

# ÅRBOG

# 1982 - 83

**Redigeret af  
B. Brock Jacobsen  
og N. Clausen**



**DANSK PÆDIATRISK SELSKAB**

# Forord

*Denne årbog beskæftiger sig med begivenheder i Dansk Pædiatrisk Selskab fra oktober 1982 til og med generalforsamlingen i september 1983.*

*Bogen indeholder en oversigt over årets overvejende emnecentrerede møder samt foredragsresumeer. Som tidligere findes også håndbogsmæssige oplysninger om bestyrelse, udvalgsmedlemmer, regnskab m.v.*

*Den gode mødeaktivitet og opfølgende indsendelse af foredragsresumeerne har været værdifuld. Annoncørernes økonomiske støtte til udgivelsen påskønnes. Lægesekretær Birgitte Kunze-Christensen takkes for megen hjælp i det daglige og for renskrivning af årbogen.*

REDAKTØRERNE

# Indholdsfortegnelse.

<i>MØDER &amp; REFERATER AF FOREDRAG</i>	<i>side</i>
558. møde, 1. oktober 1982 HÆMATOLOGI .....	9
559. møde, 5. november 1982 CALCIUM - KNOGLESYGDOMME .....	22
560. møde, 10. december 1982 PUBERTET .....	28
561. møde, 7. januar 1983 FRIE FOREDRAG .....	33
562. møde, 4. februar 1983 LUFVVEJSLIDELSER .....	39
563. møde, 4. marts 1983 NEONATOLOGI .....	46
564. møde, 8. april 1983 PÆDIATRISK GASTROENTEROLOGI .....	53
565. møde, 14. & 15. maj 1983 VÅRMØDE I VIBORG .....	61
566. møde, 19. maj 1983 HERPES INFEKTION HOS NYFØDTE .....	70
567. møde, 2. september 1983 ETISKE ASPEKTER AF PÆDIATRISK FORSKNING ORDINÆR GENERALFORSAMLING .....	71
FORFATTERINDEX .....	78
 <i>BERETNINGER</i>	
Formandsberetning 1982/83 .....	81
Beretning fra UDDANNELSESUDVALGET 1982/83 .....	84
Beretning fra §14-UDVALGET .....	88
Beretning fra SCREENINGUDVALGET .....	89
Beretning fra UDVALG FOR HÆMATOLOGI OG ONKOLOGI .....	91

	<i>side</i>
<i>Beretning fra DIAGNOSEUDVALGET .....</i>	92
<i>Beretning fra MYELOMENINGOCELEGRUPPEN .....</i>	93
 <i>REFERAT</i>	
<i>af GENERALFORSAMLINGEN i DPS den 2. september 1983 .....</i>	94
 <i>Forsalg til ændrede kriterier for UDDANNELSESUDVALGET's kvalifikationsbedømmelse i proceduren ved udvælgelse til undervisningsstillinger og obligatoriske kurser .....</i>	96
 <i>YP's forslag til kriterier for UDDANNELSESUDVALGET's kvalifikationsbedømmelse ved udvælgelse til undervis- ningsstillinger .....</i>	97
 <i>KASSEREREN</i>	
<i>Regnskab for perioden 1.8.1981 - 15.7.1983 .....</i>	98
<i>Regnskab for DPS's JUBILÆUMSFOND .....</i>	99
 <i>BREV</i>	
<i>til Foreningen af Speciallæger vedr. praktiserende speciallæger .....</i>	100
 <i>DANSK PÆDIATRISK SELSKAB</i>	
<i>og beslægtede organisationer pr. 4. november 1983</i>	
<i>Bestyrelse, udvalg m.v. ....</i>	101
 <i>NYE MEDLEMMER</i>	
<i>i DPS 1982/83 .....</i>	103

Programoversigt

1. N. Clausen, E. Scheibel m.fl. (Børneafdelingerne Århus Kommunehospital, Odense Sygehus, KASGL., Ålborg Sygehus, Børnehospitalet på Fuglebakken, Børneafd. G, Rigshospitalet samt Med.afd., Finseninstituttet):  
*ALL hos danske børn 1973-1981.*
2. M. Yssing (Børneafd. G, Rigshospitalet):  
*Organisation af leukæmi behandling i Danmark og i Norden.*
3. N. Jacobsen & H. Hertz (Med.afd. M og Børneafd. G, Rigshospitalet):  
*Orientering om knoglemarvstransplantation. Foreløbige danske resultater.*
4. H. Hertz (Børneafd. G, Rigshospitalet):  
*Principper og organisation vedr. behandling af hæmofili.*
5. E. Scheibel (Børneafd. G, Rigshospitalet):  
*Behandling af patienter med inhibitor imod faktor VIII.*
6. F. Karup Pedersen (Børneafd. G, Rigshospitalet):  
*Infektioner hos danske børn splenektomerede 1969-1978.*
7. H. Schrøder (Børneafd., Århus Kommunehospital):  
*Transitorisk erythroblastopeni.*
8. B. Hamborg-Petersen, L.B. Lassen & T. Skottum (Børneafd., Århus Kommunehospital):  
*Et tilfælde af autoimmun granulocytopeni.*
9. O. Andersen (Børneafd. G, Rigshospitalet):  
*En multitransfunderet patient med autoimmun hæmolytisk anæmi behandlet med cytostatika, plasmaferese og Desferal.*

## AKUT LYMFOBLASTÆR LEUKÆMI HOS DANSKE BØRN 1973-1981.

N. Clausen, E. Scheibel, B. Hamborg-Petersen, H. Schrøder, B. Djernes, P. Bro, H. Rotne, B. Peitersen & A.-M. Plesner (Børneafdelingerne, Rigshospitalet, Århus, Odense, Glostrup Fuglebakken & Finseninstituttet).

Siden behandlingen af akut lymfoblastær leukæmi (ALL) hos børn i Danmark i juli 1973 blev centraliseret, er der i løbet af 8 år blevet diagnosticeret 259 tilfælde i alderen under 15 år. Med ca. 32 nye tilfælde årligt var incidensen knapt 3 per 100.000 børn/år. Hyppigheden var lidt højere blandt drenge end blandt piger, og oftest indtrådte sygdommen i 2-3 års alderen.

I nordisk regie har man i juli 1981 vedtaget at inddele børn med ALL i 3 risikogrupper. På basis af denne inddeling, som anvender data fra sygdomsdebut, kunne de 259 børn inddeles i:

Standard risiko (SR), 144 børn som opfylder alle følgende kriterier: Alder  $\geq 2$  år og  $< 10$  år. Leukocyttal  $\leq 20$  mia/l. Ingen mediastinal udfyldning på rtg. af thorax. Ingen extramedullær leukæmi (dvs. med sæde udenfor knoglemarven). Ikke T- eller B-celle leukæmi.

Intermediær risiko (IR), 50 børn som opfylder SR kriterierne undtagen: Alder  $< 2$  år eller  $\geq 10$  år og/eller leukocyttal  $> 20$  mia/l og  $\leq 50$  mia/l.

Høj risiko (HR), 95 børn med mindst et af følgende kriterier: medfødt leukæmi, leukocyttal  $> 50$  mia/l, mediastinal udfyldning, extramedullær leukæmi, T- eller B-celle leukæmi.

Behandlingen er givet efter mange forskellige protokoller, som havde til fælles, at de bestod af induktionsbehandling, konsolidering, vedligeholdelsesbehandling og eventuelt re-induktioner med i alt mindst fire cytostatica. Derudover fik alle børn profylaktisk behandling mod centralnervesystems leukæmi.

Ti børn opnåede ikke første remission. Pr. 31. maj 1982 var 108 børn fortsat i første komplette remission.

Ved hjælp af aktuariske kurver fandtes 5 års overlevelsen uden tilbagefald i SR gruppen at være blevet forbedret fra 36% til 61%, når de første 4 år af opgørelsesperioden blev sammenlignet med de sidste fire år. Tilsvarende steg sandsynligheden for recidivfri overlevelse i de højere risikogrupper fra 24 til 40%.

Hos 79 børn var terapien seponeret efter gennemført behandling. 25% af disse fik recidiv, alle indenfor 2 år.

ORGANISATION AF LEUKÆMIBEHANDLING I DANMARK OG I NORDEN.

M. Yssing (Børneafdeling G, Rigshospitalet).

Et fællesnordisk terapiprojekt med sigte på børn med akut lymfoblastær leukæmi (ALL) i standardrisikogruppe, udarbejdet af en børneleukæmigruppe omfattende repræsentanter for pædiatere fra hvert nordisk land, blev for Danmarks vedkommende godkendt af Dansk Pædiatrisk Selskab's onkologiuvalg maj 1981. Projektet trådte i kraft pr. 1. juli 1981.

Projektet har til formål at sammenligne værdien af tre forskellige behandlingsprotokoller.

ALL - standardrisiko			
Nordiske behandlingsmodeller			
	Model I	Model II	Model III
Induktion	VCR	VCR	VCR
	Prednison	Prednison	Prednison
	Adriamycin	-	-
Konsolidering	-	Crasnitin	Crasnitin
	IDM	IDM	HDM
CNS-profylakse	MTX i.s.	MTX i.s.	MTX i.s.
Vedligeholdelse	6MP	6MP	6MP
	MTX p.o.	MTX p.o.	MTX p.o.
Re-induktioner	-	-	HDM
p.o.: per os	VCR: Vincristin	MTX: Methotrexate	
i.s.: intraspinalt	6MP: Puri-Nethol	IDM: Intermediær	
	HDM: Høj Dosis MTX	Dosis MTX	

Model I benyttes i Sverige og Finland (≠ Åbo-regionen). Model II benyttes i Danmark, Island, den sydøstlige del af Norge og i Åbo-regionen i Finland. Model III benyttes i den nordvestlige del af Norge.

Årlig kontrol af behandlingsresultater gennemføres via en fællesnordisk patientregistrering.

Efter projektets start har alle danske børn med ALL i standardrisikogruppe, diagnosticeret 1. juli 1981 eller senere, fået tilbudt samme behandling (model II) uanset hospitalsmæssigt tilhørsforhold.

Med hensyn til behandling af børn med ALL i højere risikogrupper og børn med akut non-lymfoblastær leukæmi vil fællesnordiske terapiprojekter blive forhandlet og søgt iværksat i løbet af de kommende år.



Knoglemarvstransplantation på indikationen leukæmi har i de seneste år været meget omtalt, både i fagpressen og i de offentlige medier. Der redegøres i indlægget kort for de problemer, der knytter sig til allogen knoglemarvstransplantation mens autolog knoglemarvstransplantation kun berøres perifert. De delemler, der gennemgås er: a) udvælgelse af donor (fuld forligelig søskendedonor findes kun i ca. 25% af familierne), b) konditioneringsbehandlingen (med cytostatica og helkropsbestråling), c) transplantationsproceduren, d) graft versus host sygdommen, e) infektionsproblemerne (herunder de forskellige metoder og synspunkter på infektionsprofylakse), f) graft versus tumor, g) recidiv af sygdommen efter knoglemarvstransplantation.

De seneste udenlandske behandlingsresultater gennemgås. Erfaringerne er størst i USA, men knoglemarvstransplantation foretages nu i næsten alle vesteuropæiske lande. Indikationerne drøftes, og det konkluderes, at disse idag hos personer under 40 år med fuldt forligelige søskendedonorer er a) akut myeloid leukæmi i 1. eller 2. remission, b) akut lymfoblastær leukæmi i 2. remission eller - i særlige højrisiko tilfælde - muligvis 1. remission, c) kronisk myeloid leukæmi, d) aplastisk anæmi, e) severe combined immuno-deficiency, f) herudover muligvis visse former for malignt lymfom og visse medfødte metaboliske sygdomme.

På epidemiafd. M er der de sidste 2 år transplanteret 19 patienter. Observationstiden er endnu for kort til at tillade endelige konklusioner om resultaterne, men disse synes at ligge på linie med, hvad der opnås på andre centre.

H. Hertz (Rigshospitalet, børneafdeling G).

Der omtales 3 behandlingsprincipper:

1. Den såkaldte "on demand" behandling, d.v.s. behandling ved mindste symptom på blødning i tilstrækkelig dosis og af tilstrækkelig varighed.

2. Profylaktisk behandling, som gives til alle børn mellem 3 og 18 år, som lider af svær hæmofili og som har blødningstendens.

3. Hjemmebehandling, som kan benyttes både i forbindelse med det 1. og det 2. af de nævnte behandlingsprincipper. Det er muligt i de fleste tilfælde at lære forældrene at give de i.v. infusioner til børn mellem 3 og 12 år, og det er muligt at lære de fleste børn fra 10-12 års alderen at give sig selv infusioner med Faktor-præparater.

Fordele og ulemper ved de nævnte behandlingsprincipper diskuteres kort. Herefter gennemgås organisationen af hæmofilibehandlingen i Danmark, og det nævnes, at Sundhedsstyrelsen har anbefalet, at behandlingen centraliseres ved 2 centre, ét i Vestdanmark på Århus Kommunehospital og ét i Østdanmark på Rigshospitalet. På Rigshospitalets børneafdeling er der 44 børn i behandling med hæmofili og von Willebrand's sygdom, hvilket må formodes at være det helt overvejende antal af de østdanske børn med disse sygdomme. Der forhandles endnu om en integration af Kommunehospitalets koagulationslaboratorium i Rigshospitalet. (På Kommunehospitalet varetages i øjeblikket den overvejende del af behandlingen af voksne med hæmofili i Østdanmark).

BEHANDLING AF PATIENTER MED INHIBITOR IMOD FAKTOR VIII.  
E. Scheibel (Børneafdeling G, Rigshospitalet).

I Danmark er der 25 hæmofili A patienter med inhibitor imod faktor VIII svarende til 20% af de patienter, der har hæmofili A i svær grad. Inhibitor er et antistof, oftest immunglobulin G, som inaktiverer den koagulationsaktive del af faktor VIII molekylet. 1/4 af patienterne med inhibitor er "low responders", hvilket vil sige, at inhibitor-koncentrationen forbliver lav og behandling kan gennemføres med faktor VIII, blot i øget dosis. Hos de øvrige patienter, "high responders", vil der efter hver behandling med faktor VIII komme en endnu større stigning i inhibitor-koncentrationen og yderligere indgift vil være uden virkning.

Behandling af blødninger hos disse patienter med ispose, sengeleje, immunosuppression, plasmaferese, aktiverede prothrombin kompleks koncentreter, animalsk faktor VIII, fibrin-klæber og antifibrinolytika gennemgås og illustreres ved en sygehistorie.

De anførte former for behandling er ikke så effektive som faktor VIII og gør det ikke muligt at give profylaktisk behandling eller udføre elektiv kirurgi. Det har vist sig, at hvis der kontinuerligt gives meget store doser faktor VIII (200 enheder pr. kg pr. dag) i en længere periode, vil inhibitor-koncentrationen efter en initial stigning falde. Faktor VIII dosis kan herefter reduceres. Denne behandling er gennemført hos to patienter og påbegyndt hos en tredje. De to første børn er nu i profylaktisk behandling med faktor VIII med sædvanlig dosering. Behandlingen hviler på imperi. Man ved ikke, hvilke immunologiske mekanismer, der ligger til grund for, at antistofferne svinder, eller hvad der sker efter en længere pause i faktor VIII indgift. Yderligere medfører behandlingen et stort forbrug af faktor VIII, og det er en meget kostbar behandling.

## INFEKTIONER HOS DANSKE BØRN SPLENEKTOMEREDE 1969 - 1978.

F. Karup Pedersen (Børneafdeling G, Rigshospitalet).

I 10-års perioden 1969-1978 registreredes 456 splenektomier i Danmark hos børn i alderen 0-15 år. Den tilgrundliggende sygdom var hos 56% traumatisk miltraktur, hos 20% arvelig spherocytose, hos 13% idiopathisk thrombocytopenisk purpura og hos 11% andre sygdomme. 384 (84%) kunne i gennemsnit følges 6.2 år efter splenektomien. 21 (5.5%) fik septikæmi eller meningitis, hos 15 (71%) forårsaget af Streptococcus pneumoniae, og 6 (1.6%) døde af infektionen. Hyppigheden af post-splenektomiinfektion var lavere hos børn med traumatisk miltraktur (2.5%) end hos børn med arvelig spherocytose (4.9%), idiopathisk thrombocytopenisk purpura (11.5%) og Hodgkins sygdom (13.8%). 16% af børn splenektomeret før 4 års alderen versus 4% over den alder udviklede post-splenektomiinfektion. 95% af tilfældene af post-splenektomiinfektion optrådte mindre end 6 år efter splenektomien. Incidensen af alvorlig pneumokokbakteriæmi og pneumokokmeningitis hos splenektomerede børn var 284 gange større end hos ikke splenektomerede.

## TRANSITORISK ERYTHROBLASTOPENI

H. Schrøder ( pædiatrisk afdeling, Århus kommunehospital).

Ved transitorisk erythroblastopeni ( TE ) forstås en forbigående selektiv nedsættelse af antallet af erythroblaster i knoglemarven.

Der er siden 1970 beskrevet ca. 100 tilfælde. Tilstanden er ikke tidligere beskrevet i Danmark. På pæd. afd. ÅKH har vi inden for en otte måneders periode set tre tilfælde af TE. Sygehistorien for en af disse refereres.

Tilstanden er karakteriseret ved 1) normokrom, normocytær anæmi, 2) normal L+D og thrombocytal, 3) lavt retikulocytal, 4) lavt antal erythroblaster i knoglemarven og 5) spontan remission på få uger.

80-90% af tilfældene ses i aldersgruppen  $\frac{1}{2}$ -4 år. Man finder ofte højt s-jern og normalt S-transferrin ved diagnosen.

Årsagen til tilstanden kendes ikke. En infektiøs genese har været postuleret fra flere sider, men specifikke agentia har ikke kunnet isoleres.

Tilstanden er selvlimiterende og kræver ikke andet end symptomatisk behandling.

## ET TILFÆLDE AF AUTOIMMUN GRANULOCYTOPENI.

B. Hamborg-Petersen, L. Bank Lassen & T. Skottum  
(pædiatrisk afdeling & blodbanken Århus Kommunehospital).

Autoimmun granulocytopeni er en sjælden tilstand karakteriseret ved et granulocytantal mellem 0 og  $1000 \times 10^9/L$ . Knoglemarven er hyperplastisk. Undertiden ledsagende trombocytopeni og anæmi. Klinisk er der splenomegali, og tendens til hud- og slimhindeinfektioner, men kun sjældent svære infektioner. Diagnosen verificeres ved påvisning af granulocyt-specifikke autoantistoffer. ( Undersøgelsen kan foretages hos prof. P. Engelfriet, Røde Kors transfusions service, Amsterdam).

Vores patient havde fra 2 til 10 års alderen haft recidiverende luftvejsinfektioner, otitis og sinusitis. Adenotomeret 2 og 7 år gammel. Fra 10 års alderen ansigtsabscesser og mundhuleulcerationer. Ved indlæggelsen pæd. afd. Århus KH  $10\frac{1}{2}$  år gammel svær granulocytopeni ( $300 \times 10^9/L$ ) og trombocytopeni ( $< 10.000$ ), normal hæmoglobin. Let splenomegali. Som kontrast til den svære granulocytopeni fandtes knoglemarven hyperplastisk. Tilstanden herefter præget af granulocytopeni med tendens til pyogene abscesser. Ved immunfluorescens påvistes granulocyt-specifikke autoantistoffer. 8 dage efter påbegyndt prednisonbehandling steg antallet af granulocytter markant, og antistoffer kunne ikke påvises. Antallet af granulocytter faldt under prednisonaftrapning og seponering måtte opgives. Tilfældet var initialt kompliceret af trombocytopeni. Der har endvidere kortvarigt været hæmolyse, svandt spontant.

På prednison 5 mg. hver anden dag er patienten symptomfri med stabile blodværdier og uden bivirkninger.

EN MULTITRANSFUNDERET PATIENT MED AUTOIMMUN HÆMOLYTISK ANÆMI BEHANDLET MED CYTOSTATIKA, PLASMAFERESE OG DESFERAL.  
O. Andersen (Afd. G Rigshospitalet, København).

En 5 år gammel tidligere rask dreng uden familiære dispositioner blev indlagt med en svær autoimmun hæmolytisk anæmi uden tilgrundliggende lidelse. Der påvist kuldeantistoffer. Coomb's test var vekslende fra negativ til stærkt positiv. På erythrocytterne fandtes IgG, IgA, C<sub>3</sub> og C<sub>4</sub>. Prednison og splenektomi var uden effekt. Derfor indledtes behandling med cytostatika, først Purinethol, der medførte en voldsom toksisk hepatitis, siden Imurel og Endoxan. Behandlingen suppleredes med ialt 3 plasmafereser. Denne kombination bragte hæmolysen under kontrol.

I forløbet blev der givet ialt 93 blodtransfusioner over 5 måneder svarende til en jernbelastning på 1.1 g/kg. S-ferritin var 13.000 µg/l. Patienten var således jernbelastet i en grad, der kunne være fatal. Der var påvirkning af hjerte og lever samt vækststagnation og endokrinologiske udfaldssymptomer. Der påbegyndtes derfor behandling med Desferal, under indlæggelsen i.v. eller i.m. og efter udskrivelsen s.c. 3 gange om ugen i hjemmet over 12 timer v. hj.a. en bærbar pumpe. Behandlingen var komplikationsfri fraset en ganske let ikke-behandlingskrævende bilateral katarakt, og efter 2 år var symptomerne på organpåvirkning forsvundne, og S-ferritin normaliseret.

Det konkluderes, at jernbelastningen bør kontrolleres hos multitransfunderede patienter, og at Desferal-behandling bør overvejes, samt at cytostatika og plasmaferese bør overvejes ved autoimmun hæmolytisk anæmi, når konventionel terapi svigter.

Programoversigt

1. P. Uldall & J. Jensen (Børneafd., KASGL.):  
Rachitis hos indvandrerbørn.
  2. K. Brostrøm, E. Bünger & T. Thelle (Børneafd. FACH, Viborg Sygehus og Århus Kommunehospital):  
Vitamin D-resistent rachitis - typeinddeling, klinik og behandling.
  3. B. Brock Jacobsen, K. Mauritzen & O.H. Nielsen (Børneafd. G og Børnekir.afd. GK, Rigshospitalet):  
Renal osteodystrofi hos børn.
  4. K. Lillquist, N. Illum, B. Brock Jacobsen, K. Lockwood & O.H. Nielsen (Børneafd., Hjørring Sygehus, Børneafd. G, Børnekir.afd. GK og Kir.afd. RE, Rigshospitalet):  
Primær hyperparathyreoidisme hos barn med familær hypocalciurisk hypercalcæmi.
  - 5.\* F. Illum, E. Dupont, K.E. Alsbirk, S.B. Jensen, E.F. Eriksen & O.P. Petersen (Radiol.afd. og Neurol.afd., Århus Kommunehospital):  
Diagnosticering af hypoparathyreoide tilstande i barnealderen.
  - 6.\* F. Melsen (Patol.Institut, Århus Amtssygehus):  
Knoglebiopsi, indikation og diagnostisk værdi ved metaboliske lidelser.
  7. S. Krabbe & C. Christiansen (Børneafd. G, Rigshospitalet og Klin.-kem.afd., KASGL):  
Bestemmelse af knoglemineraliseringen hos børn og unge. Relation til normal vækst og udvikling.
- \* Referat ikke modtaget.



## RACHITIS HOS INDVANDRERBØRN.

P. Uldall & J. Jensen (Børneafdelingen, Københavns amts sygehus i Glostrup).

Igennem det sidste årti har mange publikationer dokumenteret en meget høj prævalens af rachitis blandt asiatiske indvandrerbørn i England. Hos op mod 20% blandt tilfældigt udvalgte småbørn og skolebørn er der fundet rachitis.

Ætiologien til disse mange tilfælde er omstridt. D-vitaminindtagelsen i kosten, UV-bestråling og pigmentering synes ikke at være afgørende faktorer. Muligvis spiller stor indtagelse af chapatti en rolle på grund af dette fødeemnes store indhold af lignin.

På KAS Glostrups børneafdeling blev 59 indvandrerbørn i alderen 6 måneder - 3 år undersøgt for rachitis i en 1½-årig periode. I alt 8 havde røntgenologiske rachitisforandringer. Disse børn havde ikke stor indtagelse af chapatti, og D-vitaminindholdet i kosten var ikke signifikant lavere end børnene uden rachitis. To af børnene med rachitis havde angiveligt fået vitamindråber dagligt, hvilket også er fundet i engelske undersøgelser. Halvdelen af de indvandrerbørn, hvor sundhedsplejersketilsynet var ophørt, fik ikke vitamindråber.

Til sidst omtales en 14-årig pakistansk pige med så svære rachitiske knogleforandringer, at korrigerende osteotomi var nødvendig.

En øget indsats for at sikre, at indvandrerbørn får vitamintilskud i vækstperioden, herunder også i puberteten, anbefales.

## VITAMIN D-RESISTENT RACHITIS - TYPEINDELING, KLINIK OG BEHANDLING.

K. Brostrøm, E. Bünger & T. Thelle ( Børneafdelingerne ved Centralsygehuset i Hillerød, Århus Kommunehospital & Viborg Sygehus).

Vitamin D-resistent rachitis kan opdeles i 4 former.

Den X-bundne hypofosfatæmiske rachitis er kendetegnet ved hypofosfatæmi. Den arves kønsbunden dominant med komplet transmission af hypofosfatæmien og varierende klinisk penetrans af rakitten. Det primære ved sygdommen er en transepithelial fosfattransportdefekt i nyrenes proximale tubuli og tarmmucosa samt nedsat omdannelse af vitamin D til aktivt hormon.

Ved hypofosfatær non rachitis knoglesygdom, der arves autosomt dominant, er der ligeledes lavt se-fosfor og samme men mindre udtalte kliniske træk som ved den X-bundne hypofosfatæmiske rachitis.

Vitamin D-dependent rachitis minder klinisk, biokemisk og røntgenologisk om vitamin D mangel rachitis i floridt stadium. Mange af sygdommens symptomer skyldes sekundær hyperparathyreoidisme. Den kan deles i type I og Type II, der begge arves autosomt recessivt. Ved type I foreligger en l-hydroxylase defekt i nyrene. Ved type II er der modsat type I stærkt forhøjede vitamin D metabolitter i blodet, og den opfattes som en "end organ disease".

Tre sygehistorier illustrerer 2 af typerne og mulighederne for tidlig diagnose og behandling af de dominante former.

1) En dreng med vitamin D-dependent rachitis type I. Indlagt 9 mdr. gammel med udtalt universel rachitis. Fuldstændig opheling på behandling med Etalpa.

2) En 10 år gammel pige med X-bunden hypofosfatæmisk rachitis. Kombinationsbehandling med Etalpa og fosfat anbefales, da mulighederne for catch-up vækst anses for større med mulighed for opheling af de raktiske forandringer, samtidig med at risikoen for hypercalcæmi mindskes.

3) To tveæggede tvillinger født af en moder med X-bunden hypofosfatæmisk rachitis, hvor den ene tvilling ved screening fik påvist sygdommen i 4 mdr's alderen og blev sat i behandling. Tidlig behandling er væsentlig for at hindre deformiteter og sikre optimal vækst.

## RENAL OSTEODYSTROFI HOS BØRN.

B. Brock Jacobsen, K. Mauritzen og Ole H. Nielsen (Børneafdeling G og Børnekirurgisk afdeling GK, Rigshospitalet).

Denne metaboliske knoglelidelse optræder hos nyreinsufficiente som følge af: 1. mangelfuld D-vitamin hydroxylering, 2. malabsorption af calcium fra tarmen, 3. sekundær eller tertiær hyperparathyreoidisme (p.gr.a. lavt se-Ca og højt se-fosfat), 4. acidose og 5. kostinsufficiens.

Der berettes om en retrospektiv opgørelse af de sidste 5 års patienter med renal osteodystrofi. Der var 12 børn, 9 måneder til 14 år gamle, alle med en se-creatinin  $>20$  mmol/l. De kliniske, biokemiske og behandlingsmæssige forhold beskrives. Patienterne kunne inddeles i to grupper:

Gruppe I: Patienter med nyreinsufficiens fra spædbarnsalderen (kong. hypo- eller dysplasi, cystenyrer) havde svære kliniske og radiologiske knogleforandringer, undertiden med spontanfrakturer. Se-Ca var lavt - normalt. Se-parathyreoideahormin (PTH)-konc. var høj, 7-20  $\mu\text{g/l}$  (normalområde  $\leq 0,50$   $\mu\text{g/l}$ ) og kunne ikke supprimeres under konventionel behandling med Calcium, Etalpa, "fosfatbinder" og bikarbonat. Resectio gl. parathyreoideae blev udført hos een patient.

Gruppe II: Patienter med nyreinsufficiens udviklet efter spædbarnsalderen (kronisk pyelonephritis, hydronefrose) havde mindre udtalte knogleforandringer, radiologisk ofte begrænset til halisterese og retarderet knoglekærneudvikling. Se-PTH-konc. var 0,7-2,8  $\mu\text{g/l}$  og - uanset se-creatinin - væsentlig mindre forhøjet end hos patienter i gruppe I. Se-PTH-konc. kunne ofte normaliseres under den konventionelle behandling.

Det konkluderes, at de sværeste knogleforandringer ses hos patienter med en tidlig udviklet autonom hyperparathyreoidisme. En prospektiv undersøgelse er nu etableret i forsøg på at måle effekten af en tidlig erkendelse og behandling af renal osteodystrofi.

PRIMÆR HYPERPARATHYREOIDISME I TIDLIG BARNEALDER ASSOCIERET  
MED FAMILIÆR HYPOCALCIURISK HYPERCALCÆMI

K. Lillquist, N. Illum, B. Brock Jacobsen & K. Lockwood  
(Børneafdelingen, Hjørring Sygehus, Børneafdeling G og afdelingen  
for Endokrin kirurgi RE, Rigshospitalet, København).

Der fremlægges kliniske og biokemiske holdepunkter for primær hyperparathyreoidisme hos nu 2 år gammel pige, hvis tilstand fra neonatalperioden præges af hypotoni, dårlig appetit, dårlig trivsel og obstipation.

Barnets kliniske tilstand bedres efter en partiel parathyreoidektomi i 12 måneders alderen.

Ved familieundersøgelse afsløres hos fem familiemedlemmer, inklusive barnets moder og storesøster, en familiær hypocalciurisk hypercalcæmi, kendetegnet ved forhøjet totalt ( 2.87 - 3.05 mmol/l) og ioniseret ( 1.50 - 1.53 mmol/l) calcium, normalt serum-parathyreoideahormon, nedsat calcium-udskillelse i urinen, og normal urincyklisk AMP.

Efter operationen kunne samme forhold påvises hos barnet. Et familiemedlem med en symptomløs familiær hypocalciurisk hypercalcæmi har således født et barn med samme tilstand, associeret med primær hyperparathyreoidisme.

Det overvejes, hvorvidt neonatal primær hyperparathyreoidisme almindeligvis eller kun tilfældigt forekommer ved familiær hypocalciurisk hypercalcæmi.

BESTEMMELSE AF KNOGLEMINERALISERINGEN HOS BØRN OG UNGE. RELATION TIL NORMAL VÆKST OG UDVIKLING.

S. Krabbe & C. Christiansen (Klinisk kemisk afd., Amtssygehuset i Glostrup).

Bestemmelse af skelettets mineralindhold og især af calcium har betydning ved en lang række tilstande. Bestemmelse af mineralindholdet i underarmen ved hjælp af fotonabsorptometri med jod 125 som strålingskilde har vist sig at være repræsentativ og simpel at udføre. Strålingsmængden er ringe, langtidsreproducerbartiden ca. 1%, og metoden bestemmer calciumindholdet med en nøjagtighed på ca. 4%. Mineralindholdets variation med alder, køn, vækst og udvikling omtales på basis af tværsnitsundersøgelser af børn og unge 7-18 år. Tre perioder kan beskrives, dels præpubertalt uden sikker ændring i mineraliseringsgraden, dels perioden med kraftig pubertal vækst og øget mineralindhold og dels postpubertalt med fortsat kraftig men jævn stigning. Stigning i mineralindholdet er signifikant korreleret til alder og højde hos begge køn, når hele aldersgruppen ses under et, men når grupperne deles op, præ- og postpubertalt, ses kun en signifikant korrelation i sidstnævnte. Undersøgelse af en gruppe drenge med konstitutionel forsinket pubertet viser, at udeblivelse af den pubertale vækstspurt tilsvarende ses sammen med en manglende stigning i mineraliseringsgraden. Præliminære data fra en longitudinel undersøgelse af normale drenge i puberteten omkring vækstspurten vises. Den kraftigste stigning i mineraliseringen finder sted ved 13-14 års alderen. Stigningen i året omkring den maximale højdetilvækst er ca. 20%. Signifikante stigninger påvises i relation til pubesstadierne. Det longitudinelle forløb hos enkelte drenge demonstrerer tydeligt et nøje sammenfald af stigning i BMC og i serum-testosteron.

Sammenfattende må metoden til bestemmelse af knoglemineralindholdet betegnes som simpel og pålidelig, men variationen hos børn og unge er snævert relateret til vækst og udvikling.

Programoversigt

1. N.E. Skakkebæk (Children's Hospital Fuglebakken, Copenhagen):  
Introduction.
2. P.C. Sizonenko (Dept. of Paediatrics, University of Geneva):  
Endocrinology of pubertal development.
3. S. Krabbe, K.W. Kastrup & C. Christiansen (Dept. of Clinical  
Chemistry and Dept. of Paediatrics, KASGL.):  
Somatomedin A and androgens in a longitudinal study of male  
puberty.
4. K. Blom (School Health Service, Gladsaxe):  
Undescended testis evaluated from repeated examinations of 2500  
normal school boys.

## ENDOCRINE ASPECTS OF NORMAL PUBERTAL DEVELOPMENT.

Pierre C. Sizonenko (Division of Biology of Growth and Reproduction, Department of Pediatrics and Genetics, Hôpital Cantonal Universitaire, Geneva, Switzerland).

Puberty is the period within the larger developmental segment of life called adolescence, during which many changes in somatic growth, maturation of gonads, and development of secondary sex characteristics occur, so reproduction of the species can be maintained.

The hypothalamo-hypophyso-gonadal axis is very active during foetal life and at the immediate post-natal period, at two months of age, when a rise of sex steroids occurs. Following the second year of age, a quiescent period expands till 10 years of age, at which time the hypothalamo-pituitary gonadal axis is at rest. However, at 7-8 years of age, the adrenal cortices begin to secrete increasing amounts of androgens, in particular dehydroepiandrosterone in both sexes. This condition is named the "Adrenarche". This period is followed at 10 years of age of a reactivation of the hypothalamo-pituitary-gonadal axis, with stimulation and maturation of the gonads (called "Gonadarche").

In girls, mean age of first budding of the breast is 10.9 years (with range of 8 to 13 years) and menarche occurs at 12.9 years (10 to 16 years). From 10 years of age, plasma FSH and LH increase steadily. This augmentation leads to an increase in oestradiol and oestrone. It is only after menarche that progesterone rises during the luteal phase of the menstrual cycle. The first ovulatory cycle appears usually between 8 and 10 months after menarche. Longitudinal study of pubertal development has also demonstrated a rise of plasma prolactin during the twenty first menstrual cycles, parallel to the steady rise of oestradiol.

In boys, a similar pattern is observed. Plasma FSH and LH rise from 11 years. Plasma testosterone rises markedly from 12 years, reaching adult levels by 15 years of age. A slight increase in plasma oestradiol is observed mainly at the late stage of puberty.

First breast budding is observed at a plasma concentration of oestradiol of 20.5 - 25.9 pg/ml. First appearance of pubic hair is around 186 - 209 ng/dl in girls with normal or delayed puberty or with premature adrenarche. The girls with the latter condition develop a gonadarche at the usual age. In boys, the testicular volume index of 4 (mean of the testis length x testis width of both sides), indicating the beginning of gonadarche, is accompanied by a plasma testosterone level of 25 ng/dl. Pubertal transient gynecomastia in boys is associated with a lower ratio of adrenal androgens to oestrogens suggesting a decreased secretion of adrenal androgens or an increased aromatization of androgens to oestrogens.

If the hormonal changes which occur during puberty are known, the neuroendocrine mechanism of the onset of puberty remains still to be elucidated.



SOMATOMEDIN-A AND ANDROGENS IN A LONGITUDINAL STUDY OF MALE PUBERTY.

S. Krabbe, K.W. Kastrup og C. Christiansen (Klinisk-kemisk og pædiatrisk afdeling, Amtssygehuset, Glostrup).

The somatomedins are a group of peptides known to be involved in the growth of cartilage, generated mainly in the liver and a part of a feed-back mechanism with growth-hormones. As a part of a longitudinal study of male puberty bioassayable somatomedin-A (SM-A) has been determined in 20 normal boys covering several pubertal stages and most of the growth spurt phase within 2-3 years. Analysed in a mixed-longitudinal way it is seen that SM-A rises a 13-14 years of age. Furthermore a significant increase at pubic hair stage II was seen, but not in relation to PH III. Related to peak height velocity (PHV) SM-A increased from 12 to 6 months before PHV but showed no major change otherwise. Corresponding values of testosterone and androstenedione show parallel increases at the same period although androstenedione was present at small concentrations but the variations of levels of androgens did not parallel all changes of SM-A.

In conclusion, SM-A varies with growth and development in male puberty and adrenal androgens, - besides testosterone, may play a role in the mechanism of normal growth.

## UNDESCENDED TESTIS EVALUATED FROM EXAMINATIONS OF 2500 NORMAL SCHOOLBOYS.

(Retentio testis vurderet ved en årlig screeningsundersøgelse af 2500 skoledrenge under skoleforløbet).

K. Blom (Skolesundhedsplejen i Gladsaxe Kommune).

Der redegøres for et materiale bestående af 2516 drenge fra 5 skoler i Gladsaxe Kommune. De to af skolerne overtog jeg efter ældre kolleger, medens jeg har haft tilsyn med de resterende 3 skoler lige fra deres start. Eleverne er blevet undersøgt ved en årlig regelmæssig screeningsundersøgelse i hele deres skoleforløb med henblik på forekomsten af retentio testis og evt. spontan descensus.

Der blev fundet 175 drenge med retentio testis = 7%. Diagnosen blev stillet i alderen 6-10 år med klart toppunkt i 7 års alderen. Spontan descensus testis fandt sted hos 132 drenge = 75.4% i alderen 10-14 år med toppunkt i alderen 12-14 år.

Resultatet af denne undersøgelse kan medvirke i den stadig aktuelle diskussion, om hvornår en evt. behandling bør finde sted. Nyere undersøgelser er kommet til i vurdering af den ikke descenderede testis, om den er underlødige ved starten med hensyn til senere fertilitet, og hvor stor risikoen er for malign tumordannelse i den nedopererede testis.

Programoversigt

1. B. Broeng-Nielsen, M. Hauge, M. Warburg & B. Zachau-Christiansen (Arvepatol.Institut, Odense Universitet, Vangedehuse og Børneafd. G, Rigshospitalet):  
*Præsentation af katalog over danske familieundersøgelser.*
  2. N.H. Valerius, N. Borregaard, J. Bang, J.G. Berthelsen m.fl. (Statens Seruminstutts afsn. for Klin.Mikrobiol., Rigshospitalet, Medicinsk-epidemisk afd., Marselisborg Hospital, Børneafd. G og afsn. for Klinisk genetik, Rigshospitalet):  
*Prænatal diagnose af kronisk granulomatøs sygdom.*
  3. B. Beck, J.G. Westergaard, J. Chemnitz, B. Teisner & J.G. Grudzinskas (Afsn. for Klinisk genetik, Rigshospitalet, Gyn.Obst. afd., Odense Sygehus, Institut for Human anatomi, Odense Universitet og St. Bartholomew's Hospital, London):  
*Abnormt graviditetsprotein hos mødre til børn med Cornelia de Lange's syndrom.*
  4. K.E. Petersen, M. Damkjær Nielsen, S. Bolund & N.E. Skakkebæk (Børnehosp. på Fuglebakken, Klin.-fys.afd., KASGL, Kir.afd. A, Diakonissestiftelsen og Reproduktionsbiol.afd., Rigshospitalet):  
*Mandlig pseudohermafroditisme - fire patienter med 5-alfa-reduktase defekt.*
  - 5.\* J. Hertel, C. Kühl, N.J. Christensen, S.A. Pedersen m.fl. (Neonatalafd. GN og Gyn.Obst.afd. Y, Rigshospitalet og Med.-endokrin. afd., KAS Herlev):  
*Blodsukker-regulationen i de første levetimer hos børn af diabetiske mødre.*
  6. O.H. Nielsen (Børnekir.afd. GK, Rigshospitalet):  
*Nyredobbeltanlæg. Vurdering af 100 konsekutivt indlagte børn.*
- \* Referat ikke modtaget.

DANISH FAMILY STUDIES OF MEDICAL GENETIC DISORDERS 1927-1980.  
AN ANNOTATED BIBLIOGRAPHY.

B.Broeng-Nielsen, M.Hauge, M.Warburg & B.Zachau-Christiansen  
(Arvepatologisk Institut, Odense Universitet, Øjenklinikken for  
Multihandicappede, Gentofte & Børneafdelingen, Rigshospitalet).

Bibliografien omfatter 572 familiematerialer vedrørende 340 sygdomme. Studierne er afsluttet mellem 1927 & 80, og hovedparten er publiceret. Udgangspunkter for indsamling var Index Medicus Danicus, alle relevante skandinaviske tidsskrifter og selvrapportering efter opfordring til forskere via de danske videnskabelige selskaber. Enkelte upublicerede arbejder foruden registre og arkiver blev anmeldt og er taget med. For hvert materiale er anført antal probander, slægtninge og undersøgte generationer samt om muligt deponeringssted. Bibliografien stiles til klinikere, forskere og rådgivere. De vil her kunne finde, om en given patient eller person tilhører en allerede undersøgt slægt. Herved kan fås diagnostiske, terapeutiske eller profylaktiske fingerpeg. Fortsat forskning af f.eks. klinisk, biokemisk eller immunologisk art kan tage udgangspunkt heri. Det sikrer bedre udnyttelse af forskningsressourcer, og familierne undgår unødige gentagelser af allerede foretagne undersøgelser. Det er håbet, at udenlandske forskere gennem bibliografien stimuleres til samarbejde med danske kolleger i specielle studier, især da opfølgning efter 50 år eller mere ikke lader sig gøre ret mange andre steder i verden. Arbejdet har afsløret, at 10% af familiematerialerne, også fra det sidste tiår, allerede er tilintetgjort. Det må være en stærk appel til alle involverede om hurtig og effektiv indsats for at fastlægge rammer for opbevaring af og adgang til især større familiematerialer. Denne uvurderlige samling af information, hvortil hundredevis af kolleger har bidraget, og hvori offentlige og private fonds har investeret store summer, kan give udbytte i årtier fremover, forudsat materialernes eksistens er kendt.

## PRÆNATAL DIAGNOSE AF KRONISK GRANULOMATØS SYGDOM

N.H. Valerius, N. Borregaard, J. Bang, J.G. Berthelsen, K. Stæhr Johansen, Chr. Koch, J. Philip, K. Rasmussen, M. Schwartz & Å.J. Therkelsen (Statens Seruminstittuts regionalafdeling for klinisk mikrobiologi, Børneafdeling TG, Afdeling for klinisk genetik, og Fødeafdeling Y og Ultralydlaboratoriet, Rigshospitalet, Børneafdeling L KAS Gentofte, Medicinsk afdeling II Århus Amtssygehus & Institut for human genetik, Århus Universitet).

Til undersøgelse for kronisk granulomatøs sygdom (CGD) er anvendt en PMA-stimuleret NBT-test, som kræver meget lidt blod (0.02 ml) og giver god diskrimination mellem raske (99-100% NBT-positive celler) og patienter med CGD (0% NBT-positive celler).

Patient no 1 var anlægsbærer for den X-bundne form for CGD. Da hun blev gravid 1. gang med et hanligt foster valgte hun abort, og NBT-test på abortblod viste, at barnet ville være blevet født med CGD. Ved 2. graviditet med hanligt foster blev der foretaget ultralydvejledt foetal hjertepunktur med aspiration af 0.5 ml foetalt blod. NBT-test viste, at fostret havde CGD (ingen NBT-positive celler), hvorfor der blev foretaget abortus provocatus. Blodprøve fra denne abort bekræftede diagnosen CGD.

Patient no 2 havde tidligere født en pige med autosomt recessiv CGD. Under næste graviditet blev der i 20. uge foretaget ultralydvejledt foetal hjertepunktur med aspiration af 0.5 ml foetalt blod, der indeholdt 100% NBT-positive celler. Graviditeten forløb ukompliceret, og hun fødte til tiden en velskabt pige. NBT-test og andre granulocytfunktionsundersøgelser har siden bekræftet, at hun er rask.

Prænatal diagnose af CGD kan således foretages på foetalt blod. PMA-stimuleret NBT-test er velegnet hertil, da den giver god diskrimination mellem patienter og raske, kræver meget små mængder blod og er hurtig at udføre.

## ABNORMT GRAVIDITETSPROTEIN HOS MØDRE TIL BØRN MED CORNELIA De LANGE'S SYNDROM.

B. Beck, J. G. Westergaard, J. Chemnitz, B. Teisner & J. G. Grudzinskas ( Afsnit for Klinisk Genetik, Rigshospitalet, Gynækologisk Obstetrisk afdeling, Odense Sygehus, Institut for Human Anatomi, Odense Universitet og St. Bartholomew's hospital, London).

Den materielle del af den humane placenta er dannelsessted for en række proteiner og hormoner, der kan påvises i moderens blod og urin, og som kan anvendes ved graviditetsspåvisning og ved bedømmelse af fosterets tilstand.

Ved undersøgelse af 5.000 serumprøver fra sidste halvdel af såvel normale som patologiske graviditeter fandtes der kun een graviditet, hvor det placentasyntetiserede, graviditetsspecifikke glycoprotein Pregnancy Associated Plasma Protein-A (PAPP-A) ikke kunne detekteres i maternelt serum, hvorimod koncentrationerne af øvrige proteiner og hormoner fandtes normale. Denne graviditet resulterede i et barn med Cornelia de Lange's syndrom. PAPP-A er et velkarakteriseret  $\alpha$ -glycoprotein med molekylvægt omkring 850.000. Det syntetiseres i syncytotrofoblasten og kan her detekteres med immunhistokemisk teknik. Stoffets kraftige binding til heparin kan udnyttes ved bestemmelse og isolering af PAPP-A i serum. Det kan detekteres fra 28. postovulatoriske dag med stigning gennem hele graviditeten. PAPP-A kan påvises i moderens serum i indtil 1 uge efter partus. Ved immunhistokemisk undersøgelse af placenta fra ovennævnte graviditet kunne PAPP-A ikke påvises i syncytotrofoblasten. Der påvist normal farvning for øvrige graviditetsproteiner. Ved undersøgelse af endnu en placenta fra en graviditet, hvor barnet havde Cornelia de Lange's syndrom, fandtes lignende abnorme forhold. Der var ikke opbevaret serum fra denne graviditet. Der er ikke tidligere påvist mangel på PAPP-A ved graviditeter, hvor børnene havde kongenitte malformationer. Fortsatte undersøgelser vil vise, om denne abnormitet vil kunne anvendes til prænatal diagnostik af Cornelia de Lange's syndrom.

MANDLIG PSEUDOHERMAFRODITISME - FIRE PATIENTER MED 5- $\alpha$ -REDUKTASE DEFEKT.

K.E. Petersen, M. Damkjær Nielsen, S. Bolund & N.E. Skakkebæk (Børnehospitalet på Fuglebakken, Glostrup hospital, Diakonissestiftelsen & Rigshospitalet).

Der beskrives to tilfælde af mandlig pseudohermafroditisme (46XY og testes) - en 16-årig født i Pakistan og en 22-årig født i Vietnam. Begge var primært opfattet og opdraget som piger, men viriliseret ved puberteten og havde skiftet til mandlig rolle. Der var "tvetydige" ydre genitalia med perinæal hypospadi. Hos begge var ratio testosteron (T) til dihydrotestosteron (DHT) øget, urin 5- $\beta$ -etiocholanolon/5- $\alpha$ -androsteron ratio øget og HCG stimulation bekræftede 5- $\alpha$ -reduktase defekt. Plasma LH og FSH var øget. Der var meget lav urinudskillelse af 5- $\alpha$ -reducerede metabolitter (allo-THF og allo-THB). Defekten hos disse patienter synes derfor at have afficeret både hepatiske og ekstrahepatiske enzymssystemer. Man har valgt at ændre disse patienter efter ønske, altså i maskulin retning. Ved operation er foretaget scrotal rekonstruktion med bilateral VY-plastik, orkidopeksi og ekstirpation af vaginalrester. Testisbiopsi viste i det første tilfælde komplet "spermatogenic arrest" på primært spermatocytniveau. Hos den anden patient fandtes et heterogent billede med inkomplet "arrest" inkluderende mere udviklede spermatider i alle tubuli. Fertiliteten må bedømmes som tvivlsom.

Begge patienter havde en søster: en 7 år gammel pakistansk pige (46XX) havde normale ydre genitalia, normal T/DHT ratio, men urinudskillelsen af 5- $\alpha$ -reducerede metabolitter var meget lav, således at der var reduceret reduktaseaktivitet i leveren. En 12 år gammel vietnamesisk pige (46XY) fik påvist typisk 5- $\alpha$ -reduktase defekt.

NYREDOBBELTANLÆG, VURDERING AF 100 KONSEKUTIVT INDLAGTE BØRN.  
O. H. Nielsen (børnekirurgisk afdeling, Rigshospitalet, København).

Nyredobbeltanlæg angives at findes hos 4% af alle mennesker og betragtes almindeligvis som en harmløs anomali. Dette er ikke tilfældet hos børn, hvor morbiditeten er betydelig. Dette hænger sammen med anomaliens sværhedsgrad, som varierer fra spaltet pelvis til total duplikatur med udtalt ectopi af uretermundingen. De tilhørende anatomiske og funktionelle anomalier er afhængige af graden af denne ectopi. Også udviklingen af det tilhørende nyreafsniit kan hæmmes, og til forskellige grader af ureterectopi svarer forskellige grader af nyredysplasi med funktionsnedsættelse.

De 3 hyppigste anomalier i forbindelse med ureterduplikatur er reflux til nedre anlæg, inkontinent ureterectopi eller ureterocele fra øvre anlæg.

Blandt 100 konsekutive patienter med dobbeltanlæg fandtes kun 30 uden behandlingskrævende anomali. Af 123 dupliserede ureteres var 37 bifide. Hos de 100 patienter fandtes 29 tilfælde af ectopisk ureterocele, 18 af inkontinent ureterectopi og 44 af VUR.

Som følge af dysplasi, obstruktion og infektion var kirurgisk behandling ofte indiceret. Hos 72 af patienterne var en eller flere operationer nødvendig; mange indgreb var omfattende.

Den diagnostiske udredning og den korrekte behandling kræver betydelige ressourcer og må oftest foregå på specialafdeling.



Programoversigt

1. N. Clausen (Børneafd. G, Rigshospitalet):  
*Diffus lungesygdom. Et tilfælde til diagnostiske overvejelser.*
2. N. Bach-Mortensen, A. Bundgaard & A. Schmidt (Børneafd. G, Med. afd. B og Arbejdsfys.lab., Rigshospitalet):  
*Bronkial hyperreaktivitet og anstrengelsesudløst asthma hos børn. Oversigt og behandling.*
3. J.M. Henriksen (Børneafd., Århus Kommunehospital):  
*Forskellige faktorerers indflydelse på anstrengelsesudløst asthma.*
4. P. Aabel Østergaard & S. Pedersen (Børneafd., Ålborg Sygehus):  
*Værdien af fysisk optræning ved bronkial hyperreaktivitet hos børn.*
- 5.\* M. Pedersen (Børneafd. TG, Rigshospitalet):  
*Sekundære forstyrrelser i luftvejenes mukociliære funktion.*
- 6.\* J. Andersen (Anæstesiol.afd., KAS Herlev):  
*Nyere principper for lungefysioterapi, specielt "maske-PEEP".*
7. G. Stafanger, D. Kramarz, M. Falk & M. Kelstrup (Børneafd. TG og Fysiurgisk afd. TT, Rigshospitalet):  
*Langtidsresultater af "maske-PEEP" på lungefunktionen ved cystisk fibrose.*

\* Referat ikke modtaget.

## DIFFUS LUNGESYGDOM. ET TILFÆLDE TIL DIAGNOSTISKE OVERVEJELSER.

N. Clausen (Børneafdeling G, Rigshospitalet).

En 14-årig dreng henvist fra tandklinik efter fund af histiocytholdigt infiltrat i en gingiva-tumor.

Lokal sprayanæstesi var blevet givet 2 måneder tidligere i det pågældende område. Tumor svandt spontant i løbet af 2 måneder efter henvisningen.

Havde haft allergisk rhinitis samt conjunctivitis i månederne maj - juli de sidste 3 år. Ellers tidligere rask.

Ved henvisningstidspunktet havde der været 5 kg's vægttab i løbet af ca. ½ år uden anorexi eller dyspepsi. Lidt træthed men passede skolegangen. Ingen respirationsvejssymptomer, smerter, kløe eller svedtendens.

Røntgen af thorax viste ved henvisningstidspunktet diffust spredte rundinfiltrater op til 2 cm i diameter og øget interstitiel lungetegning. Helkrops CT-scanning bekræftede dette og viste øget bløddelsfyldede i mediastinum anterius. Ingen andre tumorer.

Biopsi fra venstre lunge viste interstitielle forandringer med kun få histiocytære celler og ingen eosinofili eller tegn på malign vækst.

Mikroskopi af knoglemarv og perifert blod var normal.

Lungeforandringerne bedømt ved røntgen af thorax progredierede efter 4 måneder, aftog efter yderligere 4 måneder og tiltog derpå lidt igen i løbet af yderligere 4 måneder. Dette var i stærk kontrast til patientens kliniske tilstand, idet der bortset fra ved henvisningstidspunktet ikke havde været klager af nogen art.

Der præsenteredes undersøgelsesresultater, som talte henholdsvis for eller imod følgende årsager til det kliniske billede: 1. Allergisk reaktion, 2. Bakteriel-, viral- eller parasitær infektion, 3. Immunologisk reaktion, 4. Malign sygdom, 5. Toxisk reaktion.

Fra auditoriet foreslog man, at uddybe undersøgelserne omkring allergisk eller toxisk reaktion overfor lokal anaestheticum og spraybæregasser.

BRONKIAL HYPERREAKTIVITET OG ANSTRENGESESUDLØST ASTHMA HOS BØRN.  
OVERSIGT OG BEHANDLING.

N.Bach-Mortensen, A. Bundgaard & A.Schmidt (Børneafdeling G, Medicinsk afdeling B & Arbejdsfysiologisk laboratorium, Rigshospitalet).

Ved bronkial hyperreaktivitet (b.h.) forstås unormal kraftig bronkial reaktion overfor stimuli. Hyperreaktiviteten påvises lettest ved måling af fald i peak-flow eller FEV<sub>1</sub> efter stimulus. Stimuli, der udløser bronkokonstriktion (b.k.) hos disponerede individer, inddeles i ikke-immunologiske og immunologiske stimuli. Ikke-immunologiske stimuli: indånding af forstøvede opløsninger af histamin, metacolin, prostaglandin F<sub>2a</sub>, citronsyre, vand (tåge), indånding af SO<sub>2</sub>, NO<sub>2</sub>, O<sub>3</sub>, tør luft, kold luft, kraftige lugte (mados, parfume) og støv (tobaksrøg). Anstrengelser, hyperventilation, hoste og grineture. Epithelskader efter infektion eller lokalirriterende luftarter (f.ex. klor). Immunologiske stimuli: stoffer, som personen er allergisk overfor, udløser b.k. efter inhalation. Histaminprovokation (h.p.) er den letteste metode til kvantitativ beskrivelse af bronkial reaktivitet. Ved h.p. indåndes stigende koncentrationer af histaminklorid under måling af FEV<sub>1</sub>. Sædvanligvis angives den histaminkoncentration, der udløser fald i FEV<sub>1</sub> på 20% eller derover som udtryk for barnets bronkiale reaktivitet. Vi anser børn, der ikke har reageret overfor en koncentration på 4,8 mg/ml histaminklorid ved h.p. for normale.

Undersøgelse for fremkomst af anstrengelsesudløst b.k. (a.b.k.) er anden meget anvendt metode til påvisning af b.h. Vi foretager undersøgelse for a.b.k. ved at lade børnene løbe på løbebånd anbragt i klimarum med konstant temperatur og luftfugtighed. Peak-flow måles før, under og efter 6 minutters løb på løbebånd. Fald i peak-flow er udtryk for sværhedsgraden af a.b.k., og er direkte udtryk for barnets problemer med at klare daglige anstrengelser hjemme og i skole. Litteraturen om forebyggende medicinsk behandling af a.b.k. er gennemgået. Egne undersøgelser har vist, at inhaleret beta-2-agonisk er den mest effektive forebyggende behandling mod a.b.k. Det konkluderes, at kvantitativ bestemmelse af bronkial reaktivitet ved h.p. eller a.b.k. er vigtige

undersøgelser til beskrivelse af børn med asthma, allergi eller bronkial hyperreaktivitet, da disse undersøgelser er vigtige til afgrænsning af diagnoser, planlægning af forebyggende foranstaltninger og medicinsk behandling. Endelig er undersøgelserne nødvendige i kontrollerede studier indenfor disse patientgrupper til sammenligning af patienterne i de forskellige grupper. Undersøgelserne er også nødvendige i epidemiologiske studier til afgrænsning af disponerede patientgrupper.

FORSKELLIGE FAKTORERS INDFLYDELSE PÅ ANSTRENGESES-UDLØST ASTHMA.

J.M.Henriksen (Børneafdeling A, Århus kommunehospital).

Variationskoefficienten ( $VC=SD/mean \times 100\%$ ) for anstrengelses-udløst asthma (AUA) er tidligere angivet til 25-50%. I disse undersøgelser har anstrengelsestesten dog kun været standardiseret m.h.t. belastningsgrad og varighed.

Der fremlægges egne resultater som viser at faktorer som f.eks. 1) allergen-exposition (stigning i AUA (målt som % fald i peak expiratorisk flow = PEF) fra  $17\pm 4\%$  til  $30\pm 5\%$  ( $p<0.01$ ) hos 16 børn undersøgt før og i pollensæsonen), 2) luftfugtigheden (i klimakammer var faldet i  $FEV_1$   $12\pm 4\%$  efter anstrengelse i fugtig luft (15 g  $H_2O/kg$  tør luft) mens faldet var  $41\pm 5\%$  ( $p<0.001, n=11$ ) i tør luft (2.5 g  $H_2O$ )) og 3) steroid behandling (inhaleret steroid (budesonide 400 ug/dag) i 4 uger reducerede AUA (% fald i  $FEV_1$ ) fra  $47\pm 4\%$  til  $20\pm 4\%$  ( $p<0.001, n=14$ )) har en betydelig indvirkning på graden af AUA.

På basis af disse resultater blev børn med AUA anstrengelsesprovokeret på løbebånd 2 gange med enten 1 uges, 1 måneds eller 1 års interval. De 2 tests var standardiseret individuelt for belastning og luftfugtighed, mens pt. skulle være uden for anfald (>2 uger), pollensæson (>4 uger) og steroid behandling (>4 uger). Det gennemsnitlige (mean $\pm$ SE) % fald i PEF fremgår af tabellen:

interval	n	1.test	2.test	VC
1 uge	20	$42\pm 4\%$	$49\pm 4\%$	12%
1 måned	20	$49\pm 4\%$	$46\pm 5\%$	12%
1 år	18	$47\pm 3\%$	$47\pm 4\%$	15%

Det konkluderes, at under ovennævnte betingelser er 1) graden af AUA nogenlunde konstant, både individuelt og som gruppe betragtet, i mindst 1 år og 2) reproducerbarheden af AUA er væsentlig bedre end hidtil antaget.

## VÆRDIEN AF FYSISK GENOPTRÆNING VED BRONCHIAL HYPERREAKTIVITET HOS BØRN MED ASTHMA.

af P. Aa. Østergaard & S. Pedersen, Børneafdelingen, Aalborg Sygehus Nord.

På trods af intens forskning på området har vi fortsat ingen definitiv forklaring på patogenesen bag anstrengelsesudløst asthma (AUA) hos asthmabørn.

I nærværende indlæg præsenteres resultatet af et 4 måneders fysisk træningsprogram hos 42 børn med AUA (>20% fald i FEV<sub>1</sub> efter en submaksimal belastning af 6 minutter's varighed). Efter træningens afslutning kunne der ikke længere demonstreres AUA hos 19 af de deltagende børn ("helbredte"), hvorimod de resterende 23 fortsat havde svær AUA ("ikke-helbredte").

Åbenbare forskelle mellem de 2 grupper var 1) lavere base-line FEV<sub>1</sub> værdier, 2) højere hvilepuls, 3) højere koncentrationer af serum IgE og blodeosinofile, 4) lavere serum IgA og højere serum IgM koncentrationer samt 5) en større incidens af husstøvmide- og skimmelsvampeallergi hos de "ikke-helbredte" - sammenlignet med de "helbredte" asthmabørn.

Ovennævnte resultater peger i retning af, at den manglende fysiske effekt af diverse træningsprogrammer hos visse typer af børn med AUA kan skyldes, at disse børn i "allergologisk" henseende er en meget belastet gruppe. Denne teori understøttes bl.a. af, at børn med extrinsic asthma og AUA ofte har en meget lavere bronchial histamintærskel end asthmabørn uden AUA.

Det må derfor tilrådes, at multiallergiske asthmabørn dels får foretaget en omhyggelig miljøsanering for anfaldsfremkaldende allergener dels sættes i effektiv antiasthmatiske behandling, før de deltager i et fysisk genoptræningsprogram.

LANGTIDSRESULTATER AF "MASKE-PEP" PÅ LUNGEFUNKTIONEN VED CYSTISK FIBROSE  
G. Stafanger, D. Kramarz, M. Falk & M. Kelstrup (Børneafd.  
TG & Fysiurgisk afd. II, Rigshospitalet, København).

Maske-PEP (positivt expiratorisk tryk) er blevet givet som lungefysioterapi til næsten alle patienter med cystisk fibrose på Cystisk Fibrose Centret, København, siden 1981-82. Denne undersøgelse er gjort for at vurdere behandlingens langtidseffekt overfor tidligere behandling i form af tapottement.

To grupper af patienter, hhv. med og uden kronisk pseudomonasinfektion blev fulgt ca.  $\frac{1}{2}$  år. Under den månedlige kontrol blev lungefunktionsparametrene PEF, FVC og FEV<sub>1</sub> målt ved spirometri, og maske-PEP teknik og tryk (cm vand) blev kontrolleret. Ved slutningen af en antipseudomonaskur (for patienter med kronisk pseudomonasinfektion) eller hver 3. måned (for patienter uden kronisk pseudomonasinfektion) blev FVC, insp. VC, FEV<sub>1</sub>, FRC, RV og TLC målt på en Godart expirograph.

Resultaterne viste significant stigning for insp. VC, FVC og FEV<sub>1</sub>. Stigningen var større end forventet for patienter behandlet med tapottement og større end forventet, når man tager hensyn til normal længdeøgning. I gruppen med kronisk pseudomonasinfektion kan stigningen også skyldes bedre antibiotika introduceret i samme periode. Sammenlignet med tapottement var frekvensen af den lungefysiurgiske behandling øget, men varigheden af hver behandling var reduceret.

Programoversigt

1. H. Colding, S. Møller & G. Eg Andersen (Antibiotikaafd., Statens Seruminstitut og Neonatalafd. GN, Rigshospitalet):  
*Continuerlig intravenøs infusion af ampicillin og gentamycin til nyfødte, som behandles med parenteral ernæring.*
2. F. Ebbesen & R. Brodersen (Neonatalafd. GN, Rigshospitalet og Biokem. Institut, Århus Universitet):  
*Risikoen for udfældning af bilirubinsyre hos præmature børn med respiratory distress syndrome.*
3. G. Greisen & M. Bloch Petersen (Neonatalafd. GN, Rigshospitalet):  
*Fødselsmådens betydning for udviklingen af hjerneblødning hos børn med meget lav fødselsvægt.*
4. E.A. Andersen, D. Bucher & S. Nielsen (Neonatalafd. GN, Rigshospitalet):  
*Spinalglutamin som parameter ved intrakraniel blødning hos nyfødte.*
5. G. Greisen & P.S. Frederiksen (Neonatalafd. GN, Rigshospitalet):  
*Lav hjernegennemblødning hos præmature nyfødte med RDS.*
6. H. Rotne, H. Verder, E. Rafn & P. Ahlgren (Børneafd. og Radiol. afd., KASGL):  
*Efterundersøgelse af nyfødte børn med haemorrhagia cerebri verificeret ved CT-scanning.*
- 7.\* M. Olofsson, W. Buckley, G. Eg Andersen & B. Friis-Hansen (Neonatalafd. GN, Rigshospitalet):  
*Neonatalforløbet og efterundersøgelse af 89 børn, født af stofmisbrugende mødre.*

\* Referat ikke modtaget.



KONTINUERLIG INTRAVENØS INFUSION AF AMPICILLIN OG GENTAMY-  
CIN TIL NYFØDTE, SOM BEHANDLES MED PARENTERAL ERNÆRING.

H. Colding, S. Møller & G.E. Andersen (Statens Seruminsti-  
tut, Institut for Medicinsk Mikrobiologi, Københavns Uni-  
versitet & Neonatalafdelingen, Rigshospitalet).

For at undgå intermitterende i.m. eller i.v. injektio-  
ner af ampicillin og gentamycin til nyfødte børn, som be-  
handles med parenteral ernæring via et lukket infusions-  
system, blev antibiotika tilsat en neonatal præparation af  
Vamin med fructose<sup>R</sup> og givet som kontinuerlig intravenøs  
infusion til 124 nyfødte, efter at det var undersøgt, at  
antibiotika er stabil i denne opløsning. Mikrobiologiske  
metoder blev anvendt til antibiotikakonzentrationsmålinger.

Følgende spørgsmål blev undersøgt m.h.p. rutinemæssig  
anvendelse af denne nye administrationsmåde: 1) Kan serum-  
koncentrationerne holdes inden for det terapeutiske område?  
2) Er behandlingen sufficient? 3) Kan et doseringsskema an-  
vendes? 4) Ses der bivirkninger? 5) Er der praktiske pro-  
blemer?

På grundlag af resultaterne kunne de 3 første spørgsmål  
besvares bekræftende. Der ses ingen påvirkning af nyrefunk-  
tionen, og hørelsen er fundet normal hos de 48 børn, som  
indtil nu er undersøgt med audiometri i en alder af 4 år.  
De praktiske problemer kan løses, og sygeplejerskerne er  
glade for denne nye administrationsmåde.

I 70% af behandlingsdagene blev der imidlertid kun givet  
80-110% af den planlagte mængde Vamin, idet droppene gik  
subcutant og ikke blev lagt om. Dette bør gøres straks ik-  
ke alene m.h.p. antibiotikabehandlingen, men også m.h.p.  
opretholdelse af sufficiente serumkoncentrationer af f.ex.  
elektrolyter og glucose.

RISIKOEN FOR UDFÆLDNING AF BILIRUBINSYRE HOS PRÆMATURE  
BØRN MED RESPIRATORY DISTRESS SYNDROME.

Finn Ebbesen, Neonatalafdeling GN, Rigshospitalet og R. Brodersen, Institut for medicinsk biokemi, Aarhus Universitet.

26 børn født før termin med respiratory distress syndrome (RDS) blev undersøgt dagligt i de første 6 levedage. 26 andre børn også født før terminen men klinisk raske tjente som kontrol.

Sammenlignet med kontrolbørnene var hos RDS-børnene plasma albumin koncentrationen lav, hyperbilirubinæmien prolongeret, plasma pH nedsat de 2 første levedage, og reserve albumin koncentrationen for binding af bilirubin målt med  $[^{14}\text{C}]$ -MADDS metode nedsat fra 2. til 6. levedag.

Disse faktorer bevirker, at sandsynligheden for udfældning af bilirubinsyre er større hos præmature børn med RDS end hos raske præmature børn. På første levedag var plasma hos de præmature kontrol-børn gennemsnitligt overmættet med hensyn til krystalinsk bilirubinsyre med en faktor 5 (index for plasma bilirubin toksititeten =  $\log(\text{ukonjugeret bilirubin koncentration divideret med reserve albumin koncentration} - 2 \text{ pH} + 15,5) = 0,7$ ) stigende til med en faktor 10 (index 1,0) på 3. og 4. levedag, men disse faktorer hos RDS-børnene var henholdsvis 10 og 20 (index 1,0 og 1,3).

Hos 2 af RDS-børnene var plasma mere end 60 gange overmættet med hensyn til krystalinsk bilirubinsyre (index > 1,8) hvorved en hurtig udfældning af amorf bilirubinsyre bliver mulig.

## FØDSELSMÅDENS BETYDNING FOR UDVIKLING AF HJERNEBLØDNING HOS BØRN MED LAV FØDSELSVÆGT.

G. Greisen & M. Bloch-Petersen (afdeling GN, Rigshospitalet)

Hjerneblødning er hyppig hos præmature nyfødte børn og må formodes at spille en væsentlig rolle for udvikling af perinatalt erhvervet hjerne-skade.

142 af 152 børn med fødselsvægt under 1500 g indlagt på afdeling GN i løbet af de første 4 levedøgn fra oktober 1980 til marts 1982 fik foretaget ultralydsscanning af kraniet. Hos 55 blev der påvist hjerneblødning (subependymal og/eller intraventriculær). Af de vaginalt forløste havde 28 af 51 hjerneblødning men kun 28 ud af de 91 børn født ved sectio. (odds ratio = 0.58,  $p < 0.05$ ). Efter korrektion for den højere gestationsalder i gruppen af børn født ved sectio blev forskellen mellem grupperne mindre (odds ratio = 0.85,  $p > 0.25$ ).

Af 329 levende fødte børn med fødselsvægt under 2500 g født på afd. YA, Rigshospitalet i årene 1978 og 1979 var 178 børn mellem 27 og 36 fuldstændige gestationsuger, uden misdannelse eller rhesus-immunisering og uden svær, tidlig intrauterin asfyksi. Af de 95 vaginalt forløste børn havde 11 hjerneblødning påvist ved lumbalpunktur men kun 6 ud af 83 børn født ved sectio (odds ratio = 0.58,  $p < 0.2$ ). Efter korrektion for gestationsalder og forekomsten af svangerskabskomplikationer, intrauterin asfyksi og light-for-date øgedes forskellen mellem grupperne (odds ratio 0.36,  $p < 0.1$ ).

I 6 ud af 7 publicerede serier af præmature nyfødte var hjerneblødning hyppigst blandt de vaginalt forløste men i ingen af undersøgelserne var forskellen statistisk signifikant.

Vi konkluderer at forekomsten af hjerneblødning er lavest efter forløsning ved sectio af børn med lav fødselsvægt. Det er ikke muligt at bevise gruppernes sammenlignelighed men er randomiseret, kontrolleret undersøgelse er næppe realistisk. En liberal holdning til sectio til forløsning af disse børn er berettiget.

## GLUTAMIN I CEREBROSPINALVÆSKE SOM PARAMETER VED HJERNEBLØDNING HOS NYFØDTE

E.A. Andersen, D. Bucher & S. Nielsen (Neonatalafdeling GN & Klinisk-ke-misk afdeling ML, Rigshospitalet).

Ved hjerneblødning hos nyfødte har vi fundet forhøjet koncentration af ami-nosyren glutamin i cerebrospinalvæske (CSV).

Hos børn uden blødning i alderen 1-6 dage var middelværdien 810 mikromol/l (range 660-930, n=7) og hos børn ældre end 6 dage var middelværdien 399 mikromol/l (range 212-590, n=13). Af disse børn havde 5 svær asfyksi, men deres CSV-glutamin var ikke signifikant forskellig fra nyfødte uden asfyksi.

18 nyfødte med hjerneblødning i alderen 1-9 dage blev inddelt i grup-per svarende til blødningens lokalisation fundet ved computer-tomografi eller ved ultralydscanning. Gruppe 1 havde subependymal blødning, gruppe 2 intra-ventrikulær blødning, gruppe 3 parenkymatøs blødning og gruppe 4 havde andet - først og fremmest subarachnoidal blødning.

Der var signifikant forskel på koncentrationen af CSV-glutamin hos børn uden blødning og børn i gruppe 2, 3 og 4 både hos børn i alderen 1-6 og børn i alderen 7-9 dage ( $p < 0.02$ ) i begge tilfælde. En værdi i gruppe 3 var så høj som 5660 mikromol/l, men selv uden denne værdi var forskellen signifikant.

CSV-glutamin var iøvrigt uafhængig af koncentrationen af glutamin i plasma, som mælttes samtidig i en del tilfælde. In vitro forsøg med tilsætning af henholdsvis blod og hæmolysat til CSV viste ingen ændringer i glutamin-koncentrationen.

Hos en række børn med hjerneblødning, hvor børnene blev lumbalpunk-teret hyppigt, mælttes CSV-glutamin over en længere periode. Faldet i CSV-glutamin foregår langsomt. Hos børn ældre end 9 dage er der fundet værdier på mere end 3000 mikromol/l.

Sammenfattende kan vi sige, at CSV-glutamin er forhøjet hos nyfødte med en større hjerneblødning. Denne analyse kan derfor muligvis anvendes som parameter sammen med andre undersøgelsesmetoder såsom ultralydscan-ning og computer-tomografi.

LAV HJERNEGEMBLØDNING HOS PRÆMATURE NYFØDTE MED RDS.  
G.Greisen & P.S.Frederiksen.(afdeling GN, Rigshospitalet)

Ændringer i hjerne-gennemblødningen (CBF) i de første døgn efter fødslen formodes at spille en rolle for forekomsten af hjerneblødning såvel som for hypoksisk-iskæmisk hjerneskade.

Vi har foretaget 51 intravenøse <sup>133</sup>Xenon udvaskningsundersøgelser hos 31 nyfødte, præmature børn. Den mediane postnatale alder var 5 døgn (spændvidde 0-29). "Initial slope index" (ISI) benyttedes som mål for CBF, dette mål indrager både grå og hvid substans og ligger tæt på middel CBF hos voksne.

Gestationsalderen var  $31.2 \pm 2.6$  uger. ISI for de 51 målinger var  $24.6 \pm 9.5$  (ml/100 g/min). Multipel regression viste at RDS havde størst indflydelse på ISI.

uafhængig variabel	regressions koeff.	
gestationsalder	+0.4% /uge	N.S.
middelblodtryk	+1%/mm Hg	p < 0.1
pCO <sub>2</sub> arterielt	+5%/kPa	N.S.
respirator behandling	-	N.S.
RDS	-30% ved RDS	p < 0.05

Men kun 28% af variationen i ISI kunne forklares af faktorerne angivet i tabellen.

Vi har draget følgende konklusioner:

1. CBF var lavt hos disse børn sammelignet med voksne.
2. Der var stor variation, der ikke umiddelbart kunne forklares. Nærmere undersøgelse her af kan øge forståelsen af forekomsten af hjerneblødning og hypoxisk-iskæmisk hjerneskade.
3. Børnene med RDS havde det laveste CBF. Dette kan have forbindelse med disse børns større risiko for hjerneskade.

## EFTERUNDERSØGELSE AF NYFØDTE BØRN MED HAEMORRHAGIA CEREBRI VERIFICERET VED CT-SCANNING.

H. Rotne, H. Verder, cand.psych. E. Rafn & P. Ahlgren (Børneafdeling & radiologisk afdeling, KAS Glostrup).

I flere undersøgelser er det vist, at 35-40% af nyfødte med fødselsvægt mindre eller lig med 1500 g udvikler intrakraniell blødning i neonatalperioden. Der foreligger næsten ingen oplysninger om, hvordan det går disse børn senere hen. I 2-årsperioden fra april 1980 til marts 1982 foretoges på neonatalafdelingen, KAS Glostrup, en prospektiv undersøgelse af børn med risiko for hjerneblødning. Inklusionskriterier: 1) Fødselsvægt mindre eller lig med 1800 g. 2) Asphyxia neonatorum (apgar-score mindre end eller lig med 6/5). 3) Respiratorisk krævede RDS. 4) Kræmper eller udtalt hypertoni. 5) Udtalt hypotoni eller 6) Behandlingskrævede apnoe. Børn med sikker hypoglykæmi, sepsis eller meningitis ekskluderedes. CT-scanning blev foretaget mellem 3. og 7. levedag. Efter udskrivelsen er børnenes psykomotoriske udvikling fulgt. 5 mdr. gamle pædiatrisk vurdering incl. Vojta-undersøgelse. 1 år gamle klinisk undersøgelse samt psykologundersøgelse med Cattell's småbørnstest. For nyet psykologisk test, når børnene er 3 år gamle er planlagt. I alt indgik 56 børn i undersøgelsen heraf 30 med en fødselsvægt mindre end eller lig med 1800 g. Blandt de 56 børn fandt vi 13 med intrakraniell blødning, 9 var lokaliseret subependymalt, kun en enkelt med gennembrud til ventrikelsystemet. Hos 2 børn var der desuden en subdural blødning, hos 3 børn udelukkende subdural blødning og hos en enkelt en subarachnoidalblødning. 7 af de 13 børn med intrakraniell blødning fandtes ved 1-årsundersøgelsen at være psykomotorisk retarderet, hvilket svarer til ca. 50%. 10 af 41 børn uden intrakraniell blødning er retarderet, hvilket svarer til 25%. I vores undersøgelser viser det sig altså, at en intrakraniell blødning i neonatalperioden er forbundet med en betydelig risiko for retarderet psykomotorisk udvikling, en risiko der er dobbelt så stor, som hos de børn, hvor der ikke fandtes intrakraniell blødning. Vores undersøgelse er prospektiv, men ikke konsekutiv, idet 42 børn var så dårlige, at vi ikke fandt det forsvarligt, at transportere dem til røntgenafdelingen. Dette betyder, at CT-scanning måske ikke er den mest ideelle måde at undersøge disse risikobørn med.

Programoversigt

1. K. Hjelt, P.A. Krasilnikoff & P.C. Grauballe (Børneafd. KASGL, Børneafd. KASGe og Institut for Med.Mikrobiologi, Københavns Universitet):  
Akut rotaviruspositiv og rotavirusnegativ gastroenteritis i KASGL børneafdelings optageområde.
2. K. Hjelt, P.A. Krasilnikoff, P.C. Grauballe & S. Winther-Rasmussen (Børneafd. KASGL, Børneafd. KASGe og Institut for Med.Mikrobiologi, Københavns Universitet):  
Klinisk undersøgelse af børn indlagt med rotavirusinfektion på KASGL børneafdeling.
3. P.O. Schiøtz, P.S. Pedersen, S. Støvring, P.A. Krasilnikoff, H. Worning & R. Jordal (Børneafd. KASGe, Med.afd. F KASGL, Børneafd. TG, Rigshospitalet og Klin.-kem. afd., KASGe):  
PABA-test som mål for pancreasfunktionen - sammenlignet med duodenal intubering.
4. B. Friis, P.A. Krasilnikoff, Chr. Koch & N.H. Valerius (Børneafd., KASGe og Børneafd. TG, Rigshospitalet):  
Gastrointestinale symptomer ved kronisk granulomatøs sygdom.
5. K. Hjelt & P.A. Krasilnikoff (Børneafd., KASGe):  
Malabsorption hos børn med kronisk diaré forårsaget af Giardiasis.
6. O.H. Nielsen, P.O. Schiøtz, S.N. Rasmussen & P.A. Krasilnikoff (Børneafd., KASGe):  
Calciumabsorptionen hos børn med primær laktasemangel.

AKUT ROTAVIRUSPOSITIV OG ROTAVIRUSNEGATIV GASTROENTERITIS I  
KASGLOSTRUP BØRNEAFDELINGS OPTAGEOMRÅDE.

K. Hjelt, P.A. Krasilnikoff & P.C. Grauballe (Børneafd.,  
KASGlostrup, Børneafd., KASGentofte & Institut for medi-  
cinsk mikrobiologi, Københavns Universitet).

Akut gastroenteritis (AG) er en hyppig sygdom i barnealder-  
ren. På landsplan registreres årligt ca. 56.000 tilfælde  
hos de praktiserende læger (PL) og ca. 1300 børn indlægges  
på grund af sygdommen. I en 12 måneders periode registrere-  
des alle børn indlagt med AG på Børneafd. KASGlostrup og  
for samme periode indsamledes data fra registreringer af AG  
foretaget af praktiserende læger i afdelingens optageområde  
(ugesygelisten). Indlagte patienter blev undersøgt for rota-  
virus, patogene tarmbakterier og parasitter. 7.5% af opta-  
geområdets 0-<15 årige konsulterede deres PL på grund af AG  
og 2 0/00 blev indlagt. 37% af de indlagte patienter udskilte  
rotavirus, 9% bakterier og parasitter, mens 54% havde AG  
af ukendt ætiologi. Ca. 20% af de 0-<1 årige, 10% af 1-<7  
årige og 6% af 7-<15 årige i optageområdet konsulterede PL  
på grund af AG (i.e. praktiserende læge/population inci-  
dens). Et tilsvarende fald med stigende alder sås blandt  
hospitalsindlagte patienter med AG relateret til patienter  
med AG set af PL (i.e. hospital/praktiserende læge incidens).  
Incidensen af hospitalsindlagte rotaviruspositive såvel som  
rotavirusnegative patienter med AG (hospital/population inci-  
dens) reduceredes ligeledes med alderen og reduktionen  
var nogenlunde ens for begge ætiologiske grupper.

Det konkluderes at for alle 3 incidenser (i.e. hospi-  
tal/population, praktiserende læge/population og hospital/  
praktiserende læge) sås a) størst incidens i gruppen 0-<1  
årige b) at incidensen aftog med alderen c) at hos børn >7  
år er incidensen beskeden. Årsagen til at 0-<1 årige indlæg-  
ges hyppigt med AG skyldes således ikke alene, at sygdommen  
er hyppigst i denne aldersgruppe, men også at symptomerne er  
mere udtalte hos disse patienter.



KLINISK UNDERSØGELSE AF BØRN INDLAGT MED ROTAVIRUSINFEKTION  
PÅ KASGLOSTRUP BØRNEAFDELING.

K.Hjelt; P.A.Krasilnikoff; P.C.Grauballe & S.Winther-Rasmussen  
(Børneafdelingen KASGlostrup; Børneafdelingen KASGentofte &  
Institut for medicinsk mikrobiologi, Københavns Universi-  
tet).

I en prospektiv klinisk undersøgelse af patienter indlagt med akut gastroenteritis (AG) i en 12 måneders periode på Børneafdelingen KASGlostrup registreredes på baggrund af journalnotater en række kliniske parametre. Formålet var at belyse de kliniske symptomer hos patienter med rotavirus AG og at relatere disse symptomer til symptomerne hos patienter med non-rotavirus AG.

Ialt 128 børn blev indlagt med AG. 37% udskilte rotavirus, 9% patogene tarmbakterier og parasitter og 54% havde AG af ukendt ætiologi. Rotavirus AG adskilte sig fra non-rotavirus AG ved at a) være klart hyppigere i aldersgruppen  $\frac{1}{2}$ -4 år, b) være hyppigst i vintersæsonen (non-rotavirus AG udviste ingen årstidsvariation). c) Opkastninger var signifikant hyppigere (89% mod 62% hos non-rotavirus AG) og mere udtalte hos rotavirus AG. d) Rotavirus AG måtte hyppigere væskebehandles med sonde og/eller intravenøst (32% mod 13% non-rotavirus AG). Derimod adskilte de to ætiologiske AG grupper sig ikke med hensyn til a) sværhedsgraden og varigheden af diaréerne (2/3 af patienterne havde diaré af 3-7 dages varighed). b) Hyppigheden af dehydrering (17% rotavirus AG og 12% non-rotavirus AG). c) Temperatur (ca.40% af patienterne havde max. temperatur >38.5).

I nærværende undersøgelse fandtes såvel hos patienter med rotavirus AG som hos patienter med non-rotavirus AG kliniske symptomer på øvre luftvejsinfektioner hos ca. 1/3 af patienterne. Der var således ingen signifikant forskel i hyppigheden. Ca. 1/3 af patienterne i begge grupper havde

endvidere fået antibiotika inden for perioden , der strakte sig fra 7 dage før diarédebut og til diaréens afslutning. På baggrund af aktuelle undersøgelser stilles således spørgsmål ved berettigelsen af begrebet "rotavirus syndrome" (nylig beskrevet i artikler fra England, hvor en undersøgelse viste at rotavirus AG hyppigere end non-rotavirus AG var associeret med symptomer på øvre luftvejsinfektioner). Endvidere fremgår det af vor undersøgelse, at en del af de diarétilfælde, som tidligere betegnedes som symptomatisk diaré sekundært til øvre luftvejsinfektioner og/el. peroral antibiotikaadministration i virkeligheden skyldes rotavirus.

PABA-TEST SOM MÅL FOR PANCREASFUNKTIONEN - SAMMENLIGNET  
MED DUODENAL INTUBERING

P.O. Schiøtz, P.S. Pedersen, S. Støvring, P.A. Krasilnikoff,  
H. Worning & R. Jordal (Børneafd. KAS Gentofte, Med. afd. F,  
KAS Glostrup, børneafd. TG, RH & Klinisk Kemisk afd. KAS  
Gentofte).

De eksisterende pancreasfunktionsundersøgelser hos børn er enten komplicerede eller unøjagtige. Den såkaldte PABA-test hævdes imidlertid at være både nem og nøjagtig. Formålet med dette arbejde er at undersøge denne påstand.

PABA-testen er baseret på det forhold, at det syntetiske peptid N-benzoyl-L-tyrosyl-PABA nedbrydes specifikt af chymotrypsin, således at Paraaminobenzosyre (PABA) fraspaltes og, hvis tyndtarmsmucosa er normal, absorberes og udskilles i urinen. PABA koncentrationen i urinen burde så være tæt korreleret til chymotrypsinaktiviteten i tarmen og dermed et mål for pancreasfunktionen.

Testen udføres konventionelt med indgift af 0,015 g PABA-peptid pr. kg og urinopsamling i 6 timer efter PABA-indgiften. PABA-koncentrationen i urinen måles ved fotometri og udtrykkes som % af indgiven mængde.

Resultaterne sammenholdtes med resultaterne af en sekretincholecystokinin-test udført med 4-løbet duodenalsonde. Chymotrypsinkoncentrationen udtrykkes som units/kg/time.

Ialt 7 børn med cystisk fibrose (3-6 år) og 2 børn (5 og 10 år) med normal pancreasfunktion undersøgte.

Resultaterne for pancreasfunktionen målt med de 2 metoder korrelerede dårligt, idet korrelationskoefficienten var + 0,4167, og altså ikke signifikant.

PABA-testen er således kun en grov screening for pancreasfunktionen og næppe bedre end de mere gængse metoder.

## GASTROINTESTINALE SYMPTOMER VED KRONISK GRANULOMATØS SYGDOM.

B.Friis, P.A.Krasilnikoff, C.Koch & N.H.Valerius (børneafd. K.A.S.Gentofte, børneafd. TG, Rigshospitalet og Statens Seruminstutts regionalafdeling for klinisk mikrobiologi, Rigshospitalet).

Kronisk granulomatøs sygdom (CGD) skyldes defekt i de fagocyterende celler. Recidiverende infektioner ses fra den tidligste barndom. Symptomer fra gastrointestinal (GI) kanalen er sjældne og optræder gerne senere i sygdomsforløbet.

Vi har observeret identiske symptomer og GI-forandringer hos 3 børn med CGD. Langvarige perioder med vomitus og vægttab efterfulgt af spontane remissioner og nye recidiver forekom i flere år. Røntgen af ventriklen viste udtalt forsnævring og stivhed af antrum og pylorus med slimhindedefekter og typiske impressioner i antrum og på store curvatur. I 2 tilfælde nødvendiggjorde udtalt stenoseret pylorus langvarig sondeernæring. Ved gastroscopi fandtes en karakteristisk nøgret overflade og ophævet motilitet af antrum og pylorus. Biopsi viste uspecifikke inflammatoriske forandringer. Computer tomografi (CT) viste granulomer omkring pancreas og retroperitonealt. CT var dog ved flere lejligheder bedømt som normale, mens røntgen af ventriklen viste typiske forandringer i alle sygdomsstadier. Udover vomitus forekom også abdominale smerter og tyndtarmsforandringer ved røntgen, som tydede på granulomer i tarmen.

I det ene tilfælde, en pige på 5 år, blev diagnosen CGD stillet efter 3 års recidiverende vomitus på basis af de påviste forandringer i ventriklen. De 2 andre var drenge med forud erkendt CGD. De mikrobielle årsager til granulomerne var vanskelige at diagnosticere. Hos pigen svandt symptomerne spontant. Hos drengene blev der påvist en aspergillus infektion. Begge kom sig efter langvarig kemoterapeutisk behandling uden kirurgisk intervention.

Intramurale granulomer i GI kanalen, specielt i ventriklen, medfører karakteristiske røntgen forandringer, som bør foranledige undersøgelse for CGD.

## MALABSORPTION HOS BØRN MED KRONISK DIARÉ FORÅRSAGET AF GIARDIASIS.

K.Hjelt & P.A. Krasilnikoff ( Børneafdelingen KASGentofte).

Tyndtarmens morfologi og funktionsevnen blev undersøgt i en prospektivt anlagt undersøgelse omfattende 14 børn i alderen 0.6 - 4.8 år( middelværdi:2.0 år) med kronisk diaré forårsaget af Giardia Lamblia. Diarévarigheden var 1.5-21 mdr. (middelværdi:6 mdr.). Fem børn var danske og 8 var børn af immigranter fra Middelhavsområdet og ét barn kom fra Pakistan. Kun 5 af immigrantbørnene udviklede diaréen i hjemlandet. Symptomerne ophørte efter behandling med Metronidazol. Det var dog nødvendigt midlertidigt at supplere med laktosefattig diæt hos 6 patienter. Tarmens funktionsevne og morfologi normaliseredes ligeledes efter denne behandling. Den jejunale tyndtarmsbiopsi viste hos 8 patienter signifikante morfologiske og enzymatiske forandringer. Seks patienter havde nedsat absorption af D-xylose og laktose ( målt efter duodenal installation af sukkerstoffet). Fedtabsorptionen blev målt hos 8 patienter og fandtes normal hos dem alle. Absorptionen af vitamin B<sub>12</sub> og folinsyre blev målt med dobbel isotop teknik udviklet specielt til brug hos børn (meget lille strålingsdosis). Absorptionen af disse vitaminer fandtes reduceret hos henholdsvis 4 og 3 børn.

Det konkluderes at kronisk diaré forårsaget af Giardiasis ikke sjældent giver signifikante morfologiske og funktionelle forandringer af tyndtarmen og at det kan være indiceret at supplere den medikamentelle behandling med laktosefattig kost.

CALCIUMABSORPTION OG TOLERANS AF LAKTOSEHYDROLYSERET MÆLK BLANDT BØRN  
MED PRIMÆR ERHVERVET LAKTOSEMALABSORPTION

O.H. Nielsen, P.O. Schiøtz, S.N. Rasmussen & P.A. Krasilnikoff (børneafdeling L, Københavns amts sygehus i Gentofte & medicinsk-gastroenterologisk afdeling P, Rigshospitalet, København).

Denne undersøgelse blev foretaget med det formål at undersøge, om laktosehydrolyseret mælk faciliterer øget calciumabsorption hos børn med primær erhvervet laktosemalabsorption. Yderligere blev tolerancen af den laktosehydrolyserede mælk bedømt.

Ni børn med primær erhvervet laktosemalabsorption blev indlagt i 2 perioder af hver 1 uges varighed. I de første 6 døgn af hver periode blev der foretaget en calciumbalanceundersøgelse, idet børnene i den første periode fik en laktosefri kost med calciumtilskud, mens de i den anden periode fik en kost indeholdende laktosehydrolyseret mælk, men med samme tilbudte calcium- og kalorienænge i kosten. Den fækle calciumekskretion målttes, og nettocalciumabsorptionen kunne beregnes. Det anvendte enzym var: Lactozym 3000 L<sup>R</sup>, Novo industri A/S.

Nettoabsorptionen af calcium var ved laktosefri kost med calciumtilskud: 27,0% sammenlignet med 36,5% på en kost indeholdende laktosehydrolyseret mælk ( $p < 0,05$ , Wilcoxon-test).

På 7. døgn i begge perioder blev der foretaget et dobbeltblindt overkrydsningsforsøg, hvor børnene fik 500 ml af enten almindelig sødmælk (25 g laktose) eller laktosehydrolyseret mælk (ca. 94% laktosehydrolyseret). Der registreredes en signifikant øget blodglukosestigning, når den laktosehydrolyserede mælk blev givet sammenlignet med indgift af almindelig sødmælk. Børnene havde signifikant færre symptomer i form af abdominalsmerter, borborygmi, meteorisme og afføringsfrekvens ved indtagelse af laktosehydrolyseret mælk end almindelig mælk.

Konklusion: calciumabsorptionen fra tarmen faciliteres af kulhydrater (glukose/galaktose), den subjektive tolerans af laktosehydrolyseret mælk var god.

Programoversigt

1. K. Storm, J. Haahr, N-I M. Kjellman & O. Østerballe (Børneafd., Viborg Sygehus og Barnavd., Regionsjukhuset, Linköping):  
IgE i navlesnorblod. Efterundersøgelse af allergiprævalensen hos en årgang 7-årige børn.
2. O. Østerballe, J. Haahr & K. Storm (Børneafd., Viborg Sygehus):  
Amning og allergiprofylakse. Efterundersøgelse af allergiprævalensen hos en årgang 7-årige børn.
3. S. Petersen (Børneafd., Ålborg Sygehus Nord):  
Natlig astma hos børn behandlet med depot-teofyllin. En dobbeltblind undersøgelse.
4. T. Thelle & N. Biskjær (Børneafd. og Røntgenafd., Viborg Sygehus):  
Tc-99m-DMSA nyrescintigrafi hos børn med recidiverende urinvejsinfektioner.
5. K. Nørgaard, M. Damkjær & K. Fuglsbjerg (Børneafd., Viborg Sygehus, Klin.-fys. lab., Glostrup og speciallægepraksis, Ålborg):  
Behandling af pubertas præcox med cyproteron acetat.
6. J. Haahr (Børneafd., Viborg Sygehus):  
Pædiatri i Viborg Amt.
7. B. Møller (Børneafd., Viborg Sygehus):  
Arbejdet med børn med vidtgående fysisk og psykisk handicap i Viborg Amt.
8. J.C. Melchior (Børneafd. G, Rigshospitalet):  
En foreløbig redegørelse fra udvalget om pædiatriens fremtid.

IGE I NAVLESNORSBLØD, EFTERUNDERSØGELSE AF ALLERGIPRÆVALENSEN HOS EN ÅRGANG 7-ÅRIGE BØRN.

K.Storm, J.Haahr, N-I M. Kjellman & O.Østerballe (Børneafdelingen i Viborg & Barnafdelingen, Regionsjukhuset Linköping).

Af en årgang 7-årige børn født på Viborg Sygehus i perioden 1974-1975 deltog 1073 (92%) i undersøgelsen. Alle børn med sikker/sandsynlig allergi bedømt ved standardiseret spørgeskema blev indkaldt til videre allergologisk udredning inklusive bestemmelse af total IgE, RAST-analyse, blodeosinofili samt priktest med standardpanel.

Såfremt børnene ikke var allergisk disponerede, var risikoen for udvikling af allergi kun 8,3%, men ved enkelt-disposition (mor, far, søskende) ca. 25%, og ved dobbelt-disposition 34,5%. 43,9% af børnene var allergi-disponerede.

Allergiprævalensen for børnene var totalt 13,3%. 4,6% havde astma bronchiale, 8,9% havde prurigo Besnier, 2,1% rhinitis allergica og 2,0% urticaria.

14,6% af børnene havde haft mindst 3 tilfælde med bronchitis astmatica, og her udviklede 31,2% regulær astma bronchiale. 24% af børnene med prurigo Besnier udviklede astma bronchiale.

Total IgE blev bestemt ved standard PRIST-analysen på et randomiseret udsnit af navlesnorssera. Vi fandt imidlertid ingen korrelation mellem føtal IgE produktion ( $\geq 1$  U/ml) og senere allergiudvikling.



AMNING OG ALLERGIPROFYLAKSE. EFTERUNDERSØGELSE AF ALLERGI-  
PRÆVALENSEN HOS EN ARGANG 7-ÅRIGE BØRN.

O. Østerballe, J. Haahr & K. Storm (Børneafdelingen i Vi-  
borg).

Varigheden af ren brysternæring blev registreret hos 1053 (90%) nu 7-årige børn og sat i relation til tidlig (før 2-års alderen) og sen (7-års alderen) udvikling af allergi (asthma, høfeber, atopisk dermatitis, urticaria), recidiverende asthmatiske bronchitis, bronchitis uden asth-  
ma og spædbarns-kolik.

De fleste (61%) havde fået ren brysternæring, men kun omkring 20%, 5% og 2% i henholdsvis 2 mdr., 4 mdr. og 6 mdr..

Undersøgelsen belastes af, at hyppigheden af både enkelt- og dobbelt-disposition for allergi tiltog med varigheden af brysternæring. Alligevel kunne påvises en tendens til allergiprofylakse efter brysternæring i mindst 16 uger, men kun for den tidlige allergiudvikling.

Der kunne ikke påvises nogen korrelation mellem brysternæring og recidiverende bronchitis eller spædbarns-kolik. Derimod reduceredes prævalensen af børn med asthmatiske bronchitis signifikant efter brysternæring i mere end 6 uger.

NATLIG ASTHMA HOS BØRN BEHANDLET MED DEPOT-TEOFYLLIN.  
EN DOBBELT-BLIND UNDERSØGELSE.  
S. Pedersen (børneafdelingen, Aalborg Sygehus Nord).

24 børn med natlig asthma blev i en placebo kontrolleret, dobbelt-blind, cross-over undersøgelse behandlet med en enkelt dosis depot-teofyllin givet efter aftensmaden.

Gennemsnits serum teofyllin koncentrationen 4 og 12 timer efter medicinindtagelsen var henholdsvis 8,2 og 12,5 mg/l. Der var kun få bivirkninger.

Antallet af natlige asthmaanfald, antallet af symptomfri nætter og forbruget af ekstra bronkodilatorer blev alle signifikant bedret af teofyllinbehandlingen ( $p < 0,001$ ).

Gennemsnits morgen peak-flow var signifikant højere i teofyllin-perioden ( $244 \pm 11$  l/min) end i placebo-perioden ( $207 \pm 12$  l/min) ( $p < 0,001$ ). Den gennemsnitlige forskel mellem morgen og aften peak-flow blev reduceret fra 20,7% til 8,6% af teofyllin-behandlingen ( $p < 0,001$ ).

Bedømt ud fra peak-flow målinger og brugen af bronkodilatorer per asthmaanfald medførte teofyllin-behandlingen en signifikant reduktion i sværhedsgraden af de natlige asthmaanfald.

17 børn var i stand til sikkert at identificere den periode, der blev givet teofyllin-behandling, medens 6 børn ikke mente der var væsentlig forskel på de 2 perioder.

Depot-teofyllin taget i en dosis på 12 - 15 mg/kg efter aftensmaden kan anbefales som en effektiv behandling af natlig asthma hos børn.

Tc-99m-DMSA NYRESCINTIGRAFI HOS BØRN MED RECIDIVERENDE  
URINVEJSINFEKTIONER.

T. Thelle & N. Biskjær (Børneafd. og rtg.afd.,Viborg Sgh.).

92 børn med recidiverende urinvejsinfektioner blev konsekutivt undersøgt med Tc-99m-dimercaptosuccinat nyrescintigrafi (Tc-DMSA) kombineret med I<sup>131</sup>-hippuran renografi. De fleste blev sideløbende undersøgt med i.v.urografi og MCU.

Corticale aktivitetsdefekter (nyrear) fandtes ved Tc-DMSA hos 34 pt.(37%). Af nyreenheder med reflux havde 48% ar, med afløbshindring 30%, medens 8,5% af nyrer uden reflux eller afløbshindring på us.-tidspunktet havde ar.

For 50 børn, der fik foretaget urografi og Tc-DMSA inden for 3 mdr., blev forekomsten af nyrear vurderet blindt.

I 12 ud af 99 enkeltnyrer fandtes nyrear overensstemmende ved begge us., i 11 tilfælde kunne ar kun påvises ved Tc-DMSA. I intet tilfælde fandtes ar alene ved urografi.

Ensidig nyrefunktion bedømtes ved renografi. Funktionsandelen af unilateralt arrede nyrer fandtes signifikant nedsat sammenlignet med funktionen af venstre nyre fra uarrede nyrepar.

Patologisk udfald af Tc-DMSA og/eller renografi fandtes i alle 34 tilfælde med abnorm urografi.

Det konkluderes, at Tc-DMSA synes bedre egnet end urografi til påvisning af nyrear hos børn, og at denne us. hos mange børn med recidiverende urinvejsinfektioner vil give mere relevante oplysninger end urografi ved kontrolus. efter initial radiologisk udredning. Det kan, afhængigt af anamnesen, overvejes at undlade urografi hos børn over 5-6 år såfremt Tc-DMSA, renografi og MCU viser normale forhold.

## BEHANDLING AF PUBERTAS PRÆCOX MED CYPROTERONACETAT.

K. Nørgaard, M. Damkjær & F. Fuglsbjerg (Pæd. afd. Viborg og Ålborg Sygehus, klinisk-kemisk afd. KAS Gentofte & Pædiatrisk speciallægeklinik, Ålborg).

Cyproteronacetat (CA), Androcur<sup>(R)</sup> er et gestagen derivat med antiandrogen og antigonadotrop virkning, der er i stand til at hæmme udviklingen af sekundære kønskaraktistika hos børn med pubertas præcox. Nogle forfattere har fundet gunstig virkning på højdeprognosen, andre har ikke kunne bekræfte dette. Nyere undersøgelser med højdosisebehandling afsluttet i 13 års alderen, muligvis bedre endnu tidligere, er lovende (J.R. Bierich, Vesttyskland, 1983, ikke publiceret).

Vi har siden 1979 behandlet ialt 4 piger med idiopatisk pubertas præcox med CA i doseringen 70-170 mg/m<sup>2</sup> legemsoverflade, vejledt af serumøstradiol og LH-værdier. Under behandlingen normaliseredes børnenes vækstrate, og knoglemodningen hæmmedes, højdeprognosen forbedredes i snit 2½ cm efter i gennemsnit 2,8 års behandling.

Alle børnenes binyrefunktion blev markant supprimeret vurderet ud fra steroid-metabolit-døgnudskillelse, aktuel synactenbelastning hos de 2, der stadig er i behandling, gav intet respons.

Vi har gode erfaringer med CA med hensyn til begrænsningen af sekundære kønskaraktistika ved pubertas præcox. Materialet er for lille til at berettige til generaliserede udtalelser om virkning på højdeprognose. Man må hefte sig ved den udtalte binyresuppression. På trods af at man i litteraturen ikke har beskrevet kliniske symptomer på binyreinsufficiens, har vi demonstreret klart forringet binyrereaktionsevne i stress-situationer og vil anbefale agtpågivenhed, evt. steroidparaply under febersygdom, operation og lignende.

## PÆDIATRI I VIBORG AMT.

J. Haahr (Børneafdelingen i Viborg).

Viborg amt har 223.000 indbyggere. Der er 5 sygehuse, men børn indlægges overvejende på pædiatrisk afd. i Viborg og på børneafsnittet i Thisted. På grund af geografien sætter politikerne på et decentralt social- og sundhedsvæsen.

Fødselstallet i amtet er faldet fra 3000 - 2500. Der er 3 fødesteder, men præmature og syge neonatale børn indlægges på neonatalafdelingen i Viborg.

Indlæggelsestallet på pæd.afd. er omkring 1800 og forventes at falde. Ambulatoriet vokser her som andre steder. Afdelingen har et lille forundersøgelsesambulatorium. Allergipatienter udgør langt hovedparten.

Handicap-problematikken og amtets nye pædiatriske fysio-ergoterapeuter omtales. Terapeuterne behandler handicappede børn, uanset børnenes intelligens, i hjem og skole samt superviserer forældre, pædagoger og sundhedsplejersker.

Det pædiatriske diagnosesystem bør revideres efter overgang til EDB, og problemstillingen beskrives kort.

Afdelingens fremtidsønsker er flere faste læger (overlæger eller faste speciallæger) og desuden 1 fast pædiater, evt. distriktspædiater i Thisted og 1 i Skive.

## ARBEJDET MED BØRN MED VIDTGÅENDE FYSISKE OG PSYKISKE HANDI- CAP I VIBORG AMT.

B. Møller (Pædiatrisk afdeling Q, Viborg sygehus).

I 1980 blev særfor sorgen udlagt til amter og kommuner ved en administrativ reform, og lægebetjeningen blev samtidig overført til amtsregi.

I Viborg amt fik lægerne fra den tidligere forsorgs børneafsnit fast ansættelse ved pædiatrisk afdeling Q i tilknytning til børneafdelingen, Viborg sygehus, og desuden blev de konsulenter ved social- og sundhedsforvaltningen samt undervisnings- og kulturforvaltningen.

I børneafdelingen omfatter arbejdet ambulans virksomhed og tilsyn med indlagte patienter, deltagelse i cerebral parese-team og konferencer. Arbejdet i socialsektoren indbefatter Egeskovcentrets børneafsnit, specialbørnehaver og almindelige børnehaver for så vidt angår handicappede børn, endvidere hjemmebesøg og møder med andre behandlergrupper. Under undervisningsforvaltningen hører centerskolen, Egeskovcentret, specialskoler og specialklasser, der også kan benytte børnelægen som konsulent. Desuden deltager børnelægen i undervisning, foredrag og kursusvirksomhed.

Erfaringen fra knap 3 1/2 års arbejde under udlægningen tyder på, at flertallet af handicappede børn får en sufficient lægelig behandling. Men det har også vist sig, at der er brug for et mere formaliseret samarbejde med de øvrige faggrupper, så der kan skabes sikkerhed for, at alle børn med behov for det får tilbudt pædiatrisk bistand. Der foregår drøftelser om udarbejdelse af en sådan samarbejdsmodel i Viborg amt.

For at bedre lægebetjeningen af fysisk og psykisk handicappede arbejder "Dansk Selskab for Oligofreniforskning" på at fastlægge kvalifikationskrav til lægeuddannelsen på dette felt og stiler mod oprettelse af et ekspertområde.

EN FORELØBIG REDEGØRELSE FRA UDVALGET OM PÆDIATRIENS FREM-  
TID.

Johannes C. Melchior

Fremtidsudvalgets hidtidige arbejde blev præsenteret i resumeform. Betænkningens struktur blev omtalt og specielt de ønsker, udvalget generelt har om at fremme "almen pædiatrien", og i særdeleshed distriktspædiatrien.

Udvalget forventer at afslutte sit arbejde i løbet af sommeren og vil fremlægge betænkningen ved et møde i DPS i november 1983.

*Fællesmøde med Dansk Selskab for Infektionsmedicin, Dansk Selskab for Klinisk Mikrobiologi, Dansk Selskab for Obstetrik og Gynækologi samt Dansk Pædiatrisk Selskab.*

Programoversigt

- 1.\* *Richard Whitley, University of Alabama, Birmingham, USA:  
Status of antiviral therapy for the treatment of Herpes Virus infections.*

\* *Referat ikke modtaget.*



Programoversigt

P. Riis (Med.-gastroenterologisk afd., KAS Herlev):

*Etiske aspekter af pædiatrisk forskning.*

*Der afholdtes derefter*

Ordinær generalforsamling med følgende dagsorden:

1. Valg af dirigent.
2. Formandsberetning.
3. Beretninger fra udvalgene:  
*Specialistnævnets tilforordnede, §14-udvalget, uddannelsesudvalget, diagnoseudvalget, allergologiudvalget, onkologiudvalget, vaccinationsudvalget, fremtidsudvalget, screeningsudvalget, myelomeningocelgruppen, repræsentanter for bestyrelsen for Nordisk Pædiatrisk Forening, repræsentanter i Dansk Medicinsk Selskab, repræsentanter i Foreningen for Familieplanlægning.*
4. Fremlæggelse af regnskab og fastsættelse af kontingent.
5. Valg til udvalg.
6. Valg af revisorer.
7. Valg af bestyrelse.
8. Eventuelt.

## ETISKE ASPEKTER AF PÆDIATRISK FORSKNING.

P. Riis (Københavns amts sygehus i Herlev, medicinsk-gastroenterologisk afdeling C og Den centrale videnskabsetiske komité).

Nødvendigheden af pædiatrisk forskning, der omfatter børn, er ikke anfægtet i den nyere videnskabsetiske litteratur. Det gælder både den kliniske forskning og den ikke-kliniske (som i visse sammenhænge lidt for snævert er betegnet non-terapeutisk). Og det ville også være en dårlig løsning på de videnskabsetiske dilemmaer, som også pædiatrien rummer. Et forbud ville nemlig afgørende bidrage til, at børn blev forholdt deres retmæssige udbytte af den lægevidenskabelige udvikling.

Man kan spørge, om de etiske aspekter af pædiatrisk forskning principielt adskiller sig fra dem, man møder i humanbiologisk forskning på voksne.

Efter min mening præges sammenligningen mere af ligheder end af uligheder, men der er naturligvis forskelle, som også betinger en særlig videnskabsetisk opmærksomhed, når børn indgår i lægevidenskabelige forsøg: der er først de biologiske forskelle. Eksempler herpå vil være pædiatere særdeles vel bekendte. På en række områder er der tale om betydelige kvantitative forskelle og på særlige områder end- og kvalitative. Alt andet lige er forskellene størst, jo yngre børnene er, med en særlig accentuering i neonatalperioden hos for tidligt fødte.

Det er også velkendt, at børns sygdomme udgør et klinisk spektrum, som kun kendes hos børn. Der kan være tale om sygelige tilstande knyttet til særlige pleje- eller vækstvilkår for børn, eller der foreligger medfødte sygdomme, som har så dårlig en prognose, at de i almindelighed ikke er repræsenteret af en voksenform.

Det er også velkendt uden for pædiatriske kredse, at de

psykologiske sider af børns medvirken ved lægevidenskabelige forskningsprojekter rummer særlige omstændigheder, knyttet til børns intellektuelle udviklingsniveau, deres særlige behov for voksenkontakt og -afhængighed, deres manglende muligheder for at ytre sig offentligt, danne interessegrupper, og hvad der ellers tilhører den voksne verdens afværge- og kampmidler.

Børn i forsøgssituationer rummer også særlige juridiske problemer. Her tænkes især på muligheden af at indhente et juridisk gyldigt samtykke. Man taler i angelsaksisk litteratur ofte om "assent", som vel kan oversættes ved godkendelse (idet det må erindres, at godkendelse i barnealderen ofte praktisk defineres af voksne og pædagoger som identisk med en fraværende nægtelse).

De to hoveddokumenter, der benyttes som videnskabsetiske spilleregler, er i dag Helsinki deklARATION II og CIOMS' nyeste Proposed International Guidelines for Biomedical Research Involving Human Subjects.

Helsinki deklARATION II opfatter principielt børn som omfattet af de samme sikkerhedsregler og andre hensyn, der er taget til voksne. Specifikt er samtykket nævnt for børns vedkommende. Det siges i kapitel I, §11, at "i tilfælde af umyndighed skal det informerede samtykke indhentes fra den lovmæssige værge i overensstemmelse med den nationale lovgivning. Når fysisk eller sjæleligt handicap gør det umuligt at opnå informeret samtykke, eller når forsøgspersonen eller -patienten er mindreårig, erstatter tilladelsen fra den ansvarlige nærmeste pårørende personens samtykke i overensstemmelse med den nationale lovgivning".

Council for International Organizations of Medical Sciences, CIOMS, er en underorganisation af WHO. Organisationen har fra 1976 arbejdet på at udsende et supplerende sæt retningslinjer, der ville øge Helsinki deklARATION II's anvendelse i udviklingslandene. Arbejdet har, med nordisk deltagelse, været gjort ved flere internationale møder og

ved tæt kontakt imellem redaktionsgruppen og nationale repræsentanter på det videnskabetiske område. I 1982 er retningslinjerne udgivet efter en betydelig opbakning fra WHO's medlemslandes side, også lande med samfundsformer, politiske systemer, religionsforhold etc., som afviger stærkt fra de lande i Nordvesteuropa, der har forestået udsendelsen af Helsinki deklARATION II.

CIOMS's retningslinjer omtaler i sit generelle videnskabetiske afsnit de krav, der må stilles til lægevidenskabelige forsøg på børn:

1. Der kræves, at den planlagte forskning ikke ville kunne udføres hos voksne med et lignende udbytte, som hvis børn indgår.
2. De risikovurderinger, som Helsinki deklARATION II nøje beskriver, skal iagttages endnu mere omhyggeligt, når børn er forsøgspersoner eller -patienter.
3. Ved indhentning af et informeret samtykke opfattes familien som "den samtykkende".

CIOMS-retningslinjernes egentlige paragrafafsnit omtaler i punkterne 7, 8 og 9 indledningens principielle synspunkter i mere direkte form. Retningslinjerne fremhæver det ønskelige i en dobbelt-accept, når der er tale om forsøg på børn. Ved dobbelt-accept forstås, at både forældre/værgesamtykker, og at det pågældende barn godkender projektet. Nægter barnet at medvirke, må forældre/værges juridiske samtykke vige. Det fremhæves også her som i megen anden litteratur om videnskabetiske synspunkter på børns deltagelse i forskningsprojekter, at børn som sunde forsøgspersoner kun kan anerkendes i forbindelse med forskning, der har særlig betydning for børn, og naturligvis forudsat at alle sikkerhedsforanstaltninger i overensstemmelse med Helsinki deklARATION II er taget.

I Danmark vil forsøg på børn være omfattet af det danske videnskabetiske komitéssystem. Det omfatter som bekendt

i dag 7 regionale videnskabsetiske komiteer med ligelig repræsentation af lægpersoner og forskere. Som anke-, hørings- og rapporteringsorgan fungerer Den centrale videnskabsetiske komité, der er sammensat af mindst 2 repræsentanter (1 læg og 1 videnskabelig) fra de regionale komiteer samt et af Statens lægevidenskabelige forskningsråd udpeget formandskab på 2 medlemmer.

Vedtægterne for de regionale videnskabsetiske komiteer understreger, at projekter på børn ifølge vedtægternes §3 stk. 4 pkt. a altid skal bedømmes, og projektets igangsætning afvente udfaldet af bedømmelsen. Herved adskiller projekter på børn sig fra projekter på voksne, hvor undersøgelserne kan igangsættes umiddelbart, hvis forskerne finder, at Helsinki deklARATION II er opfyldt og attesterer dette gennem den såkaldte selvdeklARATION.

Det skal også understreges, at der ifølge forretningsordenen for de regionale videnskabsetiske komiteer, §9 stk. 1, kan indhentes konsulentudtalelser, og at dette må påregnes i tilfælde af børneprojekter, hvis en pædiater ikke har sæde i den pågældende regionale komité.

Danske pædiatriske forskere kan tilrådes følgende praktiske fremgangsmåde, når et givet projekts videnskabsetiske bestanddele skal beskrives:

Som ved voksenprojekter indleder man med at tage stilling til, om det pågældende projekt rummer en mulig gevinst for det pågældende barn, i form af øget patofysiologisk indsigt i barnets sygdom, i muligheden for at få andel i en ny og effektiv behandling, i muligheden for at opnå større diagnostisk sikkerhed eller beskrivelse af forløbet. En sådan gevinst kan være meget beskeden, andre gange væsentlig, endog for det pågældende barns egen overlevelsesmulighed. Hvis svaret på dette spørgsmål er bekræftende, går man videre og anlægger en relativ vurdering af forsøgssituationens resici, dvs. afbalancerer dem i forhold til det mulige udbytte. Desuden sikrer man sig, at omstændighederne ved ind-

hentning af samtykke og godkendelse er beskrevet i forsøgsplanen. Endelig tester man afvejningen af fordele og ulemper for det pågældende barn ved at projicere et kendt barn ind i situationen, eget barn, venners børn, børnebørn eller lignende, og prøver ved hjælp af denne modificerede gyldne regel at tage stilling til, om man også kan acceptere det ukendte barns deltagelse i undersøgelsen.

Er svaret på spørgsmålet om udbytte af forsøget negativt, dvs. at der foreligger en tilstand, hvor barnet fungerer som såkaldt sund forsøgsperson (det kan godt være et indlagt barn, hvis sygdom ingen forbindelse har med det pågældende forskningsprojekt), må risikovurderingerne foretages meget strengt og må foretages absolut. Samtykke og godkendelsesomstændighederne skal sikres på lignende måde som i første kategori, og som afslutning anvendes den gyldne regel atter som nævnt under første kategori.

Efter at denne systematiske analyse af forsøgets etiske aspekter er foregået, kan selvdeklarationen i givet fald udfyldes, og projektet med denne fremsendes, med forskerens viden om, at komiteen i alle tilfælde vil foretage en egentlig, obligatorisk bedømmelse, og at projektet derfor ikke kan igangsættes, før der er meldt tilbage fra Den videnskabs-etiske komité.

Den centrale videnskabsetiske komité har endnu ikke haft væsentlige pædiatriske projekter til principiel drøftelse. Skulle dette ske, enten ved at forskeren selv anmoder om en sådan principiel drøftelse, eller hvad der er hyppigere, hvis Den regionale videnskabsetiske komité fremsender projektet, vil en sådan drøftelse finde sted og kan eventuelt udmønte sig i rekommandationer, der kan være vejledende for forskningsaktive pædiatriske afdelinger og institutter.

Den centrale videnskabsetiske komité arbejder for tiden med at søge et forsikringssystem skabt for forsøgspatienter og -personer, således at disse ikke er henvist til civil retssøgsmål og forekomst af skyld (culpa), for at få kompensations-

tion for eventuelle skader i en forsøgssituation. Dette arbejde med en culpa-fri forsikringsdækning vil naturligvis også komme til at gælde danske børn, der indgår i videnskabelige forsøg.

FORFATTERINDEX

Ahlgren, P.	52
Andersen, E. A.	50
Andersen, G. Eg	47
Andersen, O.	20
Bach-Mortensen, N.	41
Bang, J.	35
Beck, B.	36
Berthelsen, J. G.	35
Biskjær, N.	65
Bloch-Petersen, M.	49
Blom, K.	32
Bolund, S.	37
Borregaard, N.	35
Bro, P.	11
Brodersen, R.	48
Broeng-Nielsen, B.	34
Brostrøm, K.	24
Bucher, D.	50
Bundgaard, A.	41
Bünger, E.	24
Chemnitz, J.	36
Christiansen, C.	27-31
Clausen, N.	11-40
Colding, H.	47
Damkjær, M.	66
Djernes, B.	11
Ebbesen, F.	48
Falk, M.	45
Frederiksen, P. S.	51
Friis, B.	58
Fuglsbjerg, K.	66
Grauballe, P. D.	54-55
Greisen, G.	49-51
Grudzinskas, J. G.	36
Haahr, J.	62-63-67
Hamborg-Petersen, B.	11-19
Hauge, M.	34
Henriksen, J. M.	43
Hertz, H.	14-15
Hjelt, K.	54-55-59



<i>Illum, N.</i>	26
<i>Jacobsen, B. Brock</i>	25-26
<i>Jacobsen, N.</i>	14
<i>Jensen, J.</i>	23
<i>Johansen, K. Stæhr</i>	35
<i>Jordal, R.</i>	57
<i>Kastrup, K.W.</i>	31
<i>Kelstrup, M.</i>	45
<i>Kjellman, N-I M.</i>	62
<i>Koch, C.</i>	35-58
<i>Krabbe, S.</i>	27-31
<i>Kramarz, D.</i>	45
<i>Krasilnikoff, P.A.</i>	54-55-57-58-59-60
<i>Lassen, L.B.</i>	19
<i>Lillquist, K.</i>	26
<i>Lockwood, K.</i>	26
<i>Mauritzen, K.</i>	25
<i>Melchior, J.C.</i>	69
<i>Møller, B.</i>	68
<i>Møller, S.</i>	47
<i>Nielsen, M. Dankjær</i>	37
<i>Nielsen, O.H.</i>	25-38-60
<i>Nielsen, S.</i>	50
<i>Nørgaard, K.</i>	66
<i>Pedersen, F. Karup</i>	17
<i>Pedersen, P.S.</i>	57
<i>Pedersen, S.</i>	44-64
<i>Peitersen, B.</i>	11
<i>Petersen, K.E.</i>	37
<i>Philip, P.</i>	35
<i>Plesner, A.-M.</i>	11
<i>Rafn, E.</i>	52
<i>Rasmussen, K.</i>	35
<i>Rasmussen, S.N.</i>	60
<i>Riis, P.</i>	72
<i>Rotne, H.</i>	11-52
<i>Schiøtz, P.O.</i>	57-60
<i>Scheibel, E.</i>	11-16
<i>Schmidt, A.</i>	41
<i>Schrøder, H.</i>	11-18
<i>Schwartz, M.</i>	35
<i>Sizonenko, P.D.</i>	29
<i>Skakkebæk, N.E.</i>	37
<i>Skottum, T.</i>	19

<i>Stafanger, G.</i>	.....	45
<i>Storm, K.</i>	.....	62-63
<i>Støving, S.</i>	.....	57
<i>Teisner, B.</i>	.....	36
<i>Thelle, T.</i>	.....	24-65
<i>Therkelsen, A.J.</i>	.....	35
<i>Uldall, P.</i>	.....	23
<i>Valerius, N.H.</i>	.....	35-59
<i>Verder, H.</i>	.....	52
<i>Warburg, M.</i>	.....	34
<i>Westergaard, J.G.</i>	.....	36
<i>Winther-Rasmussen, S.</i>	.....	55
<i>Worning, H.</i>	.....	57
<i>Yssing, M.</i>	.....	13
<i>Zachau-Christiansen, B.</i>	.....	34
<i>Østerballe, O.</i>	.....	62-63
<i>Østergaard, P.A.</i>	.....	44

Selskabet har nu 286 medlemmer. I det forløbne år har 22 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 3.9.1982 konstituerede bestyrelsen sig med Vagn Holm som næstformand, Jens Løchte (repræsentant for DBO) som kasserer, Bendt Brock Jacobsen som videnskabelig sekretær, Elma Scheibel (repræsentant for YP) som faglig sekretær og undertegnede som formand.

Der har i årets løb været afholdt 9 møder, hvoraf de 6 var temamøder. Desuden et fællesmøde med selskaberne for infektionsmedicin, mikrobiologi samt obstetrik og gynækologi om herpesvirus infektioner. Det årlige vårmøde med ledsagere blev afholdt i Viborg. Bestyrelsen vil gerne bringe en tak til Jørgen Haahr og Ole Østerballe for det fortræffelige arrangement.

Den 11. november 1982 fremsendte vi til Specialistnævnet det endelige forslag angående etablering af ekspertområdet pædiatrisk allergologi. Efter aftale med formanden for udvalget, Jørgen Bent Andersen, blev den ændret fra at indeholde §14-krav til at angive retningslinier for anerkendelse i ekspertområdet, da man anså, at en sådan anerkendelse lige så vel kunne være relevant for den praktiserende læger som for den hospitalstilknyttede (aftrykt i årbogen 1981/82). Vi har endnu ikke hørt om forslaget skæbne i Specialistnævnet.

Samtidig blev der rykket for Specialistnævnets afgørelse angående børneurologi. Vi modtog den 6.1.1983 det svar, at sagen ville blive behandlet i begyndelsen af 1983, og at man herefter ville underrette os. Heller ikke denne sag har vi hørt mere om.

De nye bestemmelser vedrørende speciallægeuddannelsen er nu trådt i kraft, og i forbindelse med denne ikrafttræden har Specialistnævnet skitseret en overgangsordning for de læger, der har påbegyndt uddannelse i de forskellige specialer.

Sundhedsstyrelsen indkaldte derfor ansøgninger fra disse læger og angav minimumskravene pr. 1.1.1983 som:

1. gennemført almenuddannelse og
  2. mindst 3 års ansættelse i specialet, som hovedregel på 2 afdelinger.
- Disse ansøgninger skulle grovsorteres af Sundhedsstyrelsen og derefter behandles af Specialistnævnet sammen med specialernes tilforordnede.
- For snarest muligt at få taget stilling til behovet for uddannelseskapacitet i pædiatri afholdt Uddannelsesudvalget og bestyrelsen sammen med Sundhedsstyrelsens tilforordnede i pædiatri den 4.3.1983 et fællesmøde. Det blev oplyst, at 19 læger havde søgt om overgangsordning i pædiatri, men ikke hvem, ej heller om alle opfyldte Sundhedsstyrelsens ovenstående krav. Ved telefonisk kontakt med Sundhedsstyrelsen fik vi løfte om kopier af de pågældendes curriculum vitae, og der blev der-

efter nedsat et lille udvalg, der skulle gennemgå materialet og underrette disse 19 om, hvorvidt de kunne anses for kvalificerede til at gennemgå teoretisk kursus i pædiatri i henhold til Uddannelsesudvalgets gældende kriterier, alternativt hvad de manglede. Udvalget kom til at bestå af Friis-Hansen, Carsten Heilmann, Vagn Holm, Knud Petersen og Thomdrup.

Et andet problem i forbindelse med den nye uddannelsesordning for speciallæger er, at der ikke er penge til aflønning af de kliniske postgraduate lektorer. De er derfor blevet omdøbt til kliniske tutorer og forventes at yde deres indsats *con amore* - eller i det mindste at fungere som kontaktpersoner mellem Sundhedsstyrelsen og de ansatte i uddannelsesstillinger. Det er blevet pålagt amterne at sørge for, at der udpeges en speciallæge hertil ved enhver uddannelsesafdeling.

Sluttelig har Sundhedsstyrelsen anmodet om, at Selskaberne udarbejder målsetninger for, hvad de kommende speciallæger skal lære i introduktionstilling, i uddannelsesstilling samt i 1. reservelægestilling. Bestyrelsen har anmodet Uddannelsesudvalget om at arbejde med dette.

På foranledning af Indenrigsministeriet har FAS anmodet samtlige specialselskaber og organisationer om at redegøre for, hvad praktiserende speciallæger ikke kan påtage sig at undersøge og behandle. Anmodningen var en hastesag og kunne derfor ikke gøres til genstand for egentligt udvalgsarbejde. Ragnhild Dissing og Else Andersen har udarbejdet en besvarelse, som blev indsendt til FAS og senere videresendt til indenrigsministeriet (vedlægges som bilag).

På foranledning af Jens Kamper har selskabet i foråret udsendt en rundspørge til dels overlæger, dels reservelæger ved landets samtlige pædiatriske afdelinger for at få belyst de lægefaglige arbejdsforhold under den nugældende overenskomst for yngre læger. Resultatet af opinionsundersøgelsen med Enqueteudvalgets kommentarer er blevet tilsendt de administrerende overlæger for børneafdelingerne samt DADL. Den væsentligste konklusion af besvarelsene er, at der er bred enighed blandt såvel overlæger som yngre læger om, at uddannelsen er blevet lidende ved den gældende overenskomsts arbejdstidsbestemmelser.

I forbindelse med det i foråret 1983 afholdte efteruddannelseskursus anmodede Uddannelsesudvalget selskabet om at give økonomisk støtte, hvad vi imidlertid ikke var i stand til. Bestyrelsen overvejede at bruge penge fra Jubilæumsfonden, men fondens fundats tillader kun anvendelse til forskningsformål, og heller ikke derfra kunne der således ydes bidrag. - Bestyrelsen vil gerne anmode generalforsamlingen om tilkendegivelser af, om man anser, at efteruddannelseskurser må være den enkelte problem eller om selskabet bør yde bidrag til disse kurser. Vi må dog samtidig gøre opmærksom på, at en væsentlig kontingentforhøjelse vil være uundgåelig, hvis vi skal være i stand til at yde nævneværdige bidrag. Såfremt generalforsamlingen mener, at der skal ydes bidrag, vil bestyrelsen fremsætte forslag om kontingentforhøjelse, formentlig på 100,- kr. pr. år.

Dansk Teratologisk Selskab er blevet nedlagt og har skænket sin kapital til DPS' Jubilæumsfond, der således er blevet udvidet med kr. 11.153,84. - I denne forbindelse vil jeg henlede opmærksomheden på, at der aldrig er blevet uddelt midler fra fonden, da der aldrig har været ansøgere. Bestyrelsen vil i den nærmeste fremtid meddele et tidspunkt for årlige ansøgninger til Jubilæumsfonden.

I anledning af, at sygehuslæreren ved en børneafdeling er blevet afskediget af sparehensyn, skrev bestyrelsen den 7.4.1983 til undervisningsministeren og henstillede, at han drager omsorg for, at sygehusundervisningen ikke rammes af skadevoldende sparebestræbelser. Undervisningsministeren har den 10.6.1983 skriftligt forsikret om, at han også betragter sygehusundervisningen som et vigtigt og uundværligt tilbud til de børn, der i længere tid er indlagt på sygehus. Han finder ikke grund til at tvivle på, at amtskommuner og kommuner, der er ansvarlige for denne undervisning, er enige i denne vurdering.

Dansk Selskab for Oligofreniforskning har til orientering sendt kopi af forslag til Specialistnævnet om lægeligt ekspertområde i oligofrenologi. Man foreslår herunder, at speciallægeanerkendelse i pædiatri + 2 års 1. reservelægetid på godkendt oligofreniaafdeling + 6 måneders ansættelse på genetisk afdeling samt teoretisk kursus i neuropædiatri, social pædiatri og epileptologi skal være kvalificerende. Andre indgange til ekspertområdet foreslås at være børnepsykiatri, neuromedicin, psykiatri og langtidsmedicin/medicin.

Foranlediget af lock-out'en mod de FAS-tilsluttede skolelæger har bestyrelsen den 11.7.1983 skriftligt anmodet de to forhandlingsparter, Kommunernes Landsforening og DADL, om "snarest at genoptage forhandlingerne og bringe konflikten til ophør, således at skolelægearbejdet kan fortsætte uden at lide yderligere skade".

Afslutningsvis skal det nævnes, at Fremtidsudvalget er ved at lægge sidste hånd på sin betænkning, der ventes udsendt til medlemmerne i begyndelsen af efteråret. Det er hensigten at indkalde til ekstraordinær generalforsamling den 4. november 1983 med henblik på diskussion af rapporten.

HANS JØRGEN ANDERSEN

I kursus 82/83 deltog 12 kursister i de 4 obligatoriske kurser. Der har været deltagelse i Sundhedsstyrelsens integrerede kurser i klinisk farmakologi (10) og klinisk mikrobiologi (10). Herudover har enkelte kursister deltaget i SOSA kursus. I selskabets eget regie er afviklet 4 valgfri kurser i endokrinologi (15), cardiologi (15), og lungesygdomme (15). Et planlagt kursus i væske og elektrolytter har først kunnet afholdes i september 83 (15).

Uddannelsesudvalget går ind for, at en fordeling af 10 kurser på 4 obligatoriske, 4 valgfri og 2 integrerede, er det optimale. Udvalget er stemt for at godkende maksimalt 2 ud af 10 uden for selskabets eller Sundhedsstyrelsens regie. Det bør være pædiatrisk relevante kurser, der indeholder mindst 15 timer.

Udvalget har indstillet, at 1. reservelægeansættelse godkendes som sådan i speciallægeuddannelsen, når de 4 obligatoriske kurser er gennemgået.

#### Efteruddannelseskursus.

Et efteruddannelseskursus i adolescensmedicin er afviklet i april 1983. Der var forskellige økonomiske problemer, og kurset afvikledes som externatkursus på Rigshospitalet.

#### Kursusledermøde

har været afholdt 23.11.1982 bl.a. med drøftelse af nyt administrationscirkulære og retningslinier for kursusdeltagelse samt principper i regnskab og budget.

#### Uddannelsesudvalget.

Birgitte Djernes har været erstattet af Arne Høst. Udvalget har fundet det hensigtsmæssigt, at Knud E. Petersen både var formand og kursusleder, således at de 2 sekretariater kunne slås sammen.

#### Ny speciallægeuddannelse.

Den nye speciallægeuddannelse blev drøftet ved generalforsamlingen sidste år. Som bekendt trådte de nye speciallægeregler først i kraft pr. 1.1.1983, hvorfor de oprindeligt udvalgte til undervisningsstillinger blev betragtet som ansat i kursusstillinger i henhold til 1974-bestemmelserne.

#### Nye undervisningsstillinger

til besættelse pr. 1.9.1983 blev opslået i marts måned. Der fremkom 24 ansøgninger, og uddannelsesudvalget placerede 4 ansøgere i gruppen ikkekvalificerede, 9 kvalificerede og 11 velkvalificerede i henhold til de offentliggjorte kriterier. Ved et derpå følgende møde med undervisningsafdelingernes chefer udpegedes 7 af de velkvalificerede og 1 af de kvalificerede til de 8 undervisningsstillinger.

### Overgangsordningen.

Allerede sidste år foretoges en udpegning, således at 4 deltog ekstraordinært i kursus 82/83 og yderligere 3 blev udpeget til de obligatoriske kurser 83/84.

Specialistnævnet indkaldte ved nytårstid til en individuel uddannelsesbedømmelse blandt læger, som pr. 1.1.1983 opfyldte krav om gennemført almenuddannelse og mindst 3 års ansættelse i specialet, som hovedregel på 2 afdelinger. Behandlingen af disse ansøgninger foregår i samarbejde med Specialistnævnet og de tilforordnede og var ikke afsluttet, da der skulle tages stilling til undervisningsstillingerne. Der blev derfor på et møde mellem bestyrelse, Uddannelsesudvalg og tilforordnede nedsat et udvalg bestående af de tilforordnede og deres suppleanter (der samtidig repræsenterede bestyrelsen og uddannelsesudvalget) samt en yngre læge fra Uddannelsesudvalget. Dette lille udvalg har fra Specialistnævnet fået en oversigt over de 19, der har søgt overgangsordning i pædiatri. Der har været forskellige uklare punkter, men blandt 13, som opfyldte kriterierne for at søge overgangsordningen, var de 3, som på forhånd var sikret optagelse på de obligatoriske kurser 83/84, og udvalget har herudover foreslået, at 2 af de andre tages med på kursus 83/84 under forudsætning af Specialistnævnets accept. (I øvrigt er 2 af dem, der har søgt overgangsordningen, blevet udpeget til undervisningsstilling).

Alt i alt er der til kursus 83/84 udpeget 8 (undervisningsstillinger) + 3 (fra sidste år) + 2 (fra overgangsordningen), i alt 13 kursister. Det er udvalgets skøn, at det vil være muligt at tage dem, som de tilforordnede og Specialistnævnet måtte anbefale, med på kursus i de kommende par år.

### Kursus 83/84

er annonceret i kursusoversigten, og der vil ikke længere blive udsendt besked til selskabets medlemmer. Det er planen, at kursuslederen aftaler med dem, der er optaget på de obligatoriske kurser, hvilke valgfrie og integrerede kurser, de ønsker, og at en fordeling herefter godkendes af udvalget. Herudover er de, der tidligere har haft kursus, men endnu ikke har 10 kurser, opfordret til at søge i henhold til kursusoversigten, men i øvrigt kan alle interesserede søge.

Sundhedsstyrelsen har netop godkendt en udvidelse af budgettet, således at de enkelte pædiatriske kurser nu kommer op på 16 timer, og der er herudover honorar til deltagere i paneldiskussion, gruppearbejde o.l. Der er også sket en tiltrængt regulering af sekretariatsudgifterne.

### Nye integrerede kurser.

Der foreligger en skitse til et tværfagligt tilvalgskursus i psykosomatik for læger i pædiatrisk og børnepsykiatrisk speciallægeuddannelse. Fra pædiatrisk side indgår M. Fjord Christensen som kursusleder. Kursus afholdes muligvis i februar 1984.

Der har været forhandlinger om et 5-dages forsøgskursus (internat) i klinisk genetik med deltagelse af pædiatere, obstetrikere og med repræ-

sentation i kursusledelsen af Lars Bolund (professor i genetik i Århus). Det første kursus kan muligvis afholdes i efteråret 1984.

Ændrede A-kriterier.  
Se særskilt forslag.

Bekendtgørelser og bestemmelser.  
Der gøres opmærksom på indenrigsministeriets bekendtgørelse nr. 323 af 2. juni 1982 om speciallæger, Ugeskr. for Læger 1982:144:2686.

Sundhedsstyrelsens bestemmelser af 5.9.1982 om uddannelse af speciallæger, Ugeskr. for Læger 1983:145:613.

I den forbindelse er administrationscirkulæret (cirkulæret om administration af den teoretiske videreuddannelse til speciallæge) ajourført, ligesom retningslinier for deltagelse i den teoretiske videreuddannelse er revideret. Der er indført et kursusbevis og et specielt dokumentationsark ved ansøgning om anerkendelse til speciallæge.

Den kliniske videreuddannelse.  
Sundhedsstyrelsen har i et brev af 16.3.1983 anmodet om, at der på afdelinger med undervisningsstillinger udpeges en speciallæge til varetagelse af den kliniske tutorfunktion (der er redegjort for dette i Ugeskr. for Læger 1983:145:1267).

Specialistnævnets udvalg vedrørende den kliniske videreuddannelse har anmodet selskabet om i det kommende års tid at arbejde med udformningen af kliniske uddannelsesprogrammer, evt. ved at afholde medlemsmøder med dette emne. Selskabet skal altså udforme en målsætning for introduktionsstillingen, undervisningsstillingen og 1. reservelægestillingen. Man forestiller sig, at et uddannelsesforløb beskrives som et formaliseret klinisk uddannelsesprogram med stadig gensidig evaluering. - Selskabet har allerede tidligere udarbejdet et forslag til formålet med undervisningsstillingen og den postgraduate kliniske lektor (nu tutor)-funktion.

I øvrigt har Uddannelsesudvalget beskæftiget sig med berettigelsen af pædiatriske ekspertområder, men afventet Fremtidsudvalgets udspil på dette område. Herudover har man beskæftiget sig med den forringede uddannelse på afdelingerne, men afventet resultatet af bestyrelsens enquete til de pædiatriske afdelinger.

Kapacitet i pædiatri.  
Ajourført tabel over afdelingernes normering og sengetal vedlagt.

KNUD E. PETERSEN



Tabel

ANTALLET AF AFDELINGER, SENGEPLADSER OG STILLINGER PÅ PÆDIATRISKE AFDELINGER pr. 1. SEPTEMBER 1983.

Afdelinger	Senge	0	R <sub>1</sub>	r
<u>Afdelinger med undervisningsstillinger ("a")</u>				
Rigshospitalet, G (incl. TG)	78	7	7	16
Børnehospitalet på Fuglebakken	75	3	7	14
KAS Gentofte	80	2	6	8
KAS Glostrup	82	4	5	8
Odense	84	3 (4)	6	8
Århus	84	2 (3)	5	7
Ålborg	85	3	5	11
I alt	568	24	41	72
<u>Afdelinger, godkendt til 18 mdr. R<sub>1</sub> ("b")</u>				
Sundby Hospital	40	1	4	7
Hillerød	86	3	7	9
Næstved	41	1	4	8
Kolding	52	2 (3)	6	7
Herning	65	3	5	6
Viborg	50	2 (3)	4	7
Roskilde	56 (46)	1 (2)	4	7
Esbjerg	53	1 (2)	5	6
I alt	443	14	39	57
<u>Afdelinger, godkendt til 6 mdr. R<sub>1</sub> og/eller 6 mdr.s introduktionsuddannelse ("d")</u>				
Slagelse	32	1	1	6
Nykøbing F.	30	2	2	2
Holbæk	43	1	4	6
Sønderborg	46	2	2	4
Hjørring	23	1	2	4
Randers	27	2	2	5
Rigshospitalet, GN (Rigshospitalets klinik for CP) (Rigshospitalets socialpædiatriske amb.)	38	1	3	8
I alt	239	10	17	35
Alle afdelinger	1250	48 (+6)	97	164

§14 udvalget har behandlet 4 sager (vedrørende overlægestillinger i Viborg, Århus, Esbjerg og Roskilde). Ved den ene af disse sager opstod der problemer, fordi en ansøger havde afgivet utilstrækkelige oplysninger om en ansættelse i udlandet, hvilket medførte, at §14 udvalget ikke ville anerkende denne ansættelse som ligeværdig med en 1.reservelæge-ansættelse her i landet. Ansøgeren gjorde indsigelser mod udtalelsen og fremkom med yderligere oplysninger, som medførte, at §14 udvalget ændrede sin udtalelse med anerkendelse af den pågældende tjeneste som 1.reservelæge-tjeneste med deraf følgende ændring i ansøgerens klassifikationsniveau.

JØRGEN VESTERDAL

Udvalgets sammensætning:

Niels Jacob Brandt (formand), N. Chr. Christensen (i stedet for Kamper, som udtredte oktober 1982), Bendt Brock Jacobsen, Birgit Peitersen og Erik Thamdrup.

Der har været afholdt i alt 4 møder koncentreret om følgende punkter:

1. Hypothyreosescreeningen.

Udvalget har forestået indsamlingen af data på samtlige patienter, som er diagnosticerede efter indførelsen af screeningen i oktober 1977, altså også ud over den første to-årige forskningsperiode. Dataindsamlingen er næsten komplet og har mødt stor velvilje på alle de pædiatriske afdelinger. Der er udarbejdet ny instruks til samtlige pædiatriske afdelinger med henblik på tydningen af screeningsresultaterne. Der er stadig ikke etableret en pædiatrisk konsulentordning på Serum instituttet, trods flere forhandlinger i årets løb, hvilket udvalget finder overordentlig utilfredsstillende.

2. Adrenogenitalt syndrom.

Udvalget har overvejet, om det er rimeligt at iværksætte en landsomfattende screening ved hjælp af 17-hydroxyprogesteron bestemmelse på filterpapirprøverne. Serum instituttet har arbejdet med en radioimmunologisk teknik med henblik herpå, men teknikken fungerer ikke tilfredsstillende, og man overvejer nu at skifte til enzymkoblet analyse.

Ifølge litteraturen vil langt de fleste patienter være diagnosticerede inden screeningssvaret er indløbet, og udvalget finder derfor ikke, at man uden videre kan anbefale neonatal screening. Et særligt problem udgør eskimopopulationer, hvorfor det måske vil være rimeligt at undersøge alle nyfødte på Grønland. Udvalget finder det rimeligt at anbefale en to-årig forsøgsperiode med henblik på at belyse screeningens værdi, dels som landsomfattende projekt, dels specifikt for grønlandske børn.

3. Cystisk fibrose.

Det er muligt ved hjælp af det forhøjede trypsinindhold i plasma hos patienter med cystisk fibrose at screene for denne sygdom ved hjælp af PKU-prøvekortene. Udvalget mener, at en landsdækkende screening først bør gøres i det øjeblik, man enten råder over en mere effektiv behandling af lungelidelsen eller en sikker profylakse ved hjælp af prænatal diagnostik.

4. Familier hypercholesterolæmi.

Neonatal screening for denne sygdom er foreslået af dr. Gunnar Eg Andersen, som har haft møde med screeningsudvalget herom. Det er formentlig muligt at diagnosticere sygdommen på PKU-kortene ved hjælp af bestemmelse af apolipoprotein A-I og B. Hyppigheden af heterozygoter ved denne dominant arvelige lidelse er ca. 1:500 nyfødte.

De etiske og praktiske aspekter er mangfoldige, bl.a. hvorledes man sikrer sig en kontrolgruppe, og at patienterne kan følges tilstrækkeligt længe til at man med sikkerhed kan afgøre, om behandlingen er virksom eller ikke på lang sigt. Screeningsudvalget har anbefalet, at der udføres et pilotstudie omfattende neonatal screening af 10.000 danske børn. Herved vil omfanget, økonomien og de tekniske muligheder, herunder antallet af falsk positive og falsk negative kunne belyses. Når resultaterne fra pilotstudiet foreligger, bør disse lægges frem til diskussion i et større forum, inden man tager stilling til en evt. landsdækkende screening.

5. Hereditær galaktosæmi.

Der screenes for denne sygdom i mange vest-europæiske lande, i Skandinavien dog kun i Sverige. Sygdommens hyppighed er formentlig omkring 1:40.000. Fra udenlandske undersøgelser vides, at over 20% af patienterne vil være døde, inden screeningsresultatet vil være nået frem. Her i landet vil en screening formentlig medføre, at der diagnosticeres 1-2 patienter om året. Man kan ikke uden videre anbefale at gå igang med landsdækkende neonatal screening, men udvalget vil støtte en evt. pilotundersøgelse.

6. Progressiv muskeldystrofi.

Neonatal screening foretages kun få steder. Der er ingen behandlingsmulighed. Det er beregnet, at den profylaktiske værdi i form af tidlig diagnostik og deraf følgende genetisk rådgivning vil kunne forebygge ca. 10% af tilfældene. Resultatet af screeningen er således først og fremmest, at familien får tidlig orientering om diagnosen, hvilket naturligvis i mange situationer kan være en fordel (tilrettelæggelse af økonomi, bolig til handicappede etc.). Sygdommen kan ikke diagnosticeres prænatalt. Alt i alt finder udvalget ikke, at der er tilstrækkeligt grundlag til at anbefale landsdækkende neonatal screening.

N. J. Brandt

## RAPPORT FRA ONKOLOGIUDVALGET 1982/83

*I det forløbne år er der indledt en dansk registrering af samtlige børn med solide tumorer som snarest forventes udbygget til en nordisk registrering i samarbejde med de nordiske landes cancerregistre. Herefter vil der være etableret en fælles nordisk registrering med tilhørende databehandling af samtlige børn med maligne sygdomme.*

*Der er nu også på nordisk plan vedtaget retningslinier for behandling af børn med ALL i intermediær risiko, hvilket indebærer, at ca. 3/4 af børn med ALL i Norden behandles efter fælles nordiske retningslinier. Den sidste 1/4 (patienter med ALL i høj risiko) forventes at indgå i en fælles nordisk behandlingsplan efter styrelsesmødet i København i oktober 1983.*

*Det er vedtaget at omdanne den eksisterende forening (Nordiska Forening for Pædiatrisk Onkologi) til en Nordisk Forening for Pædiatrisk Hæmatologi og Onkologi i forbindelse med et møde i Reykjavik 1984. Samtidig ophører den Nordiska Barnhematologklub med at eksistere.*

HENRIK HERTZ

Jeg har skrevet til Sundhedsstyrelsen og forsøgt at få et selvstændigt nummer til pludselig uventet spædbarnsdød, men da disse børn indbringes døde til hospitalet, indgår de ikke i sygehusstatistikken, og det er derfor ikke muligt at få Sundhedsstyrelsen til at interessere sig for dette problem.

Ligeledes har jeg forsøgt at få et selvstændigt nummer til de såkaldte "near miss"-tilfælde, men det er ikke lykkedes mig at gøre Sundhedsstyrelsen begribeligt, hvad det egentlig drejer sig om. De har foreløbig foreslået, at det skulle rubriceres under sygdomme hos nyfødte og fostre, men det er åbenlyst absurd.

Da brevvekslingen tager mange måneder hver gang, varer det nok en rum tid, inden dette problem løses.

Jeg har bedt om et selvstændigt nummer for Schönlein-Henoch's purpura (der i øjeblikket har samme nummer som petekkier i al almindelighed), og det kan Sundhedsstyrelsen godt forstå, men mener, at det i øjeblikket er teknisk uigennemførligt at give denne sygdom et selvstændigt nummer. Denne begrundelse er vanskelig at forstå, da de samtidig har givet os lov til at give cystis synovialis poplitea (Baker-cyste) et selvstændigt nummer, nemlig 731.05.

JØRGEN VESTERDAL

## RAPPORT FRA MYELOMENINGOCELE GRUPPEN 1982/83

*Den tværselskabelige myelocellegruppe med repræsentanter for obstetrikere, neurokirurger, ortopædkirurger og Dansk Pædiatrisk Selskab ved undertegnede har suppleret sig med overlæge B. Nørgaard-Pedersen fra klinisk-kemisk afdeling i Sønderborg.*

*Gruppen har udarbejdet en rapport om organisationen af den lægelige service for myelocelapatienter i Danmark, har ikke fundet anledning til at anbefale nogen reorganisation, omend patienttilgangen er voldsomt dalende, men der er enighed om, at nyfødte myelocelbørn bør indlægges på en pædiatrisk afdeling til diagnosticering og planlægning af den initiale behandling, dvs. en pædiatrisk afdeling på et sygehus, hvor der findes en neurokirurgisk afdeling.*

*Der er ikke udarbejdet egentlige selektionskriterier, til gengæld har gruppen koncentreret sig om en bred beskrivelse af den prænatale diagnostik og dennes indførelse på landsplan.*

*Rapporten vil være færdigskrevet i løbet af sommeren 1983, og vil blive forelagt de respektive selskaber i løbet af efteråret.*

B. ZACHAU-CHRISTIANSEN

Melchior blev valgt til dirigent.

Formandsberetningen var udsendt i forvejen. Formanden fremhævede ønsket om, at generalforsamlingen tilkendegav, om man var villige til en kontingentforhøjelse, således at selskabet var i stand til at yde økonomisk støtte til efteruddannelseskurser. En kontingentforhøjelse på f.ex. 100,- kr. vil medføre, at man kan dække ca. halvdelen af udgiften til et kursus hvert 3 år. Løchte påpegede, at man kan have det synspunkt, at man selv bør betale, hvis man vil på efteruddannelseskursus, men at han i øvrigt ville stemme for forslaget. Der var ikke yderligere kommentarer til formandsberetningen, som blev godkendt.

Herefter fulgte beretningerne fra udvalgene:

Friis-Hansen anførte som Specialistnævnets tilforordnede, at man især havde behandlet sager om speciallægeanerkendelse. Problemer kan opstå, hvis en del af uddannelsen har fundet sted i udlandet. Det er endnu ikke afgjort, om man altid skal gennemgå det danske teoretiske kursus. Vedrørende §14-udvalget henviste Vesterdal til den skriftlige beretning.

Fra Uddannelsesudvalget gennemgik Knud Petersen nogle punkter fra den udsendte beretning og kom med yderligere følgende kommentarer: Kursus i børnepsykiatri skal fortsat erstatte ophold på en børnepsykiatrisk afdeling, idet de nødvendige stillinger endnu ikke er bevilget. På 4 af de 7 afdelinger med undervisningsstillinger er der udpeget en klinisk tutor, dog et sted under protest. Knud Petersen udbad sig kommentarer fra de medlemmer, der havde deltaget i SOSA-kurset.

Vesterdal anførte, at de kliniske tutorer bør have en skriftlig udtalelse om, at de har bestridt denne funktion.

Man gik herefter over til diskussion af uddannelsesudvalgets forslag til ændrede kriterier for kvalifikationsbedømmelsen ved udvælgelse til undervisningsstillinger.

Scheibel fremkom med et af YP udarbejdet ændringsforslag, som anførte, at en betingelse for at kunne komme i betragtning ved udvælgelsen til undervisningsstillingerne skal være, at Sundhedsstyrelsens minimumskrav er opfyldt. Ansøgerne inddeles herefter i kvalificerede og velkvalificerede efter de af uddannelsesudvalget foreslåede A- og B-kriterier. Kun hvis der ikke er et tilstrækkeligt antal ansøgere, der opfylder A-kriterierne, kan andre ansøgere, som opfylder Sundhedsstyrelsens minimumskrav komme i betragtning. Knud Petersen mente, at dette forslag kunne øge risikoen for, at mindre kvalificerede blev valgt til undervisningsstillingerne, og at udvælgelsen blev vanskeligere.

YP's forslag blev vedtaget.

Vesterdal henviste til den skriftlige rapport fra diagnoseudvalget. Haahr anførte, at der i Viborg var opstået en del problemer i forbindelse med overgang til EDB. Det blev vedtaget, at diagnoseudvalget i



samarbejde med Haahr skal forsøge at løse problemerne.

Fra Onkologiudvalget anførte Hertz, at der nu er dannet en nordisk forening for pædiatrisk hæmatologi og onkologi, og foreslog, at Onkologiudvalget blev ændret til Dansk Pædiatrisk Selskab's Udvalg for Hæmatologi og Onkologi. Dette blev vedtaget.

Fra Vaccinationsudvalget berettede Karup Pedersen, at der til indenrigsministeriet var sendt en anbefaling af at indføre vaccination mod meslinger, fåresyge og røde hunde i 15 måneders alderen og re-vaccination i 12 års alderen. Anbefalingen var blevet tilbagesendt med ønsket om en cost-benefit-analyse, som er ved at blive udarbejdet.

Retningslinierne for hepatitis B-vaccination er offentliggjort i Ugeskriftet. De nye retningslinier vedrørende kighostevaccination vil blive udsendt med vaccinen til efteråret.

Der var ingen kommentarer til Screeningsudvalgets rapport.

Vedrørende Myelomeningecelegruppens arbejde henviste Zachau-Christian sen til den skriftlige beretning.

Vagn Holm meddelte, at man i Nordisk Pædiatrisk Forening var bekymret over, at deltagerantallet i de nordiske kongresser aftager, og at man har diskuteret hvilke forholdsregler, man kan tage for at hindre dette. Næste møde er planlagt i Uleåborg i juni 1985.

Repræsentanterne i Dansk Medicinsk Selskab havde intet særligt at berette.

Fra Foreningen for Familieplanlægning fortalte Friis-Hansen, at man på sidste bestyrelsesmøde havde diskuteret muligheden for at udbrede kendskab til antikonception og hermed nedbringe antallet af aborter.

Kassereren havde på forhånd udsendt regnskabet, og dette blev godkendt. Vår mødet havde givet overskud. Det blev vedtaget at øge kontingentet fra 300,- til 400,- kr.

Herefter fulgte valg til udvalg:

I Uddannelsesudvalget var Høst indtrådt i stedet for Birgitte Djernes. Kamper ønskede ikke genvalg, i stedet blev Jens Christoffersen valgt. Melchior ønskede at ophøre som repræsentant for Dansk Medicinsk Selskab, i stedet blev Pærregaard valgt.

Friis-Hansen havde meddelt, at han ønskede at fratræde som Specialistnævnets tilforordnede. Det blev vedtaget, at afløseren skal vælges ved næste generalforsamling, som formentlig bliver til november.

Øvrige udvalgsposter blev genbesat.

Vesterdal og Pærregaard blev genvalgt som revisorer.

Brock Jacobsen ønskede at træde ud af bestyrelsen. I stedet blev Niels Clausen valgt.

Øvrige bestyrelsesmedlemmer blev genvalgt.

Til slut opfordrede Verder bestyrelsen til at udarbejde nye vedtægter således at funktionstiden i DPS's forskellige udvalg blev fastlagt.

Ref.: ELMA SCHEIBEL

FORSLAG TIL ÆNDRERE KRITERIER FOR UDDANNELSESUDVALGETS KVALIFIKATIONS-  
BEDØMMELSE I PROCEDUREN VED UDVÆLGELSE TIL UNDERVISNINGSSTILLINGER OG  
OBLIGATORISKE KURSER.

Hidtidige krav:

A-kriterier (min. krav for kvalifikation):

1. 30 mdr. ansættelse uden for specialet, heri 6 mdr. intern medicin og 6 mdr. kirurgi.
2. 18 mdr. ansættelse på pædiatrisk afdeling, heri mindst 12 mdr. introduktionsuddannelse.

Disse minimumskriterier skal være opnået inden 1. september, hvor ansættelse og kursus starter.

Opdeling i velkvalificerede og kvalificerede ansøgere sker efter en samlet vurdering af den enkeltes kvalifikation i henhold til B-kriterierne: I første række anciennitet i specialet (dog således at ansættelse udover 3 år ikke nødvendigvis kvalificerer yderligere) og videnskabelig aktivitet. I anden række pædiatrisk relevant uddannelse i øvrigt (f.ex. børnepsykiatri, U-landspædiatri og ansættelse på institutioner for børn med psykiske og/eller fysisk handicap), uddannelse i andre specialer, som har relation til pædiatri og andre aktiviteter i øvrigt (kursusdeltagelse, undervisning, studierejser og faglige tillidshverv).

Det har været foreslået, at man i pædiatri - i lighed med f.ex. specialer i intern medicin og klinisk kemi - som minimumskriterier for at komme i betragtning ved udvælgelse til undervisningsstillinger og kursus, krævede 18 måneders almenuddannelse og 12 måneders introduktionsuddannelse (sv.t. kravene i speciallægeuddannelsen). Uddannelsesudvalgets flertal har dog ikke fundet det hensigtsmæssigt at reducere kravene så udtalt (fra 48 måneder til 30 måneder) bl.a. under henvisning til den nye overenskomsts følger for lægeuddannelsen. Uddannelsesudvalgets flertal foreslår derfor, at A-kriterierne ændres som følger:

1. 30 måneder ændres til 24 måneder udenfor specialet.
2. 18 måneders ansættelse på pædiatrisk afdeling opretholdes.

KNUD E. PETERSEN

YP's FORSLAG TIL KRITERIER FOR UDDANNELSESUDVALGETS  
KVALIFIKATIONSBEDØMMElse VED UDvÆLGELSE TIL UNDERVISNINGSSTELLINGER.

En betingelse for at kunne komme i betragtning ved udvælgelsen til undervisningsstilling er, at Sundhedsstyrelsens minimumskrav er opfyldt, dvs. at almenuddannelsen (18 måneder) og introduktionsuddannelsen (12 måneder) er gennemgået.

Ansøgerne vil blive inddelt i kvalificerede (hvis A-kriterierne er opfyldt) og velkvalificerede (efter en yderligere vurdering ud fra B-kriterierne).

Hvis der ikke er et tilstrækkeligt antal ansøgere, der opfylder A-kriterierne, kan andre ansøgere, som opfylder Sundhedsstyrelsens minimumskrav, komme i betragtning.

A-kriterier

1. 24 mdr. ansættelse uden for specialet.
2. 18 mdr. ansættelse på pædiatrisk afdeling, heri mindst 12 mdr. introduktionsuddannelse.

B-kriterier

I første række anciennitet i specialet (dog således, at ansættelse udover 3 år ikke nødvendigvis kvalificerer yderligere) og videnskabelig aktivitet.

I anden række pædiatrisk relevant uddannelse i øvrigt (f.ex. børnepsykiatri, U-landspædiatri og ansættelse på institutioner for børn med psykiske og/eller fysiske handicap), uddannelse i andre specialer, som har relation til pædiatri og andre aktiviteter i øvrigt (kursusdeltagelse, undervisning, studierejser og faglige tillidshverv).

---

Dette forslag blev vedtaget på generalforsamlingen den 2. sept. 1983.

DANSK PÆDIATRISK SELSKAB

Regnskab for perioden 1.8.1981 - 15.7.1983

INDTÆGTER

Kontingenter .....	78.600	
Overført fra jubilæumsfond .....	<u>2.933</u>	81.533

UDGIFTER

Administration .....	23.673	
Rejse- og mødeudgifter .....	14.591	
A-V udgifter .....	<u>2.715</u>	17.306
Gaver .....	135	
Kontingenter .....	12.623	
Udgifter årbog .....	15.216	
Annonceindtægter .....	<u>14.000</u>	1.216
Dækning af underskud CESP-møde .....	1.500	
Vår møde, kursusgebyr .....	19.380	
å conto betalt .....	-10.000	
afsat til yderligere udgifter .....	<u>- 9.380</u>	0
Regnskabsudarbejdelse .....	<u>976</u>	<u>57.429</u>
Resultat før renter .....		24.104
Renteindtægter .....		<u>2.291</u>
Resultat .....		<u>26.395</u>

FORMUE pr. 1.8.1982

Girobeholdning .....	14.023	
Københavns Handelsbank 4720-658631 .....	30.054	
Skyldige omkostninger .....	- 1.000	
Tilgodehavende kontingent .....	1.080	
-    annonce ved årbog .....	<u>2.700</u>	46.857
Resultat for året 1982/83 .....		<u>26.395</u>
Formue pr. 15.7.1983 .....		<u>73.252</u>

Som specificeres således

Girobehandling .....	5.566	
Københavns Handelsbank, 4720-658631 .....	74.216	
Tilgodehavende kontingenter .....	3.850	
Skyldige omkostninger .....	- 1.000	
Vår møde 1983, afsat til udgifter .....	<u>- 9.380</u>	<u>73.252</u>

Rønne, den 20. juli 1983

JENS LØCHTE  
kasserer

REGNSKAB FOR DANSK PÆDIATRISK SELSKABS JUBILÆUMSFOND

Renteindtægter .....	1.658
Gave .....	11.154
Overført til Dansk Pædiatrisk Selskab .....	- 2.933
Resultat .....	9.879

FORMUE pr. 1.8.1982

Københavns Handelsbank 4361-651499 .....	11.089
Resultat .....	9.879

FORMUE pr. 15.7.1983 .....

20.968

Som specificeres således

Københavns Handelsbank 4361-651499 .....	<u>20.968</u>
--	---------------

Rønne, den 20. juli 1983

JENS LØCHTE  
kasserer

Foreningen af Speciallæger  
Domus Medica  
Trondhjems-gade 9  
2100 København Ø.

Hillerød, den 11. marts 1983

Som svar på skrivelse af 23.2.1983 angående opgaver, som praktiserende speciallæger ikke kan påtage sig, skal man fremsætte følgende bemærkninger.

Praktiserende speciallæger i pædiatri kan ikke påtage sig at behandle:

1. Nyfødte, som har behov for observation og behandling af sygeplejersker og læger.
2. Børn med akutte sygdomme, der kræver intensiv overvågning og behandling.
3. Børn med lidelser, der kræver operation eller komplicerede undersøgelser, evt. i anæstesi.
4. Børn med visse former for epileptiske anfald, der kræver nøje observation.
5. Børn med komplicerede sygdomme, der kræver diagnostik og behandling i samarbejde med flere specialer.
6. Børn med sygdomme, som kræver observation af barnet udenfor dets hjemlige miljø, idet uheldige miljøfaktorer ofte provokerer sygdomssymptomerne.

Det fremgår af ovenstående, at børn, som har behov for indlæggelse på pædiatrisk specialafdeling, har behov både for pædiatrisk sygepleje samt behandling af speciallæger i pædiatri.

En nøje afgrænsning af børnepatienter til henholdsvis hospitalsafdeling og specialistpraksis lader sig ikke gennemføre. Man bør i hvert enkelt tilfælde lade sygdommens sværhedsgrad, barnets alder og de sociale forhold afgøre, om barnet kan undersøges og behandles i speciallægepraksis eller må indlægges på pædiatrisk afdeling. I mange tilfælde vil børn, der kræver langvarig behandling og kontrol efter en hospitalsindlæggelse, kunne følges i pædiatrisk speciallægepraksis.

Specialet pædiatri adskiller sig fra de fleste andre specialer ved, at klientellet kræver betydelig mere tid end voksne.

En væsentlig begrænsende faktor for ambulant pædiatri er de uforholdsmæssigt lave honorarer, som tvinger den praktiserende læger til at indlægge en række børnepatienter, som kunne behandles ambulant.

En ret høj procentdel af børn, som indlægges på pædiatrisk afdeling, indlægges akut. Det drejer sig om 75-80%. Disse patienter indlægges af praktiserende læger eller af vagtlæger. Dersom praktiserende specialister i pædiatri i højere grad kunne inddrages i sygdommens akutte fase, kunne en del af disse indlæggelser måske undgås.

RAGNHILD DISSING  
Praktiserende special-  
læge i pædiatri  
Rønnebær Allé 50  
3000 Helsingør

ELSE ANDERSEN  
Overlæge, dr.med.  
Pædiatrisk afdeling  
Amtssygehuset  
3400 Hillerød

BESTYRELSE, UDVALG m.v. UNDER DANSK PÆDIATRISK SELSKAB  
OG BESLÅGTEDE ORGANISATIONER pr. 4. NOVEMBER 1983

BESTYRELSE

Hans Jørgen Andersen (formand), Vagn Holm (næstformand), Niels Clausen (videnskabelig sekretær), Jens Løchte (kasserer), Elma Scheibel (faglig sekretær).

UDDANNELSESUDVALG

Knud Erik Petersen (kursusleder og formand), Klaus Vollmond, Jens Christoffersen, Erling Nathan, K.W. Kastrup, Carsten Heilmann, Arne Høst, 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

Niels Chr. Christensen og Erik Thamdrup med Vagn Holm og Knud Erik Petersen som suppleanter.

DIAGNOSEUDVALG

Jørgen Vesterdal, Henrik Sardemann og Gunnar Eg Andersen.

ALLERGIUDVALG

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

SCREENINGUDVALG

N.J. Brandt (formand), Birgit Pettersen, Niels Chr. Christensen, B. Brock Jacobsen og Erik Thamdrup.

VACCINATIONSUDVALG

Christian Koch og Freddy Karup Pedersen.

UDVALG FOR HÆMATOLOGI OG ONKOLOGI

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

FREMTIDSUDVALG

J.C. Melchior (formand), Ole Andersen, Kåren Fuglsbjerg, Vagn Holm,  
Jørgen Haahr, K.W. Kastrup, Søren Klebak, Niels Michelsen og Erik May.

MEMBER AF BESTYRELSEN I NORDISK PÆDIATRISK FORENING

B. Friis-Hansen, Else Andersen, P.A. Krasilnikoff. J.C. Melchior og  
N. Hobolth (generalsekretær).

REPRÆSENTANTER I DANSK MEDICINSK SELSKABS REPRÆSENTANTSKAB

P. Pærregaard, J. Vesterdal og T. Klinge.

REPRÆSENTANT I DEN TVÆRFAGLIGE MYELOMENINGOCELEGRUPPE

B. Zachau-Christiansen.

REPRÆSENTANT I FORENINGEN FOR FAMILIEPLANLÆGNING

B. Friis-Hansen og Knud E. Petersen.

DANSKE BØRNELEGERS ORGANISATIONS BESTYRELSE

J. Ramsøe Jacobsen (formand), Jens Løchte, Niels Michelsen og Niels  
Chr. Christensen.

YNGRE PÆDIATERES BESTYRELSE

Elma Scheibel (formand), Carsten Heilmann, Torben B. Sørensen, Peter  
Uldall og Arne Høst.



NYE MEDLEMMER I DPS 1982/83

Lisbeth Jess, København  
Jan Theodor Westphall, København  
Hannah Wulffsberg, København  
Jytte Larsen, Holbæk  
Aleksander Giwereman, Rødovre  
Karsten Kaas Ibsen, Virum  
Karen Brøndum Nielsen, Gentofte  
Birgitte Weile, Hellerup  
Inger Leer Pedersen, Herning  
Henrik Carstensen, København  
Mariane Rix, Kolding  
Jette Jansen, Charlottenlund  
Troels Lyngby, Århus  
Margrethe Muff Nielsen, Århus  
Henning Hørlyk, Vedbæk  
Alice Hjort Bernsen, Risskov  
Niels Gyiring, Ålborg  
Lene Tegllund Jensen, Herning  
Danuta Rytter-Kandel, Ishøj  
Seweryn Kandel, Ishøj  
Per Albertsen, Farum  
Peder Daugbjerg, Hørsholm

UDMELDTE AF DPS 1982/83

Lars Jeppesen, Roskilde  
Mogens Osler, København