, A.</i> .....	52
<i>Larsen, H.</i> .....	16
<i>Lee, K.</i> .....	74
<i>Lillquist, K.</i> .....	42
<i>Loretzsen, M.</i> .....	13
<i>Lykkegård, E.</i> .....	64-65
<i>Løchte, J.</i> .....	62-64
<i>Maré, M. de</i> .....	61
<i>Marving, J.</i> .....	56
<i>Mehlberg, S.G.</i> .....	50
<i>Melchior, J.C.</i> .....	23-66
<i>Merrick, J.</i> .....	35
<i>Michelsen, N.</i> .....	26-35-37
<i>Mordhorst, C.H.</i> .....	24
<i>Morling, N.</i> .....	18
<i>Mose, K.</i> .....	81
<i>Mourier, A.</i> .....	9
<i>Munkner, T.</i> .....	9
<i>Mäkelä, A.-L.</i> .....	16
<i>Nielsen, G.</i> .....	41
<i>Nielsen, M.</i> .....	32
<i>Nielsen, S.S.</i> .....	56
<i>Olofsson, M.</i> .....	31
<i>Pedersen, F. Karup</i> .....	19
<i>Pedersen, G.</i> .....	80
<i>Pedersen, P.S.</i> .....	50
<i>Petersen, H.</i> .....	23-25
<i>Petersen, M. Bloch</i> .....	51



<i>Petersen, S.</i>	44
<i>Poulsen, J. Paulin</i>	74
<i>Prause, J.</i>	15
<i>Påhl sen, J.</i>	53
<i>Rasmussen, B.</i>	65
<i>Roepstorff, C.</i>	32
<i>Ryssing, E.</i>	44-71
<i>Sardemann, H.</i>	65
<i>Saunamäki, K.</i>	46
<i>Simonsen, E.</i>	49
<i>Stagegaard, B.</i>	77
<i>Steinicke, O.</i>	32
<i>Svantesson, H.</i>	16
<i>Spegård, A.</i>	28
<i>Sørensen, K. Lybeck</i>	77
<i>Sørensen, S.S.</i>	9
<i>Taudorf, K.</i>	23-25
<i>Thayssen, P.</i>	48
<i>Thomsen, K.</i>	15
<i>Trautner, H.</i>	30-64
<i>Uldall, P.</i>	30
<i>Vestermærk, S.</i>	14
<i>Wennevold, A.</i>	46
<i>Wimberley, P.D.</i>	50
<i>Witt-Hansen, J.</i>	50
<i>Wulff, C. Hertel</i>	24
<i>Zachariae, E.</i>	20
<i>Zachau-Christiansen, B.</i>	28-38
<i>Østergaard, G. Zahle</i>	52
<i>Aagaard, J.</i>	33

To af selskabets medlemmer er afgået ved døden. Carl Friederichsen, der var æresmedlem, døde den 14.4.1982 og overlæge, dr.med. John Lindenberg døde den 25.4.1982.

Foreningen har nu 266 medlemmer. I det forløbne år har 23 søgt om optagelse og 2 er udmeldt. Der henvises til vedlagte navneliste over optagelsessøgende, der vil blive optaget som medlemmer under forudsætning af generalforsamlingens godkendelse.

Efter generalforsamlingen den 4.9.1981 konstituerede bestyrelsen sig med Vagn Holm som næstformand, Jens Løchte (repræsentant for DBO) som kasserer, Bendt Brock Jacobsen som videnskabelig sekretær, Henrik Verder (repræsentant for YP) som faglig sekretær og undertegnede som formand.

Der har i årets løb været afholdt 9 møder. Mødet den 6.11.1981 om pædiatrisk rheumatologi var arrangeret i samarbejde med Dansk Selskab for Gigtforskning. Der er afholdt 2 møder med ledsagere, dels julemødet i Domus Medica, dels vårmødet i Nykøbing Falster. Bestyrelsen vil gerne bringe en tak til de kolleger, der har arrangeret årets temamøder og en særlig tak til Løchte for julemødet samt Jørn Møller og Henrik Haase for vårmødet.

Der er i årets løb nedsat 2 nye udvalg:

1. "Frømtidsudvalget" med den opgave at "frømkomme med overvejelser over pædiatriens frømtidige arbejdsopgaver og at frømsætte model (modeller) for disses mest hensigtsmæssige løsning inden for det samlede sundhedsvesen. Udvalget er blevet armodet om at udforme en betænkning, der kan bruges som grundlag for såvel en faglig som en politisk debat om pædiatriens frømtid". Udvalgets arbejde forventes afsluttet ved udgangen af 1983. Bestyrelsen har tilstrøbt at sammensætte et udvalg, der kan repræsentere såvel yngre som ældre pædiatere, København og provinsen, hospitalsafdelingerne og den ekstramurale sektor. Udvalgets medlemmer er følgende: Johannes Melchior (formand), reservelæge Ole Andersen, speciallæge Karen Fuglsbjerg, overlæge Vagn Holm, overlæge Jørgen Haahr, overlæge Knud W. Kastrup, reservelæge Søren Klebak, speciallæge Niels Michelsen. Derudover har bestyrelsen armodet Praktiserende Lægers Orga-

nisation om at lade sig repræsentere i udvalget. Deres repræsentant er læge Erik May, Hedensted.

2. "Neonatal screening-udvalget" med den opgave "løbende at følge behovet for nye screeningsprocedurer for medfødte metaboliske sygdomme samt finde passende samarbejdsformer mellem den kliniske pædiatri og de laboratorier, der udfører screeninger, især Seruminstituttet". Udvalget består af: N.J. Brandt (formand), Erik Thandrup, Jens Kamper, Birgit Peitersen og Bendt Brock Jacobsen.

Endvidere er der oprettet en medicinsk tværfaglig arbejdsgruppe til belysning af problemerne omkring behandling af myelomeningocelebørn i Danmark. Arbejdsgruppens pædiatriske repræsentant er Zachau-Christiansen.

Verder har repræsenteret selskabet i kontaktgruppen omkring misdannelsesregisteret og deltog den 14.5.1982 i et møde herom i Sundhedsstyrelsen.

Holm, Løchte og Verder deltog den 23.1.1982 i et møde mellem FAS, speciallægeorganisationerne og de videnskabelige selskaber vedrørende stabsstrukturovervejelser, §14-vurderinger, speciallægeuddannelsessystemets fremtid og speciallægepraksis' fremtid. Selskabet har i foråret 1982 modtaget henvendelse fra Dansk Selskab for Oligofrenologi, der ville forhåndsorientere sig, om vi ville bistå dem med udarbejdelse af retningslinier for uddannelse inden for ekspertområdet oligofrenologi. Bestyrelsen har givet tilsagn om at finde en pædiater, der vil deltage i det planlagte udvalgsarbejde, men har endnu ikke hørt nærmere.

Bestyrelsen har den 17.11.1981 fremsendt en skrivelse til indenrigsministeren vedrørende Sundhedsstyrelsens betænkning 933/1982 om skolelægetjenesten. Vi har fremhævet, 1) at vi finder kravet om 6 måneders ansættelse med pædiatrisk indhold for kort og foreslået, at kravet bør være 2 års ansættelse ved pædiatrisk afdeling, endvidere 2) at vi finder det uheldigt, at betænkningen åbner mulighed for at øge elevantallet per skolelæge.

Den 25.11.1981 indsendte bestyrelsen en skrivelse til medicinaldirektøren angående yngre lægers nye overenskomst med advarsel mod konse-

venserne af skifteholdstjeneste for overvågning af akut syge børn samt påpegen af de uddannelsesmæssige følger af de nye arbejdstidsregler.

I en skrivelse den 18.12.1981 til det centrale råd for lægers videreuddannelse angående nye stabsofbygningsregler har vi påpeget det meget lave antal overlæger i forhold til l. reservelæger i specialet pædiatri og fremhævet behovet for flere pædiatere til blandt andet andet neonatologisk konsulenttjeneste over for landets fødeafdelinger, samt behovet for udvidet pædiatrisk indsats i forbindelse med særfor-sorgens udlægning.

Bestyrelsen har i skrivelse af 14.1.1982 sanktioneret oprettelsen af Nordisk Forening for Pædiatrisk Onkologi.

Bestyrelsen har behandlet en anke fra en yngre pædiater over uddannelsesudvalgets beslutning om, ikke at give ham adgang til at deltage i teoretisk A-kursus efter overgangsbestemmelserne mellem speciallægeud-dannelsesreglerne fra 1974 og fra 1982. Efter indgående drøftelse har vi henstillet, at han alligevel optages.

Bent Friis-Hansen afgik den 1.1.1982 som kursusleder efter at have fungeret i 14 år. Selskabet takker ham for den betydelige arbejdsind-sats han har gjort på denne post. Knud Petersen er blevet konstitueret frem til generalforsamlingen, og bestyrelsen foreslår, at han vælges til fortsat at være kursusleder.

Ved Nordisk Pædiatrisk Forenings generalforsamling 1982 afløstes Bent Friis-Hansen af Vagn Holm som dansk medlem af bestyrelsen. Hobolth blev udpeget til generalsekretær og er således ikke længere bestyrelses-medlem. DPS skal udpege en afløser for ham.

HANS JØRGEN ANDERSEN

I kursus 81/82 deltog 10 kursister i de 4 obligatoriske kurser. Der afvikledes 4 valgfrie kurser i: neurologi (14), gastroenterologi (15), ernæring (15), nyre- og urinveje (15).

Der var yderligere deltagelse i Sundhedsstyrelsens integrerede kurser i immunologi (10) og hæmatologi (10).

Herudover deltog enkelte kursister som forsøgsordning i integreret kursus i Sundhedsvæsenets Organisation/Speciallægerne Administrative opgaver.

Efteruddannelseskursus: Et underudvalg under Uddannelsesudvalget planlægger et efteruddannelseskursus i adolescensmedicin i Silkeborg i april 1983. Nærmere program udsendes i løbet af efteråret.

I 2 kursusledermøder har man drøftet den nye speciallægeuddannelse, kursusadministration, budget og regnskab samt det samlede katalog over specialernes kurser, som netop er udsendt som kursusoversigt fra Sundhedsstyrelsen.

Kapacitet i pediatri: ajour-førte tabeller over afdelingernes normering, se tabel 1 & 2.

Uddannelsesudvalg/kursusleder: Siden B. Friis-Hansen fratrådte som kursusleder 1.4.1982, har Knud E. Petersen fungeret som sådan og P.A. Krasilnikoff fungeret som formand for udvalget, der har suppleret sig med N.J.Brandt.

### Ny speciallægeuddannelse.

Redegørelse for forløbet af udvælgelse til undervisningsstillinger i pediatri (og overgangsordning) foråret 1982:

Undervisningsstillinger i pediatri blev opslået ledige pr. 1.9.1982 i Ugeskrift af 12. april 1982. Samtidig offentliggjordes i Ugeskriftet proceduren for udvælgelse til obligatoriske kurser og undervisningsstillinger, som vedtaget på generalforsamlingen i Selskabet.

Ansøgerne udformede individuelle ansøgninger samt et særligt skema, som blev indsendt til Uddannelsesudvalget sammen med en komplet ansøgning. Enkelte ansøgere misforstod dette punkt og sendte kun ansøgning til Uddannelsesudvalget, men denne misforståelse fik ikke betydning for den senere udvælgelse.

Der blev indsendt 32 ansøgninger, idet 4 kun søgte overgangsordning, 28 søgte undervisningsstilling og 18 samtidig overgangsordning, de fleste uden at prioritere mellem de to ordninger.

Uddannelsesudvalget bedømte, om ansøgerne var kvalificerede i henhold til de offentliggjorte A-kriterier (minimumskrav: 30 måneders ansættelse udenfor specialet, 18 måneders ansættelse på pædiatrisk afdeling - inden 1.9.1982). Ved denne vurdering dispenserede man - i lighed med tidligere år - for op til 3 måneders ansættelse udenfor specialet, men

har ikke godkendt vikariansættelser på pædiatriske afdelinger. 1. reserverelægesættelse før kursus, der normalt ikke kan godkendes i speciallægeuddannelsen, har udvalget talt med under de 18 måneders pædiatrisk uddannelse. Blandt de 28, der søgte undervisningsstilling, anså udvalget 6 for ikke kvalificerede.

De 22 øvrige ansøgere til undervisningsstillinger er opdelt i 12 kvalificerede og 10 velkvalificerede ud fra de offentliggjorte B-kriterier (i første række anciennitet i specialet og videnskabelig aktivitet, i anden række pædiatrisk relevant uddannelse i øvrigt).

På et møde mellem repræsentanter for Uddannelsesudvalget og undervisningsafdelingernes chefer den 14.5.1982 foretoges den endelige udvælgelse til undervisningsstillingerne. Man gennemgik i første omgang de velkvalificerede, fandt det for 3 ansøgere vedkommende rimeligst at tilkende dem deltagelse i overgangsordningen, som de havde prioriteret højere end undervisningsstilling. De resterende 7 blev fordelt til undervisningsstillingerne, og den ottende undervisningsstilling blev besat med en fra gruppen af kvalificerede.

Til overgangsordningen (speciallægeuddannelse efter ordningen af 1974 og deltagelse i obligatoriske kurser 82/83 og evt. 83/84) har udvalget udvalgt de 4, som kun havde søgt overgangsordningen, de 3 ovenfor omtalte velkvalificerede og en fra den kvalificerede gruppe. Ved denne udvælgelse har udvalget anvendt de hidtidige minimale optagelseskriterier (30 måneders ansættelse udenfor specialet, 18 måneders ansættelse på pædiatrisk a/b afdeling, heri mindst 6 måneder på a-afdeling - kriterierne skulle være opfyldte pr. 1.6.1982).

De fleste af de, der har medvirket ved proceduren, har fundet, at den har fungeret efter hensigten og med tilfredsstillende udfald. En enkelt ansøger har klaget til Bestyrelsen over ikke at være blevet optaget på overgangsordningen.

Efter at proceduren var afsluttet og ansøgerne ansat i stillingerne er det blevet bekendtgjort, at den nye speciallægeuddannelse først træder i kraft pr. 1.1.1983, og det er derfor i øjeblikket usikkert, om de besatte stillinger kan betragtes som kursusstillinger i henhold til 1974-bestemmelserne eller undervisningsstillinger i henhold til 1983-bestemmelserne. Sagen forhandles med Specialistnævnet.

KNUD E. PETERSEN

P.A. KRASILNIKOFF

Tabel 1

ANTALLET AF AFDELINGER, SENGEPLADSER OG STILLINGER PÅ PÆDIATRISKE AFDELINGER pr. 1. SEPTEMBER 1982.

Afdelinger	Senge	0	R <sub>1</sub>	r
<u>a-afdelinger</u>				
Rigshospitalet, G	77	8	7(+1)	9
Børnehospitalet på Fuglebakken	75	3	7(+2)	14(+5)
KAS Gentofte	96	2	6(+2)	8
Odense	84	3	6(+2)	8(+4)
Århus KH	84	3	6(+2)	7(+3)
Ålborg SH Nord	85	3	5(+2)	11(+3)
<u>b-afdelinger</u>				
Sundby Hospital	50	1	4(+2)	7(+2)
KAS Glostrup	82	4	5	8(+1)
Hillerød	86	3	7(+3)	9(+2)
Næstved	54	1	4(+2)	8(+4)
Kolding	52	3(+1)	4(+1)	7(+3)
Randers	27	2	2(+1)	7(+4)
Herning	65	3	5(+2)	7(+3)
Viborg	50	2(+1)	4(+2)	7(+1)
Roskilde	56	1	4(+2)	7(+1)
Esbjerg	53	1(+1)	5(+3)	6(+2)
<u>d-afdelinger</u>				
Rigshospitalet, GN	38	1	3(+1)	9(+4)
Rigshospitalet, TG	24	1	4(+2)	9(+3)
Slagelse	32	1	2	6(+4)
Nykøbing F.	30	2	0	2
Holbæk	46	1	4(+2)	6(+4)
Sønderborg	46	2	2	3(+1)
Hjørring	23	1	2(+1)	4(+1)

Tabel 2

SUMTAL OVER ANTALLET AF AFDELINGER, SENGEPLADSER OG STILLINGER PÅ PÆ-  
DIATRISKE AFDELINGER I KØBENHAVN OG PROVINSEN pr. 1. SEPTEMBER 1982.

Afdelinger		senge	0	R1	r
a-afdelinger	København	248(- 9)	13	20(+ 5)	31(+ 5)
	resten	253(- 3)	9	17(+ 6)	26(+10)
	Hele landet	501(-12)	22	37(+11)	57(+15)
b-afdelinger	København	132	5	9(+ 2)	15(+ 3)
	resten	390(- 6)	15(+2)	30(+13)	52(+20)
	Hele landet	522(- 6)	20 (+2)	39(+15)	67(+23)
d-afdelinger	København	62(- 6)	2	7(+ 3)	18(+ 7)
	resten	230(- 4)	8	15(+ 6)	27(+12)
	Hele landet	292(-10)	10	22(+ 9)	45(+19)
a + b + d afdelinger		1315(-28)	52 (+2)	98(+35)	169(+57)



## BERETNING FRA UDVALGET VEDRØRENDE PÆDIATRIENS FREMTID

Fremtidsudvalget har holdt 3 plenarmøder og har desuden yderligere virket gennem flere arbejdsgrupper.

Der er indsamlet et meget stort materiale, og den foreløbige arbejdsplan er struktureret.

Betænkningen vil omfatte:

1. Samfundsstrukturen
2. Helseudvikling og -problemer
3. Det pædiatriske sundhedsvæsens struktur herunder uddannelse
4. Fremtiden

Udvalget regner med at blive færdig med betænkningen i foråret 1983, således at den kan forelægges DPS omkring dette tidspunkt.

Udvalget består af:

læge Ole Andersen

praktiserende pædiater Karen Fuglsbjerg

overlæge Vagn Holm

overlæge J. Haahr

overlæge K.W. Kastrup

1. reserveoverlæge Søren Klebak

praktiserende læge Erik May

professor J.C. Melchior

overlæge Niels Michelsen

J.C. MELCHIOR

## Beretning fra ONKOLOGIUDVALGET

1. Udvalgets sammensætning er ændret, idet professor J. Vesterdal har ønsket at udtræde, og er blevet erstattet af overlæge Finn Ursin Knudsen fra børneafdelingen, KAS Glostrup.  
Endvidere er overlæge Minna Yssing, Rigshospitalets børneafdeling, indtrådt.  
Udvalget skal armode om generalforsamlingens godkendelse heraf.
2. Der er dannet en Nordiska Forening for Pædiatrisk Onkologi ved et møde i Røros april 1982. Danmark er repræsenteret med 3 personer i styrelsen (K. Mauritzen, M. Yssing og H. Hertz).  
Alle interesserede kan blive medlemmer af foreningen ved skriftlig henvendelse til sekretæren (Hertz).
3. Der er enighed om at søge dannet et dansk pædiatrisk onkologiudvalg med deltagelse af børnekirurg, børnepatolog og radioterapeut.
4. Alle danske børn med akut lymfoblastær leukæmi i standard risiko behandles nu ens og indgår i en nordisk behandlingsopgørelse. Der foretages herudover en registrering af samtlige nordiske børn med leukæmi.
5. Der er enighed om fælles dansk behandling af ALL intermedier risiko. November 1982 vil det blive forsøgt på nordisk plan at opnå fælles behandling af den nævnte patientgruppe.
6. Det er vedtaget at forsøge at lave en opgørelse over danske behandlingsresultater af ALL fra 1973.
7. Der er i nordisk regi vedtaget en opgørelse og en efterundersøgelse af børn behandlet for medulloblastom i en 10-års periode. Undersøgelsen er igang og ledes fra Danmark.
8. Videnskabsetisk Komité har godkendt, at danske børn med Wilms' tumor behandles i en kontrolleret international trial (SIOP VI). De afdelinger, der behandler onkologiske børn, har tilsluttet sig denne behandling.
9. Når danske forskningsprojekter indenfor området pædiatrisk hæmatologi og onkologi indebærer brug af journalmateriale fra andre afdelinger end den, hvorpå forskeren eller forskerne er ansat, eller på anden måde implicerer andre børneafdelinger, end den hvorfra projektet udgår, er der i udvalget enighed om, at armode den forskende læge eller afdeling om at udarbejde en skriftlig skitse om projektet og fremsende denne til orientering i onkologiudvalget.

HENRIK HERTZ

## BERETNING FRA VACCINATIONSUDVALGET

Et udvalg under Dansk Lungemedicinsk Selskab har anbefalet ophør med Calmettevaccination. Spørgsmålet har været drøftet med udvalget og repræsentanter for Lungemedicinsk Selskab. Vaccinationsudvalget har anbefalet en 2-årig undersøgelse over infektionsraten hos danske børn før nærmere beslutning tages. Ontalt i UfL.

Der er endnu ikke skaffet kapacitetsmæssig sikkerhed for gennemførelse af serologisk undersøgelse af alle 13-14 årige piger for rubella antistoffer som led i generel vaccination af sero-negative i denne alder. I ventetiden herpå har vaccinationsudvalget indstillet, at man starter generel vaccination af alle 18-årige sero-negative kvinder. Rubella-vaccination kan tænkes knyttet til morbillivaccination, hvis denne indføres, idet man kunne tænke sig en generel kombinationsvaccine: mæslinger, rubella og parotit givet tidligt og sent i barnealderen (det "svenske" system). En artikkel i UfL om morbillivaccination har ikke givet anledning til større debat, og man har næppe kunnet danne sig indtryk af, hvordan den vil blive modtaget i befolkningen. Erfaringer fra udlandet kunne tyde på, at acceptabiliteten bliver høst, hvis vaccinen indføres som generel kombinationsvaccine omkring 1½ års alderen. Internationalt drøfter man konsekvenserne af USA's indsats for lokalt at eliminere mæslinger, ligesom mulighederne for en mere global indsats drøftes livligt (se også Lancet de seneste måneder).

En revision af retningslinierne for kontraindikationer for pertussisvaccination har været til udtalelse hos forskellige eksperter, og vil blive endeligt behandlet i udvalget i efteråret.

CHR. KOCH  
August 1982

REFERAT AF GENERALFORSAMLINGEN I DANSK PÆDIATRISK SELSKAB D. 3. SEPTEMBER 1982.

Referent: Henrik Verder

Melchior mindedes Carl Friderichsen der døde d. 14.4. 1982 og Mauritzzen mindedes John Lindenberg der døde d. 25.4. 1982.

Thamdrup blev valgt til dirigent.

Der var ingen kommentarer til formandsberetningen, der var udsendt i forvejen.

Dernæst fulgte beretningerne fra udvalgene: §-14-udvalget har behandlet to sager, meddelte Vesterdal. Han gjorde opmærksom på et problem i forbindelse med stillingsopslagene."Der kan være diskrepans mellem de oplysninger, som ansøgerne får, dels ved stillingsopslaget og dels ved den stillingsbeskrivelse, der sædvanligvis kan fås hos sygehusadministrationen, og så de oplysninger, som Sundhedsstyrelsen har fået fra sygehusadministrationen. Da disse sidste ikke er ansøgerne bekendt, kan §-14-udvalget ikke anvende dem ved bedømmelsen af ansøgerne!"

På spørgsmål fra salen svarede Hobolth, at han ikke mente at §-14-udvalget ville finde det diskvalificerende at en ansøger til en almen pædiatrisk stilling havde en specialuddannelse i forlængelse af en bred almenuddannelse.

På diagnoseudvalgets vegne kunne Vesterdal meddele at man afventer et nyt sekscifret system fra Kommunedata, herefter vil man udarbejde ny diagnoseliste.

Jørgen Bent Andersen kunne på allergiudvalgets vegne meddele at udvalgets forslag der tidligere er godkendt af DPS generalforsamling og bestyrelse er videresendt til Sundhedsstyrelsen. Der er i forslaget skitseret vejledende §-14 krav til ekspertområdet børneallergologi.

Melchior fremførte at selskabet bør minde Sundhedsstyrelsen om kravene til ekspertområderne børneneurologi og børneallergologi. Selskabet vil ved dets formand Hans Jørgen Andersen afsende et brev til Sundhedsstyrelsen angående dette.

Onkologiuudvalget havde i forvejen udsendt beretning. Knud Petersen, Krasilnikoff og Glenting havde spørgsmål og indvendinger mod punkt 9, som var en opfordring fra udvalget til at fremsende projektbeskrivelser til ud-

valget, når projektet indebar brug af journalmateriale eller anden kontakt fra andre afdelinger end den forskeren er ansat på. Hertz indvilgede i at blødgøre denne paragraf. Den var blot ment som et redskab til vejledning og rådgivning.

Der var ingen kommentarer til vaccinationsudvalgets udsendte beretning. Fremtidsudvalget opfordrede ved sin formand Melchior til hurtigt svar på en enquete som vil blive udsendt i nær fremtid.

Niels Jacob Brandt kommenterede screenings-udvalgets arbejde. Man arbejder dels med den allerede etablerede hypothyreose screening dels med udvikling af nye screeningsmetoder. Udvalget forsøger at få gennemført en konsulentordning, men Statens Seruminstitut som forestår screeningen har indtil videre ikke ønsket pædiatriske konsulenter. Udvalget har iøvrigt holdt 6 møder. Brandt anbefaler at screeningsudvalget opretholdes, hans plan er at invitere Statens Seruminstituts direktører + dem der arbejder aktivt med problemet til et møde med udvalget. Hobolth anbefalede at man tog en med fra Statens Seruminstitut i screeningsudvalget.

Krasilnikoff anbefalede at Dansk Pædiatrisk Selskab anførte problemet overfor Sundhedsstyrelsen.

Zachau kunne på myelomeningocelgruppens vegne berette at der arbejdes langsomt i gruppen. Han håber på en rapport i 1983. Man kan forvente et initiativ på screeningsområdet udgået fra Nørgaard-Petersen.

Der næst fulgte beretning fra uddannelsesudvalget. Indledningsvis trak Knud Petersen nogle hovedpunkter op fra den allerede udsendte beretning. Selskabet har i nær fremtid snart 52 specialister uden slutstilling. Der er for øjeblikket 52 overlægestillinger, 98 l. reservelægestillinger og 169 reservelægestillinger i faget. Knud Petersen skitserede herefter proceduren til udvælgelse af ansøgere til undervisningsstillingerne. Den nye ordning skulle være trådt i kraft 1.9.82, men er udsat til 1.1.83. Det ligger nu klart at de besatte stillinger bliver betragtet som kursusstillinger i henhold til 1974-bestemmelserne.

Herefter gik man over til at drøfte en sag vedr. en klage over et afslag fra uddannelsesudvalget af en ansøgning om at blive optaget på overgangsordning. Diskussionen var lang og hektisk. Den endte med afstemning om godkendelse af uddannelsesudvalgets beretning. Uddannelsesudvalgets afgørelse blev vedtaget med stort flertal.

Regnskabet blev godkendt. Det blev vedtaget at hæve kontingentet til

300 kr. Pensionerede medlemmer som endnu ikke er fyldt 70 år, skal betale reduceret kontingent på 100 kr.

Knud Petersen blev valgt til kursusleder.

Herefter fulgte valg til udvalg. Indledningsvis blev der taget hul på en diskussion om mandattidens forlængelse, uden at der dog blev vedtaget noget herom; §-14-udvalgets medlemmer blev alle genvalgt for 4 år. Det drejer sig om Bent Friis-Hansen med Ryssing som personlig suppleant, Vesterdal med E. Thamdrup som personlig suppleant og Niels Hobolth med Kildeberg som personlig suppleant.

Krasilnikoff, Ole Andersen og Kirsten Lee ønskede at udtræde af uddannelsesudvalget, og som anført er Knud Petersen valgt som kursusleder. Vollmond, Hertz, Karen Brostrøm og Mette Arøe blev nyvalgt. Else Andersen, blev valgt som nyt medlem af Nordisk Pædiatrisk Forenings bestyrelse, idet Hobolth er valgt til generalsekretær for foreningen.

Hobolth ønskede at udtræde som repræsentant i Dansk Medicinsk Selskab og Timo Klinge blev indvalgt.

Vesterdal og Pærregaard blev genvalgt som revisorer.

Verder er trådt tilbage som formand for yngre pædiatere og dermed som faglig sekretær i bestyrelsen for DPS. Elma Scheibel, valgt som yngre pædiaters formand, blev valgt til nyt bestyrelsesmedlem.

Under evt. opfordrede Zachau selskabet til hurtigt at overveje nye ekspertområder på linje med allergologien og børneneurologien. Han fremhævede specielt socialpædiatrien og neonatologien. Hans Jørgen Andersen mente at denne diskussion i første omgang burde foregå i fremtidsudvalgets regi, men Verder og Melchior fandt at dette nok lå udenfor fremtidsudvalgets kommissorium, selvom kommissoriet er meget bredt og Melchior anbefalede at Dansk Pædiatrisk Selskab tager diskussionen op i efterårets løb.

August 1982

TIL MEDLEMMERNE

Denne usædvanlige meddelelse fra kassereren har til formål at begrunde det ønske om en forhøjelse af kontingentet fra 200 til 300 kr. årligt, som bestyrelsen vil fremsætte ved generalforsamlingen 3.9.1982.

Erfaringsmæssigt er kun ca. 1/3 af medlemmerne til stede ved generalforsamlingen, hvorfor bestyrelsen har fundet det rimeligt, om kassereren forud orienterede samtliche medlemmer og gav en kort begrundelse for ønsket om en 50% forhøjelse - efter 4 års værdret kontingent.

På vedlagte side er aftrykt regnskabet for sidste finansår, idet der udtrykkeligt skal gøres opmærksom på, at regnskabet af tidsmæssige og tekniske grunde endnu ikke har kunnet godkendes og underskrives af selskabets revisorer.

Om man ønsker at sammenligne regnskabet med den forrige periode 80-81, bedes man tage selskabets årbog frem og slå op på side 101. Det vil da fremgå, at vi fra et tidligere overskud på knapt 18.000 kr. nu står med et underskud på godt 1.000 kr. Ca. 6.000 kr. af denne forskel skyldes "skævhed" i kontingentindbetaling, medens de øvrige ca. 12.000 kr. skyldes øgede udgifter. Især skal fremhæves posterne "administration", "rejse- og mødeudgifter" og "kontingenter".

Udsendelsen af selskabets meddelelser er blevet mere omfangsrig, og portoer er steget.

Vi har fået flere medlemmer udenfor København, som deltager i møder og udvalgsarbejde og selvsagt skal have rejseudgiften refunderet.

Kontingenterne omfatter beløb til internationale og nordiske pædiatriske selskaber/foreninger (UNEPSA, IPA, Nordisk Pædiatrisk Forening samt et par mindre foreninger).

I forbindelse med selskabets årbog og de møder, hvor vi vanligvis involverer medicinalfirmaerne, har det vist sig tiltagende vanskeligt at få de nødvendige beløb ind.

Bestyrelsen finder det særdeles rimeligt om selskabets kasse kunne yde tilskud til efteruddannelsesarangementer, noget der bliver temmelig illusorisk i indeværende finansår!

Ud over forhøjelsen af det ordinære kontingent anmoder bestyrelsen også om at måtte forhøje kontingentet for pensionerede/privatiserende medlemmer, der endnu ikke er fyldt 70 år og dermed er kontingentfrie. Dette kontingent foreslås fastsat til 100 kr.

JENS LØCHTE  
kasserer

DANSK PÆDIATRISK SELSKAB

Regnskab for perioden 1.8.1981 - 31.7.1982

INDTÆGTER

Kontingenter ..... 49.800

UDGIFTER

Administration .....	16.855	
Rejse- og mødeudgifter .....	9.107	
Udgifter vedrørende foredrag .....	1.596	
Gaver og blomster .....	472	
Kontingenter .....	8.011	
Udgifter årbog .....	14.249	
Armonceindtægter .....	<u>10.800</u>	3.449
Udgifter, vårmøde .....	40.747	
Indtægter, kursusgebyr og annoncer ....	<u>38.540</u>	2.207
Udgifter, julemøde .....	10.574	
Indtægter, kursusgebyr .....	<u>6.900</u>	3.674
Udgifter til børnerumatologimøde ....	14.878	
Indtægter, kursusgebyr .....	<u>8.900</u>	5.978
Andre udgifter .....	<u>932</u>	<u>52.281</u>
Underskud før renter .....		2.481
Renteindtægter .....		<u>1.252</u>
Samlet underskud .....		<u>1.229</u>

FORMUE 1.8.1981

Kasse og giro .....	16.525	
Københavns Handelsbank 4720-658631 .....	32.361	
Skyldige omkostninger .....	<u>- 800</u>	48.086
Underskud for året 1981/82 .....		<u>1.229</u>
Formue 31.7.1982 .....		<u>46.857</u>

Som specificeres således

Girobeholdning .....	14.023	
Københavns Handelsbank 4720-658631 .....	30.054	
Skyldige omkostninger .....	- 1.000	
Tilgodehavende kontingent .....	1.080	
- annonce ved årbog .....	<u>2.700</u>	<u>46.857</u>



Til Specialistnævnet  
Sundhedsstyrelsen

Vedr.: Ekspertområdet BØRNEALLERGOLOGI

Sundhedsstyrelsen har i december 1981 afgivet en redegørelse om allergologi, organisation af forebyggelse, undersøgelse og behandling.

Redegørelsen er afgivet af et udvalg under Sundhedsstyrelsens planlægnings- og visitationsudvalg.

I redegørelsen, som har været sendt til høring i Dansk Pædiatrisk Selskab, anbefaler udvalget, at der etableres en speciallægekapa- citet til undersøgelse og behandling af børn med allergiske lidelser, svarende til ca. 10.000 førstegangskonsultationer og 15.000 kontrolkon- sultationer per år.

Udvalget finder endvidere, at der er behov for 2-500 førstegangskon- sultationer på landsdelsafdelinger til børn per år.

Der peges endvidere på en organisationsmodel for speciallægebetjening af børn med allergiske lidelser, således at der foretages en udbygning til i alt 11 ambulatorier for børn.

Udvalget anbefaler, at der formuleres vejledende krav inden for et pæ- diatrisk ekspertnævne i allergologi.

Dansk Pædiatrisk Selskab skal derfor omdele om, at der tages stilling til oprettelse af et ekspertnævne i børneallergologi.

Dansk Pædiatrisk Selskab's bestyrelse og Børneallergiuudvalget kan fo- reslå følgende vejledende krav til ekspertområdet børneallergologi:

1. speciallægeanerkendelse i pædiatri
2. 2 års ansættelse som 1. reservelege med funktion inden for ekspert- området i form af ansættelse på afdeling, hvor der modtages børn til allergologisk udredning, og hvor antallet af førstetekonsulta- tioner eller indlæggelser per år er 3-400 børn.  $\frac{1}{2}$  år heraf kan indgå under punkt 1.
3. 6-12 måneders ansættelse inden for andre kliniske fag, der har re- lation til specialfunktionen, herunder kan nævnes ansættelse ved intern medicinsk afdeling, specialiseret i allergologi/immunologi, eller på laboratorium, der udfører immunologiske undersøgelser.

Dansk Pædiatrisk Selskab skal i øvrigt pege på, at mange børn med al- lergiske lidelser behandles af intern medicinere, dermatologer og øre- hals-jæselæger, uden at der stilles nogle specielle krav til disse specialister's uddannelse i allergologi eller pædiatri, og det er Dansk Pædiatrisk Selskab's overbevisning, at børn med allergiske sygdomme bør behandles af pædiatere.

11. november 1982

p.s.v.  
HANS JØRGEN ANDERSEN  
formand

BESTYRELSE, UDVALG m.v. UNDER DANSK PÆDIATRISK SELSKAB  
OG BESLÅGTEDE ORGANISATIONER pr. 1. OKTOBER 1982

BESTYRELSE

Hans Jørgen Andersen (formand), Vagn Holm (næstformand), Bendt Brock Jacobsen (videnskabelig sekretær), Jens Løchte (kasserør), Elma Scheibel (faglig sekretær).

UDDANNELSESUDVALG

Knud Erik Petersen (kursusleder og formand), Klaus Vollmond, Jens Kamper, Erling Nathan, Henrik Hertz, Carsten Heilmann, Birgitte Djernes, Mette Arrøe og Karin Brostrøm.

§-14-UDVALG

Bent Friis-Hansen med Erik Ryssing som personlig suppleant.  
Jørgen Vesterdal med Erik Thamdrup som personlig suppleant.  
Niels Hobolth med Poul Kildeberg som personlig suppleant.

SPECIALISTNÆVNETS TILFORORDNEDE I PÆDIATRI

Bent Friis-Hansen og Erik Thamdrup med Vagn Holm og Knud Erik Petersen som suppleanter.

DIAGNOSEUDVALG

Jørgen Vesterdal, Henrik Sardenmann og Gunnar Eg Andersen.

ALLERGIUDVALG

Knud Wilken-Jensen, Jørgen Bent Andersen, Ole Østerballe, P.A. Østergård og Christian Koch.

ONKOLOGIUDVALG

Torben Iversen, Henrik Hertz, Finn Ursin Knudsen, Jens Christoffersen, Jens Kamper, Birgit Peitersen og Minna Yssing.

VACCINATIONSUDVALG

Christian Koch og Freddy Karup Pedersen.

*MEDLEMMER AF BESTYRELSEN I NORDISK PÆDIATRISK FØRENING*

*Bent Friis-Hansen, Erik Andersen, Peter A. Krasilnikoff, Johannes C. Melchior og Niels Hobolth (generalsekretær).*

*REPRÆSENTANTER I DANSK MEDICINSK SELSKABS REPRÆSENTANTSKAB*

*Johannes C. Melchior, Jørgen Vesterdal og Torben Klinge.*

*REPRÆSENTANTER I FØRENINGEN FOR FAMILIEPLANLÆGNING*

*Bent Friis-Hansen og Knud Erik Petersen.*

*DANSKE BØRNELÆGERS ORGANISATIONS BESTYRELSE*

*Jens Løchte (formand), Niels Michelsen og Niels Chr. Christensen.*

*YNGRE PÆDIATERES BESTYRELSE*

*Elma Scheibel (formand), Carsten Heilmann, Torben B. Sørensen, Peter Uldall og Birgitte Djernes.*

---

*NYE MEDLEMMER I DPS 1981-1982.*

*Margrethe Dyhr-Nielsen, Holstebro*

*Kurt Memmert, Herning.*

*Mette Brøms, Odense*

*Torben B. Sørensen, Frederiksberg*

*Peter Brodersen, Birkerød*

*Jan Ulrik Secher, Charlottenlund*

*N.J. Boesen, Kolding*

*Liselotte Maagaard Brinch-Meyer, Bagsværd*

*Ida Koch, København*

*Aino Torsson, København*

*Niels Clausen, Birkerød*

*Susanne Lang Thorsteinson, Hellerup*

*Anita Hansen, Roskilde*

*Jørgen Kroner, Nykøbing F.*

*Ulla Møller, Charlottenlund*

*Lene Herrichsen, Lyngby*

*Jette Holsteen, Holbæk*

*Kirsten Lykke, Holbæk*

*Frank Nielsen, Sønderborg*

*Leif Normann Rasmussen, Børkop*

*Gumver Fuglsang, Viborg*

*Susan Nielsen, Næstved*

*Niels Tromholt, København*