

ÅRBOG 1991 - 92

Redigeret af Jørn Müller



DANSK PÆDIATRISK SELSKAB

Årbogen 1991-1992 indeholder som sædvanligt programmerne for Selskabets videnskabelige møder og uddannelsesmøderne. Årbogen indeholder endvidere Knud Petersens resumé af de pædiatriske ekspertområder samt Erling Nathans brev til Sundhedsministeren vedrørende Kiropraktorbehandling af børn.

Tak til annoncørerne for deres velvillige interesse for Årbogen.

Bestyrelsen

INDHOLDSFORTEGNELSE

MØDER OG RESUMÉ AF FOREDRAG	Side
635. møde, 11. oktober 1991 HÆMATOLOGI OG ONKOLOGI	9
3. efteruddannelsesmøde, 12. oktober 1991 HÆMATOLOGI OG ONKOLOGI	21
636. møde, 6. december 1991 FRIE FOREDRAG DEBAT OM SUBSPECIALISERING	23
637. møde, 3. januar 1992 NEONATOLOGI	31
4. efteruddannelsesmøde, 4. januar 1992 PÆDIATRISK OFTALMOLOGI	44
638. møde, 6. marts 1992 KLINISK GENETIK	45
5. efteruddannelsesmøde, 7. marts 1992 BØRNEORTOPÆDI	53
639. møde, 4. september 1992 BØRNENEUROKIRURGI I DAG ORDINÆR GENERALFORSAMLING	55

BERETNINGER

Formandsberetning 1991/92	56
Beretning fra DPS' KONTAKTPERSONER TIL SUNDHEDSSTYRELSEN VEDR. §-14 VURDERINGER	67
- SUNDHEDSSTYRELSENS TILFORORDNEDE I PÆDIATRI	67
- UDDANNELSESUDVALGET	67
- ALLERGOLOGIUDVALGET	69
- DIAGNOSEUDVALGET	69
- ERNÆRINGSUDVALGET	70
- PÆDIATRISK HÆMATOLOGI OG ONKOLOGI	70
- INFORMATIONSUDVALGET	71
- NEONATOLOGIUDVALGET	71
- SCREENINGSUDVALGET	72
- VACCINATIONSUDVALGET	72
- LIPIDGRUPPEN	72

REFERAT AF GENERALFORSAMLING I DPS den 4. september 1992	73
KASSEREREN Regnskab for perioden 12.07.91 til 12.07.92	79
NYE MEDLEMMER I DPS efter 1. august 1991	81
DANSK PÆDIATRISK SELSKAB og beslægtede organisationer pr. 4. september 1992 Bestyrelse, udvalg, kommissorier m.v.	83
ANTALLET AF AFDELINGER, SENGEPLADSER OG STILLINGER PÅ PÆDIATRISKE AFDELINGER pr. 1. september 1992	88
DIVERSE ORIENTERINGER Brev til Sundhedsministeriet om kiropraktorer	89

635. møde - 11. oktober 1991 - Rigshospitalet.

Mødeemne: **HÆMATOLOGI OG ONKOLOGI**

Tilrettelagt af Onkologiudvalget.

Ledet af Minna Yssing.

Program

1. **Incidens og overlevelse i perioden 1943-1990 af solide tumorer hos børn i Danmark.** Jørgen Olsen (Cancerregistret)
- 2.*) **Præoperativ kemoterapi i pædiatrisk onkologi (medulloblastom, hepatoblastom).** Gunna Erichsen og Niels Carlsen (Børneafdeling GGK, Rigshospitalet)
3. **Nyere resultater fra den fælles nordiske leukæmiregistrering og -behandling.** Niels Clausen (Pædiatrisk afd., Aarhus Kommunehospital)
4. **Styring af vedligeholdelsesbehandlingen til børn med akut lymfoblastær leukæmi.** Kjeld Schmiegelow (Børneafdeling GGK, Rigshospitalet)
5. **CT-abnormiteter ved ALL.** Erik Østergaard og Jens Kamper (Børneafdelingen, Odense Sygehus)
- 5a. **Intrathekal kemoterapi som CNS profylakse til børn med all i risikogruppe.** Henrik Hasle og J. Kamper. (Børneafdelingen, Odense Sygehus)
6. **Autolog knoglemarvstransplantation.** Henrik Schrøder og Elma Scheibel (Pædiatrisk afd., Aarhus Kommunehospital og Børneafdeling GGK, Rigshospitalet)
7. **Sekundære maligne neoplasmer i Nordisk sammenhæng.** Henrik Hertz og Jørgen Olsen (Børneafdeling GGK, Rigshospitalet og Cancerregistret)
8. **Myelodysplastisk syndrom.** Henrik Hasle, Niels Tinggaard Pedersen og Bendt Brock Jacobsen (Børneafdelingen, Odense Sygehus)
9. **Nye mutationer i faktor IX genet.** Lise Pedersen, Marianne Schwartz og Elma Scheibel (Børneafdeling GGK, Rigshospitalet)
10. **En ny type af kongenit dyserythropoitisk anæmi.** Niels Illum (Børneafdeling GGK, Rigshospitalet)

*) Resume ikke modtaget.

INCIDENS OG OVERLEVELSE AF CANCER BLANDT BØRN I DANMARK, 1943-1990.

J.H.Olsen, H.Hertz, P.deNullyBrown, M.Yssing & B.Carstensen (Cancerregisteret & børneafdelingen Rigshospitalet).

Medens der foreligger omfattende dokumentation for incidensudviklingen af cancer i voksenalderen over tid, er en tilsvarende dokumentation for udviklingen i forekomsten af børnecancer meget sparsom. Specielt er det af interesse at undersøge, om den markante incidensudvikling, som er set for en række voksentumorer over de sidste 40-50 år tilsvarende forefindes i barnealderen. Opgørelser, som baseres på dødsattester, er i denne sammenhæng af meget begrænset værdi, idet overlevelsen efter cancer i barnealderen er radikalt forbedret siden midten af 60'erne.

På basis af Cancerregisterets indhold af cancer blandt børn (0-14 år) over perioden 1943-1984 har man gennemført en revurdering af diagnosen samt en opgørelse på incidensen for en række hovedgrupper af diagnoser. Man finder igennem perioden en uændret incidens på gennemsnitlig 137 nye tilfælde per år per million drenge og 111 nye tilfælde per million piger. Også for hovedgrupperne er incidensen stort set over tid uændret, dog med undtagelse af gruppen af maligne lymfomer blandt drenge, som viser en let stigning, samt gruppen af neuroblastomer blandt såvel piger som drenge, der viser en klar stigning. For de almindeligste tumorgrupper ses en overvægt blandt drenge. Det konkluderes, at trods omfattende samfundsmæssige forandringer siden Cancerregisterets start i 1943 (først og fremmest landets industrialisering og kvindernes stigende deltagelse i erhvervslivet) har dette ikke ført ændringer med sig, som påvirker forekomsten af cancer i barnealderen i et måleligt omfang.

For aldersgruppen 0-19 år er der supplerende gennemført en opgørelse over overlevelsen afhængig af diagnoseår fra 1943-1987. Opgørelsen viser markante ændringer i overlevelsen for Wilms tumor, Hodgkin's sygdom og leukæmier. Alt i alt ses en forbedring i 2-års overlevelsen fra 30% i 1943-1957 til 67% i 1973-1987. Tilsvarende procenter for 5-års overlevelsen er 26%, henholdsvis 58%.

NYERE RESULTATER FRA DEN FÆLLES NORDISKE LEUKÆMI-
REGISTRERING OG - BEHANDLING.

N. Clausen (Pædiatrisk afdeling, Århus Kommunehospital).

Nordisk forening for pædiatrisk hæmatologi og onkologi (NOPHO) har siden juli 1981 gennemført en fælles registrering og behandling af børn med leukæmi i de nordiske lande.

Til 01.01.91 var diagnosticeret 1844 tilfælde, heraf 21% i Danmark. For akut lymfoblastær leukæmi (ALL) og akut myeloblastær leukæmi (AML) var incidenserne henholdsvis 3.8 og 0.7 per 100.000 per år med en kønsratio $\sigma:\varphi$ på henholdsvis 1.13 og 0.7. Den hyppigste debutalder var 2 - 5 år for ALL og 1.5 år for AML.

På basis af erfaringerne intensiveredes ALL-behandlingerne fra 01.07.86, og den aktuelle opgørelse viser forbedring i remissionsfrekvens fra 95% til 98% og udsigt til færre recidiver.

Opfølgningstiden fra den første periode er nu på $4\frac{1}{2}$ - $8\frac{1}{2}$ år, dvs. lang nok til at overlevelseskurverne har stabiliseret sig. Blandt de 808 børn med ALL er 57% i live i første remission, dvs. helbredt i første forsøg. Recidivrisikoen efter remission var ca. 50%, og højest mens barnet blev behandlet. Efter afslutning af behandlingen var recidivrisikoen $1/8$. Risikoen for et recidiv, som omfattede knoglemarven og eventuelt andre foci var 33%, recidiv i CNS isoleret 10% og i testes isoleret var 5%. Helbredelseschancen efter recidiv var godt 33%. Blandt alle diagnosticerede børn med ALL helbredtes 70%.

Blandt de 185 børn med AML opnåede 80% remission og den beregnede sandsynlighed for sygdomsfri overlevelse er ca 40%.

STYRING AF VEDLIGEHOVELSESBEHANDLING TIL BØRN MED AKUT LYMFOBLASTÆR LEUKÆMI.

K. Schmiegelow (Børneafdeling G GK, Rigshospitalet)

Baggrund: Under Methotrexate (MTX)/6-Mercaptopurin (6MP)-vedligeholdelsesbehandling af akut lymfoblastær leukæmi hos børn akkumulerer cytotoxiske metabolitter af MTX (MTX-polyglutamater) og 6MP (6-Thioguanin nuklotider) i erythrocytter (E-MTX, E-6TGN). Individuelle forskelle i E-MTX/6TGN kan afspejle variation i cytostatika absorption, metabolisering og evnen til at generere disse metabolitter, og dermed forskel i behandlingsintensitet.

Formål: At evaluere den prognostiske værdi af E-MTX/6TGN under vedligeholdelsesbehandling.

Design: Patienterne inkluderes, hvis de er diagnosticeret efter 01.07.1986 og i vedligeholdelsesbehandling i 1. remission på induktionstidspunktet. Studiet, der er et nordisk multicenterprojekt, blev initieret i 1988 og inkluderer fortsat nye patienter.

Resultater: Per december 1990 var 350 patienter inkluderede. 39 patienter har haft recidiv (25 i knoglemarv). Gennemsnitlig E-MTX og E-6TGN for alle patienter er 5,9, henholdsvis 199 nmol/mmol Hgb (1,0 - 16,4, 56 - 801). Patienter med hæmatologisk recidiv havde lavere E-MTX og E-6TGN end patienter i remission (middelværdi: E-MTX: 4,1 vs. 5,2; E-6TGN: 166 vs. 201) ($p < 0,05$). Patienter med recidiv og patienter i remission adskilte sig ikke signifikant med hensyn til MTX/6MP-doser, graden af knoglemarvsdepression (gennemsnitligt WBC/ANC) eller forekomst af levertoksicitet.

CT-ABNORMALITETER VED AKUT LYMFATISK LEUKÆMI.

FØLGER EFTER PROFYLAKTISK CNS-BEHANDLING.

E. Østergaard & J. Kamper (Børneafdeling H, Odense Sygehus).

Med det formål at afdække antallet af strukturelle abnormiteter efter profylaktisk CNS-behandling som led i behandling af ALL har vi undersøgt 37 børn.

Diagnosen ALL blev stillet i perioden 1974 - 1985. 25 børn blev klassificeret som Standard-Risiko, 6 som Intermediær-Risiko og 6 som Høj-Risiko ALL. Alle havde fået profylaktisk methotrexat (MTX) intraspinalt og intravenøs MTX (0,5-1 g/m²), og ingen havde fået CNS-bestråling. Børn med debut før juli-81 blev uanset risikogruppe behandlet ens, hvor en væsentlig del af behandlingen bestod af reinduktioner med Vinkristin, Prednisolon og i.sp. MTX under hele vedligeholdelsesbehandlingen (5 år). Efter juli-81 blev børnene behandlet efter en fælles nordisk protokol (NOPHO), forskellig for de enkelte risikogrupper.

Alle børnene var på tidspunktet for undersøgelsen i 1. remission. Ct-scanningen blev foretaget med en "General Electric 8800" scanner ved eller efter afslutning af vedligeholdelsesbehandlingen.

Af skemaet fremgår at 33 af 37 børn (89%) havde normale CT-scanninger.

Behandlingsperiode	Antal patienter	Piger / Dreng	Alder ved diagnose (range)	År efter diagnose (range)	Antal doser af i.sp.MTX (range)	Total i.sp.MTX dosis (mg) (range)	Normale CT-scanninger (%)
1974 - (Juni) 1981	21	10/11	5,8 (3,8-10,7)	7,4 (4,3-14,6)	15 (7-22)	116 (35-182)	19 ¹ (90%)
(Juli) 1981 - 1985	16	6/16	5,7 (1,3-13,2)	3,3 (2,9-3,8)	12 (8-18)	116 (53-181)	14 ² (88%)

¹ En abnorm scanning med let ventrikel dilatation, og en med en forkalkning.

² To abnorme scanninger med let ventrikel dilatation.

Det beskedne antal abnormiteter i vores undersøgelse, mener vi at kunne tilskrive den kendsgerning, at vi ikke har anvendt CNS-bestråling. Dette synspunkt understøttes af en litteratur-gennemgang som giver holdepunkter for at antage at specielt forkalkninger og cortical atrofi kan relateres til intensiteten af CNS-profylakse, hvor bestråling indgår. Der er på samme tid undersøgelser som tyder på at visse neuropsykologiske problemer (indlærings- og koncentrationsproblemer, reduceret IQ og korttidshukommelse m.fl.) kan korreleres til ovennævnte abnormiteter.

Konklusionen må blive: Forsøg at anvende andre former for profylaktisk CNS-behandling, end CNS-bestråling, som f.eks. intraspinale "trippel-behandling".

INTRATHEKAL KEMOTERAPI SOM CNS PROFYLAKSE TIL BØRN MED ALL I RISIKOGRUPPE

H. Hasle & J. Kamper (Børneafdelingen Odense Sygehus).

I behandlingen af ALL anvendes oftest profylaktisk kranial bestråling til børn i risikogruppe. På grund af risikoen for senfølger efter strålebehandling, blev det i 1986 på pædiatrisk afdeling i Odense besluttet udelukkende at anvende intrathekal kemoterapi som profylakse mod CNS-leukæmi.

I perioden 1986-90 blev der i Odense diagnosticeret 37 nye tilfælde af ALL. Her præsenteres resultaterne for de 18 børn uden primær CNS affektion, som blev placeret i risikogruppen.

Den intrathekale kemoterapi blev givet i hele behandlingsforløbet med ca 18 kure fordelt med et ligeligt antal methotrexat og triple (methotrexat, cytosar, hydrocortison) injektioner. En patient fik indopereret et Ommaya reservoir på grund af problemer i forbindelse med generel anæstesi til lumbalpunktur. Der blev i intet tilfælde observeret væsentlige bivirkninger til den intrathekale behandling.

Foreløbig er 13 patienter færdigbehandlede. Alle fik ved behandlingsophør foretaget CT-scanning af cerebrum. Hos én patient fandtes i relation til det nævnte Ommaya reservoir en lille cystelignende opklaring som eneste abnorme fund. Ingen af de øvrige børn havde abnorme fund.

Den gennemsnitlige observationstid er 42 måneder. Den recidivfri overlevelse efter tre år er 86%. Der er ikke observeret nogen tilfælde af CNS recidiv.

Disse foreløbige resultater indikerer, at intrathekal kemoterapi som erstatning for kranial bestråling til risiko ALL er veltolereret og giver en acceptabel beskyttelse mod CNS recidiv.

AUTOLOG KNOGLEMARVSTRANSPLANTATION

H. Schrøder & E. Scheibel (Pædiatrisk afdeling, Århus Kommunehospital og børneafdeling GGK, Rigshospitalet).

Autolog knoglemarvstransplantation (AKMT) er i 1990 indført i Danmark som et behandlingstilbud til børn med visse maligne sygdomme.

Fra aug. 1990 til sept. 1991 har 10 børn fået foretaget AKMT i Danmark, 2 er behandlet på Rigshospitalet, 8 i Århus. 3 børn havde akut myeloblastær leukæmi i 1. remission (AML), 3 havde akut lymfoblastær leukæmi i 2. remission (ALL) og 4 børn havde neuroblastom st. IV. Der blev givet følgende høj-dosis behandling før AKMT: AML: Busulfan 16 mg/kg over 4 dage og cyclofosfamid 120 mg/kg over 2 dage. ALL: Fraktioneret helkropsbestråling 11,5 GY over 4 dage og cyclofosfamid 120 mg/kg over 2 dage. Neuroblastom: Melphalan 200 mg/m².

Den reinfunderede marv "slog an" hos alle. Tiden til neutrofilocytaltal over 0,5 var 14-71 dage (median 34 dage) og tiden til thrombocytaltal over 50 var 37-120 dage (median 55 dage). Alle undtagen et barn fik feber af en median varighed på 4 dage; hos 2 børn konstateredes septicæmi, heraf var et barn livstruende sygt. Der opstod let mucositis og diarre hos ca. halvdelen af børnene; 9/10 fik total parenteral ernæring i 14-22 dage. Alle børn overlevede transplantationen og blev udskrevet i god almen tilstand efter en median indlæggelsestid på 30 dage.

Der har været 2 recidiver 7 og 9 måneder efter AKMT, begge hos børn med AML; begge børn er døde. De øvrige 8 børn lever i komplet respons 1-6 måneder efter AKMT. Bortset fra en let nedsat muskelkraft hos et barn er der på nuværende tidspunkt ingen sequelae af betydning efter behandlingen.

SEKUNDÆRE MALIGNE NEOPLASMER I NORDISK SAMMENHÆNG

H. Hertz & J. Olsen (Børneafdelingen, Rigshospitalet & Cancerregistret)

Nordisk Forening for Pædiatrisk Hæmatologi og Onkologi har indsamlet data vedr. forekomsten af ny malign lidelse hos personer, som i alderen 0-19 år har haft kræftsygdom. Kohorten består af godt 30.000 tilfælde af primær malign sygdom, og der er fundet mellem 2-300 tilfælde af sekundær malignitet. Opgørelsen omfatter perioden fra de nordiske cancerregistres start og til og med 1987. Der er beregnet en ratio mellem observerende og forventede tilfælde af ny malignitet på ca. 3,5. Det er planen at udvide undersøgelsen med et case-kontrol studie m.h.p. at belyse særlige behandlingsmæssige risici.

MYELOYDYSPLASTISK SYNDROM

H. Hasle, B. Brock Jacobsen & N. Tinggaard Pedersen

(Børneafdelingen & Patologisk Institut, Odense Sygehus).

Myelodysplastisk syndrom (MDS) defineres som vedvarende uforklaret mono-, bi- eller pancytopeni i perifert blod ledsaget af dysplastiske forandringer i en eller flere cellelinier i knoglemarven. MDS kan i henhold til FAB klassifikationen fra 1982 klassificeres i fem undergrupper; refraktær anæmi (RA), RA med ringsideroblaster (RARS), RA med overskud af blaster (RAEB), REAB i transformation (RAEB-T) og kronisk myelomonocytær leukæmi (CMML). Den væsentligste forskel mellem typerne er antallet af blaster i knoglemarven, er der mere end 30 % blaster er der definatorisk tale om AML.

I perioden 1980-90 blev der på pædiatrisk afdeling i Odense set 9 patienter med MDS, hvilket svarer til 9 % af alle maligne hæmatologiske lidelser. To af børnene havde Down's syndrom, ingen af de øvrige patienter havde kendte dispositioner til maligne lidelser.

Fem patienter blev klassificeret som RA, tre som RAEB og en som CMML. Klonale cytogenetiske forandringer blev set hos fem, i tre af disse som monosomi 7.

Fem patienter er døde; to af progressiv sygdom, to af infektion og en af blødning, to af de sidste tre patienter døde under terapi induceret cytopeni. Af de fire patienter, som endnu er i live, opnåede én remission efter først cyclosporin og senere immunglobulin behandling, én er i remission 3 år efter knoglemarvstransplantation og én har tilsynadenede opnået spontan remission.

MDS har vist sig at være en anvendelig sygdomslehed hos børn, som kan erstatte tidligere begreber som præleukæmi, juvenil kronisk myeloid leukæmi, monosomi 7 syndrom m.m. Sammenlignet med AML responderer MDS dårligere på sædvanlig cytostatisk behandling og hyppigheden af toksiske dødsfald er højere. Allogen knoglemarvstransplantation vil ofte være den eneste helbredelses mulighed.

NYE MUTATIONER I FAKTOR IX GENET.

L.R. Nielsen, M. Schwartz & E. Scheibel (Afdeling for Klinisk Genetik, Rigshospitalet).

Hæmofili B skyldes en defekt i genet for faktor IX. Vi har undersøgt 30 patienter med henblik på at bestemme de sygdomsfremkaldende mutationer. Faktor IX genet er sekventeret fuldstændigt (34 kb) og har 8 kodende regioner (exon a-h). Vi har anvendt den såkaldte kemiske kløvningsmetode, CCM (chemical cleavage of mismatch) i forbindelse med direkte DNA sekventering.

På nuværende tidspunkt har vi undersøgt exon e og h hos patienterne og fundet 6 mutationer, som ses herunder.

Patient	Mutation	Position	Aminosyreændring	Faktor IX-aktivitet
<u>Exon e</u>				
A	C->T	17761	Arg ¹¹⁶ ->stop	<1%
B	C->G	17700	Cys ⁹⁵ ->Trp	<1%
C	G->A	17693	Gly ⁹³ ->Asp	2%
<u>Exon h</u>				
D	del C	30890	His ²⁵⁷ ->ændret læseramme	<1%
E	C->T	31224	Pro ³⁶⁸ ->Leu	2%
F	C->T	31008	Thr ²⁹⁶ ->Met	10%

De lave faktor IX-aktiviteter hos patienterne A, B og D kan forklares ud fra de fundne mutationer, idet proteinet hos patient A og D ødelægges af hhv. en stopkode og en basedeletion i genet, medens der mistes en disulfidbro i proteinet hos patient B. De 3 mutationer hos patienterne C, E og F, som har en mildere grad af sygdommen, er ikke nødvendigvis sygdomsfremkaldende, skønt Gly (patient C) og især Pro (patient E) kan have en vis indflydelse på proteiners tertiære struktur, og mutationen hos patient F er fundet hos andre ikke-beslægtede patienter med samme faktor IX-aktivitet.

Resultaterne viser, at den kliniske variabilitet af sygdommen kan forstås på det molekylære niveau; specielt muliggør kendskabet til sygdomsmutationerne en præcis prænatal diagnostik. Til dette formål vil direkte metoder som kemisk kløvning uden tvivl vinde større indpas fremover.

EN NY TYPE AF DYSERYTHROPOIETISK ANÆMI.

N.Illum, P.D.Wimberley, S.N.Wickramasinghe, D.J.Weatherall, D.H.K.Chui & D.J.Anstee (Børneafdeling GKG Rigshospitalet, klinisk kemisk afdeling Herlev Sygehus, Dept of Haematology St Mary's Hospital Medical School London, MRC Molecular Haematology Unit University of Oxford, Dept of Pathology McMaster University Hamilton Ontario & International Blood Group Reference Laboratory Bristol).

En 9 år gammel dansk pige af raske forældre er behandlet for anæmi med transfusioner siden fødslen. I de første leveår op til 10 årligt, nu 0 til 1 transfusion årligt. Hun blev født med hydrops og svær erythroblastose samt anæmi. Hb har siden været mellem 2,8 og 7,9 mmol/L gennemsnitligt omkring 5,0. Retikulyocytterne har været relativt for lave i forhold til anæmien. HbF har været stærkt forhøjet hele tiden, mellem 40 og 50%. Knoglemarv viste intens normoblastisk erythroid hyperplasi med dysplastiske træk i form af punktformig basofil farvning af polykromatiske erythroblaster og erythrocytter. Enkelte havde en kløverbladslignende kernestruktur. Makrofager indeholdt fagocyterede erythroblaster. Erythroblasternes deling var standset i G2 fasen og havde nedsat protein syntese. Elektronmikroskopi viste, at de basofile strukturer bestod af sammenklumpede membraner fra glat endoplasmatisk retikulum og Golgi apparatet. Molekylær biologiske studier viste overvægt af gamma globin kæder samt tilstedeværende zeta og epsilon globin kæder. I beta globin genet fandtes deletion og mutation af mulig relation til ekspresion af HbF. CD44 på erythrocytternes overflade var stærkt nedsat. Fundet af persisterende HbF og ekspresionsprogram for de embryonale globiner, abnormiteter i cellestrukturer med tilknytning til globin syntesen, ændret overflademærker formentlig af betydning for funktioner i erythrocytforstadier sammen med andre dyserythropoietiske træk er nyt. Undersøgelser fortsættes for at klarlægge disse sammenhænge.

3. efteruddannelsesmøde - 12. oktober 1991 - Rigshospitalet.

Mødeemne: **HÆMATOLOGI OG ONKOLOGI**

Tilrettelagt af Onkologiudvalget.

Ledet af Niels Clausen.

Program

1. **Moderne anæmiudredning.** Niels Clausen (Pædiatrisk afd., Aarhus Kommunehospital)
2. **Hæmolytiske anæmier.** Hans Erik Nielsen (Børneafdeling GGK, Rigshospitalet)
3. **Thrombocytopeni.** Freddy Karup Pedersen og Sten Rosthøj (Børneafdeling GGK, Rigshospitalet og Pædiatrisk afd., Aarhus Kommunehospital)
4. **Vækstkontrol i kræftceller.** Berthe Willumsen (Mikrobiologisk institut, København)
5. **Late effects.** Jørn Müller og Henrik Hertz (Afd. for vækst og reproduktion og Børneafdeling GGK, Rigshospitalet)
6. **Histiocytose.** Henrik Carstensen (Børneafdeling GGK, Rigshospitalet)
7. **Etik og pædiatrisk hæmatologi/onkologi.** Bendt Brock Jacobsen og Henrik Hertz (Børneafdelingen, Odense sygehus og Børneafdeling GGK, Rigshospitalet)

636. møde - 6. december 1991 - Rigshospitalet.

Mødeemne: **FRIE FOREDRAG
DEBAT OM SUBSPECIALISERING**

Tilrettelagt af Bestyrelsen.
Ledet af Erling Nathan.

Program

1. **Medfødte bugvægsdefekter i Danmark 1970-83.** Merete Bugge (John F. Kennedy Instituttet)
2. **Lafora-Body disease. En progressiv myoklonus epilepsi.** Inge-Merete Nielsen (Neuromedicinsk afd, Hvidovre hospital)
3. **Interferonbehandling af hæmangiomer.** Niels Illum (Børneafdelingen, Hvidovre hospital)
4. **Korttidsvækst hos normale skolebørn bestemt med knemometri.** Ole Wolthers, K. Konstantin-Hansen, S. Pedersen, K.E. Petersen (Børneafdelingen, Kolding sygehus)
5. **Hypospadi, belyst ved nogle eksempler.** Ebbe Thisted (Børneafdelingen, Aalborg Sygehus)
6. **Debat om subspecialisering.** Oplæg ved Niels Christian Christensen

MEDFØDTE BUGVÆGSDEFEKTER I DANMARK 1970-83.

Merete Bugge (Arvepatologisk Institut og J.F.Kennedy Institut)

Hyppigheden af gastroschise og omphalocoele er ikke tidligere beskrevet i Danmark. Dette er overvejende forårsaget af, at distinktionen mellem de to misdannelser kun i begrænset omfang har været tilgodeset.

Gastroschise er en bugvægsdefekt lokaliseret ved siden af en normal, lukket umbilicalring. Gennem defekten ses fremfald af abdominalindhold, ofte dækket af eksudat, men aldrig af hinder. Omphalocoele er en bugvægsdefekt lokaliseret til en åbentstående umbilicalring. Gennem defekten er fremfald af abdominalorganer, som altid er dækket af hinder eller rumperede rester heraf.

Ved opsporing i fødselsregistret og på alle sygehuse er fundet 339 levende- og dødfødte børn med bugvægsdefekt fra de 14 fødselskohorter. På basis af beskrivelserne i sygehusjournaler er foretaget reklassifikation. Som gastroschise er klassificeret 129, som omphalocoele 208. Ikke klassificerbare var 21.

Den gennemsnitlige punktprævalens ved fødslen for gastroschise var 1,4 pr.10.000 fødsler. Der er sket en signifikant stigning i første halvdel af perioden, som kulminerede i 1976 og afløstes af et fald, der i 1983 nåede udgangsværdien. Den gennemsnitlige punktprævalens ved fødslen for omphalocoele var 2.1 pr.10.000 fødsler. Der er ingen ændring i perioden.

Fødselsvægten for gastroschisebørn er signifikant lavere end for omphalocoelebørn. Gastroschise er isoleret malformation hos 75%, omphalocoele hos 45%. Ledsagende svære misdannelser hos omphalocoele omfattede godt 10% med trisomi og knapt 10% med NTD. Gastroschisebørns hyppigste ledsagende misdannelse var tarmatresi, mens ingen havde trisomi eller NTD.

Mødrealdersfordelingen viser overvægt af unge mødre til gastroschisebørn med medianalder 21,1. Mødrealdersfordelingen for omphalocoelebørn er som baggrundsbefolkningens.

Eet-års overlevelsen for gastroschise er steget signifikant fra 47% til 83%. Eet-års overlevelsen for omphalocoele er ca. 50% og uændret gennem perioden.

LAFORA–BODY DISEASE. EN PROGRESSIV MYOKLONUS EPILEPSI.

Inge–Merete Nielsen (Neuromedicinsk afdeling Hvidovre Hospital)

I 1911 beskrev den spanske læge Gonzalo R. Lafora en progressiv myoklon epilepsi med inklusionslegemer, store runde intraganglionære aflejringer i hjernvæv. Han benævnte dem Lafora bodies. I dag ved vi, at de består af polyglycosaner med nogle ganske få fosfat- og sulfatbindinger. Disse aflejringer kan også ses bl. a. i levervæv og exokrine svedkirtler.

Sygdommen er autosomal recessiv arvelig, men ætiologien (den enzymatiske defekt) kendes ikke, og diagnosen er afhængig af biopsi. Symptomerne starter lige før teen alderen, og prognosen er dårlig. I gennemsnit dør de fleste ca. 6 år efter, at diagnosen er stillet.

De progressive myoklon–epilepsier er karakteriserede ved, at de er familiært optrædende, patienterne har talrige myoklone anfald, men også tonisk–klonisk generaliserede anfald. Desuden har de tiltagende neurologisk dysfunktion, især ataksi, dysartri og demens.

Alt i alt er de progressive myoklone epilepsier sjældne. De mest almindelige er Lafora–body disease, Unverricht–Lundborg disease, også kaldet Baltic myoclonus, de neuronale ceroid lipofuscinoser, sialidoserne og mitochondrie encefalomyopatiene.

Lafora body disease og Baltic myoclonus har visse lighedspunkter, dog ses ved den sidste ikke inklusionslegemer, og demensudviklingen er knap så udtalt.

Der beskrives en typisk sygehistorie hos en dreng, som fik symptomer i 12 års alderen med tiltagende myoklone anfald, dysartri og reduceret intellektuel formåen, og hvor den endelige diagnose stilledes på leverbiopsi, hvori der fandtes Lafora bodies.

EEG var typisk: Svært abnormt paroxystisk præget og med talrige spikes og lavfrekvent aktivitet og efterhånden uden baggrundsaktivitet.

Det er kendt, at det er vanskeligt at kontrollere anfaldene med antiepileptika. De bedste resultater opnåes med Valproat alene eller i kombination med Clonazepam.

I litteraturen angives, at leverbiopsi er positiv i ca. 50%, hvorimod biopsi fra eksokrin svedkirtel er mere velegnet og giver diagnosen i næsten 100% af tilfældene.

INTERFERONBEHANDLING AF HÆMANGIOMER.

N.Illum (Børneafdelingen, Hvidovre Hospital).

Pulmonal hæmangiomatose og store hæmangiomer med interferens til vitale strukturer er hos børn sjældne, men meget alvorlige lidelser. Terapi med glukokortikoider, cytostatika og forskellige former for kirurgisk behandling er ikke tilfredsstillende. Igennem erfaringer opnået ved behandling af Karposi's sarkom er alfa-interferon anvendt siden 1989 til ganske få børn med hæmangiomer og pulmonal hæmangiomatose med lovende resultater. Men meddelelserne er indtil videre kasuistiske. Virkningsmekanismerne kendes ikke med sikkerhed. En cytostatisk effekt rettet mod endothelceller og en hæmmende effekt af lokalt dannede vækstfaktorer er sandsynlig. Endothelcellernes prostacyclin dannelse kan endvidere hæmmes med nedsat kar tonus og nedsat klæbning af thrombocytter til følge.

Erfaring med behandling af ovenstående typer af hæmangiom er endnu ikke opnået i Danmark. Dog er et barn med blue rubber bleb syndromet behandlet ca ½ år med alfa-interferon og tranexamsyre. Dette barn havde multiple kutane og gastrointestinale elementer bestående af kavernøse hæmangiomer som førte til gentagne og svære blødninger. Trods umiddelbar reduktion i antallet af transfusioner var der senere igen et stort transfusionsbehov. Den manglende behandlingseffekt skyldtes sandsynligvis, at elementerne forblev uændret i størrelse og således snarere var vaskulære malformationer end egentlige hæmangiomer.

Ved svære hæmangiomer og pulmonal hæmangiomatose er langvarig behandling nødvendig i doser på mellem 2 og 5 million U/m² pr dag, administreret subkutant. Bivirkninger i dette dosisinterval er hos børn meget beskedne. Ved samtidig forbrugskoagulopati (Kasabach-Merritt syndromet) kan øget forbrug af fibrinogen hæmmes med tranexamsyre i dosis på 100 mg/kg 4 gange dagligt.

KORTTIDSVÆKST HOS RASKE SKOLEBØRN BESTEMT MED KNEMOMETRI.

O.D. Wolthers, K. Konstantin-Hansen, S. Pedersen & K.E. Petersen.
(Børneafdelingen Kolding sygehus).

Ved hjælp af et knemometer kan man idag bestemme underbenets længdetilvækst over få uger eller måneder. Vi monitorerede underbenslængden i en population bestående af 27 raske børn i alderen 6-12 år, alle præpubertale. Desuden undersøgte vi forholdet mellem øgning af underbenslængde og højde samt variationen i underbenslængdemåling mellem to rutinerede observatører. Vi foretog ugentlige målinger af højre underbens længde og total højde i en periode på 3 måneder. Et år efter første måling blev børnene målt en enkelt gang igen.

Den gennemsnitlige underbensvæksthastighed i 3 måneders perioden var 0.40 mm/uge (SD 0.12 mm/uge). Den gennemsnitlige højdevæksthastighed var 1.10 mm/uge (SD 0.41 mm/uge). De gennemsnitlige korttids og 1-års ratioer mellem højdevæksthastighed og underbensvæksthastighed var identiske (2.8). Vi fandt en statistisk signifikant korrelation mellem korttids højde- og underbensvæksthastighed og mellem korttidsvæksthastigheder og 1-års væksthastigheder for både underben og højde. Den relative variation i underbenslængdemåling mellem to observatører var 0.08%.

Øgning af underbenslængde bestemt med knemometeret kan hos raske, præpubertale børn relateres til øgning af højde. Knemometri er en velegnet metode til monitorering af den lineære korttidsvækst i populationer af børn. I populationsundersøgelser kan to rutinerede observatører substituere for hinanden.

HYPOSPADI

E. Thisted (Børneafdelingen Aalborg Sygehus Nord)

Hypospadi er en congenit defekt af penis opstået mellem 6. og 14. gestationsuge, androgenstyret og må betragtes som en inkomplet maskulinisering.

Incidensen er 1/125-1/300 drengbørn, og intensitetsraten øges med stigende maternel alder og 1. parietet.

Den mulige ætiologi gennemgås med 5 eksempler og hovedvægten lægges på kønsdifferentieringen.

Konklussivt kan hypospadi være et led i en intersextilstand. Samtidig unilateral descensus bør undersøges genetisk mens tilstande med non-descenderede testes må betragtes som pige med adrenogenitalt syndrom indtil andet er bevist.

Hypospadibørn bør altid vurderes af pædiater

PÆDIATRISKE EKSPERTOMRÅDER

Generelle retningslinjer for stillinger til ekspertuddannelse

Der skal indledningsvis gøres opmærksom på, at pædiatriske subspecialer ikke er godkendt af Sundhedsstyrelsen. Aftalen om pædiatriske ekspertområder er et internt DPS-anliggende, som ikke forpligter de ansættende myndigheder.

Inden en stilling til en ekspertuddannelse opnås, skal stillingsbeskrivelsen godkendes af uddannelsesudvalget. Kravene til ekspertuddannelsen er følgende:

1. Uddannelsen er 3-årig og skal være sammensat af mindst 2 års ansættelse som 1. reservelæge på pædiatrisk lands- eller landsdelsafdeling, kombineret med op til 1 år varende sideuddannelse som reservelæge eller 1. reservelæge på en for ekspertområdet relevant afdeling. Den sidstnævnte del af ansættelsen kan eventuelt finde sted i udlandet.
2. Den del af ansættelsen, der finder sted på pædiatrisk afdeling, kan være vagtfri eller vagtbærende i bagvagtslag eller en kombination heraf. Der gøres opmærksom på, at vagtfri ansættelse ikke kvalificerer som 1. reservelægetid til § 14 bedømmelse. Fordelingen mellem vagtfri og vagtbærende ansættelse skal fremgå af stillingsopslag.
3. Følgende er eksempler på pædiatriske ekspertområder:
 - Allergologi
 - Endokrinologi
 - Gastroenterologi
 - Hæmatologi/onkologi
 - Immunologi/rheumatologi
 - Infektionssygdomme
 - Kardiologi
 - Klinisk genetik
 - Lungesygdomme
 - Nefrologi
 - Neonatologi
 - Neuropædiatri
 - Socialpædiatri
4. Det kliniske arbejde skal for den vagtfri del af funktionstiden på pædiatrisk afdeling alene placeres indenfor det pædiatriske ekspertområde. Stillingsbeskrivelsen skal indeholde en arbejdsplan, som godtgør, at dette krav er opfyldt. Arbejdet skal omfatte stuegang og ambulatorievirksomhed indenfor ekspertområdet, så den ansatte får et bredt

kendskab til alle relevante patientgrupper. Samtidig skal sikres rutine i de til faget hørende undersøgelses- og behandlingsmetoder. Stillingen skal have et indhold, der gør den anvendelig på samtlige afdelinger med det pågældende ekspertområde. Stillingsbeskrivelsen skal vedlægges teoretisk og praktisk uddannelsesprogram for såvel den pædiatriske som den supplerende uddannelse. Den supplerende sideuddannelses stillingsbeskrivelse skal redegøre for, hvor stor en del af sengetallet og arbejdsfunktionen, der er relevant for det pågældende ekspertområde.

5. Den ansatte superviseres af en overlæge med dokumenteret interesse for det pågældende subspeciale evt. suppleret af en tutor.
6. Under ansættelsen skal der være mulighed for videnskabeligt arbejde under supervision. Under hensyn til den ansattes interesser, planlægger denne og supervisor i løbet af de første 3 måneder de kliniske undersøgelser, der påtænkes afviklet under ansættelsen.
7. Den ansatte skal have mulighed for deltagelse i for ekspertområdet relevante kurser og kongresser samt have mulighed for at følge afdelingens undervisningsaktiviteter på ekspertområdet og skal opnå egen undervisningserfaring under ansættelsen.
8. Den ansatte samt indholdet i stillingen skal fortløbende evalueres af supervisor. Samtale ved ansættelse, midtvejs og ved afslutning er minimumskrav. Afsluttende evaluering for såvel den ansatte som supervisor skal forelægges for uddannelsesudvalget.
9. Uddannelsesudvalget vil, hvor det finder det nødvendigt, forelægge stillingsbeskrivelsen for en overlæge med det pågældende ekspertområde til vurdering. Behandlingstiden i uddannelsesudvalget vil sædvanligvis være 1-2 måneder.
10. Ansøgeren til stillingen skal være speciallæge i pædiatri på ansættelsestidspunktet.

Uddannelsesudvalget

637. møde - 3. januar 1992 - Rigshospitalet.

Mødeemne: **NEONATOLOGI**

Tilrettelagt af Neonatologiudvalget.

Ledet af Finn Ebbesen og Gorm Greisen.

Program

1. **Malformationer og abstinenssymptomer hos børn udsat for valproat i graviditeten.** Ebbe Thisted, Finn Ebbesen, Birte Petersen (Børneafdelingen og neuromedicinsk afd., Aalborg Sygehus)
2. **Undersøgelse af relationen mellem hjernegennemblødningen, blodtrykket og "cardiac output" hos nyfødte, præmature børn.** Kaare E. Lundstrøm (Afd. GN, Rigshospitalet)
3. **Hjernens venøse saturation - kan den måles non-invasivt med nær-infrarød spektrofotometri?** Nikolaj C. Brun, Lise-Lotte Skov, Gorm Greisen (Afd. GN, Rigshospitalet)
4. **Cerebral parese er relateret til lavt cerebralt ilttilbud hos præmature børn.** Ole Pryds (Afd. GN, Rigshospitalet)
5. **Populationsbaserede vægt-, længde- og hovedomfangskurver på danske nyfødte piger og drenge.** Marianne Ulrich, Maria Kroun, Arne Høst, Vibeke Faurholt Pedersen og Jens Kamper (Børneafdelingen, Odense Sygehus)
6. **Peroral K-vitaminprofylakse og hæmorrhagisk sygdom hos nyfødte.** Finn Ebbesen, Aksel Lange, Lene Tegllund, Karen Nørgaard Hansen (Børneafdelingen, Aalborg Sygehus)
7. **Erfaringer med Enfamil "human milk fortifier" til børn med fødselsvægt under 1501 gram.** Niels Thomassen, Marianne Ulrich, Jens Kamper (Børneafdelingen, Odense Sygehus)
8. **En 8-års aktivitetsopgørelse fra et neonatalafsnit med landsdelsfunktion.** Jan Ryding, Gorm Greisen (Afd. GN, Rigshospitalet)
9. **Efterundersøgelse af præmature børn med fødselsvægt < 1500 gram, født 1983-87 i Viborg Amt.** Birgitte Hertz, Betina Holm, Jørgen Haahr (Børneafdelingen, Viborg Sygehus)
10. **Efterundersøgelse af børn med ekstremt lav gestationsalder og/eller fødselsvægt i Danmark. Oplæg til en landsomfattende kohorteundersøgelse i neonataludvalgets regi.** Præsentation: Niels Feilberg Jørgensen (Børneafdelingen, Odense Sygehus)

MALFORMATIONER OG ABSTINENSSYMPTOMER HOS BØRN UDSAT FOR VALPROAT I GRAVIDITETEN.

E. Thisted, F. Ebbesen & B. Pedersen (Børneafdelingen og neuromedicinsk afdeling, Aalborg Sygehus).

Der præsenteres et uselekteret materiale på 17 danske børn født af epileptiske mødre behandlet med natrium valproat i graviditeten.

Ni børn havde minor abdnormaliteter og 5 major malformationer i overensstemmelse med "føtalt valproat syndrom".

Ni af børnene havde abstinenssymptomer som irritabilitet, dirren, tonus abdnormaliteter, kramper og spiseproblemer. Fire af disse børn havde hypoglykæmi men uden at symptomerne var relateret til denne. Arsagen til den høje frekvens af minor abnormiteter og major malformationer samt abstinenssymptomer kan være, at flere af mødrene under graviditeten fik en meget høj valproatdosis. Frekvensen af abstinenssymptomer var signifikant relateret til moderens valproatdosis i 3. trimester, og der var en tendens til, at frekvensen af minor abnormiteter og major malformationer var relateret til dosis i 1. trimester.

MANGLENDE KORRELATION MELLEM CBF, BT OG LVO HOS PRÆMATURE BØRN.
K.E.Lundstrøm og G.Greisen. Afd. GN, Rigshospitalet.

Et stadigt stort problem i neonatologien er forekomsten af cerebrale senfølger efter asfyxi eller præmatur fødsel. En stor del af disse læsioner er formentlig iskæmisk betingede, hvorfor måling af hjernens gennemblødning (CBF) kan være med til at klarlægge årsagerne. I tidligere undersøgelser er fundet at CBF hos de fleste børn er relativt uafhængig af blodtrykket, omend CBF hos de børn som senere udvikler senfølger synes at være mere afhængig af blodtrykket end hos andre børn. I dyreexperimentelle studier er fundet at cerebrale kar hos præmature og mature nyfødte er mere følsomme for katecholaminer end hos voksne, og endvidere er fundet lav hjernegennemblødning ved asfyxi uafhængigt af blodtrykket. I et enkelt studie af præmature nyfødte børn er fundet markant lavere flowhastighed i aorta hos de børn som senere udviklede periventrikulær leukomalaci (PVL) som udtryk for iskæmisk læsion i forhold til børn uden PVL.

En mulig hypotese er således at der ved lavt hjerteminutvolumen udløses et systemisk katekolaminergt respons som helt eller delvist opretholder det systemiske blodtryk, men samtidig resulterer i konstriktion af de cerebrale kar medførende øget cerebrovaskulær modstand og nedsat hjernegennemblødning. Vi har derfor undersøgt sammenhængen mellem CBF, BT og venstre ventrikels minutvolumen (LVO).

MATERIALET består af i alt 48 børn med GA 32 uger eller mindre. Af disse blev 22 respiratorbehandlet og 26 var i NCPAP. Børnene i NCPAP blev alle undersøgt 1.5-3 timer gamle, mens næsten alle de respiratorbehandlede blev undersøgt i de første 48 levetimer, enkelte dog op imod en uge gamle. Alle målinger er førstegangsmålinger.

METODER: CBF blev målt med ¹³³Xe udvaskning. BT blev hos N-CPAP behandlede målt ocillometrisk og hos respiratorbehandlede invasivt. LVO blev målt ved med M-mode ekkocardiografi at bestemme tværsnitsdiameteren i aorta umiddelbart over klapperne og ud fra denne beregne tværsnitsarealet samt med Doppler at bestemme flowhastigheden samme sted. Derved kan venstre ventrikels minutvolumen beregnes og det er denne parameter vi

tager som mål for cardiac output(CO). Ved en betydende shunt over ductus arteriosus vil LVO blive påvirket og dermed ikke afspejle det reelle minutvolumen til organismen.

RESULTATER: De opgivne værdier er middelværdier for grupperne og spændvidde er angivet i parantes.

	Spont.resp.(n=26)	Ventilerede(n=22)	p
LVO(ml/kg/min)	245 (139-402)	242 (119-385)	0,89
MABT(mmHg)	35,3 (24-47)	33,6 (24-39)	0,25
CBF(ml/100g/min)	15,6(9,3-32,3)	12,6(6,2-20.1)	0,049

CBF var signifikant lavere hos de ventilerede børn end hos N-CPAP behandlede børn selv om der ikke var nogen forskel mellem BT og LVO grupperne imellem.

Der fandtes ingen korrelation mellem LVO, CBF og BT, hverken i den samlede gruppe eller i subgrupperne. MABT < 30mmHg var ikke relateret til lavt CBF eller lavt LVO, og LVO < 175 ml/kg/min var ikke relateret til lavt CBF.

KONKLUSION: Disse prelimære resultater viser

- at CBF ikke synes at være tæt relateret til LVO
- at LVO og MABP ikke er tæt relaterede
- at CBF er lavere hos respiratorbehandlede end hos N-CPAP behandlede nyfødte selv om der ikke er nogen forskel på MABP og LVO grupperne imellem.
- at spændvidden for CBF og LVO er bred hos denne patientkategori.

HJERNENS VENØSE SATURATION. KAN DEN MÅLES NON-INVASIVT MED NIR?
M.C. Brun, L. Skov og G Greisen. (afd. GN Rigshospitalet)

I forebyggelsen af Cerebral Parese vil en monitorering af hjernens venøse saturation (SvO_2) og dermed oxygen-ekstraktionen (OE) være nyttig. En non-invasiv monitorerings-teknik der forsøges anvendt hertil er Nær-infrarød Spektrofotometri (NIR). Ved at vippe barnet ca. 15° i Trendelenburgs leje kan man få venøst blod til at strømme tilbage til hjernen. Med NIR kan man detektere ændringerne i det cerebrale indhold af oxy- og deoxy-hæmoglobin, og den venøse saturation er da udtrykt ved forholdet mellem ændringen i oxyhæmoglobin og ændringen i det totale hæmoglobinindhold. ($SvO_2 = \Delta HbO_2 / \Delta Hbtot$) hvis barnet i øvrigt er i Steady-State med konstant hjernegennemblødning (CBF).

For at undersøge validiteten af en sådan måling undersøgte 13 børn i 33 situationer med i alt 83 vipninger. SvO_2 lå da i intervallet fra 39% til 97% med et mean på 70%. Reproducerbarheden af en enkelt bestemmelse viste en standarddeviation på = 8,4%. Denne kan statistisk reduceres ved gentagne målinger og reproducerbarheden er derfor tilfredsstillende til forskningsbrug mhp. statistisk analyse af patientgrupper men ikke til vurdering af en enkelt patient i klinisk sammenhæng. Validiteten af en sådan undersøgelse mangler stadig at blive undersøgt til bunds. En direkte sammenligning kunne udføres med O_2 -saturationsmåling af blod taget fra Vena Jugularis Interna. Sådanne prøver kan imidlertid ikke tages rutinemæssigt. Indirekte afprøves validiteten bl.a. ved at afbilde OE overfor $1/CBF$ og se om der er en lineær sammenhæng med $CMRO_2$ som hældningskoefficient ($CMRO_2 = OE \cdot CBF$). Målinger udført for nyligt af Lotte Skov har understøttet en sådan antagelse.

CEREBRAL PARESE ER RELATERET TIL LAVT CEREBRALT ILTTILBUD HOS PRÆMATURE BØRN.

O.Pryds (Neonatalafdelingen, Rigshospitalet).

Hjernegennemblødningen (CBF) blev målt gentagne gange inden for de første 2 levedøgn hos 82 præmature børn, som blev mekanisk ventilerede på grund af RDS. Alle børnene fik Fenemal og Pavulon og blodsukker-niveauet var normalt. Under hver CBF (^{133}Xe) undersøgelse blev PaCO_2 , PaO_2 , SaO_2 , hæmoglobinkoncentrationen (Hgb) og middelarterieblodtryk (MABP) registreret og hjernens O_2 tilbud (OD) kunne beregnes. Ultralydsundersøgelse af cerebrum blev foretaget regelmæssigt med henblik på periventrikulær leukomalaci (PVL) og/eller intracerebral blødning (IVH). 60 børn overlevede og ved opfølgning (alder 1.5 til 4.5 år) havde 20 udviklet cerebral parese (CP), mens 40 tilsyneladende var uden cerebralt handikap.

Tilstedeværelse af PVL eller IVH ved ultralydsundersøgelsen var forbundet med en øget risiko for CP (Relativ Risiko 4.5 ved PVL og 2.4 ved IVH - logistisk regression). Ligeledes var CP relateret til et lavt OD ($P=0.0016$), hvorimod der ikke var statistisk sammenhæng mellem CP og PaCO_2 , PaO_2 , SaO_2 , Hgb eller MABP (diskriminant analyse). CP gruppen havde i middel et OD på 2.1 ml/100g/min, hvorimod OD var 2.5 ml/100g/min i gruppen uden cerebralt handikap ($P=0.027$). Inden for begge grupper fandtes en stor variabilitet, hvorfor påvisningen af et lavt OD havde en lille prædiktiv værdi for udvikling af CP.

For at vurdere hvorvidt hjernens metabolisme (CMRO_2) understøttes sufficient, er det udover OD også nødvendigt at have kendskab til CMRO_2 og hjernens O_2 ekstraktion (OE). Alle parametre skal kunne bestemmes regionalt og helst kontinuerligt men dette er ikke muligt med nuværende metoder.

Populationsbaserede Vægt-, Længde- og Hovedomfangskurver for Danske Nyfødte Drengene og Piger.

M. Ulrich, M. Kroun, A. Høst, V. Faurholt Pedersen og J. Kamper (Børneafdeling H, Odense Sygehus).

De præsenterede vægt-, længde- og hovedomfangskurver er en videreførelse af kurver beskrevet i Acta Paed Scand Suppl 292 1982. Der resterer endnu nogen statistisk bearbejdning. Baggrundspopulationen omfatter Odense kommune i gestationsalder (GA) 34-43 uger og Fyns amt i ugerne 24-33. Dataindsamlingen har været prospektiv ved GA 34-43, blandet pro- og retrospektiv i de lave GA. Antal = 988. De nyfødte var enkeltfødte og uden væsentlige medfødte misdannelser. For mødrene krævedes fravær af væsentlig sygdom og sikker gestationsberegning. Begge forældre var født i Danmark.

Vægtkurverne viser s-formet forløb med stagnation, men ikke ophør af vækst efter 39 uger. Efter uge 30 ligger drenges vægt 100-150 g over pigers. Længde- og hovedomfangskurver viser mindre udtalt stagnationstendens, mindst i hovedomfangskurverne. Drengene viser højere gennemsnitsværdier end piger.

Vægtkurven for drenge + piger sammenlignes med G. Greisen og K. Fleischer Michaelsens (UFL 1989) retlinede kurve. Der er nogenlunde sammenfald til uge 32, hvorefter nærværende kurve viser højere værdier indtil den efter 41 uger falder væsentligt under. Vægtkurven for drenge og derefter piger sammenlignes med Niklasson et al.s svenske kurver (Acta Pædiatr Scand 80,1991). Nærværende kurver følger de svenske tæt indtil uge 40, hvorefter værdierne falder under de svenske. De svenske kurver viser dog et s-formet forløb. Den s-formede kurve versus den retlinede kommenteres. Samtlige publicerede kurver, der beror på aktuelle målinger af nyfødte, har vist s-form. Stagnationen skyldes næppe altid forkert gestationsberegning, idet klinisk gestationsvurdering (Dubowitz score) i det tidligere nævnte arbejde (Acta Pædiatr Scand 1982) viste stigende scores efter uge 40, med stagnerende vægtstigning, med stagnation af samme grad som i de svenske kurver fra 1991. Som en mulig forklaring på den mere udtalte vægtstagnation i de nærværende kurver anføres, at materialet ikke er selekteret efter tobaksrygning og at 30% røg mindst 10 cigaretter dagligt, mens mødrene i de tidligere danske kurver (1982) alle røg mindre end 10 cigaretter dagligt.

SEN HÆMORAGISK SYGDOM HOS NYFØDTE

K. Nørgaard Hansen, L. Tegllund, A. Lange og F. Ebbesen.

(Børneafdelingerne, Aalborg Sygehus og Århus kommunehospital)

Siden indførelse af peroral K-vitaminprofylakse i Danmark har vi oplevet 3 tilfælde af sent debuterende hæmoragisk sygdom som følge af K-vitamin-mangel.

For 2 af patienternes vedkommende drejede det sig om uvarslede, alvorlige intrakranielle blødninger hos børn, der klinisk indtil da havde præsenteret sig som raske. Det 3. barn havde kraftig blødning fra navlen.

2 af børnene havde let leverfunktionspåvirkning, som følge af alfa-1-antitrypsin-mangel af fænotypen PiZZ.

K-vitamin-mangel betinget blødning hos nyfødte forekommer i 3 former:

Den tidlige form med debut i første levedøgn forårsaget af maternel medicinindtagelse.

Den klassiske form med debut i første leveuge, hvor K-vitaminprofylakse peroralt synes at være tilstrækkeligt forebyggende.

Den sene form med debut i 3.-7. leveuge. Over 50% debuterede med uvarslet intrakraniell blødning.

Lidelsen er ofte sekundær til en ikke erkendt leverpåvirkning eller sygdom i mave/tarmkanalen, og hos børn, der udelukkende er brysternærede.

Udenlandske undersøgelser synes at støtte, at intramuskulær profylakse giver en næsten 100% forebyggelse af sen hæmoragisk sygdom, mens hyppigheden af sygdommen efter peroral profylakse næppe adskiller sig fra hyppigheden uden profylakse. Dette er formentligt forårsaget af, at man efter intramuskulær K-vitamin-indgift tilfører den nyfødte et stort K-vitamin depot, mens deponeringen efter peroral K-vitamin-indgift er betydelig ringere og varierende.

K-vitamin-indgift til moderen før fødslen er ineffektiv, idet K-vitamin dårligt passerer placentar-barrieren.

K-vitamin tilførselen efter fødslen er hos alm. brystbørn utilstrækkelig, idet K-vitamin-indholdet i modermælken er ringe.

Derimod er modermælkserstatninger K-vitaminberigede.

K-vitamin tilførsel til den ammende moder kan give tilstrækkeligt K-vitamin-indhold i modermælken.

Forfatterne anbefaler at gå tilbage til den intramuskulære K-vitamin-profylakse. Alternativt kan man forestille sig peroral K-vitamin-indgift enten til den ammende mor (20 mg dagligt) eller til alle brystbørn de første 2-3 levemåned (2 mg ugentligt).

Effekten af de sidste muligheder er dog utilstrækkeligt belyst.

REF.: Ugeskr. Læger 154/16, 1992; 1095-97.

ANVENDELSE AF ENFAMIL (HUMAN FORTIFIER) TIL ERNÆRING AF NYFØDTE MED FØDSELSVÆGT UNDER 1500 GRAM.

Niels Thomassen, Marianne Ulrich & Jens Kamper. (Børneafdelingen, Odense Sygehus.)

Nyere undersøgelser tyder på, at modermælk indeholder utilstrækkelige mængder fosfat, calcium, protein og kemisk energi til at sikre meget lavvægtige/ for tidligt fødte børn optimal knogleudvikling og væksthastighed.

Vi har fra september 1987 til december 1988 incl. anvendt berigelse med Enfamil til 41 børn med fødselsvægt mindre end 1500 g. Børnene ernæredes med modermælk (eller allomin) i volumina op til 200 ml/kg/døgn, tilsætningen påbegyndtes fra 2.-3. leveuge og ophørte, når vægten passerede 1500 g, hvis væksthastigheden var tilstrækkelig.

I sammenligning med en gruppe meget lavvægtige børn fra den forudgående 20 måneders periode opnåede signifikant flere væksthastigheder på 15 g/kg/dag (intrauterin væksthastighed) og 25 g/kg/dag (vækstspurt) over en 2-ugers periode. Set over hele indlæggelsesforløbet udlignedes forskellene - formentlig på grund af signifikant hyppigere anvendelse af væskerestriktion hos børn med DAP og tidligt ophør med Enfamil. Calcium-metabolismen blev ikke undersøgt systematisk, men i Enfamil-perioden fandtes væsentligt færre børn med kliniske symptomer på osteopeni (affladet kranieform).

Resultatet af undersøgelsen taler for, at Enfamil-berigelse af modermælk fremmer knogleudviklingen, hvorimod der ikke er vist blivende effekt på vægtøgning, længde- eller hovedomfangsvækst - måske på grund af for hurtigt ophør med berigelsen.

EN 8 - ÅRS AKTIVITETSOPGØRELSE FRA ET NEONATALAFSNIT MED LANDSDELSFUNKTION.

J. Ryding & G. Greisen (afd. GN, Rigshospitalet)

Opgørelsen er baseret på rutinemæssig registrering af diagnosegruppe, gestationsalder, respiratorbehandling og udskrivelsesoplysninger for førstegangssindlagte børn på Rigshospitalets neonatalafdeling i perioden 1983 til 1990 samt afdelingens budgetter.

I en pilotundersøgelse af 60 journaler kontrollerede vi fuldstændigheden og nøjagtigheden af registreringen i Kommunedata's patientudskrivningsmodul. Som statistisk metode anvendtes χ^2 -test, Kendall's tau, regression og multipel regression.

Indlæggelsestallet var totalt 6636 børn. Det årlige antal behandlede børn faldt med 30/år. Dog sås en stigning for børn med GA 24-27 uger.

Mortaliteten var totalt set uforandret 6,5-7,0% (50-60/år). Den faldt for børn med GA 24-27 uger.

Respiratorbehandling blev anvendt hos 24% af børnene, hos 60% af de døde og 21% af de overlevende. Respiratorbehandling blev anvendt mindre i de senere år til de for tidligt fødte børn.

Diagnosegruppefordelingen ændredes især for nogle af diagnosegrupperne som vist nedenfor

Diagnosegruppe/To-års periode	1983-84	1985-86	1987-88	1989-90
I FV > 2500g med hyperbilirubinæmi	150	88	98	52
II RD(S), nCPAP	293	322	279	108
Hjertesygdom, let	13	28	55	56
III RD(S), respirator	324	243	135	67
Hjertesygdom, svær	53	44	53	43
FV < 1500g, nCPAP	56	81	124	149
Kirurgisk sygdom	94	89	122	185

Den mediane indlæggelsestid for de overlevende børn var 7 dage og steg eksponentielt med faldende gestationsalder fra 2 dage for børn med GA > 36 uger til 73 dage for børn med GA < 26 uger. For de døde børn var den kun 3 dage og uafhængig af gestationsalderen. Den gestationsalderspecifikke indlæggelsestid for de overlevende børn var uændret i perioden. Derfor skyldes den stigende mediane indlæggelsestid for hele gruppen især det stigende antal meget præmature børn og deres bedre overlevelse.

Sengedagstallet faldt i perioden mens sengepriserne steg med ca. 40% i faste priser til ca DDK 4000 per døgn.

KONKLUSIONER

Siden nCPAP behandlingen blev indført på de sjællandske sygehuse, har dette medført et faldende antal overflyttede moderat for tidligt fødte børn. Overlevelsen for de mest for tidligt fødte børn er forbedret, uden at det har medført længere indlæggelsestider for denne gruppe. Patientmaterialet er i perioden blevet tiltagende selekteret og behandlingskrævende.

EFTERUNDERSØGELSE AF PRÆMATURE BØRN MED FØDSELSVÆGT \leq 1500 GRAM, FØDT 1983 -1987 I VIBORG AMT.

B. Hertz, B. Holm & J. Haahr (Børneafdelingen Viborg Sygehus)

I årene 1983 -1987 er født ialt 100 børn i Viborg Amt med fødselsvægt (FV) \leq 1500 g, heraf 31 børn (31%) med FV \leq 1000g. Alle børnene har været indlagt på børneafdelingen i Viborg. Børnene blev behandlet efter det såkaldte "low touch" princip. Fordelingen efter gestationsalder (GA) var 21 børn med GA \leq 27 uger, 36 børn med GA 28 - 30 uger og 43 børn med GA \geq 31 uger.

Mortaliteten varierede med GA og FV. 23 børn med FV \leq 1000g døde (74%), mens kun 9 børn med FV $>$ 1000g døde (13%). Årsagen til den høje mortalitet hos børn med FV \leq 1000g skyldes formentlig at afdelingen var tilbageholdende med intensiv behandling inklusiv respiratorbehandling af de helt små nyfødte i denne periode. Dødsårsagerne var markant forskellige i de to grupper - hos børnene med FV \leq 1000g var de hyppigste dødsårsager svær RDS, svær immaturitet hvor afdelingen afstod fra aktiv behandling og hæmorigia cerebri, mens disse årsager kun fandtes hos 1 barn med FV $>$ 1000g.

Efterundersøgelsen er foretaget da børnene var fra 1 3/4 - 6 år gamle. Børnene fik foretaget en almindelig objektiv undersøgelse inklusiv en grov neurologisk undersøgelse samt en Denver developmental screening test. 7 børn havde moderat til svære handicap svarende til 10% af de overlevende børn. Af disse 7 børn havde 3 børn cerebral parese svarende til 4,5% af de overlevende børn. Medindrages lette handicap dvs inkluderer børn med tvivlsom Denver test samt et barn med ensidig retrolental fibroplasi findes ialt 12 børn med let til svært handicap svarende til 18% af de overlevende børn. Afgrænsningen af let/ moderat/ svært handicap er vanskelig og varierer meget fra undersøgelse til undersøgelse. I vores undersøgelse er alle børn med unormal Denvertest placeret i gruppen med moderat/svært handicap. Vi fandt ingen sammenhæng mellem asfyksi og udvikling af handicap.

EFTERUNDERSØGELSE AF BØRN MED EKSTREMT LAV GESTATIONSALDER
OG/ELLER FØDSELSVÆGT I DANMARK. OPLÆG TIL EN LANDSOMFATTENDE
KOHORTEUNDERSØGELSE I NEONATALUDVALGETS REGI.

N.H. Feilberg Jørgensen (Børneafdelingen, Odense Sygehus).

Børn med ekstremt lav gestationsalder eller lav vægt (<1000g) udgør en lille gruppe. Gruppen er dog af stigende betydning, idet et stigende antal overlever udover de første uger.

Selvom gruppen er lille er den resourcekrævende. Gruppen har bl.a. en høj frekvens af handicap, men også m.h.t. morbiditet og familiær belastning er den krævende.

På denne baggrund har man fra neonatalogi udvalget ønsket at iværksætte en prospektiv landsomfattende undersøgelse af denne gruppe.

Der præsenteredes derfor et 1ste oplæg til denne undersøgelse, der er planlagt som en landsomfattende standardiseret registrering af alle lavvægtige børn.

Undersøgelsen planlægges iværksat fra årsskiftet 1993.

4. efteruddannelsesmøde - 4. januar 1992 - Rigshospitalet.

Mødeemne: **PÆDIATRISK OFTALMOLOGI**

Tilrettelagt af uddannelsesudvalget.

Ledet af Flemming Skovby.

Program

1. **ROP - retrolental fibroplasi?** H. Fledelius (Øjenafdelingen, FAC Hillerød).
2. **Det røde øje - differentialdiagnoser.** H. U. Møller (Øjenafdelingen, Århus Kommunehospital).
3. **Synsstyrkebestemmelse hos præverbale børn.** M. Warburg (Øjenklinikken, Vangedehuse).
4. **Samsynsproblemer og læsebesvær.** E. Gregersen (Øjenafdelingen, Rigshospitalet).
5. **Social og pædagogisk indsats overfor blinde og svagsynede børn.** F. Klie (Statens Øjenklinik).

638. møde - 6. marts 1992 - Rigshospitalet.

Mødeemne: **KLINISK GENETIK**

Tilrettelagt og ledet af Flemming Skovby.

Program

1. **Arthrogryposis multiplex congenita med congenit myopati samt kromosomafvigelse, t(10;17). Inddelinger og genetiske forklaringsmodeller.** Anne-Marie Gerdes, Michael B.Petersen, Henrik D.Schrøder, Karl Wulff og Karen Brøndum Nielsen (Sektion for klinisk genetik, Odense Sygehus, og fagområde Medicinsk genetik, Odense Universitet; Børneafdelingen og patologisk institut, Odense Sygehus; John F.Kennedy instituttet, Glostrup)
2. **Diagnostik af peroksisomale sygdomme.** Ernst Christensen (Afsnit for klinisk genetik, Afd.GGK, Rigshospitalet)
3. **Oxalose. Klinik og prænatal diagnostik.** Niels Illum (Børneafdelingen, Hvidovre Hospital, og Afsnit for klinisk genetik, Afd.GGK, Rigshospitalet)
4. **Opticogliomer hos børn med neurofibromatosis type 1 (von Recklinghausen).** Allan M.Lund og Flemming Skovby (Afsnit for klinisk genetik, Afd.GGK, Rigshospitalet)
- 5.*) **DNA diagnostik af det fragile X syndrom.** Niels Tommerup (John F.Kennedy Institutet, Glostrup)
6. **Den genetiske baggrund for phenylketonuri's klinik.** Flemming Güttler, Per Guldberg, Karen F.Henriksen, Birgit Holck, Ingrid Mikkelsen, Jente Andresen og Hans Lou (John F.Kennedy Institutet, Glostrup)
7. **Molekylærbiologiske aspekter ved cystisk fibrose. Diagnostiske perspektiver.** Marianne Schwartz, Niels Jacob Brandt og Christian Koch (Afsnit for klinisk genetik, Afd.GGK, Rigshospitalet)
- 8.*) **Anlægsbærerscreening for cystisk fibrose.** Niels Jacob Brandt og Marianne Schwartz (Afsnit for klinisk genetik, Afd.GGK, Rigshospitalet)
9. **Kearns-Sayre syndrom: myoencefalopati forårsaget af en deletion i mitokondrie-DNA.** Søren Nørby, Flemming Juul Hansen, Inge-Merete Nielsen og Mette Warburg (Retsgenetisk Institut, Københavns Universitet; Afd.GGK, Rigshospitalet; Børneafdelingen, Sundby Hospital; Øjenklinikken, Vangedehuse).

*) Resume ikke modtaget.

ARTHROGRYPOSIS MULTIPLEX CONGENITA MED CONGENIT MYOPATI SAMT KROMOSOMAFVIGELSE, t(10;17). INDELINGER OG GENETISKE FORKLARINGSMODELLER.

A.-M. Gerdes, M.B. Petersen, H.D. Schrøder, K. Wulff & K.B. Nielsen (Sektion for klinisk genetik, Odense Sygehus, og fagområde for Medicinsk genetik, Odense Universitet; Børneafdelingen og Patologisk institut, Odense Sygehus; John F. Kennedy instituttet, Glostrup).

Arthrogryposis multiplex congenita (AMC) kan inddeles i flere undergrupper baseret på klinik, formodet patofysiologisk mekanisme samt ætiologi. AMC er et resultat af føtal hypo- eller akinesi forårsaget af exogene eller intrinsic føtale problemer, herunder neurogent eller myopatisk betingede tilstande. Vi beskriver en patient med arthrogrypose og senere udtalt hypotoni på basis af en medfødt myopati med kongenit fiber-type disproportion. Kromosomundersøgelse af barnet viste en tilsyneladende balanceret translokation t(10;17), som også fandtes hos moderen. Mulige genetiske forklaringsmodeller diskuteres.

DIAGNOSTIK AF PEROKSISOMALE SYGDOMME.

E. Christensen (Afsnit for Klinisk Genetik, GGK 4062, Rigshospitalet).

Igennem de senere år er en ny gruppe arvelige sygdomme blevet opdaget. Det er de såkaldte peroksisomale sygdomme, som skyldes en defekt funktion af de subcellulære organeller kaldet peroksisomer. Man kan groft dele disse sygdomme op i tre hovedgrupper. 1) Sygdomme der skyldes fuldstændig mangel på peroksisomer. 2) Sygdomme, hvor peroksisomerne er til stede, men hvor flere enzymer er defekte. 3) Sygdomme, hvor peroksisomerne er til stede, og hvor kun et enzym er defekt.

Med få undtagelser drejer det sig om meget alvorlige sygdomme med svære neurologiske symptomer. Prototypen i gruppe 1 er Zellweger syndrom, medens chondrodystrophia punctata er et eksempel fra gruppe 2. Den X-bundne sygdom adrenoleukodystrofi er den mest kendte i den tredje gruppe.

Peroksisomerne har en vigtig funktion i katabolismen af forskellige stoffer som f.eks. meget langkædede fede syrer (VLCFA), men er desuden involveret i syntesen af vigtige stofgrupper, således galdesyrene samt lipidgruppen plasmalogener.

I gruppe 1 mangler så godt som alle peroksisomale enzymer. Man kan derfor screene for disse sygdomme ved bestemmelse af mange forskellige stoffer som f.eks. galdesyre og VLCFA.

Da VLCFA også er forhøjede ved de fleste andre kendte peroksisomale sygdomme i gruppe 2 og 3, er bestemmelsen af VLCFA blevet den vigtigste analyse til screening for peroksisomale enzymdefekter sammen med bestemmelsen af fytansyre. Ved hjælp af disse analyser har vi diagnosticeret 14 patienter med peroksisomale enzymdefekter. 2 med Zellweger; 3 med adrenoleukodystrofi; 2 med chondrodystrophia punctata; 3 med klassisk Refsum; 1 med infantil Refsum; 1 med en defekt i både pristan- og galdesyre stofskiftet og 2 med en isoleret defekt i nedbrydningen af VLCFA.

OXALOSE. KLINIK OG PRÆNATAL DIAGNOSTIK.

N.Illum, L.Lavard, C.J.Danpure, T.Horn, H.Ærenlund Jensen & F.Skovby (Børneafdelingen Hvidovre Hospital, Biochemical Genetics Research Group, Clinical Research Centre, Harrow, Middlesex, patologisk institut Herlev Sygehus, nefrologisk afdeling Hvidovre Hospital & afsnit for klinisk genetik børneafdeling GGK Rigshospitalet).

Ved oxalose er dannelsen af oxalat i organismen øget i en sådan grad, at nyrenes udskillelseskapacitet er overskredet og følgelig finder en akkumulation sted i urinveje, nyrer, hjerte og kar. Den biokemiske defekt er manglende aktivitet af det peroxisomale leverenzym alanin:glyoxylat aminotransferase (AGAT) (type 1). Derved omdannes glyoxylat ikke som normalt til glycin, men til oxalat. I sjældne tilfælde er et enzym i leukocyterne involveret (type 2). Mangler enzymaktiviteten helt, ses de meget svære infantile forløb:

En 9 måneder gammel Pakistansk dreng af beslægtede, men raske forældre havde siden 5 ugers alderen feberepisoder, epithelceller i urinen og leukocyturi, men ingen hæmaturi, krystaluri eller positive urindyrkninger. Han blev 9 måneder gammel uræmisk. Nyrebiopsi viste destruktion af tubuli samt fibrose af interstitielt væv på basis af krystalaflejringer. Analyse af leverbiopsi var uden AGAT aktivitet. Han døde kort efter påbegyndelse af dialyse. Moderen var samtidig gravid igen. Analyse af leverbiopsi fra dette andet trimester foster viste normal AGAT aktivitet. Barnet er raskt.

Ved milde former for sygdomsforløb og nogen restaktivitet af AGAT behandles med pyridoxin, som er coenzym for AGAT. Men ved sværere tilfælde med nedsat nyrefunktion og hurtig forværring foretages levertransplantation før nyrene har taget alvorlig skade. Er dette imidlertid tilfældet skal både nyre og levertransplantation foretages. Akkumulation fortsætter under dialyse og da akkumuleret oxalat vil frigøres og skade den transplanterede nyre skal transplantation så vidt muligt finde sted før dialyse er påkrævet. Før transplantation skal AGAT mangel (type 1) dokumenteres med usvigelig sikkerhed i patientens egen, iøvrigt helt normale lever.

OPTICUS GLIOMER HOS BØRN MED NEUROFIBROMATOSE TYPE 1 (NF-1)

A.M. Lund & F. Skovby (Afsnit for klinisk genetik, Børneafdeling GGK, Rigshospitalet).

I et retrospektivt studie blev der i en periode på 24 år fundet opticusgliomer hos 29 børn, af hvilke 16 havde neurofibromatose type 1. Disse 16 børn udgjorde 20% af alle børn henvist for NF-1 i den samme periode. Diagnosen af et opticus gliom førte hos 4 børn til diagnosen af neurofibromatose. Gennemsnitsalderen på diagnosetidspunktet var 6,4 år, og den gennemsnitlige varighed af oftalmologiske klager før diagnosen blev stillet var 2,1 år. De fleste børn (69%) med opticus gliom blev henvist p.g.a. synsklager og ved oftalmologisk undersøgelse faldt undersøgelsen abnormt ud hos 80%. Chiasma n. optici var involveret hos 75% af børnene. 7 børn med opticus gliom blev undersøgt med visual evoked response, og alle havde et abnormt respons ipsilateralt for tumor. 20% af børnene havde ingen kliniske symptomer, men havde et abnormt respons ved visual evoked response. Hovedparten af børnene blev strålebehandlet. Efter en gennemsnitlig opfølgning på 5,8 år var ingen døde af deres opticus gliom, men 35% af børnene havde fået et dårligere syn. Vor konklusion er, at opticus gliom er en almindelig og alvorlig komplikation hos børn med NF-1. Almindelig rutineundersøgelse af hospitalshenviste børn med NF-1 bør inkludere non-invasive undersøgelser af synsbanerne.

DEN GENETISKE BAGGRUND FOR PHENYLKETONURI'S KLINIK

F. Güttler, P. Guldborg, K.F. Henriksen, B. Holck, I. Mikkelsen, J. Andresen, P. Toft & H. Lou (John F. Kennedy Institutet, Glostrup).

Phenylketonuri (PKU, Følling's sygdom) er en autosomal recessiv defekt i genet, der koder for phenylalanin hydroxylase (PAH). Enzymet, der alene syntetiseres i leveren, er ansvarlig for hydroxyleringen af phenylalanin til tyrosin. Alle nyfødte screenes for PKU, idet sygdommen ubehandlet medfører mental retardering.

Baseret på måling af barnets phenylalanin-tolerance og forældrenes syntese af tyrosin efter phenylalaninbelastning beskrev vi i 1980 fire grader af PKU: svær, moderat, mild samt ikke-behandlingskrævende hyperphenylalaninæmi (HPA).

Ved en undersøgelse af danske PKU-familier lykkedes det i 1982 for første gang at følge nedarvningen af PKU-gener med en cDNA kopi af PAH-genet. Efterfølgende haplotypestudier afslørede en sammenhæng mellem genotype og fænotype. Undersøgelserne resulterede i en strategi for sekventering af udvalgte PKU-gener blandt danske familier med sygdommen.

Den første mutation, beskrevet i 1986, har siden vist sig at være særlig hyppig i Danmark, hvor mutationen enten opstod eller ekspanderede. Den næsthyppigste mutation, ligeledes opdaget blandt danske PKU-børn, følger slavernes vandring fra øst til vest. En tredje, er hyppig i lande omkring Middelhavet.

I dag kendes ca. 50 PKU-mutationer. Seks mutationer er hyppige i Europa. I Danmark dækker disse godt 80% af PKU-generne. Vi synes nu at have påvist en sammenhæng mellem sygdomsgrad (biokemisk og klinisk fænotype) og de mutante gener, barnet har arvet. Denne viden er betydningsfuld for en optimal tilrettelæggelse af det nyfødte barns diæt samt for den genetiske rådgivning af familien. Vor seneste påvisning af to mutationer, der forårsager ikke-behandlingskrævende hyperphenylalaninæmi, giver for første gang mulighed for at skelne de behandlingskrævende fra de ikke-behandlingskrævende former af sygdommen ved analyser af DNA ekstraheret fra blodpletter anvendt ved screeningen af nyfødte.

**MOLEKYLÆR BIOLOGISKE ASPEKTER VED CYSTISK FIBROSE.
DIAGNOSTISKE OG SCREENINGSMÆSSIGE PERSPEKTIVER.**

**M. Schwartz, N.J. Brandt & C. Koch (Afsnit for Klinisk Genetik,
Børneafdelingen, Rigshospitalet)**

I 1989 lykkedes det 3 forskergrupper at klonе genet for cystisk fibrose, der benævnes CFTR (Cystisk fibrose transmembrane conductance regulator). Den hyppigste CF mutation ($\Delta F508$) er en 3 bp stor deletion i exon 10, som medfører tab af aminosyren phenylalanin på plads 508.

Frekvensen af denne mutation varierer meget. Afhængig af populationen finder man frekvenser fra 45 % i Middelhavsområderne, til højest i Danmark, hvor den er 88 %. Der er identificeret mere end 150 forskellige mutationer i genet, hvoraf langt de fleste er private mutationer.

Undersøgelser af sammenhængen mellem genotype og phenotype er i gang mange steder, men forskelle i behandlingsmetoder verden over gør dette svært.

Da CF er en af de hyppigste alvorlige arvelige sygdomme åbner kloningen og identifikation af mutationerne store perspektiver for tidlig diagnose, herunder prenatal diagnose, samt anlægsbærerdiagnostik.

Vi har undersøgt mere end 300 ikke beslægtede børn med CF. 80 % af disse er homozygote for $\Delta F508$ mutationen, 19 % compound heterozygote, mens kun 1% slet ikke har $\Delta F508$ mutationen. Vi har identificeret 5 andre mutationer i CFTR genet, således at at vi kender 90 % af de danske CF mutationer.

$\Delta F508$ test bør derfor indgå i udredningen af patienter mistænkt for CF. Endvidere bør man altid tilbyde anlægsbærertest af partnere til kendte anlægsbærere.

KEARNS-SAYRE SYNDROM: MYOENCEFALOPATI FORÅRSAGET AF EN DELETION I MITOKONDRIE-DNA.

S.Nørby, F.J.Hansen, I-M.Nielsen & M.Warburg (Retsgenetisk Institut Københavns Universitet, Afd. GKG Rigshospitalet, Børneafdelingen Sundby Hospital & Øjenklinikken Vangedehuse).

Pt. er en nu 16 år gl. pige, der siden tidlig barndom har lidt af lysskyhed og langsom motorisk udvikling. Som spæd en krise med pancytopeni. Indlærings- og adfærdsproblemer i skolen; henvist til skolepsykolog som 8-årig og til skolepsykiatrisk konsultation som 11-årig. Herefter specialklasse samt træning på Klinikken for Cerebral Parese. Tiltagende træthæd, klager over svimmelhed, forringelse af hørelsen, vigende højdetilvækst og dårlig tandemaljedannelse.

Henvist af skolelægen til Børneafd., Sundby Hospital, pga. svimmelhed og faldtendens. CT- og MR-scanning i 12-13 års alderen viste symmetriske, degenerative forandringer i cerebellums hvide substans. Påbegyndt antiepileptisk behandling 13 år gl..

Som 14-årig henvist til Øjenklinikken, Vangedehuse, pga. bilateral ptose, ekstern oftalmoplegi, indskrænket synsfelt og lysskyhed. Supplerende fandtes peripapillær atrofi samt abnorm pigmentering i maculaområdet og perifert i retina. ERG viste dysfunktion af tappene; et år senere også af stavene. I øvrigt viste EKG ve.sidig ledningsforstyrrelse ved belastning. Klinisk diagnose: Kearns-Sayres syndrom (KSS).

Histologisk us. af muskelbiopsi viste de for KSS karakteristiske forandringer: "ragged red fibres" med abnorme mitokondrier, herunder parakrystalline intramitokondrielle aflejringer (H.Schmalbruch, Neurofysiologisk Institut, KU).

Restriktionsanalyse af mitokondrie-DNA (mtDNA) ekstraheret fra muskelbiopsien viste, at ca. 30 % af DNA-molekylerne havde en deletion på godt 5.000 basepar (bp). Ved detailanalyse med PCR og DNA-sekventering fastlagdes deletionen til at omfatte bp no. 8.279-13.769 inkl., dvs. en deletion af 5.491 bp i det for KSS typiske område af mtDNA. En sådan deletion medfører, at respirationskædens mtDNA-kodede komponenter ikke syntetiseres i de pågældende mitokondrier, der derfor ikke kan præstere oxidativ fosforylering. Den deraf følgende defekt i cellernes energistofskifte forklarer patientens sygdom.

5. efteruddannelsesmøde - 7. marts 1992 - Rigshospitalet.

Mødeemne: **BØRNEORTOPÆDI**

Tilrettelagt af Karen Taudorf og F. Karup Pedersen i samarbejde med Steen Bach Christensen.

Ledet af Karen Taudorf og Steen Bach Christensen.

Program

1. **Rygdeformiteter hos børn.** Steen Bach Christensen (Ortopædkirurgisk afd., Rigshospitalet).
2. **Korte muskler.** Jørgen Reimers (Ortopædkirurgisk afd., Rigshospitalet).
3. **Anisomeli, forlængelsesoperationer.** Søren Solgaard (Ortopædkirurgisk afd, FAC Hillerød).
4. **Coxitis, osteomyelitis.** Adam Hede (Ortopædkirurgisk afd., Rigshospitalet).
5. **Foddeformiteter hos børn.** Steen Bach Christensen (Ortopædkirurgisk afd., Rigshospitalet).

639. møde - Ordinær generalforsamling - Rigshospitalet.

Program

1. **Børneneurokirurgi i dag.** Jens Haase
(Neurokirurgisk afd., Aalborg Sygehus).
2. **ORDINÆR GENERALFORSAMLING**

Dagsorden:

1. Valg af dirigent
2. Formandens beretning
3. Beretning fra udvalgene og Nordisk pædiatrisk Forening
4. Aflæggelse af revideret 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

Formandsberetning

Dansk Pædiatrisk Selskab består nu af 362 medlemmer.

Der er anmodet om optagelse eller udmelding af de, som står anført på vedlagte liste.

Efter generalforsamlingen i september 1991 konstituerede bestyrelsen sig med undertegnede som formand, N.C. Christensen som næstformand, Sten Petersen som kasserer, Jørn Müller som videnskabelig sekretær, Catherine Rechnitzer som faglig sekretær (YP-repræsentant) og Helle Rotne (DBO-repræsentant).

Der har været afholdt i alt 6 møder i selskabet. De 3 var temamøder. Mødet i december var tillige et debatmøde om subspecialiseringen i pædiatri. Bestyrelsen skal hermed takke mødearrangørerne ved temamøderne. Vårmødet skulle have været holdt i Esbjerg, men måtte aflyses på grund af for få tilmeldinger. Esbjerg har ønsket drøftelse af den fremtidige form og har udsendt et konkret forslag. Bestyrelsen finder, at vårmødet er en god tradition, som bør fortsætte uændret. Efteruddannelsesmøderne har fortsat været en succes. Arrangørerne har imidlertid ikke i tilstrækkelig grad sikret sig sponsorering til at betale foredragsholderne og strukturen truer derfor selskabets økonomi.

Det nye forslag til speciallægeuddannelsen i pædiatri (mindst 12 måneders introduktion, 24 måneders undervisningsstilling og 24 måneders 1. reservelægetid, alt sammen på pædiatriske afdelinger) har efterfølgende været forelagt Sundhedsstyrelsen med ønsket om starttidspunkt allerede 01.09.92. Sundhedsstyrelsen har stillet sig positiv over for de foreslåede ændringer, men har ikke taget endelig stilling. Bestyrelsen har ikke kunnet få fastlagt noget starttidspunkt. Imidlertid har Sundhedsstyrelsen accep-

teret, at 1. reservelægetiden i blokuddannelsen af praktiske grunde allerede nu rent faktisk vil være på 24 måneder.

Vedrørende de retningslinier selskabet vedtog for blokuddannelsen i pædiatri er disse i overensstemmelse med Sundhedsstyrelsens og specialistnævnets udmeldinger. Sundhedsstyrelsen har tillige tilkendegivet at ville bakke op om retningslinierne over for videreuddannelsesudvalgene, som jo har den endelige kompetence. Mens en række pædiatriske afdelinger har kunnet tilrettelægge aftalerne i overensstemmelse hermed, har det i andre områder voldt problemer. Alt i alt er det bestyrelsens opfattelse, at den enkle struktur (introduktion på "A" eller "B" afdeling samt undervisningsstilling på "A"-afdeling og postkursist 1. reservelægetid på "B"-afdeling) burde kunne gennemføres overalt. Efter speciallægeuddannelsen vil de fleste have behov for yderligere mindst 2 års 1. reservelægetid til § 14-anerkendelsen". De hertil nødvendige 1. reservelægestillinger vil efter aftale med Sundhedsstyrelsen blive friholdt på "A"-afdelingerne fra konvertering og altså fortsat være undervisningsklassificerede.

Bestyrelsen havde fra drøftelserne med Sundhedsstyrelsen indtrykket af, at der tillige kunne reserveres yderligere et antal stillinger til subspecialisering; men da Sundhedsstyrelsen ikke ønsker at anerkende flere subspecialer kan der ikke formelt oprettes stillinger til formålet. De i selskabet aftalte retningslinier for subspecialisering vil dog uden videre kunne gennemføres i de undervisningsklassificerede 1. reservelægestillinger på "A"-afdelingerne, omend antallet af stillinger kan vise sig utilstrækkeligt til alle, som ønsker subspecialisering.

Ved debatmødet i december 1991 drøftedes bestyrelsens forslag til subspecialiseringen i pædiatri. Retningslinierne som man enedes om var, at der ved afdelinger med lands-/landsdelsfunktion tilrettelægges en række 3-årige uddan-

nelsesforløb mhp. funktion inden for et pædiatrisk delområde (subspeciale). Uddannelsesforløbet sker under ansættelse i 1. reservelægestilling efter særlige opslag. Uddannelsen tilrettelægges af den pågældende afdeling under hensyntagen til de særlige områder, inden for hvilke afdelingen har ekspertise. Dele af uddannelsen kan eventuelt foregå på andre afdelinger eller kliniske laboratorier. Denne del af uddannelsen må maksimalt tage 1 år. Den uddannelsessøgende skal under supervision selvstændigt varetage såvel ambulatoriefunktion som funktion på stationært afsnit inden for det pågældende område. Funktionen skal endvidere indebære deltagelse af videnskabeligt arbejde. Den enkelte lands-/landsdelsafdeling har et antal 1. reservelægestillinger reserveret til subspecialiseringsuddannelse og afdelingen bestemmer selv til hvilke områder og for på hvilket tidspunkt en ledig 1. reservelægestilling skal anvendes. Uddannelsesforløbet skal forud være beskrevet både med målsætning og indhold, og skal endvidere være godkendt af uddannelsesudvalget, evt. suppleret med underudvalg nedsat af DPS. En gennemførelse af uddannelsesforløbet giver kompetence til selvstændig varetagelse af den pågældende funktion. Ved en evt. kortere ansættelse i en sådan stilling kan man opnå "kendskab til" (f.eks. efter 1 års ansættelse) eller have det pågældende område som "interesseområde" (ved 2-årig funktion).

De ovennævnte retningslinier for subspecialisering er i overensstemmelse med de forslag til subspecialisering, som er fremlagt i CESP (EF).

1. reservelægestillinger til subspecialisering vil kunne oprettes fra 01.09.92 og landsdelsafdelingerne er opfordret til hurtigt at planlægge 3-årige subspecialiseringsstillinger og få disse konkret behandlet i uddannelsesudvalget. Pædiatere som den 01.09.92 er i et forløb med subspecialisering skal ikke starte forfra i en formaliseret 3-årig subspecialiseringsstilling. I tvivlstilfælde kan uddannelsesudvalget rådspørges. Ved opslag af overlægestillinger kan vi (pga. Sundhedsstyrelsens holdning til subspecialer)

ikke anføre, at det drejer sig om et subspeciale, men det foreslås, at man anfører at vedkommende vil få funktion inden for det pågældende område. Ved overlægeansættelsen er det pædiaterne i ansættelsesudvalgene samt Sundhedsstyrelsens kontaktpersoner, der må sikre at minimumskravene er opfyldt og i tvivlstilfælde rådføre sig med uddannelsesudvalget.

Ved generalforsamlingen i september 1991 accepterede generalforsamlingen bestyrelsens forslag om at antallet af undervisningsstillinger i 1992/93 uændret blev 6. Ved de efterfølgende forhandlinger fastholdt Sundhedsstyrelsen et krav om 14 stillinger. Sundhedsstyrelsen understregede at de videnskabelige selskaber i princippet ikke havde indflydelse på antallet. Det lykkedes dog at forhandle antallet af stillinger ned til 8 i 1992/93. Den ene af de 2 ekstrastillinger blev placeret på Rigshospitalet, den anden på Hvidovre, idet ingen af de jysk-fynske afdelinger kunne klare 2 kursister.

Formanden for uddannelsesudvalget deltog i drøftelserne med Sundhedsstyrelsen vedr. speciallægeuddannelsen, speciallægeblokkene, subspecialiseringen og antallet af undervisningsstillinger.

Baggrunden for Sundhedsstyrelsens vurdering af behovet for undervisningsstillinger i pædiatri er efterfølgende fremgået af Sundhedsstyrelsens publikation: "Det fremtidige behov for videreuddannelse af læger og uddannelsesstillinger i sygehusvæsenet". Bestyrelsen og uddannelsesudvalget har på det grundlag derefter påny drøftet tallene. Ud fra forudsætningen at alle stillinger også reservelægestillinger, som ikke er undervisningsklassificerede, konverteres til faste stillinger i forholdet 1:1 og ud fra forudsætningen at afgang fra de faste stillinger i den kommende periode udgør 28, vil der efter bestyrelsens og uddannelsesudvalgets beregninger være behov for 9 kur-

susstillinger pr. år i 1993-96. Fordelingen af disse stillinger foreslås uændret for de 8 nuværende samt 1 ekstra i det jysk-fynske område. Der har herefter ikke været nye drøftelser med Sundhedsstyrelsen.

I forbindelse med revisionen af Indenrigsministeriets cirkulære om visitation af patienter til lands-landsdelssygehusene har Sundhedsstyrelsen indkaldt supplerende oplysninger og desuden indkaldt de forskellige videnskabelige selskaber til møder mhp. ensartede retningslinier og et sikrere grundlag for visitationsvejledningen. N.C. Christensen og undertegnede var i april 1992 til møde i Sundhedsstyrelsen og indkaldte efter Sundhedsstyrelsens ønske forud herfor supplerende oplysninger om de lands-landsdelsfunktioner, som fremgik af betænkningen fra arbejdsgruppen som havde P.A. Krasilnikoff som formand. Sundhedsstyrelsen ønsker at revurdere de krav, der skal stilles, for at en funktion kan kaldes lands-landsdelsfunktion, at afgrænse de tilfælde, hvor henvisning til lands-landsdelsfunktionerne skal/bør finde sted og revurdere de krav der bør stilles til de afdelinger, som har lands-landsdelsfunktion. Sundhedsstyrelsen vil på grundlag af det nu foreliggende udarbejde et cirkulæreforslag, som bestyrelsen vil få lejlighed til at gennemse. Det er uvist hvor megen indflydelse bestyrelsen vil få på udformningen.

Undertegnede har deltaget i et møde med Sundhedsstyrelsen sammen med formanden for allergologiudvalget og formanden for ernæringsudvalget. Baggrunden var at Sundhedsstyrelsen havde anmodet allergologiudvalget om en vurdering af, om Sundhedsstyrelsen kunne anbefale NAN H.A. som profylakse mod komælksallergi . Bestyrelsen fandt ikke overensstemmelse mellem udvalgenes præmisser og deres konklusion og fandt tillige at denne ikke indeholdt en entydig rådgivning. Bestyrelsen meddelte udvalgene, at man på det foreliggende grundlag ikke fandt, at man burde tilråde Sundhedsstyrelsen at anbefale NAN H.A. som profylakse. Udvalgene kunne imid-

lertid ikke nå til enighed og valgte at anmode Sundhedsstyrelsen om et møde mhp. en afgørelse. Bestyrelsen anmodede om at deltage, og bad tillige om at få Arne Høst med som særlig sagkyndig. Bestyrelsens synspunkt blev fremført af undertegnede ved mødet. Ernæringsudvalgets formand har efterfølgende meddelt, at han har fundet bestyrelsens fremgangsmåde kritisabel på flere punkter, og har ønsket drøftelse ved generalforsamlingen af udvalgenes funktionsmåde i relation til bestyrelsen.

Bestyrelsen finder det væsentligt at faglig rådgivning fra selskabet er entydig. Uenighed skal derfor være afklaret inden svaret afgives.

Bestyrelsen burde i den aktuelle sag nok have fastholdt ønsket om en mundtlig drøftelse med udvalgene, men finder i øvrigt, at det må være bestyrelsens pligt at træffe afgørelse i tilfælde, hvor ekspertgrupperne inden for selskabet herefter fortsat ikke kan nå til enighed om en entydig rådgivning.

Vedrørende kiropraktorsagen har der været arrangeret et fælles møde med repræsentanter fra PLO. Fra DPS deltog Karsten Hjelt, N.C. Christensen og undertegnede. Sundhedsstyrelsen har skrevet til PLO og gjort opmærksom på, at lægerne er forpligtet til at attestere at børn tåler kiropraktik, hvis de ikke fejler noget som kontraindicerer kiropraktorbehandling og har normal vægt og vækst. Der er i Sundhedsstyrelsens skrivelse nævnt en række sygdomme i bevægeapparatet. Sundhedsstyrelsen understreger endvidere, at det er et politisk krav, som hvis det ikke opfyldes kan efterfølges af, at Folketinget vedtager at også børn under 1 år kan behandles af kiropraktorer uden forud at være set af en læge.

Bestyrelsen har herefter skrevet til Sundhedsstyrelsen og gjort opmærksom på, at lægerne må være forpligtet til også at diagnosticere den tilstand, som medfører ønsket om

kiropraktorbistand og til også at give behandlingsforslag, hvorved erklæringen i de fleste tilfælde bliver unødvendig. Der er tillige indledt et samarbejde med PLO mhp. at udfærdige retningslinier vedr. undersøgelser, rådgivning og behandling ved spædbørnskolik.

I UEMS (EF) har man drøftet behovet for European Boards, hvis opgave skulle være at bedømme uddannelserne og uddannelsesstederne inden for de forskellige specialer. Fra dansk side har der ikke været noget egentligt ønske herom. Imidlertid har UEMS vedtaget at nedsætte sådanne boards og altså også inden for pædiatri. Man har anmodet om at få udpeget medlemmer, hvor det ene medlem skal repræsentere universiteterne og det andet praksis. P.O. Schiøtz har indvilliget i at indgå som det ene og J. Ramsøe som det andet medlem. UEMS har givet udtryk for, at udgifterne burde dækkes gennem afgifter fra ansøgerne.

Sammen med H. Hertz, G. Greisen og I. Westphall har undertegnede været indkaldt til møde i Sundhedsstyrelsen om lejring af spædbørn i relation til pludselig uventet spædbørnsdød. Selvom grundlaget ikke kan siges at være sikkert besluttedes det at råde Sundhedsstyrelsen til at undlade at anbefale mavelejring til børn i de første ca. 5 måneder og samtidig understrege at mavelejring naturligvis kunne anvendes, hvis det var den eneste måde at få barnet til at sove på og at det i øvrigt var en god lejring i den første periode af præmature børns hospitalsophold.

Ved generalforsamlingen i september 1991 godkendtes bestyrelsens forslag om at begrænse varigheden af udvalgsmedlemmers funktionsperiode. Den nødvendige vedtægtsændring har været forelagt til diskussion ved mødet i marts og kan vedtages ved generalforsamlingen, hvis 2/3 af de fremmødte stemmer for.

Skolelægerne har kontaktet bestyrelsen med ønske om at få DPS' støtte til at skolelægerne kunne få suppleret deres pædiatriske erfaring ved ansættelse i de pædiatriske afdelinger. Bestyrelsen har i et brev til skolelægerne givet udtryk for, at det er en god idé, men har samtidig gjort opmærksom på, at de pædiatriske afdelinger kan have vanskeligt ved at opfylde et sådant ønske pga. andre uddannelsesforpligtelser. Vi har anbefalet, at skolelægerne søger vikariater samt at de søger kontakt med de amtslige pædiatriske afdelinger mhp. muligheden for sådanne stillinger eller andre former for efteruddannelse. Kopi af brevet er sendt til de pædiatriske afdelinger. Bestyrelsen finder det væsentligt, at der i den fremtidige skolelægeuddannelse indgår en tilstrækkelig pædiatrisk uddannelse og vil indlede et samarbejde med skolelægerne mhp. dette.

Efter at årlig vægt- og højdemåling ikke længere er obligatorisk i skolesundhedsplejen er risikoen øget for ikke i tide at finde tilstande, som kunne vise sig ved vigende vægt- eller højdekurve. Aabel Østergaard har skrevet til bestyrelsen herom. I et brev til Sundhedsstyrelsen har bestyrelsen anmodet om at obligatorisk årlig vægt- og højdemåling genindførtes i skolesundhedsplejen. Sundhedsstyrelsen har ikke fundet mulighed for at ændre reglerne, men vil være opmærksom på problemet ved en eventuel kommende ændring af skolesundhedsplejens regelgrundlag.

I EPI-nyt i uge 36 og uge 38 i 1991 udmeldte Sundhedsstyrelsen nye regler for hepatitis B vaccination. Retningslinierne indebar vaccination af samtlige personer med Downs syndrom, alle beboere i institutioner for udviklingshæmmede, som bor under husstands lignende forhold sammen med kronisk HBsAg bærere samt ansatte i sådanne institutioner. Retningslinierne er udsprunget af markørforekomster i en enkelte institution, som imidlertid ikke har vist sig at være repræsentativ for landet som helhed. Bestyrelsen har

drøftet en henvendelse til Sundhedsstyrelsen og har efter kontakt til Dansk Selskab for Oligofreniforskning tilsluttet sig dette selskabs henvendelse til Sundhedsstyrelsen mhp. en opblødning af de udmeldte vaccinationsretningslinier.

Den Almindelige Danske Lægeforening har nedsat en arbejdsgruppe vedr. sygehusvæsenets fremtidige struktur. Fra denne har vi modtaget forespørgsel om behov for pædiatri. Bestyrelsen har skrevet, at der skønmæssigt er behov for mindst en pædiatrisk afdeling i hvert amt, at behovet gennemsnitligt er 2 senge pr. 10.000 indbyggere (voksne og børn). Dertil sengepladser til børn med kirurgiske sygdomme samt at det var ønskeligt og tillige tendensen, at senge til disse børn tillægges de pædiatriske afdelinger. Yderligere behov for sengepladser til raske nyfødte i de obstetriske afdelinger. Videre at der kan være behov for 2 afdelinger, når indbyggertallet passerer 400.000. For pædiatriske afdelinger med landsdelsspecialer yderligere 10-20 senge, Rigshospitalet dog 15-30 senge. Der er taget forbehold for kirurgiske sengepladser. Behovet for speciallægepraksis/ambulatorier har været skønnet til ca. 150.000 konsultationer pr. 10.000 indbyggere pr. år + tillæg af landsdelsfunktioner (10-25%). Vi har tilføjet, at der i den enkelte pædiatriske afdeling bør være et særskilt neonatalafsnit geografisk nær ved obstetrisk afdeling, og at tendensen i 90'erne formentlig fortsat vil vise et øget behov for ambulante konsultationer/speciallægeundersøgelser, mens sengetallet må påregnes uændret (bortset fra evt. tillæg af kirurgiske sengepladser).

Fra Sundhedsstyrelsen har bestyrelsen modtaget til udtalelse en betænkning om MR-scannere. Bestyrelsen bad neuropædiaterne om at udtale sig og har tilsluttet sig deres bemærkninger og godkendelse af betænkningen.

Fra UNEPSA har vi modtaget en opfordring til at tilslutte os European Paediatric Surveillance Unit. N.J. Brandt har

deltaget i drøftelserne. Det drejer sig imidlertid om meget få og ikke særlig relevante sygdomme og bestyrelsen har derfor ikke fundet det hensigtsmæssigt at anbefale tilslutning, men foreslår at vi revurderer sagen, såfremt flere og mere relevante sygdomme medinddrages.

For en del år siden rundsendtes fra Sundhedsstyrelsen en skrivelse, som utvetydigt fastslog, at generel anæstesi må ikke anvendes ved gynækologisk undersøgelse af børn. Bestyrelsen har fået henvendelse fra en afdeling, som ønskede at DPS skulle rette henvendelse til Sundhedsstyrelsen for at få ændret retningslinierne. Bestyrelsen har imidlertid ikke fundet anledning til at foretage sig noget og foreslår, at de enkelte afdelinger selv retter henvendelse til embedslægerne, hvis en GU ikke kan gennemføres betryggende uden anæstesi.

Til Torben Iversens rejsefond indkom i alt 8 ansøgninger til portioner på 5-10.000 kr. Bestyrelsen har udover de tidligere aftalte retningslinier fundet, at afdelingslæger må være berettiget til at modtage fondsmidler. Vi har endvidere fundet, at ansøgere til kongresrejser inden for landets grænser må prioriteres lavt. 4 af de 8 ansøgere fik hver 5.000 kr.

Der var derimod ingen ansøgere til de udloddede portioner á 500 kr. til deltagelse i DPS mødet i marts. Da der ikke synes at være interesse for dette rejsetilskud, vil det ikke blive udbudt fremover.

Fra Pædiatrisk Selskab i Estland er der inviteret til miljøkonference næste år. Jørn Müller, Henrik Sardemann og Troels Lyngbye er anmodet om at deltage.

UNEPSA indkaldte med relativ kort varsel til møde og generalforsamling i Berlin. Der har ikke været deltagere fra DPS.

Fra kardiologerne har vi modtaget den endelige formulering af anbefalingerne vedr. endokarditprofylakse. Da den vil blive trykt i Ugeskrift for Læger, og da forskellene fra det tidligere udsendte er små, har vi ikke rundsendt retningslinierne påny.

Fra Nordisk Obstetrisk Forening har vi modtaget henvendelse med forslag om at ophøre med de nordiske perinataalkongresser. Vi har spurgt neonataludvalget og har videresendt deres forslag om at nøjes med nordisk perinataalkongres hver 3. år samt springe de år over, hvor der vil være sammenfald med den europæiske perinataalkongres.

Vedrørende rådgivning af offentlige myndigheder om præparater m.v. fra firmaer, hvorfra man modtager rejser, forskningsmidler eller aflønnes som konsulent, foredragsholder m.v. finder bestyrelsen, at det ofte er under sådanne omstændigheder man erhverver sin særlige viden på feltet, og at dette derfor ikke kan udelukke rådgivning af myndighederne. Bestyrelsen finder det nødvendigt at man i forbindelse med rådgivningen utvetydigt oplyser den pågældende myndighed om forholdet. Mht. det rent faktiske indhold af rådgivningen har bestyrelsen ingen anledning til betænkelighed eller mistænksomhed over for nogen af selskabets medlemmer.

E. Nathan

BERETNING FRA DANSK PÆDIATRISK SELSKABS KONTAKTPERSON TIL SUNDHEDSSTYRELSEN VEDRØRENDE § 14 -VURDERINGER

Der er i det forløbne år foretaget vurderinger i forbindelse med besættelse af en stilling som sideordnet overlæge med epilepsi som interesseområde ved Epilepsihospitalet Dianalund, en stilling som administrerende overlæge ved børneafdelingen på Sundby Hospital, en stilling som sideordnet overlæge med interesseområde indenfor børneendokrinologi på Frederiksborg Amts Centralsygehus i Hillerød, en stilling som sideordnet overlæge med interesseområde indenfor pædiatrisk hæmatologi og onkologi i Ålborg, to stillinger som sideordnet overlæge med interesseområde indenfor neuropædiatri/habilitering på børneafdelingen i Glostrup, en stilling som sideordnet overlæge med samme interesseområde ved Århus Kommunehospital samt en stilling som sideordnet overlæge ved børneafdelingen i Holbæk. Endvidere er der foretaget vurdering i forbindelse med en stilling som vagtbærende overlæge ved børneafdelingen i Herning samt i forbindelse med vikariatet for sideordnet overlæge i Næstved og Hjørring. Undertegnede har haft sæde i ialt 5 bedømmelsesudvalg.

Det skal bemærkes, at ingen af de forelagte indstillinger har givet anledning til bemærkninger. Det er fortsat mit indtryk, at den nye procedure har medført en rationalisering og virker tilfredsstillende.

Jens Kamper
Timo Klinge
Minna Yssing

BERETNING FRA SUNDHEDSSTYRELSENS TILFORORDNEDE I PÆDIATRI

De tilforordnede har bedømt en række ansøgere kvalifikationer med henblik på pædiatrisk speciallægeuddannelse.

Speciallægeanerkendelse i pædiatri blev i 1991 tildelt 7 læger og i 1992 indtil 31.05. til 3 læger.

Karsten Hjelt

BERETNING FRA UDDANNELSESUDVALGET

Kursus 1991/92: Kurserne er gennemført i henhold til den store, komplicerede plan for kursister og dispensanter. Der er hvert år kursus i klinisk genetik, nefrourologi, vækst og udvikling/endokrinologi, neonatologi, gastroenterologi/ernæring, børnepsykiatri, udviklingspsykologi, socialpædiatri I + II, hjerte/lungesygdomme, neuropædiatri. Herudover deltagelse i tværfaglige kurser i hæmatologi, immunologi, mikrobiologi, farmakologi samt SOSA. De mange kurser har givet problemer med fravær på afdelingerne, men er jo for den enkelte kursist fordelt over flere år.

Efteruddannelse: Der afholdes i disse år et større efteruddannelseskursus pr. år. Kursus i pædiatriske infektionssygdomme i 1991 havde 60 deltagere, kostede ca. 200.000 kr. og blev fint evalueret. I oktober 1992 er planlagt kursus i pædiatrisk cardiologi. Herudover afholdes efteruddannelsesmøder på lørdag formiddage - emnerne i 1991/92 har været hæmatologi/onkologi, pæd. oftalmologi og børneortopædi. I 1993 planlægges et kursus i perinatologi fælles med Obstetrisk Selskab.

Undervisningsstillinger 1992/93: Der er nu tale om 8 et-årige stillinger. Der indkom 28 ansøgninger (1990: 33, 1991: 21) - 8 blev betegnet som velkvalificerede og resten var kvalificerede. 7 velkvalificerede og 1 kvalificeret er blevet ansat i stillingerne. "b"-cheferne deltog i udvælgelsen.

Uddannelse generelt/videreuddannelsesreformen:

Målbeskrivelser: for alle specialer foreligger nu i bogform.

Uddannelsesprogrammer har ikke fået nogen egentlig bearbejdelse i Sundhedsstyrelsen.

Enkeltpostingsklassifikationen er udsendt til videreuddannelsesudvalgene, og selskaberne vil senere blive orienteret. Det er planlagt, at kommunikationen skal bedres mellem videreuddannelsesudvalgene, sundhedsstyrelsen og selskaberne.

Evaluerings: Den kliniske evaluering har været drøftet i udvalget med henblik på fortrolighed og klagemulighed. Supervisionen synes at være overgået til videreuddannelsesudvalgene. Evaluering af den teoretiske uddannelse har været meget diskuteret. Kursisterne 90/91 og 91/92 har ønsket, at evalueringen (tentamen) skulle være anonym til nærmere pensumbeskrivelse, principper for evaluering, minimumskrav, konsekvenser og klagemuligheder var oplyst. - Det fremgår af udtalelser fra specialistnævn og Sundhedsstyrelsen, at testningerne ikke kan være anonyme, og at tentamen godt kan have konsekvenser, selv om vi er inde i en 2-årig forsøgsperiode.

Den pædiatriske uddannelse:

Udvalget var repræsenteret ved mødet i Sundhedsstyrelsen 3/1 92, hvor man (som det fremgår af medlemsorientering og formandens beretning) drøftede følgende emner: Ny pædiatrisk speciallægeuddannelse, herunder 2-årig undervisningsstilling, kan tidligst gennemføres i 1994 eller 1995.

Selskabet ønskede 6 undervisningsstillinger, Sundhedsstyrelsen 14, der er foreløbig 8, - nærmere beregninger viser, at der opnås balance omkring 9 stillinger pr. år. Der er nu grønt lys for blokstillinger. 1. reservelægeansættelsen skal være på en "b" afdeling. Både selskabet og Sundhedsstyrelsen finder 2 års ansættelse som 1. reservelæge rimelig. Yngre Læger kan generelt godkende dette, men der har været lokale problemer. Der arbejdes på samling af "a" og "b" afdelingerne. Videreuddannelsesudvalgene i amterne skal godkende blokkene. For kursisterne 91/92 har det knebet med at få klare aftaler i stand.

"Subspecialisering/expertområder" har været drøftet i udvalget og bestyrelsen i det meste af året. Der var en debat i selskabets møde den 6/12 -91. Sundhedsstyrelsen rådede os til ikke

at melde for bastant ud omkring formaliseringen og gav ikke noget tilsagn om friholdelse af 1. reservelægestillinger til subspecialisering. Udvalget har arbejdet med selskabets interne retningslinier for stillingsbeskrivelser for 3-årige stillinger og har også fået til opgave at tage stilling til en overgangsordning. Retningslinier kan forhåbentlig foreligge til generalforsamlingen.

Knud E. Petersen

BERETNING FRA ALLERGOLOGIUDVALGET

Udvalget har primært drøftet problemstillingen omkring anvendelsen af hypoallergene ernæringspræparater og har sammen med ernæringsudvalget udarbejdet et fælles brev til Sundhedsstyrelsen som svar på henvendelse fra Sundhedsstyrelsen med forespørgsel om, hvorvidt modernermælkserstatningsproduktet NAN-HA er anvendeligt som alternativ til produktet Nutramigen i forbindelse med forebyggelse af komælksallergi. De to udvalgs fælles brev gav anledning til et møde i Sundhedsstyrelsen marts 1992 til nærmere belysning af den komplicerede problemstilling. DPS var her repræsenteret ved Erling Nathan, Arne Høst, P.A. Krasilnikoff og Ole Østerballe. Efterfølgende er der udarbejdet et endeligt referat af dette møde, og Sundhedsstyrelsen forventes nu at komme med en udmelding snarest på baggrund heraf. Allergologiudvalgets medlemmer er i øvrigt enige om at konsensus (Ugeskrift for Læger 1990; 152:3089) vedrørende allergiprofylakse ikke bør ændres, før der foreligger nye data.

Ole Østerballe

BERETNING FRA DIAGNOSEUDVALGET

Udvalget har 4 medlemmer: Henrik Sardemann, Jens Hertel, Finn Becker Christensen og undertegnede (formand). Henrik Sardemann har for nylig anmodet om at udtræde af diagnoseudvalget efter mange års medlemsskab. Han takkes for de mange års arbejde i udvalget.

Den reviderede pædiatriske diagnoseliste (WHO, 8. udgave) blev sommeren 1991 rundsendt til landets børneafdelinger i færdigredigeret form med henblik på umiddelbart at kunne tages i brug.

WHO's allmest sydomsklassifikation (10. udgave) er under udarbejdelse i Sundhedsstyrelsen, og diagnoseudvalget har på linie med andre specialer fungeret som rådgiver for Sundhedsstyrelsen. Den nye klassifikation, som i daglig tale kaldes ICD 10 foreligger nu i første udkast, hvad angår den systematiske del. Klassifikationen er alfanumerisk, dvs. består af et bogstav efterfulgt af 4 tal. Den skulle ifølge Sundhedsstyrelsen være klar til brug 1. januar 1994. Udarbejdelsen af den danske udgave har være en bunden opgave, idet principperne for sygdomsklassifikationen på forhånd lå fast. Opgaven har fortrinsvis bestået i at oversætte den engelsksprogede udgave til dansk og gøre den sprogligt set så brugervenlig som muligt.

Finn Ursin Knudsen

BERETNING FRA ERNÆRINGSUDVALGET

Ernæringsudvalget har på sin møderække i det forløbne år væsentligst beskæftiget sig med Sundhedsstyrelsens henvendelse af 25.07.91 til Dansk Pædiatrisk Selskab vedr. "anvendelsen af produktet NAN-HA som modermælksersatning til børn med risiko for udvikling af komælksallergi". Da dette spørgsmål i væsentlig grad hænger sammen med hele problematikken vedr. nytten af indikationerne for profylakse overfor udviklingen af komælks- og anden fødemiddelallergi, har Sundhedsstyrelsens henvendelse givet anledning til intens diskussion.

Den 24.03.92 mødte formanden for DPS, formanden for allergiudvalget og formanden for ernæringsudvalget med Sundhedsstyrelsen til diskussion og klarlæggelse af DPS' holdning. I mødet deltog endvidere Arne Høst som bisidder for DPS-formand. I skrivende stund kendes endnu ikke de endelige konsekvenser af mødet i Sundhedsstyrelsen.

Forløbet af sagsbehandlingen i DPS' regi har imidlertid givet anledning til, at ernæringsudvalget må anse det for afgørende at få afklaret de enkelte udvalgs kompetence m.v. i forhold til bestyrelsen og generalforsamlingen. Ernæringsudvalget har derfor anmodet om, at disse problemer må blive diskuteret på førstkommande generalforsamling med henblik på en endelig afklaring.

Vejledende rekommandationer vedr. vitamin- og jerntilskud til alle præmature samt til børn i 1. og 2. leveår er udarbejdet, ligesom udvalget har arbejdet med rekommandationer vedr. calciumsbehovet hos spædbørn samt vedr. behandling af børn med akut gastroenteritis.

Peter Krasilnikoff

BERETNING FRA UDVALGET FOR PÆDIATRISK HÆMATOLOGI OG ONKOLOGI

I det forløbne år har udvalget holdt møde den 25.10.91 og 15.06.92 på Rigshospitalet og den 17.02.92 på Århus Kommunehospital.

I udvalgets regi blev der afholdt videnskabeligt møde den 11. og efteruddannelsesmøde den 12.10.91 på Rigshospitalet om pædiatrisk hæmatologi og onkologi.

Pr. 01.01.92 er de Nordiske protokoller til behandling af akut lymfoblastær leukæmi ændret. Kemoterapien er blevet intensiveret, mens CNS bestrålingen nu gives til færre børn. I vedligeholdelsesbehandlingen randomiseres børnene. Der er nu tilslutning til protokollen fra hele landet.

I udvalgets regi indsamles data til opgørelser i Nordisk forening for Pædiatrisk Hæmatologi og Onkologi 8NOPHO9 vedrørende ALL, AML, solide tumorer og aplastiske anæmier.

Udvalget indstiller til generalforsamlingen, at Jens Kamper erstattes af Bendt Brock Jacobsen i Dansk Pædiatrisk Selskabs udvalg for hæmatologi og onkologi.

Niels Clausen

BERETNING FRA INFORMATIONSUDVALGET

Udvalget har beskæftiget sig med 2 sager.

Sammen med urolog Jens Peter Nørgaard har vi i Ugeskrift for Læger formuleret en fælles holdning til behandling af enuresis nocturna.

Både i Ugeskrift for Læger og presse har udvalget og P.A. Krasiknikoff argumenteret for, at spædbarnskolik ikke bør behandles af kiropraktorer. Sammen med DPS har informationsudvalget fremført denne holdning overfor PLO og Sundhedsstyrelsen.

Det overvejes at udføre en kontrolleret undersøgelse af kiropraktisk behandling af spædbarnskolik.

Karsten Hjelt

BERETNING FRA NEONATOLOGIUDVALGET

Udvalget har holdt møde den 06.12.91, den 03.01., 06.03 og senest den 23.03.92. Samme dato havde Neonatologiudvalget en drøftelse i Sundhedsstyrelsen med bl.a. Gunnar Schiøler, Jørgen Fogh og Hedda Bille i anledning af en registerundersøgelsen af ekstremt tidligt fødte børn. Denne er siden publiceret (Sundhedsstyrelsen, vital statistik 1 : 30 : 1992).

Udvalget har endnu engang besvaret forespørgsel fra det Ethiske Råd om samme emne. Der henvises i besvarelsen til de såkaldte Appleton retningslinier om "ophør med behandling", som er i god overensstemmelse med Selskabets oprindelige svar af 22.04.89: "Der findes grænser for behandling af disse små børn. Men disse kan kun fastsættes individuelt efter en helhedsvurdering ud fra et - på lægeløfte og lægelov baseret - lægeligt skøn."

Det Ethiske Råd vil afgive udtalelse i løbet af dette efterår.

Det svenske obstetrisk/gynækologiske selskab har begrundet i "mødetrængsel" foreslået at afskaffe de nordiske perinatal kongresser. Neonataludvalget har svaret, at disse kongresser har en relativ høj kvalitet og en stor søgning, hvorfor vi har foreslået, at kongresserne fortsætter men med et interval på 3 år.

Udvalget arbejder videre på en (om muligt) landsomfattende efterundersøgelse til 5, evt. 10 års alderen af børn med ekstremt lav gestationsalder og/eller fødselsvægt.

Jens Kamper

REFERAT FRA DANSK PÆDIATRISK SELSKABS SCREENINGSUDVALG

Udvalget har afsluttet sit arbejde vedr. følgende sygdomme:

- Cystisk fibrose
- Duchenne muskeldystrofi
- Galaktosæmi
- Homocystinuri
- AIDS
- Toxoplasmose
- Adrenogenitalt syndrom

Når behandlingen af de øvrige sygdomme, som udvalget beskæftiger sig med, er afsluttet, forventes en større rapport udsendt.

N.J. Brandt

BERETNING FRA SUNDHEDSSTYRELSENS VACCINATIONSUDVALG

Udvalget har det sidste år især arbejdet med to problemer. For det første de nye konjugerede vacciner mod især *Hæmofilus influenzae* type B. Drøftelserne her er nu så langt, at man nu er igang med at vurdere, hvorledes disse kan indpasses i det eksisterende Børnevaccinationsprogram.

For det andet har man drøftet den fortsat for lave tilslutning til MFR-programmet, specielt den sene vaccination. Der er fornylig redegjort udførligt for dette i Ugeskrift for Læger.

Til slut kan nævnes, at der for nylig er rettet henvendelse omkring, hvorvidt der skal ændres på anbefalinger om kontraindikation for tussis vaccinationer. Dette vil blive drøftet i efteråret 92.

Christian Koch

BERETNING FRA LIPIDGRUPPEN

Lipidgruppen har i det forløbne år afholdt fem møder. En rapport om hyperlipidæmi hos børn er færdig og vil blive publiceret i Ugeskrift for Læger. Efter kontakt til Diabetesforeningen om kosttilskud til diabetespatienter er udvalgsarbejdet om kosttilskud til børn med familiær hyperkolesterolæmi afsluttet; konklusionen vil blive meddelt socialforvaltningerne af Sundhedsstyrelsen. Udarbejdelsen af et referenceprogram til behandling af hyperlipidæmi hos voksne fortsætter. Der har været afholdt møde med Medicintilskudsnavnet om generelt tilskud til lipidsænkende medicin.

Flemming Skovby

Referat af generalforsamling i Dansk Pædiatrisk Selskab Fredag 4. september 1992

1. Valg af dirigent

Jens Kamper blev valgt og kunne konstatere at generalforsamlingen var rettidigt indkaldt.

2. Formandens mundtlige beretning

Erling Nathan forelagde og kommenterede den udsendte beretnings hovedpunkter.

Selskabets medlemsantal er nu steget til 362.

Efteruddannelsesmøderne har også i år været en succes. Mødearrangørerne gøres dog opmærksomme på behovet for sponsoring, idet udgiften til foredragsholdere er stor og kan blive en trussel for selskabets økonomi. Vårmodet i Esbjerg måtte aflyses p.g.a. for få tilmeldinger.

Vedr. selskabets ønske om *forlængelse af speciallægeuddannelsen* i pædiatri har Sundhedsstyrelsen stillet sig positiv overfor foreslaget men hidtil kun akcepteret at 1. reservelægeansættelsen bliver på 24 mdr, med uændret krav om 18 mdr til speciallæge-
anerkendelse.

Sundhedsstyrelsen har givet grønt lys for dannelsen af blokansættelser. Aftaler om blokansættelse er endnu ikke på plads for samtlige kursister.

Sundhedsstyrelsen har godkendt at et antal 1. reservelægestillinger bør friholdes fra konvertering til kvalifikation til overlægeansættelse, men har ikke kunnet acceptere at der reserveres stillinger til *subspecialisering*. Selskabets interne retningslinier for subspecialist-uddannelse må gennemføres i de reserverede 1.reservelægestillinger. Vedr. de korte subspecialiseringsforløb (1- eller 2-årige) skal der foreligge aftale om kortere forløb inden ansættelsen. Disse forløb kan tænkes anvendt som supplerende interesse område (f. eks. reumatologi + hæmofili). 1. reservelægeansættelser til "subspecialisering" kan nu oprettes. Landsdelsafdelingerne opfordres til at tilrettelægge sådanne uddannelsesforløb og søge dem godkendt af uddannelsesudvalget.

Sundhedsstyrelsens krav om 14 undervisningsstillinger er forhandlet ned til 8 for 92-93.

De længe ventede prognoser vedr. *behovet for videreuddannelse* blev modtaget i januar måned. Ud fra disse og vores egne tal beregnede vi behovet for undervisningsstillinger til 9 de næste 3 år såfremt alle ikke-klassificerede stillinger konverteres i forholdet 1:1 og med en afgang på 28 frem til 1998. Bestyrelsens tilbagemelding blev tilsendt Sundhedsstyrelsens i april måned. Sundhedsstyrelsens reaktion afventes.

Sundhedsstyrelsen arbejder fortsat på en revision af fordelingen af *lands-landsdels-funktioner*. Det sidste udkast, som DPS bestyrelsen endnu ikke har fået lejlighed til at gennemse, skulle være meget aparte. Det er uvist hvor megen indflydelse selskabet vil få på den endelige udformning af cirkulæret.

Vedr. rådgivning af Sundhedsstyrelsen om anvendelsen af *NAN-HA* i profylaksen af komælsallergi, understreges vigtigheden af at opnå enighed inden rådgivning afgives. Ernæringsudvalgets formand har ønsket en drøftelse af udvalgenes funktion i relation til bestyrelsen. Bestyrelsen er villig til at udarbejde et forslag til retningslinier for udvalgenes arbejde såfremt det ønskes af forsamlingen.

Bestyrelsen ser fortsat med bekymring på folketingets autorisation af *kiropraktorer*s behandling af børn. Børn under 1 år må dog kun behandles af kiropraktor efter at deres egen læge har erklæret, at de kan tåle denne behandling. Repræsentanter fra bestyrelsen og informationsudvalget har i den anledning deltaget i et møde med repræsentanter for PLO. Herefter har bestyrelsen gjort Sundhedsstyrelsen opmærksom på lægernes pligt til at undersøge spædbørn som ønskes behandlet af kiropraktor.

Vedr. *UEMS* : Til trods for en relativt negativ holdning fra dansk side, bliver der nu oprettet en "European board of pediatrics" hvor P. O. Schiøtz bliver DPS's repræsentant. Af *Torben Iversen's rejsefond* er i 1992 uddelt 4 portioner a 5 000 kr. til studierejser i udlandet. Da der ikke har været ansøgere til portioner a 500 kr. vil disse ikke længere blive udbudt.

Dirigenten takkede formanden for en lang, fyldig, skriftlig og nu en grundig mundtlig beretning.

Diskussion

K. Lee spurgte om sagen vedr. faglig rådgivning af Sundhedsstyrelsen ikke er et spørgsmål om habilitet og understregede vigtigheden af en klar oplysning om evt. involvering i medicinalfirmaer inden rådgivning afgives. *KL* tog afstand fra sponsorering af efteruddannelsen og foreslog indførelse af et kursusgebyr til dækning af udgifterne. Endelig opfordrede hun til fortsat aktivitet i kiropraktorsagen mens hun beklagede manglende kontakt fra pædiatere til folketinget under udarbejdelsen af den nu gældende lov.

E. Nathan svarede at der ikke havde været noget habilitetsproblem i sagen vedr. allergologi- og ernæringsudvalget. Alle involverede havde klart gjort rede for deres engagement i forskellige firmaer. Uafhængigt heraf havde bestyrelsen drøftet habilitets-spørgsmålet - ikke fra et etisk synspunkt - men fordi man ser en risiko overfor medierne i forbindelse med rådgivning af offentlige myndigheder vedr. produkt(er) fra et firma man modtager forskningsmidler fra. Drøftelsens konklusion blev at habilitetsspørgsmålet afgøres af den enkelte uden kontrol fra bestyrelsen.

Debatten om sponsorering har stået på lige så længe som der har været mulighed herfor. Bestyrelsen har ikke selv nogen mening i denne debat og lagde det derfor ud til salen.

E. Nathan korrigerede oplysningen om manglende kontakt til folketinget under dets arbejde med "kiropraktor loven". DPS's bestyrelse havde skrevet et brev vedr. denne sag til Sundhedsministeren og anmodet om at det blev fordelt til folketingets medlemmer. Sundhedsministeren havde skriftlig meddelt at brevet var uddelt til Sundhedsudvalgets medlemmer. Derudover havde *P. Krasilnikoff* på bestyrelsens vegne haft et møde med Sundhedsudvalget, som derfor burde have været velinformeret fra DPS's side.

P. Krasilnikoff, formand for ernæringsudvalget, redegjorde for "NAN-HA" sagen og mente at det ville have været fornuftigt af udvalgene at blive enige før mødet med Sundhedsstyrelsen. Han beklagede at en ekstra rådgiver var blevet inviteret af bestyrelsen uden forudgående meddelelse til udvalgene. Endelig ønskede han en drøftelse af udvalgenes kompetance og efterlyste et forslag fra bestyrelsen om hvordan selskabet fremover klarer slige situationer.

K. E. Petersen bemærkede uensartetheden i de forskellige udvalgs kommissorier hvoraf fremgår at uddannelsesudvalget er ansvarlig overfor generalforsamlingen mens andre udvalg refererer til bestyrelsen.

E. Nathan foreslog en opdatering af kommissorierne for de forskellige udvalg, herunder stillingtagen til udvalgenes ansvar overfor bestyrelsen/generalforsamlingen.

A. Lindahl takkede, på skolelægeforeningens vegne, for selskabets positive holdning til ansættelse af skolelæger som mangler pædiatrisk erfaring på børneafdelinger. Der er p.t. ansat 28 pædiatere i skolelægefunktion. Forslaget om ændring af skolelægefunktion efter kommunalskøn er nu fejlet af bordet, hvilket gør skolelægestillingerne mere attraktive. Skolelægeforeningen arbejder på en vejledning for skolelægeuddannelsen. Der har tidligere været forslag til grunduddannelse i pædiatri eller samfundsmedicin.

Vedr. subspecialistuddannelsen, kommenterede N.C. Christensen at man akcepterer stillingsbeskrivelser med en særlig funktion, hvorfor det er nødvendigt at kunne uddanne sig til disse funktioner.

Formandens beretning godkendtes af forsamlingen.

3. Beretning fra udvalg og Nordisk Pædiatrisk Forening

Uddannelsesudvalgets beretning ved Knud E. Petersen.

K. E. Petersen fremviste skitsen for de fremtidige kurser, spredt fra august til juni for at undgå for hyppig fravær fra afdelingen i undervisningsstillingen. Emnet for efteruddannelseskurser er kardiologi i oktober 92 og perinatologi i 1993.

Som allerede nævnt er der for tiden 8 undervisningsstillinger samt 29 læger under dispensationsordning, d.v.s. 22 kursister pr. kursus. Vedr. forsøgsordningen med tentamen ved kursusafslutning havde deltagerne ønsket anonymitet. For såvel H. Karle, formand for specialistanævnet, som for M. Kjærgaard Hansen, Sundhedsstyrelsen, kan en tentamen ikke være anonym.

Det har endnu ikke været muligt for uddannelsesudvalget at få kendskab til enkeltstillingsklassifikationen.

Uddannelsesudvalget har udarbejdet generelle retningslinier for subspecialist- /ekspert uddannelsen. Som formand for uddannelsesudvalget, opfordrede KP afdelingerne til at få sammensat nogle uddannelsesforløb og indsende ansøgning til *godkendelse i uddannelsesudvalget*. Hidtil er een enkel stilling behandlet.

P. A. Krasilnikoff udtrykte utilfredshed med forsøgsordningen vedr. tentamen idet han savner en forsøgsprotokol i form af en nærmere beskrivelse af tentamen.

K. Brostrøm spurgte hvad kursisterne skulle evalueres for, det tilsendte materiale eller undervisningen givet under kurset. Såfremt man kom til en evaluering af kursisters baggrundsviden, vil man nærme sig en deleksamen.

K. P. oplyste at formanden for specialistanævnet er stærkt mod indførelse af specialisteksamen i Danmark og konkluderede at forsøgsordningen med tentamen, som ønsket fra Sundhedsstyrelsen, skulle gennemføres i den planlagte 2 årige periode for at kunne vurdere tentamensens værdi.

Beretninger fra de øvrige udvalg :

Diagnoseudvalget meddelte at en ny diagnose klassifikation (ICD 10) er på vej.

Neonatologiuudvalget meddelte at man planlægger en efterundersøgelse af alle meget små præmature børn på landsplan.

Beretninger fra øvrige udvalg godkendtes uden kommentar.

Nordisk Pædiatrisk Forenings beretning.

N.C. Christensen berettede om det nylig afholdte første styrelsesmøde. En sammenlægning af forskellige subspecialiserede selskaber under NPF var foreslået. Det nordiske kursusudvalg havde nedlagt sig selv. En særdeles funktionsdygtig styrelse var blev sammensat.

4. Aflæggelse af det reviderede regnskab

Sten Petersen forelagde det reviderede regnskab, som blev godkendt.

Regnskabet for Torben Iversen's fond blev taget til efterretning.

Sten Petersen redegjorde for problematikken vedr. efteruddannelsesfonden, et beløb der kun eksisterer på papiret. Sten Petersen fik fuldmagt til at efterforske sagen og vende tilbage til næste ordinær generalforsamling med et forslag.

5. Fastsættelse af kontingent

Forsamlingen vedtog uændret kontingent på 600 kr. om året.

6. Indkomne forslag fra bestyrelse og medlemmer

Bestyrelsens fremsendte forslag til vedtægtsændring, allerede drøftet under marts mødet, gav anledning til en diskussion af udvalgenes sammensætning og funktion.

K. Brostrøm gjorde opmærksom på at udvalgene ikke skulle være for store, d.v.s. bestå af maks. 5 medlemmer. *B. Peitersen* mente, at den begrænsede funktionstid for udvalgsmedlemmerne vil skade udvalgenes arbejde og ønskede en ændret formulering. *N. C. Christensen* gjorde rede for tilblivelsen af bestyrelsens forslag til vedtægtsændringen og anbefalede på bestyrelsens vegne den nuværende formulering.

Vedtægtsændringen blev godkendt med 38 stemmer mod 5.

Herefter fulgte en diskussion af paragraffens tilbagevirkende kraft. Nogle udvalg havde allerede handlet i følge denne og udkiftet en del medlemmer. En større udskiftning af de

forskellige udvalgsmedlemmer kunne ikke gennemføres af "tekniske" grunde. Man enedes om at foreslå udvalgene at ændre sammensætning i henhold til de nye vedtægter ved næste ordinær generalforsamling.

Esbjerg Børneafdeling havde ønsket en drøftelse af vårmødets struktur, på baggrund af det aflyste vårmøde i år. Man enedes om at give det eksisterende vårmøde en chance til (Roskilde er vært i 1993).

7. Valg af bestyrelse blandt ordinære medlemmer

Erling Nathan, Niels Christian Christensen, Sten Petersen og Jørn Müller (videnskabelige sekretær) blev genvalgt. Som repræsentant for Danske Børnelægers Organisation tiltrådte Hans Bisgaard og for Yngre Pædiatere (faglig sekretær), Berit Lukman.

8. Valg af 2 revisorer

Finn Ursin Knudsen blev genvalgt. Som afløser for Jens Christoffersen valgtes Jens Hertel.

9. Valg af udvalgsmedlemmer og repræsentanter for selskabet

Som *repræsentant til Dansk Medicinsk Selskabs* repræsentantskab valgtes Ebbe

Thisted i stedet for Gunver Fuglsang som ikke ønskede genvalg efter 3 års funktionstid.

Til *uddannelsesudvalget* blev Knud E. Petersen, Freddy Karup Pedersen, Finn Ursin Knudsen, Flemming Skovby, Karen Nørgaard Hansen, Karen Taudorf, Birgitte Weile og Kjeld Schmiegelow genvalgt og John Østergaard nyvalgt.

Til *allergologiudvalget* valgtes Arne Høst, Jørn Henriksen og Niels Henrik Valerius i stedet for Ole Østerballe, Jørgen Bent Andersen og Poul A. Østergaard.

Fra *diagnoseudvalget* udtrådte Henrik Sardemann.

Til *hæmatologi-onkologi udvalget* valgtes Bendt Brock Jacobsen i stedet for Jens Kamper. Henrik Hertz var udtrådt som formand.

Til *informationsudvalget* valgtes Kirsten Lee og Flemming Ørnkov i stedet for Johannes C. Melchior, Erik Thamdrup og Karin Brostrøm.

Til *neonatologiudvalget* valgtes Birgit Peitersen i stedet for Else Andersen.

Til *screeningsudvalget* valgtes Karen Brøndum Nielsen og Flemming Skovby i stedet for Bendt Brock Jacobsen og Else Andersen. Bent Nørgaard Pedersen valgtes som bisidder da han ikke er medlem af DPS.

Som *DPS repræsentant i Foreningen for familieplanlægning* valgtes Søren Krabbe i stedet for Niels Erik Skakkebæk.

De øvrige udvalg fortsætter med uændret personsammensætning.

Som *DPS repræsentant i CESP/UEMS* indstilles P. Oluf Schiøtz i stedet for Vagn Holm.

september 1992

Dansk Pædiatrisk Selskab's bestyrelse
består pr. 4.9.92 af følgende medlemmer :

Formand	Overlæge Erling Nathan Pædiatrisk afdeling A * Århus Kommunehospital 8000 C Århus Tlf : 86 12 55 55 lokal 2041	Elsdyrvænget 32 A 8270 Højbjerg 86 27 13 07
Næstformand	FAX Overlæge Niels Christian Christensen Børneafdelingen * Sønderborg Sygehus 6400 Sønderborg Tlf : 74 43 03 11	Dybbølbjerg 24 6400 Sønderborg 74 48 60 47
Kasserer	FAX Overlæge Sten Petersen Neonatalafdeling GN 5024 * Rigshospitalet 2100 København Ø Tlf : 35 45 50 26	Ved Kæret 23 2820 Gentofte 31 65 62 25
Videnskabelig sekretær	1. reservelæge Jørn Müller Afd. for vækst og reproduktion 5064 * Rigshospitalet 2100 København Ø Tlf : 35 45 50 64 ell. personsøger 1557	Åbrinken 183 2830 Virum 42 85 85 18
Faglig sekretær	1. reservelæge Berit Lukman Børneafdeling Hvidovre Hospital Kettegård Allé 30 2650 Hvidovre Tlf : 36 32 36 32 lok. 2531	Skt Nikolaj vej, * 11, st. 1953 Frederiksberg C 31 35 25 10
Repræsentant for DBO	Afdelingslæge Hans Bisgaard Børneafdeling GGK Rigshospitalet Blegdamsvej 9 2100 København Ø Tlf : 35 35 50 02	Øster . * Farimagsgade 7, 1. 1353 København K

*) Adresse for post

DANSK PÆDIATRISK SELSKAB
Regnskab for perioden 12.07.91 til 12.07.92

Indtægter

Kontingenter	177,700.00	
Renter og aktieudbytte	3,605.01	
Ialt		181,305.01

Udgifter

Administration	-44,641.70	
Rejser	-18,098.70	
Møder og efteruddannelse		
Ordinære møder	-7,988.50	
Bestyrelsesmøder	-4,287.00	
Udvalgsmøder	-13,357.75	
Efteruddannelse - hæmatologi	-2,728.00	
Efteruddannelse - oftalmologi	-7,517.50	
Efteruddannelse - ortopædi	-7,363.80	
Kursus - infektionsmedicin	-25,000.00	
Kursus - neuropædiatri 1990	-3,459.47	
Foreningskontingenter	-4,856.91	
Årbog	-16,187.50	
Gaver	-988.91	
Ialt		-156,475.74

Resultat **24,829.27**


Formuebevægelse

Formue 12.07.91 ifølge regnskab 90/91	150,545.62	
Tilgodehavender 90/91 (tilbageført)	-100,326.57	
Resultat 91/92	24,829.27	
Formue 12.07.92		75,048.32

Formueplacering

Giro 5 40 33 08	1,534.00	
Den Danske Bank 3428 019571	66,014.32	
Aktier (købsværdi)	7,500.00	
Formue 12.07.92		75,048.32

Gentofte den 12. juli 1992



Sten Petersen
kasserer

DANSK PÆDIATRISK SELSKAB
Bilag til regnskab 1991-92

EFTERUDDANNELSESFOND

Overført fra 1990-91	112,820.00	
Tilbageført til 1990-91	-100,326.57	
Tilskrevet 1991-92	36,000.00	
Ialt		48,493.43
Anvendt 1991-92		
Infektionsmedicin	-25,000.00	
Børneneurologi (1990)	-3,459.47	
Ialt		-28,459.47
Overført til 1992-93		20,033.96

PROFESSOR TORBEN IVERSENS REJSEFOND

Egenkapital pr. 31.12.90		215,854.63
Renteindtægter 1991	22,576.68	
Administrationsudgifter 1991	-2,197.27	
Uddelinger 1991	-16,000.00	
Ændring i kursværdi af obligationer	4,271.98	
Egenkapital pr. 31.12.91		224,506.02
Uddelt april 1992	-20,000.00	

Dansk Pædiatrisk Selskab

Nye medlemmer 1991-92

Susanne Bülow	Karsten Nysom
Palle Inglykke	Kim Holtens
Erik Boisen	Jesper Thaarup
Kirsten Holm	Susanne Kjærgaard
Susanne Møller	Christian Carl Eschen
Niels Feilberg Jørgensen	Allan Meldgaard Lund
Lars Kjærgård Hansen	Steen Hertel
Birthe Olsen	Dagmar Veiergang
Karen Andersen Tilma	Jytte Bieber Nielsen
Marianne Skov	Juri Pedersen
Per Cantor	Flemming Ørnskov
Helle Leth	Bente Hansen
Anja Poulsen	Susanne Hemmer Knudsen

Udmeldte 1991-92

Stig Lyndgaard	Liselotte Brinckmeyer
Henriette Hesselberg	Ida Koch
Søren Klebak	Claus Nielsen

Afgået ved døden 1991-92

Robert Wichmann	Hans Friderichsen
Mette Hertz	Niels Schoubye

**BESTYRELSE, UDVALG, M.V.
UNDER DANSK PÆDIATRISK SELSKAB OG BESLÆGTEDE
ORGANISATIONER pr. 4. september 1992**

BESTYRELSE

E. Nathan, formand (1990), N.C. Christensen, næstformand (1990), J. Müller, videnskabelig sekretær (1990), Sten Petersen, kasserer (1991), B. Lukman, faglig sekretær (1992), Hans Bisgaard, repr. DBO (1992).

**KONTAKTPERSONER FOR SUNDHEDSSTYRELSEN
VED ANSÆTTELSE AF OVERLÆGER I PÆDIATRI**

J. Kamper (1990). Suppleanter M. Yssing (1990), T. Klinge (1990).

SPECIALISTNÆVNETS TILFORORDNINGER I PÆDIATRI

K. Hjelt (1991) og E. Andersen (1986) med S. Petersen (1991) og Niels Clausen (1991) som suppleanter.

**REPRÆSENTANTER I DANSK MEDICINSK
SELSKABS REPRÆSENTANTSKAB**

J. Møller (1988), E. Thisted (1992), N.E. Valerius (1990) og H.B. Mortensen (1991)

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 kontaktoorgan til andre selskaber og institutioner, som beskæftiger sig med uddannelse.

Indenfor videreuddannelsesområdet (den pædiatriske speciallægeuddannelse) er uddannelsesudvalget det organ, som i samarbejde med specialistnævnets tilfornordnede i pædiatri og kursusederen tilrettelægger den pædiatriske specialistuddannelse, ud fra retningslinier og konkrete vedtagelser, som gives af generalforsamlingen eller bestyrelse. Udvalget skal koordinere speciallægeuddannelsen i pædiatri med 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 kursusederen) og godkende kurser arrangeret af andre. Udvalget bør også deltage i udarbejdelsen af uddannelseskraav 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, F. Karup Pedersen (1989), F. Ursin Knudsen (1990), F. Skovby (1990), K. Nørgaard Hansen (1990), Karen Taudorf (1991), J. Østergaard (1992), B. Weile (1991), K. Schmiegelow (1991).

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 voksne 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).

ALLERGOLOGIUDVALG

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 uddannelseskra-
v indenfor grenspectialet.

S. Pedersen (1989), H. Bisgaard (1991), A. Høst (1992), J. Henriksen (1992), N.H. Valerius (1992).

DIAGNOSEUDVALG

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

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

ERNÆRINGSUDVALG

Udvalget skal følge udviklingen på det ernæringsmæssige område for børn i Danmark, udarbejde og fremføre eventuelle rekommandationer 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), K.F. Michaelsen (1991).

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 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, (1978), B. Peitersen (1978), M. Yssing (1982), N. Clausen (1985), Ole Nielsen (1991), Erik Østergaard (1991), B. Brock Jacobsen (1992).

INFORMATIONSDUDVALG

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

N.C. Christensen (1978), K. Hjelt (1987), Ole Andersen (1987), G. Fuglsang (1991), K. Lee (1992), F. Ørnkov (1992).

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 rekommendationer for det fremtidige samarbejde mellem fødeafdelinger/steder og børneafdelinger. Udvalget bør endvidere fremkomme med forslag til det uddannelsesmæssige indhold i ekspertområdet neonatologi (perinatal medicin). J. Kamper (1983), K. Lillquist (1983), F. Ebbesen (1990), G. Greisen (1990), B. Peitersen (1992).

SCREENINGSUDVALG

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

N.J. Brandt (1983), B. Peitersen (1983), N.C. Christensen (1983), K. Brøndum Nielsen (1992), F. Skovby (1992). Bisidder: B. Nørgaard Pedersen.

U-LANDSUDVALG

Udvalget har til opgave at undersøge mulighederne for forskningssamarbejde mellem børneafdelinger her i landet og børneafdelinger og institutioner 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. Kock, F. Karup Pedersen (1980).

REPRÆSENTANTER I FORENINGEN FOR FAMILIEPLANLÆGNING

S. Krabbe (1992), Kim F. Michaelsen (1990).

REPRÆSENTANTER I DANSK CARDIOLOGISK SELSKABS LIPIDGRUPPE

Fl. Skovby (1988).

REPRÆSENTANT I CESP/UEMS

P.O. Schiøtz

MEDLEM AF NORDISK PÆDIATRISK FØDERATIONS STYRELSE

P.A. Krasilnikof (1991), N.C. Christensen (1988), E. Nathan (1992).

REVISORER

P. Pærregaard, F. Ursin Knudsen (1990).

DANSKE BØRNELÆGERS ORGANISATIONS BESTYRELSE

K. Kaas Ibsen, formand, Helle Rotne, Bente Hansen, Hans Bisgaard, Birgitte Marner, Peder Daugbjerg.

YNGRE PÆDIATERES BESTYRELSE

Tacjana Pressler, Berit Lukman, formand, Kjeld Schmiegelow, Ebbe Thisted, Vagn Brændholt.

Antallet af afdelinger, sengepladser og stillinger på pædiatriske afdelinger pr. 01. september 1992.

Afdelinger	Senge	0	AL	R1	R
Afdelinger med undervisningsstillinger:					
Rigshospitalet, afd. GGK *)	90	10	10	9	14
Hvidovre Hospital	70	4	4	8	8
KAS, Glostrup, afd. L	97(+15)	8	2	6	15
Odense, afd. H	72	4	(1)	10(+1)	7
Århus KH, afd. A	76	8		9	9
Ålborg Nord	66	4	4	4	12
IALT	471(+15)	38	21	46(+1)	65

Andre afdelinger godkendt til 18 mdr. R1 og 12 mdr. introduktionsuddannelse:

KAS, Gentofte	62	2		8	9
Sundby Hospital	28	1	1	3	7
Hillerød	71	4		8	8
Holbæk	43	3	2	5	6
Næstved	36	3		4	4
Kolding	52	5		6	7
Herning	45	5		2	7
Viborg	42	5		3	8
Roskilde	51	4		4	7
Esbjerg	54	6		3	8
Randers	27	2		2	5
IALT	511	40	3	48	76

Afdelinger godkendt til 6 mdr. R1 og/eller 6 eller 12 mdr. introduktionsuddannelse.

Nykøbing Falster	24	2		2	5
Sønderborg	42	3		2	6
Hjørring	21	2		2	5
Rigshospitalet, afd. GN	28	2		4	8
Rigshospitalet, afd. GR		1	1	1	
IALT	115	10	1	11	24
Alle afdelinger	1.097(+15)	88	25	105(+1)	165

*) Incl. børnekirurgisk afd.

AL= Afdelingslæger. Vagtbærende overlæger registreret under overlæger.

Udarbejdet af Knud E. Petersen



Sundhedsminister Ester Larsen
Folketinget
Sundhedsministeriet
Christiansborg Slotsplads 1
1218 København K.

Århus d. 10.10.90
EN/abk

I anledning af overvejelserne om autorisation af kiropraktorer i Danmark skal Dansk Pædiatrisk Selskab (Danske Børnelægers Selskab) fremføre følgende:

Ifølge opgørelser fra kiropraktorernes medlemsblad, Kiropraktik og Sundhed 1990, volumen 66, s. 14, udgør nye patienter under 16 år 16,7 % af alle henvendelser til kiropraktorklinik. Heraf udgør børn under 1 år en stor gruppe.

De tilstande forældre henvender sig om er ifølge opgørelsen kolik 22 %, asthma 8 %, mellemørebetændelse 8 %, trivselsproblemer 8 %, allergier og eksem 6 %, hovedpine 6 % samt vådliggeri 5 %. Langt størsteparten har søgt kiropraktor på eget initiativ eller tilrådet af bekendt eller familiemedlem.

Det er vist (ugeskrift for Læger 1988 volumen 150, side 1841), at virkningen af kiropraktorbehandlingen svarer til, hvad simpel rådgivning af forældre har kunnet yde i andre undersøgelser. Samme undersøgelse viste, at 26 % af spædbørn behandledes hos kiropraktor uden at barnets problemer overhovedet blev præsenteret for hverken læge eller sundhedsplejerske.

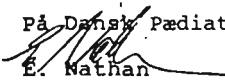
Der er, såvidt vi ved, aldrig i de videnskabeligt gennemførte undersøgelser fundet nogen virkning af kiropraktorbehandling af 3-mdr.s. kolik. Der henvises til Sundhedsstyrelsen i Ugeskrift for Læger 1989 volumen 151, side 646.

Kiropraktorers undersøgelse og behandling af børn med ovennævnte sygdomme må således i bedste fald betegnes som virkningsløs - omend økonomisk belastende for den offentlige sygesikring. Tillige betyder det, at kiropraktorer påtager sig undersøgelse og behandling af alvorlige sygdomme, som deres uddannelse ikke giver grundlag for, og mulighed for fejltolkning og forsinkelse af nødvendig behandling vil være tilstede. I værste fald medfører det alvorlig risiko for barnet.

Ønsker Folketinget at autorisere kiropraktorer til behandling af syge børn, må det klart tilrådes, at alle børn, der ønskes kiropraktorbehandlet kun bliver det efter henvisning fra egen læge.

I konsekvens af ovenstående bør sygesikringens tilskud til 5 behandlinger hos kiropraktor uden lægehenviisning inddrages, når det drejer sig om børn.

På Dansk Pædiatrisk Selskabs vegne


E. Nathan
formand, pædiatrisk afd. A
Århus Kommunehospital

Kopi til Sundhedsstrelsen