

ÅRBOG

1988-89

Redigeret af Karin Brostrøm



DANSK PÆDIATRISK SELSKAB

FORORD

Årbogen 1988-89 viser den store aktivitet på det videnskabelige område, der har været i selskabet i det forløbne år.

Årbogen rummer som tidligere en del praktiske oplysninger, som har medlemmernes interesse.

Tak til vore annoncører for deres velvillige interesse for årbogen og til sekretær Hanne Claussen for renskrivning.

Med venlig hilsen

BESTYRELSEN

INDHOLDSFORTEGNELSE

MØDER & REFERATER AF FOREDRAG	Side
613. møde, 7. oktober 1988 DIABETES HOS BØRN	9
614. møde, 4. november 1988 BØRNENEUROLOGI	20
615. møde, 6. januar 1989 FRIE FOREDRAG	28
616. møde, 3. februar 1989 NEONATOLOGI	37
617. møde, 3. marts 1989 VÆKSTHORMONBEHANDLING	50
618. møde, 7. april 1989 BØRNS DAGLIGDAG - I OG UDENFOR SUNDHEDSVÆSENET	58
619. møde, 27. maj 1989 VÅRMØDE I SØNDERBORG	66
620. møde, 1. september 1989 PÆDIATRISK ENDOKRINOLOGI GENNEM TIDEN ORDINÆR GENERALFORSAMLING	76
FORFATTERINDEX	77
BERETNINGER	
Formandsberetning 1988/89	80
Beretning fra UDDANNELSESUDVALGET	83
- - KAPACITETS- OG FORDELINGSUDVALGET	84
- - ALLERGOLOGIUDVALGET	84
- - ERNÆRINGSUDVALGET	85
- - HÆMATOLOGI OG ONKOLOGIUDVALGET	86
- - AIDS-UDVALGET	87
- - UDVALGET FOR U-LANDSPÆDIATRI	87
- - INFORMATIONSDVALGET	88
- - VACCINATIONSUDVALGET	88
- - KNOGLEMARVSTRANSPLANTATIONSUDVALGET	88
- - DIAGNOSEUDVALGET	89

	side
Beretning fra SCREENINGSUDVALGET	89
- - § 14 RÅDET	89
Afdelings/bemandingsliste på pædiatriske afd. pr. 1.9.1989 ...	91
REFERAT	
af GENERALFORSAMLINGEN i DPS den 1. september 1989	92
KASSEREREN	
Regnskab for perioden 1.8.1988 - 4.7.1989	96
Regnskab for DPS' JUBILÆUMSFOND	97
DANSK PÆDIATRISK SELSKAB og beslægtede organisationer pr. 1. september 1989	
Bestyrelse, udvalg, kommissorier m.v.	98
DIVERSE ORIENTERINGER	
De Europæiske Fællesskabers Tidende	
Europæisk charter om børn indlagt på hospital	104
Svar på henvendelse til Sundhedsstyrelsens specialistråd om at anerkende børneallergologi, neuropædiatri og neonatologi som grenspecialer	108
NYE MEDLEMMER	
i DPS 1988/89	109

Programoversigt

1. K.E.Petersen (Børneafd., Kolding Sygehus):
Hvad er DSGD ?
2. J.Mølviq, M.Thomsen, A.Zerbib, C.de Preval, M.Abbal & J.Nerup (Niels Steensens Hospital):
Det genetiske grundlag for IDDM - en ny hypotese.
3. A.G.Mølbak, K.Nørgård, B.Christau & J.Nerup (Niels Steensens Hospital):
Er der en ændring i incidensen af IDDM i barnealderen ?
4. N.Hobolth (børneafd., Kolding Sygehus):
Incidens og debut af diabetes mellitus - hvad fortæller børneafdelingernes registrering ?
5. B.Brock Jacobsen, F.Nielsen, V.Faurholt Pedersen & P.Kildeberg (børneafdelingerne Odense og Sønderborg Sygehus):
Transistorisk neonatal diabetes mellitus.
6. H.B.Mortensen, S.G.Hartling, K.E.Petersen & DSGD.
Alders og kønsforskelle i HbA_{1c} niveauet hos danske børn med insulinkrævende diabetes mellitus. En landsdækkende undersøgelse.
7. L.P.Hansen & A.Kiilerich (børneafd., Kolding Sygehus):
Serum fruktosamin versus HbA_{1c}. Overvejelser inden indførelse af en ny parameter til vurdering af den metaboliske regulation.
8. K.Dideriksen & C.Pedersen (børneafd., Odense Sygehus og diabetesgruppen):
Erfaringer fra sommer- og vintertur til Norge for børn med diabetes mellitus.
9. E.R.Mathiesen, N.Saurbrey, E.Hommel & H.H.Parving (Hvidøre Hospital og børneafd., KAS Glostrup):
Prævalensen af mikroalbuminuri hos børn med insulinkrævende diabetes mellitus.

.....

10.* H.B.Mortensen (DSGD):

Orientering om en kommende undersøgelse af prævalensen af mikroalbuminuri hos børn med IDDM.

* Referat ikke modtaget

HVAD ER DSGD?

Knud E. Petersen (pædiatrisk afdeling, Kolding sygehus).

ISGD er International Study Group of Diabetes in Children and Adolescents. I denne gruppe deltager fra Danmark Lise Heding, Jørn Nerup og Jens Sanddal Christensen som associated members, men der har indtil videre ikke været egentlige danske medlemmer, man skal være pædiater for at være medlem. Studiegruppens formål er at fremme omsorg for diabetesbørn og unge og fremme forskning af diabetes i denne aldersklasse.

Det tiltagende samarbejde mellem de danske pædiatriske afdelinger og de 2 diabeteshospitaler Hvidøre og Niels Steensen, manifesteret i symposierne diabetes i barnealderen, har de sidste år ført til ideen om fælles multicenterundersøgelser med baggrund i den population, som disse afdelinger behandler, og som synes at være en meget stor del af danske børn og unge med diabetes.

Der er derfor taget initiativ til at danne DSGD, Danish Study Group of Diabetes in Childhood. Man har i første omgang holdt et møde med repræsentation fra de afdelinger, der har over 50 børn med diabetes, og andre interesserede i diabetesforskning. Gruppen omfatter: Ole Andersen, Chr. Binder, Jørn Haahr, Svend Hartling, Niels Hobolth, Vibeke Holsteen, Bendt Brock Jacobsen, Knud W. Kastrup, Birgitte Marner, Henrik Mortensen, Jørn Nerup, Birgit Peitersen, Inger Leer Pedersen, Knud E. Petersen, Erik Thamdrup. Gruppen omfatter ikke eksklusivt de her nævnte personer, henvendelse om deltagelse kan ske til Knud E. Petersen. Gruppen håber at kunne fortsætte de incidensopgørelser, som er påbegyndt af Hobolth. HbA_{1c} - tværsnitsundersøgelsen er afsluttet, og der forelægges et forslag til en undersøgelse af microalbuminuri. Forslag til multicenterundersøgelser modtages gerne.

DET GENETISKE GRUNDLAG FOR IDDM - EN NY HYPOTESE.

J. Mølvig, M. Thomsen, A. Zerbib, C. de Preval, M. Abbal, A. Svejgaard & J. Nerup (Niels Steensens Hospital, Hagedorn Forsknings Laboratorium, Rigshospitalets Vævstypelaboratorium, København, & INSERM U.100, Toulouse, Frankrig).

Insulin-krævende sukkersyge (IDDM) er koblet til HLA-allelerne DR3 og DR4. HLA-DR3,4 heterozygote individer har af ukendte årsager en særligt øget IDDM risiko. Formålet med nærværende undersøgelse var at karakterisere hos DR3,4 heterozygote individer IDDM markører i HLA-regionen udover DR3 og DR4. Blandt HLA-DR3,4 heterozygote individer blev 27 IDDM patienter og 19 kontroller karakteriseret for klasse I (HLA-A,B,C), klasse II (DR, DQ, DP) og klasse III (C4, BF (komplement-allotyper)) HLA alleler ved brug af serologisk og cellulær typning, RFLP (Restriction Fragment Length Polymorphism) samt elektroforese og immunofixation af plasma. Følgende signifikante forskelle mellem IDDM patienter og kontroller fandtes (%):

Markør	IDDM n=27	KONTROL n=19	SIGNIFIKANS p (Fisher)
DQβ3.2	100	68	0,006
C4A3	100	68	0,006
C4B3	52	16	0,02

Hos 11 af 19 kontroller var markørerne DQβ3.2 og C4A3 ikke tilstede hvorimod samtlige IDDM patienter havde begge markører. Tilstedeværelsen af de DR4 associerede alleler DQβ3.2, DR4, Dw4, C4A3, C4B3, BFS, B15 var samtidigt tilstede hos 10/27 versus 1/19 ($p < 0.002$). Disse data peger på vigtigheden af genetisk information i nærheden af klasse III regionen. Monokinet tumor necrosis factor α (TNF α) kan spille en væsentlig rolle i patogenesen til IDDM og genet for dette monokin findes i denne region. På basis heraf foreslår vi, at IDDM hos DR3,4 heterozygote individer er associeret med to alleler på DR4 haplotypen: DQβ3.2 (af betydning for effektivitet af antigenpræsentation) og et TNF α allel eller en TNF α regulator-sekvens medførende høj monocyt/makrofag TNF α produktion. På DR3 haplotypen: Et eller flere ukendte gener associeret med generel autoimmunitet. Dette forklarer den øgede IDDM-risiko for DR3,4 heterozygote individer.

ER DER ÆNDRING AF INCIDENSEN AF IDDM I BARNEALDEREN ?

A. Mølbak, K. Nørgård, B. Christau og J. Nerup (Niels Steensens Hospital).

Incidensændringerne belyses ved at foretage en sammenligning mellem to analogt udførte studier (et aktuelt studie fra perioden 1980 til 1984 og et ældre studie fra 1970 til 1974. Undersøgelsen dækker Nordsjællandsområdet (totalbefolkning 1,5 mill). Baggrundsbefolkningen er velbeskrevet i Danmarks Statistik og de incidente tilfælde er identificeret på basis af oplysninger fra Landspatientregisteret.

Graden af ascertainment er over 95 %.

For undersøgelsen 1980 til 1984 er der i alt inkluderet 462 personer (282 mænd og 180 kvinder), 184 under 15 år. Incidensraterne er for hele aldersgruppen 16,4/100.000/år (mænd 19,7/100.000/år og kvinder 13,0/100.000/år), for aldersgruppen under 15 år 15,1/100.000/år (drengene 16,5/100.000/år og piger 13,7/100.000/år). For perioden 1970 til 1974 er incidensen bestemt til 13,2/100.000/år (for aldersgruppen under 15 år 13,7/100.000/år.

Der er, når hele aldersgruppen betragtes, en signifikant incidensstigning; denne stigning kan hovedsagelig tilskrives et højt incidensniveau i kalenderårerne 1980 og 1981. Der findes ingen incidensændring for aldersgruppen under 15 år.

En kortvarig ændring i incidensraten kan muligvis forklares ved eksterne faktors indflydelse på initieringen af den diabetiske sygdomsproces.

INCIDENS OG DEBUT. HVAD FORTÆLLER DE PÆD.AFD.s REGISTRERING? N. Hobolth (pædiatrisk afdeling, Kolding sygehus).

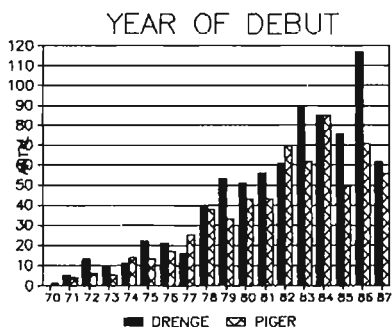
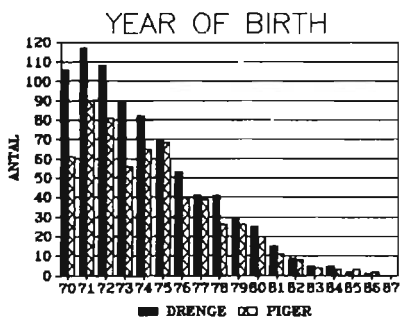
Alle pædiatrisk og næsten alle medicinske afdelinger har pr 31.12.87 registreret deres diabetispatienter < 18 år på "pædiater" skemaet. Der er registreret 792 drenge og 650 piger, givende en prævalens på henholdsvis 1.36 og 1.17, totalt 1.27/1000. Fordelingen på landsplan er nogenlunde jævn. Den højere prævalens hos drenge er særlig synlig i de ældre aldersklasser.

Den gennemsnitlige incidens 1978 - 1980 er for 5 - 9 årige 12/1000000. Tilsvarende i Finland 31.5, Sverige 22.9, Norge 19.9, Scotland 19.2, Holland 9.8 og Frankrig 4.2.

Debut tidspunktet på gennemsnitsåret viser laveste incidens i februar - april. Det formodes at skyldes præcipiterende miljøbetingede faktorer.

Der er varierende incidens år for år. Indenfor sidste decennium med et maximum omkring 1983 og med en peakværdi ultimo 1986, bedømt på de 0- 9 årige. Det formodes, at det er en miljøfaktor, som trigger starten på de øvavs-ødelæggende processer. Der ses ingen overbevisende sammenhæng med kendte epidemier, f.ex. parotitis epidemica.

Det kunne forventes, at et øget sygdomsprovokerende pres skulle give lavere gennemsnitlig debutalder. Det har ikke kunnet vises.



TRANSITORISK NEONATAL DIABETES MELLITUS.

B. Brock Jacobsen, F. Nielsen, V. Faurholt Pedersen & P. Kildeberg (Odense Sygehus, Børneafdeling H og Sønderborg Sygehus, Børneafdelingen).

Transitorisk neonatal diabetes mellitus (TNDM) er en sjælden lidelse med uklar ætiologi og patogenese. Tidligere undersøgelser af plasma insulin-koncentration og klinik tyder på immatur pancreas betacellefunktion. Vi beskriver 4 spædbørn med lav fødselsvægt (1800-1954 g, gestationsalder 32-37 uger) og sygdomsdebut 5.-11. levedøgn og har vurderet betacellefunktionen både under og efter den diabetiske tilstand ved plasma C-peptid, proinsulin og insulinbestemmelser. Hos 3 patienter uden insulinantistoffer i den diabetiske tilstand var de basale C-peptidkoncentrationer 0.06-0.15 nmol/l, og 0.06, 0.07 og 0.49 nmol/l respektivt efter i.v. glucagonstimulation. Ved efterundersøgelse i 7 1/2-19 måneders alderen lå basale og stimulerede værdier i voksnes referencemråde. Den 4. patient havde høje insulinantistofkoncentrationer i blodet (max. 3.1 u/l). C-peptidkoncentrationen var 0.35 nmol/l i den diabetiske tilstand, men ved efterundersøgelsen i 13 måneders og 3 års alderen var basale og stimulerede værdier normale.

Det initiale insulinbehov for de 4 nyfødte var 4, 4, 2 og 1 IE/kg BW/døgn, højest hos patienter med laveste C-peptidværdier. Insulinbehovet aftog med stigende C-peptidværdier, og insulinbehandlingen seponeredes i 93., 96. og 20. levedøgn respektivt for patienterne uden og i 6 måneders alderen hos patienten med insulinantistoffer.

Det konkluderedes, at TNDM er en heterogen sygdomsenhed oftest forekommende hos små for fødselsalder. Gestationsalderen er ikke afgørende, hvorimod C-peptidbestemmelser - basale værdier og især værdier efter glucagonstimulation - synes af prognostisk betydning specielt hos patienter uden insulinantistoffer.

ALDER- OG KØNSFORSKEL I HÆMOGLOBIN A_{1c} NIVEAUET HOS
DANSKE BØRN MED INSULINKRÆVENDE DIABETES MELLITUS.
EN LANDSDÆKKENDE TVÆRSNITSUNDERSØGELSE.

H.B. Mortensen, S.G. Hartling, K.E. Petersen og Den danske
Børnediabetes Studiegruppe.

Undersøgelsen blev foretaget på 21 pædiatriske afdelinger der behandler patienter med insulinkrævende diabetes mellitus (IDDM). I alt indgik 884 børn i alderen fra 0 til 18 år, hvilket svarede til 93% af alle med IDDM der kontrolleres på disse afdelinger. Denne studiepopulation repræsenterede ca. 70-80% af alle børn og unge med insulinkrævende diabetes mellitus i Danmark.

Blandt børnene var 351 <12 år og 533 var teenagers mellem 12 og 18 år. Hos børn <12 år fandtes en gennemsnitlig HbA_{1c} fraktion på $8,9 \pm 1.5\%$ og middel insulindosis var $0,71 \pm 0,3$ U/kg/24 h. For teenage gruppen var den gennemsnitlige HbA_{1c} fraktion signifikant højere ($9,7 \pm 2\%$, $p < 0,01$) og middel insulindosis var signifikant øget ($0,85 \pm 0,3$ U/kg/24h, $p < 0,001$).

Drenge og piger < 12 år havde samme HbA_{1c} niveau, til trods for pigerne blev behandlet med 13% mere insulin end drengene ($p < 0,001$). I teenage gruppen fandtes 4% højere HbA_{1c} niveau hos pigerne ($p < 0,025$) de blev behandlet med 11% mere insulin ($p < 0,001$) og havde 6% højere body mass index (BMI) ($p < 0,001$) sammenlignet med drengene.

I gruppen som helhed fandtes en svag, men statistisk signifikant korrelation mellem insulindosis og HbA_{1c} niveauet ($r = 0,29$, $p = 0,01$, $n = 884$), og dette tydede på, at andre faktorer end insulin var af betydning for en tilfredsstillende metabolisk kontrol.

Børn og unge der blev behandlet med 4 eller flere daglige insulin-injektioner fik signifikant mere insulin ($p < 0,001$) end de børn, der blev konventionet behandlet. Samtidig havde de signifikant højere BMI ($p < 0,001$). Disse forhold var igen mest udtalt for pigernes vedkommende. Til trods for at pigerne blev behandlet med 15% mere insulin, havde de signifikant højere HbA_{1c} niveau ($9,9\%$ vs. $9,3\%$, $p < 0,05$) og 12% højere BMI. Yderligere kunne det vises, at standard deviation score (SDS) for højdetilvækst reduceredes med diabetes varigheden og mest hos de børn, der havde de højeste HbA_{1c} værdier. Vores undersøgelse viser, at den glykæmiske kontrol hos børn og unge med IDDM i Danmark i øjeblikket er utilfredsstillende.

FRUCTOSAMIN VERSUS HbA1c. OVERVEJELSER INDEN INDFØRELSE AF EN NY PARAMETER TIL VURDERING AF DEN METABOLISKE REGULATION. L.P. Hansen & A. Kiillerich (Kolding Sygehus, Pæd. afd. P).

Koncentrationen af fructosamin i serum er udtryk for serumproteinernes glykeringsgrad, som afspejler middelkoncentrationen af blodglukose over 1 - 2 uger. Hæmoglobin A1c fraktionen derimod er et indeks for middelkoncentrationen af blodglukose over en 4 - 6 ugers periode.

Hos 71 børn med diabetes mellitus udførtes s-fructosamin og HbA1c bestemmelser parallelt i forbindelse med ambulatoriebesøgene over en godt toårig periode. Begge parametre var normalfordelte med s-fructosamin (mean±sd) $3,1 \pm 0,5$ mmol/l og HbA1c $8,5 \pm 1,6$ %. Korrelationskoefficienten var 0,61. Samvariationen for parametrene over den godt toårige periode var udtalt hos enkelte patienter, og der sås korrelationskoefficienter på 0,8 - 0,9. Der kunne ikke påvises nogen entydig årstidsvariation for nogen af parametrene, men derimod en tendens i retning af forbedret metabolisk regulation for gruppen som helhed. S-fructosamin i intervallet 2,8 - 3,2 mmol/l betragtes som udtryk for tilfredsstillende regulation, og niveauer $>3,7$ mmol/l som utilfredsstillende.

S-fructosamin analysen kan udføres på ethvert laboratorium og er såvel ti gange hurtigere at udføre som ti gange billigere end HbA1c analysen. Prisen for én fructosamin bestemmelse svarer til prisen for én blodglukose bestemmelse. S-fructosamin må opfattes som et supplement til den etablerede HbA1c måling, og den vil i specielle tilfælde evt. kunne erstatte glukoseprofiler. Da s-fructosamin niveauet er mere følsomt for glukose niveauændringer end HbA1c niveauet, vil den formentlig vise sig anvendelig ved korttidsundersøgelser, f.eks. ved vurdering af øget fysisk aktivitets betydning for den metaboliske regulation.

ERFARINGER FRA SOMMER- OG VINTERTUR TIL NORGE FOR BØRN MED DIABETES MELLITUS.

K. Dideriksen, C. Pedersen & diabetesteamet (børneafdeling H, Odense Sygehus).

Diabetesteamet, børneafdelingen, Odense Sygehus gennemførte i 1986 en skitur i Norge og i 1987 en vandretur i Norge, begge gange med 16 diabetesbørn i alderen 11-16 år.

I 2 dage før, under og i 2 dage efter turene førte børnene dagbog med angivelse af blodsukker, insulinforbrug og specielle forhold, f. eks. insulinfølinger. Før og efter turene blev se-fruktosamin samt HbA_{1c} målt. Børnenes umiddelbare udbytte af turene blev vurderet ved skriftlige redegørelser og spørgeskemaer.

Turene kunne gennemføres uden større problemer på grund af sukkersygen. Skituren medførte et signifikant fald i se-fruktosamin 1 uge og 6 uger efter turen, og 8 uger efter vandreturen fandtes HbA_{1c} signifikant lavere end før turen. De øvrige metaboliske parametre ændredes ikke signifikant.

Hovedparten af børnene angav, at de opnåede bedre forståelse for sukkersygen, bedre indsigt i insulin- og kostjusteringer, bedre kontakt til behandlerne samt mod på at foretage længere rejser. Behandlerne fik indsigt i, hvordan det i praksis er at leve med sukkersyge og fik ny indsigt i de enkelte børns særlige problemer.

Konklusionen er, at turenes effekt på den metaboliske regulation er usikker, men de pædagogiske og psykologiske erfaringer har været værdifulde og erfaringerne har givet anledning til ny, ændret ambulatoriepraksis.

PRÆVALENSEN AF MIKROALBUMINURI HOS BØRN MED INSULINKRÆVENDE DIABETES MELLITUS.

E.R. Mathiesen, N. Saurbrey, E. Hommel & H.-H. Parving (Hvidøre Hospital, Klampenborg & Pædiatrisk afdeling, Glostrup Amtssygehus).

Prævalensen af mikroalbuminuri hos alle børn (7 til 18 år) med insulinkrævende diabetes af mere end 2 års varighed blev undersøgt ved 2 diabetesambulatorier i København. 36 raske børn matchede for køn og alder blev ligeledes undersøgt. Naturin albuminurskillelsen blev undersøgt to gange (radioimmunoassay). Dag til dag variation i albuminudskillelsen var 34% hos børn med og uden diabetes. Blodtryk, hæmoglobin A_{1c} samt højdetilvækst blev ligeledes undersøgt i diabetespopulationen. Adækvat urinopsamling blev opnået hos 97 ud af 102 diabetesbørn (95%). Hos 19 ud af disse 97 diabetesbørn (20%) fandtes abnorm urin albuminudskillelse, ved begge undersøgelser > 14 µg/min (normalværdi 0.1-14, median 3.7 µg/min). Mikroalbuminurien fandtes alene hos børn over 15 år (19/52, 37%). Diabetesvarigheden i denne gruppe var fra 2 til 17 år, gennemsnitligt 10 år. Blodtrykket var signifikant øget hos børn med mikroalbuminuri sammenlignet med aldersmatchede diabetespatienter med normal albuminudskillelse, 122/84 ± 11/9 mmHg og 117/74 ± 10/10 mmHg, respektivt, p < 0.001. Den metaboliske kontrol (hæmoglobin A_{1c}, opnået højdepercentil) og prævalens af diabetisk retinopati var ikke signifikant forskellig i de to grupper.

Undersøgelsen viser, at mikroalbuminuri er et hyppigt fund hos børn med insulinkrævende diabetes i alderen fra 15 til 18 år, samt at blodtryksforhøjelse tillige ses i denne gruppe.

Programoversigt

- 1.* K.Wulff (børneafd., Holbæk):
Habilitering af handicappede småbørn.
2. J.Jansen, K.Taudorf, H.Pedersen, Å.Seitzberg, K.Jensen & T.Smidt (børneafd., neuroradiol.afd. og neurofysiologisk afd., Rigshospitalet):
Har spina bifida-børn normal overekstremitetsfunktion ?
3. Fl.Juul Hansen (CP-Kliniken, Rigshospitalet):
Kliniske aspekter i forbindelse med operativ behandling af epilepsi.
4. C.Kruse-Larsen (neurokirg.afd., Hvidovre Hospital):
Kirurgisk behandling af epilepsi.
5. K.Taudorf, C.Heilmann, N.Illum, K.Wulff & T.Smidt (børneafdelingerne, Rigshospitalet og Odense):
Behandling af Lennox-Gastaut syndrom med intravenøs immunglobulin.
6. B.Scherling & S.Vestermærk (børneafd., KAS Glostrup):
Monitorering af serum-valproat - har det klinisk betydning ?
7. P.Howitz (børneafd., Esbjerg):
Infantile spasmer i Danmark 1976-1979. Incidens, mental udvikling og mortalitet.
8. S.Anker Pedersen:
Oplæg til ændret behandling af infantile spasmer.
Udarbejdet af Dansk Neuropædiatrisk Selskabs infantil spasme udvalg.

* Referat ikke modtaget

HAR SPINA BIFIDA BØRN NORMAL OVEREKSTREMITETS-FUNKTION?

J. Jansen, K. Taudorf, H. Pedersen, K. Jensen, A. Seitzberg & T. Smith (pædiatrisk, neuroradiologisk & neurofysiologisk afdeling, Rigshospitalet).

Undersøgelsens formål var at be- eller afkræfte det kliniske indtryk af dårlig OE-funktion hos spina bifida børn. 28 ptt. fra myelocelambulatoriet indgik, 16 drenge og 12 piger i alderen 4 til 17 år. Følgende undersøgelser blev foretaget: klinisk neurologisk undersøgelse, CT-scanning (kranial, cervikal og svarende til celet), håndfunktionstest og dele af sanseintegrationstesten, muskeltest, EEG og øjenundersøgelse.

I analysen af OE-funktion er 3 ptt. udeladt. Vurderet ud fra muskeltest, klinisk neurologisk undersøgelse og håndfunktionstest har kun 5 af 25 ptt. normal funktion. Den dårlige funktion kan ikke forklares ved visuelle perceptionsforstyrrelser, taktile forstyrrelser, den spinale læsions niveau ("erfaringsfattigdom"), og der er ingen sammenhæng med fokale EEG-forandringer, som optræder hos 9 ptt. Ptt. med dårlig håndfunktion har alle hydrocephalus, og de ptt., som ikke har hydrocephalus, har alle normal håndfunktion..

Af 27 CT-scannede ptt. har 21 hydrocephalus, og 18 af disse har Arnold-Chiari II malformation. To ptt. med hydrocephalus, men uden Arnold-Chiari, har fået foretaget håndfunktionstest; en er normal, den anden dårlig.

Konklusion: Mange spina bifida ptt. har dårlig håndfunktion, muligvis kun ptt. med hydrocephalus. Ved valg af erhverv bør man være opmærksom på sådanne problemer. Vi ved ikke, om tidlig træning kan bedre håndfunktionen.

KLINISKE ASPEKTER I FORBINDELSE MED OPERATIV BEHANDLING AF EPILEPSI.

F.Juul Hansen (CP-klinikken, Rigshospitalet)

Neurokirurgi har medført ophør af eller en meget betydelig reduktion af anfaldshyppighed hos 2/3 af børn med terapiresistent epilepsi. Næsten alle får adfærdsbedring, der ofte opleves som et under. Mange arbejder fra de sidste 30 år fortæller om forbløffende resultater, og opfordrer til hurtig udredning og tidlig operation. Alligevel er meget få opereret. De mange forskellige behandlingsstrategier har været forvirrende. Kun få neurokirurger har interesseret sig for disse operationer, og komplikationer til tidligere tiders hemisfærectomier har skræmt alle.

De bedste resultater opnås i alderen 6-12 år, men et indiskutabelt fokus bør opereres så snart det er påvist. De fleste erkender en diskrepans mellem deres viden om tidlig behandlings effektivitet og kravet om at "have gennemprøvet alle relevante antiepileptika i optimal dosering". Alle børn skal undersøges med henblik på kirurgisk intervention på det tidspunkt, hvor de ikke mere kan klare sig i skolen.

Undersøgelserne omfatter idag EEG med sfenoidal og zygomaticus afledning, evt. video-telemetrisk EEG, CT scanning med vinkling af gantriet, således at scanningplanet blir parallelt med temporalhornene, MR scanning hvis CT scanning ikke er konklusiv, SPECT som har vist sig særdeles nyttig, neuropsykologisk og psykiatrisk undersøgelse samt Wada test.

EPILEPSI, KIRURGISK BEHANDLING.

C. Kruse-Larsen og M. Dam (Hvidovre hospital, neurokirurgisk og neurologisk afdeling).

Siden 1987 har epilepsiklinikken og neurokirurgisk afdeling på Hvidovre hospital samarbejdet om udvælgelse og operation af patienter med medicinsk intraktabel epilepsi. Det drejer sig foreløbig om patienter med kompleks partiel epilepsi og patienter med myoklon astatisk epilepsi. Udvælgelsen baseres på det kliniske billede, EEG, herunder sphenoidal og søvnaptagelser, såvel iktalt som interiktalt, CT og MR, SPECT, magnetoencephalografi, neuropsykologisk og psykiatrisk vurdering. Desuden har patienter med kompleks partiel epilepsi fået bestemt hemisfæredominans a.m. Wada.

Patienter med kompleks partiel epilepsi har tidligere fået foretaget en bloc resektion af den afficerede temporalregion. Denne operation er nu ændret til en amygdalo-hippocampektomi, hvor man ved subfrontal adgang fjerner uncus og ca. 2 cm af hippocampus samt dele af amygdala. Denne operation sparer pt.s. temporale cortex. 8 patienter har gennemgået operationen og 7 har været anfaldsfrie efter indgrebet. Observationstiden er endnu kun højest 16 måneder og alle patienter er under aftrapning af medicin.

Patienterne med myoklon astatisk epilepsi er ætiologisk set meget heterogen og flere af patienterne er multihandicappede og svagt begavede. Udover patienternes livsfarlige faldepisoder har de som regel sekundært generaliserede anfald og atypiske absencer. 7 patienter har fået foretaget anterior callosotomi med gennemskæring af de foreste 2/3 af corpus callosum via en intrahemisfærisk adgang. En markant reduktion af anfaldshyppighed og -sværhed er set hos 5 patienter. De foreløbige erfaringer tyder på, at resultaterne bedres med stigende længde af callosotomien. Samtidig øges dog sværheden af pt.s. postoperative split-brain-syndrom.

Ud fra udenlandske tal skønnes at omkring 2000 af de ca. 50.000 danske epilepsipatienter ville kunne hjælpes operativt og at der tilkommer ca. 150 intraktable epilepsitilfælde om året.

BEHANDLING AF LENNOX-GASTAUT-SYNDROM MED IVIG.

K. Taudorf, C. Heilmann, N. Illum, K. Wulff & T. Smith
(Børneafdelingen, Rigshospitalet & Børneafdelingen, Odense)

Få udenlandske undersøgelser har gennem de sidste år vist at intravenøst immunglobulin (IVIG) kan have effekt på epilepsi. Resultatet af disse undersøgelser giver mistanke om, at der er en immunologisk defekt involveret i patogenesen af de alvorlige epilepsityper.

I aktuelle undersøgelser er der i et enkelt blindt studie givet IVIG (Sandoglobulin) til børn med Lennox-Gastaut-syndrom. Ti patienter (3-15 år) fik placebo og derefter IVIG (400 mg/kg) to gange hver med et interval på 2 uger, efterfulgt af 4 ugers observationsperiode. Antal anfald og anfaldstyper samt psykosociale adfærd blev registreret dagligt af forældrene. Før behandlingen blev følgende undersøgelser foretaget: Eeg, immunglobuliner, inklusiv subklasser, lymfocyttransformationstest, lymfocyt helper/suppressor ratio samt serum aminosyrer. Eeg og immunglobulin bestemmelse inklusiv subklasser blev gentaget efter undersøgelsen.

Hos 3 patienter havde IVIG markant effekt på anfaldsfrekvensen og den psykosociale adfærd. To af disse fik anfaldsophør og én 50% anfaldsreduktion. Den kliniske fremgang korrelerede til klar bedring af eeg (mindre epileptisk aktivitet) hos to patienter. En af disse havde signifikant patologisk IgG₂ og boderline IgG niveau.

Resultatet stemmer således overens med de tidligere udenlandske undersøgelser.

MONITORERING AF SERUM-VALPROAT. HAR DET KLINISK BETYDNING?
B. Scherling & S. Vestermærk. (Børneafdelingen, Københavns Amts
Sygehus Glostrup, Glostrup).

Da det fortsat er rutine mange steder at monitorere se-valproat, har vi valgt at gennemgå litteraturen m.h.p. værdien af se-valproatbestemmelse.

I 1982 bestemte Loiseau (1) plasma-koncentrationskurven hos voksne patienter i valproat-behandling og fandt store fluktuationer i løbet af døgnet. Roberto Riva (2) fandt god korrelation af fri valproatkonzentration i forhold til totalkonzentration. Der fandtes ved samme valproatkonzentration hos forskellige patienter stor variabilitet af den fri koncentration, skyldes formentlig inter-individuelle forskelle i proteinbindings-kapaciteten eller i koncentrationen af fedtsyrer.

Turnbull (3) samt Lundberg (4) har begge vist, at effekten af valproat-behandling er afhængig af epilepsitypen, og begge har også fundet et lineært forhold mellem dosis og plasmakonzentration, hvorfor de konkluderede, at den optimale dosis kan findes på klinisk grundlag og ikke ved plasmakonzentrations-målinger.

Lundberg fandt endvidere, at halveringstiden for valproat falder betydeligt ved kombinationsbehandling med enten fenemal, phenytoin eller karbamazepin. Problemerne vedrørende værdien af se-valproat skyldes den dårlige korrelation mellem total plasmakonzentration og klinisk effekt, og årsagerne hertil er bl.a. valproats hurtige absorption og elimination, store inter-patientvariationer af proteinbindingskapaciteten og fedtsyrekonzentrationen, og at effekten er afhængig af epilepsitypen.

Vi kan helt tilslutte os en leder i Br.Med.J. fra 1987 (5) hvor se-konzentrationsmåling ikke anbefales rutinemæssigt, men til patienter i polyterapi, mentalt retarderede patienter, patienter med nyre- eller leverlidelser og patienter med dårlig compliance.

- Referencer: 1. Clin Pharmacokin 1982;7:544-552
2. Ther Drug Monitor 1983;5:197-200
3. Ann Neurol 1983;14:38-42
4. J Neurol 1982;228:133-141
5. Br Med J 1987;294:723-724

INFANTILE SPASMER I DANMARK 1976-1979: INCIDENS, MENTAL UDVIKLING OG MORTALITET.

Peter Howitz (Børneafdelingen, Esbjerg Centralsygehus).

109 børn, 58 drenge og 51 piger med nydiagnostiserede infantile spasmer (IS) registreredes i en landsdækkende 4-årig undersøgelse, hvori alle landets børneafdelinger deltog. Dette svarer til en incidens på 1:2.800 levendefødte.

Aldersgennemsnittet ved debut var 5,6 måneder, forholdet mellem cryptogen og symptomatisk IS ca 40-60%. Børn med IS havde i langt højere grad end normalt disposition til epilepsi og oligophreni samt et kompliceret foetalt- og fødselsforløb bag sig. I 80% fandtes hysarrhythmi eller hysarrhythmilignende EEG.

Næsten 50% i den cryptogene gruppe vurderedes som mentalt normale ved første indlæggelse og denne procent ændredes ikke ved follow-up vurdering op til 10 år efter anfaldsdebut. Kun 19% i den symptomatiske gruppe vurderedes primært som psykisk normale og her faldt procenten til 7 ved follow-up vurderingen.

Den mentale prognose var langt mere gunstig for pigerne end for drengenes vedkommende, formentligt på baggrund af den langt højere procent cryptogene infantile spasmer hos pigerne (43%) end hos drengene (26%).

24 børn = 22% døde inden for den 10-årige observationsperiode, heraf 50% inden for 1 år efter IS-debut.

Den kliniske opdeling af børn med infantile spasmer i en cryptogen og symptomatisk gruppe synes stadigvæk at give en meget sikker vurdering af børnenes udviklingsmæssige prognose.

OPLÆG TIL ÆNDRET BEHANDLING AF INFANTILE SPASMER.

S. Anker Pedersen, K. Taudorf, K. Wulff, P. Glenting & P. Howitz. (Infantile Spasme udvalg under Dansk Neuro-pædiatrisk Selskab).

Behandlingen af Infantile Spasmer har i Danmark gennem de seneste 20 år været ACTH. Denne behandling har effekt hos visse patienter, men samtidig betydelige bivirkninger.

Ud fra publicerede undersøgelser af behandlingseffekt og bivirkninger hos patienter med infantile spasmer refereres arbejder hvor ACTH, Nitrazepam og Valproat var undersøgt. Alle undersøgelser havde forskellige design og var indbyrdes usammenlignelige.

Udvalget var kommet frem til et design med primær Valproat-behandling i 5-10 dage efterfulgt af ACTH hos patienter hvor denne behandling ikke var tilfredsstillende. Intentionen med designet var primært at tilbyde en effektiv anti-convulsiv behandling samt at reservere ACTH-behandling til så få patienter som muligt, og da i reduceret dosis og kortere behandlingsvarighed.

Oplægget medførte som ventet stor diskussion, med meget forskellige ændringsforeslag. Konklusionen blev at udvalget supplerede sig med Ingrid Thorn, Birthe Pedersen, J.C. Melchior, S. Westermark og K. Petersen. Nyt oplæg vil blive udarbejdet.

Programoversigt

1. L.F.Andersen & V.Ottevanger (børneafd. og dermatologisk afd., KAS Glostrup):
Condylomata acuminata hos børn.
2. O.Wolters (børneafd., Kolding Sygehus):
Væske i mellemøret hos børn i en pædiatrisk afdeling - diagnosticeret med tympanometri.
3. A.Pærregaard, K.Hjelt, J.Genner, U.Moslet & P.A.Krasilnikoff (børneafd. KAS Gentofte, Virus-laboratoriet, Finseninstituttet og Statens Veterinære Institut for virusforskning på Lindholm):
Virus påvist ved elektronmikroskopi af fæces fra småbørn med akut gastroenteritis.
4. I-M.Nielsen, L.Gram & M.Dam (neuromedicinsk afd., Hvidovre Hospital):
AccuLevel quicktest til bestemmelse af antiepileptika i blodet.
5. F.Ebbesen, S.Krause & A.Lange (børneafd. og gynækologisk-obstetrisk afd., KAS Glostrup):
Neonatal lithiumforgiftning.
6. L.Tranebjerg, H.Lou & J.Andresen (cand.psych.) (Kromosomlab. og neuropæd.afd., John F.Kennedy Instituttet, Glostrup):
Et nyt syndrom: Kønsbunden recessiv mental retardering associeret med apraxi og ataxi.
- 7.* S.Blichfeldt & E.Skriver (børneafd. og rtg.afd., KAS Glostrup):
Jelly Brain - en oversigt med demonstration af CT-scanningsbilleder.
8. H.Carstensen, S.Krabbe, M.Damkjær Nielsen & E.Ralfkjær (børneafd. G og afd.f. patologi, Rigshospitalet samt Klin-fys.afd., KAS Glostrup):
Autoimmune træk ved Cushing's syndrom forårsaget af adrenocortical nodulær dysplasi. To familieundersøgelser.
9. J.Müller, K.W.Kastrup, M.Damkjær Nielsen & S.Grønvall (børneafd. og Klin-fys. afd., KAS Glostrup samt MR-afd., Hvidovre Hospital):
Pubertas præcox forårsaget af Leydig celle tumor. Diagnostiske aspekter, påvirkning af der germinative epitel samt follow-up.

* Referat ikke modtaget

CONDYLOMATA ACUMINATA HOS BØRN.

L. F. Andersen og V. Ottevanger (Børneafdelingen, Københavns amtssygehus i Glostrup & Dermatologisk afdeling, Københavns amtssygehus i Gentofte).

Kondylomer betragtes hos voksne som en seksuelt overført sygdom. Amerikanske undersøgelser tyder på en stigende incidens af kondylomer hos såvel voksne som børn i løbet af de seneste 15 år, og i en række nyere materialer er fundet stærke holdepunkter for, at 25-75% af børn med kondylomer er smittet med disse i forbindelse med seksuelt misbrug.

I perioden 1.1.1967 til 31.12.1986 behandlede ialt 34 børn med kondylomer i Københavns amts sygehusvæsen, heraf 20 indenfor periodens sidste 5 år. Tolv af børnene var under 2 år, da kondylomerne debuterede. Hos 8 af disse havde en eller begge forældre kondylomer omkring fødselstidspunktet tydende på, at smitte af barnet kan være sket under fødslen. Blandt de øvrige 22 børn var kun oplyst en mulig smittekilde i et tilfælde. Kondylomerne var i langt højere grad end hos voksne lokaliseret perianalt/analt. Hos ingen af børnene fandtes holdepunkter iøvrigt for, at barnet havde været udsat for seksuelt misbrug, men systematisk udredning herfor fandt ikke sted.

Kondylomer hos børn er suspækt for, men ikke bevis for, at barnet har været udsat for seksuelt misbrug. Udredning og behandling bør almindeligvis foregå via pædiatrisk specialafdeling og bør omfatte socialpædiatrisk vurdering.

VÆSKE I MELLEMØRET HOS BØRN I EN PÆDIATRISK AFDELING -
DIAGNOSTICERET MED TYMPANOMETRI.

Ole D. Wolthers (Børneafdelingen, Kolding).

Væske i mellemøret er et af barnealderens hyppigste problemer. Tilstanden diagnosticeres let med tympanometri. Tympanometri er en elektroakustisk undersøgelse, som foretages i ydre øregang, hvorved der opnås en indirekte bestemmelse af det lydtransmitterende systems compliance som funktion af mellemøretrykket.

Med det formål at bestemme hyppigheden af væske i mellemøret hos børn indlagt i pædiatrisk afdeling er der foretaget en undersøgelse med tympanometri.

427 børn ældre end 1 uge deltog i undersøgelsen svarende til 71% af den totale population. Den undersøgte population var repræsentativ m.h.t. alder, køn, indlæggelsesdiagnose og indlæggelsesmåned. 59% havde flade tympanogrammer som udtryk for tilstedeværelsen af væske i mindst 1 øre. Kun 18% af børnene havde normale tympanogrammer på begge ører. Hyppigheden af væske var størst i aldersgruppen 0-4 år, hvor 72% havde flade kurver. Der var ingen kønsforskel. Kun 3% af børnene blev indlagt med mellemøre sygdom, medens der var en høj hyppighed af væske i mellemøret indenfor alle diagnosegrupper - også blandt børn med non-infektiose sygdomme. Der var en signifikant association mellem væske i mellemøret og tilstedeværelsen af catarrhalia. På baggrund af forældrenes og børnenes subjektive bedømmelse viste det sig, at man i kun knap 6% af tilfældene havde været opmærksom på nedsat hørelse hos børnene.

Tidligere screeningsundersøgelser med tympanometri har vist en høj hyppighed af mellemørevæske hos børn i førskolealderen med en stærk association til tilstedeværelsen af forkølelsessymptomer. Det var derfor ikke overraskende at finde en hyppighed på 59% i denne selekterede population med overvægt af 0-4 -årige og en udbredt forekomst af catarrhalia. Det skal fremhæves, at der alene er tale om en punktprævalens, og det er vanskeligt at sige noget præcist om forekomsten af akut otit eller sekretorisk otit på baggrund af undersøgelsen, selv om de fleste af børnene da formentligt har sekretorisk otit. Man må mistænke en stor del af indlagte pædiatriske patienter for at lide af høre-nedsættelse på grund af væske i mellemøret.

Undersøgelsens resultater understreger nødvendigheden af yderligere forskning indenfor mellemøre sygdomme hos indlagte pædiatriske patienter.

VIRUS PÅVIST VED ELEKTRONMIKROSKOPI AF FÆCES FRA SMÅBØRN MED AKUT GAS- TROENTERITIS.

A. Pærregaard, K. Hjelt, J. Genner, U. Moslet & P.A. Krasilnikoff (Børneafdel., KAS Gentofte, Dermatologisk afdelings virus-laboratorium, Finsseninstituttet & Statens Veterinære Institut for Virusforskning, Lindholm).

Når almindeligt tilgængelige undersøgelsesmetoder benyttes, kan enteropatogene mikroorganismer (bakterier, parasitter, rotavirus) påvises i fæces fra mellem 1/3 og 2/3 af børn med akut gastroenteritis (AGE). Ved hjælp af elektronmikroskopi er der i hospitals-baserede studier fundet andre virus end rotavirus i fæcesprøver fra en del af restgruppen. Der eksisterer derimod ikke tilsvarende opgørelser for daginstitutionsbørn.

Vi foretog derfor en 1-årig prospektiv undersøgelse af infektiøse årsager til AGE blandt børn i vuggestuer og børnehaver. Ialt 127 fæcesprøver fra børn med AGE samt 51 fra raske børn (kontroller) blev elektronmikroskopisk undersøgt for mulige patogene virus.

Rotavirus påvist hos 19% (24/127) og adenovirus hos 4% (5/127) af de syge børn mod henholdsvis 2% (1/127) og 0% af de raske kontroller. Alle adenovirus var enteropatogene af type 41a. Der blev ikke påvist andre virus.

Patogene tarmbakterier (Campylobacter, Clostridium difficile, enteropatogene E.coli, Yersinia enterocolitica) påvist hos hver især hos 1-2% og Giardia lamblia hos 2% af børn med AGE.

Rotavirus og adenovirus var derfor de 2 hyppigste infektiøse årsager til AGE.

ACCULEVEL^R QUICKTEST TIL BESTEMMELSE AF ANTIEPILEPTIKA.

I-M. Nielsen, L. Gram & M. Dam. (Neuromedicinsk afdeling, Hvidovre Hospital).

AccuLevel^R tests er baseret på enzymimmunochemografiske metoder til kvantitativ måling af koncentrationerne af visse stoffer i frisk fuldblod.

Proceduren er nem og kan læres af ikkelaboratorievant personale (læger, sygeplejersker).

Der skal bruges 12 µl fuldblod eller kapillærblod og resultatet fåes i løbet af 20 minutter. Ved brug af de traditionelle metoder kan man først få svar i løbet af timer til dage.

239 kapillærprøver fra patienter i behandling med fenytoin(86), fenemal(48) eller karbamazepin(105) blev undersøgt med AccuLevel^R quicktest. Der blev samtidigt taget plasmaprøve, som blev undersøgt på TDx Abott og resultaterne viste en god korrelation mellem de to metoder.

Vi har brugt AccuLevel^R test på intensiv epilepsiafsnittet og i epilepsiklinikken med stor succes.

I akutte tilfælde betyder en akut serumkoncentrationsbestemmelse, at man straks kan ændre på medicindoseringen. Ved status epileptikus kan man efter den initiale fenytoinloading med det samme følge serumkoncentrationen, for at se om der er indikation for mere medicin.

I epilepsiklinikken kan man give patienten resultatet med det samme. Det betyder en mere sikker information til patienten, især i de tilfælde, hvor man ændrer på medicineringen. Det betyder regulering uden forsinkelse, og det giver også en besparelse såvel i læge- og sekretærtid, som i de administrative udgifter.

NEONATAL LITHIUMINTOKSIKATION

F. Ebbesen, S. Krause, A. Lange. Børneafdelingen og gynækologisk-obstetrisk afdeling, Københavns Amts sygehus i Glostrup.

Et tilfælde af svær lithiumintoksikation rapporteres. Moderen blev behandlet med lithium pga. maniodepressiv psykose og se-lithiumkoncentrationen var i terapeutisk niveau. Graviditeten ukompliceret indtil 26. gestationsuge, hvorefter der optrådte tiltagende hydramnios. I 36. gestationsuge udtømt transabdominalt 12 liter amnionvæske. Hydramnios gendannedes ikke. I 39. gestationsuge blev der gjort sectio pga. føtal distress. Barnet havde ingen malformationer men frembød følgende symptomer på svær lithiumintoksikation: Asfyksi, apnø, kardiell inkompensation, respiratory distress, hypoglykæmi, trombocytopeni, diabetes incipidus, hypotoni og kramper. Symptomerne forsvandt gradvist i løbet af 2. - 3. leveuge. Hydramnios var utvivlsomt forårsaget af føtal diabetes incipidus, formodentlig i forbindelse med kardiell inkompensation. En relation mellem disse fund er ikke tidligere overvejet. Ved follow-up fandtes barnet at være normalt udviklet.

Det foreliggende tilfælde viser, at selv om moderen er upåvirket og se-lithiumværdierne ligger i terapeutisk niveau kan barnet være svært intoksikeret. Den perinatale mortalitet og morbiditet hos børn af lithiumbehandlede mødre synes at være meget høj.

ET NYT SYNDROM: KØNSBUNDEN RECESSIV APRAKSI, ATAKSI OG VISUOSPATIAL DYSFUNKTION.

L. Tranebjerg, H. Lou & J. Andresen (cand.psych.) (Kromosomlaboratoriet og neuropædiatrisk afd., John F. Kennedy Institutet, Glostrup).

Blandt familier henvist til genetisk rådgivning på mistanke om X-bunden recessiv mental retardering var der i 2 familier ensartede neurologiske og neuropsykologiske fund blandt afficerede mænd. I familie A, som bestod af 62 familiemedlemmer, var der i 3 generationer 4 mænd (13-62 år) med ovennævnte symptomkonstellation. Probanden var en 13-årig dreng med moderate indlæringsvanskeligheder og klodset motorik. Han var ikke generelt retarderet (WISC, verbal IQ=99), men havde visuo-spatielle funktionsforstyrrelser (WISC, performance IQ=69). Ud over stort hovedomfang fandtes ingen dysmorfe træk hos de afficerede mænd. Neurologisk fandtes ataksi, tremor, dyspraksi samt hypotoni. Hjernestamme-, somatosensoriske og visuelle evoked potentials var normale, ligesom EMG og kranial CT- og MR-scanning var normale. De ældre afficerede mænd havde ud over ovennævnte symptomer generel mental retardering, medfødt klumpfod og generaliserede epileptiske anfald. Kranial CT-scanning hos de 2 ældste mænd viste central atrofi. Kromosomundersøgelse, incl. fragilt X og prometafaseundersøgelse, var i alle tilfælde normal. Kvindelige obligate anlægsbærere havde lette neurologiske abnormiteter af samme type som de afficerede mænd.

I familie B havde 3 drenge, beslægtede via raske kvinder, ligeledes visuospatiale funktionsforstyrrelser, dyspraksi og ataksi. Disse drenge var normalt begavede og deres mødre såvel mentalt som neurologisk raske. Kromosomundersøgelsen var også her i alle tilfælde normal.

Trods visse lighedspunkter med et sygdomsbillede beskrevet af Farlow et al. (1987) er der formentlig tale om ikke tidligere erkendt X-bundet recessivt syndrom.

DNA-koblingsundersøgelser med X-kromosom specifikke DNA-prober viste i Farlows familie en foreløbig lokalisation af sygdomsgenet til regionen Xq13-Xq21, og DNA-undersøgelser af samme karakter planlægges foretaget i de to ovennævnte familier. Påvisningen af specifikke neuropsykologiske forandringer i en tidlig alder muliggør tidlig intervention m.h.t. behov for specielle pædagogiske forholdsregler, ligesom påvisningen af X-bundet recessivt arveligt syndrom vil forbedre rådgivningen i sådanne familier.

AUTOIMMUNE TRÆK I PATOGENESEN VED CUSHING'S SYNDROM FORARSAGET AF ADRENOCORTICAL NODULÆR DYSPLASI.

H. Carstensen, S. Krabbe, M. Dankjær Nielsen og E. Ralfkjær
(Børneafdeling GSK og Patologisk Institut, Rigshospitalet,
København & Klinisk fysiologisk afdeling, KAS Glostrup).

To piger, 3 og 8 år gamle, fik diagnosticeret Cushing's syndrom (CS) som følge af primær adrenocortical nodulær dysplasi (PAND). Nyligt er for denne sjældne form for CS, blevet påvist et muligt arveligt og autoimmunt element(1). Patienterne og deres familier blev derfor undersøgt for muligheden heraf.

Oprnsede immunglobuliner fra begge patienterne kunne i et biokemisk assay vises at stimulere adrenocortical celle vækst og cortisol produktion. Dette var også tilfældet, men mindre ud-talt, i prøver fra patienternes mødre. Ingen af disse fremtrådte klinisk cushingoide, men een af mødrene havde også mikrosomale thyroidea-antistoffer, men var ellers klinisk og laboratorie-mæssig euthyroid. Der kunne ikke påvises adrenalt stimulerende, eller andre autoantistoffer, hos øvrige familiemedlemmer.

Efter adrenalectomi blev lymfocyt infiltrater fundet i det fjernede binyrevæv. Disse kunne ved immunomarkør undersøgelser vises at være T-lymfocytter og MHC Klasse II-positive celler.

Undersøgelserne støttede således antagelsen om involvering af autoimmune mekanismer i PAND's patogenese.

1. Wulffraat NM, Drexhage HA, Wiersinga WM, van der Gaag RD, Jeucken P. Immunglobulins of patients with Cushing syndrome due to pigmented adrenocortical micronodular dysplasia stimulate in vitro steroidogenesis. J Clin Endocrinol Metab 1988;66:301

PUBERTAS PRÆCOX FORÅRSAGET AF LEYDIG CELLE TUMOR. DIAGNOSTISKE ASPEKTER, PÅVIRKNING AF DET GERMINATIVE EPITEL SAMT FOLLOW-UP.

J. Müller, K.W. Kastrup, M. Damkjær Nielsen og S. Grønvall (Børneafdeling L, KAS Glostrup, Klin.Fys. afd. KAS Glostrup & MR afd. Hvidovre Hospital).

En 7,5 år gammel dreng henvises på grund af øget højdevækst samt udvikling af pubesbehåring og modning af genitalia. Han findes i Tanner stadium 2 med en højde på 136,5 cm (97% percentilen). Højre testis (5 ml) var noget større end venstre (3 ml), men begge testikler havde ensartet konsistens og var uden tumor suspicio. Knoglealderen var 9 år. Øjenundersøgelse, CT-skanning af cerebrum, ultralyd af testes samt se-FSH og se-LH var alle normale. Urin- og serumundersøgelser før og efter dexametason suppression viste betydeligt øget androgenproduktion forenelig med Leydig celle tumor. Tumor blev visualiseret i højre testis ved hjælp af MR-skanning, hvorved CT-skanning af testiklerne, biopsi eller vena cava inferior katerisation med opsamling af blod fra begge venae testiculares kunne undgås. Der blev foretaget højresidig orkiektomi, og mikroskopi af præparatet konfirmerede diagnosen. Ingen tegn til malignitet. Tubuli seminiferi i nærheden af tumor havde kvalitativ komplet spermatogenese, hvilket viser, at modningen af det germinative epitel alene kan initieres af høje koncentrationer af testosteron. Postoperativt faldt døgnudskillelsen af 17-ketosteroider samt se-testosteron og se-androstendion til normale, præpubertale værdier. På grund af den i en lang periode forhøjede se-testosteron samt den avancerede knoglealder har drengen betydelig risiko for at udvikle centralt udløst for tidlig pubertet med nedsat sluthøjde til følge. Han bør derfor kontrolleres nøje.

616. MØDE - 3. februar 1989 - Rigshospitalet

Mødeemne NEONATOLOGI, tilrettelagt af Gunnar Eg Andersen

Programoversigt

1. J.Kamper & C.Lenstrup:
Det perinatale beredskab i Danmark.
2. K.Vitting Andersen (gynækologisk-obstetrisk afd., KAS Glostrup):
Sundhedsfaglig kvalitetsvurdering af peri- og neonatale dødsfald i København, Fyns og Århus amter i 1985 og 1986.
- 3.* G.E.Andersen (afd.for nyfødte, GN, Rigshospitalet):
Børn med svær perinatal asfyxi født på kirurgiske og obstetriske afdelinger på Sjælland i 1986-1988.
4. G.Greisen (børneafd., Hvidovre Hospital):
Behandlingsvalg ved svær præmaturitet. En landsdækkende spørgeske-
maundersøgelse.
5. G.E.Andersen (afd.for nyfødte, GN, Rigshospitalet):
Foreløbig status for 60 overlevende børn født i 1984 til midten af
1986 med gestationsalder < 28 uger.
6. J.Kamper & R.Zori (børneafd., Odense Sygehus):
Overlevelses- og udviklingsprognose hos børn med ekstrem lav ge-
stationsalder.
7. T.Jacobsen, J.Grønvall & G.E.Andersen (neonatal og radiologisk afd.
Rigshospitalet):
Betydningen af indførelse af "low-touch" regime for børn under
1500 gram og gestationsalder < 33 uger; en sammenligning af to fød-
selsårgange.
8. K.Wulff, C.Larsen, B.Lindequist, R.Zori & J.Kamper (børneafd. og
radiologisk afd., Odense Sygehus):
Meget lav fødselsvægt (< 1500 gram), lavintensiv behandling og hæ-
morrhagia cerebri.

.....

9. O.Pryds, G.E.Andersen & B.Friis-Hansen (afd. for nyfødte, GN, Rigshospitalet):
Regulation af hjernens gennemblødning kort tid efter fødslen hos "low-touch" behandlede børn med gestationsalder < 34 uger.
10. L.Skov, O.Pryds, G.Greisen & B.Friis-Hansen (afd. for nyfødte, GN, Rigshospitalet):
Niroscop - en noninvasiv og kontinuerlig monitorering af hjernens blodvolumen og metaboliske tilstand.
11. G.Greisen & K.Fleischer Michaelsen (børneafd., Hvidovre Hospital):
Perinatal vækst: En praktisk perinatal vægtkurve.
12. F.S.Jørgensen, P.Felding, S.Vinther & G.E.Andersen (føde- og gynækologisk afd. Y, afd. for nyfødte GN og klinisk kemisk afd. KK, Rigshospitalet):
Vitamin K til nyfødte. Peroral versus intramuskulær administration.
Et randomiseret studie.

* Referat ikke modtaget

DET PERINATALE BEREDSKAB I DANMARK.

J. Kamper og C. Lenstrup.

Perinatalrapporten er en status over fødselshjælpen og behandlingen af syge nyfødte børn, som situationen tegnede sig i 1984. Data er indsamlet med spørgeskemaer, som er udarbejdet af et fælles obstetrisk og pædiatrisk perinataludvalg og udsendt til alle fødesteder i Danmark med over 10 fødsler og til alle pædiatriske afdelinger, der behandler syge, nyfødte børn.

I rapporten beskrives afdelingernes struktur og virksomhed. På basis heraf fremsætter de to specialselskaber en række rekkommendationer for den fortsatte udvikling.

Det pointeres, at det størst mulige antal fødsler bør sikres et tilstrækkeligt beredskab, i.e. bør finde sted på obstetriske specialafdelinger med tilknyttet anæsthesiologisk og pædiatrisk afdeling med neonatalafsnit. Samarbejdet mellem fødesteder, mellem disse og børneafdelinger, og børneafdelingerne imellem, bør udbygges på amts- og regionsplan. Begrænsede patientunderlag og begrænsede ressourcer, gør det uhensigtsmæssigt, at alle hospitaler har service for alle slags maternelle og neonatale komplikationer. Det anbefales derfor at fremme regionalisering med niveaudeling og centralisering af gravide og nyfødte med specielle lidelser til landsdelssygehusene. Højrisikobørn, f. eks. børn med meget lav fødselsvægt og børn med behov for meget specielle eller særligt krævende og risikable behandlinger, så som udskiftningstransfusion og respiratorbehandling, bør ligeledes overflyttes til landsdelssygehuse, som er specialiseret heri.

Perinatalrapporten er udsendt til de to selskabers medlemmer, til sundhedsministerium og sundhedsstyrelse, til alle amter m.fl.

SUNDHEDSFAGLIG KVALITETSVURDERING AF DEN PERI- OG NEONATALE OMSORG I
RELATION TIL NEONATALE DØDSFALD I 3 AMTER I 1985 OG 86.

K. Vitting Andersen, gynækologisk obstetrisk afd. KAS Glostrup.

I 1987/88 blev der gennemført en perinatal audit -en sundhedsfaglig kvalitetsvurdering- af den peri- og neonatale omsorg i relation til peri- og neonatale dødsfald i Københavns, Fyns og Århus amter i 1985 og 86. Ved denne form for kvalitetsvurdering tager man udgangspunkt i en række enkelte sygehistorier. Disse sygehistorier vurderes af sagkyndige inden for det pågældende fagområde, som ud fra deres kliniske og videnskabelige erfaring vurderer om resultatet kunne have været bedre, hvis strukturen (dvs de tilgængelige ressourcer f.eks. i form af personale og teknologi) var anderledes og/eller processen (dvs diagnostik og behandling) var gennemført på en anden måde. Dødfaldene klassificeres enten som u-ungæelige eller muligt undgåelige, dvs hvor en anden behandling kunne have øget barnets mulighed for overlevelse. **Undersøgelsen viste:**

- 1) at der i Århus amt i 1985 og 86 fødtes signifikant ($p=0.032$) færre levendefødte børn med en gestaionalder ≤ 28 uger. Dette kan være affødt af, at der på daværende tidspunkt ikke var en neonatalafdeling i tilknytning til amtets største fødeafdeling med 3000 fødsler årligt.
- 2) at der i Fyns amt var signifikant ($p<0.05$) færre neonatale dødsfald, som havde modtaget suboptimal neonatologisk omsorg. Dette kan antagelig tilskrives en god visitationsordning til obstetrisk specialafdeling på sygehus med neonatalafdeling, som havde en gennemført ensartet behandlingsstrategi, og som varetog hele amtets neonatologi.

BEHANDLINGSVALG VED MEGET FOR TIDLIG FØDSEL. EN LANDS- DÆKKENDE SPØRGESKEMAUNDERSØGELSE.

G. Greisen (Hvidovre Hospital, Børneafdelingen).

Obstetriske, kirurgiske og pædiatriske afdelingers principper for behandling ved meget for tidlig fødsel blev undersøgt med et spørgeskema, der indeholdt fiktive sygehistorier vedrørende overflyttelse ved truende fødsel, kejsersnit ved intrauterin asfyksi, genoplivning efter fødslen, overflyttelse til børneafdeling og anvendelse af respirator ved tiltagende respirationsproblemer ved fødsel efter 24, 26 og 28 fulde ugers gestation.

Der kom svar fra 26 af 29 fødeafdelinger, 28 af 33 kirurgiske afdelinger med mere end 100 fødsler i 1985 samt 18 af 18 børneafdelinger.

I alle situationerne blev der angivet betydelig tilbageholdenhed ved de mest for tidlige fødsler, således angav fx. kun 2 obstetriske, 2 kirurgiske og 4 pædiatriske afdelinger som regel at forsøge genoplivning efter fødslen ved 24 ugers gestation. For 26 ugers gestation var tallene 18, 12 og 12. Der var en vis tendens til mindre tilbageholdenhed i 1985 i forhold til 1979. Der var større tilbøjelighed til at centralisere de meget for tidlige fødsler i Østdanmark end i Vestdanmark, hvor også respiratorbehandling oftere blev benyttet til de mindste børn.

FORELØBIG STATUS FOR 60 OVERLEVENDE BØRN FØDT I 1984 - MIDTEN AF 1986
MED GESTATIONSALDER < 28 UGER.

G.E. Andersen (afdelingen for nyfødte, GN, Rigshospitalet).

I tidsrummet 1/1 1984 - 1/7 1986 blev 101 børn med gestations-
alder 24 - 28 uger indlagt på afdeling GN. 60 børn (59 %) overlevede.

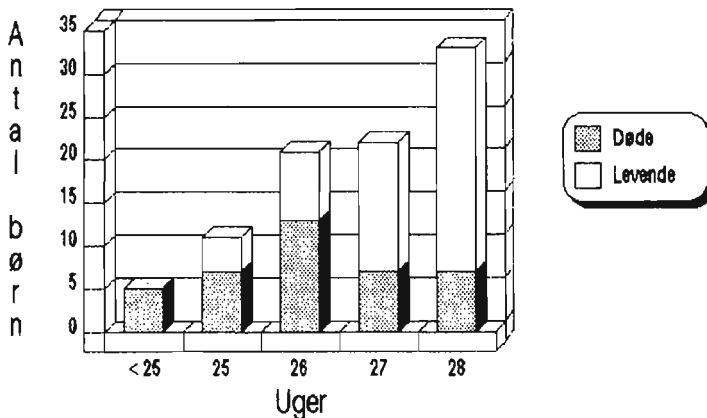
Ved foreløbig efterundersøgelse er der fundet handicap hos 10
af de 60 overlevende børn (17 %). Det drejer sig om 4 børn som er
blinde, 5 børn med CP, 1 barn med mental retardering.

OVERLEVELSES- OG UDVIKLINGSPROGNOSE HOS BØRN MED GESTATIONS- ALDER \leq 28 UGER.

J. Kamper & R. Zori (Odense Sygehus, børneafdeling H).

I syvåret 1980-86 behandlede ialt 92 levendefødte børn med en gestationsalder på 22-28 fulde uger (de mindste evt. blot på fødegangen). Der er i hele perioden tilstræbt en videst mulig lavintensiv, skånsom og non-invasiv behandling med tidlig anvendelse af binasal-CPAP, selektivitet m.h.t. respiratorbehandling m.v., som omtalt i selskabet i april 1987.

Et barn udgår på grund af letal malformation. Overlevelsen for de resterende 91 ses af nedenstående figur.



Den procentuelle overlevelse var således 58 - og fra 25-28 uger 62.

Overlevende børn følges af pædiatrisk speciallæge og testes i 5-6 års alderen af klinisk psykolog. 1 barn havde udviklet cicatricial retroental fibroplasi, 1 barn mental retardation og 2 børn cerebral parese. Det mentalt retarderede barn var svært væksthæmmet ved fødslen (prænatal ætiologi ?); hos børnene med cerebral parese forelå i det ene tilfælde en sikker postnatal ætiologi (børnemishandling).

Er det rimeligt fortsat at opretholde en abortgrænse på 28 uger ?

BETYDNINGEN AF INDFØRELSE AF LOW-TOUCH REGIME FOR BØRN UNDER 1500 G OG GESTATIONSALDER UNDER 33 UGER; EN SAMMENLIGNING AF TO FØDELSÅRGANGE.

T. Jacobsen, J. Grønvall og G.E. Andersen (Rigshospitalet, Neonatalafdelingen & Radiologisk Afdeling).

På GN blev i løbet af 1986 indført en systematisering af "low-touch" princippet. I hovedtræk indebærer dette at børn født før 33 fulde svangerskabsuger og med en fødselsvægt på 1500 g eller derunder kun intuberes umiddelbart, hvis de har udtalt respiratorisk distress, eller som led i genoplivning. Ellers lægges barnet i kuvøse på maven, tilsluttet nasal-CPAP og med transcutan overvågning af O_2 og CO_2 . Barnet lades i fred og blodprøver, dropanlægning og røntgenundersøgelse udskydes.

Vi har retrospektivt sammenlignet børn indlagt i 1985 og 1987. Eksklusionskriterier var: Fødsel udenfor Rigshospitalet, neonatal asfyksi (Apgar-score under 7 ved 5 minutter) og alvorlig medfødt sygdom.

126 børn indgik, 73 i 1985 og 53 i 1987. For begge år var den gennemsnitlige gestationsalder 28 uger, range 24 h.h.v. 25 uger - 32 uger.

I 1985 blev 55 børn (75%) intuberet, i 1987 20 børn (38%), 6 indenfor 2 timer og 14 senere.

I 1985 blev der respiratorbehandlet i 431 dage, i 1987 i 238 dage. Dette svarer til en varighed pr. indlagt barn på h.h.v. 5,9 og 4,5 dage, en reduktion med 24%. Pr intuberet barn var varigheden 7,8 h.h.v. 11,9 dage.

Pneumothorax forekom ikke hos børn udelukkende behandlet med nasal-CPAP. I 1985 havde 14 af 55 respiratorbehandlede børn (25%) pneumothorax, i 1987 4 ud af 20 (20%).

Der døde 8 af 73 børn i 1985 (11%) og 5 af 53 i 1987 (9%). I 1985 havde 11 børn (15%) IHV grad 3 - 4 mod 4 børn (8%) i 1987.

Forekomsten af radiologisk verificeret RDS, af bronchopulmonal dysplasi samt resultaterne af foreløbig opfølgning vil blive omtalt.

MEGET LAV FØDSELSVÆGT (<1500 g), LAVINTENSIV BEHANDLING
OG HÆMORRHAGIA CEREBRI.

K. Wulff, C. Larsen, B. Lindequist, R. Zori og J. Kamper
(Børneafdeling H & Røntgenafdelingen, Odense Sygehus).

Forekomsten af hjerneblødning hos børn med meget lav fødselsvægt (< 1501 g) i Fyns amt blev belyst ved en prospektiv undersøgelse af årgang 1988. Hvert barn med meget lav fødselsvægt blev ultralydscannet 4 på hinanden følgende gange, 3 gange i løbet af de første 10 levedøgn og 4. gang 1 måned efter fødslen (afhængig af overlevelsen). Ved bedømmelsen af scanningerne anvendtes Papile's klassifikation i 4 grader.

Der blev i 1988 født 4.778 levende børn i amtet, heraf havde 37 en fødselsvægt < 1501 g, ratio per 1.000 var således 7,74. Middelfødselsvægten var 1167 g (variation: 679-1500 g, SD: 228 g) og middelgestationsalderen var 29 uger (variation: 24-34 uger, SD: 3,6 uger). 4 af de 37 børn døde, hos 2 af disse blev der hverken foretaget ultralyd eller sektion, de 2 andre blev henholdsvis scannet 1 og 4 gange. Hos 9 af de 37 børn (24%) konstateredes hjerneblødning, middelfødselsvægten og middelgestationsalderen hos disse 9 børn var 1132 g og 28,4 uger. Hos 26 børn (70%) blev der ikke observeret blødning, middelfødselsvægten var 1220 g og middelgestationsalderen var 29,3 uger. Af de 9 børn med blødning havde 6 grad I, 2 grad II og 1 barn grad III blødning.

I 6 andre undersøgelser, hvor inklusionskriterierne var fødselsvægt < 1501 g eller < 2250 g, og gestationsalder < 33 uger eller 35 uger, fandtes frekvensen af hjerneblødning at være fra 24% til 43% (middel 36%).

REGULATION AF HJERNENS GENNEMBLØDNING, KORT TID EFTER FØDSELEN, HOS "LOW TOUCH" BEHANDLEDE BØRN MED GESTATIONS-ALDER MINDRE END 34 UGER.

O.Pryds, G.E.Andersen og B. Friis-Hansen (afdelingen for nyfødte, GN, Rigshospitalet).

Manglende eller nedsat evne til at regulere hjernegennemblødningen er sandsynligvis en af hovedårsagerne til hjerneskade hos for tidligt fødte børn. Eksempelvis er tilstande med høj kuldioxid tension og/eller lavt blodtryk forbundet med risiko for periventrikulær blødning og iskæmi, ligesom substratmangel kan relateres til senere handicap.

Vi har målt hjernegennemblødningen (CBF) hos 32 for tidligt fødte børn (27-34 gest.uger) 2 og 3 timer efter fødslen. Alle børn blev behandlet med nasal CPAP og transkutan O₂ blev holdt konstant ved at justere FiO₂. Følgende parametre blev målt: CBF, pCO₂, middel arterie blodtryk (MABP) og blodsukker (BS).

CBF var inverst korreleret til BS med kritisk værdi omkring 1.7 mmol/l. Hos initialt normoglykæmiske børn fandtes en CBF-CO₂ reaktivitet på 28%/kPa pCO₂, hvorimod CBF var konstant ved spontane ændringer i MABP.

Det synes, at spontant respirerende, for tidligt fødte børn er i stand til at regulere CBF normalt.

NIROSCOP - EN NONINVASIV OG KONTINUERLIG MONITORERING AF
HJERNENS BLODVOLUMEN OG METABOLISKE TILSTAND.

L.Skov, O. Pryds, G. Greisen & B. Friis-Hansen (Neonatalafdelingen GN, Rigshospitalet).

Nær-infrarød spektrofotometri (NIR) udnytter det forhold, at nyfødte børns hoveder kan penetreres af lys i det nær-infrarøde område. Via fiberoptisk kabel føres lyset til barnets hoved. I hjernen absorberes lyset af 2 kromoforer, cytochrom aa₃ og hæmoglobin og absorptionen er afhængig af om kromoforerne er i oxygeneret eller reduceret tilstand. Det ikke absorberede lys kan opfanges andet steds på hovedet som transmission eller reflektion og konverteres til ændringer i saturationen af hæmoglobin og cytochrom aa₃.

Metodens værdi demonstreres ved følgende situationer:

1. Ved BT-ændringer og PaCO₂-ændringer under respiratoraftrapning.
2. Ved sugning samt accidentiel hypoxi.
3. Ved subkliniske kramper.

Metoden synes lovende og vil være et væsentligt supplement til allerede eksisterende metoder til at estimere den cerebrale funktion hos nyfødte børn. Da metoden er noninvasiv og opsamlingen kan foregå kontinuerligt ved kuvøsen giver den mulighed for intervention på et tidligt tidspunkt ved patologiske fund.

PERINATAL VÆKST: EN PRAKTISK PERINATAL VÆGTKURVE.

G. Greisen, K. Fleischer Micahaelson (Hvidovre Hospital, Børneafdelingen og Den Kongelige Veterinær- og Landbohøjskole, Forskningsinstitut for human ernæring).

En retliniet perinatal vækstkurve fra 28 ugers gestation til 18 uger efter rettidig fødsel præsenteres. Den blev først foreslået af P. Dunn for ca. 15 år siden; den støttes nu af danske tværsnitsundersøgelser og longitudinelle undersøgelser.

Ved 50%-tilen er væksthastigheden 27.5 g/dag for drenge og 26.5 g/dag for piger. Ved terminen (280 dage) svarer 50%-tilen til 3470 g for drenge og 3330 g for piger. 10%-tilerne er henholdsvis 2840 g og 2730 g, 90%-tilerne henholdsvis 4100 g og 3940 g.

Kurven anbefales til klinisk brug både til klassifikation af fødselsvægten i forhold til gestationsalderen og til monitorering af postnatal vækst, uanset gestationsalderen ved fødslen. Brugen af hidtil anvendte kurver har medført underdiagnosticering af 'heavy-for-dates' hos moderat for tidligt fødte, samt især af postnatal vantrivsel hos meget for tidligt fødte børn.

VITAMIN K TIL NYFØDTE BØRN. PERORAL VERSUS INTRAMUSKULÆR
ADMINISTRATION. ET RANDOMISERET STUDIE.

F.S. Jørgensen, P. Felding, S. Vinther & G.E. Andersen (Føde- og gynækologisk afd. Y, Neonatal afd. GN og Klinisk Kemisk afd. KK, Rigshospitalet).

Det nyfødte barn har de første levedøgn en fysiologisk K-vitaminmangel og er dermed i risiko for blødning. I henhold til Sundhedsstyrelsens cirkulære af 1.5.1981 skal landets jordemødre derfor give 1 mg K-vitamin i.m. til alle nyfødte børn umiddelbart efter fødslen. Moderen kan dog modsætte sig injektionen til barnet og selv vælge at få 10 mg K-vitamin i.m. før fødslen.

Et stigende antal mødre har de sidste år villet undgå den intramuskulære injektion til barnet og derfor valgt selv at få injektionen. Effektiviteten af denne indirekte administration af K-vitamin til barnet er svagt dokumenteret, og på grund af langsom passage af K-vitamin over placenta er der rejst tvivl om det berettigede i denne tilførselsform. Peroral tilførsel af K-vitamin til barnet, som et muligt alternativ til den intramuskulære injektion, er derfor af stor interesse.

I undersøgelsen randomiseredes 300 nyfødte ved kuverttrækning til enten 1 mg K-vitamin i.m. eller samme dosis p.o. Effekten bedømtes primært ved måling af følgende kvantiteter i en kapillærblodprøve 48-72 timer efter fødslen:

P-koagulationsfaktor II + VII + X (funktionel), P-koagulationsfaktor II (acarbonylantigen) og P-koagulationsfaktor II (antigen).

Der kunne ikke påvises signifikant forskel i nogen laboratorieprøver, og der indtraf ingen tilfælde af blødning.

Programoversigt

1. K.W.Kastrup (børneafdelingen, KAS Glostrup):
Om diagnosen væksthormonmangel.
2. K.Welling, N.E.Skakkebæk, M.Philips (civ.ing), J.Lindholm & T.Torresani (børneafd. og klinisk kemisk afd., Hvidovre Hospital, neurokirg. afd. Rigshospitalet og Kinderspital Zürich):
Væksthormon i urin.
- 3.* A.Giwercmann (børneafd., Hvidovre Hospital):
Insulinlike growth factor (IGF₁).
- 4.* J.O.Jørgensen & J.Sandal Christiansen (Medicinsk afd. M, Århus Kommunehospital):
Væksthormonbehandling, farmakokinetik og dosisresponse undersøgelser.
5. L.Lavard & K.W.Kastrup (børneafd., Hvidovre Hospital og KAS Glostrup):
Væksthormonbehandling af væksthormonmangel med biosyntetisk hormon.
6. H.B.Mortensen, N.E.Skakkebæk, K.W.Kastrup & K.Fleischer Michaelsen (børneafd., Hvidovre Hospital):
Væksthormonbehandling af børn med konstitutionel vækstofforsinkelse.
7. R.Nærrå (cytogenetisk laboratorium Risskov):
Væksthormonbehandling af Turners syndrom.
8. S.A.Pedersen (børneafd., Hvidovre Hospital):
Undersøgelse af væksthormons effekt hos voksne med væksthormonmangel - patientmateriale og psykosociale aspekter.
9. J.Sandal Christiansen & J.O.Jørgensen (medicinsk afd. M, Århus Kommunehospital):
Væksthormons effekt hos voksne med væksthormonmangel - biologiske aspekter.

* Referat ikke modtaget

VÆKSTHORMONMANGEL - DIAGNOSTISKE OVERVEJELSER.

K.W. Kastrup (Børneafdelingen, KAS Glostrup).

Ved diagnosen væksthormonmangel anvendes farmakologiske og fysiologiske stimulationstests. Grænseværdierne for udfaldet er normal, eller delvis normal (partiel) test, er arbitrære og afhænger desuden af det anvendte assay for væksthormon.

Manglende eller ringe stigning i væksthormonsekretionen ved stimulationstest og påvisning af lav IgF^1 gør diagnosen væksthormonmangel sandsynlig. Hos nogle børn med udtalt væksthæmning findes partielle eller normale udfald ved stimulationstests. Der kan hos disse børn påvises en ændring i det fysiologiske sekretionsmønsters frekvens og amplitude. Der er behov for at opstille kriterier for vurdering af disse ændringer. Det er en udbredt opfattelse, at væksthormonmangel bedst beskrives som et continuum gående fra absolut mangel til normal produktion. Det er ensbetydende med, at der findes børn, som trods normalt udfald ved stimulationstest vil have gavn af væksthormonbehandling.

VÆKSTHORMON I URIN.

Welling, K., Philips, M., Torresani, T., Lindholm, J. og Skakkebæk, N.E. (Børneafdeling og Klinisk-Kemisk Afdeling, Hvidovre Hospital, Kinderspital, Zürich & Neuroendokrinologisk Afdeling, Rigshospitalet).

Diagnosticering af væksthormonmangel hos børn er en vanskelig opgave. Resultater fra blodprøver og stimulationstests er ofte vanskelige at tolke, og de fleste tests har ubehagelige bivirkninger. Det er nu blevet muligt, at måle væksthormon i urinen v.h.a. et sensitiv ELISA. Undersøgelsen sigter mod at etablere et normalområde for væksthormonudskillelsen i urin hos raske børn og voksne og at sammenligne disse resultater med væksthormonudskillelsen hos patienter med abnorm væksthormonproduktion. Foreløbige resultater fra 79 børn og 13 voksne viser, at der er en stor inter-individuel variation i væksthormonudskillelsen med en stigende udskillelse i puberteten og fald postpubertal.

Hos 8 voksne patienter med hypofyseinsufficiens lå væksthormonet i samtlige urinprøver under detektionsgrænsen. En dreng med total væksthormonmangel havde i gentagne urinprøver umålelige værdier for væksthormon. Patienter med akromegali udskiller ofte ekstremt store mængder væksthormon (i vores materiale mellem 24 og 8212 ng/24h). Udskillelsen kan allerede én uge efter operation falde til normalværdier.

Metoden synes velegnet til:

- initial undersøgelse af børn med vækstforstyrrelser
- initial undersøgelse af patienter, som mistænkes for akromegali
- evt. follow-up af akromegale patienter efter operation.

VÆKSTHORMONBEHANDLING MED BIOSYNTETISK VÆKSTHORMON.

L. Lavard & K. W. Kastrup (Børneafdelingen, Hvidovre Hospital og børneafdelingen, Københavns Amts Sygehus i Glostrup)

I en dansk multicenterundersøgelse blev biosyntetisk væksthormons vækstpotentierende egenskaber i forhold til pituitært væksthormon undersøgt.

Ialt 38 børn indgik i undersøgelsen, der forløb over 1 år. Alle børnene havde væksthormonmangel, diagnosticeret ved stimulationstests, nogle med isoleret defekt, andre med multiple pituitære defekter. 25 børn var tidligere blevet behandlet med pituitært væksthormon, 13 var nydiagnosticerede eller havde haft en mere end 2 års varende behandlingspause.

Biosyntetisk væksthormon blev givet i form af somatotropin, 6 IE/uge ved legemsareal mindre end 0,5 m², og 12 IE/uge ved legemsareal over 0,5 m², fordelt på 6 ugentlige doser, administreret subcutant.

Væksthastigheden for transferpatienterne fandtes let øget under aktuelle behandling i forhold til tidligere, mens væksthastigheden for de nybehandlede patienter blev mere end fordoblet. Der forekom ingen knoglemodningsacceleration under behandlingen.

Ved 3. månedlige kontroller registreredes ingen lokale eller systemiske bivirkninger. Der forekom ingen øgning i E. coli protein antistofniveauet. Hos en patient påvistes væksthormonantistof på transfertidspunktet. Dette kunne ikke genfindes senere.

Væksthormonbehandling af børn med konstitutionel væksthorsinkelse. H.B.Mortensen, N.E.Skakkebæk, K.W.Kastrup og K.Fleischer Michaelsen (Børneafdelingen Hvidovre hospital).

15 børn med konstitutionel væksthorsinkelse blev behandlet med humant væksthormon i en periode på 3 til 13 måneder. 10 børn (6P,4D: alder 10.5 ± 3.1 år, knoglealder 8.2 ± 3.4 år, højde 117.9 ± 12.6 cm) med normalt væksthormonrespons efter stimulation med clonidin samt 5 (3P,2D: alder 9.4 ± 2.3 år, knoglealder 7.4 ± 2.2 år, højde 117.1 ± 11.9 cm) med partial væksthormonmangel.

Væksthormonrespons i området 4-12 ng/ml defineredes som partial væksthormon mangel (gruppe B); 12 ng/ml og derover som normalt respons (gruppe A). Gruppe B blev behandlet med $2 \text{ U/m}^2/\text{dag}$. Børn i gruppe A allokeredes ved lodtrækning enten til lavdosis hormon A₁ ($0.5 \text{ u/m}^2/\text{dag}$), mellem dosis A₂ ($1.0 \text{ U/m}^2/\text{dag}$) eller højdosis A₃ ($2 \text{ U/m}^2/\text{dag}$). På nuværende tidspunkt er der ikke indgået børn nok til at vurdere eventuel dosis-respons effekt i gruppe A. Derfor er disse subgrupper slået sammen ved præsentationen af de preliminaire data.

Væksthastighed for gruppe A før behandling (mean \pm SD) 3.39 ± 0.96 cm/år, beregnet sluthøjde 149.76 ± 10.2 cm. Væksthastighed for gruppe B før behandling (mean \pm SD) 4.13 ± 0.71 cm/år, beregnet sluthøjde 150.56 ± 10.9 cm. Væksthastigheden øgedes signifikant under væksthormon behandling i begge grupper. Gruppe A højde SDS velocity -1.5 ± 0.7 før, 0.8 ± 1.4 efter, $p < 0.001$, gruppe B højde SDS velocity -1.3 ± 0.6 før, 2.0 ± 0.7 efter, $p < 0.001$. Der var ingen signifikant forskel på væksthastigheden mellem gruppe A og B før og under behandlingen. Børnenes knæ-hælvækst blev vurderet ved knemometer-målinger de første 2 måneder hver 14. dag, dernæst een gang månedligt. Herved kunne catch-up effekt vurderes på kort sigt og individuelle vækstsparter registreres i løbet af behandlingen. HbA_{1c}, lever og thyreoideaparametre samt BT var alle normale i undersøgelses perioden. Ingen lokale eller systemiske reaktioner observeredes.

Konklusion: Væksthormonbehandling øger væksthastigheden både i gruppe A (normalt væksthormonrespons) og gruppe B (partialt nedsat væksthormonrespons). Knæhælmåling er et nyttigt redskab til vurdering af væksthormonets effekt på kort sigt.

VÆKSTHORMONBEHANDLING AF PIGER MED TURNER'S SYNDROM.

R.W. Næraa (Cytogenetisk Laboratorium, Psykiatrisk Hospital, Århus).

Trods en stort set normal spontan væksthormonsekretion har man i de senere år forsøgt væksthormonbehandling af piger med Turner's syndrom (T.S.). Et amerikansk behandlingsforsøg med rekombinant methionyl-væksthormon (m-GH) og det anabole steroid oxandrolon har nu kørt i over 4 år og omfatter 70 Turnerpiger. Initialt randomiseredes pigerne i 4 grupper: En kontrolgruppe og 3 grupper der behandlede med henholdsvis m-GH, oxandrolon og oxandrolon + m-GH. Dosis var for oxandrolon 0,125 mg/kg/dag og for m-GH 0,85 IE/kg/uge givet som i.m. x 3 ugentlig. Resultaterne efter første behandlingsår viste en signifikant stigning i væksthastigheden (VH) på 50-90 % ved behandling med enten m-GH eller oxandrolon. Ved kombinationsbehandling sås en stigning på 130 % som udtryk for en additiv effekt. Efter første behandlingsår halveredes oxandrolondosis. I de to følgende år faldt VH gradvis, men selv i 3. behandlingsår var VH signifikant højere end forventet. Efter 3 år var den forudsagte sluthøjde steget med 4.5 cm for m-GH gruppen og 8.2 cm for kombinationsgruppen. Bivirkninger i form af en let virilisering sås hos 20 % af de oxandrolonbehandlede piger i 1. år. Halveringen af oxandrolondosis minimiserede problemet. Der var herudover ingen alvorlige bivirkninger.

Preliminære 6 måneders data fra et dansk multicenter behandlingsforsøg med væksthormon (GH) og genuint østradiol tyder på, at også denne kombination har en additiv effekt på VH.

På baggrund af disse erfaringer ser det ud til, at den fremtidige behandling af piger med T.S. må blive en sekvens af hormonbehandlinger: GH alene op til 8-9 års alderen, så GH + et anabolt steroid op til 11-12 år, og herefter GH + østradiol. Der savnes dog endnu yderligere erfaring med specielt GH + østradiol.

Undersøgelse af væksthormons effekt hos voksne med væksthormonmangel - patientmateriale og psykosociale aspekter.

S. Anker Petersen, J.O. Jørgensen, J.S. Christiansen og N.E. Skakkebæk (børneafdelingen, Hvidovre Hospital og medicinsk afdeling M, Århus Kommunehospital).

Som led i en efterundersøgelse af tidligere væksthormonbehandlede børn og unge i Danmark er 22 patienter, der ved en Clonidinstimulationstest fortsat viste tegn på væksthormonmangel, udvalgt til en klinisk dobbeltblind kontrolleret undersøgelse. Patienterne blev behandlet i 4 mdr. med aktivt stof og 4 mdr. med placebo med en indskudt udvaskningsfase på 4 mdr. Af de deltagende patienter var 11 isoleret væksthormonmanglende og 11 multipel pituitær deficiente. 1 patient gennemførte ikke undersøgelsen.

Undersøgelsesresultaterne viste signifikans for patientpræference, således at 14 ud af 21 patienter der gennemførte undersøgelsen foretrak den fase, der viste sig at være aktiv behandlingsfase. Med henblik på øvrige registrerede symptomer som alment velbefindende, almen sygelighed, træthed, subjektiv følelse af bedre kondition, humør, søvnbehov, hukommelse, psykisk balance, seksuelt behov og appetit, viste alle en tendens mod bedring under væksthormonbehandlingen, men ikke statistisk signifikant forskel.

Det konkluderes, at korttidsbehandling af væksthormondeficiente voksne tenderer mod at bedre psykosocial tilstand, men at langtidsstudier er påkrævet.

VÆKSTHORMON SUBSTITUTION AF VÆKSTHORMON-DEFICIENTE VOKSNE: EFFEKT PÅ LEGEMSSAMMENSÆTNING, MUSKELSTYRKE, ARBEJDSKAPACITET OG NYREFUNKTION.

J. O. L. Jørgensen, S. A. Pedersen, L. Thuesen, J. Jørgensen, T. Ingemann-Hansen, N. E. Skakkebæk & J. S. Christiansen (Medicinsk afdeling M, Århus Kommunehospital, Pædiatrisk afdeling, Hvidovre Hospital).

Væksthormonsubstitution af væksthormon-deficiente voksne er ikke tidligere undersøgt systematisk.

Vi gennemførte en dobbelt-blind placebo kontrolleret undersøgelse med 4 måneders væksthormonbehandling (2 IU/m² Norditropin subcutant dagligt kl. 20) og 4 måneders behandling med placebo, idet der var indskudt en 4 måneders wash-out periode indimellem. 22 væksthormon-deficiente voksne - alle tidligere behandlet med væksthormon i barndommen - deltog i undersøgelsen. 21 patienter gennemførte undersøgelsen.

Den totale legemsvægt var uforandret i undersøgelsesperioden. Efter behandling med væksthormon fandtes signifikant højere muskelvolumen svarende til femur bedømt ved CT-scanning, ligesom der fandtes signifikant lavere volumen af fedtvæv og en signifikant formindskelse af det subcutane fedtvævs tykkelse, bedømt ved hudfoldsmåling subscapulært.

Under væksthormonbehandlingen fandtes en mindre øgning i den isometriske muskelstyrke svarende til quadriceps på højre lår ($p = 0.04$) og signifikant øgning i arbejdskapacitet (6194 ± 734 kpm (GH), 5520 ± 672 kpm (placebo) ($2 p < 0.052$)). Der var signifikant øget puls, såvel under hvile som efter maximal fysisk belastning under væksthormonbehandling, hvorimod blodtrykket var uforandret.

Under placebo behandling fandtes subnormale værdier af den glomerulære filtrationshastighed (GFR) og det renale plasma flow (RPF). Væksthormon substitution var ledsaget af en normalisering af GFR fra $100,1 \pm 2,5$ til $112,4 \pm 3,4$ ml/min/1.73 m² ($2 p < 0.001$) og af RPF fra $435,5 \pm 16,5$ til $480,0 \pm 16,6$ ml/min/1.73 m² ($2 p < 0.01$).

Disse data tyder på, at væksthormon har potentielt gavnlige virkninger hos væksthormon-deficiente voksne. Langtidsstudier heraf er iværksat.

618. MØDE - 7. april 1989 - Rigshospitalet

Mødeemne BØRNS DAGLIGDAG - I OG UDENFOR SUNDHEDSVÆSENET, mødeleder
Niels Michelsen

Programoversigt

1. Niels Michelsen:

Kritisk gennemgang af statslige overvejelser og handlinger: Børnekommissionens rapporter og betænkning - Regeringens ungdomsudvalgs betænkninger - Rapport om børns dagligdag ("Kirsten Lee betænkningen") - Regeringens handlingsplan ("Det skal være godt at være barn i Danmark") socialministerens og sundhedsministerens seneste redegørelser.

2. Ole Andersen:

Gennemgang af lægelige overvejelser og handlinger: Dansk Pædiatrisk Selskabs betænkning om Pædiatri år 2000 - Hygiejnekomitéens børneudvalgs 5 delbetænkninger og den efterfølgende tværfaglige konference - Lægeforeningens prisopgave om børn og unges sundhed år 2000 - Hygiejnekomitéens børneudvalg.

3. Vagn Holm:

Arbejdet med distriktspædiatri. Konferencer i samarbejde med Dansk Sygehusinstitut - senest om "Børn i Sundhedsvæsenet".

4. Vagn Christensen:

Socialpædiatriens udvikling - situation og fremtid.

5. Paneldiskussion:

Ole Andersen, Ragnhild Dissing, Vagn Christensen, Jens Christoffersen, Vagn Holm, Bente Hansen, Niels Michelsen, Bengt Zachau-Christiansen.

6. Afslutning:

"En som hed LIV". Videofilm om sundhed år 2000 fra lægeforeningens prisopgave.

STATSLIGE BETÆNKNINGER OG RAPPORTER OM BØRN OG UNGE.

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

Børns sundhed må optage enhver, der interesserer sig for vort samfunds fremtid. Det liv vi tilbyder vore børn, er afgørende både her og nu og for, hvordan efterfølgende generationer kan udvikle sig. I årenes løb har mange kommissioner og udvalg set dagens lys - her skal blot nogle af de væsentligste nævnes. Men det er ikke blot for børnenes "blå øjnes" skyld. Ofte er baggrunden, at børnene er for få, for dyre, for besværlige, og det offentlige er belymrede for arbejdskraftens sikring og reproduktion. Nogle gange er der politisk brug for en "syltekrukke" eller en "sutteklud". D.v.s. at det er faglige dokumenter, men også politiske dokumenter.

1935-38. **Befolkningskommissionen.** I lyset af fødselstallets nedgang og utilfredsstillende spædbørnssundhed kom kommissionen med forslag om billigere daginstitutioner og boliger og moderens rettigheder blev skærpet. Dette arbejde medførte senere oprettelse af den landsdækkende mødrehjælp, spædbørnssundhedsplejen, de profylaktiske børneundersøgelser og skolesundhedstjenesten.

1960-64. **Familiepolitisk udvalg.** Beskæftigede sig med fordelingspolitik og medførte bl.a. børnetilskud til alle.

1975-82. **Børnekommissionen.** 4 rapporter (om småbørnsfamiliers økonomi og arbejdsforhold, småbørn i bolig og miljø, småbørn - daginstitutioner og dagpleje, småbørn og tidlig indsats) og en afsluttende betænkning. Et meget grundigt arbejde, der trods mange gode forslag ikke medførte mange konkrete handlinger udover bedre graviditets- og barselsorlov.

1981-84. Regeringens ungdomsudvalg. 3 grundige rapporter og en afsluttende betænkning med mange gode forslag især vedrørende uddannelse og arbejde og solidarisk indsats overfor marginalgrupper, men dette udvalg medførte heller ikke større konkrete handlinger:

1986-88. Udvalget om børns dagligdag ("Kirsten Lee-udvalget"). Beskrev især behovet for omsorgslov m.h.p. pasning af syge børn, udvikling af dagtilbud og samarbejdende lokalsamfund. Desuden bemærkninger om anbringelse udenfor hjemmet. Ej heller dette udvalgs arbejde har udmøntet sig i konkrete handlinger udover oprettelse af forsøgspulje.

1986-88. Regeringens handlingsplan. Det skal være godt at være barn i Danmark. Samarbejde mellem 14 ministerier. Der lægges vægt på forældrenes ansvar, vejledning, information og lokal indsats. Mange smukke ord, men lidt konkret handling og økonomi udover forsøgspuljen.

Dec.1988. Regeringens Børneredegørelse. Beskriver barndommens selvstændige værdi. Beskriver regeringens indsats ved afinstitutionalisering, decentralisering, afbureaukratisering, brugerindflydelse og tværfaglighed, forældrenes ansvar, mere tid til børnene ved frivillige aftaler mellem arbejdsmarkedets parter, indsats af foreninger. Fortsat udover forsøgspulje og koordinerings- og informationsarbejde ikke mange konkrete aktiviteter fra statens side.

Marts 1989. Regeringens forebyggelsesprogram. En grundig dokumentationsdel med faglig vægt og bidrag fra 12 ministerier. En programdel, der næsten ikke omtaler børn og unge, og som lægger vægt på livsstil fremfor levekår, information, koordinering, decentralisering, frivilligt arbejde, forsøg og forskning indenfor de prioriterede indsatsområder og politikområder: ulykker, kræft, hjerte-kar-

sygdomme og senere muskel-skelettsygdomme og psykiske lidelser - ernærings- og levnedsmiddelpolitik, alkoholpolitik og tobakspolitik.

Trods den ringe omtale af børn bliver dette program nok et væsentligt dokument for diskussion og planlægning i de nærmeste år - både lokalt, regionalt og centralt.

Men læs selv betænkningerne og rapporterne, de er vigtige for vort arbejde i pædiatrien, der ikke blot handler om sygdom, men også om sundhed, funktion, velbefindende og fremtid.

BESKRIVELSE AF DANSK PÆDIATRISK SELSKABS BETÆNKNING OM PÆDIATRI
ÅR 2000 OG LÆGEFORENINGENS HYGIEJNEKOMITES BØRNEUDVALGS 5
DEL BETÆNKNINGER, TVÆRFAGLIGE KONFERENCE, LÆGEFORENINGENS
PRISOPGAVE OM BØRN OG UNGES SUNDHED ÅR 2000 OG
HYGIEJNEKOMITEENS NYE BØRNEUDVALG

0. Andersen, Børneafdeling GGK, Rigshospitalet

Børnefamiliernes hovedproblemer er, som påpeget af Børnekommissionen i 1981, forældrenes samlede arbejdstid, høje boligudgifter, et oplevelsesfattigt nærmiljø, børns daglige pasning og pasning under sygdom.

DPS's betænkning (1983): 10% af alle børn indlægges årligt på hospital, heraf kun 4/10 på pædiatriske afdelinger. 10% har kroniske lidelser, hvortil kommer, at 20-25% af alle skolebørn har indlæringsvanskeligheder eller sundhedsmæssige problemer ("den nye sygelighed"). Forskellige distriktpædiatriske modeller blev foreslået.

Lægeforeningens hygiejnekomites betænkning (1987): Udgangspunkt i WHO's sundhedsdefinition og ideen om sundhed for alle år 2000. Børn har ikke lige adgang til sundhed. Forskellige højrisikogrupper defineredes. Børns sundhed bestemmes af meget andet end sundhedsvæsenet. Derfor foresloges oprettelse af lokale kommunale forebyggelsesråd og børnenævnet og lokale tværfaglige sundhedsteams skulle være ansvarlige for behandling og forebyggelse.

Ved den tværfaglige konference gav pædagogerne i daginstitutionerne udtryk for et stort udekket behov for lægelig rådgivning. I besvarelserne af lægeforeningens prisopgave var børns behov for voksentid og kontakt samt den opdeltede dagligdag gennemgående temaer.

Lægeforeningens hygiejnekomite har nedsat et permanent børneudvalg.

ARBEJDET MED DISTRIKTSPÆDIATRI - KONFERENCE I SAMARBEJDE
MED DANSK SYGEHUSINSTITUT.

V. Holm, Børneafdelingen, Herning Centralsygehus.

Dansk pædiatrisk selskab og dansk sygehusinstitut var i fællesskab indbydere til en distriktspædiatrisk konference april 1989 med bred tilslutning fra mange faggrupper og med livlig diskussion. Der vil senere blive udgivet en rapport med konferencens indlæg.

I Ringkøbing amt er et 2 års distriktspædiatrisk forsøg nær sin afslutning, finansieret dels af amtet, dels af sundhedsministeriets forsøgspulje og dels Helsefonden. Arbejdet er udført gennem ansættelse af én læge og to pædiatriske sygeplejersker og har omfattet 1/3 af amtet. Formålet er at spare børn for indlæggelser, forkorte nødvendige indlæggelser og skabe en smidig overgang til fortsat omsorg fra den primære sundhedstjeneste gennem besøg af pædiater/pædiatrisk sygeplejerske i patientens hjem, konsulentbesøg hos den praktiserende læge samt kontakt til de sociale myndigheder og andre faggrupper i den primære sundhedstjeneste. Resultatet har hidtil været positivt. Familierne er yderst tilfredse, de praktiserende læger udtrykker tilfredshed, samarbejdet med de sociale myndigheder kan - og bør - udbygges yderligere. Sengedagsforbruget er fra de berørte kommuner faldet med knap 20%. De derved opnåede besparelser var tænkt anvendt til yderligere udbygning af distriktspædiatrien, men de generelle nedskæringer truer med at opsluge de indvundne ressourcer. Forsøget har dog været så positivt, at arbejdet fra 1990 vil omfatte hele amtet, men i noget ændret - og nedskåret - form. Det fremhæves, at et distriktspædiatrisk arbejde med lige så stort udbytte kunne udgå fra speciallægepraksis.

SOCIALPÆDIATRI, FORTID NUTID OG FREMTID

Resume af foredrag i pædiatrisk selskab d. 7/4 89.

Vagn Christensen, embedslægeinstitutionen, Ringkøbing.

Socialpædiatrien blev udviklet i årene efter 2. verdenskrig. Det skete i sammenhæng med andre nye perspektiver, såvel indenfor sundhedsområdet som i samfundet som helhed.

Indenfor socialmedicin formulerede Bonnevie de begreber om sundhed, der senere kan ses som grundlag for strategien om sundhed for alle ved år 2000. Erkendelser vedrørende stressbegrebet og psykosomatik mødte stor interesse. Og på det politiske plan formuleredes teserne om velfærdssamfundet.

Det var Svend Heinild, som udviklede socialpædiatrien i Danmark og var den ledende kraft i mange år. Den konkrete anledning var, at tuberkulosen forsvandt, men Finseninstituttet fik stadig mange børn henvist. Heinild undersøgte og beskrev dette klientel, vor tids svagbørn.

Arbejdsformen i socialpædiatrien var speciel. Undersøgelsen tog sigte på, dels at beskrive barnets symptomer, dels at beskrive dets livsbetingelser. Afdelingen anvendte et dobbelt, parallelt diagnosesystem, således at man ikke alene på sædvanlig måde kunne beskrive klientellets symptomer, men også kunne beskrive, hvilke livsomstændigheder, klientellet levede under.

Behandlingen tog sigte på at påvirke helheden, dels, hvor det var muligt, overfor barnet, dels overfor forældrene, dels overfor de samfundsforhold, der var symptomforvoldende. Artikler, forelæsninger, foredrag, bøger og deltagelse i den offentlige debat var derfor en vigtig del af afdelingens, især Heinilds arbejde. Det drejer sig således om arbejdsformer, der nu er helt moderne i perspektiv af strategien om sundhed for alle.

Socialpædiatrien vandt ikke generel tilslutning i pædiatrien og efter afdelingens overflytning til Rigshospitalet blev

dens ressourcer efterhånden beskåret.

Filosofien og arbejdsformen har i årtier været inspiration for sundhedspleje og skolesundhedstjeneste, dels ved forsøgsordninger, dels ved lovgivning om behovsprægede arbejdsformer, der blev vedtaget først i 70-erne.

Men gennemslagskraften har været vekslende, ofte ringe. De socialpædiatriske arbejdsformer kræver betydelig omlæring hos et personale med traditionel sundhedsfaglig uddannelse. Og den administrative og politiske interesse hos de kommunale myndigheder, som havde ansvaret, var i mange år ubegribeligt lille.

Måske står vi ved begyndelsen til en ny udvikling. Strategien om "Sundhed for alle ved år 2000" har inspireret mange kommuner til øget interesse for sundhedsmæssige spørgsmål. Personalet i den primære sundhedstjeneste er mange steder i gang med en spændende udvikling. Og de sidste års forsøg med distriktspædiatri tyder også på, at sådanne arbejdsformer kan flytte ressourcer og indsats fra institutionsomsorg ud i det miljø, hvor patienterne lever. Det gamle slagord om, at al pædiatri er socialpædiatri kan måske derved få et nyt indhold.

Programoversigt

1. N.C.Christensen, B.Telling & C.Skodborg (ing.lab. for industriel akustik, DTH):
Non-invasiv måling af det intrakranielle tryk hos nyfødte børn.
Appatur og præliminære resultater.
2. B.Telling, F.Nielsen & L.Transbjerg (J.F.Kennedy Instituttet):
Trisomi X kombineret med Edwards syndrom.
3. N.C.Christensen & F.Nielsen:
"Human milk fortifier" ved ernæring af børn med lav fødselsvægt.
4. K.Hansen & T.Poulsen (Pat. Inst., Sønderborg Sygehus):
Langvarig anæmi forårsaget af Castlemans tumor.
5. H.Mogensen & T. Amnitzbøl (dermatologisk afd., Rigshospitalet):
Ehlers Danlos syndrom type VI. Behandlingsforsøg med vit. C.
6. C.Thorhsen:
Familiær forekomst af anteriort sakralt meningocele.
7. A.Høst, S.Halken & S.Husby (børneafd., Odense Sygehus):
"Asthmatisk bronchitis". Hyppighed og disponerende faktorer.
- 8.* S.Vind, A.Høst, L.Hansen & O.Østerballe (Inst. for kostanalyse, København og børneafd., Viborg Sygehus):
EDB-baseret kostdagbog/symptomscore ved udredning af fødemiddelallergi.
9. A.Høst:
Kornælksallergi i det første leveår. Hyppighed, manifestationer, diagnostik og prognose.

* Referat ikke modtaget

NON-INVASIV MÅLING AF DET INTRAKRANIELLE TRYK HOS NYFØDTE BØRN.

N. C. Christensen, B. Telling & C. Skodborg (ing.). (Børneafdelingen, Sønderborg Sygehus & Laboratoriet for industriel Akustik, D. T. H.).

Apparatur til kontinuerlig ekstrakraniel måling af det intrakranielle tryk hos nyfødte børn, udviklet i et samarbejde mellem Sønderborg Teknikum, Laboratoriet for industriel Akustik, D. T. H. og Børneafdelingen beskrives.

Transducere, der fixeres på den firkantede fontanelle, er en pneumatisk applanations transducer. Den fixeres ved hjælp af en ring til TcpO_2 måling.

Fixeringen er sufficient til stabile målinger i over 6 timer.

Det målte intrakranielle tryk er på raske børn med lav fødselsvægt, i ro, i bugleje 2,5 - 5,0 cm H_2O . Ved uro stiger trykket med en faktor 2 - 3.

Apparaturet har været stabilt fungerende, og vi mener, at det vil kunne indgå i den rutinemæssige, non-invasive kontinuerlige overvågning af høj-risiko-børn.

TRISOMI X KOMBINERET MED EDWARDS SYNDROM

B. Telling, F. Nielsen og L. Tranbjerg (pædiatrisk afdeling, Sønderborg sygehus og J. F. Kennedy instituttet, København.)

Tidligere er publiceret 6 tilfælde af dobbelt trisomi omfattende kromosom nr. 18 og X samt et tilfælde af en mosaik: + 18 XXX/XXX.

Her beskrevne sygehistorie, er som de tidligere beskrevne tilfælde fænotypisk domineret af Edwards syndrom. En i en tidligere artikel rejst hypotese om at det ekstra X-kromosom skulle virke afsvækkende på symptomerne fra trisomi 18, kunne ikke støttes. Ligeledes kunne en overvægt af højresidig affektioner, som tidligere er beskrevet i 4 ud af 6 tilfælde heller ikke genfindes.

HUMAN MILK FORTIFIER VED ERNÆRING AF BØRN MED LAV FØDELS-VÆGT.

N. C. Christensen & F. Nielsen. (Børneafdelingen, Sønderborg Sygehus).

Erfaringer med brug af ENFAMIL human milk Fortifier (HMF) ved ernæring af børn med fødselsvægt \leq 1500 g beskrives.

Præparatet indeholder protein, Na, Ca, fosfat og små mængder fedt og kalk samt sporstoffer og vitaminer. Ved tilsætning til modermælk i passende mængde (4 breve pr. 100 ml) tilgodeses børnenes behov for disse stoffer.

En gruppe på 10 børn, der fik HMF er sammenlignet med 14 børn, der ikke fik HMF. Gruppen var dog ikke helt sammenlignelige, idet HMF børnene havde lavere FV (mean 1081 g) og GA (mean 27,9 uger) end ikke HMF børnene (1240 g - 29,8 uger). Ved sammenligning af børn i aktuel vægtgruppe 1000 - 1500 g fandtes, at HMF børnene havde større vægtøgning end ikke HMF børnene (9,1 g/kg/døgn/100 ml - 7,0 g/kg/døgn/100 ml). Der var tendens til tidligere udskrivelse af HMF børn (15,1 versus 10,6 dage før termin) og højere udskrivelsesvægt mean 2745 g/2593 g. Børnene tålte præparatet vel.

LANGVARIG ANÆMI FORÅRSAGET AF CASTLEMANS TUMOR.

K. Hansen & T. Poulsen (Børneafd. & Pat.Inst., Sønderborg Sygehus)

Indlægges 10 år gammel i april 1982 med et par måneders træthed, forpustethed og svimmelhed.

Findes bleg, men i øvrigt objektivt i.a.

Laboratorieværdier: HB 4,9. FE 3,4. TRF normal. IRC 765. SR 66. HAPT 3,7. IGA 18. ALB 32. Knoglemarv: moderat hyperplastisk med små jerndepoter og let øget granulopoiese. Jernresorptionstest normal. Røntgen af thorax normal.

Behandles med ferrofuramat uden effekt. Følges gennem de næste fem år med ambulante kontroller og indlæggelser og konfereres med pædiatriske og medicinske specialister. Har det alment godt, dyrker sport ugen gener. Laboratorieværdier og marv uændrede, urografi og tarmpassage normale.

Ved ambulat kontrol i april 1987, 15 år gammel, findes udfyldning under venstre curvatur. CT: velafgrænset rumopfyldende proces i vinklen mellem milt og nyre. Ved operation findes tennisboldstor glandel i kræsrod højt i jejunum, omkringliggende glandler op til valnøddestore, hvoraf flere må efterlades. M.D.: giant lymph node hyperplasia, plasmacelle type. Ved immunologisk farvning findes både kappa- og lambda producerende plasmaceller, altså polyklonal proliferation. Laboratiemæssigt normaliseres alle værdier i løbet af få uger. Patienten er siden fulgt klinisk og laboratiemæssigt frembydende normale forhold.

Sygdommen er først beskrevet af Castleman 1954. Man beskriver dels en vasculær hyalin type, dels en plasmacelle type som hos vor patient. Ætiologien er ukendt, tilstanden af benign karakter, og kirurgisk behandling medfører helbredelse. De senere år er der dog beskrevet en multicentric angiofollikulær lymph node hyperplasia, hvoraf nogle har haft et aggressivt letalt forløb eller udviklet lymfomer.

EHLERS DANLOS SYNDROM, TYPE V1. BEHANDLINGSFORSØG MED VITAMIN C.

H.Mogensen, T.Amnitzbøl. (Pædiatrisk afdeling, Sønderborg sygehus & dermatologisk afdeling, Rigshospitalet)

Et tilfælde af Ehlers-Danlos Syndrom (E-D-S) type V1, beskrives.

E-D-S type V1 er karakteriseret af hydroxylysin og lysylhydroxylase mangel.

En tidligere meddelelse har vist at behandling af en patient med E-D-S type V1, med store doser C-vitamin, medførte objektiv bedring af patienten. Under behandlingen sås øget udskillelse af kollagen metabolitter i urinen, hvorimod der ej skete ændring i hudens indhold af samme metabolitter. Barnet i nærværende undersøgelse blev behandlet med C-vitamin 2g dagligt i 6 år. Under behandlingen genfandt de nævnte forhold af kollagen metabolitter, medens de objektive fund hos barnet enten forblev stationære eller forværedes.

Man må konkludere at behandlingen med C-vitamin ikke har haft effekt i dette tilfælde af E-D-S type V1.

HERIDITÆR FOREKOMST AF ANTERIOR SACRALT MENINGOCELE.

Chr. Thordsen (Børneafdelingen, Sønderborg sygehus Sønderborg,)

Ved anterior sacralt meningocele forstås en meningeal cyste i den præsacrale region, opstået sekundært til en defekt i forfladen af os sacrum. Tilhører således kategorien af såkaldte midtliniefusionsdefekter.

Vor patient, en dreng, var født med analatresi og havde i det kommende år afføringsgener, præget af obstipation. Blev 1 år gammel indlagt på grund af febrilia, man mistænkte urinvejsinfection, hvorfor der blev foretaget urografi. På oversigtsbillede af abdomen fik man indtryk af udfyldning i den præsacrale region. Drengen blev overflyttet til Odense sygehus, hvor man ved radiculografi påviste anteriort sacralt meningocele. Drengens fader var nogle år tidligere blevet opereret for et anteriort sacralt meningocele, og drengens kusine fik også knap 2 år gammel påvist et anteriort sacralt meningocele. Der er ikke udredt yderligere familiemedlemmer på nuværende tidspunkt.

Sygdommen er først beskrevet af Bryant i 1837, siden er der beskrevet cirka 200 tilfælde i verdens litteraturen. Seneste studier tyder på ens kønsratio. Afgangen er formentlig autosomal dominans med variabel penetrans.

ASTMATISK BRONCHITIS.

S. Halken, A. Høst & S. Husby (Børneafdelingen, Odense sygehus & Børneafdelingen, Sønderborg sygehus).

Hyppighed og disponerende faktorer

Astmatisk bronchitis forekommer ofte hos børn i de første leveår og recidiverende perioder med astmatisk bronchitis er forbundet med en øget risiko for udvikling af asthma. I en tidligere, dansk undersøgelse (Storm K., Østerballe, Ugeskr Læger, 1986) er fundet, at 15% af de undersøgte børn havde ≥ 3 tilfælde af astmatisk bronchitis før 4 års alderen og ca. 1/3 af dem havde udviklet asthma i 7 års alderen. Mange miljøfaktorer har længe været mistænkt for at være disponerede for udvikling af astmatisk bronchitis og senere asthma, især hos genetisk betingede børn. Ved flere undersøgelser er eksposition for passiv rygning fundet at være en betydelig risikofaktor, og herudover er der i nogle undersøgelser fundet øget risiko ved lav social status, pasning i institution, fødsel i perioden april-september, fugtig bolig og industriel forurening.

I en prospektiv undersøgelse af en fødselsårgang danske børn fulgt fra 0 - 18 måneder har vi fundet, at 21% af børnene havde haft ≥ 2 perioder med astmatisk bronchitis inden 1 1/2 års alderen og 1,4% (4/276) havde udviklet asthma før 1 1/2 års alderen. 65% af børnene var dagligt eksponerede for passiv rygning, heraf 12% udelukkende i institution/dagpleje. Alle børnene med asthma før 1 1/2 års alderen var eksponerede for passiv rygning. Af miljøfaktorer der var forbundet med en signifikant øget forekomst af astmatisk bronchitis fandtes hankøn (relativ risk 2), passiv rygning (relativ risk 2,5), daginstitution (relativ risk 3,5) og lav social status (relativ risk 2,1), medens der ikke var forskel på, om boligen var hus/lejlighed, forekomst af faste tæpper i soverum og husdyrhold.

KOMÆLKSALLERGI I DET FØRSTE LEVEÅR. HYPPIGHED, MANIFESTATIONER, DIAGNOSTIK OG PROGNOSE.

A. Høst (Børneafdelingen, Sønderborg Sygehus).

En kohorte bestående af 1749 nyfødte fra Odense Kommune, født i løbet af 1985 på Odense Sygehus, blev fulgt prospektivt med henblik på udviklingen af komælksallergi (KMA)/komælksproteinintolerans (KMI) gennem det første leveår. I tilfælde af symptomer tydende på KMA/KMI henvistes børnene af sundhedplejerske/egen læge til mælkeeliminations-/åbne mælkeprovokationsundersøgelser på børneafdelingen. Baseret på mindst 2 positive eliminationer og mindst én positiv provokation bekræftedes diagnosen KMA/KMI hos i alt 39 børn (2,2%). Hos yderligere 78 børn afkræftedes mistanken om KMA/KMI ved negative mælkeeliminations-/mælkeprovokationsundersøgelser.

Af de 39 børn med KMA/KMI havde 64% symptomer fra huden, 59% symptomer fra mave-tarmkanalen og 33% respiratoriske symptomer; 36 (92%) havde 2 eller flere symptomer; 9 rent brysternærede børn reagerede mod komælksproteiner i moder-mælken (på grund af moderens daglige indtagelse af mælk).

Ingen af de 39 børn med KMA/KMI havde symptomer i den første leveuge. I alt 1539 (88%) af 1749 børn havde fået varierende mængder af komælksbaseret modermælkserstatning i løbet af de første 3 levedøgn på barselsafdelingen, oftest til trods for etablering af sufficient amning. Alle 39 børn med verificeret KMA/KMI havde fået komælksbaseret modermælkserstatning i løbet af de 3 første levedøgn (40-830 ml), mens ingen af de 210 børn, som havde fået ren brysternæring, udviklede KMA/KMI. Muligvis kan meget tidlig indtagelse af komælksprotein i første levedøgn initiere sensibilisering mod komælksprotein hos allergidisponerede nyfødte.

På baggrund af en positiv hud-priktest og/eller påvisning af specifikt IGE-antistof mod komælksprotein (Al-RAST 5 klasse 2) klassificeredes 16 af børnene som havende KMA,

medens resten (23) havde KMI.

Prognosen var god, idet kun 17 (44%) af de 39 børn fortsat havde KMA/KMI ved 12 måneders alderen, kun 9 (23%) ved 24 måneders alderen og kun 5 (13%) ved 36 måneders alderen. Derimod udviklede en stor procentdel af de 39 børn fødemiddelallergi/fødemiddelintolerans mod andre fødemidler, nemlig i alt 18 (46%) børn ved 24 måneders alderen, hvoraf dog kun 10 (26%) fortsat reagerede ved 36 måneders alderen. Med hensyn til inhalationsallergi havde 7 (18%) af de 39 børn med KMA/KMI udviklet dette inden 24 måneders alderen og 10 (26%) inden 36 måneders alderen.

Programoversigt

Overlæge emer. dr.med. Erik Thandrup:
Pædiatrisk endokrinologi gennem tiden.

Derefter

ORDINÆR GENERALFORSAMLING med følgende dagsorden:

1. Valg af dirigent.
2. Formandens beretning.
3. Beretning fra udvalg.
4. Aflæggelse af reviderede regnskab.
5. Fastsættelse af kontingent.
6. Indkomne forslag fra bestyrelse og medlemmer.
7. Valg af bestyrelse blandt de ordinære medlemmer.
8. Valg af 2 revisorer.
9. Valg af udvalgsmedlemmer og repræsentanter for selskabet.
10. Eventuelt.

FORFATTERINDEX

	Side
Abbal, M.	12
Amnitzbøl, T.	71
Andersen, G.E.	37,42,44,46,49
Andersen, K.Vitting	40
Andersen, L.Franch	29
Andersen, O.	58,62
Andresen, J.	34
Blichfeldt, S.	28
Carstensen, H.	35
Christau, B.	13
Christensen, N.Chr.	67,69
Christensen, V.	58,64
Christiansen, J.Sandal	56,57
Christoffersen, J.	58
Dam, M.	23,32
Dideriksen, K.	18
Dissing, R.	58
Ebbesen, F.	33
Felding, P.	49
Friis-Hansen, B.	46,47
Genner, J.	31
Giweremann, A.	50
Glenting, P.	27
Gram, L.	32
Greisen, G.	41,47,48
Grønvall, J.	44
Grønvall, S.	36
Halken, S.	73
Hansen, B.	58
Hansen, Fl. Juul	22
Hansen, K.	70
Hansen, L.	66
Hansen, L.P.	17
Hartling, S.G.	16
Heilmann, C.	24
Hjelt, K.	31
Hobolth, N.	14
Holm, V.	58,63
Hommel, E.	19
Howitz, P.	26,27
Husby, S.	73
Høst, A.	66,73,74

	Side
Illum, N.	24
Ingemann-Hansen, T.	57
Jacobsen, B.Brock	15
Jacobsen, T.	44
Jansen, J.	21
Jensen, K.	21
Jørgensen, F.S.	49
Jørgensen, J.	57
Jørgensen, J.O.	50,56,57
Kamper, J.	39,43,45
Kastrup, K.W.	36,51,53,54
Kiilerich, A.	17
Kildeberg, P.	15
Krabbe, S.	35
Krasilnikoff, P.A.	31
Krause, S.	33
Kruse-Larsen, C.	23
Lange, A.	33
Larsen, C.	45
Lavard, L.	53
Lenstrup, C.	39
Lindequist, B.	45
Lindholm, J.	52
Lou, H.	34
Mathiesen, E.R.	19
Michaelsen, K.Fleischer	48,54
Michelsen, N.	58,59
Mogensen, H.	71
Mortensen, H.B.	10,16,54
Moslet, U.	31
Müller, J.	36
Mølbak, A.G.	13
Mølvig, J.	12
Nerup, J.	12,13
Nielsen, F.	15,68,69
Nielsen, I-M.	32
Nielsen, M.Damkjær	35,36
Nørå, R.W.	55
Nørgård, K.	13
Ottevanger, V.	29
Parving, H.H.	19
Pedersen, C.	18

	Side
Pedersen, H.	21
Pedersen, S.A.	27,56,57
Pedersen, V.Faurholt	15
Petersen, K.E.	11,16
Philips, M.	52
Poulsen, T.	70
Preval, C. de	12
Pryds, O.	46,47
Pærregaard, A.	31
Ralfkjær, E.	35
Saubrey, N.	19
Scherling, B.	25
Seitzberg, Å.	21
Skakkebæk, N.E.	52,54,56,57
Skodborg, C.	67
Skov, L.	47
Skriver, E.	28
Smidt, T.	21,24
Svejgaard, A.	12
Taudorf, K.	21,24,27
Telling, B.	67,68
Thamdrup, E.	76
Thomsen, M.	12
Thorsen, C.	72
Thuesen, L.	57
Torresani, T.	52
Tranebjerg, L.	34,68
Vestemark, S.	25
Vind, S.	66
Vinther, S.	49
Welling, K.	52
Wolters, O.	30
Wulff, K.	20,24,27,45
Zachau-Christiansen, B.	58
Zerbib, A.	12
Zori, R.	43,45
Østerballe, O.	66

Selskabet består nu af 333 medlemmer. Vedlagte liste viser opgørelse af anmodninger om optagelse i selskabet og af udmeldte. Bestyrelsen kan acceptere de nye medlemskaber, og hvis ingen på generalforsamlingen gør indvendinger, er alle nye ansøgere optaget som medlemmer af selskabet. Efter sidste generalforsamling konstituerede bestyrelsen sig med under tegnede som formand, Niels Michelsen som næstformand, Jens Christoffer sen som kasserer, Karin Brostrøm som videnskabelig sekretær, Henrik Mortensen (Y.P.-repræsentant) som faglig sekretær og Helle Rotne som DBO-repræsentant.

I beretningsperioden har været afholdt ialt 8 videnskabelige møder, heraf 5 temamøder samt et vårmøde i Sønderborg med samtidig socialt samvær. Bestyrelsen skal hermed takke mødetilrettelæggerne ved temamøderne og specielt værterne i Sønderborg for et velgennemført maj-møde. Møderne har i år været afholdt fredag kl. 16 og været velbesøgte.

Kontakt til Sundhedsstyrelsen/Specialistnævnet

Som svar på selskabets henvendelse til Specialistnævnet om at anerkende neonatologi, neuropædiatri og pædiatrisk allergologi som grenspecialer har nævnet meddelt, at man ikke finder behov for oprettelse af grenspecialer for grundspecialet pædiatri, idet man forventer, at de fleste stillinger indenfor pædiatri fortsat skal varetage almenfunktioner. Ekspertfunktioner indenfor fagområdet pædiatri kan efter nævnets mening udvikles uden formaliserede uddannelsesregler.

Specialistnævnet har i brev fra september 1988 forespurgt Dansk Pædiatrisk Selskab om ansættelse ved børnekirurgisk afdeling kunne indgå som alternativ til de 6 måneders ansættelse ved medicinsk afdeling, som kan erstatte 6 måneders ansættelse ved pædiatrisk afdeling. Bestyrelsen har efter drøftelse med uddannelsesudvalget anbefalet forslaget, idet man samtidig har påpeget, at forslaget ikke synes at få nogen praktisk betydning, da der ikke eksisterer selvstændig børnekirurgisk afdeling mere. Bestyrelsen har i øvrigt i efteråret 1988 haft drøftelse med overlæge Ole H. Nielsen om børnekirurgiens situation i Danmark og overfor Sundhedsstyrelsen udtrykt bekymring for udviklingen af børnekirurgien i Danmark samt ønske om, at børnekirurgi etableres som selvstændigt kirurgisk grenspeciale.

Endvidere har Sundhedsstyrelsen forespurgt selskabet om delbetænkning vedr. Lagers Kliniske videreuddannelse udsendt december 1988. Bestyrelsen har peget på vigtigheden af gennemførelse af faststillingsreformen og intensivering af uddannelsesaktiviteten ved etablering af målbeskrivelser, uddannelsesprogrammer samt løbende evaluering af den enkelte læges uddannelsesforløb.

Repræsentanter for bestyrelsen og uddannelsesudvalget deltog i Sundhedsministeriets konference februar 1989 vedr. Lagers kliniske videreuddannelse.

Sundhedsstyrelsen har januar 1989 vedtaget, at klinisk genetik foreløbig opfattes som ekspertområde, for hvilket Specialistnævnet vil udarbejde vejledende uddannelsesregler. Brack Jacobsen har deltaget som Dansk Pædiatrisk Selskabs repræsentant i det udvalg, der havde som kommissorium at vurdere uddannelsesbehovet i klinisk genetik og behovet for etab-

lering af et selvstændigt speciale.

Endelig har Sundhedsstyrelsen meddelt, at der under hensyntagen til ligestillingsloven vedr. indstilling af repræsentanter til Sundhedsstyrelsens forskellige nævn og udvalg, skal indstilles både en kvinde og en mand.

Kontakt til udenlandske pædiatriske organisationer

Bestyrelsen har deltaget i samarbejds møde november 1988 med de øvrige nordiske pædiatriske selskabers bestyrelser. Her drøftedes organisatoriske forhold, mødeaktiviteter og kommunikation på nationalt og nordisk plan. Man fastslog vigtigheden af at holde sammen på de nationale selskaber og undgå, at subspecialer skiller sig ud fra moderselskabet. Der var enighed om, at man ikke kan være pædiatrisk subspecialist uden også at have anerkendelse i specialet pædiatri. Der aftaltes større udveksling af informationer mellem bestyrelserne samt gensidig orientering om kurser.

Et planlagt møde med generalforsamlingen i UNEPSA (Unionen af nationale europæiske pædiatriske selskaber og foreninger) er udsat fra september 1989 til april 1990. Ved mødet vil blive drøftet strukturproblemer i europæiske pædiatriske selskaber, specielt organisation af subspecialiseringen.

CESP (Confederation of European Specialists in Paediatrics) har tilsendt charter vedtaget i Europaparlamentet vedr. børn indlagt på hospital. Ramsøe Jacobsen og Vagn Holm har deltaget i CESP-mødet maj 1989, hvor man drøftede og nåede frem til enighed om principperne for den pædiatriske uddannelse.

Selskabet har besvaret forespørgsel fra IPA (International Paediatric Association) vedr. pædiatriske uddannelsesforhold i Danmark. B. Zachau-Christiansen repræsenterer Danmark ved IPA-mødet i Paris juli 1989. Flemming Skovby er udpeget som dansk repræsentant i Nordkem efter N.J. Brandt.

Kontakt til andre institutioner

Selskabet har sammen med dermatologisk og medicinsk allergologiske organisationer været indkaldt til orienterende møde i FAS vedr. allergiundersøgelser i almen praksis i Frederiksborg amtskommune. Amtskommunen har besluttet at iværksætte en forsøgsordning, hvor praktiserende læger honoreres for allergiundersøgelser. FAS deltager i evalueringen af forsøget.

Februar 1989 afholdtes i samarbejde med Dansk Sygehus Institut konference om børn i sundhedsvæsenet.

Selskabet har besvaret henvendelse fra Landsorganisationen Børns Vilkår vedr. etablering af en børneombudsinstitution i Danmark. Bestyrelsen støtter planer om oprettelse af et børneombud, men mener, at det må opbygges som offentlig og ikke privat institution.

Iøvrigt

Til opfølgning af generalforsamlingsbeslutning 1988 blev der nedsat en arbejdsgruppe (J.Kamper, H.Hertz, K.Petersen, A.Pærregaard og H.Mortensen) til drøftelse af antal undervisningsstillinger samt fordeling af disse i Danmark. Arbejdsgruppen er anmodet om at udarbejde responsum

til drøftelse ved generalforsamlingen september 1989.

I samarbejde med selskabets udvalg har bestyrelsen udarbejdet kommissorier for disse, som publiceres i årbogen. Uddannelsesudvalgets kommissorium har bestyrelsen fundet det rimeligt at drøfte og vedtage ved generalforsamlingen, hvorfor forslaget udsendes til orientering. Ifølge generalforsamlingsbeslutning 1988 vil udvalgenes kommissorier og sammensætning blive taget op til drøftelse hvert 3. år.

Bestyrelsen arbejder videre med ændring af mødeformen og overvejer overgang til 4 årlige møder af 1-2 1/2 døgns varighed med mulighed for minimøder i subspecialerne i en del af tiden. Den fremtidige mødeform drøftes for øjeblikket med uddannelsesudvalget.

Der vil fra efteråret 1989 blive anvendt en ny sekretærfunktion til varetagelse af medlemsbreve og andre publikationer.

Efter ansøgning er der tildelt læge Birgitte Weile kr. 5.000 fra Dansk Pædiatrisk Selskabs jubilæumsfond til arbejde omkring mb. coeliacus' epidemiologi.

Dansk Pædiatrisk Selskab har fra boet efter professor Torben Iversen modtaget kr. 176.000,-. Pengene er testamenteret Dansk Pædiatrisk Selskab, idet det overlades til selskabets bestyrelse at bestemme, hvem der skal have tillagt legatportionerne, og hvor store disse skal være. Det forventes, at legatportionerne tillægges yngre børnelæger til brug ved studierejser og lignende.

Bestyrelsen har drøftet betydningen af, at de pædiatriske subfraktioner integreres i Dansk Pædiatrisk Selskab i overensstemmelse med at subspecialerne integreres i det pædiatriske grundspeciale. Kontakten vil kunne styrkes ved at subfraktionerne får mulighed for at tilrettelægge mødeaktivitet i tilslutning til eventuelle kommende 4 årlige møder.

I tilslutning til overvejelser over børnekirurgiens situation har bestyrelsen diskuteret visitation af andre pædiatriske patientkategorier samt landsdelsfunktion i relation til sygehusvæsenets økonomiske situation. Bestyrelsen ser med bekymring på den aktuelle situation for pædiatrien med henblik på specialets udvikling fremover.

HENRIK SARDEMANN

BERETNING FRA UDDANNELSESUDVALGET

Kursus 1988/89: Der er afviklet valgfrie kurser i neuropædiatri, pædiatrisk gastroenterologi og pædiatrisk endokrinologi (også efteruddannelseskursus), men kurserne i kardiologi, børneernæring og lungesygdomme måtte aflyses på grund af manglende tilmelding. Herudover obligatorisk kursus i neonatologi og kursus i klinisk genetik i henholdsvis august og oktober 1988.

Kursus 1989/90: Der planlægges kursus i vækst og udvikling, nefrourologi, børnepsykiatri og socialpædiatri, hæmatologi og hjerte- og lungesygdomme. Herudover deltagelse i tværfaglige kurser.

Revision af kursusfordeling: Udvalget arbejder med en ny fordeling af kurser. Baggrunden er erfaringerne med de ovennævnte aflyste kurser, kravet om at der mindst skal deltage 15 kursister pr. kursus. Forslaget, som vil blive forelagt ved generalforsamlingen, indebærer et nogenlunde fast kursusprogram for det år, den uddannelsessøgende læge er ansat i undervisningsstillingen, og det følgende år. Det synes muligt at "rationalisere", uden at det går ud over det faglige indhold, det totale antal timer pr. kursist vil være uændret, og 10 kurser vil stadigvæk være standard.

Undervisningsstillinger 1989/90: Der forelå i år 31 ansøgninger, 22 blev betegnet som kvalificerede og 9 som velkvalificerede. Ved mødet med undervisningsafdelingernes chefer udpegedes 5 velkvalificerede og 3 kvalificerede til de 8 undervisningsstillinger. Alle ansøgere synes at have taget hensyn til den nye regel om, at mindst 12 måneder af den pædiatriske introduktionsuddannelse skal finde sted på en anden afdeling end den, hvor man senere opnår undervisningsstilling.

Efteruddannelse: Et kursus om leversygdomme hos børn, i samarbejde mellem pædiatere og hepatologer, måtte aflyses på grund af manglende tilmelding. Kursus i pædiatrisk endokrinologi er gennemført, som en kombination af et A-kursus og et efteruddannelseskursus. I 1990 påtænkes efteruddannelseskursus i perinatal-medicin og neuropædiatri.

Kapacitet- og fordeling: Udvalget har været repræsenteret i kapacitets- og fordelingsarbejdsgruppen, hvis beretning vil blive drøftet ved generalforsamlingen. Selskabets formand og uddannelsesudvalgets formand var til stede under drøftelsen i Sundhedsministeriet af delbetænkningen vedrørende lægers kliniske videreuddannelse.

"Restgruppen" indenfor pædiatri vil blive belyst ved generalforsamlingen. Iøvrigt har udvalget været repræsenteret ved Dansk Med. Selskabs møde om speciallægeselskabernes uddannelseskonference (SUK).

Knud E. Petersen

BERETNING FRA KAPACITETS- OG FORDELINGSUDVALGET

Debatten på generalforsamlingen i 1988 viste, at:

1. Landet er skævdelt med hensyn til antallet af uddannelsesstillinger i pædiatri; selvom 60% af børnepopulationen nu findes vest for Storebælt, uddanner denne landsdel endnu kun 3/8 af A-kursisterne. Dette giver en kronisk mangel på kvalificerede ansøgere til 1.reservelægestillingerne på en række af landsdelens børneafdelinger. Dette problem vil ikke blive løst tilfredsstillende ved faststillingsreformen, da afdelingerne stadig skal uddanne kvalificerede 1.reservelæger.
2. Der hersker stor usikkerhed om antallet af §-14 modne specialister i pædiatri, hvilket næsten umuliggør kapacitetsberegninger i forbindelse med den ventede faststillingsreform.

I fortsættelse af ovennævnte debat vedtog selskabets bestyrelse at nedsætte et hurtigtarbejdende udvalg, der kom til at omfatte Henrik B. Mortensen og Anders Pærregaard (begge Y.P.) samt Henrik Hertz, Knud E. Petersen og Jens Kamper.

Y.P.'s bestyrelse har været udvalget behjælpeligt med at belyse kapaciteten af §-14 modne speciallæger gennem en nylig spørgeskemaundersøgelse. Undersøgelsen konkluderede, at "udbudet af kvalificerede ansøgere til de kommende stillinger vil være rigeligt, og der er også lægelige ressourcer til at udvide den pædiatriske service overfor befolkningen." (Fuglsang G. & Nørgaard Hansen K, Ugeskr Læg 1989; 151: 1910-11). Udvalget har drøftet at ændre fordelingen af uddannelsesstillingerne mellem landsdelene, så den kommer i bedre overensstemmelse med de demografiske forhold. Denne diskussion har rejst nogle principielle spørgsmål vedrørende krav til fremtidens uddannelsesafdelinger, som ikke er færdigbehandlede. Som en midlertidig foranstaltning vil udvalget foreslå kapaciteten af uddannelsesstillinger i Vestdanmark øget fra 3 til 5. Dette ville lette landsdelens - og specialets situation og samtidig være et idealistisk bidrag til løsning af den såkaldte restgruppeproblematik - det lidet flatterende forhold, at de ansvarlige myndigheder kalkulerer med, at en restgruppe af yngre læger for al fremtid må afskrive håbet om at erhverve sig en anvendelig efteruddannelse.

Jens Kamper

BERETNING FRA ALLERGOLOGIUDVALGET

Udvalgets medlemmer har alle været inddraget i arbejdet omkring den nye danske asthmabog "Håndbog i astmabehandling", der blev udgivet i efteråret 1988.

Desuden er udvalgets medlemmer inddraget i arbejdsgrupperne vedrørende husstøvmidesaner, der forventes en konsensusrapport efteråret 1989. Efter opfordring fra Dansk Pædiatrisk Selskab er antallet af medlemmer i udvalget reduceret til 5. I den forbindelse har udvalget taget Knud Wilken-Jensens meddelelse om at trække sig tilbage til efterretning. Da Palle Prahl er sidst tilkomne af udvalget og tilsluttet ad hoc i

forbindelse med drøftelserne omkring subspecialisering, har jeg på udvalgets vegne meddelt Dansk Pædiatrisk Selskab, at udvalget foreløbig indtil generalforsamlingen består af følgende medlemmer: Jørgen Bent Andersen, Christian Koch, Søren Pedersen, Poul Aabel Østergaard, Ole Østerballe (formand).

Børneallergologiudvalget har samtidig rettet en varm tak til Knud Wilken-Jensen og Palle Prahl for deres indsats i udvalget.

Ole Østerballe

BERETNING FRA ERNÆRINGSUDVALGET

Udvalget har været indkaldt til flere møder i og besvaret forespørgsler fra Sundhedsstyrelsen.

Vedrørende jerntilsætning til industrielle vællinger og grødprodukter konkluderes: at det er hensigtsmæssigt, at vællinger administreres ens med hensyn til næringsstoftilsætning og efter regler gældende for modernælkserstatninger, som de efter 4 mdr.'s alderen sidestilles med i ernæringen. Det betyder, at vællinger fortsat vil være jernberigede og nu med et let resorberbart jernsulfat. For de industrielle grødprodukter tillader Levnedsmiddelstyrelsen ikke længere tilsætning af ekstra jern. Hermed sidestilles disse produkter med hjemmelavet grød med hensyn til næringsindhold og altså også jern. Grød er næringsmæssigt et godt måltid og for jerns vedkommende vil det bidrage med et mindre, men dog væsentligt jerntilskud, og især hvis serveret med frugt/frugtmos, idet C-vitamin i frugten vil øge jernresorptionen fra grøden. Retningslinierne, der sikrer spædbørn en optimal jernstatus i 2. levehalvår, er således ændrede: 10 dråber Glycifer i en periode på 4-6 mdr. i 2. levehalvår/alternativt 400 ml modernælkserstatning/vælling.

Udvalget er rådspurgt om tidspunktet for forsvarlig introduktion af gluten i spædbarnets kost, idet Sundhedsstyrelsen i sit nye hæfte Sunde Børn har rykket tidspunktet fra 5 mdr. til 6 mdr. gammel. Udvalget har svaret, at der ikke er saglig begrundelse herfor, og at man i næste udgave af Sunde Børn bør ændre tilbage til 5 mdr.

Udvalget vil snarest til Sundhedsstyrelsen fremkomme med forslag til vitamin og jerntilskud til præmature børn (FV < 2500 gram). Udvalget har som reference brugt ESPGAN's rekommandationer publiceret i Acta Pæd Scand suppl. 336, 1987.

I overvejelserne er taget følgende hensyn:

- 1) Anbefalingerne skal være enkle.
- 2) Bestå af tilgængelige præparater.
- 3) Tilgodese behov uanset hvilken mælk barnet ernæres med.
- 4) Være uden risiko for toksicitet for Vit-A og Vit-D.

Forslaget til vitamintilskud til præmature vil være:

- A. Fra 1 uge gl. ACD-gråber. (10 dr. DAK eller 1 ml Ferrosan)
Gives som ekstra tilskud til 3 mdr. gl.

B. Fra 2 uger gl. 400 IE D-vitamin (5 dr. DAK eller 1 ml Ferrosan)
Som for normale børn.

Den samlede vitaminprofylakse vil give det præmature barn følgende tilskud de første 3 måneder

A-vitamin 1200 IE (1000 IE)

D-vitamin 1000 IE (800 IE)

C-vitamin 50 mg (35 mg)

Tallene i () refererer til, at ACD-dråber forventelig snart omformuleres, så en dagsdosis ikke overstiger NNA's anbefalinger for alderen. Omformuleringen ændrer ikke på, at præmatures vitaminbehov tilgodeses.

Fra 3 mdr. gammel kun D-vitamin 400 IE.

Folinsyre synes der kun at være et ekstra behov for hos de mindste børn med FV < 1500 gram, og især hvis de ernæres med pasteuriseret ammernælk.

Præmatures ekstra jernbehov afhænger af præmaturitetens grad, d.v.s. jo lavere FV jo større behov pr. kg. Dette vægtafhængige jernbehov kan enkelt tilgodeses med 5 dr. Glycifer fra 4 uger gl. og uden risiko for overdosering. 3 mdr. gl. stiges til 10 dr. dagl. under hensyn til barnets højere vægt.

Forslaget om jerntilskud til præmature vil være:

A. Fra 4 uger gl. 5 dr. Glycifer dgl. (7,5 mg)

B. Fra 3 mdr. gl. stige til 10 dr. Glycifer (15 mg) til ca. 1 år.

For både vitaminer og jerns vedkommende er det nødvendigt med en tilpasning til et ændret behov ved 3 mdr.'s alderen. Udvalget har diskuteret om en "opnået" vægt skulle være gældende for ændringer, men har valgt alder som værende mere enkel i rådgivningen.

Endelig har udvalget internt drøftet fremkomne meddelelser om, at hypoallergen modermælkerstatning til spæde med allergirisiko, hvis moderen ikke kan amme barnet helt eller delvist, ikke skulle være af betydning i at beskytte mod allergiudvikling. Udvalget mener ikke, at det på det foreliggende er velbegrunderet at ændre på aktuelle rekommendation: Indtil 6 mdr.'s alderen skal risikogruppen have hydrolyserede mælkeprodukter i den udstrækning modermælk ikke kan gives.

Karin Brostrøm

BEREYNING FRA HÆMATOLOGI OG ONKOLOGIUDVALGET

Udvalget har i det forløbne år afholdt møde på Odense Sygehus, pædiatrisk afdeling, den 18. november 1988 og på Rigshospitalet, den 7. april 1989. Der er endvidere aftalt møde til fredag den 1. september 1989.

Ved møderne har der været ført indgående drøftelser om et fælles oplæg til behandlingen af børn med ALL recidiv. Der er etableret kontakt til den vesttyske gruppe, der behandler samme emne, og der synes at være basis for sansk tilslutning til et modificeret behandlingsoplæg. Med intensiv kemoterapi og med knoglemarvstransplantation kan det nu ses, at et ikke ubetydeligt antal recidiv-patienter synes at kunne blive helbredt.

Udvalget er fremdeles repræsenteret både i styrelse og leukæmiudvalget i NOPHO, som i 1989 afholdt sit årlige videnskabelige møde i Stockholm. Iøvrigt har NOPHO påbegyndt arbejdet med udarbejdelsen af nye ALL behandlingsprotokoller, som forventes at skulle initieres i 1990. De fællesnordiske resultater af ALL-protokollerne, som i øjeblikket er aktiverede, er lovende og på højde med internationale resultater. På dansk initiativ, men i nordisk regi, er der initieret et pilotprojekt om præoperativ kemoterapi til patienter med medulloblastom. DPS' hæmatologi/onkologiudvalg håber iøvrigt meget snart at kunne medvirke til aktivering af en multicenterundersøgelse om behandling af ITP (Idiopatisk Trombocytopenisk Purpura).

Henrik Hertz

BERETNING FRA AIDS-UDVALGET

Udvalget har udarbejdet:

1. Forslag til indikationer for HIV-testning af børn.
2. Forslag til undersøgelsesprogram for gravide med risiko for HIV-infektion og deres nyfødte børn.
3. Forslag til kontrol og undersøgelse hos HIV-positive børn uden andre tegn på HIV-infektion samt børn med tegn på HIV-infektion.
4. Vejledning vedrørende prøver og forsendelse.
5. Status vedrørende antallet af kendte HIV-antistof positive danske børn, samt danske børn med AIDS.

Ovenstående forslag og anbefalinger er udsendt til samtlige børneafdelinger.

Udvalget arbejder videre med retningslinier for behandling af HIV-positive børn med immunologisk dysfunktion samt børn med AIDS.

F. Karup Pedersen

BERETNING FRA UDVALGET FOR U-LANDSPEDIATRI

Udvalget har i det forløbne år arbejdet med kontakter til en række pædiatriske U-landsinstitutioner m.h.p. mulighederne for etablering af et uddannelses- og forskningssamarbejde mellem disse og interesserede børneafdelinger i Danmark.

Der er etableret kontakt med børnehospitalet Pediatric Hospital No. 1 i Ho Chi Minh City (tidligere Saigon) i Vietnam med henblik på et sådant samarbejde, og udvalget har netop modtaget en officiel henvendelse fra hospitalsledelsen samt myndighederne, hvori man foreslår et undervisningsbesøg af 2-3 ugers varighed af 2 danske pædiatere. Kontakten til børnehospitalet er formidlet af Dansk Vietnamesisk Forening, som lige-

ledes er indstillet på at finansiere undervisningsrejsen. Det er planen i forbindelse hermed at diskutere de videre muligheder for et samarbejde med børnehospitalet, herunder forskningsarbejde.

F. Karup Pedersen

BERETNING FRA INFORMATIONSUDVALGET

Dansk Pædiatrisk Selskabs Informationsudvalg har i det forløbne år haft et par møder samt været i tæt telefonkontakt. Vi har valgt en ret restriktiv linie og kun blandet os i den offentlige debat, hvis vi syntes, emnerne var store nok og navnlig, hvis ikke andre havde blandet sig i det på en for os tilfredsstillende måde. Vi har haft 4 henvendelser til offentligheden i det forløbne år. Der er henvendelsen vedrørende væksthormon til børn, der forventeligt bliver for små. Dette fik en meget bred mediedækning og resulterede også i det ønskede, at disse børn samles omkring afdelingen i Hvidovre. Et andet problem var apnømadrassen, som blev annonceret lidt for kommercielt, hvorfor udvalget også skrev i denne sammenhæng og fik i hvert fald dækning i den regionale presse. Til Helse har udvalget ved Ole Andersen skrevet om enuresisbehandling og endelig har udvalget i Ugeskrift for Læger taget del i debatten om MFR-vaccinationen og dens svigtende tilslutning. Udvalget er fortsat interesseret i at få henvendelser fra selskabets medlemmer om emner, som medlemmerne kunne tænke sig at vi skulle tage op.

J.C.Melchior/Ole Andersen

BERETNING FRA VACCINATIONSUDVALGET

Vaccinationsudvalget har i det forløbne år især været optaget af følgende:

1. Tilslutningen til MFR programmet, herunder hvad der kan gøres for at øge tilslutningen især til 2. vaccination samt problemer i forbindelse med tilslutningen til rubella vaccination.
2. Brug af hæmofilus vaccine i Danmark.
3. Udvidede indikationer for pneumococ vaccination i Danmark.
4. Udvidelse af difteri-stivkræmpe vaccinationsprogrammet i Danmark.
5. Udvidede indikationer for influenza vaccination i Danmark.

Christian Koch

BERETNING FRA KNOGLEMARVSTRANSPLANTATIONSUDVALGET

Udvalget har i det forløbne år været rådgivende i en række sager i forbindelse med stillingtagen til indikation for knoglemarvstransplanta-

tion hos børn med immundefekter, specielt T-celle defekter samt børn med metaboliske sygdomme.

Udvalget følger desuden den hurtige udvikling, der sker på området.

F. Karup Pedersen

BERETNING FRA DIAGNOSEUDVALGET

Den interne pædiatriske revision af sygdomsklassifikationen er endnu ikke tilendebragt, da det har vist sig at være et større arbejde end oprindeligt antaget.

Fra Sundhedsstyrelsens side har man overfor diagnoseudvalget oplyst, at den nye 10. revision allerede foreligger i færdig udkast og forventes udsendt til de videnskabelige selskaber.

Den nye 10. udgave indeholder radikale ændringer og vil formentlig allerede være i brug om 4 år.

Det er derfor næppe rationelt at foretage en dybtgående revision af den nuværende klassifikation, men diagnoseudvalget vil arbejde videre med en mindre tilbunds gående opdatering.

Der skal vælges et 3. medlem til diagnoseudvalget.

Henrik Sardemann/Finn Ursin Knudsen

BERETNING FRA SCREENINGSUDVALGET

Pilotprojekt vedrørende screening for familiær hyperkolesterolemie er blevet yderligere udskudt og kan nu først forventes startet i foråret 1990.

Der arbejdes med planer om at iværksætte et pilotforsøg til screening for cystisk fibrose ved hjælp af forskningsmidler. Hovedindvendingen mod screeningen har hidtil været de mange falsk positive reaktioner, man kunne risikere, men ved hjælp af DNA analyser vil det være muligt i over 95% af tilfældene at afgøre, om patienten har cystisk fibrose eller ej.

DNA-teknologien har også medført, at diagnostikken af anlægsbærere for Duchennes muskeldystrofi er langt sikrere, hvorfor der også planlægges at udføre pilotscreening for denne sygdom.

Niels Jacob Brandt

BERETNING FRA § 14 RÅDET

Rådet har mistet et aktivt og inspirerende medlem, da Gunnar Eg Andersen afgik ved døden i maj 1989. Han udførte også på den post sit arbejde indtil det sidste. Han vil blive savnet både fagligt og menneskeligt.

Siden sidste generalforsamling har Dansk Pædiatrisk Selskabs § 14 råd udtalt sig vedrørende 3 overlægestillinger: Viborg, Sønderborg og Rigshospitalet. De 2 stillinger var nynumerede og i 2 tilfælde ønskede man en pædiater med specielt kendskab resp. subspecialisering i henholdsvis neuropædiatri og børnekardiologi.

Rådet har endnu ikke behandlet stillinger som vagtbærende overlæger.

De lægevidenskabelige § 14 råd arbejder efter de retningslinier, som Sundhedsstyrelsen har udarbejdet, og som sidst har været offentliggjort i 1981 i Ugeskrift for Læger (143: 158-61). Dette særtryk kan rekvireres i Sundhedsstyrelsen, hvor man ligeledes kan få kopi af ens egen vurdering, hvis dette ønskes.

Rådet foretager en vurdering af ansøgenes kliniske uddannelse, deres videnskabelige og undervisningsmæssige aktiviteter samt administrative erfaringer. Der er tale om en konkret vurdering i forhold til en bestemt stilling.

I stillingsopslaget i Ugeskrift for Læger fremgår, hvilke faglige kvalifikationer ansættelsesmyndigheden ønsker, desuden kan der foreligge en stillingsbeskrivelse (ikke obligat) og et oplysningsskema til Sundhedsstyrelsen, udfyldt af sygehusforvaltningen i den pågældende amtskommune (obligat). Dette oplysningsskema og evt. stillingsbeskrivelse kan rekvireres af ansøgere fra den pågældende sygehusforvaltning.

Sygehusudvalget resp. amtsrådet har ansættelseskompetancen, og ansættelsesproceduren er forskellig fra amt til amt.

Jørgen Haahr/Jens Kamper

Antallet af afdelinger, sengepladser og stillinger på pædiatriske afdelinger pr. 1. september 1989.

Afdelinger	senge	O	R ₁	R
<u>Afdelinger med undervisningsstillinger</u>				
Rigshospitalet, afd. GGK *)	95	10	13	16
Hvidovre Hospital	75	5	11	8
KAS Gentofte, afd. L	62	2	5	8
KAS Glostrup, afd. L	82	4	5	10
Odense, afd. H	78	4	10	7
Århus KH, afd. A	68	5	9	9
Aalborg Nord	66	4	8	11
Ialt	526	34	61	69
<u>Andre afdelinger godkendt til 18 mdr. R₁ og 12 mdr. introduktionsuddannelse</u>				
Sundby Hospital	40	1	4	7
Hillerød	71	4	8	8
Næstved	33	2	4	8
Kolding	52	4	6	7
Herning	55	3	4	6
Viborg	45	4	4	8
Roskilde	40	2	6	7
Esbjerg	54	2	6	8
Randers	27	2	2	5
Holbæk (incl. Slagelse)	43	3	5	7
Ialt	460	27	49	71
<u>Afdelinger godkendt til 6 mdr. R₁ og/eller 6 mdr. introduktionsuddannelse</u>				
Nykøbing F	26	2	2	4
Sønderborg	46	3	2	5
Hjørring	21	2	2	5
Rigshospitalet, afd. GN	30	2	3	9
- , C.P.-Kliniken		(1)	1	
- , Soc.Pæd.amb.			1	
- , Allergiamb.				1
- , Klin. genetik			1	
Ialt	123	10	12	24
Alle afdelinger	1109	71	122	164

*) Incl. børnekirg.

Udarbejdet af Knud Petersen.

REFERAT AF GENERALFORSAMLING I DANSK PÆDIATRISK SELSKAB
fredag, den 1. september 1989

1. Valg af dirigent.

Niels Hobolth blev valgt til dirigent.

2. Formandens beretning.

Formanden indledte med at bede forsamlingen mindes 3 medlemmer, som foreningen havde mistet i det forløbne år; Gunnar Eg Andersen, civ.ing. Meta Dønkjær Nielsen og Paul Glenting. Knud Petersen udtalte mindeord om Meta Dønkjær Nielsen og Hans Tage Lund om Paul Glenting.

Herefter gik formanden over til den mundtlige beretning.

De forskellige kommissorier var nu blevet publiceret i årbogen, undtagen kommissoriet for uddannelsesudvalget, som var indsendt i forslag og planlagt drøftet og vedtaget.

Formanden omtalte, at ændringen af mødetidspunktet til kl. 16.00 for selskabets videnskabelige møder havde været en succes, idet de alle havde været vel besøgt. Imidlertid planlægger bestyrelsen at ændre mødeformen yderligere, således der fremover kun afholdes 4 møder årligt af 1 1/2 - 2 dages varighed. Formålet med at indføre den ny mødestruktur var, dels at give den enkelte større fagligt udbytte, opnå socialt samvær samt at reducere rejsekostningerne. I det kommende år forbliver mødeaktiviteten imidlertid uændret.

Herefter omtalte formanden Amtsrådsforeningens forslag til faststillingsreform på børneafdelingen, Viborg Sygehus. Den nuværende struktur på 1 administrerende og 3 sideordnede overlæger var påtænkt ændret til: 1 administrerende, 2 sideordnede og 2 vagtbærende overlæger. Sundhedsstyrelsen havde imidlertid foreslået: 1 administrerende, 1 sideordnet og 3 vagtbærende overlæger. Bestyrelsen så med beklagelse på, at Sundhedsstyrelsen havde foreslået en yderligere reduktion af antallet af ikke-vagtbærende overlæger i forhold til det aftalte.

Formanden omtalte herefter betænkningen, der i det forløbne år var udarbejdet om cystisk fibrose for Sundhedsstyrelsen. Han henlede opmærksomheden på, at det var hensigtsmæssigt at bestyrelsen blev orienteret om sådanne udsendelser.

Til sidst fremhævede formanden behovet for at overveje pædiatriens situation i dagens Danmark. De økonomiske forhold har medført, at flere lokalafdelinger har valgt at behandle patienterne på egen afdeling. Herved er der risiko for reduktion, måske ophør af specialfunktioner på landsdelsafdelingerne. Imidlertid er man i bestyrelsen af den opfattelse, at en reduktion af landsdelsfunktionen vil være alvorlig for specialiet som helhed. Formanden fremhævede nedlæggelsen af den selvstændige børnekirurgiske afdeling samt KLinik for Cerebral-Parese og børneneurologi på Rigshospitalet som skræmmende eksempler. Et tæt og tosidigt samarbejde mellem landsdelsafdelingerne og lokalafdelingerne er nødvendigt for at modarbejde en indskrænkning af specialiet.

Diskussion af formandsberetning:

Beretningen gav anledning til en længere drøftelse af den kommende faststillingsreform for landets børneafdelinger. Nogle mente, at fastansatte speciallæger (afdelingslæger) også var ved at være færdigbehandlet.

Skakkebæk fremførte, at et stort antal vagtbærende overlæger ville medføre en reduktion af de almindelige overlægestillinger på afdelingerne. Han mente, at man hellere skulle satse på fastansatte speciallæger og bevare den almindelige overlægefunktion som nu. Kaas Ibsen fremførte, at det var op til hvert enkelt amt at forhandle sig frem til den løsning af faststillingsreformen man fandt bedst for den enkelte afdeling. Karen Taudorf anførte, at forhandlingerne i Viborg amt ikke var tilendebragt og at de ikke nødvendigvis ville få det skitserede forløb som omtalt i formandsberetningen. Zachau-Christiansen fremførte, at diskussionen om faststillingsreformen burde fortsættes i Danske Børnelægers Organisation.

Der blev gjort opmærksom på, at da hverken vagtbærende overlæger eller fastansatte speciallæger er tillagt lægelig ledelse, kan grenspecialer og i henhold til sygehusplanlægningen konkrete ekspertområder ikke indføres gennem disse stillinger. Dette kræver almindelige overlæger. Samtidig blev det fastslået, at Sundhedsstyrelsen har givet endeligt afslag på anmodningen om oprettelse af grenspecialer i pædiatri. Kaas Ibsen fandt, at på trods heraf kunne de enkelte afdelinger udmærket opdyrke ekspertfunktioner ved at koncentrere specielle patientbehandlinger på visse hospitalet og således at hospitalsafdelingerne udvekslede patienterne imellem sig uden de store clearings- og kautionsproblemer. Til bemærkningerne om samarbejde mellem lokal- og landsdelsafdeling fremførte Skakkebæk, at det var væsentligt, at der blev samarbejdet i begge retninger; uden patienter ville det være umuligt at opdyrke ekspertfunktioner. Han fremhævede, at lokalafdelingerne måtte være villige til at kautionere for patienter.

Henrik Hertz kommenterede formandens bekymring om strukturændringerne på Rigshospitalet og anførte, at den børnekirurgiske ekspertise på Rigshospitalet fungerede som tidligere, men blot er integreret i den børnemedicinske afdeling og at Klinik for Cerebral-Parese og børneneurologi ligeledes videreførtes i børnemedicinsk regi samt at CP-børnehaven fortsatte i privat regi.

Herefter blev formandsberetningen godkendt.

Beretning fra udvalg.

Knud Petersen fremførte, at der i det forløbne år havde været problemer med at fylde de pædiatriske A-kurser op p.g.a. manglende tilslutning. Det drejede sig om kurserne i kardiologi, børneernæring og lungesygdomme. For at få gennemført så mange kurser som muligt var man derfor blevet enige om en model, hvor forskellige pædiatriske A-kurser kunne slås sammen. Kurset i pædiatrisk endokrinologi havde også været i fare for at blive aflyst, men ved at kominere A-kurset med et efteruddannelseskursus havde kurset kunnet gennemføres med tilfredsstillende økonomi. Der blev lagt op til, at denne model måske kunne anvendes ved andre kursusarrangementer.

Der havde i år været 31 ansøgninger til de 8 undervisningsstillinger, heraf blev 22 betegnet som kvalificerede og 9 som velkvalificerede. Knud Petersen redegjorde iøvrigt for restgruppe-problematikken (YP-medlemmer, der har været 5-6 år i faget uden at opnå uddannelsesstilling). Hvis man definerede restgruppen, som børnelæger der havde søgt kursusstilling 2 eller flere gange og endnu ikke havde opnået kursusstilling, bestod gruppen kun af 8 personer. For at få belyst disse personers ud-

dannelsesforløb foreslog Knud Petersen en enqueteundersøgelse.

Kommentarer til uddannelsesudvalgets beretning:

Krasilnikoff advarede mod at slå kurser i gastroenterologi og ernæring sammen uden også samtidig at øge timetallet. Fra uddannelsesudvalgets side blev det fremført, at kurserne kun var blevet slået sammen som en nødløsning, for ikke at blive aflyst. Det blev understreget, at kursus-håndbogen, når den udkom, skulle lægges frem, så afdelingens yngre læger i god tid fik mulighed for at vurdere, hvilke kurser de ønskede.

Beretning fra kapacitets- og fordelingsudvalget:

Jens Kamper anførte, at man havde haft vanskeligt ved at skaffe kvalificerede l.reservelæger til børneafdelinger vest for Storebælt. Det var således, at ud af 10 børneafdelinger havde kun 3 afdelinger kvalificerede l.reservelæger ansat i alle stillinger, og at kun 25% af l.reservelægerne på de resterende afdelinger havde A-kursus. På een afdeling havde man slet ingen. Man har derfor foreslået en ændring i fordelingen af uddannelsesstillingerne mellem landsdelene. I første omgang var det imidlertid ikke muligt at ændre selve fordelingen af stillingerne, men man kunne evt. ændre kapaciteten. På baggrund af YP-enqueten, som havde påvist, at der var nok kvalificerede ansøgere til en stillingsstrukturændring på landets børneafdelinger, skulle en evt. kapacitetssøgning ikke være permanent, men foretages over en begrænset tidsperiode.

Kommentarer til kapacitetsudvalgets beretning:

Gunver Fuglsang fremlagde YP-enqueten og fastslog, at udbudet af kvalificerede ansøgere til de kommende faste stillinger ville være tilstrækkeligt og henstillede til informationsudvalget om at gøre mere reklame for pædiatrien, specielt inden for skolelægeordningen og den socialpædiatriske sektor.

De fremmødte YP'ere gjorde gældende, at hvis man skulle gå ind for en midlertidig udvidelse af uddannelsesstillinger, burde de 2 stillinger øremærkes til uddannelsessøgende fra restgruppen. For denne gruppe bør man, efter YP's mening, lægge mere vægt på andre B-kriterier (U-landsarbejde o.s.v.) end videnskabelig aktivitet ved stillingsvurderingen. Flere overlæger var meget imod dette, idet de fandt, at man ikke kunne pålægge A-cheferne at tage mindre kvalificerede personer i uddannelsesstillingerne. Henrik Hertz foreslog herefter, at man gik over til en afstemning om en udvidelse af antallet af uddannelsesstillinger for en 3-årig periode, fordelt med 5 vest for Storebælt og 5 øst for Storebælt. 38 stemte for forslaget, 7 imod forslaget, 3 undlod at stemme. Efter afstemningen foreslog Henrik hertz, at man ved udvælgelsen af kursister til de enkelte stillinger skal tage vidtgående hensyn til en samlet vurdering af B-kriterierne. Dette forslag mødte bred opbakning i forsamlingen.

Formanden anførte, at bestyrelsen kunne gå ind for forslaget for uddannelsesudvalgets kommissorium, men ordlyden måtte ændres enkelte steder.

Neonatologiudvalget havde ikke indsendt sin beretning. Jens Kamper anførte imidlertid, at der var blevet arbejdet i udvalget, bl.a. med en rapport til Folketingets etiske råd om grænsen mellem abort og levende

født barn, og man var igang med en sygdomsklassifikation. Henrik Hertz understregede, at der ved generalforsamlingen skulle foreligge en skriftlig beretning fra udvalgene.

Beretningen fra diagnoseudvalget blev kommenteret af Finn Becker-Christensen, der fandt, at arbejdet gik for langsomt. Henrik Sardemann anførte, at man afventede en ny, revideret diagnoseliste ICD10 fra WHO, der udkommer i 1993. Iøvrigt er der foretaget 3 revisioner af diagnoselisten siden første udsendelse.

4. Aflæggelse af reviderede regnskab.

Kassereren forelagde regnskabet og dette blev godkendt. Donationen på 176.000 fra afdøde professor Torben Iversens bo blev omtalt samt at man udnersøgte, hvorledes midlerne kunne anbringes i overensstemmelse med testators ønske.

5. Fastsættelse af kontingent.

Kassereren foreslog, at man i år gennemførte kontingentforhøjelsen til 500 kroner, som vedtaget på forrige generalforsamling.

6. Indkomne forslag fra bestyrelse og medlemmer.

Drøftet under formandsberetning og beretning fra udvalg.

7. Valg til bestyrelse blandt de ordinære medlemmer.

Alle bestyrelsesmedlemmer var villige til at genopstille; Henrik Sardemann, Niels Michelsen, Jens Christoffersen og Karin Brostrøm blev genvalgt, helle Rotne fortsætter som repræsentant for DBO og Henrik Mortensen, formand for YP, fortsætter som faglig sekretær.

8. Valg af revisorer.

De 2 revisorer Svein Vestermark og Peer Pærregaard blev genvalgt.

9. Valg af udvalgsmedlemmer og repræsentanter for selskabet.

Fra uddannelsesudvalget udtrådte Christian Koch, valgt blev Freddy Karup Pedersen. Minna Yssing indtrådte i § 14-udvalget, og Henrik Hertz blev valgt som hendes personlige suppleant. Jens Hertel og Finn Becker-Christensen blev begge indvalgt i diagnoseudvalget, Gunvor Fuglsang blev indvalgt som repræsentant til Dansk Medicinsk Selskab. Fra allergiudvalget udtrådte K. Wilken-Jensen og udvalget havde i stedet ønsket at supplere sig med Søren Pedersen. Endvidere havde Friis-Hansen meddelt, at han påtænker at udtræde af neonatologi- og ernæringsudvalget i løbet af vinteren. Niels Hobolth gjorde opmærksom på, at i årbogen var det fejlagtigt anført, at Friis-Hansen var medlem af bestyrelsen i Nordisk Pædiatrisk Forening. Vagn Holm har siddet i denne bestyrelse siden 1982. Det blev iøvrigt nævnt, at Gunnar Eg Andersen havde været repræsentant i U-landsudvalget og i Cardiologisk Selskabs lipidgruppe. Der var imidlertid ikke på nuværende tidspunkt behov for at finde en afløser.

Henrik B. Mortensen

DANSK PÆDIATRISK SELSKAB

Regnskab for perioden 1.8.1988 - 4.7.1989

INDTÆGTER

Kontingenter, indgåede	89.600	
til gode	32.925	
Tilskud til gode	6.935	
Renter og aktieudbytte	<u>7.023</u>	
Ialt		136.483

UDGIFTER

Administration	45.209	
Rejser (excl. tilskud)	27.827	
Møder	15.267	
Foreningskontingenter	8.778	
Publikationer	5.344	
Efteruddannelse	50.830	
Tilbagebetalt kontingent	<u>1.600</u>	
Ialt		154.855
Resultat		<u>÷18.372</u>

FORMUEBEVÆGELSE

Beholdning 01.08.88		166.733
Resultat 88/89		<u>÷18.372</u>
Formue 04.07.89		148.361

FORMUEPLACERING

Giro 5 40 33 08	588	
Den Danske Bank 3428-808045	100.277	
- 3428-019571	136	
Aktier (købsværdi)	7.500	
Til gode	<u>39.860</u>	
Ialt		148.361

BÅNDLAGT TIL EFTERUDDANNELSESFOND

Overført fra 87/88	114.412	
Tilskrevet 88/89	33.000	
	<u>147.412</u>	
Anvendt 88/89	<u>50.830</u>	
Overført til 89/90		96.582

Aalborg, den 10. juli 1989

JENS CHRISTOFFERSEN
kasserer

DANSK PÆDIATRISK SELSKABS JUBILÆUMSFOND

Regnskab for perioden 1.8.88 - 30.6.89

Formue pr. 1.8.1988	23.221
Tilskrevne renter	<u>1.451</u>
	24.672
Uddeling	<u>5.000</u>
FORMUE pr. 30.6.1989	<u>19.672</u>

ARV EFTER PROFESSOR TORBEN IVERSEN

FORMUE pr. 6.7.1989	<u>176.000</u>
---------------------------	----------------

Aalborg, den 10. juli 1989

JENS CHRISTOFFERSEN
kasserer

BESTYRELSE, UDVALG m.v. UNDER DANSK PÆDIATRISK SELSKAB
OG BESLÆGTEDE ORGANISATIONER pr. 1. september 1989

BESTYRELSE

H. Sardemann, formand (1984), N. Michelsen, næstformand (1987), K. Brostrøm, videnskabelig sekretær (1987), J. Christoffersen, kasserer (1987), H.B. Mortensen, faglig sekretær (1988), Helle Rotne (1988).

§-14-RÅD

M. Yssing (1989) med H. Hertz som personlig suppleant, J. Haahr (1985) med T. Klinge (1985) som personlig suppleant, J. Kamper (1985) med J. Christoffersen (1985) som personlig suppleant.

SPECIALISTNÆVNETS TILFORORDNEDE I PÆDIATRI

N.C. Christensen (1983) og E. Andersen (1986) med K. Hjelt (1988) og B. Brock Jacobsen (1984) som suppleanter.

REPRÆSENTANTER I DANSK MEDICINSK SELSKABS REPRÆSENTANTSKAB

P. Pærregaard (1983), P.A. Krasilnikoff (1985), J. Møller (1988), G. Fuglsang (1989).

UDDANNELSESUDVALG

Uddannelsesudvalget er nedsat af og ansvarlig overfor Dansk Pædiatrisk Selskabs generalforsamling.

Udvalget bør generelt være orienteret om forhold indenfor lægers uddannelse og bør rådgive bestyrelse og selskab indenfor alle uddannelsesspørgsmål. Udvalgets hovedopgave er at tage sig af den pædiatriske videre- og efteruddannelse og være selskabets kontaktorgan til andre selskaber og institutioner, som beskæftiger sig med uddannelse.

Indenfor videreuddannelsesområdet (den pædiatriske speciallægeuddannelse) er uddannelsesudvalget det organ, som i samarbejde med specialistnævnets tilforordnede i pædiatri og kursuslederen tilrettelægger den pædiatriske socialistuddannelse, udfra generelle retningslinier og konkrete vedtagelser, som gives af generalforsamlingen eller bestyrelse. Udvalget skal koordinere speciallægeuddannelsen i pædiatri, men den

prægraduate uddannelse og efteruddannelsen. Udvalget skal løbende holde selskabet orienteret om behovet for og antallet af uddannelsesstillinger i pædiatri, efter nærmere retningslinier bedømme læger til undervisningsstillinger, tilrettelægge de pædiatriske kurser (i samarbejde med kursuslederen) og godkende kurser arrangeret af andre.

Udvalget bør også deltage i udarbejdelsen af uddannelseskra­v indenfor evt. subspecialer/ekspertområder.

Udvalget arrangerer, sammen med andre af selskabets medlemmer, og evt. andre selskabers uddannelsesudvalg, efteruddannelseskurser.

Udvalgets sammensætning fremgår af selskabets vedtægter.

K.E. Petersen, kursusleder og formand, K.W. Kastrup (1984), S. Husby (1987), A. Pærregaard (1985), B. Djernes (1985), P.Å. Østergaard (1985), F. Karup Pedersen (1989).

AIDS-UDVALGET

Udvalget skal udarbejde forslag til retningslinier for undersøgelse af gravide for HIV-infektion m.h.p. opsporing af smittede børn, samt for HIV-testning af børn. Udarbejde retningslinier for undersøgelse, kontrol og behandling af HIV-positive mødres børn. Udarbejde retningslinier for undersøgelse, kontrol og behandling af HIV-positive børn med hæmofili. Fremkomme med forslag til organisation af kontrol og behandling af HIV-positive børn og børn med AIDS i Danmark. Løbende evaluere situationen vedrørende HIV-infektion hos børn i Danmark.

F. Karup Pedersen (1988), Birgit Peitersen (1988), Niels Clausen (1988), Elma Scheibel (1988), May Oluffson (1988).

ALLERGIUDVALG

Udvalget har til opgave at besvare spørgsmål fra Dansk Pædiatrisk Selskab om børneallergologiske emner. Udvalget skal følge udviklingen på det børneallergologiske område og komme med forslag til nye diagnostiske og terapeutiske tilbud og til organisationen af behandlingen på landsplan samt medvirke til fastsættelse af uddannelseskra­v indenfor grenspecialet.

O. Østerballe (1979), S. Pedersen (1989), J.B. Andersen, P.Å. Østergaard, Chr. Koch (1979).

DIAGNOSEUDVALG

Udvalget skal tilrettelægge og løbende ajourføre den pædiatriske diagnoseliste med henblik på at opnå en ensartet anvendelse af pædiatrisk diagnoseregistrering nationalt og internationalt.

F. Ursin Knudsen (1984), H. Sardemann (1979), F. Becker-Christensen (1989), J. Hertel (1989).

ERNÆRINGSUDVALG

Udvalget skal følge udviklingen på det ernæringsmæssige område for børn i Danmark, udarbejde og fremføre eventuelle anbefalinger indenfor området, samt stå til rådighed for besvarelse af forespørgsler indenfor området fra myndigheder, institutioner eller enkeltpersoner.

B. Friis-Hansen (1987), K. Brostrøm (1987), O. Østerballe (1987), P.A. Krasilnikoff (1987).

HÆMATOLOGI OG ONKOLOGIUDVALG

Udvalgets opgave er indenfor rammerne af Dansk Pædiatrisk Selskab at arbejde på at sikre børn med hæmatologiske og onkologiske sygdomme de bedst mulige betingelser for diagnostik, behandling og kontrol. Endvidere at søge i højst mulig udstrækning at samordne kræfterne for behandling og forskning indenfor Danmark og medvirke til opnåelse af hensigtsmæssige visitationsregler under hensyn til sygdommens sjældne forekomst og til kompleksitetsgraden af diagnostik og behandling. Udvalget skal endvidere fungere som rådgiver for Dansk Pædiatrisk Selskab og for selskabets bestyrelse i sager af hæmatologisk og/eller onkologisk karakter, herunder sager, som forelægges selskabet af Nordisk Forening for pædiatrisk hæmatologi og onkologi.

H. Hertz, J. Christoffersen (1978), J. Kamper (1978), B. Peitersen (1978), M. Yssing (1982), N. Clausen (1985).

INFORMATIONSDUDVALG

Udvalget har til opgave at formidle pædiatrisk viden og synspunkter. Udvalget kan på eget initiativ henvende sig til offentligheden, delta i aktuel debat og bistå med information til medier, organisationer og enkeltpersoner udenfor fagkredsen.

J.C. Melchior (1987), E. Thøndrup (1987), N.C. Christensen (1987), K. Hjelt (1987), Ole Andersen (1987).

KNOGLEMARVSTRANSPLANTATIONSUDVALG

Udvalgets arbejdsområde er metaboliske sygdomme, immunologiske sygdomme og hæmatologiske sygdomme, som ikke er malignt-neoplastiske. Udvalget skal holde sig orienteret om muligheder og indikationer for knoglemarvstransplantation ved disse tilstande, men skal også holde sig orienteret om andre nye behandlingsformer, som kan erstatte knoglemarvstransplantation. Udvalget er rådgivende overfor landets børneafdelinger, knoglemarvstransplantationscentre(t), Dansk Pædiatrisk Selskab og Sundhedsstyrelsen.

N. Hobolth (1984), N.J. Brandt (1984), F. Güttler (1984), H. Hertz (1984), N. Jacobsen (1988).

NEONATOLOGIUDVALGET

Udvalget har til opgave at vejlede selskabet i besvarelser angående neonatale emner, at beskrive de vigtigste neonatale behandlingsrutiner til anbefaling på landsplan, samt at fremkomme med rekommandationer for det fremtidige samarbejde mellem fødeafdelinger/steder og børneafdelinger. Udvalget bør endvidere fremkomme med forslag til det uddannelsesmæssige indhold i ekspertområdet neonatologi (perinatal medicin).

B. Friis-Hansen (1983), E. Andersen (1983), J. Kamper (1983), K. Lillquist (1983).

SCREENINGSUDVALG

Udvalget har til opgave at overvåge igangværende neonatal screening for fenyلكetonuri og kongenit hypothyreose samt rådgive vedrørende evt. igangsættelse af screening for andre sygdomme.

N.J. Brandt (1983), B. Peitersen (1983), N.C. Christensen (1983), B. Brock Jacobsen (1983), E. Thøndrup (1983).

U-LANDSUDVALG

Udvalget har til opgave at undersøge mulighederne for forskningssamarbejde mellem børneafdelinger her i landet og børneafdelinger og insti-

tutioner i U-lande, samt for gensidige studieophold. Udvalget skal arrangere møder og andre undervisningsaktiviteter vedrørende U-landspædiatri. Det skal medvirke til, at U-landsarbejde bliver meriterende i uddannelsen til speciallæge i pædiatri og komme med forslag til forudsætningerne herfor.

F. Karup Pedersen (1987), E. Andersen (1987), P-E. Kofoed (1987), K. Fleischer Michaelsen (1987).

REPRÆSENTANTER I SUNDHEDSSTYRELSENS VACCINATIONSUDVALG

Udvalget skal følge vaccinationsproblemerne i Danmark, først og fremmest de offentlige, vederlagsfri vaccinationer af børnebefolkningen og kan herunder fremkomme med forslag til ændringer i de bestående vaccinationsformer. Udvalget skal tage stilling til nye vaccinationsformer og kan fremsætte forslag om disses indførelse til vaccination af børnebefolkningen eller voksenbefolkningen. I forbindelse hermed kan udvalget fremsætte forslag om epidemiologiske og andre undersøgelser, som vil være nødvendige for at skabe et grundlag, hvorpå der kan træffes afgørelse, hvorvidt vaccination skal undlades eller foreslås indført.

Chr. Koch, F. Karup Pedersen (1980).

REPRÆSENTANTER I FORENINGEN FOR FAMILIEPLANLÆGNING

E. Andersen (1988), N.E. Skakkebæk (1984).

REPRÆSENTANTER I DANSK CARDIOLOGISK SELSKABS LIPIDGRUPPE

Fl. Skovby (1988).

MEDLEMMER AF BESTYRELSEN I NORDISK PEDIATRISK FORENING

J.C. Melchior (1978), E. Andersen (1982), Vagn Holm (1982), N.C. Christensen (1988), N. Hobolth, generalsekretær.

DANSKE BØRNELÆGERS ORGANISATIONS BESTYRELSE

K. Kaas Ibsen, formand, Helle Rotne, Niels Michelsen, kasserer, C. Grytter.

YNGRE PÆDIATERES BESTYRELSE

H.B. Mortensen, formand, Jørn Müller, K. Nørgaard Hansen, C. Rechnitzer,
kasserer, G. Fuglsang.

Tirsdag den 13.maj 1986

DEL II

Tekster vedtaget af Europa-Parlamentet

1. Europæisk charter for børn indlagt på hospital

- dok. A2-25/86

BESLUTNING

om et europæisk charter om børn indlagt på hospital

Europa-Parlamentet.

- der henviser til forslag til beslutning af Collins (dok. 2-1256/84).
 - der henviser til punkt 5 i beslutningen af 19. januar 1984 (') om et europæisk charter og specielt punkt A. og E., hvori det hedder, at børns rettigheder bør behandles i et særligt charter.
 - der henviser til betænkning fra udvalget om miljø- og sundhedsanliggender og forbrugerbeskyttelse og udtalelser fra udvalget om retlige anliggender og borgernes rettigheder og udvalget om ungsom, kultur, uddannelse, information og sport (dok. A2-25/86).
- A. der understreger betydningen af præamblet i dette charter og specielt punkt A. og E., hvor problemets fællesskabsdimension anføres:
1. mener, at retten til den bedst mulige medicinske og lægelige bistand er en fundamental ret navnlig for børn, som endnu har hele livet foran sig;
 2. udtrykker bekymring over, at offentlige sparebestræbelser i mange medlemsstater i særlig grad rammer sundhedssektoren, hvilket uundgåeligt vil påvirke befolkningens almene helbredstilstand og dermed også børnenes;
 3. opfordrer Kommissionen til snarest muligt at fremlægge et forslag til et europæisk charter om patienters rettigheder samt et europæisk charter om børn indlagt på hospital og dermed tage et konkret initiativ i anledning af det internationale ungdomsår;
 4. kræver, at charteret om børn indlagt på hospital nævner følgende rettigheder:

- a) børn har ret til kun at blive indlagt på hospital, hvis den behandling, deres sygdom kræver, ikke lige så godt kan gives hjemme eller hos egen læge, og hvis den tilrettelægges hensigtsmæssigt, således at indlæggelsen sker så hurtigt og bliver så kortvarig som muligt
 - b) børn har ret til dagophold uden at det medfører yderligere udgifter for forældrene
 - c) børn på hospital har ret til at have deres forældre eller værge hos sig under hospitalsindlæggelsen, og disse bør ikke være passive tilskuere, men inddrages aktivt i livet på hospitalet, uden at dette medfører yderligere udgifter
 - d) børn har ret til at blive informeret om den medicinske behandling, de gennemgår, de positive udsigter for denne, alt efter deres alder, modenhed samt almene og psykologiske tilstand
 - e) børn har ret til personlig ledsagelse ved indlæggelsen, og det må så vidt muligt sikres, at det er de samme sygeplejersker og sygehjælpere, som følger barnet under hele indlæggelsen
 - f) børn har ret til (gennem deres forældre/personer, der handler i deres sted) at nægte at blive brugt for forsøgsobjekt samt enhver form for pleje eller undersøgelse, hvis hovedformål i højere grad er undervisningsmæssigt eller informativt end terapeutisk
 - g) børnenes forældre eller personer, der handler i deres sted, har ret til at modtage al oplysning vedrørende sygdommen og børnenes helbred, forudsat at dette ikke strider mod barnets fundamentale ret til at få sin intimsfære respekteret
 - h) børnenes forældre eller værge har ret til at give samtykke til den behandling, børnene skal underkastes
 - i) forældre eller den person, som træder i deres sted, har ret til en hensigtsmæssig modtagelse og psykosocial støtte af særligt uddannet personale
 - j) børn har ret til ikke at blive brugt i farmakologiske eller terapeutiske eksperimenter, kun forældre eller værge, hvis disse er passende informeret om farer og fordele ved en sådan behandling, kan give deres samtykke hertil og forbeholde sig ret til at trække det tilbage
 - k) børn har ret til ikke at blive brugt i farmakologiske eller terapeutiske eksperimenter, kun forældre eller værge, hvis disse er passende informeret om farer og fordele ved en sådan behandling, kan give deres samtykke hertil og forbeholde sig ret til at trække det tilbage
- Kommentar: Teksten i dokumentet enslydende med pkt. j); der må være tale om en fejl ved oversættelsen til dansk.

- l) børn har ret til ikke at blive underkastet unødigt medicinsk behandling samt unødige fysiske og psykiske smerter
- m) børn har ret (og midlerne) til at træde i kontakt med deres forældre eller værge i tilfælde af stress
- n) børn har ret til at blive behandlet med takt, kompetence og forståelse, og deres intimsfære skal til enhver tid respekteres
- o) børn har ret til under deres hospitalsophold at blive behandlet af behørigt uddannet personale, som er fuldt fortrolig med hver aldersgruppes fysiske og følelsesmæssige behov
- p) børn har ret til at blive behandlet sammen med andre børn i samme aldersgruppe, og indlæggelse med voksne patienter må så vidt muligt undgås
- q) børn har ret til lokaler, som er møbleret og indrettet i overensstemmelse med de krav, som hensynet til behandling, undervisning og lege-muligheder stiller, og som er i overensstemmelse med de gældende sikkerhedsnormer
- r) børn har ret til også under deres hospitalsophold at følge skoleundervisning ved hjælp af undervisningspersonale og -materiale, som er stillet til rådighed af det kompetente skolevæsen, navnlig i tilfælde af langvarige ophold, forudsat at undervisningen ikke går ud over barnets velvære eller er til hindring for dets behandling
- s) børn har ret til under deres hospitalsophold at kunne råde over legetøj, bøger og audiovisuelle hjælpemidler afpasset efter deres alder
- t) børn har ret til undervisning også i tilfælde af delvis hospitalsindlæggelse (daghospital) eller rekreation i hjemmet
- u) børn har ret til den nødvendige behandling eventuelt med domstolenes hjælp i tilfælde, hvor forældre eller værge afviser behandlingen af religiøse grunde, kulturel tilbagestående, fordomme eller ikke er i stand til at tage de nødvendige skridt til imødegåelse af den akutte situation
- v) børn har ret til en eventuel nødvendig finansiel, moralsk og psykosocial støtte i forbindelse med undersøgelse og/eller behandling, som det er nødvendigt at få foretaget i udlandet
- w) børnenes forældre eller værge har ret til at kræve dette charter gennemført, såfremt barnet har behov for indlæggelse eller undersøgelser i lande uden for Det europæiske Fællesskab

5. anmoder desuden Kommissionen om at fremlægge forslag til en harmonisering af de nationale helbreds- og hospitalsstatistikker, således at oplysningerne for de enkelte aldersgrupper kan sammenlignes:

6. påskønner det bidrag, de frivillige organisationer kan yde i forbindelse med gennemførelsen af mange af de ovennævnte rettigheder og i forbindelse med udførelsen af supplerende opgaver med tilknytning til støtten til de små hospitalspatienter:

7. pålægger sin formand at sende denne beslutning til Kommissionen, Rådet, Europa-Rådet, UNICEF og Verdenssundhedsorganisationen.

SVAR PÅ HENVENDELSE TIL SUNDHEDSSTYRELSENS SPECIALISTNÆVN OM AT ANERKENDE BØRNEALLERGLOGI, NEUROPÆDIATRI OG NEONATALOGI SOM GRENSPECIALER I PÆDIATRI.

SUNDHEDSSTYRELSEN
Specialistnævnet

9. januar 1989

Dansk Pædiatrisk Selskab
v/overlæge Henrik Sardemann
Pædiatrisk Afdeling
Amtssygehuset i Roskilde
4000 Roskilde

I brev af 16. juni 1988 har Dansk Pædiatrisk Selskab med fremsendelse af rapport om subspecialisering inden for pædiatri anmodet Specialistnævnet om, at der oprettes grenspecialer i neonatologi, neuropædiatri og pædiatrisk allergologi med speciallægeuddannelse i pædiatri som forudsætning og med særskilt udformede uddannelsesregler.

Anmodningen og den af selskabet udarbejdede rapport vedrørende subspecialisering har været forelagt Specialistnævnet den 14. december 1988.

Specialistnævnet finder ikke, at der aktuelt er behov for oprettelse af grenspecialer for grundspecialet pædiatri, idet der ikke eksisterer selvstændige grenspecialiserede afdelinger, og idet man forventer, at de fleste stillinger inden for pædiatri fortsat skal varetage almenfunktioner. Nævnet er af den opfattelse, at ekspertfunktioner inden for fagområdet pædiatri vil kunne udvikles uden formaliserede uddannelsesregler.

P. N. V.

Hans Karle

NYE MEDLEMMER I DANSK PÆDIATRISK SELSKAB 1988/89

Birthe Hansen
Hans Bisgaard
Finn Becker Christensen
Karen Vitting Andersen
Jørgen Kambskard
Birger Preben Pagh
Bodil Moltesen
Jess Witt
Anne-Lise Kirk
Kim Kristensen
Jette Buchholt

Ben Lob Dahl
Pia Gellert Olsen
Eva Due
Ole Wolters
Thorkild Jacobsen
Inga Merete Hjuler
Helle Krogh Johansen
Pernille Vedel Jepsen
Bent Helmuth Klug
Aage Knudsen

Udmeldte af DANSK PÆDIATRISK SELSKAB 1988/89

Jytte Larsen
Niels Christian Thybo

Kurt Memmert
Karsten Feilberg