

ÅRBOG

1985 - 86

Redigeret af S. Krabbe



DANSK PÆDIATRISK SELSKAB

FORORD

Årbogen redegør for selskabets aktiviteter i det forløbne år fra oktober 1985 til og med generalforsamlingen september 1986.

Bogen indeholder som tidligere en oversigt over årets videnskabelige møder og det er glædeligt, at der foreligger en næsten komplet liste af abstracts. Endvidere forefindes oplysninger vedrørende udvalgsmedlemmer, regnskab, bestyrelse m.v. Desuden er inkluderet en ajourført liste over hospitalsafdelingernes stabsopbygning.

Vore trofaste annoncører takkes for fortsat interesse for bogen.

Lægeseekretær Hanne Claussen takkes for værdifuld hjælp i det daglige og ved færdiggørelse af årbogen.

GODT NYTÅR

REDAKTØREN

INDHOLDSFORTEGNELSE

MØDER & REFERATER AF FOREDRAG	side
586. møde, 4. oktober 1985 BØRNECARDIOLOGI	9
587. møde, 1. november 1985 BØRNEALLERGOLOGI	15
588. møde, 6. december 1985 "FREMSKRIDTETS PRIS"	23
589. møde, 3. januar 1986 FRIE FOREDRAG	24
590. møde, 7. februar 1986 VÆKST OG ENDOKRINOLOGI	32
591. møde, 7. marts 1986 PÆDIATRISK GASTROENTEROLOGI	35
592. møde, 4. april 1986 INDLÆRINGSPROBLEMER	43
593. møde, 7. juni 1986 VÅRMØDE I HOLBÆK	50
594. møde, 5. september 1986 AIDS ORDINÆR GENERALFORSAMLING	59
FORFATTERINDEX	62
BERETNINGER	
Formandsberetning 1985/86	65
Beretning fra UDDANNELSESUDVALGET	69
- - §14-UDVALGET	72
- - MYELOMENINGOCYTOGRUPPEN	74
- - UDVALGET FOR PÆDIATRISK HÆMATOLOGI OG ONKOLOGI	75
- - FORENINGEN FOR FAMILIEPLANLÆGNING	76
- - VACCINATIONSUDVALGET	76

	Side
Beretning fra SCREENINGSUDVALGET	77
- - SUBSPECIALISERINGSUDVALGET	77
- - NEONATALOGIUDVALGET	78
- - KNOGLEMARVSTRANSPLANTATIONSUDVALGET	79
- - DIAGNOSEUDVALGET	79
- - ALLERGOLOGIUDVALGET	80
 REFERAT	
af GENERALFORSAMLINGEN i DPS den 5. september 1986 ...	81
 KASSEREREN	
Regnskab for perioden 1.8.1985 - 31.7.1986	84
Regnskab for DPS' JUBILÆUMSFOND	85
 DANSK PÆDIATRISK SELSKAB og beslægtede organisationer pr. 5. september 1986	
Bestyrelse, udvalg m.v.	86
 NYE MEDLEMMER i DPS 1985/86	88

Programoversigt

- 1.* E. Ryssing (Børneafd. G, Rigshospitalet):
Adriamycin-cardiomyopati.
 2. K. Schmiegelow & J. Ramsø Jacobsen (Børneafd. G, Rigshospitalet):
Bakteriel endocardit hos børn. En retrospektiv opgørelse over
perioden 1970-1983. Sjælland og Lolland-Falster.
 - 3.* K. Helweg Larsen (Retspatologisk Inst., København):
Pludselig uventet hjertedød hos børn og unge.
 4. M. Kringelbach (Inst. for Socialmed., København):
Medfødte hjertemisdannelser og forældrenes erhverv.
 5. J. Buch, J. Ramsø Jacobsen, A. Wennevold, P. Lauridsen & K. Hvid
Jacobsen (Card.Lab., Kir.afd. R, børneafd. G & Nuklearmed.afd.,
Rigshospitalet):
Højre ventrikels funktion efter Mustard-operation. Langtids
follow-up.
 6. G. Nielsen, E. Simonsen & M. Møller (Klin.fys.afd., Odense):
Invasiv elektrofysiologisk undersøgelse af børn med cardial dys-
rytmi.
 7. J. Ramsø Jacobsen, R. Wilhelmsen & A. Wennevold (Børneafd. G,
Card.lab. & Med.afd. B, Rigshospitalet):
Ventrikelseptumdefekt med pulmonal hypertension hos spædbørn
fulgt med seriekateterisationer.
- * Referat ikke modtaget.

INFEKTIØS ENDOKARDIT I BARNEALDEREN. 1970-1983 Sjælland og Lolland-Falster.

K. Schmiegelow & J.Ramsøe Jacobsen. (Børneafd. G, Rigshospitalet).

En retrospektiv opgørelse af 27 børn med bakteriel endokardit (BE) diagnosticeret på Sjælland og Lolland-Falster i perioden 1970-1983 fremlægges. Knap 90% af patienterne havde lidelser, der disponerer til BE. 22 børn havde medfødt hjertesygdom og 2 havde ventrikuloatrial shunt. Halvdelen af patienterne havde feber >1 uge heraf 5 mere end 2 måneder. Bloddyrkning var kun negativ hos 2 af 24 patienter, og ekkokardiografi kun negativ hos 3 af 13 patienter, og i alle 3 tilfælde hos børn, der alene var undersøgt med M-mode ekkokardiografi. 90% af de fundne bakteriestammer var følsomme for ampicillin og 62% for gentamycin. Mortaliteten var 37%; størst i de yngste aldersgrupper og hos patienter med staph.aureus endokardit. 4 patienter døde af pumpevigt som følge af klappedestruktion inden overvejet/ planlagt thoraxkirurgi blev iværksat eller efter kompliceret kirurgi. Det anbefales at børn med lidelser disponerende for BE, der har uforklaret feber udover 1 uge, bloddyrkes og ekkokardiograferes. Iværksættes behandling før mikrobiologisk diagnose foreligger, bør denne omfatte parenteral ampicillin og gentamycin samt et antistafylokokmiddel ved mistanke om stafylokokinfektion. Patienter med hjerteinsufficiens bør overflyttes til hjertekirurgisk center med henblik på eventuel kirurgisk behandling.

MEDFØDTE HJERTEMISDANNELSER OG FORÆLDRENE ERHVERV.

M.Kringelbach

(Institut for social medicin, Københavns universitet).

Hjertemisdannelsers ætiologi er stort set ukendt. Ifølge Nora's hypotese fremkommer hjertemisdannelserne som et resultat af genetisk-miljømæssig interaktion. En række miljømæssige faktorer kan være medvirkende. I det aktuelle case-referentstudie vurderes potentielle årsagsfaktorerens betydning for fremkomst af medfødte hjertemisdannelser.

Undersøgelsen er udført blandt børn, født i Danmark af danske, norske eller svenske kvinder i perioden 1975-1979.

Case-gruppen omfatter 1047 børn, som ved invasive metoder har fået konstateret hjertemisdannelse(r). Reference-gruppen-2101 børn-repræsenterer de udvalgte fødeårgange. Case-referentstudiet giver mulighed for at vurdere den relative sygdomsrisiko ved en række mulige ætiologiske faktorer, her særligt forældrenes erhverv. Oplysninger om moderens erhverv under graviditeten og faderens i de sidste 4 måneder før konceptionen er indhentet ved en postomdelt spørgeskemaundersøgelse i 1981, svarprocent 85.

Resultaterne viser ingen risiko for forældre i erhverv sammenlignet med personer uden erhvervsarbejde. Med hensyn til branche synes nærings- og nydelsesmiddelindustri at være et risikoområde for kvinder og kemisk industri samt jern- og metalindustri for mænd, idet disse brancheområder signifikant hyppigere forekommer blandt forældre til børn med hjertemisdannelser end forventet udfra tallene i referencegruppen. Resultaterne viser yderligere en signifikant forhøjet odds ratio for kvinder, der under graviditeten arbejdede med bedøvende midler eller farvestoffer. For både mænd og kvinder forekommer ansættelse indenfor undervisning og forskning signifikant sjældnere blandt forældre til misdannede børn end ventet udfra tallene i sammenligningsgruppen. Dette felt er således forbundet med særligt lav risiko.

HØJRE VENTRIKELS FUNKTION EFTER MUSTARD OPERATION, LANGTIDS FOLLOW UP.
J. Buch, J. Ramsøe Jacobsen, A. Wennevold, P. Lauridsen og K. Hvid
Jacobsen (Cardiologisk Laboratorium, Kirurgisk afdeling R, Børneafde-
ling G & Nuklearmedicinsk afdeling, Rigshospitalet).

Ved Mustard op. for transposition vil den anatomiske hø. ventrikel komme til at fungere som systemventrikel. Da hø. ventrikel ikke er bygget til dette, er der en risiko for udvikling af hjerteinsuff. på længere sigt. De 20 første ptt. opereret på Rigshospitalet indgår i undersøgelsen. 3 ptt. kunne ikke genundersøges. Der er foretaget klinisk bedømmelse af hjerteinsuff., EKG, rtg. af thorax, ekkokardiografi med måling af ventrikeldiametre og systoliske tidsintervaller (STI) for hø. og ve. ventrikel samt nuklear angiokardiografi (MUGA) med bedømmelse af hø. ventrikels ejection fraction (EF) i hvile og under arbejde, sammenlignet med normalmateriale fra litt. Resultater (normalværdier i parentes): alder ved op. 3.2 ± 2.4 år, alder ved follow up 9.9 ± 3.8 år, follow up varighed 6.9 ± 1.9 år. Ingen pt. fik beh. for hjerteinsuff. Klinisk bedømt: NYHA I: 10 ptt. NYHA: I-II 2 ptt., NYHA: II 5 ptt. Ekg: hø.-sidig hypertrofi hos alle. Rtg. af thorax: 9 med øget kartegning. Hjertevolumen 440 ± 137 ml/m². Ekko: hø.ventr.: 3 norm., 14 dilaterede. Ve.ventr.: 14 norm., 3 mindre end normalområdet. STI: hø.ventr. PEPI: 165 ± 19 (129 ± 10) p 0.001. RPEP/RVET: 0.484 ± 0.096 (0.300 ± 0.040) p 0.001. Ve.ventr. PEPI 104 ± 17 (110 ± 11) n.s., LPEP/LVET 0.248 ± 0.088 (0.241 ± 0.036) n.s. LVET/RVET = 1.16 ± 0.12 (0.81 ± 0.04) p 0.001. LPEP/RPEP = 0.60 ± 0.13 (1.32 ± 0.26) p 0.001. LPEP/LVET/RPEP/RVET = 0.53 ± 0.15 (1.63 ± 0.37) p 0.001. MUGA: hø. ventr. EF i hvile $42.8 \pm 6.6\%$. Under arb. $43.9 \pm 7.9\%$ (i hvile hø. $53 \pm 6\%$ p 0.001, ve. $68 \pm 9\%$ p 0.001). Ingen korrelation mellem pt.s alder ved op. eller ved follow up og ventrikelfunktionen. Diskussion: generelt ses hø.-sidig hypertrofi, dilatation af hø. ventrikel samt let til middelsvær nedsættelse af hø. ventrikels funktion bedømt ved STI eller MUGA, både hvis man sammenligner med en normal hø. eller ve. ventrikel. Behandlingskrævende hjerteinsuff. fandtes ikke. Forandringerne synes ikke at progrediere ved længere follow up. Den prognostiske betydning på meget langt sigt er ukendt. Us. støtter ikke entydigt anvendelsen af switchop., som indebærer en betydeligt højere peroperativ mortalitet.

INVASIV ELEKTROFYSIOLOGISK UNDERSØGELSE AF BØRN MED
KARDIALE RYTME- OG OVERLEDNINGSFORSTYRRELSER.

G. Nielsen, E. Simonsen og M. Møller (Klinisk fysiologisk afdeling, Pædiatrisk afdeling H og Medicinsk afdeling B, Odense Sygehus).

Invasiv elektrofysiologisk undersøgelse af 12 børn (10 drenge og 2 piger) med kardialet rytme- og overledningsforstyrrelser i alderen 5 uger til 14 år foretoges i løbet af 4 år.

Gennem perifer vene indførtes fra 1 til 4 elektrodekatetre til stimulation og afledning fra højre atrium, højre ventrikel, sinus coronarius eller venstre atrium og His bundt.

Fire patienter undersøgtes på grund af tachycardianfald, og hos 2 påvistes en accessorisk ledningsbane og hos den ene mulighed for tachycardibrydende pacemakerbehandling.

Otte patienter undersøgtes på grund af synkoper af mulig kardial årsag. Hos 4 påvistes sinusknudedysfunktion og hos 1 intraventrikulær ledningsforstyrrelse.

Seks patienter behandlede med permanent pacemaker, 5 ventrikulær demandpacemaker og 1 tachycardibrydende pacemaker med atrieelektrode.

Elektrofysiologisk undersøgelse giver oplysninger om arytmimekanisme og giver mulighed for mere rationel behandling herunder anvendelse af tachycardibrydende pacemakere.

VENTRIKELSEPTUMDEFEKT MED PULMONAL HYPERTENSION HOS SPÆDBØRN FULGT MED SERIEKATETERISATIONER

J. Ramsøe Jacobsen, R. Vilhelmsen & A. Wennevold (Pædiatrisk afdeling G og Cardiologisk laboratorium, Rigshospitalet, København).

36 børn med ventrikelseptumdefekt (VSD) og pulmonal hypertension (PAH, systolisk tryk ≥ 40 mmHg) i 1. leveår (median 3 mdr.) blev rekateteriseret uopereret inden 2 års alderen (median 15 mdr.).

19 havde fået normalt tryk. 2 af disse havde fortsat stor shunt og 1 blev siden opereret. 5 havde udviklet infundibulær pulmonalstenose (IPS) og blev siden opereret. 12 havde små shunter og behøvede ikke længere operation. - 17 havde fortsat PAH, 13 også stor shunt og 12 blev opereret. 1 med marginale forandringer behøvede ikke operation. 4 havde lille shunt. 1 med IPS blev opereret. 1 med marginale forandringer behøvede ikke operation. 2 havde udviklet høj lungekarmodstand allerede 12 og 14 mdr. gamle. Begge blev opereret, men den ene overlevende havde uændret PAH ved rekat. 2 år senere.

De primære kateteriseringsfund tillod ikke forudsigelse af forløbet. Diagnostisk hjertekateterisation er i vid udstrækning afløst af ekkokardiografi, men ved VSD foretages hjertekat. m.h.p. hæmodynamisk vurdering ved 1 års alderen, såfremt PAH ikke kan udelukkes. De foreliggende retrospektive data tyder på, at denne praksis tillader skelnen mellem VSD'er, der mindskes og ikke behøver operation, og VSD'er, der må opereres allerede i 2. leveår for at undgå hypertensiv lungekarlidelse. Dog må man ved klinisk-ekkokardiografisk opfølgning søge at identificere de ganske få, der endnu tidligere udvikler stigende modstand, m.h.p. fremskyndet hjertekat. og evt. operation.

Programoversigt

- 1.* S. Holgate (University of Southampton):
Mecanisms and Mediators of Bronchial Asthma.
 2. L. Hansen, O. Østerballe & A. Høst (Pæd.afd., Viborg & Pæd.afd., Odense):
Tåles uhomogeniseret mælk af børn med komælksallergi ?
 3. N. Bach-Mortensen, A. Schmidt & A. Bundgaard (Pæd.afd., Rigshospitalet & Resp.fys.lab., Med.afd. B, Rigshospitalet):
Forebyggende medikamentel behandling af anstrengelsesasthma hos børn.
 4. P. Åbel Østergaard (Pæd.afd., Ålborg Nord):
Intrinsic, ikke IgE medieret asthma hos børn.
 5. Chr. Koch, C. Jensen, S. Horn & P. Stahl Skov (Pæd.afd., Rigshospitalet & Farmakologisk Inst., København):
Bakterieinduceret histaminfrigørelse in vitro.
 6. S. Pedersen (Pæd.afd., Ålborg Nord):
Optimering og forenkling af inhalationsterapi.
 - 7.* W. Petersen & P. Prahl (Pæd.afd., Gentofte & Pæd.afd., Rigshospitalet):
Becotide-inhalationsvæske til behandling af svær asthma bronchiale hos børn under 5 år.
 8. H. Bisgård, M. Damkjær, P. Andersen, N. Foged, A. Høst, G. Fuglsang, C. Leth, M. Pedersen, I. Pelck, G. Stafanger & O. Østerballe (Dermatol.afd., BBH, Klin.fys.afd., Glostrup, Pæd.afd., Kolding, Pæd.afd., Odense, Pæd.afd., Ålborg Nord, Pæd.afd., Randers, Pæd.afd., Rigshospitalet & Pæd.afd., Viborg):
Binyrebarksuppression hos børn behandlet med inhalationssteroid.
 9. P. Prahl & T. Jensen (Pæd.afd., Rigshospitalet):
Behandling med højdosis inhaleret steroid vurderet med "Synacthen-test".
- * Referat ikke modtaget.

TALES UHOMOGENISERET MÆLK AF BØRN MED KOMÆLKSALLERGI:

Lars G. Hansen, Arne Høst & Ole Østerballe (Børneafdelingerne i Odense og Viborg.)

Af 30 børn med komælksallergi blev 26 provokeret med uhomogeniseret konsummælk og 25 med rå mælk (stalddørsmælk).

Blandt børnene havde ca 70% symptomer fra mavetarmkanalen (kolik, opkastninger/gylpen, diarre), 60% hudsymptomer (atopisk dermatitis, urticaria), 30% astma og 20% rhinconjunctivitis.

Halvdelen af børnene var type I allergikere vurderet ud fra RAST-analyse overfor komælk (RAST-klasse ≥ 2) og/eller positiv priktest for mælk ($\geq ++$).

24 børn (92%) fik symptomer ved provokationen med uhomogeniseret konsummælk, og 21 børn (84%) fik symptomer ved provokationen med rå mælk.

Hverken uhomogeniseret mælk eller rå mælk tåles generelt af børn med komælksallergi.

FOREBYGGENDE MEDIKAMENTEL BEHANDLING AF ANSTRENGESESUDLØST ASTHMA HOS BØRN.

N. Bach-Mortensen, A. Bundgaard & A. Schmidt (Rigshospitalet, afd. G og Respirationsfysiologisk laboratorium, afd. B).

Næsten alle børn med asthma vil mellem deres tydelige asthmaanfald have anstrengelsesudløst asthma (AUA), hvilket er et fysisk handicap, der hyppigt overses af forældre og lærere, og ofte af børnene selv, der har vænnet sig til deres handicap, bl.a. ved at undgå anstrengelser, således at de ikke deltager i alderssvarende fysiske aktiviteter. Farmakologisk forebyggelse af AUA bør derfor indgå som led i behandlingen af børn med asthma. Vi har undersøgt, hvor gode forskellige medikamentelle behandlinger er til at forebygge AUA hos børn. 19 børn med asthma gennemførte en randomiseret, dobbelt blindet, placebo kontrolleret, overkrydset undersøgelse, der sammenlignede effekten af forbehandling med: 1) 1 mg Berotec, 2) 20 mg Lomudal, 3) 0,5 mg Atrovent, 4) 20 mg Lomudal + 0,5 mg Atrovent, 5) saltvand og 6) ingen forbehandling. Medicinen blev inhaleret fra en Pari-Inhalier Boy forstøver 30 min. før 6 minutters løb på løbebånd anbragt i klimarum med temperatur på 24°C og 50% relativ fugtighed. Løbebåndets hastighed og hældning blev reguleret således at børnene fik en puls på mindst 175 efter 2 minutters løb. Peak expiratory flow (PEF) målttes med mini-Wright peak flow meter før og efter inhalation af medicin, 30 min. efter inhalation, straks efter løb på løbebånd og 1, 3, 5, 10, 15 og 30 min. efter anstrengelsen. Det gennemsnitlige fald i PEF efter løb uden forbehandling var 40,4%. Faldet efter inhalation med saltvand var 38,6%, og der fandtes således ingen placebovirkning. Efter Berotec var faldet 15,2%, efter Lomudal 24,2%, efter Atrovent 36,5% og efter Lomudal + Atrovent 18,2%. Fenoterol beskyttede signifikant bedre mod AUA end Lomudal (p mindre end 0,01). Atrovent alene øger hvile PEF, men beskytter ikke mod AUA. Virkninger af Atrovent og Lomudal er tilsyneladende additiv, og kombinationen af disse 2 stoffer har næsten samme virkning som Berotec. Som forebyggelse af AUA tilrådes anvendt beta-2-agonist som f.eks. Berotec.

NON-IgE-MEDIERET ASTHMA HOS BØRN.

P. Aa. Østergaard, Børneafdelingen, Aalborg Sygehus.

Lungefunktionsparametre (FEV_1/FVC), serumimmunglobulin-koncentrationer og udviklingen af hyperinflation/lungefibrose blev sammenlignet hos henholdsvis 72 børn med intrinsic og 84 børn med extrinsic asthma. Undersøgelsen viste, at serum IgG og IgM var betydeligt forhøjet (henholdsvis $p < 0.002$ og $p < 0.001$) hos førstnævnte sammenlignet med sidstnævnte gruppe. Disse fund kunne korreleres til en signifikant øget forekomst af H.infl./pneumococcer i ekspektrat hos patienter med intrinsic asthma sammenlignet med patienter med extrinsic asthma ($p < 0.01$). Endvidere påvistes der i undersøgelsesperioden betydeligt flere akutte indlæggelser for pneumoni hos børn med intrinsic - sammenlignet med børn med extrinsic asthma ($p < 0.001$). Yderligere fandtes både FEV_1 og FVC signifikant lavere trods intensiv antiasthmatiske behandling hos intrinsic contra extrinsic patienter (p henholdsvis < 0.01 og < 0.02) og hos 48.5% af førstnævnte mod kun 7% i sidstnævnte patientgruppe ($p < 0.02$) påvistes der svær radiologisk hyperinflation af lungerne. Endvidere fandtes der i løbet af undersøgelsesperioden radiologiske tegn på lungefibrose samtidig med faldende og/eller fikseret FVC hos 11 patienter med intrinsic asthma mod ingen i gruppen af patienter med extrinsic asthma. Endelig påvistes der ved bronchografi svære bronchiektasier hos 4 af 5 undersøgte patienter med radiologisk lungefibrose.

Det konkluderes, at intrinsic asthma hos børn kan være en meget alvorlig sygdom ikke sjældent i løbet af få år endende i svær, kronisk restriktiv lungeinsufficiens.

BAKTERIEINDUCERET HISTAMINFRIGØRELSE IN VITRO.

C. Koch¹, S. Norn², P. Stahl Skov², C. Jensen², F. Espersen³, J.O. Jarløv³, L. Bæk⁴ & H. Permin⁵. (1: Pædiatrisk afdeling, Rigshospitalet, 2: Farmakologisk Institut, Københavns Universitet, 3: Statens Serum-institut, Klinisk Mikrobiologisk afdeling, Hvidovre Hospital, 4: Statens Serum-institut, Klinisk Mikrobiologisk afdeling, Rigshospitalet, Tagensvej, 5: Immunlaboratoriet, Epidemifdelingen, Rigshospitalet, København).

Luftvejsinfektioner forårsager ofte opblussen af asthma, og selvom de fleste infektioner primært er virale er bakteriel kolonisering af slimhinden i de nedre luftveje almindelig. Vi har fundet, at en lang række gram-positive og gram-negative bakterier kan inducere histaminfrigørelse fra basophilocyttter in vitro hos såvel normale som hos børn med endogen asthma (1). Frigørelse kan være medieret via specifikke celle-bundne antibakterielle IgE antistoffer, og et kraftigt eksempel på denne form har vi set hos et barn med hyper-IgE syndrom (Buckley's syndrom (2)). Frigørelse kan imidlertid også skyldes en direkte påvirkning af basophilocytten, og her synes interaktionerne at bero på lektin-lignende bindinger, idet de hæmmes af specifikke kulhydrater (2). Endelig kan endotoxin fra gram-negative bakterier potensere såvel IgE-medieret frigørelse som den direkte non-immunologiske frigørelse (3).

Det synes tænkeligt, at bakterie-induceret aktivering af mastceller i de nedre luftveje in vivo via een eller flere af disse mekanismer kan spille patogenetisk rolle ved infektions-induceret forværring af asthma.

1. Koch, C. et al.: Allergy 1982, 37, 191-201. 2. Jensen, C. et al.: Allergy 1984, 39, 371-377. 3. Norn S. et al.: Allergy 1985, 40, 465-466.

OPTIMERING OG FORENKLING AF INHALATIONSTERAPI.

S. Pedersen (Børneafdelingen, Aalborg Sygehus Nord).

I laboratoriestudier og kliniske undersøgelser er det fundet at inhalationsteknikken for en dosis-aerosol med inhalationsforsats uden tab af effekt kan forenkles til følgende punkter: 1) ryst aerosolen 2) placer læberne omkring mundstykket 3) fyld sprayen af 4) ånd langsomt og dybt ind gennem sprayen. Der var ingen effekt af at ånde dybt ud før behandlingen, at bøje hovedet bagover under inhalationen, at holde vejret i 10 sekunder efter behandlingen eller at ånde ud gennem næsen. Derimod reducerede en hurtig inhalationshastighed effekten betydeligt. Den enkle inhalationsteknik kunne også bruges for cortikosteroidet Budesonide.

Der var ingen grund til at holde nogle minutters pause mellem de forskellige inhalationer med mindre barnet havde svært nedsat lungefunktion. I så fald bedredes effekten af to terbutalininhalationer når første inhalation blev fulgt af en pause på 3 minutter før den næste.

Undersøgelser med pulverinhalatorer viste, at disse kræver en vis minimal inspirationshastighed for at virke. Mange mindre børn og større børn med nedsat lungefunktion kunne ikke generere denne inhalationshastighed. Dette sætter visse grænser for anvendelsen af pulverinhalatorer til børn. Ovennævnte var betydeligt mere udtalt for rotahalere end for fenoterol pulverinhalatorer.

BINYREBARKSUPPRESSION HOS BØRN BEHANDLET MED INHALATIONS STEROID

H.Bisgaard, M.Damkjær, P.Andersen, N.Foged, G.Fuglsang, A.Høst, C.Leth, M.Pedersen, I.Pelck, G.Stafanger & O.Østerballe.

Børneafdelingerne ved Rigshospitalet, Kolding, Odense, Viborg, og Randers Sygehus, samt klinisk-fysiologisk afd., Glostrup Sygehus.

Inhalations steroid anvendes i stigende omfang ved behandling af asthma bronchiale hos børn. De kliniske erfaringer har vist et gunstigt forhold mellem virkningen på asthma symptomerne og uønskede systemiske bivirkninger. Imidlertid gør den tiltagende liberale anvendelse af disse steroider det påtrængende at undersøge virkningen på binyrernes steroid produktion, dels som et mål for binyrefunktionen, dels som et indirekte mål for den systemiske biotilgængelighed.

30 børn i alderen 7 til 14 år randomiseredes til behandling med beclomethason dipropionat (Becotide) eller budesonide (Spirocort) i et dobbelt blindt studie. Steroiderne administreredes i 3 konsekutive 4-ugers perioder i stigende døgndoseringer a 200, 400 og 800 ug. Døgnurin udskillelsen af frit urin cortisol, samt cortisol metabolitter målttes ved afslutningen af hver af de 3 perioder som udtryk for binyrernes basale døgn produktion af kortikosteroider. 20 børn behandlet med beclomethason dipropionat udviste signifikant dosis relateret suppression af døgn cortisol produktionen. 10 børn behandlet med budesonide udviste ikke tilsvarende suppression. Imidlertid er teststyrken i denne del af studiet så svag at det ikke er muligt at konkludere om budesonid har mindre binyrebark suppresserende effekt end beclomethasone dipropionat.

Binyrernes evne til at respondere på stimulation målttes som stigningen i s-cortisol samt s-androstendion 30 minutter efter i.v. Synacthen ved afslutningen af hver af de 3 perioder. Dette respons var intakt og uændret i begge behandlingsgrupper.

Som konklusion finder vi at studiet har påvist en dosis relateret suppression af binyrernes cortisolproduktion under behandling af børn med beclomethason dipropionat i det klinisk relevante dosis område 200-800 ug.

SYNACTHENTEST-VURDERING AF BINYREBARKSUPPRESSION HOS BØRN BEHANDLET MED HØJDOSIS INHALERET STEROID.

P. Prahl & T. Jensen, Børneafdeling G, Rigshospitalet.

Højdosis inhaleret steroid (1600-2000 µg/døgn) har hos voksne patienter med asthma bronchiale vist sig at kunne reducere behovet for oral steroid til behandling af patienter, hvis symptomer ikke kunne kontrolleres med inhaleret steroid i almindelig dosering. Der foreligger enkelte arbejder om erfaringerne fra voksne patienter behandlet med store doser inhaleret steroid. Disse arbejder tyder på en øget effekt med stigende dosis. Ved doser over 2000 µg/døgn er fundet nedsat stigning af s-cortisol efter stimulation med Synacthentest hos enkelte patienter, let nedsættelse af s-cortisol, samt en nedsat udskillelse af 17-ketosteroider i urinen. Der foreligger ikke tilsvarende undersøgelser foretaget på børn.

Undersøgelsen omfatter 11 børn i alderen 9-16 år og 1 voksen patient. På grund af svær asthma bronchiale har patienterne været i behandling med højdosis inhaleret steroid givet via almindelig spray eller via inhaleret. På undersøgelsestidspunktet har ingen af patienterne været i systemisk steroidbehandling indenfor de sidste 4 måneder. Undersøgelsen er foretaget efter 3-24 måneders behandling med højdosis inhaleret steroid.

Synacthentest blev foretaget mellem kl. 10 og 11. Tre patienter havde s-cortisol værdier under normalområdet. Det drejer sig for alle 3's vedkommende om patienter, som fik mere end 2500 µg/døgn/1,73 m² overflade. En patient, som fik højeste dosis (3500 µg/1,73 m²), responderede ikke på almindelig Synacthentest.

Konklusion. Kun givet i meget høje doser virker inhaleret steroid hæmmende på hypofysebinyrebarkaxen. Ved doser større end 2000 µg/døgn/1,73 m² overflade bør man være opmærksom på en eventuel depression af binyrebarken og screene patienten med Synacthentest.

Programoversigt

1. Preben Vilhjelms:
"Fremskridtets pris" med udgangspunkt i den indenrigsministerielle betænkning vedrørende prænatal diagnostik og med fokus på de etiske aspekter.

Programoversigt

1. P.S. Daugbjerg & Leo Ranek (Pæd.afd., Sundby Hospital & Med.afd. A, Rigshospitalet):
Reye's syndrom i Danmark.
2. H.E. Nielsen, P. Haase, J. Blåbjerg & H. Stryhn (Pæd.afd. og fødeafd., KAS Glostrup, Fødeafd., KAS Herlev & Inst. for matematisk statistik):
Faktorer med indflydelse på forekomsten af neonatal icterus.
3. L. Christiansen, K. Hjelt & P.A. Krasilnikoff (Pæd.afd., KAS Gentofte).
Postgastroenteritis syndrom hos børn. Kliniske erfaringer.
4. N.H. Rasmussen, B. Kulberg & L. Lønborg (Børnepsyk.afd., FACHille-rød):
Subklinisk epilepsi hos børn.
5. I-M. Nielsen, B. Brock Jacobsen, K. Ørnvold, Leo Ranek, B. Zachau-Christiansen, Joell Robert-Lamblin & S. Norby (Pæd.afd., børnepatol.afd., Med.afd. A, Rigshospitalet, Musée de L'Homme, Paris & Arvebiologisk Inst., København):
Cholestasis familiaris gronlandica.
- 6.* L.B. Lassen & J. Haahr (Pæd.afd., Viborg):
Diabetes mellitus og fysisk aktivitet. Erfaringer fra en vinterlejr i Norge.
7. B. Christiau, Lic.techn. Mogens Larsen & B. Weile (Pæd.afd., KAS Gentofte):
Introduktion til begrebet sygdomsforløb.
8. B. Weile, B. Christiau & cand.stat. P. Tanghøj (Pæd.afd., KAS Gentofte):
Om forløbsregistrering i et pædiatrisk ambulatorium.

* Referat ikke modtaget.

REYE'S SYNDROM I DANMARK.

P. Daughjerg & L. Ranek (Pædiatrisk afd., Sundby hospital & Medicinsk afd. A, Rigshospitalet).

Vi har forsøgt at belyse hyppigheden af Reye's syndrom i Danmark ved en retrospektiv undersøgelse. Da Reye's syndrom ofte optræder efter influenza B, og da der i 1979 var en epidemi af influenza B her i landet, blev dette år valgt til undersøgelsen. Ved hjælp af Sundhedsstyrelsen fandt vi frem til alle børn, som døde i 1979, i alderen 1 måned til 18 år. Undtaget var dog børn, som døde af naturlige sygdomme eller som følge af ulykkestilfælde.

Journaler, inklusive sektionsbeskrivelser (i enkelte tilfælde kun udskrivningskort) blev gennemset for de børns vedkommende, som døde på hospital. Med hensyn til de børn, som døde udenfor hospital, blev dødsattester og sektionsbeskrivelser gennemset. Endvidere blev alle pædiatriske afdelinger spurgt, om de i 1979 havde udskrevet børn med diagnosen Reye's syndrom (børn i alderen 0 til 14 år.

Der blev kun fundet 1 tilfælde af Reye's syndrom. Antallet af børn i Danmark i alderen 1 måned til 14 år var i 1979 1.1 mill., i alderen 15 til 18 år 300.000.

Reye's syndrom synes således at være meget sjælden i Danmark.

FAKTORER MED INDFLYDELSE PÅ FOREKOMSTEN AF NEONATAL ICTERUS.
H. E. Nielsen, P. Haase, J. Blåbjerg & H. Stryhn (Pæd. afd.
og fødeafd., KAS Glostrup, fødeafd., KAS Herlev & Institut
for matematisk statistik, Kbh's universitet).

Formålet med undersøgelsen var at bedømme, om der er korrelation mellem søskendes bilirubinniveau i neonatalperioden, og om ikke-serologisk-erkendt ABO-immunisering spiller nogen rolle for graden af fysiologisk icterus.

Enheden for undersøgelsen er mødre, som har født 2 mature og ellers raske børn i årene 1976-82 på Glostrup og Herlev fødeafd. Der er udtrukket en tilfældig stikprøve og tillige lavet en komplet listning af familier, hvor mindst et af børnene har pl.bilirubin på $250 \mu\text{mol/l}$ eller højere.

Effekten af forskellige, forklarende variable på bilirubin-koncentrationen bedømmes ved multipel regressionsanalyse. Der er en sikker korrelation mellem søskendes maksimale bilirubinkoncentration. Der er ingen effekt af ABO-uforligelighed hos Coombs-negative, når moderen er type O. Effekten af de øvrige forklarende variable gennemgås.

POSTGASTROENTERITIS SYNDROM. KLINISKE ERFARINGER.

L. Christiansen, K. Hjelt & P.A. Krasilnikoff.

(Børneafdelingen, KAS Gentofte.)

Postgastroenteritis syndrom er en langvarig, alvorlig diarrhoetilstand med klinisk malabsorptionspræg.

Tilstanden debuterer som akut gastroenteritis hos tidligere raske børn. Ætiologien til postgastroenteritis syndrom er ukendt. I vort materiale fandtes ej heller mikrobiel årsag ved diarrhoe debuten.

Materiale:

10 børn med debutalder 3 dage til 22 måneder. 4 af de 10 børn var af nordeuropæisk afstamning, de øvrige børn af asiatisk eller sydlandsk afstamning. Hos 6 af de 10 børn debuterede sygdommen i Danmark, hos de resterende børn debuterede sygdommen i udlandet.

Resultater:

9 af 10 patienter lykkedes det at tyndtarmsbioptere. Mikroskopisk havde 8 af 9 alvorlig mukosa skade, og alle 9 havde meget lave mukosa-enzym værdier. Den initiale behandling bestod i vanlig rehydrering (50% af patienterne var dehydrerede ved hospitalsindlæggelsen). Herefter fik 3 af de 10 børn parenteral ernæring. Den endelige perorale genopretning fremkom ved Pregestimil diæt, som blev givet fra 14 dage til 12 måneder. Medianværdi for Pregestimil diæt var 3,5 måneder. 9 af de 10 børn blev helt raske, 1 barn døde.

Konklusion:

Børn med postgastroenteritis syndrom kræver gastroenterologisk udredning. Behandlingen består ofte i primær parenteral genopretning, siden elementer diæt = Pregestimil /Alfaré. Reintroduktion af fødemidler bør ske gradvist, således at komælksprodukter (samt kvindemælk) introduceres sidst, og først når mucosaenzymene er normaliserede.

SUBKLINISK EPILEPSI HOS BØRN - DEN DIAGNOSTISKE VÆRDI AF ET KORT TESTPROGRAM ANVENDT UNDER SAMTIDIG EEG- OG VIDEOOPTAGELSE.

N. H. Rasmussen, B. Kullberg & L. Lønborg (børnepsykiatrisk afd., FAC, Hillerød).

Subklinisk epilepsi (SE) er kortvarige epileptiske anfald uden åbenbare kliniske symptomer, men hvor testning viser en midlertidig påvirket cognitiv funktion samtidig med de kortvarige paroxystiske EEG-forandringer. Hyppigheden af SE hos børn kendes ikke, men kan forekomme interictalt hos børn med epilepsi. SE hos børn uden kendt epilepsi er i litt. foreløbig kun beskrevet hos 2 børn. Danske undersøgelser synes dog at tyde på, at SE måske kan forekomme noget hyppigere hos børn uden kendt epilepsi, og forårsage adfærdsforstyrrelser og indlæringsvanskeligheder.

På børnepsyk. afd. i Hillerød har vi, for at kunne diagnosticere SE, standardiseret et kort testprogram til brug under samtidig EEG- og videoptagelse. Programmet bestod af: for- og baglæns tælling, korttidshukommelsesprøver, regneopgaver, omtankeprøver og frihåndstegning.

Testprogrammet anvendtes til alle børn, ialt 16, der gennem en periode på 6 mdr. blev henvist til undersøgelse for SE. Børnene var i alderen 6-14 år, og havde alle adfærdsproblemer i form af hyperaktivitet og uopmærksomhed, og/eller indlæringsvanskeligheder. 6 af børnene havde tilfældige epilepsi, og 7 havde paroxystiske EEG-forandringer, men ingen kendt epilepsi.

Resultatet af testningen: 1 barn havde et muligt subklinisk epileptisk anfald, men antiepileptisk beh. var siden uden effekt på hendes adfærds- og indlæringsproblemer. Hos 11 børn kunne SE udelukkes som årsag til deres symptomer.

Det kan konkluderes at vores testprogram kan anvendes til at udelukke og måske diagnosticere SE hos børn.

CHOLESTASIS FAMILIARIS GRØNLANDICA.

I-M.Nielsen¹, B.Brock Jacobsen¹, K.Ørnvold², L.Ranek³, B.Zachau-Christiansen¹, J.Robert-Lamblin⁴ og S.Nørby⁵ (Rigshospitalet, børneafd.G¹, børnepatologisk afd.², medicinsk afd.A³, Musée de L'Homme, Paris⁴ og Arvebiologisk Institut, København⁵).

Indenfor de sidste 15 år og specielt i løbet af de sidste 5 år er der diagnosticeret et intrahepatisk cholestatisk syndrom hos ialt 16 grønlandske børn. Ætiologien er ukendt. Slægtsforskning tyder på, at det drejer sig om en autosomal recessiv arvelig sygdom. Det er en alvorlig sygdom, som medfører døden i den tidlige barnealder. I dag lever kun 8 af børnene, og den ældste er 6 år.

Børnene har alle de klassiske tegn på cholestase: Icterus, hudkløe, lyse afføringer, steatorrhea, blødningsepisoder og rachitis. De trives dårligt og ligger højde og vægtmæssigt under 3% percentilen for alderen, nogle bliver dværge. De er potentielt normalt begavede, men psykomotorisk retarderede på grund af deres kroniske sygdom.

Biokemisk findes konjugeret hyperbilirubinæmi, hypoprotrombinæmi, trombocytose og sekundær hyperparathyreoidisme, samt forhøjede basiske fosfataser, LDH og transaminaser.

Lysmikroskopisk ses det typiske billede for cholestase nemlig pseudoglandulær transformation af hepatocytterne (rosetdannelse) og galdestase. Der ses ingen celleinfiltration. Tidligt ses let fibrose som tiltager med alderen. Der er endnu ikke set udvikling af cirrhose. Elektronmikroskopisk ses intet specifikt.

Behandlingen er i øjeblikket kun symptomatisk i form af kulhydrat- og proteinrig, men fedtfattig kost, samt ekstra tilskud specielt af de fedtopløselige vitaminer.

Sygdommen har visse lighedspunkter med tidligere beskrevne familiære cholestaser, men der er også forskelle. Den er ikke tidligere beskrevet i en befolkning af eskimoisk oprindelse.

INTRODUKTION TIL BEGREBET, SYGDOMSFORLØB.

B.Christau, M.E:Brammer(lic.tech.) & B.Weile.(Forløbsarbejdsgruppen under Visitationsudvalget i Københavns Amt, Databehandlingsafdelingen i Københavns Amt & børneafdeling L,KAS Gentofte).

Beskrivelsen af brugernes kontakt med hospitalsvæsnet som et sygdomsforløb med variablerne begivenhed, status, (administrativt) forløb, patient og person er udarbejdet af Forløbsarbejdsgruppen under Visitationsudvalget i Københavns Amts Sygehusvæsen. Anvendelsen af disse variabler muliggør en mere dynamisk, mere informativ og lettere registrerbar beskrivelse af brugerens passage gennem systemet - og er derfor et naturligt skelet i en mere retfærdig og sammenlignelig medicinalstatistik.

Begivenhed anvendes om en hændelse i sygdomsforløbet f.eks. en "(akut) indlæggelse" eller et "ambulant besøg".

Status er tilstanden mellem to begivenheder f.eks. "indlagt -udskrevet".

Et (administrativt) forløb er beskrevet som en sammenhængende tidsperiode med evt. varierende status, men samlet inden for én afdeling.

Patient beskrives som det forløb, der starter med en akut indlæggelse eller henvisning, og slutter med beslutningen om afslutning af behandling.

En person er de patienter, der har samme CPR-nummer.

Med baggrund i nævnte variabler vises det, hvor nuanceret sygehusstatistiken kan fremtræde.

OM FORLØBSREGISTRERING I ET PÆDIATRISK AMBULATORIUM.

B.Weile, B.Christau & P.Tanghøj(cand.stat.).(Børneafdeling L,KAS Gentofte & Databehandlingsafdelingen i Københavns Amt).

Med baggrund i sygdomsforløb-modellen(se forudgående indlæg) blev aktiviteterne i et pædiatrisk ambulatorium registreret for dels at vurdere, om modellen var anvendelig til beskrivelse af ambulatoriedrift, dels for at få indsigt i de ambulante aktiviteter som helhed. Ved at forløbsregistrere godt 8% af de på en given dato i 1983 aktive ambulante patienter, svarende til 128 personer, fik man beskrevet 152 ambulante forløb og 276 perioder med ambulante status.

De enkelte special-ambulatoriers belastning i form af fremmøder(planlagte og ikke-planlagte), nytilkomne patienter og ophørte patienter kunne nøjagtigt beskrives.

Man fik på denne måde registreret omfanget af paraklinisk assistance, undersøgelser, samt de - normalt aldrig registrerede- ydelser, som sker i form af erklæringer, breve, telefonsamtaler, recepter, møder o.lign.

Vi fandt, at modellen var yderst anvendelig og nem at arbejde med. Relevante oplysninger blev let tilgængelige. Det skal fremhæves, at læger må være centralt placeret ved udvælgelsen af og tolkningen af sådanne data - som led i en mere aktiv deltagelse i hospitalsdriften både nu og i fremtiden.

Programoversigt

1. * A. Giwercman, J.H. Nielsen, A.M. Kappelgård & K.W. Kastrup (Pæd. afd., Hvidovre Hospital, Hagedorn Forskningslab., Nordisk Insulin, Gentofte & Pæd.afd., Glostrup):
Radioimmunoassay for Somatomedin-C. Metodebeskrivelse og anvendelsesmuligheder.
 2. * B. Giwercman, A. Giwercman & N.E. Skakkebæk (Pæd.afd., Hvidovre Hospital):
Alders- og kønsrelateret variation i serumkoncentration af somatomedin-C hos normale børn og voksne.
 3. * C. Thøger Nielsen, E. Thisted, V. Holsteen, A. Mourier, K.Storm, I. Leer Pedersen & N.E. Skakkebæk (Pæd.afd., Hvidovre Hospital, Hjørring Sygehus, Ålborg Sygehus, Holbæk Centralsygehus, Århus Kommunehospital & Herning Centralsygehus):
Behandling af pubertas præcox vera med LHRH-agonist kombineret med cyproteron-acetat.
 4. K.W. Kastrup + Turner-studiegruppen (Endokrin klinik, Børnehospitalet på Fuglebakken & Hvidovre Hospital):
Vækst og udvikling hos piger med Turner's syndrom under behandling med individuelt doseret østrogen.
 5. * C. Thøger Nielsen, N.E. Skakkebæk, D. Richardson, J. Darling, W. Hunter, M. Jørgensen, Å. Nielsen, O. Ingerslev, N. Keiding & J. Müller (Pæd.afd., Hvidovre Hosp., MRC Reproductive Biology Unit and the Department of Pediatric Biochemistry, Royal Hospital for Sick Children, Edinburgh, Scotland, Statistisk Forskningsenhed, Panum Institut og Reproduktionsbiologisk Lab., Afd. Y, Rigshospitalet):
Spermarche (spermatogenesens indtræden) i relation til alder, vækst af testes, pubes, højde og urin-testosteron.
 6. * N.E. Skakkebæk (Pæd.afd., Hvidovre Hospital):
Dobbeltsidig testisatrofi og retarderet pubertetsvækst hos monozygote tvillinge.
 7. Knud E. Petersen (Pæd.afd., Kolding):
Prænatal steroidbehandling af adrenogenitalt syndrom.
- * Referat ikke modtaget.

VÆKST OG UDVIKLING HOS PIGER MED TURNER'S SYNDROM UNDER BEHANDLING MED INDIVIDUELT DOSERET LAV DOSIS AF ØSTROGEN.

K.W. Kastrup & Turner-studiegruppen* (Endokrin klinik, Børnehospitalet på Fuglebakken & Hvidovre Hospital).

Behandling med østrogen af piger med Turner's syndrom udsættes sædvanligvis til omkring 15 års alderen eller senere ud fra den antagelse, at risiko for at fremskynde knoglemodning og mindske sluthøjden derved bliver mindst mulig. Vi har ønsket at undersøge muligheden for at påvirke vækst og pubertetsudviklingen med små doser østrogen fra det tidspunkt, hvor østrogenproduktionen normalt starter.

17- β -østradiol (genuint østrogen) blev doseret individuelt afhængig af plasmaniveau, idet et terapeutisk niveau for forskellige aldersklasser forinden var etableret. Dosis blev justeret hver 3. måned og lå i området 0,5-1,5 mg daglig. 33 piger over 10 år med Turner's syndrom indgik i undersøgelsen. Væksthastighed hos ubehandlede piger anvendtes som sammenligningsgrundlag. Knoglemodning hos 11 piger var under 10 år (gruppe I), over 10 år hos 22 piger (gruppe II). Behandlingsvarighed i de to grupper gennemsnitlig 45 måneder. Væksthastigheden øgedes markant i første behandlingsår, gruppe I 7,5 cm, gruppe II 4,9 cm jævnt faldende herefter til henholdsvis 1,6 og 0,9 cm i 4. behandlingsår. Gennembrudsblødning optrådte hos 3 piger i gruppe I og 16 piger i gruppe II efter gennemsnitlig 23 måneders behandling. Brystudvikling og udvikling af pubesbehåring lå inden for normale tidsintervaller for pubertetsstadium II-V (Tanner). Sluthøjdeberegning for 12 piger fra gruppe II var 142,2 cm, observeret højde var 144,2 cm. Knoglemodningen var fremskyndet i første behandlingsår i gruppe I.

Konklusion: genuine østrogener tilført i små doser og individuelt doseret tilvejebringer en normalt forløbende pubertetsudvikling og en vækstpurt, som indsætter i første behandlingsår hos piger med Turner's syndrom. Dette kan være af stor psykologisk betydning. Der er grundlag for at undersøge effekten af endnu lavere østrogendosis på de samme parametre.

* B.Brock Jacobsen, S. Krabbe, P. Lebech, B. Peitersen, K.E. Petersen, E. Thandrup & R. Wichmann.

PRÆNATAL STEROID-BEHANDLING AF ADRENOGENITALT SYNDROM.

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

Formålet med prænatal behandling af adrenogenitalt syndrom (21 hydroxylase-defekt) er suppression af den abnorme produktion af hormoner i den foetale binyrebark og forhindring af virilisation af pigefostre. Decadron synes at være mere effektiv end hydrocortison.

Vi har fulgt 2 mødre, der tidligere har født viriliserede piger, under aktuelle graviditeter med planlagt fødsel i december 1985 efter følgende plan: behandling så tidligt som muligt med decadron 1 mg per dag - transabdominal chorion-villus-biopsi i uge 11 for at fastslå barnets køn - amniocentese i uge 17 efter 5 dages seponering af behandlingen - HLA-vævstype og steroid-analyse på amnionvæske for at fastslå om barnet er afficeret - fortsat behandling til fødslen, hvis det drejer sig om et afficeret pigefoster.

I det første tilfælde kunne det vises, at kromosomerne var XY og det var derfor muligt at begrænse decadron-behandlingen til 3 uger og undgå amniocentese. Drengen viste sig ved fødslen at være rask.

I det andet tilfælde gennemførtes planen. Kromosomanalyse viste XX og behandlingen, der supprimerede moderens binyrebark fuldstændigt, fortsatte til fødslen.

Pigen havde ved fødslen normale genitalia, og moderen havde normal respons på ACTH efter fødslen.

(Undersøgelserne er gennemført sammen med Meta Damkjær Nielsen, Glostrup, Ole Buus, København, Philippe Couillin, Paris, U. Lamm, Århus, N. Hahnemann, Aalborg, A.J. Therkelsen, Århus, E. Hasch, Kolding).

Programoversigt

1. A. Pærregaard, M. Vilien, P.A. Krasilnikoff & E. Gudmand-Høyer (Pæd.afd. og Med.afd. F, KASGentofte):
Mistænkt mb. coeliacus hos børn, efterundersøgt 14-40 år senere.
 2. K. Hjelt & P.A. Krasilnikoff (Børneafd., KASGentofte):
Den eksokrine pankreas patofysiologiske rolle ved gluteninduceret vitamin B₁₂-malabsorption hos børn med coeliaci.
 3. P.O. Schiøtz, P. Stahl Skov & K. Mauritzen (Børneafd. G, børnekir.afd. GK, Rigshospitalet & Farmakologisk Inst., København):
Histaminfrigørelse fra humane tyndtarmsmastceller og basofile leukocytter.
 - 4.* M. Tvede, P.O. Schiøtz & P.A. Krasilnikoff (Klin.mikrobiol.afd., Rigshospitalet & børneafd., KASGentofte):
Forekomsten af clostridium difficile hos børn. En et-årig prospektiv undersøgelse.
 5. H. Skovbjerg & P.A. Krasilnikoff (Biokemisk Inst., Panum & børneafd., KASGentofte):
Isomaltase og maltase-glucoamylase hos patienter med sukrasemangel.
 6. P.O. Schiøtz, H. Skovbjerg, M. Schwartz, J. Hart Hansen & P.A. Krasilnikoff (Børneafd. G, afd. for klin.genetik, Rigshospitalet, Med.afd. F, KASGlostrup, Patologisk afd. & børneafd., KASGentofte):
Dipeptidase-, alkalisk fosfatase- og disakkaridase- koncentrationer i tyndtarmsbiopsier fra CF-patienter.
 7. P.A. Krasilnikoff & H. Skovbjerg (Børneafd., KASGentofte & Biokem. Inst. C, Panum):
Kan fruktose stimulere sukrase og isomaltase hos børn med sukrose-isomaltose malabsorption?
 8. L. Rasmussen & L.P. Hansen (Børneafd., Odense Sygehus):
Infantil hypertrofisk pylorus stenose (IHPS) i Fyns amt 1950-1984.
- * Referat ikke modtaget.

MISTÆNKT MB. COELIACUS HOS BØRN, EFTERUNDERSØGT 14-38 ÅR SENERE.

A. Pærregaard, M. Vilien, P.A. Krasilnikoff & E. Gudmand-Høyer (Børne-
afd. L og Medicinsk afd. F, KASGentofte).

Med det formål at belyse langtidsprognosen for coeliaci og vurdere validiteten af den oprindelige diagnose, blev 35 personer, tidligere mistænkt for coeliaci, efterundersøgt. Ingen af personerne var tidligere tyndtarmsbiopsieret.

Personernes alder var 16-41 år og der var forløbet 14-38 år siden den primære indlæggelse. Enogtyve af de 35 patienter blev tyndtarmsbiopsieret. Biopsierne blev undersøgt stereomikroskopisk, lysmikroskopisk og disakkaridase-aktiviteterne analyseret.

Ingen af personerne mente at være syge mere og ingen overholdt konsekvent diæt. Af de 21 biopsier var 11 normale og 10 abnorme, idet 6 af de sidstnævnte viste klassiske forandringer med flad slimhinde og lave enzymer, medens 4 viste normal slimhindemorfologi, men lave enzymer. Uanset om biopsien var normal, havde 50% af personerne en eller flere klager. Blandt personerne med abnorm biopsi var 1/3 symptomfri, 1/3 havde lette til moderate colon irritable lignende gener og 1/3 havde klinisk malabsorption eller klart påvirket almentilstand. Til trods for at diæten hos alle blev seponeret få måneder til år efter diagnosen var stillet, opnåede ingen en sluthøjde lavere end forventet. Blodanalyserne viste stort set normale forhold. I gruppen med abnorm biopsi havde 1/3 flad laktosebelastningskurve og patologisk fæcesfedt-udskillelse, medens alle havde normal xylosebelastning. Vi konkluderer, at den kliniske diagnose (uden biopsi) af coeliaci er usikker, at sluthøjden ikke synes at påvirkes trods tidligt diætbrud og at symptomatologien i voksenalderen er særdeles varierende og kun i de færreste tilfælde i overensstemmelse med klassisk opfattelse af malabsorptions-syndrom.

DEN EKSOKRINE PANKREAS PATOFYSIOLOGISKE ROLLE VED GLUTENINDUCERET
VITAMIN B₁₂-MALABSORPTION HOS BØRN MED CØLIAKI.

K. Hjelt & P.A. Krasilnikoff (Børneafdelingen KAS Gentofte).

Absorptionen af vitamin B₁₂ (B₁₂ ABS) blev undersøgt med dobbelt-isotopteknik, en metode som har vist sig velegnet hos børn, idet den stiller ringe krav til Kooperation, ligesom strålingsdosis er meget lille. Ved denne teknik opnås et direkte mål for B₁₂ ABS, ligesom vi har tilvejebragt et normalområde for de enkelte aldersgrupper. Ud fra undersøgelser med glutenfri og glutenholdig diæt fandtes, at der indtrådte ændringer i B₁₂ ABS allerede efter 1-3 mdr.. Disse ændringer afspejledes samtidig i serum B₁₂-koncentrationerne.

Multiple biopsier fra voksne cøliakipatienters tyndtarm har vist, at tyndtarmens gluteninducerede mucosalæsion aftager distalt. Da vitamin B₁₂-intrinsic factor komplekset absorberes fra ileum, foreligger der derfor den mulighed, at de ovennævnte forandringer i B₁₂ ABS kun delvist skyldes mucosaskade af ileum.

Ud fra undersøgelser med intravenøs og oral stimulation af den eksokrine pankreas samt nyere viden om den eksokrine pankreas fysiologiske rolle ved B₁₂ absorption kan det konkluderes, at de nævnte ændringer i B₁₂ ABS i hvert fald delvist skyldes insufficient stimulation af den eksokrine pankreas som følge af læsion af tyndtarmsmucosa i den proksimale tyndtarm.

HISTAMINFRIGØRELSE FRA HUMANE TYNDTARMSMASTCELLER OG BASOFILE LEUCOCYTTER.

P.O.Schiøtz, P. Stahl Skov & K.Mauritzen (Børneafdeling G, Rigshospitalet, Farmakologisk Institut, Københavns Universitet og børnekirurgisk afd. GK, Rigshospitalet).

Formålet med undersøgelsen har været at etablere en in vitro metode til påvisning af histaminfrigørelse fra disperserede humane tarmmastceller med immunologisk såvel som non-immunologisk aktivering.

Metoden blev udviklet ved brug af tyndtarmsvæv fra patienter, som blev opereret, og hvor der alligevel skulle fjernes tyndtarmsvæv. Ca. 150 mg tyndtarmsmucosa blev herefter behandlet med collagenase i 90 minutter ved 37^o, hvorved cellerne disperseres.

Suspensionen indeholdt 2-8% mastceller, som blev vasket 3 gange og herefter inkuberet med anti-IgE, Con-A og A 23187 (calcium-ionophore). Histaminfrigørelse fra cellerne blev målt fluorometrisk efter adsorption til glasmikrofibre.

Resultaterne viser, at aktivering med Con-A og A 23187 dosisafhængigt frigjorde histamin hos alle 5 undersøgte patienter og at 2 ud af disse 5 endvidere responderede på anti-IgE.

Histaminfrigørelse fra de samme patienters basofile leucocyttar viste respons hos alle 5 på A 23187, 3 patienter responderede på Con-A og 4 patienter på anti-IgE.

Resultaterne viser, at humane basofile leucocyttar ikke nødvendigvis aktiveres af samme stimuli som mucosa-mastceller hos samme patient. Metoden forventes at kunne modificeres således, at den kan anvendes ved diagnose af gastrointestinal allergi.

ISOMALTASE OG MALTASE-GLUCOAMYLASE HOS PATIENTER MED SUKRASEMANGEL.

H. Skovbjerg & P.A. Krasilnikoff (Biokemisk Institut C, Panuminstituttet & Børneafdelingen, KAS Gentofte).

Sukrase-isomaltase mangel er en arvelig sygdom, som karakteriseres ved mangel på tyndtarmsenzymet sukrase-isomaltase. Dette er bygget op af 2 distinkte polypeptider, som har henholdsvis sukrase eller isomaltase-aktivitet.

Vi undersøgte tyndtarmsbiopsier fra 9 patienter med sukrase-isomaltase mangel. Alle patienter manglede sukrase-aktivitet, men 3 patienter havde en restaktivitet af isomaltase. Ved raketimmunoelktroforese overfor specifik sukrase-isomaltase antistof danner denne isomaltase en enkelt raket. Ved polyacrylamid-gel-elktroforese efterfulgt af immunoblotting kunne den resterende isomaltase vises at have en molekylvægt på ca. 145.000, dvs. samme molekylvægt som isomaltase i normale biopsier.

Maltase-glucoamylase i biopsierne blev specifikt kvantiteret med krydset immunoelktroforese. Det kunne vises at en af patienterne havde næsten total mangel på maltase-glucoamylase, 3 patienter havde en normal mængde maltase-glucoamylase og 5 patienter dannede en intermediær gruppe.

Konklusionen er, at sukrase-isomaltase mangel patienterne danner en mere heterogen gruppe end hidtil antaget. Vi har tidligere foreslået, at de bør underinddeles efter eventuel tilstedeværelse af resterende isomaltase (1). Derudover har en del af dem tilsyneladende delvis mangel på maltase-glucoamylase.

1. Skovbjerg, H. & Krasilnikoff, P.A. *Pediatr. Res.* 1981; 15: 214.

DIPEPTIDASE-, ALKALISK FOSFATASE- OG DISAKKARIDASE- KONCENTRATIONER I TYNDTARMSBIOPSIER FRA CYSTISK FIBROSE PATIENTER.

P.O. Schiøtz, H. Skovbjerg, Marianne Schwartz, J. Hart Hansen & P.A. Krasilnikoff. (Børneafdeling G, Rigshospitalet, Afd. for Klin.Genetik, Rigshospitalet, Med.afd. F, KASGlostrup, Patologisk afd. og børneafd., KASGentofte).

Prænatal diagnose hos patienter med cystisk fibrose (CF) har i de seneste år koncentreret sig om børstesøms-peptidaser, disakkaridaser og i særdeleshed alkalisk fosfatase, hvis koncentrationer synes at være specielt lave i amnionvæsken i 2. trimester, når fosteret har CF. Disse lave værdier forklares sædvanligvis som en kompromitteret in utero passage af meconium fra tarmen, hvor antagelsen er, at produktionen af enzymerne i mucosa i føtallivet er normal. Dette støttes af den kendsgerning, at disakkaridase-koncentrationerne hos CF-patienter i børstesømmen findes at være normal.

Peptidase og alkalisk fosfatase-koncentrationer i børstesømmen har imidlertid aldrig været undersøgt.

Vi har derfor hos 8 CF-patienter foretaget en undersøgelse af aminopeptidase A og N, dipeptityl-dipeptidase, alkalisk fosfatase, laktase, sukrase, maltase og trehalase. Disse fandtes alle normale. Også biopsierne var histopatologisk normale.

Ved immunoblotting teknik er molekylvægten af sukrase-isomaltase endvidere undersøgt. Patienterne havde på undersøgelsestidspunktet været uden Pankreatin i 3 døgn.

Seks ud af 8 undersøgte havde mere højmolekylært sukrase isomaltase end man finder i normale biopsier.

De lave peptidase og alkalisk fosfatase værdier, man finder i amnionvæsken fra 2. trimester fostre med cystisk fibrose, kan således formentlig ikke forklares af den nedsatte enzymkoncentration i børstesømmen. Fundet af højmolekylært sukrase-isomaltase demonstrerer pankreasenzymernes virkning på dette enzymkompleks hos mennesket in vivo.

KAN FRUKTOSE STIMULERE SUKRASE OG ISOMALTASE HOS BØRN MED SUKROSE-ISOMALTOSE MALABSORPTION?

P.A. Krasilnikoff & H. Skovbjerg (Børneafd., KAS Gentofte og Biokemisk Institut C, Panuminstituttet).

Hos normale voksne stimulerer fruktose aktiviteten af sukrase- og maltase. Hos et enkelt barn med sukrase-isomaltose malabsorption har Greene et al. (1) påvist en stigning i sukraseaktiviteten efter indgift af fruktose i en mængde sv.t. 40-60% af kalorieindtaget - og på denne baggrund foreslået fruktoseindgift som en behandlingsmulighed til disse patienter.

For at belyse denne mulighed har vi, ved hjælp af tidligere beskrevne undersøgelsesmetoder (2), undersøgt disakkaridasernes aktivitet og immunoelektroforetiske mønster, hos 2 børn (alder 13 og 16 år) med sukrase-isomaltose malabsorption før, og 2 uger efter, en daglig indgift af en iøvrigt isokalorisk diæt indeholdende 300 g fruktose (sv.t. ca. 50% af kalorieindtaget).

Før fruktoseindgiften havde begge børn en sukraseaktivitet, som lå under "detection level" (1 U/g protein) og en restaktivitet af isomaltase på henholdsvis 7,9 og 2,9 U/g protein. Efter fruktoseindgiften fandtes fortsat ingen sukraseaktivitet og ændringerne i isomaltaseaktiviteten var ikke signifikante. De immunoelektroforetiske undersøgelser var helt i overensstemmelse hermed.

Konklusion:

Selv en meget stor daglig indgift af fruktose kan ikke fremprovokere en øgning af de manglende/nedsatte enzymer ved sukrase-isomaltose malabsorption - og udgør derfor ikke noget behandlingsmæssigt alternativ.

1) Greene, H L et al. Biochem Med 1972; 6: 409.

2) Skovbjerg, H, Krasilnikoff, P A. Pediatr. Res. 1981; 15: 214.

INFANTIL HYPERTROFISK PYLORUS STENOSE (IHPS) I FYNS AMT
1950-1984. - SYMPTOMVARIGHED, KLINISK PRÆSENTATION OG
BEHANDLING.

L. Rasmussen og L.P. Hansen (Børneafdeling H, Odense
sygehus).

Af 679 patienter med IHPS blev 528 behandlet på Odense
sygehus og resten på amtets øvrige sygehuse.

Fra periodens første femårs periode var operations-
procenten 56, hvorefter gradvis stigende til 100. I perio-
dens første del var symptomvarigheden før indlæggelse 2-3
uger, mod nu kun 1 uge, hvilket svarer til hurtigere hen-
visning af patienter med symptomer tydende på IHPS. Med-
icinsk behandling med spasmolytika blev gradvist ind-
skrænket, således behandlede over 60% af børnene med Sko-
pyl i den første tiårs periode mod kun 10% inden indlæg-
gelse i den sidste tiårs periode. Medicinsk behandling
under indlæggelse anvendtes kun hos to børn fra de sidste
ti år. Sygdommen betragtes fra midten af undersøgelses-
perioden ikke længere som en medicinsk lidelse, og diag-
nosen "pylorospasmus" anvendtes derefter ikke længere. Den
gennemsnitlige indlæggelsestid var for medicinsk behandle-
de patienter i den første femårs periode 57 dage, og for
de kirurgisk behandlede 9 dage i den sidste femårs periode.

Syre-base status med angivelse af base excess indgik
fra begyndelsen af 60'erne i laboratorieundersøgelserne
af disse patienter. Et fald i gennemsnitlig base excess
fra +8,3 i årene fra indførelsen af undersøgelsen til
4,3 de sidste år afspejler den kliniske iagttagelse, at
patienterne ved indlæggelsen nu er mindre påvirkede end
tidligere.

Incidensen af IHPS gennem de sidste tyve år var 3,5
per 1000 levende fødsler.

Programoversigt

1. Ledende skolepsykolog, cand.psych. M. Hansen (Skolepsykologisk rådgivning, Lyngby-Tårnbæk kommune):
Skolebørn med særlige behov.
2. B. Zachau-Christiansen (børneafd. G, Rigshospitalet):
Nogle fund fra skolealderen i RH's mor-barn undersøgelse.
- 3.* E. Hansen (Neuromed. afd., Odense Sygehus):
Konstitutionel og symptomatisk dyslexi.
4. E. Lykkegaard (Skolen i Charlotttegården, Københavns kommune og speciallægepraksis, Roskilde):
Pædiatrisk vurdering af børn med indlæringsvanskeligheder på skolen i Charlotttegården og i speciallægepraksis.
5. Ergoterapeut K. Jensen & ergoterapeut H. Grusgaard (Klinik for cerebral parese og børneneurologi, børneafd., Rigshospitalet):
Eksempler på behandlingsmuligheder for børn med indlæringsvanskeligheder.
6. Cand.psych. og ingeniør Viggo Petersen (Epilepsihospitalet, Kolonien Filadelfia):
Sammenhæng mellem indlæringsvanskeligheder og subkliniske epileptiske fænomener.

* Referat ikke modtaget.

SKOLEBØRN MED SÆRLIGE BEHOV

M. Hansen (Skolepsykologisk kontor, Lyngby-Taarbæk kommunes skolevæsen)

I specialundervisningsprojektet SUP fulgtes fra 1977 - 1980 470 skolebegyndere i tre skoleår. Af elevårgangen havde 15% skolevanskeligheder, der resulterede i specialundervisning eller anden specialpædagogisk bistand i kortere eller længere perioder.

En analyse af elevårgangen viste, at børnene kunne beskrives som tre pædagogisk forskellige grupper:

80-90%, der klarer skolegangen rimeligt i overensstemmelse med læseplanerne, - 10-15%, der i en periode har brug for specialundervisning på grund af en ubalance mellem deres individuelle udviklingstakt og undervisningens progression, - 1-4%, der har specifikke indlæringsvanskeligheder og i lange perioder har brug for omfattende og intensiv specialundervisning - ofte som enkeltmandsundervisning.

Børn med indlæringsproblemer kan med forsigtighed opdeles i to pædagogisk og psykologisk forskellige grupper. En gruppe kan afgrænses ud fra en beskrivelse af den særlige støtte, de har brug for. Det drejer sig f.eks. om langsomme startere, børn med familieproblemer, med små sproglige problemer eller som har fået utilstrækkelig undervisning. En anden og mindre gruppe kan afgrænses ud fra en diagnose af barnets handicap. Det drejer sig f.eks. om moderat og svært psykisk udviklingshæmmede, sensorisk handicappede, svært bevægelseshandicappede.

Skolen må både forholde sig til afhjælpning og forebyggelse = indlæringsforberedelse. Det bygger på en kombination af et udviklingsteoretisk grundsyn og indsigt i indlæring. I projekt Cecilie sættes udviklende aktiviteter i gang med henblik herpå 1985-1987 for at mindske omfanget af børn med særlige behov.

NOGLE FUND FRA SKOLEALDEREN I RH's MOR-BARN UNDERSØGELSE.
B. Zachau-Christiansen. Børneafdelingen, Rigshospitalet.

9006 gravide, der 1959-61 fødte på Rigshospitalet, blev registreret og EDB-behandlet af A.L. Villumsen. De fødte børn blev 1. og 5. leve-døgn undersøgt af I. Thorn, J.H. Probst og B. Zachau-Christiansen, som undersøgte de overlevende igen ved 1-2 år sammen med I. Lomholt og K. Vollmond, der igen så børnene ved 3 og 6 år. B. Zachau-Christiansen og E.M. Ross: Babies. London: Wiley 1975.

I skolealderen blev 5 projekter gennemført:

- 1) L. Lier & N. Michelsen viste bl.a., at afhængig af undersøgelsesmetode var 4, henholdsvis 20% af neonatalt optimale børn neurologisk afvigende ved 11 år, mens dette fandtes hos 5/50% af asfyktiske præ-mature og 32/42% af asfyktiske small for date. Arbejdet medførte udvikling af program for funktionspræget neurologisk undersøgelse af skolebørn. Fulmlere og tumlere, København: Soc.med. Inst. 1978;10.
- 2) Skolepsykologernes Landsforening gennemførte en række standardiseringer af skolepsykologiske undersøgelser med sammenligninger til projektbørn med LFV, specielt læseprøver, ligesom skoleforløbet for disse børn er undersøgt. Ingen LFV-børn fra socialklasse I kom i hjælpeklasse, det gjorde 24% fra socialklasse V, stigende til 39% af børn med neurologiske symptomer ved 1 år. E. Kruuse et al. Lav fødselsvægt - et risikomoment. Helsingør: Skolepsykologisk Forlag 1977. Skoleforløbet for børn med lav fødselsvægt. Ibid. 1984.
- 3) Psykologisk Institut på Kommunehospitalet (F. Schulsinger) har gennemført en række undersøgelser vedr. samspil mellem arv og perinatale komplikationer ved psykiske lidelser, specielt alkoholmisbrug. J. Knop et al. J. Stud. Alcohol 1985; 46, 273-278.
- 4) H. Fledelius har grundigt belyst øjensygdomme hos børn fra projektet, spec. med LFV og påvist tendens til tidlig myopi. Acta Ophthalmol. 1982; 60, 403-411.
- 5) J. Merrick har udarbejdet liste over projektets 190 publikationer og bearbejdet 4300 skolelægehelbredskort om børn i projektet.

PÆDIATRISK VURDERING AF BØRN MED INDLÆRINGSVANSKELIGHEDER PÅ SKOLEN
I CHARLOTTEGÅRDEN OG I SPECIALLÆGEPRAKSIS.

E. Lykkegaard (Skolen i Charlottegården, Københavns Kommune og speciallægepraksis, Roskilde).

Skolen i Charlottegården er en specialskole for normalt begavede børn med psykiske forstyrrelser og/eller sværere indlæringsvanskeligheder. Børnene modtager vidtgående specialundervisning efter Folkeskolovens § 19, stk. 2, der omhandler elever med vidtgående fysiske/psykiske handicaps.

På skolen er ansat speciallærere, der har hjælp af assistenter, således at voksen-elevratio er 1:4, yderligere speciallæge i pædiatri 9 timer ugentlig, sundhedsplejerske dgl. samt halvtidsansat specialuddannet ergoterapeut og sekretær for skolesundhedstjenesten med 5 timer ugentlig normering. Der foregår et løbende, tværfagligt samarbejde mellem skolesundhedstjenesten, lærerne, skolepsykologisk kontor, skolepsykiatrisk konsultation og børneambulatorierne. Børnene vurderes neuropædiatrisk med en grundig anamnese, en traditionel, neurologisk undersøgelse og en funktionsorienteret, neurologisk undersøgelse. Ved mistanke om dysintegration sensorica supplerer ergoterapeuten med en speciel sanseintegrationstest, der danner grundlaget for både en nøjere diagnose og en efterfølgende behandlingsplan med henblik på sanseintegrationsbehandling. Begrundelsen for at foretage en sådan sanseintegrationsbehandling er det forhold, at kompromitteret sanseintegration kan blokere indlæringen og afstedkomme adfærdsforstyrrelser. Sideløbende med disse ting støttes børnene og deres familier specielt pædagogisk og psykologisk.

I speciallægepraksis henvises børn med indlæringsvanskeligheder oftest på foranledning af skolepsykologerne, men også egen læge, ergoterapeuter, fysioterapeuter, forældrene og lærere er begyndt at tage initiativ til at en sådan undersøgelse sættes i værk. Der foretages samme neuropædiatriske vurdering og børnene tilbydes samme behandling, men samarbejdslinierne er knapt så veletablerede som på skolen i Charlottegården.

EKSEMPLER PÅ BEHANDLINGSMULIGHEDER FOR BØRN MED INDLÆRINGSVANSKELIGHEDER

K.Jensen (Ergoterapien, Rigshospitalets Klinik for Cerebral Parese og Børneneurologi).

Børn med lettere motoriske vanskeligheder kombineret med indlæringsvanskeligheder og/eller adfærdsmæssige vanskeligheder kan efter nærmere undersøgelser opdeles i 3 grupper:

- 1. Børn hvor der kan konstateres en hjerneskade. Problemerne kan her beskrives som fortrinsvis liggende i de corticale og efferente funktioner. Børnenes taktile, motoriske og perceptuelle funktion vurderes. *Behandlingen vil bestå af sansemotorisk behandling eller af motorisk og taktil træning, hvor barnet bevidst skal bedømme og styre bestemte bevægelser, samt evt. af perceptionstræning.***
- 2. Børn med sanseintegrationsproblemer. Vanskelighederne kan her beskrives som liggende fortrinsvis i de afferente og integrerede systemer. Disse børn vurderes med SI-testen, postrotatorisk nystagmustest samt observationer af motorik og adfærd under testning. Herved bedømmes barnets evne til at integrere vestibulære, taktile, kinesthetiske og visuelle stimuli samt evnen til motorisk planlægning. Tilstande som taktil skyhed og postural usikkerhed kan konstateres. *Behandlingen af disse børn har til formål at bedre barnets sensoriske-motoriske grundlag, så det bedre bliver i stand til at lære. Der arbejdes hovedsageligt med sansepåvirkninger via de sanser, der i udviklingsmæssig henseende er helt basale: den taktile, den vestibulære og den proprioceptive sans. Denne behandling kræver ikke – i modsætning til corticalt betingede dysfunktioner – at barnet bevidst skal styre sin motorik, men aktiviteterne udløser automatisk adapterende svar hos barnet, hvorved sanseintegrationen fremmes.***
- 3. Børn hvis dysfunktioner skyldes psyko-sociale årsager. *Behandlingen bør rette sig mod disse faktorer, evt. kombineret med sansemotorisk træning.***

SAMMENHÆNG MELLEMLER INDLÆRINGSVANSKELIGHEDER
OG SUBKLINISKE EPILEPTISKE FÆNOMENER
(Skjult Epilepsi)

V. Petersen (Neurofysio-Psykologisk Lab., EPILEPSIHOSPITALET,
4293 Dianalund)

Der har gennem årene, næsten lige siden EEG blev taget i rutinemæssig brug, været mange diskussioner blandt neurofysiologer om, hvorledes man skal tolke interictale EEG-fænomener. I årenes løb er der blevet udført adskillige eksperimenter for at vurdere, om disse interictale EEG-fænomener har indflydelse på eksempelvis børns psykiske, specielt kognitive funktionsniveau. Først i nyere tid med mere moderne og avancerede computerteknologi er det lykkedes at påvise, at selv ultrakorte forandringer i EEG kan have endog overraskende stor betydning for kognitive processers forløb i den humane hjerne. Da en række af de EEG-fænomener, der specielt er blevet studeret, er, hvad man kan kalde epilepsisignifikante, har man i de senere år brugt betegnelsen skjulte epileptiske fænomener, når der ved hjælp af moderne teknologi har kunnet påvises en sikker sammenhæng mellem det kognitive funktionsniveau og det helt samtidige EEG.

Følgende heraf har det, specielt hvis der har været tale om børn med udtalte indlærings- eller adfærdsvanskeligheder, været forsøgt at behandle med antiepileptisk medicin. I en række tilfælde er det på Epilepsihospitalet i Dianalund lykkedes at fjerne de epileptiske fænomener fra EEG og konstatere en mere egal psykisk funktion. Imidlertid var det i begyndelsen overordentlig skuffende, at den kliniske effekt på barnets almene funktion - såsom indlæring og adfærd - kun ændredes ganske lidt eller slet ikke. Ved at nå til den konklusion, at den antiepileptiske behandling alene kun skaber mulighed for, at en ændring kan ske, og at den medicinske behandling således kun kan betragtes som begyndelsen og ikke som slutningen, har vi indført en mere tværfaglig og multidisciplinær behandlingsstrategi. Der er således tale om, at den sekundære psykologiske effekt af de små skjulte epileptiske fænomener er betydelig større, end man kunne forvente umiddelbart, og at det i virkeligheden er den af de epileptiske fænomener forårsagede utryghed, lave selvværdsfølelse og negative motivation, der i langt højere grad end selve epilepsien, forårsager de indlæringsmæssige og adfærdsmæssige vanskeligheder.

Programoversigt

1. T. Klinge (Børneafd., Holbæk):
Pædiatri i Vestsjællands amt.
2. H. Verder (Børneafd., Holbæk):
Forebyggelse af RDS. LS-ratio, steroider, surfactant. Status i dag.
3. A. Bo-Hansen & K.Wulff (Klinisk-kemisk afd., Odense og børneafd., Holbæk):
Klinisk anvendelse af CK-isoenzymmer i pædiatri, herunder specielt neonatologi.
4. K. Wulff, A.Bo-Hansen, P.Svendson & J.Ringsted (Børneafd., Odense, børneafd., Holbæk, klinisk-kemisk afd., Odense, biokemisk afd., Odense Universitet & Patologisk Institut, Odense):
CK-BB-isoenzymmer i cerebrospinalvæske hos nyfødte rotter under asfyksi.
5. B. Scherling, M.Damkjær, J.Giese, A.Mourier & H.Verder (Børneafd., Holbæk & klinisk-fysiologisk afd., Glostrup):
Bartters syndrom. Patofysiologi og behandling. 2 tilfælde.
6. K. Wulff, S.Petersen, M.Damkjær, B.McIntyre, M.Brems, H.Sardemann & G.E.Andersen (Børneafd., Holbæk, klinisk-fysiologisk afd., Glostrup, børneafd., Herning, børneafd., Kolding, børneafd., Århus, børneafd., Roskilde & afd. GN, Rigshospitalet):
Pseudohypoadosteronisme. Gennemgang af kendte tilfælde i Danmark.
7. E. Lægård & B.Scherling (Børneafd., Holbæk):
Mødre under 18 år og deres børn. En interviewundersøgelse af unge mødre, som i perioden 1979-84 har født deres første barn på Holbæk Centralsygehus.
8. C.Koch, E.Dickmeiss, S.Haahr, E.Kappelgaard, J.Leerhøj, A.Møller-Larsen, H.Nielsen, P.Platz & H.Verder (Børneafd. G, Medicinsk afd. TA & vævstypelaboratoriet, Rigshospitalet, blodbanken, KKHH, med. mikrobiologisk institut, Århus Universitet & rubella-afd., Serum-instituttet):
Late Onset Rubella-syndrom.

PÆDIATRI I VESTSJÆLLANDS AMT.

T. Klinge (Børneafdelingen, Holbæk).

En oversigt over pædiatri i Vestsjælland og præsentation af børneafdelingens aktiviteter idag med særlig omtale om vore bestræbelser på at etablere bredere tværfagligt samarbejde i amtet.

FOREBYGGELSE AF RDS. GLOCCORTICOSTEROIDPROFYLAKSE, L/S-RATIO, SURFACTANT BEHANDLING. STATUS IDAG.

Henrik Verder (Børneafdelingen, Holbæk).

Forebyggelse af RDS med glucocorticosteroider har været anvendt i 14-15 år og anvendes i de fleste lande, vi sammenligner os med. Kontrollerede undersøgelser har vist, at profylaksen er virksom. Den er i det væsentlige ufarlig, men RDS forekommer stadig, og nogle steder i stigende grad. Det aktuelle problem er derfor at finde den mest effektive profylakse: Hvilket glucocorticosteroid, og hvordan skal det indgives? - andre medikamina, - f.eks. Teofylamin? - Andre former for profylakse.

I tilfælde af truende præmatur fødsel med truet foster, hvor udskydelse af fødselstidspunktet dog kan forsvares, bør bestemmelse af surfactant i amnionvæsken overvejes, idet glucocorticosteroid skal gives i mere end 48 timer før fødsel for at være optimalt effektivt. Er surfactantindholdet normalt, kan og bør det truede foster i mange tilfælde bringes til verden straks for at undgå asfyksi.

Surfactant bestemmelse bør endvidere overvejes ved tidlige elektive fødsler.

Surfactant behandling, dvs. intratrakealindgift på de helt små nyfødte umiddelbart efter fødslen, er fremtidens behandling.

Sværhedsgraden af RDS kan nedsættes og tiden i respirator forkortes væsentligt, med alle de fordele det indebærer, mindre risiko for hjerneblødning, retrolental fibroplasi m.m. Humant surfactant er effektivt, mens det effektive artificielle surfactant endnu ikke fundet.

KLINISK ANVENDELSE AF CK-ISOENZYMER I PÆDIATRI, HERUNDER SPECIELT
NEONATOLOGI.

A. Bo-Hansen & K. Wulff (Klinisk-kemisk afd., Odense og børneafd., Holbæk.

Creatin kinase kan adskilles i tre isoenzymer CK MM, CK MB og CK BB. CK MB aktivitetsmåling har igennem flere år været brugt ved diagnostisering af AMI. På lignende vis kan CK BB bruges som indikator for vævsødelæggelse i de væv, hvor dette isoenzym findes i høj koncentration - f.eks. hjernevæv.

Vi har ønsket at belyse, om CK BB aktivitetsmåling i cerebrospinalvæske og/eller serum kan anvendes til at bedømme diffus hjerneskade hos børn som følge af neonatal asfyxi.

Der redegøres for: Projektets baggrund. Metodeudviklingen. Fastlæggelse af børnereferenceværdier for CK BB i CSF og serum.

CK-BB-ISOENZYM I CEREBROSPINALVÆSKE HOS NYFØDTE ROTTEN UNDER ASFYKSI.
K. Wulff, A. Bo-Hansen, P. Svendsen & J. Ringsted (Børneafd., Odense, børneafd., Holbæk, Klinisk-kemisk afd., Odense, Biomedicinsk afd., Odense Universitet og Patologisk Institut, Odense).

Formålet med undersøgelsen har været at undersøge, om der hos nyfødte rotter kunne påvises en korrelation mellem varigheden af neonatal asfyxi og koncentrationen af det intracellulære enzym CK-BB i CSV.

Nyfødte rotter, med en alder under 1 uge, blev anbragt i F_1O_2 0% i forskellige perioder. Til forskellige tidspunkter herefter blev der udtaget CSV.

Der kunne påvises en korrelation mellem asfyxiens længde og koncentrationen af CK-BB.

BARTTER'S SYNDROM. PATOFYSIOLOGI OG BEHANDLING. 2 TILFÆLDE.

B. Scherling, M. Damskjær, J. Giese, A. Mourier & H. Verder (Børneafd. i Holbæk og Klinisk-fysiologisk afd., Glostrup).

Bartter's syndrom er en tilstand karakteriseret ved hypokaliæmi, hyperreninæmi, i reglen hyperaldosteronisme og øget prostaglandinudskillelse i urinen samt normalt BT.

Der forelægges 2 sygehistorier. En dreng på knap 4 år med sygdomsdebut neonatalt og en pige på 14 år med debut i 13 års alderen.

De to tilfælde repræsenterer formentlig 2 forskellige varianter af syndromet.

Drengen er behandlet med prostaglandin-syntese hæmmeren Indometacin med tilfredsstillende resultat og pigen blev initialt behandlet kortvarigt med Globentyl med god virkning, måtte seponeres p.g.a. allergiudvikling. For få måneder siden har vi startet behandling med Captopril, en angiotensiv convertering enzyme hæmmer - der har været bedring af den kliniske tilstand, men foreløbig usikker effekt på hypokaliæmien.

Den udviklede patofysiologi skitseres. Centralt i patogenesen står tilsyneladende en øget prostaglandinudskillelse og en nedsat chloridreabsorption i distale tubuli.

PSEUDOHYPOALDESTERONISME. GENNEMGANG AF KENDTE TILFÆLDE I DANMARK.

K. Wulff, S. Petersen, M. Dønkjær, B. McIntyre, M. Brems, H. Sardemann & G.E. Andersen (Børneafd., Holbæk, Klinisk-fysiologisk afd., Glostrup, Børneafd., Herning, Børneafd., Kolding, Børneafd., Århus, Børneafd., Roskilde og Afd. GN, Rigshospitalet).

Pseudohypoaldosteronisme (PHA) er et syndrom med følgende karakteristika: trivselsproblemer, dyspepsi, dehydrering, salttab via nyrene, hyponatriæmi og hyperkalæmi, serum renin og serum aldosteron findes markant forhøjede, ligeledes udskillelsen af tetrahydroaldosteron. Behandling med NaCl bedrer symptomerne og normaliserer i nogen grad de biokemiske forskydninger. Der synes ikke at være behov for permanent NaCl-tilskud.

En årsag til PHA kunne være et reduceret renant response på aldosteron. Der omtales ialt 7 tilfælde fra ovennævnte børneafdelinger.

MØDRE UNDER 18 ÅR OG DERES BØRN.

E. Lægård & B. Scherling (Børneafdelingen, Holbæk).

37 mødre indgår i undersøgelsen. De er interviewet med hensyn til deres og deres børns livssituation.

Der er lagt særlig vægt på eventuelle ændringer i deres situation i forbindelse med graviditeten og fødslen.

Interviewene er suppleret med journaloplysninger fra fødeafdeling og børneafdeling.

LATE ONSET RUBELLA-SYNDROM.

C. Koch, E. Dickmeiss, S. Haahr, E. Kappelgaard, J. Leerhøy, A. Møller-Larsen, H. Nielsen, P. Platz & H. Verder. (Børneafd., Medicinsk afd. TA og Vævstypelaboratoriet, Rigshospitalet, Blodbanken, KKHH, Med. mikrobiologisk Institut, Århus Universitet og Rubella-afdelingen, Serum-instituttet.

Infektion med rubella-virus sent i graviditeten kan føre til "late-onset rubella syndrome" som blandt andet er karakteriseret ved persistente virus-infektion trods høje titre af specifikke antistoffer. Vi har i et sådant tilfælde fundet svært nedsat funktion af cytotoxiske effektorceller sammen med højt indhold af cirkulerende immunkomplekser og vil diskutere den mulige patogenetiske betydning af disse fund.

Mødeprogram

Jens Ole Nielsen (Hvidovre Hospital):

AIDS.

Elma Scheibel (Børneafd. G, Rigshospitalet):

AIDS og børn.

Derefter

ORDINÆR GENERALFORSAMLING med følgende dagsorden:

1. Valg af dirigent.
2. Formandens beretning, herunder meddelelse om optagelse af nye medlemmer.
3. Beretning fra udvalg.
4. Aflæggelse af det reviderede regnskab.
5. Fastsættelse af kontingent.
6. Forslag fra bestyrelsen og medlemmerne.
7. Valg af bestyrelse blandt de ordinære medlemmer.
8. Valg af 2 revisorer.
9. Valg af udvalgsmedlemmer og repræsentanter for selskabet.
Hertil skal anføres, at professor B.Friis-Hansen udtræder af §-14 udvalget efter 8 års samlet funktionstid. Endvidere, at overlæge E. Thandrup ophører med at være tilforordnet ved specialistanævnet efter 8 års samlet funktionstid. Endelig ønsker Karin Brostrøm (YP) at udtræde af uddannelsesudvalget.
10. Eventuelt.

AIDS

Jens Ole Nielsen (Infektionsmedicinsk afdeling, Hvidovre hospital).

AIDS blev første gang erkendt her i landet i 1981, på samme tidspunkt, som de første tilfælde blev registreret i USA. Sygdommen har siden bredt sig som en epidemi indenfor grupper af personer, der var i risiko for seksuelt overført, eller blodoverført smitte (homoseksuelle mænd, i.v. stofmisbrugere, hæmofilipatienter). Ved udgangen af oktober måned 1986 var der anmeldt i alt 120 patienter i Danmark medens fra 10.000-15.000 formodes at være smittede. Immundefekten ved AIDS skyldes infektion af T-hjælperlymfocytterne med et retrovirus benævnt HIV (humant immundefekt virus). Den cellulære immundefekt er betinget af såvel kvalitativ som kvantitativ defekt i T-hjælpercellefunktionen.

Prognosen ved AIDS er dårlig. Behandlingen er rettet mod de livstruende opportunistiske infektioner, maligne tumorer, HIV-infektionen og de psykosociale problemer. Der er på nuværende tidspunkt præliminære positive meddelelser om behandling af HIV-infektionen med stoffer der hæmmer den virale reverse transcriptase.

AIDS OG BØRN

E. Scheibel, (Børneafdeling G, Rigshospitalet).

Definitionen på AIDS i barnealderen er som for voksne, dog medregnes histologisk verificeret kronisk lymfoid interstitiel pneumoni. Primær immundefekt og medfødte infektioner skal udelukkes.

1.5% af anmeldt AIDS er hos børn svarende til, at der i juni 1986 er anmeldt 249 børn med AIDS i USA. I 75% af tilfældene af AIDS hos børn tilhører forældrene en risikogruppe. I 14% af tilfældene har børnene fået blodtransfusioner og i 5% behandling med faktorpræparater på grund af hæmofili. I 6% af tilfældene har oplysningerne været inkomplette. De fleste AIDS-tilfælde i barnealderen diagnosticeres i de første leveår undtagen hos bløderne, som oftest er ældre.

Infektionen med AIDS-virus kan overføres perinatalt fra moderen under graviditeten, under fødslen eller kort tid efter, formentlig via modermælken. En undersøgelse har vist, at blandt børn født af mødre, der havde født 1 barn med AIDS, blev 65% smittet.

Nyfødte med AIDS har et typisk udseende med dysmaturitet, mikrocephali, flad næse, prominierende pande, skrå øjne, hypertelorisme og prominierende overlæbe. I modsætning til hvad der ses hos voksne, er infektionerne i begyndelsen bakterielle. Mange børn udvikler encephalopathi. Diagnosen kan være vanskelig før 6 mdr.'s alderen, idet påvisning af AIDS-antistoffer kan være passivt overførte antistoffer fra moderen og ikke udtryk for en infektion hos barnet. Udover antibiotisk behandling af de påviste infektioner bør børn med AIDS i de første leveår forsøges behandlet med i.v. gammaglobulin.

26% af danske børn med hæmofili er HIV-antistof positive. 1 barn er død af AIDS.

FORFATTERINDEX

	Side
Andersen, G. Eg	56
Andersen, P.	21
Bach-Mortensen, N.	17
Bisgård, H.	21
Blåbjerg, J.	26
Bo-Hansen, A.	53,54
Brammer, M.E.	30
Brems, M.	56
Buch, J.	12
Bundgaard, A.	17
Christau, B.	30,31
Christiansen, L.	27
Damkjær, M.	21,55,56
Daugbjerg, P.S.	25
Dickmeiss, E.	58
Foged, N.	21
Fuglsang, G.	21
Giese, J.	55
Grusgaard, H.	47
Gudmand-Høyer, E.	36
Hansen, J.Hart	40
Hansen, L.	16
Hansen, L.P.	42
Hansen, M.	44
Hjelt, K.	27,37
Høst, A.	16,21
Haahr, S.	58
Haase, P.	26
Jacobsen, B.Brock	29
Jacobsen, J.Ramsøe	10,12,14
Jacobsen, K.Hvid	12
Jensen, C.	19
Jensen, K.	47
Jensen, T.	22
Kappelgaard, E.	58
Kastrup, K.W.	33
Klinge, T.	51
Koch, C.	19,58
Krasilnikoff, P.A.	27,36,37,39,40,41
Kringelbach, M.	11
Kulberg, B.	28

Larsen, M.	30
Lauridsen, P.	12
Leerhøy, J.	58
Leth, C.	21
Lykkegaard, E.	46
Lægård, E.	57
Lønborg, L.	28
Mauritzen, K.	38
McIntyre, B.	56
Mourier, A.	55
Møller, M.	13
Møller-Larsen, A.	58
Nielsen, G.	13
Nielsen, H.	58
Nielsen, H.E.	26
Nielsen, I.-M.	29
Nielsen, J.O.	60
Nørby, S.	29
Norn, S.	19
Pedersen, M.	21
Pedersen, S.	20
Pelck, I.	21
Petersen, K.E.	34
Petersen, S.	56
Petersen, V.	48
Platz, P.	58
Prahl, P.	22
Pærregaard, A.	36
Ranek, L.	25,29
Rasmussen, L.	42
Rasmussen, N.H.	28
Ringsted, J.	54
Robert-Lamblin, J.	29
Sardemann, H.	56
Scheibel, E.	61
Scherling, B.	55,57
Schiøtz, P.O.	38,40
Schmidt, A.	17
Schmiegelow, K.	10
Schwartz, M.	40
Simonsen, E.	13
Skov, P.Stahl	19,38
Skovbjerg, H.	39,40,41
Stafanger, G.	21
Stryhn, H.	26
Svendsen, P.	54

Tanghøj, P.	.....	31
Turner-studiegruppen	.....	33
Verder, H.	.....	52,55,58
Vilien, M.	.....	36
Weile, B.	.....	30,31
Wennevold, A.	.....	12,14
Wilhelmsen, R.	.....	14
Wulff, K.	.....	53,54,56
Zachau-Christiansen, B.	.....	29,45
Ørnvold, K.	.....	29
Østerballe, O.	.....	16,21
Østergård, P. Aa.	.....	18

Selskabet har nu 311 medlemmer. I årets løb har følgende udmeldt sig (se vedlagte liste). Desuden har følgende anmodet om optagelse (se vedlagte liste). Bestyrelsen har intet haft at indvende mod disse indmeldelser, og hvis ingen på generalforsamlingen gør indsigelser, er de optaget som medlemmer af selskabet.

Selskabet har i den forløbne sæson holdt 8 møder, hvoraf 5 temamøder. Desuden et vellykket vårmøde i Holbæk. Bestyrelsen vil hermed gerne takke alle, der har været involveret i tilrettelæggelsen og gennemførelsen af møderne, specielt en tak til børneafdelingen i Holbæk for det flotte arrangement såvel fagligt som socialt. Bestyrelsen finder mødehyppigheden og mødeformen hensigtsmæssigt og agter at fortsætte aktiviteten efter de hidtidige retningslinier.

Bestyrelsen har afholdt månedlige møder dels med henblik på tilrettelæggelse af mødeaktiviteten og dels for diskussion for løbende sager, hvoraf følgende skal nævnes:

1985 nedsatte specialistanævnet et udvalg, der skulle vurdere og præcisere kravene til en mere formaliseret uddannelse til skolelæge. Udvalget blev sammensat med repræsentanter fra de interesserede myndigheder og organisationer, herunder blandt andet D.a.d.l., Skolelægeforeningen, P.L.O., Det samfundsmedicinske Speciale samt Pædiatrisk Selskab, og til at repræsentere os valgte bestyrelsen Ragnhild Dissing. Udvalgets arbejde afsluttedes februar 1986 med forslag til vejledende retningslinier for uddannelse til skolelæge. Konklusionen af udvalgets forslag er, at uddannelsesvarigheden bør være ca. 60 måneder og sammensættes af elementer fra pædiatri, almen medicin samt samfundsmedicin og indeholdende 12-18 måneders pædiatri, 6-12 måneders almen medicin og 12 måneders samfunds- eller socialmedicin. En kommende skolelæge kan således sammensætte sin uddannelse efter ovennævnte retningslinier - eller supplere sin eventuelle speciallægeuddannelse med det manglende, det vil sige for pædiaterens vedkommende 12 måneders samfundsmedicin og 6 måneders almen praksis. Desuden foreslås et skolelægekursus for alle af 150 timers varighed (efter opnået ansættelse som skolelæge). Som nævnt er det ikke obligatoriske krav, men vejledende retningslinier for den ansættende myndighed, det vil sige primærkommunen, der - som hidtil - skal indhente en udtalelse fra den lokale embedslægeinstitution om ansøgerens kvalifikationer. Bestyrelsen hilser med tilfredshed, at der nu skabes en mere formaliseret skolelægeuddannelse, omend den havde ønsket en endnu mere markant placering af pædiatrien, men vi må nok acceptere forslaget, som det for øjeblikket opnåelige - og se frem til, at pædiateren vil markere sig endnu stærkere i skolesundheds-tjenesten og dermed dokumentere, at pædiatri er det vigtigste udgangspunkt for skolelægevirksomhed.

Specialistanævnet har nedsat et udvalg til "nærmere at belyse den uddannelsesmæssige situation for fagområdet genetik" med et kommissorium, der indebærer, at man skal "belyse hvordan uddannelsesbehovet i fagområdet klinisk genetik opfyldes, samt overveje om der kan være behov

for etablering af selvstændigt lægeligt speciale". Også her er forskellige organisationer repræsenteret, herunder Pædiatrisk Selskab. Bestyrelsen har udpeget dr. Brock Jacobsen, Odense, som Selskabets repræsentant og yderligere er Rigshospitalets afsnit for klinisk genetik repræsenteret.

Selskabet er af Sundhedsstyrelsen blevet anmodet om en udtalelse om styrelsens redegørelse om "Transplantation af hjerte, lunge, bugspytkirtel og lever i Danmark". Vi har svaret, at Selskabet kan anbefale indførelse af disse transplantationer, og gjort opmærksom på, at alderskriterierne for specielt hjertetransplantationer må forudses snart at udvides nedadtil i forhold til redegørelsens anbefalinger, samt at indikationsområdet for levertransplantationer også vil udvides, ligesom pancreastransplantationer måske kan blive aktuelt for enkelte børn med svær regulerbar diabetes.

Vi har dog samtidig udtrykt bekymring for, at indførelse af transplantationsprogrammer kan hindre udviklingen på allerede etablerede områder og advarer - på linie med redegørelsen - mod at transplantationer indføres på bekostning af anden nødvendig behandling.

Formanden deltog oktober 1985 i et møde i Barcelona i Sammenslutningen af europæiske pædiatriske Selskaber (UNEPSA), hvor hovedemnerne var dels den hospitalsbaserede pædiatriske aktivitet kontra privat speciallægepraksis, dels den manifeste (eller truende) overproduktion af pædiatere (og læger i det hele taget). Desuden problemet om den pædiatriske subspecialisering, hvor alle erkendte, at den er nødvendig og samtidig så en fare i en opsplitning af faget med tab af den pædiatriske helhed. Det var slående at opleve, at de problemer, vi sidder med i Danmark, er de samme Europa over uanset sundhedsvæsenets forskellige opbygning (bortset fra de østeuropæiske lande, som slet ikke kendte disse problemer!).

Formanden og formanden for DBO deltog i maj i årsmødet i Sammenslutningen af Fællesmarkedets pædiatriske Selskaber og Organisationer (CESP) i Athen. Hovedemnerne her var vedtagelse af et tidligere fremsat forslag om definition på pædiatri, der kom til at lyde: "Pediatrics is defined of the medical care of the human being during and up to the completion of growth and development".

Desuden en diskussion om den pædiatriske speciallægeuddannelse med henblik på en harmonisering inden for Fællesmarkedet. Dette har været diskuteret lige så længe, sammenslutningen har bestået, men fremskridtene har været yderst minimale, og ingen forventer afgørende skridt på dette område foreløbig - dertil er forskellen på Nord- og Sydeuropa for stor. Desuden diskuteredes en harmonisering af de europæiske landes vaccinationsprogrammer samt indsatsen for at forebygge børneulykker og børnemishandling.

Det oplystes iøvrigt, at Europaparlamentet på engelsk initiativ har fået forelagt et forslag til resolution om børns hospitalsindlæggelse gående ud på, at der altid skal være et tilbud om, at forældrene kan følge med under børns indlæggelse, at børn skal indlægges på specielle børneafdelinger, og at de skal plejes af specielt uddannet personale. Bliver dette vedtaget i Europaparlamentet, kan det nok bruges i den

hjemlige debat.

Bestyrelsen har besvaret en forespørgsel fra Lægeforeningens beskæftigelsesudvalg om lægers beskæftigelsesmuligheder i fremtiden og henvist til "fremtidsbetænkningens" påpegning af pædiatriske arbejdsområder - men også påpeget, at en pædiatrisk speciallægeuddannelse med forskellig supplerer kan være baggrund for utraditionelle arbejdsområder inden for såvel social- som undervisningssektoren.

Bestyrelsen har afholdt møde med §-14 rådet for at diskutere blandt andet rådets kriterier, og jeg skal henvise til den mere fyldige beretning fra rådet ved denne generalforsamling.

Uddannelsesproblematikken har været diskuteret dels i bestyrelsen, og dels på et fælles møde mellem bestyrelse og uddannelsesudvalg. Der er enighed om, at det er nødvendigt med en styrkelse af uddannelsessituationen for læger ansat ved de pædiatriske afdelinger, hvad enten ansættelsen er et led i en pædiatrisk uddannelse eller supplement til anden uddannelse. Dette blandt andet ved etablering af strukturerede uddannelsesprogrammer ved afdelingerne. Der arbejdes i øjeblikket med dette rundt på landets afdelinger, og bestyrelse og uddannelsesudvalg agter i løbet af efteråret at indbyde repræsentanter fra samtlige afdelinger til et "symposium" om disse problemer med udveksling af ideer - og måske erfaringer - til gensidig inspiration. Der er nedsat et lille fællesudvalg til forberedelse heraf.

Ydermere har Specialistanævnet netop meddelt, at man agter at udsende en ny liste over afdelingernes uddannelsesmæssige klassificering, hvori indgår en bedømmelse af den enkelte afdelings uddannelsesprogram og en løbende vurdering af dette programs gennemførelse. (Et sådant krav til afdelingerne må vel så have som konsekvens, at den enkelte uddannelsessøgende kan dokumentere, at han også har fulgt programmet).

Endvidere diskuteredes igen spørgsmålet om børnepsykiatriens placering i den pædiatriske uddannelse. I øjeblikket kræves 6 måneders børnepsykiatrisk ansættelse, og det er umuligt at honorere dette krav inden for den eksisterende stillingsmasse på de børnepsykiatriske afdelinger. Trods mange forhandlinger mellem specialistanævn, børnepsykiatere og selskabet har det ikke været muligt at finde en løsning på problemet trods almindelig enighed om, at børnepsykiatri er nødvendig i den pædiatriske uddannelse. Specialistanævnet har netop foreslået at løse problemet ved at droppe kravet om børnepsykiatrisk ansættelse til gengæld mod at udvide pædiatrisk ansættelse fra 48 måneder til 54 måneder, og indlægge et udvidet børnepsykiatrisk kursus, hvis form og indhold nærmere skal fastlægges i uddannelsen. I skrivende stund har bestyrelse og uddannelsesudvalg endnu ikke haft mulighed for at diskutere dette forslag, men det synes at være den eneste løsning p.t.

På fællesmødet diskuteredes endvidere problemerne med udvælgelse til de 8 kursusstillinger, hvor det fra forskellig side er fremført, at udvælgelsen for ensidigt fokuserer på såkaldt videnskabelig produktion, og favoriserer de, der i forvejen er ansat på uddannelsesafdelingerne. Jeg skal i denne forbindelse henvise til uddannelsesudvalgets mere de-

taljerede beretning.

Bestyrelsen finder det vigtigt med så bred rekruttering som muligt til uddannelsesstillingerne, problemets kerne ligger i de skærende misforhold mellem antallet af velkvalificerede uddannelsessøgende og antallet af uddannelsespladser.

Forskellige mulige tiltag for bedring af tingene har været foreslået:

- Er antallet af uddannelsesstillinger hensigtsmæssigt? Tallet 8 er i sin tid fremkommet ved et groft skøn over behovet. Er der baggrund for at udvide dette?

- Er det hensigtsmæssigt at forsøge via et pointsystem at lægge "loft" over videnskabelige kvalifikationer på linie med, at mere end 3 års pædiatrisk ansættelse ikke giver yderligere kvalifikationer?

- Er det hensigtsmæssigt, at uddannelsesafdelingerne varetager (pålægges) såvel studenterundervisning, introduktionsuddannelse, uddannelsesstillinger og 1.reservelægeuddannelse? Eller bør visse dele af uddannelsen kun varetages af andre afdelinger, f.eks. introduktionsuddannelse eller (dele af) 1.reservelægeuddannelsen. I øjeblikket kræves i uddannelsen ansættelse på mindst 2 afdelinger, som begge kan være uddannelsesafdelinger. Bør dette ændres, så der kræves f.eks. 1 års ansættelse på anden afdeling?

- Kan det være "blokerende" for en bred rekruttering, at uddannelsesafdelingerne har den endelige afgørelse af, hvem der skal ansættes i uddannelsesstillingerne efter uddannelsesudvalgets bedømmelse af ansøgere.

Bestyrelsen vil gerne lægge op til en bred, vejledende debat om disse - og evt. andre - problemer inden for dette område.

VAGN HOLM

I kursus 1985/86 deltog de 8 ansatte i undervisningsstilling i et tværfagligt kursus i klinisk genetik og de øvrige 3 obligatoriske kurser (vækst og udvikling, neonatologi og børnepsykiatri og udviklingspsykologi). Herudover er der gennemført valgfrie kurser i socialpædiatri, neuropædiatri, pædiatrisk gastroenterologi og pædiatrisk nefro-urologi. Deltagelse i de tværfaglige kurser var udskudt til efteråret 1985 m.h.t. mikrobiologi og farmakologi, og der har iøvrigt været deltagelse i immunologi og hæmatologi samt SOSA kurser.

Kursus 1986/87: Udover de obligatoriske kurser gennemføres valgfrie kurser i pædiatrisk endokrinologi, ernæring og lungesygdomme (og i efteråret 1987 pædiatrisk cardiologi og akut og intensiv pædiatri?). I 1987 er der deltagelse i tværfaglige kurser i mikrobiologi og farmakologi. Fra 1987 er timetallet udvidet til 18 timer på de pædiatriske kurser. Budgettet for 1987 er på kr. 210.000,-.

Problemer omkring gennemførelse af kursus i klinisk genetik refereres nærmere ved generalforsamlingen.

Alle kurser annonceres i Sundhedsstyrelsens kursusoversigt.

Undervisningsstillinger 1986/87: Der forelå i år 30 ansøgninger (1984: 32, 1985: 27), alle 30 ansøgere kunne betegnes som kvalificerede, heraf kunne 13 betegnes som velkvalificerede. Ved et møde med undervisningsafdelingernes chefer udpegedes de 8 til undervisningsstilling, alle udpegede var af Udvalget betegnet som velkvalificerede. Vurderingerne af specielt de videnskabelige kvalifikationer og udvælgelsen kan fortsat diskuteres, og Udvalget forudser diskussion på generalforsamlingen.

Klinisk uddannelse: Der er fortsat diskussion om mål- og indholdsbeskrivelse for de enkelte stillinger, herunder undervisningsstillinger. Dette og andre problemer har været drøftet i et fællesmøde med bestyrelsen, og der arbejdes nu i et fællesudvalg på i efteråret 1986 at arrangere en 1-2 dage varende pædiatrisk uddannelseskonferende med deltagelse af samtlige pædiatriske afdelinger, Uddannelsesudvalg, bestyrelse, tilforordnede og tutorer fra a-afdelingerne.

Evaluerings: Både for den kliniske og den teoretiske videreuddannelse er der forskellige forslag til evaluering. Specialistnævnet har foreslået forskellige evalueringsformer for den teoretiske uddannelse foresøgt i de kommende 2 år.

Efteruddannelse: Selskabets fælles kursus med Dansk Selskab for Obstetrik og Gynækologi i klinisk genetik afholdtes 20.-22.2.1986, og det endelige regnskab viste udgifter på ca. 164.000 kr., hvoraf kursisterne betalte 96.000,-, DADL 20.000,- og de to selskaber hver ca. 24.000 kr. Interessen for dette kursus fra pædiaterne var mærkværdigt ringe.

Der arbejdes på at arrangere et efteruddannelseskursus i 1987 om akut og intensiv pædiatri, evt. i samarbejde med Dansk Anæstesiologisk Selskab.

Revision af speciallægeuddannelsen: Der forventes en ny bekendtgørelse om speciallægeuddannelsen med virkning fra 1. januar 1987. I denne indføres begrebet uddannelsesprogram.

Selskabet har svaret Specialistnævnet på forskellige forespørgsler, og der forventes følgende ændringer i uddannelsesreglerne:

6 mdr.'s ansættelse på pædiatrisk afdeling kan (udover medicin) også erstattes af 6 mdr.'s ansættelse ved neuromedicinsk afdeling. 6 mdr. kan finde sted i pædiatrisk speciallægepraksis.

Med hensyn til børnepsykiatri vil kravet om ansættelse på børnepsykiatrisk afdeling formentlig udgå, og der skal arbejdes med et teoretisk kursus i børnepsykiatri. Børnepsykiatri kan dog fortsat indgå som 6 mdr. i uddannelsen, der i den anledning sættes til 54 mdr. i stedet for 48. Ændringerne vil formentlig blive drøftet på generalforsamlingen.

Kapacitet i pædiatri: Tabellerne over afdelingernes normering og sengetal følger med næste udsendelse fra selskabet.

KNUD E. PETERSEN

Antallet af afdelinger, sengeplaser og stillinger på pædiatriske afdelinger pr. 1. september 1986.

Afdelinger	senge	0	R ₁	r
<u>Afdelinger med undervisningsstillinger ("a")</u>				
Rigshospitalet, afd. G	79	7	8	15
Hvidovre Hospital	75	4	10	9
KAS Gentofte	62	2	5	8
KAS Glostrup	82	4	5	8
Odense	78	4	9	7
Århus	74	3	5	7
Ålborg	80	3	5	11
Ialt	530	27	47	65
<u>Afdelinger, godkendt til 18 mdr. R₁ ("b")</u>				
Sundby Hospital	40	1	4	7
Hillerød	65	4	8	8
Næstved	41	2	4	8
Kolding	52	4	5	7
Herning	55	3	4	6
Viborg	45	3	4	8
Roskilde	46	2	4	7
Esbjerg	54	2	5	6
Randers	27	2	2	5
Holbæk (inkl. Slagelse)	43	3	5	6
Ialt	468	26	45	68
<u>Afdelinger, godkendt til 6 mdr. R₁ og/eller 6 mdr. introduktionsuddannelse ("d")</u>				
Nykøbing F	30	2	0	2
Sønderborg	46	2	2	4
Hjørring	21	1	2	4
Rigshospitalet, afd. GN	30	2	4	9
- C.P.-Kliniken	0	0	1	0
- Soc.Pæd.Amb.	0	0	1	0
- Allergiamb.	0	0	0	1
- Klin.genetik	0	0	1	0
Ialt	127	7	11	20
Alle afdelinger	1125	60	103	153

Udarbejdet af Knud Petersen.

BERETNING FRA § 14-UDVALGET

Siden sidste generalforsamling har Dansk Pædiatrisk Selskabs §-14 råd udtalt sig vedrørende 2 overlægestillinger: Kolding og Viborg.

Vedrørende retningslinier for rådets arbejde skal vi udtale følgende:

I henhold til lægelovens §-14, stk. 1 skal Sundhedsstyrelsen udtale sig om, hvilke ansøgere, der er kvalificeret til en ledende lægestilling indenfor sygehussektoren. Forinden indhenter Sundhedsstyrelsen en sagkyndig vurdering af ansøgernes kvalifikationer fra det såkaldte §-14 udvalg, et råd på 3 medlemmer, der vælges af det lægevidenskabelige selskab for 4 år ad gangen. Hvert medlem har en valgt suppleant som personlig stedfortræder.

De lægevidenskabelige §-14 råd arbejder efter de retningslinier, som Sundhedsstyrelsen har udarbejdet, og som sidst har været offentliggjort i form af et særtryk fra 1981 i Ugeskrift for Læger (143:158-61).

Dette særtryk kan rekvireres i Sundhedsstyrelsen. I henhold til denne vejledning foretager rådene en grundig vurdering af ansøgernes kliniske uddannelse, deres videnskabelige - og undervisningsmæssige aktiviteter samt administrative erfaringer. På basis heraf rubriceres ansøgerne i alfabetisk orden indenfor grupperne: særligt kvalificeret, kvalificeret og ikke-kvalificeret til den pågældende stilling. Der er altså tale om en konkret vurdering i forhold til en bestemt stilling, hvorfor ansøgerne kan placeres forskelligt i forhold til forskellige stillinger.

Grundlaget for rådets vurdering er primært stillingsopslaget i Ugeskrift for Læger. Desuden kan der foreligge en stillingsbeskrivelse (ikke obligat) og et oplysningsskema til Sundhedsstyrelsen udfyldt af sygehusforvaltningen i den pågældende amtskommune (obligat). Dette oplysningsskema og evt. stillingsbeskrivelse kan iøvrigt rekvireres af ansøgere fra den pågældende sygehusforvaltning.

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

Der er tradition for, at man fortrinsvis ansætter ansøgere, der er betegnet særligt kvalificeret eller evt. kvalificeret, men en ikke-kvalificeret kan teoretisk ansættes, da §-14 rådene og Sundhedsstyrelsen kun er rådgivende.

Ved bedømmelserne har vi som hovedregel primært holdt os til stillingsopslagets formulering, idet vi har formodet at en evt. stillingsbeskrivelse ikke altid har været ansøgeren bekendt.

Bedømmelsen "ikke-kvalificeret" har vi som regel kun afgivet om de ansøgere, der ikke opfylder de sædvanlige krav: speciallægeanerkendelse og mindst 3 års l.reservelægetid.

Dette er dog ikke absolutte krav, og ved visse stillinger, f.eks. på universitetets afdelinger har man dispenseret herfra, hvis ansøgeren på andre måder har en særlig omfattende uddannelse og kvalifikationer indenfor pågældende område.

Endelig vil vi gerne gøre opmærksom på, at vi som regel søger at føje reglerne således, at de så vidt muligt kommer ansøgerne tilgode.

Som hovedregel gælder endvidere at publikationer eller andre aktiviteter efter ansøgningsfristens udløb ikke medregnes ved bedømmelsen, men han/hun kan naturligvis fremsende meddelelse herom til den lokale ansættelsesmyndighed.

Pædiatrisk selskabs §-14 råd får forelagt et tiltagende antal stillingsopslag med ønske om ansøgere med special viden eller erfaring. Da vi ikke indenfor pædiatrien har formaliserede krav til betegnelsen ekspert i et eller andet område indenfor pædiatrien bliver rådets konklusion et skøn over, hvem af ansøgerne, der bedst opfylder de krav eller ønsker, som fremsættes. Rådet afventer de rekommandationer, som det af Dansk Pædiatrisk Selskabs nedsatte udvalg om ekspertområder måtte fremkomme med.

BENT FRIIS-HANSEN

JØRGEN HAAHR

JENS KAMPER

Den tværfaglige myelocelgruppe nedsat på initiativ af Dansk Pædiatrisk Selskab efter mødet 1980 med professor Lorber har nu afsluttet sit arbejde og rapporten er sammenskrevet og sendt til godkendelse hos arbejdsgruppens øvrige medlemmer Harmsen, Kjølbye, Nordling, Philip og Nørsgaard Pedersen.

Det har været overvejet at afstå fra rapportskrivning, da antallet af nye myelocelpatienter i de seneste år er faldet til ca. 1/3 og fordi gruppens hovedkonklusion blev meddelt af Nørsgaard Pedersen et al. i Ugeskr. Læg. 1984: 146: 3253-9. På foranledning af DPS's forrige formand er arbejdet dog gjort.

Det betydelige fald i forekomsten af myelomeningocele (MMC), formentlig først og fremmest på grund af profylakse i disponerede familier, har ikke medført, at arbejdsgruppen har fundet faglige grunde for at anbefale færre behandlingscentre end de seks, der er opstået omkring landets neurokirurgiske afdelinger. Samarbejdet med forældrene omkring den initiale behandling og den senere række follow-up taler imod centralisering, omend de tre københavnske centre synes at arbejde sig herimod kun et østdansk center på grund af den ringe patienttilgang, nu almindeligvis under to patienter pr. center pr. år.

Arbejdsgruppen henstiller fortsat at initial aktiv behandling bør være selektiv og bygge på Lorber's selektionsprincipper, 5 af de 6 neurokirurgiske afdelinger i Danmark arbejder på dette grundlag.

Arbejdsgruppen anbefaler, at MMC-børn fra fødestedet overflyttes til den pædiatriske afdeling på sygehuset, hvor den regionale neurokirurgiske afdeling ligger. En evt. operation behøver ikke foretages før i 2.-3. levedøgn, således at der er god tid til tværfaglig vurdering af patienten og rimelig kontakt med forældrene, der dog ikke bør belastes med selv at skulle træffe valg mellem aktiv og passiv behandling. Det tværfaglige team, der følger patienterne, først med få måneders mellemrum, senere halv- eller helårligt, bør i barnealderen og ungdomsårene omfatte neurokirurg, pædiater, ortopædkirurg og urolog (børnekirurg), der støttes af socialrådgiver, fysiurg/fysioterapeut og psykolog. Fler-tallet af centre benytter den pædiatriske afdeling til at koordinere. Intermitterende kateterisation, selvkateterisation, eller ICP, synes at være et meget værdifuldt tiltag i den urologiske støtte til MMC-børn.

Selvom der i Danmark som beskrevet er taget rimelige profylaktiske tiltag, støtter arbejdsgruppen, at der tilbydes en landsdækkende screening med basis i bestemmelse af maternelt serum-AFP i 16.-20. gestationsuge. En sådan screening er såvel teknisk som etisk og økonomisk velunderbygget. Sålænge WR- og TSH-screening foregår centralt i Danmark, bør AFP-screeningen også laboratoriemæssigt være centraliseret.

B. ZACHAU-CHRISTIANSEN

BERETNING FRA UDVALGET FOR PÆDIATRISK HÆMATOLOGI OG ONKOLOGI

Udvalget har i det forløbne år afholdt 3 møder, nemlig den 6.9.1985, 17.3.1986 og 16.5.1986.

Med virkning fra 1.7.1986 er der i nordisk regi vedtaget nye fælles behandlingsretningslinier for børn med ALL. Behandlingen er forskellig afhængig af patienternes klassificering i.h.t. risikogrupper og kriterierne efter hvilke børnene placeres i disse risikogrupper er ens for de nordiske lande. Behandlingen i de enkelte risikogrupper er ens for Sverige, Finland, Island og Danmark, men afvigende i Norge og for standard risiko patienternes vedkommende tillige afvigende på børneafdelingen, Odense Sygehus. Samtlige ændringer har karakter af intensivering af behandlingen. Den fælles nordiske behandling af AML fortsætter ligesom den fælles nordiske patientregistrering, som nu omfatter såvel børn med leukæmi som med solide tumorer. Det er besluttet, at NOPHO vil medvirke til at etablere en nordisk børnepatolog gruppe, især m.h.p. pædiatrisk hæmatologi/onkologi.

Det årlige møde i NOPHO (Nordisk Forening for Pædiatrisk Hæmatologi og Onkologi) afholdtes i april 1986 i København med 105 deltagere fra de nordiske lande. Mødet omfattede en sektion om knoglemarvstransplantation med indlæg fra professor Hobbs, London, professor Philip, Lyon, samt fra Rigshospitalet, epidemiafdeling M og Finseninstitutet.

Følgende er medlemmer af udvalget:

Jens Christoffersen, Aalborg, Jens Kamper eller Bendt Brock Jacobsen, Odense, Niels Clausen eller Kirsten Storm, Århus, Birgit Peitersen, Hvidovre, Minna Yssing, Rigshospitalet samt undertegnede. Det henstilles, at generalforsamlingen accepterer, at udvalget udvides - i lighed med, hvad der er tilfældet i de øvrige nordiske lande - med en børnepatolog og en børnekirurg. Endelig henstilles det, at der gives udvalget kompetence til at supplere sig med medlemmer med særlig sagkundskab indenfor områderne radioterapi og hænofili.

HENRIK HERTZ

BERETNING FOR FORENINGEN FOR FAMILIEPLANLÆGNING 1985/86

Som repræsentant for Foreningen for Familieplanlægning skal jeg meddele, at foreningen afholdt repræsentantskabsmøde den 30. april 1986.

Antallet af aborter er mindsket, men er stadigvæk for stort, og man diskuterede mulighederne for at forbedre oplysning om brugen af antikonceptionsmidler. Specielt ventede man sig meget af apotekernes "Plan" kampagne, som især henvender sig til unge.

BENT FRIIS-HANSEN

BERETNING FRA VACCINATIONSUDVALGET 1985/86

1. Sundhedsstyrelsen har i henhold til tidligere indstilling fra udvalget (se beretning for 1984/85) nu indstillet til Indenrigsministeriet, at man ophører med rutinemæssig profylaktisk BCG-vaccination. Sundhedsstyrelsen vil fortsat anbefale BCG-vaccination til følgende grupper med øget risiko for at udvikle tuberkulose: 1) nyfødte børn af indvandrere, 2) personer, hvor der er tuberkulose i husstanden, og 3) unge, der rejser under primitive forhold i lande med høj tuberkulose-risiko. Sundhedsstyrelsen vil løbende følge udviklingen af tuberkulose-forekomsten.
2. Almindelig profylaktisk vaccination af børn i 15 måneders og 12 års alderen mod mæslinger, fåresyge og røde hunde (MMR-vaccinen) ventes startet i begyndelsen af 1987. Udvalget har haft en lang række drøftelser om tekniske og praktiske problemer i forbindelse hermed. Udvalget fastholder, at vaccination af de 12-årige formentlig bedst foregår i skoleregi, men PLO har givet udtryk for, at de praktiserende læger selv bør vaccinere børnene i hver enkelt patientgruppe. PLO har givet udtryk for, at man herved kan opnå samme grad af tilslutning - og dermed samme hurtigt indsættende dækningsgrad - hvilket udvalget har været betænkelig ved.
3. Retningslinier og forsigtighedsregler ved vaccination af immunsupprimerede børn, der ikke tåler variceller, med levende svækket varicelvaccine (se beretning for 1984 & 85) er under udarbejdelse i samarbejde med børne-onkologiske afdelinger og DPS's onkologiuvalg, og forventes færdigudarbejdet i meget nær fremtid.

CHRISTIAN KOCH

FREDDY KARUP PEDERSEN

BERETNING FRA SCREENINGSUDVALGET

Der har i årets løb været afholdt tre møder med langvarige drøftelser specielt vedrørende en evt. indførelse af landsdækkende screening for cystisk fibrose. I drøftelserne har Serum instituttet deltaget, repræsenteret ved overlæge, dr.med. B. Nørgaard Petersen og chefen for CF-landscenteret, overlæge Chr. Koch. Serum instituttet er i stand til at påbegynde en pilotundersøgelse, men resultatet af drøftelserne har været, at man fortsat ønsker at indtage en afventende holdning, idet fordelene for patienterne ved særlig tidlig diagnose formentlig er begrænsede, og fordi det fortsat skønnes vanskeligt at holde antallet af falsk positive resultater nede på et rimeligt niveau.

N.J. BRANDT

BERETNING FRA SUBSPECIALISERINGSUDVALGET 1985/86

Udvalget har i en række møder gennemdrøftet de emner, der knytter sig til subspecialiseringen i pædiatrien. Der er udarbejdet et udførligt spørgeskema, som er sendt til repræsentanter for de enkelte subspecialer, der endnu ikke i alle tilfælde har kunnet færdiggøre besvarelsen.

Udvalget regner med at kunne afslutte arbejdet med en betænkning om subspecialisering inden årets udgang. Den tænkes debatteret ved et medlemsmøde i forårssemesteret 1987.

J. RAMSØE JACOBSEN

BERETNING FRA NEONATALUDVALGET 1985/86

Neonataludvalget har i det forløbne år særligt arbejdet med at analysere besvarelsene af spørgeskemaundersøgelsen om Det Perinatale Beredskab og Transporten af nyfødte i Danmark.

Dette har omfattet 2 spørgeskemaer:

- 1) "Oplysninger om fødesteder", som blev udsendt til samtlige obstetriske og kirurgiske afdelinger, hvor der fødes børn, og
- 2) "Oplysninger om pædiatriske/neonatale afdelinger", som udsendtes til samtlige børneafdelinger.

Det har været et stort arbejde at behandle de indkomne besvarelser og specielt at hale oplysninger ud af de sidste efternølere. Arbejdet ventes afsluttet i løbet af efteråret.

Ved en foreløbig opgørelse fremgår det bl.a. at ca. 47% af fødslerne foregår på obstetriske specialafdelinger, 38% finder sted på kirurgiske specialafdelinger og 14% finder sted på blandede sygehuse. Ca. 1% foregår andre steder (klinik/hjemme).

Kun ca. 2/3 af fødestederne har et veletableret samarbejde med en pædiatrisk afdeling.

11 ud af 20 børneafdelinger havde eget neonatalafsnit, og 6 giver CPAP/respiratorbehandling. Kun 3 børneafdelinger sender ikke pædiater til komplicerede fødsler.

Endvidere har udvalget arbejdet med at udarbejde en rekommendation vedr. retningslinier for lysbehandling af børn med hyperbilirubinæmi. Dette arbejde er desværre blevet forsinket af, at der for nylig er indført en ny laboratoriemetode til bestemmelse af bilirubin i serum, som bl.a. omfatter delta-bilirubin, men som desværre afviger ca. 10% fra tidligere metoder.

BENT FRIIS-HANSEN

BERETNING FRA KNOGLEMARVSTRANSPLANTATIONSUDVALGET 1985/86

Udvalget er nedsat af DPS i sommeren 1984 med flg. kommissorium:

"At analysere behovet i Danmark for KMT hos børn med metaboliske sygdomme og ikke maligne blodsygdomme, samt tage stilling til om behandlingen skal udføres i Danmark eller i udlandet".

Udvalget fik følgende sammensætning: Overlæge N.J.Brandt, professor V. Faber, overlæge Fl. Güttler, overlæge N. Hobolth, overlæge F. Karup Pedersen, - december 1984 suppleret med: overlæge H. Hertz og overlæge C. Koch. Udvalget har holdt en række møder og en rapport om udvalgets arbejde er under udarbejdelse - forventes indsendt til DPS i løbet af sept. 1986. Udvalget vil anbefale DPS at: 1) foranledige at Sundhedsstyrelsen tillader gennemførelse af KMT på børn også for de nævnte non-maligne lidelser - 2) at man indtil videre opretholder ét KMT center på Rigshospitalets epidemiafd. i snævert samarbejde med Rigshospitalets børneafdeling, samt at behandlingerne gennemføres i Danmark, - samt 3) at DPS etablerer et permanent KMT udvalg med den opgave løbende at holde sig orienteret om denne behandlings stadi internationalt og lokalt, samt deltage i opstilling af behandlingsindikationer. Udvalget bør ved de nævnte sygdomme fungere som konsultativt organ for landets pædiatriske afdelinger, for DPS, for KMT centret på epidemiafdelingen samt for Sundhedsstyrelsen.

CHRISTIAN KOCH

BERETNING FRA DIAGNOSEUDVALGET 1985/86

Efter at professor Vesterdal har trukket sig tilbage som formand for diagnoseudvalget, er man i dette blevet enige om, at undertegnede kan være fungerende formand. I overgangsfasen har mødeaktiviteten været lav, men udvalget har nu påbegyndt en mere tilbunds gående revision af "den Vesterdal'ske diagnoseliste", som nu på en række områder trænger til at blive up-dated. Vi har i diagnoseudvalget fundet, at det var et rimeligt tidspunkt at gøre dette på, da WHO's 9. diagnoseliste, som jo er alfanumerisk, tidligst kommer til anvendelse her i landet omkring 1992.

FINN URSIN KNUDSEN

BERETNING FRA ALLERGOLOGIUDVALGET 1985/86

Dansk Pædiatrisk Selskab's subspecialiseringsudvalg har udsendt et spørgeskema til en række repræsentanter for pædiatriske subspecialer, herunder børneallergologi. Allergologiudvalget har drøftet og beskrevet indhold og organisation af subspecialiet. Udvalget finder, at det er nødvendigt med officiel anerkendelse af subspecialiet, autorisationsbevis, for at optimere uddannelsen generelt, gøre subspecialiet tilstrækkelig attraktivt til at løse de mange opgaver, herunder forskningsopgaver, der er nødvendige for den meget store gruppe af patienter.

Man finder det tvivlsomt, om voksenallergologien og patienterne på længere sigt vil anerkende vejledende §-14 krav uden autorisationsbevis, samtidig med at grenspecialiet medicinsk allergologi indenfor voksenområdet formentlig vil blive repræsenteret i alle amter.

Udvalgets medlemmer er i øvrigt inddraget i en række allergologiske aktiviteter, bl.a. via bestyrelsespost i Dansk Selskab for Allergologi og et hyposensibiliseringsudvalg i samme regie. Sidstnævnte har udarbejdet rapport vedrørende danske rekommandationer for hyposensibilisering.

Det kan fortsat varmt anbefales at slutte op omkring Dansk Selskab for Allergologi, der har arrangeret flere vellykkede møder bl.a. videnskabelige møder om fødemiddelallergi og histamin-antihistamin symposium om atopisk dermatitis og senest allergisymposiet på Munkebjerg, der især har fokuseret på hyposensibilisering og rationel asthabehandling.

OLE ØSTERBALLE

REFERAT AF GENERALFORSAMLINGEN I DANSK PÆDIATRISK SELSKAB
den 5. september 1986

Peer Pærregaard blev valgt til dirigent.

Formanden henviste til den udsendte skriftlige beretning og kom derefter med følgende kommentarer:

De vejledende retningslinier for uddannelsen i skolemedicin blev gennemgået. Det blev fremhævet, at retningslinierne var det for bestyrelsen bedst opnåelige kompromis omend den gerne havde set, at pædiatri havde indtaget en mere markant placering i forhold til den øvrige kliniske uddannelse.

Specialistnævnet har foreslået, at de 6 måneders børnepsykiatri, som krævet i speciallægeuddannelsen, erstattes af yderligere 6 måneders pædiatrisk ansættelse. Det er i øjeblikket uklart, om der vil blive stillet krav til, at der på den pågældende pædiatriske afdeling er samarbejde med børnepsykiatere.

M.h.p. en styrkelse og koordinering af den kliniske uddannelse ved børneafdelingerne er der af bestyrelsen og uddannelsesudvalget nedsat et underudvalg, der skal arrangere en uddannelseskonference (23. og 24.11. 1986) på Nyborg Strand. Til denne konference vil en ældre (overlæge) og en yngre (reservelæge) pædiater fra hver børneafdeling i landet blive inviteret. Herudover kommer repræsentanter fra Sundhedsstyrelsen, yngre læger m.m.

Endelig har bestyrelsen afgivet svar på Dansk Epilepsi Selskab's rapport vedr. epilepsibehandlingen i Danmark, herunder de fremtidsperspektiver, som epilepsiselskabet forestiller sig. I svaret har man lagt vægt på, at bestyrelsen ikke kan gå ind for den skitserede centralisering af behandlingen af børn med epilepsi, som vi fortsat mener bør behandles på landets børneafdelinger, selvsagt i samarbejde med neurologer og neurofysiologer.

Til formandsberetningen var der en kommentar fra Carsten Heilmann, der på YP's vegne tilkendegav frygt for, at de nye retningslinier for uddannelse til skolemedicin kan vanskeliggøre yngre pædiateres mulighed for at få stilling som skolelæge. Det blev bl.a. fremført, at YP fandt det urimeligt, at en speciallæge i pædiatri skal supplere sin kliniske uddannelse med yderligere 6-12 måneders almenmedicin og socialmedicin for at opfylde retningslinierne. Endvidere beklagede Carsten Heilmann, at det ikke var lykkedes at give klinisk uddannelse i pædiatri en status, der var prioriteret højere end klinisk uddannelse i almen medicin og socialmedicin. Ragnhild Dissing anførte hertil, at udvalget havde ønsket at beskrive den optimale uddannelse og fandt, at både almenmedicin og socialmedicin foruden pædiatrien var væsentlige i den kliniske uddannelse til skolemedicin, men pædiatrien blev dog, som det ses, vægтет højst, nemlig 12-18 måneder. Endvidere tilkendegav Ragnhild Dissing, at retningslinierne kun ville blive vejledende og gældende for den kommende uddannelse i skolemedicin og mente ikke, at det vil blive af betydning for nogle pædiatere aktuelt. Karsten Hjelt anførte hertil, at der ikke var noget til hinder for, at kommunerne kunne anvende retningslinierne, også i de nærmeste år, og at man må befrygte, at praktiserende læger generelt vil stå stærkere end pædiatere, hvis deres kliniske

uddannelse vurderes med udgangspunkt i de skitserede retningslinier. P.A.Krasilnikoff fremførte, at han også mente, at de skolemedicinske uddannelsesretningslinier var meget omfattende. Knud Petersen anførte, at han fandt det urimeligt, at en speciallæge i pædiatri ikke opfylder de kliniske krav, der stilles for at blive skolelæge og at han iøvrigt fandt den skitserede uddannelse til skolemedicin meget omfattende. Vagn Holm pointerer, at kravet om ansættelse i almen medicin efterhånden vil blive et mindre problem, idet det er tanken, at alle læger skal gennemgå en grunduddannelse, hvori indgår 6 måneders almenmedicin. Ragnhild Dissing tilkendegav, at en traditionel hospitalsbaseret speciallægeuddannelse i pædiatri alene ikke er ideel forudsætning for skolelægearbejdet.

Herefter fulgte beretningerne fra udvalgene:

Der var kun tilføjelse til de skriftlige beretninger fra 2 udvalg: Allergiudvalget. Ole Østerballe orienterede om, at man ønskede at udvide allergiudvalget med 2 medlemmer, Søren Petersen og Palle Prahll. Endvidere havde man planer om at stifte en allergiklub. Alle pædiatere med interesse for dette blev opfordret til at melde sig til Ole Østerballe.

Fra uddannelsesudvalget kommenterede Knud Petersen den skriftlige beretning. Der blev redegjort for vanskelighederne med at fortsætte det tværfaglige kursus i klinisk genetik. Niels Jacob Brandt er blevet bedt om at arrangere det næste A-kursus i klinisk genetik for pædiatere. Det er endvidere planen i samarbejde med Anæstesiologisk Selskab at arrangere et efteruddannelseskursus i akut pædiatri 1987. Uddannelsesudvalget har nedsat et underudvalg, der skal arbejde med at etablere et nyt udvidet kursus i børnepsykiatri til delvis erstatning for kravet om 6 måneders ansættelse på børnepsykiatrisk afdeling. Herefter redegjorde Knud Petersen for udvælgelsen af årets kursister, idet en liste over ansøgernes kliniske og videnskabelige kvalifikationer blev forelagt. P.A.Krasilnikoff bemærkede, at han fandt de fleste af kursisternes videnskabelige produktion beskeden, og at han nødigt så, at man indførte loft for den videnskabelige meritering, men at man burde have flere kursister end 8. Else Andersen gik ligeledes ind for, at man øgede antallet af kursister. Karin Brostrøm mente, at de nuværende udvælgelseskriterier favoriserer læger med stor videnskabelig aktivitet og gik ind for at øge antallet af kursister til 12, således at en del af den store mellemløst gruppe af klinisk velkvalificerede, men videnskabeligt mindre kvalificerede yngre pædiatere, også fik mulighed for at blive speciallæge. Karin Brostrøm fremførte iøvrigt, at den tiltagende konkurrence om uddannelsespladserne så ud til at få indflydelse på kønsfordelingen blandt speciallæger i pædiatri, idet fortrinsvis mandlige ansøgere opfyldte de nuværende udvælgelseskriterier. Karsten Hjelt anførte, at de nuværende udvælgelseskriterier synes at fungere tilfredsstillende. B. Friis-Hansen ønskede flere pædiatriske kursister, idet den pædiatriske uddannelse eventuelt fremover kunne tænkes at kunne anvendes i forbindelse med anden lægelig aktivitet. N.Hobolth ønskede ligeledes flere uddannelsesstillinger og præciserede iøvrigt, at han som chef for en "B-afdeling" ikke ønskede, at man skulle slække på de videnskabelige kvalifikationskrav. J.Kamper forespurgte uddannelsesudvalget, om der ikke var mulighed for at indføre specialisteksamen i lighed med, hvad

der er tilfældet i mange andre lande, bl.a. Sverige. Knud Petersen anførte, at man i specialistrådet havde diskuteret dette, men at man var tilbageholdende med at indføre specialisteksamener, bl.a. på grund af de økonomiske konsekvenser. Vagn Holm meddelte, at han for nylig var blevet orienteret om, at man fra Sundhedsstyrelsen og Det Centrale Råd for Lægers Videreuddannelse i øjeblikket ikke mente, at der var basis for en udvidelse af antallet af kursusstillinger i pædiatri.

Regnskabet blev godkendt og der blev vedtaget uændret kontingent på 400 kr.

Herefter fulgte valg til bestyrelsen. Alle bestyrelsesmedlemmer var vilig til at genopstille og da der ikke var nye kandidater til bestyrelsen blev denne genvalgt i sin helhed.

Valg af revisorer: Vestermark og Pærregaard blev genvalgt.

Valg til udvalg.

Fra §-14 udvalget udtrådte B.Friis-Hansen, som efterfølger valgtes Gunnar Eg Andersen. E.Ryssing er herefter personlig suppleant for Gunnar Eg Andersen.

E.Thamdrup ophørte som specialistrådet tilforordnede i pædiatri og blev erstattet af Else Andersen.

Af uddannelsesudvalget udtrådte Henrik Hertz, Mette Arrøe og Karin Brostrøm. Disse blev erstattet af Christian Koch, Poul Erik Kofoed og Karl Wulff.

Under eventuelt fremførte Karsten Hjelt, at børneafdelingerne og pædiatri i al almindelighed i de senere år var blevet tiltagende trængt økonomisk og på anden måde. På denne baggrund opfordrede han til, at man forsøgte at få en strategi for hvorledes børneafdelingernes funktionsområde kunne blive opprioriteret. Karsten Hjelt foreslog, at man nedsatte et udvalg, der skulle arbejde med disse problemer. Hertil svarede Vagn Holm, at bestyrelsen tidligere havde været inde på sådanne tanker og bl.a. overvejede at nedsætte en pressegruppe. Der var bred enighed blandt selskabets medlemmer om at dette er et vigtigt område, som bør tages op.

Ref.: CARSTEN HEILMANN

DANSK PÆDIATRISK SELSKAB

Regnskab for perioden 1.8.1985 - 31.7.1986

INDTÆGTER

Kontingenter, indgående	109.850	
til gode	7.250	
Diverse	<u>800</u>	117.900

UDGIFTER

Administration	37.064	
Rejser	22.448	
Møder	<u>16.414</u>	38.862
Kontingenter		8.558
Årbog, udgifter	15.805	
indtægter	<u>15.000</u>	805
Kursus i klinisk genetik	<u>24.153</u>	<u>109.442</u>
Resultat før renter		8.458
Renteindtægter		<u>5.183</u>
Resultat		<u>13.641</u>

FORMUE pr. 1.8.1985:

Girobeholdning	47.256	
Københavns Handelsbank 4361-849760	<u>129.941</u>	177.197
Resultat for 1985/86		<u>13.641</u>

FORMUE pr. 1.8.1986

190.838

Som specificeres således:

Girobeholdning	44.341	
Københavns Handelsbank 4361-849760	134.112	
Tilgodehavender	<u>12.385</u>	<u>190.838</u>

Båndlagt til efteruddannelsesfond:

Overført fra 1984/85	55.400	
Tilskrevet 1985/86	28.200	
Anvendt 1985/86	<u>-24.153</u>	<u>59.447</u>

København, den 8. august 1986

JOES RAMSØE JACOBSEN
kasserer

DANSK PÆDIATRISK SELSKABS JUBILÆUMSFOND
Regnskab for perioden 1.8.1985 - 31.7.1986

INDTÆGTER

Renteindtægter 1.755

UDGIFTER

Gebyrer 13

Resultat 1.742

FORMUE pr. 1.8.1985

Københavns Handelsbank 4361-849752 18.688

Resultat 1985/86 1.742

FORMUE pr. 1.8.1986 20.430

Som forefindes således:

Københavns Handelsbank 4361-849752 20.430

København, den 8. august 1986

JOES RAMSØE JACOBSEN
kasserer

BESTYRELSE, UDVALG m.v. UNDER DANSK PÆDIATRISK SELSKAB
OG BESLÆGTEDE ORGANISATIONER pr. 5. september 1986

BESTYRELSE

V. Holm, formand (1981), H. Sardemann, næstformand (1984), S. Krabbe, videnskabelig sekretær (1985), J. Ramsø Jacobsen, kasserer (1984), C. Helimann, faglig sekretær (1985), Ragnhild Dissing (1984).

UDDANNELSESUDVALG

K.E. Petersen, kursusleder og formand, K.W. Kastrup (1984), A. Høst (1983), A. Pærregaard (1985), B. Djernes (1985), P.Å. Østergaard (1985), Christian Koch (1986), P.E. Kofoed (1986), K. Wulff (1986).

§-14-UDVALG

G. Eg Andersen (1986) med E. Ryssing (1978) som personlig suppleant.
J. Haahr (1985) med T. Klinge (1985) som personlig suppleant.
J. Kamper (1985) med J. Christoffersen (1985) som personlig suppleant.

SPECIALISTNETVETS TILFORORDNEDE I PÆDIATRI

N.C. Christensen (1983) og E. Andersen (1986) med V. Holm (1978) og B. Brock Jacobsen (1984) som suppleanter.

DIAGNOSEUDVALG

H. Sardemann (1979), G. Eg Andersen (1979), F. Ursin Knudsen (1984).

ALLERGIUDVALG

K. Wilken-Jensen, J.B. Andersen, P.Å. Østergaard, O. Østerballe (1979), C. Koch (1979).

SCREENINGUDVALG

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

VACCINATIONSUDVALG

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

HÆMATOLOGI OG ONKOLOGIUDVALG

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

NEONATOLOGIUDVALG

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

KNOGLEMARVSTRANSPLANTATIONSUDVALG

N. J. Brandt (1984), V. Faber (1984), F. Güttler (1984), N. Hobolth (1984), H. Hertz (1984).

MEDLEMMER AF BESTYRELSEN I NORDISK PÆDIATRISK FORENING

B. Friis-Hansen (1980), E. Andersen (1982), P.A. Krasilnikoff, J.C. Melchior (1978), N. Hobolth, generalsekretær.

REPRÆSENTANTER I DANSK MEDICINSK SELSKABS REPRÆSENTANTSKAB

P. Pærregaard (1983), P.A. Krasilnikoff (1985), T. Klinge (1982).

REPRÆSENTANTER I DEN TVÆRFAGLIGE MYELOMENINGOCELEGRUPPE

B. Zachau-Christiansen (1983).

REPRÆSENTANTER I FORENINGEN FOR FAMILIEPLANLÆGNING

B. Friis-Hansen, N.E. Skakkebæk (1984).

DANSKE BØRNELÆGERS ORGANISATIONS BESTYRELSE

J. Ramsøe Jacobsen, formand, J. Løchte, N. Michelsen, kasserer. Ragnhild Dissing er suppleant.

YNGRE PÆDIATERES BESTYRELSE

C. Heilmann, formand, S. Anker Pedersen, P.E. Kofoed, K. Hjelt, A. Høst.

NYE MEDLEMMER I DANSK PÆDIATRISK SELSKAB 1985/86

Søren Bredkjær, Nykøbing Falster	Eva Fog, København
Niels Kristian Thybo, Århus	Lena Daugaard Lavard, København
Carsten Pedersen, Årslev	Erik Østergaard, Odense
Peter Navnbjerg, Ringe	Ove Ramsgaard Hansen, Kolding
Arne Lindahl, Hillerød	Inger Tevebring Fosdal, Karlskrona
Vibeke Jacobsen, Århus	Jens Peter Nielsen, Viborg
Dorthe Buch, Virum	Carsten Vrang, Fuglebjerg
Lisbeth Brendstrup, Virum	Maurits Dirdal, Herning
Gunna Erichsen, Rungsted	

Udmeldte af DANSK PÆDIATRISK SELSKAB 1985/86

Margrethe Dyhr-Nielsen, Karlstad	Jette Holsteen, Holbæk
Carl Michael Fuglholt, Risskov	Lisbeth Jess, København