

ISSN 1651-0534

Nr.2/2008

Barnläkaren

Tema: Gastroenterologi

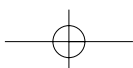
Intervjun: "Det är först idag som jag inser vilket ansvar jag hade som praktiserande läkare."

Anders W Jonsson, Barnläkare, Regeringskansliet



SVENSKA BARNLÄKARFÖRENINGEN
SWEDISH PAEDIATRIC SOCIETY

 WILEY-
BLACKWELL





Den NYA "knappen" gastrostomiporten

- ✓ Lägsta lågprofilballongen
- ✓ Mjuk och skön
- ✓ Skonsam mot huden
- ✓ Användarvänlig
- ✓ Färre läckage
- ✓ Kostnadsbesparande



Techno Medica AB

08-754 00 30

info@technomedica.se
www.technomedica.se

RÄDDA BARNENS
FÖRÄLDRATELEFON!

020-786 786

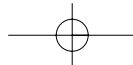
WWW.RB.SE/FORALDRAR

Ibland är det jobbigt att vara förälder.

Rädda Barnens Föräldratelefon och Föräldr mejl finns för dig som är mamma eller pappa och behöver prata med någon annan om ditt barn. Vi som svarar är själva föräldrar, utbildade av Rädda Barnen och vana att diskutera både små och stora problem. Vi erbjuder ett lyssnande öra, medmänskligt stöd och hjälp att sortera i tankar och känslor.



Telefonen har öppet: Måndag 12.00–21.30. Tisdag–fredag 18.00–21.00. Lördag–söndag 13.00–16.00.

**Barnläkaren**

Tidningen Barnläkaren utkommer med sex nummer årligen och är Svenska Barnläkarföreningens medlemstidning.

Ansvarig utgivare

Göran Wennergren
goran.wennergren@pediat.gu.se

Chefredaktör/Annonskontakt

Margareta Munkert Karnros
margareta.munkert@actapaediatrica.se

Redaktionssekreterare

Viveca Karlsson
Viveca.Karlsson@ki.se
Tel: 08-517 747 43

Litteraturredaktör

Carl Lindgren
carl.lindgren@actapaediatrica.se

Manuskript insändes**per mail till:**

Margareta Munkert Karnros
margareta.munkert@actapaediatrica.se

Bokrecensioner insändes per mail till:

Carl Lindgren
carl.lindgren@actapaediatrica.se

Prenumerationsärenden och adressändringar

Sveriges Läkarförbund
Medlemsregistret
Box 5610
114 86 Stockholm
Tel: 08-790 33 00
Fax: 08-790 33 16

Förlag

Barnläkaren is published by Blackwell Publishing Ltd

9600 Garsington Road
Oxford OX4 2DQ, UK
Tel: +44 1865 776868
Fax: +44 1865 714591
martin.vinding@mks.
blackwellpublishing.com

Blackwell Publishing Ltd was acquired by John Wiley & Sons in February 2007. Blackwell's programme has been merged with Wiley's global Scientific, Technical, and Medical business to form Wiley-Blackwell.

Tryck

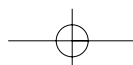
COS Printers Pte Ltd, Singapore

Redaktionsråd

Margareta Blennow
Hugo Lagercrantz
Anders Lindblad
Måna Wallensteen
Björn Wettergren

Innehåll

LEDARE	4
REDAKTÖRENS RUTA	5
BARNMEDICIN	
Duchennes Muskeldystrofi	6
TEMA: GASTROENTEROLOGI	
Celiaki – från en ovanlig barnsjukdom till ett folkhälsoproblem	8
Allergi eller intolerans?	10
Livskvalitet vid IBD	12
Reportage - Sachsska barnsjukhuset	14
Tunntarmsbiopsi vid misstanke om celiaki	17
Leva med barn med gastroenterologisk sjukdom	19
DEBATT	
Allmän berikning med folsyra	20
AKTUELLT	
Det nya barnsjukhuset	21
Enkäten	22
NYHETER	
Nyhetssvep	23
Pristagare 2007	25
INTERVJUN	
Anders W Jonsson – I maktens korridorer	26
AVHANDLINGEN	
Fekalt calprotectin – en markör för inflammation i tjocktarmen hos barn	28
LITTERATUR	
Neurologiska sjukdomar hos konstnärer, i konsten och historien	30
KONST	
Barnet i konsten: Lena Cronqvist	31
KALENDARIUM	32



Kallelse till Svenska Barnläkarföreningens årsmöte 2008

Tid och plats: 13.00–14.30, 17 april 2008,
Conventum, Fabriksgatan 17–19, Örebro

Dagordning

- | | | | |
|------|---|------|--|
| § 1 | Val av mötesordförande | § 12 | Val av styrelse |
| § 2 | Val av justeringspersoner | § 13 | Val av revisorer |
| § 3 | Fråga om mötets behöriga sammankallande | § 14 | Val av valberedning |
| § 4 | Parentation över avlidna medlemmar | § 15 | Redogörelse för arbetet med årets riksstämma |
| § 5 | Fråga om godkännande av föregående
årsmötesprotokoll | § 16 | Information om Barnveckan |
| § 6 | Styrelsens verksamhetsberättelse | § 17 | Barnläkaren och Acta Paediatrica |
| § 7 | Föreningens ekonomi | § 18 | Forskningsfonden |
| § 8 | Revisorernas rapport | § 19 | Fråga om nya delföreningar |
| § 9 | Fråga om ansvarsfrihet för styrelsen | § 20 | Specialistexamen i pediatrik |
| § 10 | Fastställande av årsavgift | § 21 | Rapport från utbildningsutskottet |
| § 11 | Valberedningens förslag till val av styrelse | § 22 | Rapport från BLU |
| | | § 23 | Övriga frågor |

Svensk Barnkardiologisk förening ordnar kurs i

Barnkardiologi

på Svartå Herrgård (utanför Örebro) den 9 – 12 september 2008.

Kursen riktar sig i första hand till barnläkare, GUCH-läkare och kliniska fysiologer men också till biomedicinska analytiker och sjuksköterskor med barnkardiologisk inriktning.

Kursen berättigar till 13 CME-poäng.

Ur planerat kursinnehåll: Hjärtmissbildningar, terminologi, struktur, fysiologi, symtom, utredning och behandling. Hjärtarytmier och pacemakerbehandling. Hjärtmuskelsjukdomar och pulmonell hypertension. Antalet deltagare är begränsat till 30 st.

Kursansvariga:

Göran Wesström, Barn- och ungdomskliniken, Universitetssjukhuset Örebro
Per Winberg, Astrid Lindgrens barnsjukhus, Stockholm
Kursavgift: 5 500 kr, exkl. moms, inkluderande helpension i 3 dygn.

Anmälan senast den 21 maj 2008 till: Svensk Barnkardiologisk förening,
c/o docent Göran Wesström
Barn- och ungdomskliniken
Universitetssjukhuset
701 85 Örebro
e-post: goran.wesstrom@orebroll.se
Fax 019 – 602 31 22

Bekräftelse på att du har blivit antagen till kursen meddelas i vecka 22.



Det här är ingen vanlig barnmat! Här kommer några anledningar varför:

1

All vår barnmat är ekologisk, något vi är ensamma om.

6

Det råder stränga regler för innehåll i barnmat. På HiPP har vi höjt våra krav ytterligare.

2

HiPP använder inget konstgödsel och inga besprutningsmedel.

7

Vi återvinner 97% av våra restprodukter. Målet är att återvinna 100%.

3

En hög kvalitet på våra råvaror garanterar godare smak.

8

HiPPs barnmat är näringsmässigt rätt sammansatt.

4

Innan en HiPP-burk hamnar på hyllan i butik, har den gått igenom cirka 260 kontroller.

9

Det finns inget tillsatt socker i några av våra produkter.

5

Vi använder uteslutande 100% grön energi i vår produktion.

10

HiPP har satt ett maxvärde på utsläpp av koldioxid för varje producerad råvara.



LÄS MER OM HIPPI PÅ VÅR HEMSIDA WWW.HIPPBARNMAT.SE

HiPP
EKOLOGISK

Tack för ert förtroende!

KÄRA KOLLEGOR!

Detta är min avslutande ledare i Barnläkaren. Vid årsmötet i samband med Barnveckan lämnar jag ordförandeklubban vidare efter att ha fått vara med om två stimulerande ordförandeår.

Bland de roligaste uppgifterna som ordförande i BLF har varit att som ansvarig utgivare arbeta med Barnläkaren. Tidningen känns vital och den innehåller artiklar som jag tror många tycker är intressanta att läsa. Vi strävar efter bredd i tidningens material med både aktuella medicinska ämnen och artiklar med mer humanistisk prägel, bland annat inom vetenskapsteori och medicinhistoria. Själv har jag till exempel under hösten fått en välbehövlig uppfräschning av mina kunskaper om både Karl Popper och Thomas Kuhn och därigenom fått upp ögonen för de spår de satt.

Jag tror Popper har haft större inflytande på vårt sätt att se på medicinsk vetenskap än vad vi oftast är medvetna om. På ett annat sätt än förr är det idag självklart att vi i diskussionsavsnittet i en vetenskaplig artikel tar upp även svagheter i den aktuella studien. Vi känner en skyldighet att själva kritiskt pröva vårt material och redovisa även de svaga punkterna. Det är möjligt att jag har fel, men jag tror att det här är Poppers vetenskapssyn som har påverkat vårt sätt att redovisa vetenskapliga studier.

En uppmärksam fråga under hösten var planerna på att i Stockholm starta en privat, försäkringsfinansierad barnklinik. I detta nummer av Barnläkaren intervjuar vi en av initiativtagarna till projektet och i *Enkäten* låter vi några välkända kollegor svara på frågan om de välkomnar initiativet. Svaren är omväxlande både positiva och negativa vilket jag tror ganska väl återspeglar reaktionerna i barnläkarkåren i stort.

I en jämförelse av sjukvård i olika europeiska länder kom Sverige nyligen ut i topp när det gällde resultat vid behandling av allvarliga sjukdomar. Men när det gällde tillgänglighet i sjukvården hamnade svensk sjukvård på en bottenplats. Vi är med rätta stolta över topplaceringen. Samtidigt kan vi inte blunda för att vi på många håll har problem med tillgängligheten i vardagssjukvården. Personligen ser jag

det därför som positivt att det skapas alternativ till den landstingsdrivna vården. Tillgängligheten till vardagssjukvård ökar och rimligen avlastas den offentliga vården. Kanske leder fler alternativ också till att landstingen blir mer angelägna att skapa god arbetsmiljö för oss läkare.

I en tidigare enkät (nr 5 2007) ställde vi frågan om vi är för tröga med att inkludera nya vacciner i det allmänna vaccinationsprogrammet i Sverige. I svaren framkom uppfattningen att vi nog har varit onödigt långsamma med att införa vaccinering mot pneumokocker. Därför är det särskilt glädjande att Socialstyrelsen, just den dag som jag skriver detta, föreslagit att vaccinering mot pneumokocker nu ska inkluderas i vaccinationsprogrammet.

Med dessa rader tackar jag för det stora förtroende det är att få vara ordförande i BLF och jag önskar min efterträdare all välgång! Och så hoppas jag få träffa många goda barnläkarkollegor på Barnveckan i Örebro!

Hjärtliga hälsningar
Göran Wennergren



Göran Wennergren
Ordförande i Svenska Barnläkarföreningen

Redaktörens ruta



Tack Göran, som nu lämnar sin post som ordförande i Barnläkarföreningen. Det har varit lärorikt och roligt att samarbeta med dig!

I det här numret har vi tema Gastroenterologi, vilket ger oss möjligheten att få en rad intressanta frågor besvarade. Just nu pågår en undersökning inom EU för att ta reda på om det går att förebygga

celiaki. Umeå universitet har utsetts till svenskt centrum för detta projekt och ett forskarlag där med Anneli Ivarsson i spetsen ska undersöka om detta är möjligt. Målet är att fastställa vilka faktorer i spädbarnskosten som utlöser eller skyddar mot celiaki. Läs vad hon har att berätta om detta på sidan 8.

Robert Saalman på Drottning Silvias barn- och ungdomssjukhus i Göteborg ger oss en inblick i den aktuella situationen för barn med IBD. I Sverige liksom i övriga västvärlden ökar insjuknandet i IBD i barnåren, speciellt i Crohns sjukdom. Hur ser livskvalitén ut för dessa barn? Och hur ser utsikterna ut för att förbättra den? Vi får också hjälp med att tydliggöra skillnaden mellan de flitigt använda begreppen "allergi" och "intolerans", två diagnoser som ofta förväxlas med varandra. Lars Browaldh på Sachsska barnsjukhuset i Stockholm skriver om komjölksproteinallergi och laktosintolerans.

På Sachsska arbetar även barnsjuksköterskan Christina Wahlstedt. Vi träffade henne för att få veta mer om ett betydelsefullt hjälpmedel, vilket kan underlätta vardagen avsevärt för stomiopererade barn.

Långt från sjukhusmiljön där små och stora beslut ofta måste fattas direkt på plats, befinner sig politikern Anders W Jonsson. För närvarande arbetar han på ett förslag till hur vi i Sverige ska kunna genomföra etableringsfrihet inom primärvården, det vill säga att föräldrar ska kunna bestämma själva om de vill att deras barn ska gå till exempelvis en barn- eller allmänläkare. Anders sa upp sig från sitt arbete som verksamhetschef på barnkliniken i Gävle med ansvar för 130 anställda för att satsa på en ny karriär. Hans nya arbetsplats? Rosenbad. Mer om detta i Intervjun.

Som alltid kommer litteraturredaktör Carl Lindgren med ett intressant lästips. Denna gång handlar det om kultur och vår hjärna, en bok om neurologiska sjukdomar i konsten och historien. Och slutligen, då en stor del av detta nummer ägnas åt ämnet "Gastro", kommer även några goda råd från Claude Kollin. När han inte tjänstgör som barnkirurg på Astrid Lindgrens Barnsjukhus i Stockholm, anordnar han bland annat chokladprovningar. För några år sedan grundade han dessutom Chokladakademien, ett forum för alla med intresse för god smak.

Ha en skön vår!

Margareta Munkert Kamros

Duchennes muskeldystrofi - dags för kliniska prövningar

DMD kan fortfarande inte botas, men det finns redan nu behandling som avsevärt förbättrar prognosen för sjukdomen. Det kommer snart också att bli aktuellt med kliniska prövningar för ett antal kurativa behandlingsstrategier.

Duchennes muskeldystrofi (DMD) är den vanligaste formen av muskeldystrofi hos barn. Den medför en fortskridande muskelsvaghet och förekommer nästan bara hos pojkar och män. Sjukdomen är uppkallad efter den franske neurologen Guillaume Duchenne som var den förste att definiera och på 1860-talet publicera vad som var karaktäristiskt för sjukdomen. Incidensen av DMD är cirka 1:4000 födda pojkar. I Sverige räknar vi med att det finns c:a 250 pojkar/män med sjukdomen. Den sjukdomsframkallande orsaken till DMD är brist på eller nedsatt funktion av det membran-associerade proteinet dystrofin. Dystrofin finns normalt i skelettmuskulatur och hjärtmuskel samt i mindre mängder även i centrala nervsystemet och glatta muskelceller.

Diagnosen fastställs antingen med muskelbiopsi eller genetiskt

Avsaknad av dystrofin leder till att muskelfibrerna lättare bryts ned. Under de första levnadsåren kompenseras detta delvis av aktiv muskelregeneration, men denna förmåga avtar i takt med att förrådet av skelettmuskelstamceller (satellitceller) förbrukas. Fibros och fettinlagring ersätter istället muskelfibrerna. Dystrofinengen är belägen på X-kromosomen och är den största kända genen i vår arvsmassa. De flesta mutationerna vid DMD, 65%, är större deletioner. Man räknar med att 10-15% orsakas

av nonsensmutationer som medför prematura stop-kodon i läsramen. Dessa är just nu i fokus för en typ av genterapi (se nedan). Diagnosen fastställs antingen med muskelbiopsi (avsaknad dystrofin) eller genetiskt efter att muskelsvaghet hos pojke med förhöjda värden av kreatinkinas i serum ingett misstanke om DMD. Det spontana sjukdomsförloppet innebär oftast en normal eller nästan normal motorisk utveckling fram till 3-5 årsåldern, då den alltmer sackar efter och då brukar leda till läkarbesök och diagnos. Pojken kan då ha en vaggande gång och svårt att springa, hoppa och resa sig upp från golvet.

Ännu inget bot

De muskelgrupper där svagheten märks tidigt är skuldergördel, bäckengördel och ryggmuskulatur. Svagheten i höftsträckare medför svårighet att resa sig från sittande till stående utan att ta hjälp att "klättra" med händerna uppför låren för att kunna resa upp och sträcka ut i höfterna (Gowers manöver). Andra tidiga och karaktäristiska symptom är att vaderna blir förstörade (pseudohypertrofi),



Forskning pågår för att ta reda på hur behandlingsformerna för DMD ska kunna förbättras.

Foto: Tobias Gustafsson

BARNMEDICIN

utveckling av påtaglig ländlordos, samt tendens till tågång. Utöver symtom relaterade till svaghet av skelettmuskulatur kan även glatt muskel, hjärta och CNS vara engagerade. Inlärningsförmågan kan vara nedsatt och det är därför viktigt att tidigt planera för kognitiv skolmognadsbedömning för att säkerställa rätt skolform. Obehandlat så progredierar svagheten så att gångförmågan förloras vid 9-10 års ålder och andningsfunktionen sjunker med risk för tidig död i nedre luftvägsinfektion. Medelöverlevnaden var tidigare utan behandling c:a 18 år. DMD kan fortfarande inte botas, men det finns redan nu behandling som är mycket värdefull och som avsevärt förbättrar prognosen (Bushby et al, 2005). En hörnsten är här att använda ventilator mot andningssvikt (Finder, 2004). En annan är att förebygga och behandla kontrakturer och skolios. Det råder vidare nu enighet om att kortisonbehandling är effektivt för att bromsa sjukdomsförloppet och förlänga tiden som gångare. Alltmer talar även för positiva effekter även på funktion av hjärta och andning, samt för att bromsa utveckling av skolios.



Thomas Sejersen, Docent, överläkare,
Neuropediatriken, Astrid Lindgrens
Barnsjukhus, Stockholm
E-mail: thomas.sejersen@ki.se

Flera lovande behandlingsformer

Ett viktigt nytt rön från 2007 är att profylaktisk ACE-hämmarbehandling, insatt vid 9-10 års ålder och innan tecken till sänkt kontraktilitet påvisas, avsevärt sänker dödligheten (Duboc et al, 2007). Vi har under lång tid väntat på att också mer kurativa behandlingsstrategier ska nå kliniska prövningar. Detta är nu äntligen fallet! Tre olika behandlingsformer som ter sig särskilt lovande

är dels användandet av s.k. mesoangioblast/pericyter, dels "exon skipping" med oligonukleotider, samt slutligen oral tillförsel av substansen PTC124. Mesoangioblast/pericyter är mesodermala stamceller som identifierats i anslutning till kärl, och som visats motverka den dystrofiska processen och förbättra muskelfunktionen hos Golden retrievers med motsvarigheten till DMD. Fas 1-prövning av transplanterade mesoangioblast/pericyter planeras i Milano nu under 2008. "Exon skipping" bygger på principen att tillförsel av skraddarsydda oligonukleotider selektivt avlägsnar ett eller flera exon(er) i dystrofingenen för att därigenom återställa en korrekt läsram. Fas 2-studier planeras nu av holländska och brittiska forskargrupper. En tredje lovande strategi är att med substansen PTC124 behandla de c:a 15% av DMD som beror på nonsensmutation, dvs . basparsutbyte som leder till stoppkodon. PTC124 har här egenskapen att det tillåter ribosomerna att translatera mRNA trots innehållet av prematura stoppkodon. Samma substans prövas även mot cystisk fibros. För DMD planeras nu under 2008 en multinationell fas 2b studie med svenskt deltagande. Vi står inför ett spännande år! Thomas Sejersen.

Referenser

1. Bushby K, Bourke J, Bullock R, Eagle M, Gibsorrant J, Quinby J. *The multidisciplinary management of Duchenne muscular dystrophy. Curr Paediat* 2005; 15: 292-300.
2. Denis Duboc,, Christophe Meune, MD, Bertrand Pierre, Karim Wahbi, Bruno Eymard, Annick Toutain, Carole Berard, Guy Vaksmann, MD, Simon Weber, and Henri-Marc Bé cane, *Perindopril preventive treatment on mortality in Duchenne muscular dystrophy: 10 years' follow-up. Am Heart J* 2007;154:5962602.
3. Finder JD, Birnkrant D, Carl J, Farber HJ, Gozal D, Iannaccone ST et al. *Respiratory care of the patient with Duchenne muscular dystrophy: ATS consensus statement. Am J Respir Crit Care Med* 2004; 170: 456-465.

TEMA: GASTROENTEROLOGI

Celiaki – från en ovanlig barnsjukdom till ett folkhälsoproblem

Celiaki är ett av nutidens folkhälsoproblem. Merparten av de drabbade har ännu inte fått korrekt diagnos och råd om glutenfri kost. Barnläkare – oavsett subspecialité – kan bidra till att förbättra situationen.

Celiaki, även kallat glutenintolerans, betraktades ännu på 1970-talet som en ovanlig sjukdom som främst drabbade barn i Europa. Nu är det känt att sjukdomen har global utbredning och att sjukdomsprocessen kan initieras när som helst under livsspannet (1). Merparten av de drabbade har ännu inte fått korrekt diagnos och råd om glutenfri kost, vilket ger upphov till ökad ohälsa både på kort och lång sikt.

Celiaki hos 3% av barnen

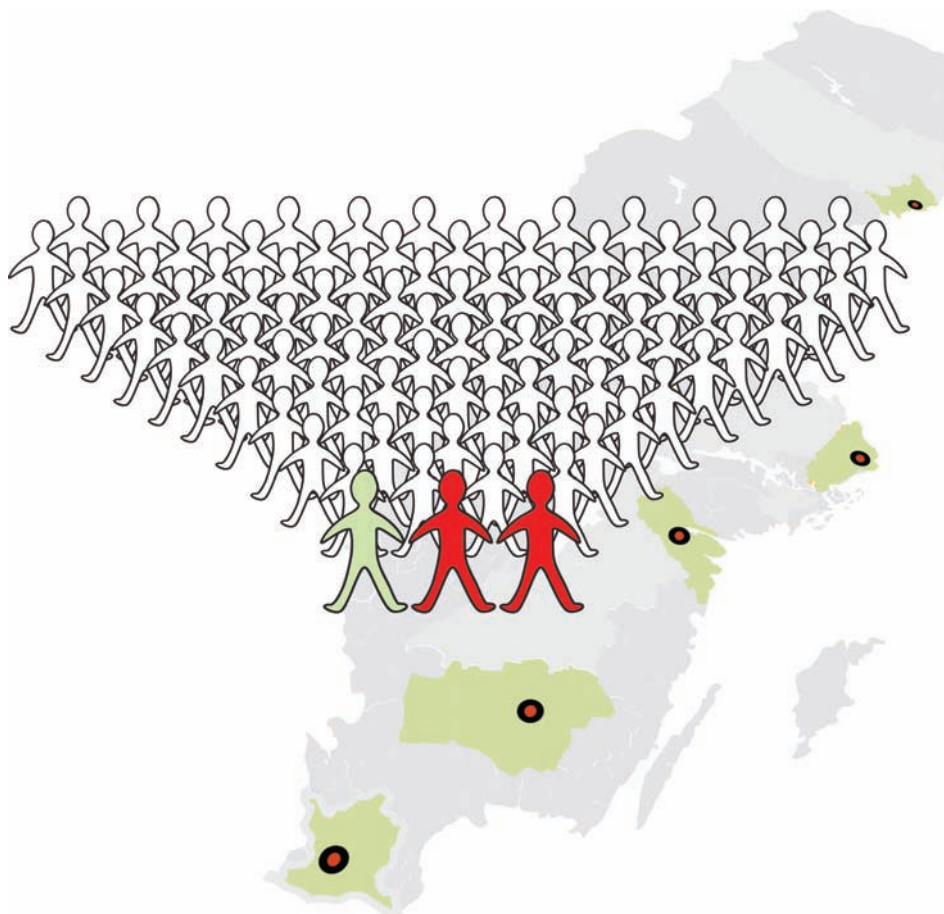
Inom studien ETICS - Exploring the Iceberg of Celiac's in Sweden - påvisade vi nyligen att 29 av 1 000 (3%) barn födda 1993 hade insjuknat i celiaki före 12 års ålder, samt att merparten – 20 av 1 000 – var odiagnostiserade. Detta kan jämföras med 1970-talet då 1 av 1 000 barn i Sverige ansågs ha celiaki. Nyligen har det visats att 10 av 1 000 finska skolbarn har celiaki (2), vilket tidigare varit den högsta förekomsten rapporterad från något Europeiskt land.

En multicenter screening studie

Under läsåret 2005-2006 inbjöds via ETICS-studien* 12-åringar på fem orter i landet – Umeå, Norrtälje, Norrköping, Växjö och Lund – till screening för celiaki. Av 10 041 inbjudna barn deltog 7 567 (75%). Celiaki fastställdes hos 212 barn, varav 67 hade fått diagnosen före studien. Detta ger en prevalens på 3%, vilket sannolikt är representativt för hela årskullen 1993. Detta innebär för Sverige som helhet ca 3 000 barn med celiaki varav ca 2 000 ännu utan korrekt diagnos och behandling, en beräkning baserad på en födeslekohort med 100 000 barn.

Celiaki utan diagnos är vanligt

Sverige hade under åren 1984 till 1996 en epidemi av celiaki utan motsvarighet på något annat håll i världen (3). Under detta dryga årtionde diagnostiserades oväntat många barn med celiaki redan före två års ålder, vilket senare har förklarats av en spädbarnskost med abrupt introduktion av gluten ofta utan pågående amning. Det är troligt att förekomsten celiaki på 3% som nu påvisats för årskullen 1993 även gäller för övriga årskullar från denna period. Om så är fallet



Celiaki fastställdes hos 3% av 12-åringarna (födda 1993) inom ETICS-studien.

Illustration av Erik Winbo (www.winboartstudio.com).

TEMA: GASTROENTEROLOGI



ETICS-studien är en del av EU-projektet PREVENTCD (www.preventcd.com).

motsvarar detta ca 39 000 personer med celiaki varav ca 26 000 ännu utan diagnos – en beräkning baserad på 100 000 födselar varje år. Ytterligare fall med celiaki har förstås genererats från årskullarna både före och efter epidemin och den andel som diagnostiserats via landets Barn- och Ungdomskliniker kartläggs via Nationellt Register för Celiaki hos Barn.

Utred för celiaki på vida indikationer

Det är nu klarlagt att celiaki är ett av nutidens folkhälsoproblem. Inom hälso- och sjukvården bör vi ha celiaki i åtanke som en av flera möjliga förklaringar till våra patienters hälsoproblem. Utredning för celiaki bör initieras på vida indikationer. I framtiden är det möjligt att generell screening för celiaki blir aktuell, men ännu är kunskapsunderlaget för en sådan rekommendation otillräckligt.

Referenser:

1. Green PH, Cellier C. Celiac disease. *N Engl J Med* 2007;357(17):1731-43.
2. Mäki M, Mustalahti K, Kokkonen J, et al. Prevalence of celiac disease among children in Finland. *New Eng J Med* 2003;348(25):2517-24
3. Ivarsson A. The Swedish epidemic of coeliac disease explored using an epidemiological approach – some lessons to be learnt. *Best Prac Res Clin Gastroenterol* 2005;19(3):425-40.

* ETICS-studien (www.etics.se) genomförs av en multidisciplinär forskargrupp med seniora forskare, doktorander, sjuksköterskor och biomedicinska analytiker. Huvudansvarig på respektive studieort är följande: Anneli Ivarsson (Umeå), Lars Danielsson (Norrtälje), Lars Stenhammar (Norrköping), Eva Karlsson (Växjö) och Annelie Carlsson (Lund).

KOM IHÅG att anmäla alla barn som får celiaki diagnostiserat till "Nationellt Register för Celiaki hos Barn" (www.celiakiregister.se).



Anneli Ivarsson,
Universitetslektor &
Barnläkare, Epidemiologi och
Folkhälsovetenskap, Umeå
universitet. E-post:
Anneli.Ivarsson@epiph.umu.se

Allergi eller intolerans?

Ofta sker en sammanblandning mellan allergi mot ett födoämne och intolerans mot detsamma. Lars Browaldh förklarar skillnaderna mellan komjölksproteinallergi och laktosintolerans.

För att försöka reda ut begreppen så kan man först konstatera att allergi och intolerans mot ett födoämne också innebär olika reaktionssätt. Nedanstående figur illustrerar hur man idag ser på en reaktion mot ett födoämne:

Definition komjölkallergi: Symtomdebut vanligast före 6 månaders ålder, dock att räkna med upp till 3 års ålder, och kan ibland debutera senare. Årlig incidens c:a 2-3 procent av alla barn i Sverige. Under adolescensen och vuxen ålder sjunker incidensen väsentligt men kan ändå vara 0.1 – 0.5 procent (Woods 2002). Tolerans mot komjölk hos allergiska småbarn uppnås hos cirka 90 procent före 3 års ålder.

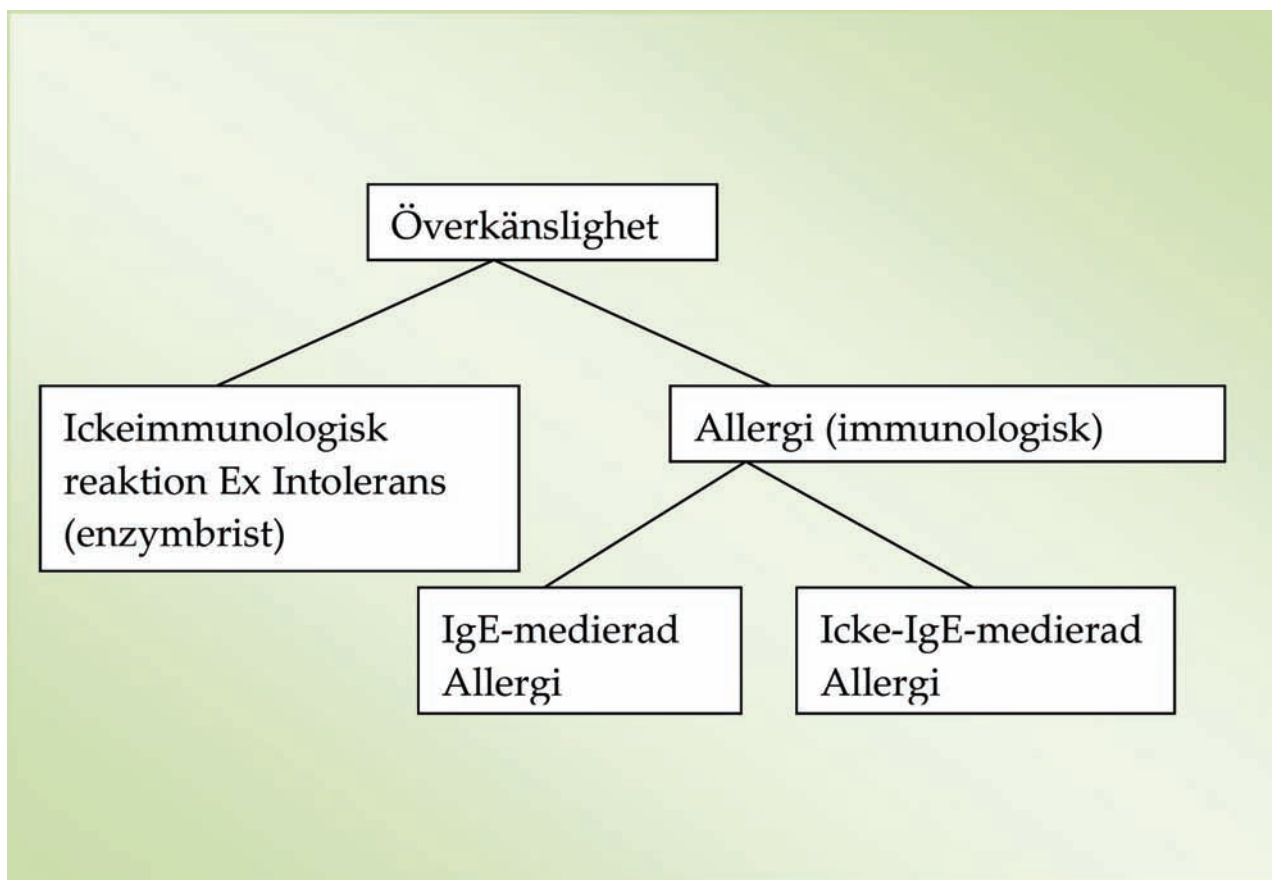
Symtom

Gastrointestinala (diarré ibland med enteropati, obstipation, kräkningar, kolik, kolit, gastroesofageal reflux, eosinofil esofagit)

Hud (eksem, urtikaria)

Luftvägar

Definition laktosintolerans: Reaktionen från gastrointestinalkanalen utlösta av tillfört laktos beroende på enzymlöst (laktas). Bristen kan vara kongenital och närmast total (mkt ovanlig och dessa barn får svår diarré strax efter påbörjad amning) men vanligen är den primär eller i vissa fall sekundär. Ungefär 70 procent av världens befolkning har primär laktasbrist, dock är förekomsten i Nordeuropa bara mellan 2 och 10 procent. Symtom brukar då debutera tidigast i 5 – 6 års åldern. Sekundär laktosintolerans anses kunna uppkomma vid celiaki, Mb Crohn samt i vissa fall efter en gastroenterit. Dock har undersökningar visat att laktosintolerans hos de flesta barn med gastroenterit helt saknar betydelse (Sandhu 1997 JPCN; Bhatnagar 1996; Sperotto 1998). Giardiasis och



För att illustrera skillnaden kommer jag fortsättningsvis uppehålla mig vid reaktioner mot komjölk.

TEMA: GASTROENTEROLOGI



Allergi eller intolerans? – det är frågan.

Foto: Tage Olsin

andra parasit-infektioner kan i högre grad skada epitel-celler-na och därmed ge sekundär laktosintolerans.

Diagnos komjölksallergi: Kan naturligtvis diagnostiseras med specifikt IgE (ImmunoCap) alternativt pricktest (SPT), men inte alltid. Har man ett tillräckligt högt värde på specifikt IgE blir sannolikheten för att barnet har en komjölksallergi så pass stor, att man ej behöver utföra någon provokation. Vilket gränsvärde som gäller för olika allergen har undersökts och blir något olika beroende på ålder (Sampson). Det kan vara vanskligt att ställa diagnosen komjölksallergi enbart med ett relativt lågt specifikt IgE-värde eller en positiv SPT då barnet kan ha uppnått tolerans ändå och i dessa fall behövs provokation utförd på sjukhus eller mottagning. Har man diagnostiserat en IgE-medierad komjölksallergi, bör man också med viss regelbundenhet utföra provokation, till exempel en gång per år, så att man inte håller dieten onödigt länge. Patch-test kan vara till hjälp vid hudsymtom.

Vid huvudsakligen gastrointestinala besvär har man vanligtvis dock inte så stor nytta av specifikt IgE eller SPT, även om något av testerna alltid bör göras. Reaktionen är vanligen icke-IgE-medierad och för att då prova sin hypotes om komjölksprotein som orsak till besvären, tillämpar man istället **enbart** elimination följt av provokation. Tiden för elimination bör vara minst 3 veckor och hjälp behövs av dietist så att kosten verkligen blir komjölksproteinfri.

Undersökningar har kunnat visa att självdiagnostiserad allergi mot något födoämne har en incidens som är cirka 10 ggr högre än den kliniskt ställda diagnosen. Föräldrar kan ju också ha fått rådet av någon i sjukvården att sätta ut till exempel komjölken på försök, varefter man sedan inte följt upp dessa råd. Detta tillvägagångssätt kan vara olyckligt och det är viktigt att en så korrekt diagnos som möjligt är ställd. Dieten medför nämligen risk för nutritionella brister främst kalcium, och därmed i vissa fall försämrade mineraliseringsgrad av skelettet. Svårigheten att ställa rätt diagnos bidrar naturligt nog till allmänhetens diffusa uppfattning om vad som är allergi/intolerans mot ett födoämne eller ej. Mekanismen för den icke-IgE-medierade reaktionen är inte klarlagd, teorier har lagts fram om en Th1-medierad reaktion som aktiverar makrofager, eller kompletterande aktivering givet av immunkomplex-bildning.

Diagnos laktosintolerans: Oftast kan det räcka med att hos ett skolbarn konstatera mag-tarmbesvär (diarréer, smärtor, ökad flatulens) vid laktosintag för att ställa diagnosen. Barnen tål då också ost, laktosfri mjölk går bra att använda och de flesta kan dricka åtminstone lite yoghurt. Man kan om särskilda skäl finns, låta analysera tunntarmsbiopsier på laktasinnehåll. Då får man också svar på halten av andra disackarider som sukras och maltas där ju framför allt sackarosintolerans (betydligt mer sällsynt) kan ge besvär som vid laktosintolerans. Möjligheter finns också att utföra DNA-diagnostik för att undersöka om patienten har den genotyp som ger primär laktosintolerans. Men vid detta tillstånd torde det i de flesta fall räcka med att helt enkelt utesluta och provocera med laktos hemma för att fastställa diagnosen.



Lars Browaldh, barnläkare
Sachsska Barnsjukhuset, Stockholm
E-mail: lars.browaldh@sodersjukhuset.se

TEMA: GASTROENTEROLOGI

Livskvalitet vid IBD

Hur mår egentligen barn som drabbats av inflammatoriska tarmsjukdomar? Vilka begränsningar och problem kan sjukdomen medföra? Robert Saalman berättar utifrån sin egen forskning

Inflammatorisk tarmsjukdom (IBD) är en av de vanligaste kroniska sjukdomarna under barn- och ungdomsåren i Sverige - varje år insjuknar 150-200 barn. I Sverige liksom i övriga västvärlden ökar insjuknandet i IBD i barnaåren, särskilt i Crohns sjukdom. Cirka 20 % av alla som får IBD insjuknar under barn- och ungdomsåren. Studier av livskvalitet har indikerat att barn med IBD är den grupp kroniskt sjuka barn som psykiskt mår sämst (1,2).



Många barn med IBD undviker t ex sportaktiviteter.

Foto: Joakim Wihlsson

Sjukdomsspecifika faktorer är sannolikt av betydelse, som sjukdomens oförutsägbara förlopp med återkommande skov och att symtombilden upplevs generande och svår att prata om. Skam, isolering och beroende är begrepp som använts för att beskriva reaktioner hos ungdomar med IBD (2,3). Ungdomar med IBD delar naturligtvis många av de problem som beskrivits hos barn med andra kroniska sjukdomar, men till detta kommer också ett antal sjukdomsspecifika problemområden.

Förlust av kontroll och minskat livsutrymme

Undersökningar av livskvalitet hos ungdomar med IBD visar att sjukdomen har påtagliga effekter på såväl det fysiska som psykiska välbefinnandet (2,4,5). Problemområden som lyfts fram är autonomi, självbild och kroppsuppfattning. Ungdomar som insjuknat i IBD har beskrivit förlust av kontroll och minskat livsutrymme. När barnen själva fick rangordna sina besvär tog de framförallt upp aspekter som att leva med ovissheten om hur

framtiden kommer att se ut, oro att få skov, medicinbiverkningar och belastande undersökningar (4). Försenad tillväxt och förändringar i utseendet, där steroidbiverkningar kan vara bidragande, är andra vanligt förekommande problem.

Samband mellan självkänsla och livskvalitet

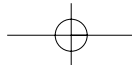
Sjukdomen får ofta stort inflytande på det dagliga livet (6). Problem som förekommer är ökad skolfrånvaro, begränsningar att delta i sportaktiviteter och att tarmsymptomen medför svårigheter att umgås med vänner, till exempel sova över hos en kamrat. Flera studier har påvisat ett samband mellan självkänsla och livskvalitet (2,7,8). Jämfört med tidigare studier, som visat på en sänkt livskvalitet och självkänsla hos barn med IBD, har vi i en nypublicerad, populationsbaserad studie funnit uppmuntrande resultat (9). I studien hade ungdomar med IBD som grupp likagod självkänsla som friska jämnåriga.

Psykosocialt stöd - grundpelare i behandlingen

Vi fann dock att ungdomar med svårare sjukdomsförlopp och de som levde i familjeförhållanden med separerade föräldrar löpte en ökad risk för låg självkänsla. En ordinär självkänsla hos ungdomar med IBD har också nyligen rapporterats i en amerikansk studie (8). Kunskap om IBD, tilltro till behandlingen och en öppenhet att tala om sjukdomen både inom och utanför familjen har visat sig befrämja anpassning till sjukdomen (4,5). En betydelsefull faktor för välbefinnande och psykosocial mognad tycks vara kvalitén på det stöd som omgivningen erbjuder. Ungdomars upplevelse av sin situation är avhängig hur föräldrar och syskon reagerar och på vilket sätt de kan ge stöd (3,5). IBD-teamet på barnkliniken har också en viktig roll. Psykosocialt stöd till ungdomen/familjen är en av grundpelarna i behandlingen av IBD (10).



Robert Saalman,
Sektoröverläkare för sektionen
Pediatrik Gastroenterologi,
Hepatologi och Nutrition Drottning
Silvias Barn- och ungdomssjukhus,
E-mail: robert.saalman@vgregion.se



ETT ENKLARE LIV MED GASTROSTOMI

MEDA

Meda AB Besöksadress: Pipers väg 2A Postadress: Box 906 170 09 Solna
Tel: 08 630 19 00 Fax: 08 630 19 38 E-post: md@meda.se www.meda.se www.mic-key.se

MIC-Key®

– ett sätt att äta

MIC-Key® gastrostomiport är en enkel, liten och smidig produkt för att ge/få näring, vätska och läkemedel på ett säkert sätt vid olika sväljningsbesvär.

MIC-Key® gastrostomiport finns i många storlekar för individuell passform och bästa komfort för både barn och vuxna.

MIC-Key® har en tydlig storleksangivelse och märkt ballonginfart, BAL. Tillverkad i vävnadsvänlig silikon och levereras i kompletta set.

MIC-Key® kopplingslangar med säkerhetsspärr och klämma som gör det lätt att tillföra näring, passar såväl spruta som aggregat. Slangarna är DEHP fria.



Gastrostomiport med låg profil
– för barn och vuxna

To advertise in this journal contact:

Margareta Munkert Karnros

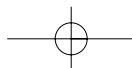
Tel: +46 (0)8 517 795 82

Fax: +46 (0)8 517 740 34

email: margareta.munkert@actapaediatrica.se



Blackwell
Publishing



TEMA: GASTROENTEROLOGI

Referenser

1. Lavigne JV, Faier-Routman J. Psychological adjustment to pediatric physical disorders: a meta-analytic review. *J Pediatr Psychol* 1992; 17: 133-157.
2. Engström I. Inflammatory bowel disease in children and adolescents: mental health and family functioning. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 1999; 28: 28-33.
3. Brydolf M, Segesten K. Living with ulcerative colitis: experiences of adolescents and young adults. *J Adv Nurs* 1996; 23: 39-47.
4. Loonen HJ, Grootenhuis MA, Last BF, Koopman HM, Derkx HH. Quality of life in paediatric inflammatory bowel disease measured by a generic and a disease-specific questionnaire. *Acta Paediatr* 2002; 91: 348-54.
5. Nicholas DB, Otley A, Smith C, Avolio J, Munk M, Griffith A.M. Challenges and strategies of children and adolescents with inflammatory bowel disease: a qualitative examination. *Health Qual Life Outcomes* 2007; 5: 28.
6. Moody G, Eaden JA, Mayberry JF. Social implications of childhood Crohn's disease. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 1999; 28: 43-5.
7. De Boer M, Grootenhuis M, Derkx B, Last B. Health-related quality of life and psychosocial functioning of adolescents with inflammatory bowel disease. *Inflamm Bowel Dis* 2005; 11: 400-6.
8. Mackner LM, Crandall WV. Long term psychosocial outcomes reported by children and adolescents with inflammatory bowel disease. *Am J Gastroenterol* 2005; 100: 1386-92.
9. Lindfred H, Saalman R, Nilsson S, Reichenberg K. Inflammatory bowel disease and self-esteem in adolescence. *Acta Paediatr*. Under tryckning 2008.
10. Svenska Barnläkarföreningens sektion för Gastroenterologi, Hepatologi och Nutrition. Vårdprogram Inflammatorisk tarm-sjukdom hos barn och ungdomar, 2007. Tillgängligt på: <http://www.blf.net/gastro/varprogram/aktuella/ibd/varprogram%20IBD%20071005.doc>.

Gastrostomiport – ett smidigt alternativ för barn med sväljsvårigheter

– Barn och föräldrar upplever gastrostomiporten som mycket smidig och lätt att använda, säger Christina Wahlstedt, barnsjuksköterska på Sachsska barnsjukhuset i Stockholm.



Christina Wahlstedt, barnsjuksköterska

Foto: Margareta Munkert Kamros

Det är relativt lugnt denna morgon i väntrummet på Sachsska barnsjukhuset i Stockholm. Christina Wahlstedt, barnsjuksköterska, ska berätta om gastrostomiporten eller "knappen", som den också kallas, ett hjälpmedel som underlättar vardagen för många familjer med barn som inte kan äta på vanligt vis.

Vilka sjukdomar eller handikapp ligger bakom dessa barns svårigheter att få i sig kost?

– Ungefär 60 % av patienterna har neurologiska handikapp kopplat med problem med sväljreflexen, berättar hon.

Resterande är barn som behöver enteral nutrition och är sondberoende längre än tre månader. Det kan vara olika missbildningar, hjärtfel, eosofagusatresi eller barn med metaboliska sjukdomar samt t ex barn med leversjukdomar som behöver specialkost på bestämda tider.

Hur går undersökningen till?

– Magsäcken röntgas för att vi ska få en uppfattning om hur läget ser ut. Om patienten t ex har för mycket reflux kan man överväga att sätta in en jejunostomi istället eftersom refluxen kan förvärras av en gastrostomi, berättar Christina.

Därefter skickas en remiss till Astrid Lindgrens Barnsjukhus eller Barnens sjukhus i Huddinge. Där utförs antingen en PEG eller en kirurgisk gastrostomi.



Gastrostomiportens olika delar. Matpump, "knapp" och slang.

TEMA: GASTROENTEROLOGI

Är "knappen" mer barnvänlig än t ex PEG-sond? Varför det, om så är fallet?

– Alla barn får en PEG (gastrostomisond) till att börja med. Detta för att skapa en varaktig kanal mellan magsäcken och huden. Efter 1-3 månader sätts en "knapp" in. Barn och föräldrar upplever "knappen" som mycket smidigare och lättare att använda. Den är inte i vägen och barnet kan vara som vanligt, förklarar hon.

Vilka typer av "knappar" finns att välja bland? Vilken är den mest använda?

– Det finns två typer av knappar. Den ena, MIC-Key används i 90 % av fallen. Men även den senare modellen, en knapp kallad Mini Button blir också allt vanligare.

Hur fungerar de?

– Maten ges in i magsäcken antingen för hand, eller via en elektrisk matpump. Denna matpump används ofta till barn som behöver få mat långsamt eller på natten. Den är också smidig att använda vid matbordet eftersom alla i familjen då kan äta samtidigt, berättar Christina.

Finns det någon stödgrupp eller förening för föräldrar med "knappbarn"?

– Det finns en bra norsk website www.knappenforening.no/20/ som man kan vända sig till. Numera är det inte heller så

nytt och ovanligt med en "knapp". Det brukar räcka med det stöd och den rådgivning som föräldrarna får med sig från sjukhuset.

Margareta Munkert Karnros

FAKTA Gastrostomiknapp

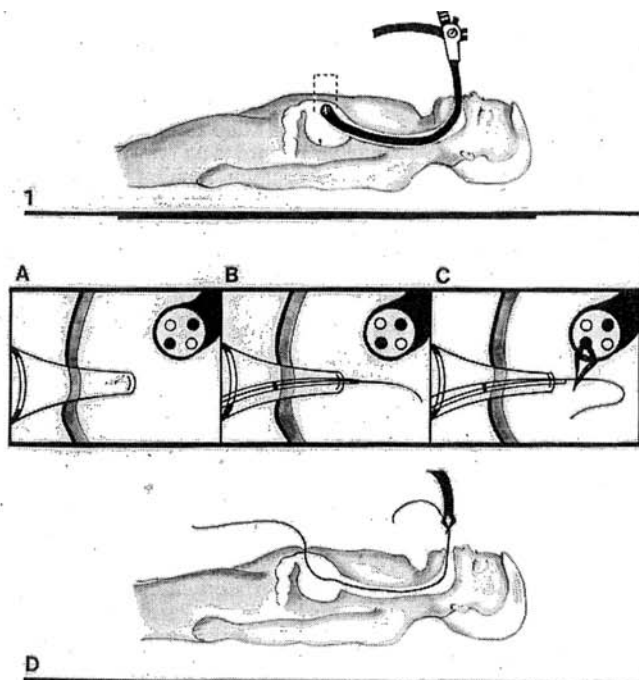
Fördelar

Lätta att byta
Liten, estetiskt tilltalande
Passar för oroliga patienter, svår att få tag i och dra ut
Syns mycket lite genom kläder

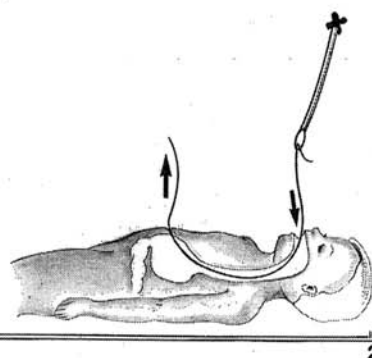
Nackdelar

Ballongen kan gå sönder
Glider lättare ut än en PEG
Måste passa precis i tjocklek och längd
Måste bytas vid viktförändringar hos patienten

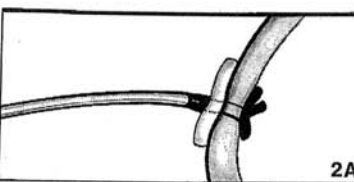
Källa: www.danderydssjukhus.se



Figur 1 och 2. Schematisk beskrivning av hur man anlägger en perkutan endoskopisk gastrostomi.



1. Gastroskopet förs ned till ventrikeln, som blåses upp.
1 A. En kanyl stickas in i ventrikeln.
1 B. En tråd förs ned genom kanylen.
1 C. Tråden fångas upp med den till skopet hörande slyngan.
1 D. Skopet med slynga och tråd tas upp.



2. Gastrostomikatetern fästs i tråden och dras ned i ventrikeln och ut genom insticksstället.
2 A. Detaljbild av katetern på plats.

Beskrivning för hur man anlägger en PEG.

Foto: Läkartidningen 1991; 88: 47 :4006.(Publicerad med tillst från artikelförf.)

TEMA: GASTROENTEROLOGI

“Knappen” underlättar Elins vardag

Efter en besvärlig period med svårigheter att svälja fick Elin 5, en gastrostomiport inopererad. Idag ser hennes vardag annorlunda ut.

Elin Hemseby-Starborg, 5 år kommer in på mottagningen på kontroll efter en lunginflammation och ska även låta Christina se över hennes “knapp”. Den senaste tiden har hon haft återbesök för “knappen” var tredje dag. Elin har haft problem med granulom.

– Efter en besvärlig tid med matning fick hon i oktober förra året en PEG-sond men bytte till en MIC-Key några månader senare, berättar Christina.



I undersökningsrummet med sjuksköterskan Christina Wahlstedt. (Fotografering efter föräldrarnas medgivande)



Elin får en liten mjukishund innan hon går hem. T. h. Ingrid Wass, Elins assistent.

– Hon har först behandlats med Elocon fyra gånger med tre dagar mellanrum. Det har hjälpt till en del men granulomet vill inte ge med sig. Därför har vi också lapiserat var tredje dag, förklarar Christina

Då Elin har en CP-skada har hon svårigheter att svälja. Hon kommunicerar med sin omgivning genom ansiktsuttryck, gester och ibland ord. I dag har hennes assistent Ingrid Wass följt med till mottagningen. När Christina säger något uppmuntrande till henne, drar hon lite på munnen.

Elin har sin “knapp” som komplement, vilket är ganska vanligt. Hon kan därför tillåtas att äta efter vilja och förmåga utan att riskera undernäring, trots svårigheterna att svälja.

– Det är roligt att få hålla i skeden själv, något hon kan göra nu när vi vet att hon får den näring hon behöver genom “knappen”, säger Ingrid Wass.

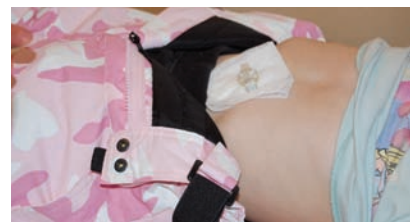
Margareta Munkert Karnros



1. Cavilon sätts på huden för att skydda den mot lapis.



2. Granulomet lapiseras. Efter att först ha blivit vitt ändrar det sedan färg till svart.



3. Här sätts en kompress på under gastrostomiporten, eftersom granulomet gör att det läcker upp magsaft bredvid.

Foto: Margareta Munkert Karnros

Tunntarmsbiopsi används för att ställa diagnos - men inte för att kontrollera sjukdomsförloppet.

Barn gastroenterologer följer gällande rekommendationer att misstänkt celiaki bör bekräftas med tunntarmsbiopsi. Vidare står det också klart att man i hög utsträckning använder celiakiserologi i utredningen av celiaki, det visar en enkätundersökning som gjorts vid Örebro universitet.

Under september-november 2007 genomförde en forskargrupp en webbundersökning av svenska barn gastroenterologers handläggning av celiaki. De identifierade barn gastroenterologer via 1) en epostlista för celiakiintresserade barnläkare; 2) en epostlista för IBD-intresserade barnläkare. Sammanlagt erhöll 81 barnläkare utskick med information om webb-enkäten. Ytterligare information skickades ut via email till verksamhetschefer/medicinskt ansvariga vid svenska barnkliniker. Listan över verksamhetschefer/medicinskt ansvariga (plus deras epostadresser) erhöles via BLF:s hemsida. Frågorna ställdes via en internetbaserad enkät. För detta användes en betaltjänst från Survey Console (<http://www.surveymconsole.com>). Sjuutio personer påbörjade undersökningen, men i två fall skickades aldrig den ifyllda elektroniska enkäten vidare tillbaka till forskargruppen. Det maximala antalet svarande var därför 68 personer, även om enskilda frågor besvarades av mellan 64 och 68 personer.

Biopsi vid misstänkt celiaki

100 % av de svarande uppger att de själva, eller kollega, biopserar minst 9 av 10 barn med misstänkt celiaki innan de ställer diagnosen celiaki (Tabell 1). Mindre än var sjunde barn gastroenterolog tar en andra biopsi (remissionsbiopsi/kontrollbiopsi) för att kontrollera slemhinne läkning efter insättning av glutenfri kost hos minst nio av tio barn; och gruppen som *aldrig* tar en andra biopsi är faktiskt större (Tabell 1). Ingen av de svarande uppger att han/hon glutenprovocerar och genomför en tredje biopsi (provokationsbiopsi) hos mer än hälften av sina patienter, istället avstår 41 % helt från en tredje biopsi (Tabell 1).

Biopsier tas precis lika ofta med kapselbiopsi som via endoskop (44 % anger endera alternativet, 8% anger att de använder kapselbiopsi lika ofta som endoskopi). Kanske

kan den omfattande användningen av kapselbiopsi förklara att många barn gastroenterologer bara tar ett vävnadsprov från tunntarmsslemhinnan vid samma biopsitillfälle (ett vävnadsprov: 40 %, 2-3 vävnadsprov: 28 %; 4 eller fler vävnadsprov: 31 %).

Serologi och kliniska fynd

Alla barn gastroenterologer i undersökningen kontrollerar antikroppstitrar t.ex. transglutaminas-, endomysie-, eller gliadin-antikroppar i samband med utredning av misstänkt celiaki (Tabell 1).

62 % uppger att de genomför en tunntarmsbiopsi om barnen har antingen (a) symptom/tecken/laboratoriesvar eller (b) associerat tillstånd (t.ex. typ 1 diabetes) som inger misstanke på celiaki eller (c) positiva antikroppstitrar. 16 % ställer som krav att barnet har såväl symptom/tecken/laboratoriesvar som positiva antikroppstitrar innan biopsi blir aktuellt. Ytterligare 11 % anger att positiva antikroppar alltid är ett krav för tunntarmsbiopsi, medan 12 % anser att symptom/tecken/laboratoriesvar är ett krav för tunntarmsbiopsi.

Klinik/provsvär som motiverar antikroppsscreening

Alla svarande har uppgivit att typ 1 diabetes är skäl för celiakiscreening (Tabell 2). En stor majoritet anser även att barn med Downs syndrom, järnbristanemi, avvikande leverprover/leversjukdom och hypothyreos bör screenas för celiaki även om barnet ifråga saknar gastrointestinala symptom (Tabell 2).

Information om glutenfri kost

65/67 uppger att minst 9 av 10 barn med celiaki får kostinformation av sjukvårdspersonal (97 %; Tabell 1). Ett observation är dock att 3 % uppger att vare sig de själva, eller annan sjukvårdspersonal, informerar barn med celiaki om glutenfri kost. Oftast ges informationen om glutenfri kost av dietist (66/67; 99 %) i övriga fall av läkaren själv (1/67).

Fria kommentarer som rör handläggningen av celiaki

Flera barn gastroenterologer nämnde i de fria kommentarerna att man även screenar barn med Turners syndrom och IBD (Tabell 2).

Tabell 1. Användning av tunntarmsbiopsi, serologi samt information om glutenfri kost.

Frågeställning*		5-8/10 barn	1-4/10 barn	Inget barn/aldrig	Besvarat frågan#
Före diagnosen celiaki biopseras barnens tunntarm	68 (100)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	68
En andra biopsi för att kontrollera slemhinne läkning efter insatt glutenfri kost	9 (14)	3 (5)	36 (55)	18 (27)	66
En tredje biopsi och glutenprovokation	0 (0)	0 (0)	38 (59)	26 (41)	64
Kontroll av celiakiantikroppar ingår i celiakiutredningen	68 (100)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	68
Barn med celiaki får information om glutenfri kost av sjukvårdspersonal	65 (97)	0 (0)	0 (0)	2 (3)	67

Värden inom parentes motsvarar procent av alla svarande/giltiga svar. Se även #.

*Rubrikerna i denna tabell motsvarar ej ordagrant frågorna i webbenkäten.

Antal som slutförde undersökningen. Icke-svarande har inte tagits med i beräkningen av procentsiffrorna.

TEMA: GASTROENTEROLOGI

Tabell 2. Tillstånd/“avvikande provsvar” som är skäl för antikroppsscreening (celiaki) hos barn utan gastrointestinala symptom

Tillstånd/“avvikande provsvar”	Antal (%)
Typ 1 diabetes	68 (100)
Downs syndrom	64 (94)
Järnbristanemi	63 (93)
Förhöjda transaminaser eller känd leversjukdom	49 (72)
Hypothyreos	47 (69)
B12-brist	44 (65)
Osteoporos	40 (59)
Hyperthyreos	28 (41)
Pankreatit	25 (37)
Reumatoid artrit	23 (34)
Sjögrens syndrom	17 (25)
<i>Tillstånd som nämns i de fria kommentarerna men ej aktivt efterfrågats i webbenkäten</i>	
Turners syndrom	7 (10)
IBD	6 (9)
Håravfall	4 (6)

Värden inom parentes motsvarar procent av 68 (antal som slutförde undersökningen).

Bland tillstånd som nämnts i den fria texten men ej redovisas i tabellen återfinns hudsjukdomar med betoning på dermatitis herpetiformis, sen pubertet/dålig tillväxt samt magtarmsymptom. Även recidiverande afte, IgA-brist, folatbrist, och Williams syndrom nämns som skäl för serologisk testning.

Fria kommentarer som rör webbenkäten

Flera gastroenterologer underströk att handläggning av celiaki varierar. En läkare efterlyste mer information om havre i kosten. Vissa läkare är mer frikostiga med kontrollbiopsier (nr II) och provokationsbiopsier (nr III) hos barn som fått diagnosen celiaki före två års ålder. Våra resultat bekräftar tidigare studier^{1 2} att svenska barn gastroenterologer följer gällande rekommendationer att misstänkt celiaki bör bekräftas med tunntarmsbiopsi^{3 4}. Vidare står det också klart att man i hög utsträckning använder celiakiserologi i utredningen av celiaki. Förhållandet biopsiserologi är viktigt. I takt med att allt fler barn screenas med serologi ökar risken för falskt positiva antikroppssvar. I en brittisk studie av 2000 patienter (vuxna) som remitterats för endoskopi, fann Hopper et al att mindre än 30 % av de som testat positivt för celiakiantikroppar verkligen hade villusatrofi i tunntarmen (såväl sensitivitet som specificitet var 91 %; se även kommentar Ludvigsson och Stenhammar (Läkartidningen 2007;104:2663.). Positiv serologi kan därför vara ett hjälpmedel men inte ersätta en första biopsi. Däremot bör ett negativt antikroppstest vara tillräckligt för att utesluta celiaki hos ett barn med begränsad misstanke om celiaki. Detta är i överensstämmelse med gällande vårdprogram för celiaki hos barn utarbetat av arbetsgruppen för celiaki inom Svenska Barnläkarföreningens sektion för gastroenterologi, hepatologi och nutrition (www.blf.net/sektioner).

Nästan alla svenska barn med celiaki erhåller information om glutenfri kost (Tabell 1). Det är bra. Glutenfri kost

lindrar inte bara symptom, det är i dagsläget den enda tillgängliga terapin mot celiaki. Vidare finns det skäl att tro att en glutenfri kost kan minska risken för komplikationer vid celiaki^{5 6}. Att motivera barn till glutenfri kost bör vara en huvuduppgift i kontakten med barn som lider av celiaki. Att screena för celiaki bland barn med typ 1 diabetes är väl inarbetat. I vår studie uppger alla svarande att barn med typ 1 diabetes bör screenas. Det är naturligt då sjukdomarna typ 1 diabetes och celiaki har en gemensam genetisk predisponering. Även vid andra autoimmuna tillstånd anser barn gastroenterologer att man bör screena för celiaki (Tabell 2).

Hela 94% anser att barn med Downs syndrom bör screenas för celiaki (för en sammanfattning av celiaki och Downs syndrom, se artikel av Swigonski et al⁷). I en av de senaste studierna på området screenades 52 barn med transglutaminasantikroppar. Fem visade positiva värden, men bara två av dessa hade tarmförändringar⁸. Även för barn med Downs syndrom är det därför viktigt att genomföra tunntarmsbiopsi.

Sammanfattningsvis använder svenska barn gastroenterologer tunntarmsbiopsi för att ställa diagnos, men inte för att kontrollera förloppet. Nära nog alla barn med celiaki får information om glutenfri kost.

Vår förhoppning är att undersökningsresultaten ska kunna bidra till en fortsatt fruktbar diskussion kring handläggningen av celiaki hos barn i Sverige.

Jonas F. Ludvigsson, barnläkare, Universitetssjukhuset, Örebro
Eva Lindberg, barnläkare, Universitetssjukhuset, Örebro
Lars Stenhammar, barnläkare, Universitetssjukhuset, Örebro

Referenser

1. Stenhammar L, Hogberg L, Danielsson L, Ascher H, Danaeus A, Hernell O, et al. How do Swedish paediatric clinics diagnose coeliac disease? Results of a nationwide questionnaire study. *Acta Paediatr* 2006;95(11):1495-7.
2. Stenhammar L, Ascher H, Danielsson L, Danaeus A, Hernell O, Ivarsson A, et al. Small bowel biopsy in Swedish paediatric clinics. *Acta Paediatr* 2002;91(10):1126-9.
3. Revised criteria for diagnosis of coeliac disease. Report of Working Group of European Society of Paediatric Gastroenterology and Nutrition. *Arch Dis Child* 1990;65(8):909-11.
4. National Institutes of Health Consensus Development Conference Statement on Celiac Disease, June 28-30, 2004. *Gastroenterology* 2005;128(4 Suppl 1):S1-9.
5. Silano M, Volta U, Vincenzi AD, Dessi M, Vincenzi MD. Effect of a Gluten-free Diet on the Risk of Enteropathy-associated T-cell Lymphoma in Celiac Disease. *Dig Dis Sci* 2007.
6. Ludvigsson JF, Montgomery SM, Ekblom A. Celiac disease and risk of adverse fetal outcome: a population-based cohort study. *Gastroenterology* 2005;129(2):454-63.
7. Swigonski NL, Kuhlenschmidt HL, Bull M, Corkins MR, Downs SM. Screening for celiac disease in asymptomatic children with Down syndrome: cost-effectiveness of preventing lymphoma. *Pediatrics* 2006;118(2):594-602.
8. Shamaly H, Hartman C, Pollack S, Hujer M, Katz R, Gideoni O, et al. Tissue transglutaminase antibodies are a useful serological marker for the diagnosis of celiac disease in patients with Down syndrome. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 2007;44(5):583-6.

TEMA: GASTROENTEROLOGI/LEVA MED BARN

Största omställningen att komma hem efter lång sjukhusvistelse

VÄRNAMO – Man önskar ju att alla som jobbar inom vården vore lika engagerade i sitt arbete som de vi har träffat. Dessa människor betyder fortfarande väldigt mycket för oss, säger Hanna Lindahl, mamma till Emmy 5 år, som föddes med gastroschis.

Emmys föräldrar fick beskedet att deras dotter hade gastroschis på ultraljudet i vecka 18.

– Efter födseln såg allt till en början ut att gå bra, men efter ett tag blev hon allt sämre. Då upptäcktes att hon inte hade någon passage och en bit av tarmen fick tas bort. Efter det fick hon ett hiatusbräck, vilket gjorde att hon inte kunde äta utan att kräkas under en lång tid. Hon var då tvungen att få dropp, berättar Hanna.

– Läkarna ville inte operera bräcket förrän bilirubinvärdet var bättre. Tyvärr blev det ju inte bättre eftersom hon var tvungen att få mer dropp då hon kräktes upp sin mat på grund av bräcket. Det blev en ond cirkel av det, förklarar hon.

Under hela den här tiden så sond-matades Emmy. När hon slutligen opererades var Emmy relativt pigg. Hon sondmatades och fick behålla maten, men efter ett tag började hon att kräkas igen, bräcket hade gått upp och en ny operation väntade.

– Vi har haft problem med att få Emmy att äta riktig mat så hon har blivit sond-matad tills hon var två och ett halvt år ungefär. Vid varje matning, har Emmy mått dåligt efteråt. Och maten har "rusat" genom hennes tarmar.



Foto: Martin Andersson

Familjen Lindahl/Värnamo

Hanna Lindahl, 28, sekreterare

Martin Andersson, 28, egenföretagare

Emmy Lindahl, 5

Meja Lindahl, 1

Berätta om den första tiden. Hur upplevde ni den här perioden?

– Den första tiden var omtumlande och vi levde som i en bubbla, egentligen från det vi fick reda på att något var fel på vårt barn. Då stannade tiden på något sätt. Jag bodde på sjukhusets patienthotell och Martin, som var tvungen att jobba, kom till oss över veckosluten, säger Hanna. I början kunde Hanna och Martin bara sitta vid Emmys säng, men efter hand fick de korta permissioner. Det som de upplever som den största omställningen var när Hanna fick komma hem med Emmy efter fyra månader på sjukhuset.

– Plötsligt skulle vi ju ta hand om allt själva. Vi hade förvisso lärt oss att byta MIC-Key-knappar och det ena med det andra, men att inte ha alla sköterskorna där kändes konstigt. Plötsligt var hon bara "vår", inte "sjukhusets" och vi skulle ta alla beslut på egen hand.

Hur ser sjukdomsbilden ut idag?

– Emmy är i dag mycket bättre även om hon har ständiga diarréer. Hon måste gå på toa fyra till sju gånger om dagen och hon har ofta ont i magen. När hon opererades för hiatus bräcket sista gången så "snörpte" man åt så mycket så att Emmy inte kan kräkas eller ens rapa, så en magsjuka blir väldigt jobbig för henne.

Det är mycket noga med vad Emmy får och inte får äta. Hon måste äta regelbundet, men inte för mycket åt gången. Vardagen har blivit en ständig balansgång.

– Detta kommer Emmy naturligtvis att lära sig hantera när hon blir äldre, men än så länge är hon för liten att förstå. Men i övrigt är hon idag en pigg tjej.

Är ni nöjda med sjukvårdstiden? Är det något du tycker borde ha varit/skötts annorlunda?

– Vi har varit väldigt nöjda ned den vård som vi har fått på Drottning Silvias barnsjukhus och även boendet på deras patienthotell. Man önskar ju att alla som jobbar inom vården vore lika engagerade i sitt arbete som de vi har träffat. Dessa människor betyder fortfarande väldigt mycket för oss, berättar Hanna och tillägger:

– Hur konstigt det än låter så skulle jag inte vilja vara utan den här tiden. Emmy är alltid Emmy.

Margareta Munkert Karnros

DEBATT

Allmän berikning med folsyra. Berättigad eller överdriven tveksamhet?

Är vi överdrivet försiktiga i Sverige? Rolf Zetterström reflekterar över Livsmedelsverkets beslut, att inte berika livsmedel med folsyra.

Det är väl dokumenterat att incidensen av neuralrördefekter såsom spinal bifida sänks avsevärt efter en allmän berikning med folsyra. Denna åtgärd medför också minskad frekvens av andra missbildningar såsom kluven läpp och gom. Förutom att en säker tillförsel av en viss mängd folsyra minskar risken för medfödda missbildningar är denna åtgärd också av stort värde för vissa vuxna och äldre personer.



Folsyra delas idag ut kostnadsfritt till gravida

Foto: Margareta Munkert Kamros

Redan för 40 år sedan fann således Reynold (Lancet 1967; 1: 1086-88) att extra tillskott av folsyra förbättrar de kognitiva funktionerna hos epileptiker. Helt nyligen har Durgia et al funnit att folsyratillskott till äldre följs av en allmän förbättring av de kognitiva funktionerna (Lancet 2007; 369: 208-16). Att ett dylikt tillskott av folsyra också sänker risken för stroke har likaledes visats helt nyligen av Wang X et al (Lancet 2007; 369:1876 - 82). På grund av det dokumenterade värdet av berikning med folsyra förordades denna åtgärd redan för omkring 30 år sedan av den nyligen bortgångne svenske pediatikern och nutritionsforskaren Lars Söderhjelm. Skälen till att hans inställning fortfarande är aktuell har påpekats i ett debattinlägg av Hugo Lagercrantz och mig i DN, maj 2007.

Misstänkt cancerogen effekt

Trots att allmän folsyreberikning haft god effekt i ett flertal länder, har det svenska livsmedelsverket ställt sig tveksamt till denna åtgärd. Man har hänsyftat till olika och ofta diffusa skäl. Under senaste året har myndighetens avvaktande hållning främst berott på att det på tämligen svaga grunder framförts en misstanke om att folsyreberikning kan öka risken för tjocktarmscancer. Om denna misstanke är riktig uppkommer en Scylla-Carybdis situation. Frågan blir om det är berättigat att skydda ofödda barn från en så pass svår missbildning som neuralrördefekter på bekostnad av att några personer insjuknar i koloncancer.

Diskussionen om huruvida extra folsyretillskott kan vara cancerogent aktualiserar bakgrunden till att Sidney Faber 1948 kunde introducera aminopterin, som det första läkemedlet mot akut lymfatisk leukemi. Då Farber i mitten av 1940-talet behandlade barn med denna sjukdom med extra folsyra fann han att de istället för att förbättras fick en akutisering av sin sjukdom. Farber vände sig då till folsyrans upptäckare, Y Subbarrow med förfrågan huruvida denne kunde syntetisera

antimetaboliter till folsyra. Av de framställda föreningarna visade sig aminopterin kunna ge en remission på 6-9 månader.

I analogi med folsyrans verkan vid akut lymfatisk leukemi är det möjligt att dess misstänkta cancerogena effekt beror på att ett precanceröst tillstånd aktiveras. I bästa fall kan detta innebära att extra folsyra möjliggör en tidig diagnos av koloncancer och därmed förbättrad prognos. Eftersom det inte råder någon tvekan om att berikning med folsyra är av stort värde för att förebygga missbildningar hos väntade barn, är det angeläget att det snarast utreds huruvida denna åtgärd verkligen ökar risken för koloncancer.

I ett tidigare häfte av Barnläkaren 2007; 4: 21, har Claes Sundelin ställt sig tveksam till allmän berikning med folsyra. I enlighet med denna inställning har livsmedelsverket förordat en gratis tilldelning av folsyretabletter till alla gravida kvinnor i vårt land. Om denna åtgärd skall få önskad förebyggande effekt, måste dock tabletterna tas in omedelbart vid inträffad graviditet vilket är möjligt om den är planerad. Om sådan inträffar av en tillfällighet föreligger risk för att det extra tillskottet av folsyra först kommer att ges efter det att den kritiska perioden passerats.

Skyddar fostrets blodkärl

Eftersom den nu givna rekommendationen att tilldela gravida kvinnor folsyretabletter delvis kan bli ett slag i luften, har nutritionsforskaren Margaretha Jägerstad i ett inlägg i Läkartidningen 19-22 september 2007 summerat skälen till att införa omedelbar obligatorisk folsyreberikning i vårt land. I samma häfte av Läkartidningen bemöts dessa synpunkter av nutritionsforskaren Göran Hallmans vid Umeå Universitet, som framhåller att ett extra tillskott av folsyra inte enbart ökar risken för koloncancer utan också för prostata- och bröstcancer. Han anser därför att det finns starka skäl till att avvakta med generell folsyreberikning. Han framför också hypotesen att ett ökat tillskott av det essentiella vitaminet folsyra skulle kunna ge upphov till en metylering av DNA d v s. till en epigenetisk förändring. Rädslan för en sådan effekt bör föranleda omedelbara studier av hur det förhåller sig med denna fråga.

I det häfte av Läkartidningen där Jägerstad och Hallmans diskuterar huruvida generell folsyreberikning är motiverad eller förkastlig har pediatikern Mikael Norman refererat till ett arbete av Martin et al (Pediatrics 2007) enligt vilket det finns hållpunkter för att folsyra skyddar fostrets blodkärl. Med tanke på nu rådande oklarhet beträffande det berättigande i att genomföra en allmän folsyreberikning anser jag att Barnläkarföreningen bör tillsätta en kommitté med uppgift att utreda denna fråga. Uppnådda slutsatser bör bli vägledande och därför tillställas Livsmedelsverket och Socialstyrelsen.

Rolf Zetterström, Professor i pediatrik

Acta Paediatrica, Karolinska universitetssjukhuset, Stockholm,
E-mail: rolf.zetterstrom@actapaediatrica.se

AKTUELLT

Nya barnsjukhuset slår upp portarna i höst

I början av september 2008 väntas det omdiskuterade barnsjukhuset Martina öppna på Sophiahemmet i Stockholm. Staffan Meurling, professor i barnkirurgi vid Akademiska sjukhuset i Uppsala är en av initiativtagarna.

–Idén till ett privatbarnsjukhus växte fram efter allt jag hört från bekanta och allt jag läst i tidningar om de långa väntetiderna på Astrid Lindgrens Barnsjukhus, säger Staffan Meurling.

Martina Barnsjukhus ska kunna erbjuda akutmottagning för barn. Sjukhuset ska även ha möjlighet att operera samt att erbjuda vård på natten under en kortare period. Men barn som kommer med ambulans och som kräver intensivvård ska vända sig till Astrid Lindgrens Barnsjukhus.

–Anledningen till att vi har valt att kalla det sjukhus och inte en barnmottagning är just att vi kommer att kunna erbjuda operation samt vård över ett par dagar, säger Staffan Meurling.

På Martina Barnsjukhus ska man också kunna få specialistvård inom områden som mag- och tarmkanalen, allergi och astmaproblem, hudsjukdomar, diabetes och födoämnes-allergier.

–Exakt vilka specialismottagningar som kommer att finnas är inte helt klart ännu. Det får växa fram alltefter som vi ser att behov finns och vi kan anställa duktiga läkare inom områdena. Men vår målsättning är att vi förutom dessa specialistområden också ska ha en barnvårdcentral, fortsätter Staffan Meurling.

Barnsjukhuset ska ta emot patienter från spädbarnsåldern till 16-18 år som har en privatbarnförsäkring.

–Det är inte klart ännu vad en försäkring kommer att kosta men antagligen mellan 3000 - 5000 kr per

år. För patienter som kommer in akut utan försäkring kommer ett besök kosta cirka 1000 kronor, säger Staffan Meurling.

–Visst är det ett dilemma att alla barn inte kommer att ha råd att komma till barnsjukhuset men genom att starta det här hoppas vi också kunna avlasta Astrid Lindgrens akutmottagning. Det medför ju att alla barn kommer dra nytta av detta i slutändan, menar Staffan Meurling.

Sjukhuset har fått sitt namn av en sjuksköterska som också är en av initiativtagarna till barnsjukhuset.

–Vi valde nog namnet i brist på annat. Mer spännande än så är det tyvärr inte, säger Staffan Meurling.

*Jenny Press
Frilansjournalist*



Sophiahemmet

“Anledningen till att vi har valt att kalla det sjukhus och inte en barnmottagning är just att vi kommer att kunna erbjuda operation samt vård över ett par dagar.”

AKTUELLT

Enkäten: Välkomnar du initiativet med en privat barnklinik?



Nina Nelson, överläkare, docent, verksamhetschef, Barn- och ungdomskliniken, Universitetssjukhuset, Linköping

–Jag tycker att frågan är komplicerad men jag välkomnar initiativet under förutsättning att man håller alla kvalitetskrav och att det inte sker på bekostnad av

offentligt finansierad verksamhet utan som komplement. I bästa fall kan en ökad mångfald av vårdgivare sporra till förbättrade medicinska resultat och ett effektivare utnyttjande av tillgängliga resurser. Det finns dock flera problem att beakta såsom bristen av erfarna specialister, möjlighet till lika vård för alla, hantering av komplikationer samt gränssnittet gentemot FoUU.



Svante Norgren, sektionschef DEMO-sektionen, Barnmedicin 2, Barnens sjukhus och Astrid Lindgrens Barnsjukhus, Stockholm

– Det är synd om vi inte uppfyller barnfamiljernas förväntningar bättre än att det finns en marknad för privata

sjukvårdsförsäkringar. Eftersom familjerna betalar vanlig skatt utöver dessa försäkringar ser jag inget principiellt hinder. Privata alternativ finns redan för vuxna och föräldrar får spendera obegränsade summor på sina barn i många andra sammanhang. Allt detta förutsätter dock att vården för övriga barn inte försämras som ett resultat av privata alternativ.



Birgitta Lantering, docent, verksamhetschef, Barncancercentrum, Drottning Silvias barn- och ungdomssjukhus, Göteborg

– Jag har svårt att se något positivt med ett privat barnsjukhus. Ser det som en följd

av att den offentliga sjukvården inte tillförts de resurser som dess nyttjare kräver. Visserligen kan en viss avlastning av okomplicerade fall bli följden men samtidigt blir det konkurrens på olika villkor om kompetent personal.



Leif Gothefors, barnläkare, Norrlands universitetssjukhus, Umeå

–Nej, jag kan inte säga att jag idag välkomnar detta initiativ. Visst, ett barnsjukhus drivet i privat regi må vara OK, men inte att förtur ska ges till dem med privat sjukförsäkring. ALLA

barn ska ha lika rätt till vård. Kommer till exempel barn med kroniska sjukdomar att få teckna den aktuella försäkringen, eller ställs de utanför? Hur går det med barnläkarförsörjningen vid andra sjukhus? Kommer studerande på barnkursen att få komma till Martina?

NYHETER

Nyhetsvep

Sammanställt av Marika Tyrsén

Pneumokockvaccin kan ingå i det allmänna vaccinationsprogrammet redan till hösten

■ Socialstyrelsen har sagt ja och nu ligger ärendet hos remissinstansen. Med positivt besked även från remissinstansen, kan vaccinet mot pneumokocker vara del av det allmänna vaccinationsutbudet i höst. Vaccinet ska ges vid tre-, fem- och tolv- månaders ålder, enligt bedömningen som socialstyrelsens expertgrupp gjort i ärendet är det negativa konsekvenserna av vaccinet små. Det vanligaste biverkningarna är lokala reaktioner vid injektionsstället

samt feber, står det i socialstyrelsens rapport. Kunskapen om biverkningar från andra länder som USA och Canada talar också för att biverkningarna ligger på en liknande nivå som för andra vacciner som ingår i det svenska vaccinationsprogrammet.

*Läkemedelsvärlden 2008-01-15
(Se även www.socialstyrelsen.se)*

Mer sömn minskar risken för fetma hos barn

■ Barn som sover mindre än nio timmar per natt riskerar att få beteendestörningar och risken för fetma är tre gånger så stor som hos barn som sover längre. Rönen kommer från en studie som är gjord på Aucklands Universitet och som publiceras i tidskriften SLEEP under januari 2008. Enligt studien så bör barn i förskoleåldern sova minst elva timmar per natt och lite äldre barn minst tio. Effekten är oberoende av övrig livsstil som fysisk aktivitet och TV-tittande. Enligt studien så varade barnens genomsnittliga sömn cirka 10 timmar och antalet timmar varierade under de olika årstiderna med färre antal genomsnittliga timmar under sommarhalvåret. Totalt ingick 591 barn i studien och forskarna mätte barnens sömn under flera stadier.

SvD 2008-01-01



Nya rön visar att barn behöver mer sömn

Foto: Tim Lundström

Nikotin påverkar sömnen hos ammade barn

■ En studie som nyligen presenteras i tidskriften Pediatrics, visar att barn som får i sig nikotin via modersmjölken sover kortare. I studien ingick 15 mödrar, alla rökare, och deras barn. Barn som ammadades samma dag som mödrarna rökte sov i genomsnitt 53,4 minuter vilket är 31,1 minuter kortare än när barnen fick i sig nikotinfri mjölk. Mätningarna gjordes genom att mäta koncentratio-

nen av nikotin i modersmjölken samt väga barnen före och efter amning. Värt att notera är att studien mätte barnets sammanhängande sömn efter amning och att det fanns ett direkt samband mellan hur länge barnen sov samt hur mycket nikotin de fick i sig.

Läkartidningen 2008-01-16

NYHETER

Märta Philipsson Award delades ut till nordiska onkologpionjärer

Barncancervården har under de senaste 3-4 decennierna genomgått en enastående utveckling. Leukemi, den vanligaste formen av barncancer, var på 60-talet i princip dödlig. I dag överlever och botas minst fyra av fem barn.

Dessa fantastiska framsteg har uppnåtts tack vare ett väl fungerande samarbete på nationell och nordisk nivå. Vi kan i dag med stolthet notera att de nordiska länderna ligger före övriga europeiska länder när det gäller behandlingsresultat av barncancer.

Märta och Gunnar V Philipssons Stiftelse som har som en av sina uppgifter att årligen uppmärksamma framstående forskarinsatser inom pediatriken, beslöt i år att kollektivt hedra elva nordiska onkologpionjärer för det paradigm-skifte inom barncancervården, som har lett till dagens framgångsrika behandlingsresultat.

Bland diplommottagarna finns Lars Åhström, som byggt upp den första barnonkologiska kliniken vid KS och Göran Gustafsson, docent vid KI, som utvecklat och fortlöpande bearbetat det databassystem, som i stor utsträckning ligger till grund för de framgångsrika behandlingsresultaten.

I samband med symposiet Pediatric Oncology – the Silent Revolution, 16 november 2007 på Nobel Forum delades

Märta Philipsson Honorary Award for Progress in Pediatrics 2007 ut till: Gunilla Berglund (Sverige), Stanislaw Garwicz (Sverige), Göran Gustafsson (Sverige), Henrik Hertz (Danmark), Gudmundur Jonmundsson (Island), Anders Kreuger (Sverige), Sverre Lie (Norge), Peter Johan Moe (Norge), Martti Siimes (Finland), Minna Yssing (Danmark), Lars Åhström (Sverige)



Anita Aperia, professor
Astrid Lidgrens Barnsjukhus

Pediatrika pristagare vid riksstämman

Posterutställningen var mycket välbesökt och vi hade i år 30 högkvalitativa poster från hela landet som berörde mycket skiftande pediatrika ämnen.

Pris för bästa poster

Första pris: "Celiaki hos 3 % av svenska 12-åringar födda under epidemin", presenterad av **Anna Myléus** (Umeå Universitet). Medförfattare: Anneli Ivarsson, Lotta Webb, Lars Danielsson, Olle Hernell, Lotta Högberg, Eva Karlsson, Carina Lagerqvist, Fredrik Norstöm, Anna Rosén, Olof Sandström, Lars Stenhammar, Hans Stenlund, Stig Wall och Annelie Carlsson.

Andra pris: "Supplement with Omega-3 Fatty Acids Lowers Pulse Wave Velocity in Obese Adolescents", presenterad av **Frida Dangardt** (Sahlgrenska universitetssjukhuset). Medförfattare: Walter Osika, Yun Chen, Eva Gronowitz, Birgitta Strandvik och Peter Friberg.

Tredje pris: "Encefalit hos barn i Sverige: etiologi, diagnostik och prognos", presenterad av **Åsa Fowler** (Karolinska Institutet). Medförfattare: Tommy Stödberg, Margareta Eriksson och Ronny Wickström.

Mest citerade arbetet

Pris utdelades till det mest citerade svenska pediatrika vetenskapliga arbetet från 2007. Det mest citerade arbetet var: M Bartocci, LL Bergqvist, H Lagercrantz, KJS Anand: "Pain activates cortical areas in the preterm newborn brain". *Pain* 2006; 122: 109-17. **Marco Bartocci**, neonatolog på Astrid Lindgrens Barnsjukhus, Karolinska Sjukhuset, presenterade studien vars slutsats var att man måste omvärdera de rådande uppfattningarna om smärta och smärtupplevelse hos nyfödda och prematurfödda barn.

De arbeten som kom på plats 2-10 presenterades också kortfattat:

2) Ann-Christin Eliasson et al: "Manual Ability Classification System (MACS) for children with cerebral palsy: Scale development and evidence of validity and reliability". *Develop Medicine Child Neurol* 2006; 48: 549-54.

- 3) Gabrielle Holmgren et al: "Amodiaquine resistant Plasmodium falciparum malaria in vivo is associated with selection of pfprt 76T and pfmdr 86Y". *Infect Genet Evol* 2006; 6: 309-14.
- 4) Tobias Alfvén et al: "Allergic diseases and atopic sensitization in children related to farming and anthroposophic lifestyle – the PARSIFAL study". *Allergy* 2006; 61: 414-21.
- 5) Jonatan Ruiz, Michael Sjöström et al: "Relations of total physical activity and intensity to fitness and fatness in children". *Am J Clin Nutr*. 2006; 84: 299-303.
- 6) Ulf Jodal et al: "Ten-year results of randomized treatment of children with severe vesicoureteral reflux." *Pediatr Nephrol*. 2006; 21:785-92.
- 7) Richard Sjöberg et al: "Development of depression: sex and the interaction between environment and a promoter polymorphism of the serotonin transporter gene." *Int J Neuropsychopharmacol*. 2006; 9: 443-9.
- 8) Dorothee Deiss, Jan Bolinder et al: "Improved glycaemic control in poorly controlled patients with type 1 diabetes using real-time continuous glucose monitoring." *Diabetes Care*. 2006; 29: 2730-2.
- 9) Eva Lannerö et al: "Maternal smoking during pregnancy increases the risk of recurrent wheezing during the first years of life (BAMSE)." *Respir Res*. 2006;7:3.
- 10) Helen Flöistrup: "Allergic disease and sensitization in Steiner school children". *J Allergy Clin Immunol*. 2006; 117: 59-66.

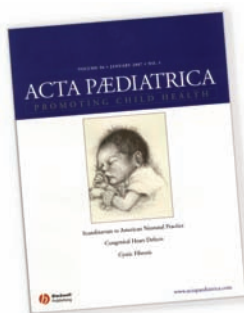
¹ Sökningen gjordes i november 2007 på ISI Web of Science, Science Citation Index. Inklusionskriterier: Originalartikel, Publiceringsår: 2006, Sökord: Infant* eller Child* eller Adolescent*, Författaradress: Sweden (corresponding author). Exklusionskriterier: Review eller "position paper", Ingen anknytning till pediatrik. Korrigering för tid från publikation till sökning gjordes genom

Magnus Domellöf

NYHETER

De skrev de bästa artiklarna i Acta Paediatrica

Det står nu klart vilka unga forskare som skrev de bästa artiklarna i Acta Paediatrica under 2007. Och även vem som tog hem det internationella priset för i år. Vi har haft nöjet att prata med en av vinnarna.



Bildbehandling: Cathrin Andersson, Acta Paediatrica

Två forskare från Tyskland får dela på det internationella "Young Investigator Prize" för bästa artikeln i Acta Paediatrica, 2007. Andrei S Chagin med artikeln *Oestrogen receptors and linear bone growth* och Sandra Horsch med *Brain abnormalities in extremely low gestational age infants: a Swedish population based MRI study*.

Det svenska priset till ung medlem i BLF som publicerat bästa artikel i Acta Paediatrica under 2007 delas av Soley Omarsdottir som skrivit *Transmission of cytomegalovirus to extremely preterm infants through breast milk* och Emma Goksör med *The impact*

of pre- and post-natal smoke exposure on future asthma and bronchial hyper-responsiveness. Soley är verksam vid Astrid Lindgrens Barnsjukhus i Stockholm och Emma vid Drottning Silvias Barn- och ungdomssjukhus i Göteborg. Priset delas ut av Acta Paediatrica och Barnläkarförbundet under Barnläkardagarna i Örebro den 15 april.

Läs artiklarna:

Internationella priset 2007:

Andrei S. Chagin - *Oestrogen receptors and linear bone growth*. Acta Paediatr 2007; 96:1275-1279

Sandra Horsch - *Brain abnormalities in extremely low gestational age infants: a Swedish population based MRI study*. Acta Paediatr 2007; 96: 975-978

Svenska priset 2007:

Soley Omarsdottir - *Transmission of cytomegalovirus to extremely preterm infants through breast milk*. Acta Paediatr 2007; 96:492-494

Emma Goksör - *The impact of pre- and post-natal smoke exposure on future asthma and bronchial hyper-responsiveness*. Acta Paediatr 2007; 96:1030-1035

Italiensk forskare tog hem priset



Vinnaren av bästa utländska artikeln, 2008 har utsetts. Och det är en nöjd Daniele de Luca som svarar när Barnläkaren ringer upp honom för att gratulera. Han har just avslutat ett långt arbetspass på sjukhuset Cattolica del Sacro Cuore i Rom och ser fram emot semester.

Hur fick du vetskap om priset?

-Av en ren slump. Jag såg informationen i Hugo Lagercrantz "Editorial" i januarinumret 2007 och eftersom jag arbetat med den här forskningen i två års tid slog det mig att jag borde försöka.

Läser du Acta Paediatrica regelbundet ?

-Ja, jag har själv medverkat som referent och skribent tidigare. Jag läser det mesta utom annonserna.

Hur ser planerna ut för 2008?

- Jag börjar med en resa till Västindien, Martinique. Därefter väntar jobb på "intensiven". Sedan kommer jag förmodligen att flytta till Ancona på östkusten och påbörja en tjänst på "neonatologen". I den staden finns det bättre förutsättningar för att fortsätta med min forskning.

Hur ska du använda priset, 2 000 Euro?

-Lite kommer förstås att gå åt på semestern, men sedan tänker jag lägga undan en del för min forskning.

Hur firar du framgången?

-Jag har lovat mina kollegor, de som medverkade i projektet, att jag ska bjuda dem på en stor middag.

Margareta Munkert Karnros

Läs artikeln i Acta Paediatrica: *Skin bilirubin nomogram for the first 96 h of life in a European normal healthy newborn population, obtained with multiwave-length transcutaneous bilirubinometry*: Acta Paediatr. 2008; 97: 146-150

INTERVJUN

I maktens korridorer

–Att få vara en kugge i maskineriet och styra om Sverige till ett bättre land är oslagbart, säger centerpartisten Anders W Jonsson. Efter många år som barnläkare i Gävle arbetar han nu som politiskt sakkunnig i sjuk- och hälsovårdsfrågor på Rosenbad.

I entrén ställs flaggor upp och den röda mattan rullas ut. Det är statsbesök på agendan och en lätt upprymd Anders W Jonsson kommer och möter. Fler än en säkerhetsdörr måste passeras för att komma in till hans arbetsrum på Rosenbad. Anders W Jonsson nickar vänligt till höger och vänster.

–Ja, det här är en chans man får en gång i livet. Inte kunde jag tacka nej när centerpartiets ledning ringde och frågade om jag kunde tänka mig att ta uppdraget som politisk sakkunnig i sjuk- och hälsovårdsfrågor, säger han.



Anders trivs med sitt nya jobb på Rosenbad

Jenny Press

Anders W Jonsson har arbetat som barnläkare sedan 1994 på Gävle Sjukhus, från 2002 som verksamhetschef på barnkliniken.

–När jag arbetade som barnläkare tyckte jag att jag hade världens roligaste arbete. Det är en sådan bredd att arbeta som barnläkare, säger Anders W Jonsson.

För att inte tappa kontakten med sjukhuset har han jour en helg varje månad.

–Skulle jag helt lämna kontakten med mitt läkaryrke tror jag aldrig att jag skulle våga vara jouransvarig igen, säger han.

Innan Anders W Jonsson tillträdde tjänsten som politisk sakkunnig hade han aldrig tidigare arbetat professionellt med politik.

–Politiken och centerpartiet har alltid engagerat mig men tidigare mer som en hobbyverksamhet, säger han.

Svensk sjukvård för barn

Innan Anders W Jonsson lämnar sin plats som sakkunnig har han en hel del han vill utträta.

–Svensk sjukvård för barn håller idag världsklass. Vi har otroligt duktiga läkare och det finns inget land i världen som har så låg spädbarnsdödlighet som Sverige, säger han och fortsätter:

–Trots detta finns det en hel del som måste förbättras och utvecklas. Speciellt vad gäller barn och ungdomspsykiatri.

Anders W Jonsson anser att vi i Sverige idag har orimligt långa köer inom psykiatri.

–Visserligen har vi under alliansregeringen ökat bidraget till barn och ungdomspsykiatri med drygt 200 miljoner kronor men detta räcker inte, säger han.

Anders W Jonsson anser att man inom psykiatri behöver utbilda betydligt mer än vad som sker idag.

–Utbildningen är viktig för att vi ska bli bättre på att bemöta barn i psykiatri. Vi måste kunna prata med barnet på barnets nivå, menar Anders W Jonsson.

Vidare arbetar Anders W Jonsson på att ta fram ett förslag till hur vi i Sverige ska kunna genomföra etableringsfrihet inom primärvården.

–Som det ser ut idag kan ju bara allmänspecialister arbeta inom primärvården. Jag vill att vi ska öppna upp för andra specialiteter. Som förälder ska man kunna bestämma själv om man vill att barnen ska gå till exempelvis en barnläkare eller till en allmänspecialist, säger Anders W Jonsson.

–Ett liknande förslag har gått igenom i Norge med en mycket lyckat utgång, berättar han vidare.

“Det är först idag som jag inser vilket ansvar jag hade som praktiserande läkare”

Anders W Jonsson

Psykisk ohälsa ökar bland barn och ungdomar

Precis som många andra ser Anders W Jonsson bekymrat på hur den psykiska ohälsan både ökat och gått ner i åldrarna hos barn och ungdomar runt om i Sverige.

–Det är inte så att antalet svårt psykiskt sjuka barn har ökat. Den siffran är konstant, säger han.

Anders W Jonsson anser att det finns två anledningar till problemet. Den första är utanförskapet.

–Många barn växer upp i familjer som står utanför samhället. Föräldrarna har inte arbete och familjen lever på socialbidrag. Mår föräldrarna dåligt påverkar det i sin tur barnen, säger han.

Ett annat problem kopplat till detta har varit att barn som växer upp i familjer som lever på socialbidrag inte kunnat arbeta extra för då har familjen behövt avstå från bidrag.

–Det har vi nu ändrat. Idag kan barn i familjer där föräldrar får socialbidrag ändå arbeta extra utan att det påverkar bidragsdelen, fortsätter han.

Den andra orsaken till den kraftiga ökningen av barn som mår psykiskt dåligt i Sverige anser han vara utslagningen i skolan.

–Vi har en skola i Sverige som är under all kritik, säger Anders W Jonsson upprört.

INTERVJUN

Idag slutar 25 procent av alla gymnasieelever utan fullständiga betyg.

–Alla kan inte heller läsa, skriva och räkna. Vi måste skapa en gymnasieskola med fler alternativa utbildningar. Alla elever vill inte bli akademiker utan en del vill direkt ut och arbeta. Då ska man kunna gå en mer praktisk gymnasielinje som förbereder ungdomarna för arbetslivet, fortsätter han.

Den nya omställningen

Från att ha haft ansvar över 130 anställda året om, dygnet runt ansvarar Anders W Jonsson nu endast för sitt skrivbord.

–Förut handlade det ju om liv och död. Idag är det värsta som kan hända att jag släpper igenom något som riksdagsgruppen inte röstar på, säger han.

–Det är först idag som jag inser vilket ansvar jag hade som praktiserande läkare, säger han.

–Men den största omställningen från att arbeta på sjukhus har nog varit att förlora gemenskapen. Där arbetade vi alla mot samma mål, fortsätter han.

På Rosenbad byts folk oftare ut och trots att alla arbetar för att skapa en bättre sjuk- och hälsovård tycker Anders W Jonsson att alla är sitt parti närmast. En politisk sakkunnig har inte heller någon anställningstrygghet.

–Är Maud inte nöjd med mitt arbete kan jag få gå imorgon, säger han och ler utan att låta alltför orolig på rösten. Trots det stora ansvaret som sakkunnig upplever Anders W Jonsson att han idag har mer tid för familjen än tidigare.

–Visserligen reser jag fyra timmar om dagen men det är

inget jag tycker är jobbigt. Det är nästan skönt att sätta sig på tåget och starta eller slutföra dagens arbete.

Anders W Jonsson är en positiv person och verkar tycka att det mesta är enkelt, roligt och spännande.

–Jag är nog en person som har lätt att samarbeta och sy ihop en gemensam lösning och det är ju det som det handlar om både när man är verksamhetschef på ett sjukhus och som sakkunnig, skrattar han.

–Men att arbeta på Rosenbad är ännu roligare än att arbeta som läkare. Att få vara en kugge i maskineriet och styra om Sverige till ett bättre land är oslagbart, säger en glad Anders W Jonsson innan han rusar vidare till nästa möte.

Jenny Press
Frilansjournalist

FAKTA Anders W Jonsson

Född: 1961

Familj: Gift, två döttrar, 13 och 15 år gamla

Första arbete: Sjukvårdsbiträde på långvårdssjukhus

Blir glad av: Att se att mina döttrar mår bra

Läser just nu: Vad hände på vägen till Damaskus av Lena Einhorn

Med känsla för god smak



Claude Kollin är till vardags barnkirurg på Astrid Lindgrens Barnsjukhus i Stockholm. När han inte arbetar som barnläkare ägnar han sig åt att kåsera om choklad och anordna chokladprovningar. För några år sedan grundade han Chokladakademien, ett forum för chokladälskare.

Hur kom det sig att du blev så intresserad av just choklad?

–Jag har ett gastronomiskt intresse hemifrån och har även bakgrund som somelier (Claudes pappa var kock och har en gång rankats till en av världens 20 bästa...!). Bra choklad liknar ett bra vin i det avseendet att den i sig är beroende av genetisk uppsättning, klimat och jordmån. Kakaons påverkan på kropp och själ har också väckt ett stort intresse hos mig.

Vilken chokladsort ska man äta för att må absolut bäst?

–Den bästa chokladen är mörk choklad med en kakaohalt på 70 procent. Den ska vara fri från extra fetter, t ex smörfett och kokosfett och inte heller innehålla syntetisk vanilj samt ha låg sockerhalt. En riktigt bra kvalitetschoklad ska skänka en doft och smakupplevelse, vilket den gör om man verkligen hittat bra choklad. Intressant är också att det är alltid den godaste chokladen som är den nyttigaste. Detta är baserat på 100-tals människors omdömen i blindtester, berättar Claude.

Hur ofta och hur mycket äter du själv? ’

–Ungefär 40-50 gram per dag.

Läs mer på: www.chokladakademien.org

AVHANDLINGEN

Fekalt calprotectin – en markör för inflammation i tjocktarmen hos barn

Calprotectin kan mätas i avföring och kan också användas som en tillförlitlig markör för inflammation i tjocktarmen hos barn. Detta underlättar bland annat beslut om skopiundersökning vid misstanke om IBD, visar en avhandling av Ulrika Fagerberg, Astrid Lindgrens Barnsjukhus, Stockholm.

Magont och diarré är vanligt förekommande hos barn. Orsaken kan vara antingen organisk, såsom vid kronisk inflammatorisk tarmsjukdom (IBD) eller funktionell. Tidigare har tillförlitliga rutinmetoder på blod och avföring saknats för att upptäcka pågående inflammation i tarmslemhinnan. Skopiundersökning har därför varit nödvändig för att säkert kunna utesluta IBD. Sådan utredning är dock både påfrestande och kostsam och kräver i regel att narkos används på barn.

Symptomen vid IBD hos barn ofta diffusa

Sedan 1990-talets början har antalet barn som diagnostiseras med IBD fördubblats och i synnerhet är det Crohns sjukdom som ökat i Sverige. Orsaken till den ökade incidensen av IBD är inte känd, men data talar för att miljöfaktorer, ärftlighet och immunologisk dysfunktion bidrar till sjukdomsutveckling. Symptomen vid IBD hos barn är ofta diffusa och det kan ibland ta tid innan misstanke om sjukdom väcks. Tillväxt, benmineralisering liksom pubertet-sutveckling kan då ha påverkats liksom barnets livskvalitet och skolgång. Vid konstaterad IBD är det betydelsefullt att regelbundet kunna följa sjukdomsaktivitet för att veta om barnet får optimal behandling. Tidigare har läkningskontroll gjorts genom upprepade skopiundersökningar.

Koncentrationen av calprotectin kan mätas med ELISA-metod

Calprotectin är ett calciumbindande protein, som finns i neutrofila granulocyter. Vid IBD sker en ökad invandring



Makroskopisk bild av inflammerad tjocktarm

av inflammatoriska celler såsom neutrofila granulocyter till tarmslemhinnan. Koncentrationen av calprotectin kan mätas med en ELISA-metod i olika kroppsvätskor som t.ex. plasma och avföring.

Ulrika Fagerbergs avhandling utgörs av fyra arbeten där syftet har varit att etablera referensvärden för fekalt calprotectin hos barn och studera metodens tillförlitlighet som markör för inflammation i tjocktarmen hos barn med misstänkt respektive känd IBD.

I avhandlingens första arbete var avsikten att etablera referensvärden för fekalt calprotectin hos barn. Sammanlagt ingick 117 friska barn i åldrarna 4 till 17 år i studien. Samtliga barn lämnade avföringsprov och en skriftlig hälsodeklaration. Medianvärdet för calprotectin i avföring var 13,6 mikrogram/gram utan påvisbar skillnad i de lägre respektive högre åldrarna eller mellan könen. Slutsatsen blev att <50 mikrogram/gram är lämpligt som normalvärde hos både pojkar och flickor från 4 års ålder.

Kan spåra inflammation i tjocktarmen

I den andra studien var syftet att utvärdera om calprotectin i avföring kan användas som markör för att upptäcka inflammation vid misstanke om IBD. 36 barn med magtarmsbesvär lämnade avföringsprov innan de genomgick rutinmässig koloskopi-undersökning. I 95 % av fallen med pågående inflammation var koncentrationen av calprotectin förhöjd (>50 mikrogram/gram). Huvuddelen (93 %) av barnen med frisk slemhinna i tjocktarmen hade normala värden av calprotectin. Calprotectin i avföring var också klart överlägset rutinmässiga blodanalyser för att påvisa inflammation i tjocktarmen. Metoden kan därmed användas för att på ett tillförlitligt sätt spåra inflammation såsom IBD i tjocktarmen. Detta underlättar beslut om vilka barn som behöver genomgå koloskopi. I det tredje arbetet var avsikten att utvärdera om mängden calprotectin i avföring var proportionell mot grad och utbredning av inflammationen i tjocktarmen vid känd IBD. Sammanlagt 39 barn med IBD lämnade avföringsprov inför koloskopi-kontroll. Resultaten visade mycket god överensstämmelse mellan utsöndring av fekalt calprotectin och grad samt utbredning av makroskopisk respektive mikroskopisk inflammation i tjocktarmens slemhinna ($r = 0,65$ respektive $r = 0,75$). Barn med läkt slemhinna uppvisade normalisering av calprotectin-koncentrationen i avföring. Slutsatsen blev att fekalt calprotectin kan användas som markör för att uppskatta pågående tarminflammation vid känd IBD. Därmed kan man få ett mått på pågående inflammation utan att patienten behöver genomgå koloskopi.

Successiv ökning av efterfrågan på analysen

Det fjärde arbetet hade som syfte att jämföra rutinmässiga och nya inflammationsmarkörer i blod (såsom hörgänsligt

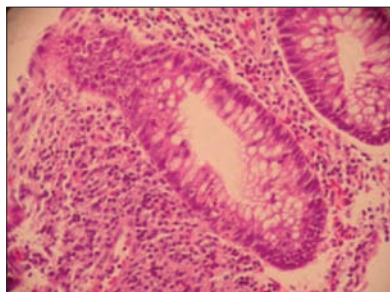
AVHANDLINGEN

CRP, serum amyloid A och plasma-calprotectin) med calprotectin i avföring, som mätt på mikroskopisk inflammation vid känd IBD. 32 barn med känd IBD lämnade blod- och avföringsprov inför koloskopi-kontroll. Fekalt calprotectin visade bättre överensstämmelse med mikroskopisk inflammation i tjocktarmen än något av blodproverna.

Den vunna kunskapen kring fekalt calprotectin som "tarmens CRP-test" har inneburit att metoden redan under avhandlingsarbetets gång har kunnat sättas upp för rutinbruk i samarbete med Avdelningen för Klinisk Kemi på Karolinska Sjukhuset och Uppsala Akademiska Sjukhus. Eftersom calprotectin i avföring är resistent mot proteolys och tål förvaring i rumstemperatur under flera dagar har kliniker i övriga Sverige också kunnat erbjudas att skicka prov med post för analys. Efterfrågan på analysen har successivt ökat varvid flera sjukhus nu valt att själva utföra analysen.

Förhöjda värden kan bero på bakteriella infektioner

Införandet av metoden har avsevärt förenklats den rutinemässiga handläggningen vid misstänkt och känd IBD hos barn till stor glädje för såväl patienter, föräldrar som sjukvården. Vid rutinemässigt användande av fekalt calprotectin är det dock viktigt att känna till att förhöjda värden kan bero på bakteriella infektioner i magtarm-kanalen och sådana måste därför alltid utslutas i ett tidigt skede av utredningen. Det finns även andra faktorer som kan bidra till förhöjda värden, såsom t ex pågående bakteriella övre luftvägsinfektioner och medicinering med NSAID-preparat (non-steroidal anti-inflammatorisk drog). Normalvärden för spädbarn har visat sig ligga betydligt högre än för barn över 4 års ålder.



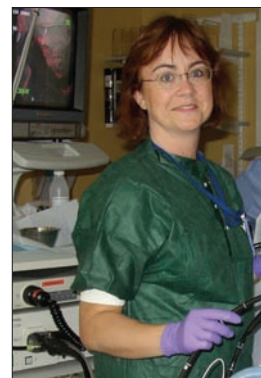
Mikroskopisk bild av inflammation med kryptit och neutrofila granulocyter

Antalet koloskopier på barn kan komma att reduceras

Avhandlingens fyra studier visar att calprotectin i avföring går att använda som en enkel och känslig markör för inflammation i tjocktarmen hos barn. Vid misstänkt IBD kan metoden användas som diagnostiskt hjälpmedel för att bättre identifiera patienter där utredning med koloskopi är motiverad. Hos barn med känd IBD överensstämmer utsöndringen av calprotectin i avföringen väl med makroskopisk och mikroskopisk inflammation i tjocktarmen. Metoden kan därmed komma att bidra till en

förbättrad sjukdomskontroll vid IBD med ökad möjlighet till medicinjustering i ett tidigt skede. Genom att mäta calprotectin i avföring kan antalet koloskopier på barn komma att reduceras, vilket innebär minskat lidande för patienten och ekonomisk vinning för sjukvården.

Ulrika Lorentzon Fagerberg, överläkare på Sektionen för Gastroenterologi och Nutrition, Astrid Lindgrens Barnsjukhus, Karolinska Universitetssjukhuset, Stockholm. E-mail: ulrika.fagerberg@karolinska.se och ulrika.fagerberg@gmail.com



Ulrika Fagerberg i samband med en skopiundersökning på barn.

Avhandlingen "Fecal Calprotectin in Children With Special Reference to Inflammatory Bowel Disease" presenterades den 30 mars 2007 av överläkare Ulrika Lorentzon Fagerberg, Astrid Lindgrens Barnsjukhus, Stockholm.

Referenser:

1. Fecal Calprotectin Levels in Healthy Children Studied With an Improved Assay Fagerberg UL, Löf L, Merzoug RD, Hansson L-O, Finkel Y. *Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition* 2003;37:468-472
2. Colorectal Inflammation is Well Predicted by Fecal Calprotectin in Children with Gastrointestinal Symptoms Fagerberg UL, Löf L, Myrdal U, Hansson L-O, Finkel Y. *Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition* 2005;40:450-455
3. Fecal Calprotectin - A Quantitative Marker of Colonic Inflammation in Children with Inflammatory Bowel Disease Fagerberg UL, Löf L, Lindholm J, Hansson L-O, Finkel Y. *Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition* 2007;45(4):414-420
4. Avhandling "Fecal Calprotectin in Children With Special Reference to Inflammatory Bowel Disease in Children" <http://diss.kib.ki.se/2007/978-91-7357-013-8/thesis.pdf>

LITTERATUR

Redaktör: Carl Lindgren

Neurologiska sjukdomar hos konstnärer, i konsten och historien

Den berömda, filmatiserade barnboken **Kalle och chokladfabriken** känner de flesta barnläkare till. Åtminstone de som läser för sina barn. Men få känner till författaren **Roald Dahl**, som autodidakt, neurolog och en stor barnvän.



Hjernen og kulturen Dietrichs E och Stien R (red) paperback, 336 sidor, bokmål, Koloritt Forlag AS Oslo 2006, www.kolofon.no ISBN 10:82-92395-15-6

Dahl var brittisk stridsflygare över Medelhavet. Han störtade, drabbades av temporär blindhet och ryggsador och genomgick två neurokirurgiska operationer. Han gifte sig efter kriget i Amerika med en känd skådespelerska och fick fem barn med henne. Efter en traumatisk hjärnskada fick sonen Theo hydrocefalus. Då konstruerade Dahl en shunt som var i bruk många år. Dottern Olivia fick mässlingen och dog i en encefalit. Hans hustru drabbades av subarachnoidalblödningar under den femte graviditeten och låg i koma i tre veckor. När hon vaknade upp hade hon

diplopi, afasi och högersidig hemiplegi. Dahl organiserade hennes intensivträning flera timmar per dag, och efter två år var hon tillräckligt återställd för att stå på scenen igen. Dahl samlade erfarenheterna till ett träningsprogram vid slaganfall som under flera år var i bruk vid ett stort antal amerikanska rehabiliteringsenheter. Dahls svärdotter dog i en hjärntumör och själv dog Dahl 1990 i den sällsynta sjukdomen myelodysplastisk anemi. Dahl har publicerat ett fyrtiotal verk varav hälften för barn. Han engagerade sig starkt för barn på sjukhus redan på 70-talet och i stöd till föräldralösa barn. The Roald Dahl Foundation stöder nu forskning i neurologi och hematologi och bekämpar analfabetism.

Samlade essäer om konst, konstnärer och historia

Detta och mycket annat kan man läsa om i den norska nevrologiska klubbens andra bok **Hjernen og kulturen**, där de femton klubbmedlemmarna samlat essäer om konst, konstnärer och historia. Thomas Mann till exempel hade ett stort intresse för anatomi och neurologi. Han beskriver bland annat ett litet barns plågsamma död i meningit med huvudvärk, kräkningar, nackstyvhet och spinalpunktioner, med gasping och långsamt vidgående pupiller. Ett kapitel kallat **Föräldrapsesi** handlar om de tre nobelpristagarna William Faulkner, John Steinbeck och Sigrid Undset som alla skrivit om utvecklingsstörda barn liksom Tarjei Vesaas och Pearl Buck om Barnet som aldrig växte. Undsets dotter Mosse som föddes 1915 led möjligen av Rett syndrom. Författarinnan skrev redan 1912 om de vanföras rätt till ett kärleksliv.

Nordisk och europeisk kultur

Andra kapitel som fascinerat mig är berättelsen om Søren Krøyers tilltagande vansinne och Bachs konflikt med sin orgelbyggare Silbermann som dog av blyförgiftning som en yrkesskada. Bach dog sannolikt av en sinustrombos efter en starroperation. Eller hypotesen om att Drottning Kristina var hermafrodit och därför vid födelsen först uppfattades som en pojke. Det skulle också kunna vara orsaken till att hon vägrade giftermål. I en bön skriven av henne står det i fri tolkning: "Herre jag tackar dig för att få födas som kvinna utan mitt köns svagheter i själen, som du genom din nåd gjort alldeles manlig, liksom det övriga av min kropp". Boken är lättläst med ett omfång på 24 kapitel och 336 sidor och korta insprängda notiser, till exempel de om Snorres beskrivning av ett neurologiskt experiment vid en halshuggning, om läkaren som författare och hur man tillagar delikatessen kalvhjärna. Läsaren får en bred inblick i framför allt nordisk och europeisk kulturhistoria läst med neurologiska glasögon.

Bengt Lagerkvist, rehabeuroab@mariehjem.net

Barnet i konsten – Lena Cronqvist



Utän titel, 2005. Olja och tempera på duk, (151 x114)

©Lena Cronqvist/BUS 2008

Lena Cronqvist har under sin 40 år långa karriär arbetat med skildringar av livet och skeendet runt omkring henne. Moderskapet skildras i madonnaliknande bilder och i slutet av 1990-talet gör hon en serie av lekande små flickor.

I bland kan hennes verk uppfattas som lite sorgsna och vemodiga, men på samma gång är klorit och teknik allt annat än just det och samverkan mellan tema och den lekfulla hanteringen och färgvalet berör starkt. Där finns historier som vill bli berättade och vi som betraktare lockas in i en värld full av uttryck, referenser och innehåll.

Socialrealistisk stämning

Ofta hittar man i bilderna en slags socialrealistisk stämning som antyder en instängdhet eller tristess i den ordnade civiliserade världen. Där finns en ton om något absurt och oroväckande i det till synes helt normala.

I ett ganska brett fält av tekniker, såväl måleri, skulptur som textil och grafik, hittar vi i tematiken ofta direkta kopplingar till Lenas eget liv. Till exempel finns där berättelser om moderskapet i samband med att hon själv födde barn

och död och sorg när hennes föräldrar gick bort. Under åren har Lena ofta också återkommit till självporträttet som utgångspunkt

Kopplingar till Madonnabilder

Det är dock viktigt att undvika att bara koppla samman verken med Lena själv. Bilderna uttrycker en mer allmänmänsklig erfarenhet som alla kan fasthålla sig till. Där finns en oändlig rikedom i bilderna för den som följer Lenas vilja till dialog istället för att bara se till det biografiska. Det vimlar också av ingångar till vidare tolkningar och förståelse av verken. När det gäller bilderna om moderskapet till exempel, finns starka kopplingar till Madonnabilder gjorda långt bak i historien. Lena har sedan gjort rena parafraser på historiska verk, som till exempel Jan van Eycks *Trolovingen*.

Små flickor som leker

Under 90-talet och även in på 2000-talet gör Lena Cronqvist en serie målningar av små flickor som leker. Det genomgripande och speciella med flickbilderna är att flickorna utstrålar sådan självsäkerhet, långt ifrån den mer traditionella bilden av flickor som söta, snälla och villiga att passa in. De här flickorna agerar efter eget huvud, visserligen kanske aningen utsatta i vuxenvärlden, men med en busighet och egensinnighet som om de inte riktigt bryr sig.

Influenser av Francis Bacon och Edvard Munch

Lena Cronqvist föddes 1938 i Karlstad och slog igenom på 60-talet. Hon säger i en intervju att hon aldrig drabbats av någon skapandekris under sin karriär och hon har opåverkad av de som förespråkade måleriets död genom åren, arbetat på med sitt eget språk. Hon talar om influenser från Francis Bacon och Edvard Munch bland andra och på frågan om det finns anledning att tvivla på måleriet säger hon: - Lite kul måste man ju få ha!

Lotta Wästerlid, konstnär, Stockholm

FAKTA Lena Cronqvist

Född: 1938 Karlstad, bor och arbetar i Stockholm

Utbildning: Konsthögskolan 1959-64.

Debut på Galleri Pierre, Stockholm 1965.

Familj: Maken författaren Göran Tunström

(som gick bort 2000), sonen Linus Tunström, regissör

KALENDARIUM

OBS! Under kalendariet i tidningen Barnläkaren publiceras enbart kalendarietpunkter som registrerats på BLF:s hemsida. Registrera därför din kurs/fortbildning på www.blf.net.

APRIL 2008

10-11/4 Kan det vara medfödd ämnesomsättningsjukdom? Göteborg(IPULS)

Info: bengt.lindblad@vgregion.se

14 -18 /4 Barnläkarveckan 2008 i Örebro!

Info: www.orebroll.se/uso/page_24084.aspx

17-18/4 Svensk Barnsmärtförening. Vårmöte.

Läkarsällskapets lokaler, Stockholm. Program:

Behandling vid akut och långvarig smärta hos barn.

Anmälan/program: www.svenskbarnsmartforening.se

23-24/4 Svenska skolläkarkonferensen, Sandviken.

(Come together, kväll, 22/4) Anmälan senast den 15/3.

Info: alf.kagstrom@sandviken.se,

www.sandviken.se/skollakarkonferens

MAJ 2008

3-6/5 Pediatric Academic Societies' Annual Meeting, Honolulu.

Info: www.pas-meeting.org , info@pas-meeting.org

10-13/5 Den årliga nordiska kongressen för läkare (26:e i ordningen) och sjuksköterskor inom barnonkologi, Linköping. Info : www.nobos.net

18-21/5 5th Nordic Congress on Child Abuse and Neglect, Reykjavik, Island.

Info: www.congress.is@nfbo2008

JUNI 2008

9-13/6 Basal neonatologi, den populära kursen i Halmstad för blivande barnläkare.

Info: www.barn.halland.net

14-17/6 Europaediatrics, Istanbul

Info: www.europaediatrics2008.org

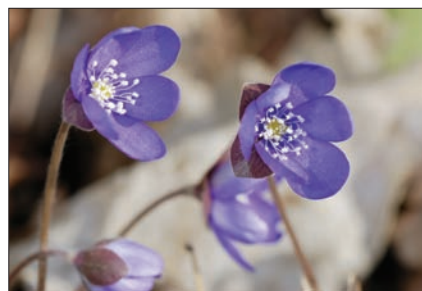
MAJ 2009

2-5/5 Pediatric Academic Societies' Annual Meeting, Baltimore

Info: www.pas-meeting.org , info@pas-meeting.org

Nästa nummer

Nästa nummer har tema Dermatologi och utkommer den 6 juni. Det kommer dock att finnas tillgängligt på BLF:s webbplats tidigare. Varmt välkomna att medverka i tidningen! Glöm inte att skriva under med namn, titel och arbetsplats (Anders Andersson, Barnläkare, Malmö sjukhus, E-mail)



Fotograf: Joakim Wihlsson

Läs Barnläkaren på BLF:s webbplats
www.blf.net

MOVICOL®



NYHET! NY BEHANDLING VID FÖRSTOPPNING!

Nu finns äntligen **MOVICOL® Junior** i en smakfri variant tillgänglig på apotek! Den har tilläggsnamnet Neutral och är godkänd för behandling av förstoppning och fekalom hos barn.

En nyligen publicerad 3-månadersstudie där man jämfört **MOVICOL® Junior Neutral** med laktulos visade att!:

MOVICOL Junior Neutral

- Ger fler tarmtömningar per vecka jämfört med laktulos
- Tolereras bättre än laktulos

Till skillnad från laktulos så behövde de barn som behandlades med **MOVICOL® Junior Neutral** ingen kompletterande medicin. De återfick heller inte symtomen under studiens längd!

Välkommen att förskriva **MOVICOL Junior Neutral**!

Indikation: Behandling av kronisk förstoppning hos barn från 2 år till 11 år. För upplösning av fekalom hos barn från 5 år. Fekalom definieras som svårbehandlad förstoppning med ansamling av faeces i rektum och/eller colon. Förpackningsstorlekar: Pulver till oral lösning, dospåse, 6,9g; 30 st dospåse (receptbelagd - ingår i förmånen). MOVICOL: Makrogol 3350 6,6g, natriumklorid 175,4 mg, natriumbikarbonat 89,3 mg, kaliumklorid 25,1 mg.
1. Candy et.al, J Pediatr Gastroenterol Nutr 2006 Jul; 43 (1) 65-70

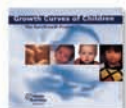
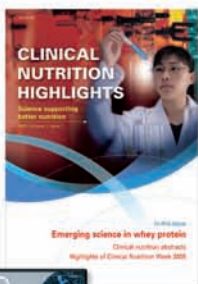
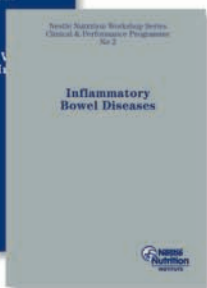
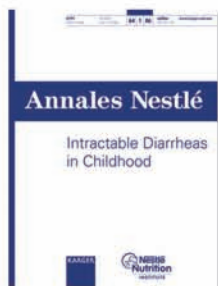
Norgine AB, Frösundaviks Allé 15, 4 tr, 169 70 Solna, Tel 08-22 30 50

Läs mer om **MOVICOL®** på www.fass.se





Science for Better Nutrition



Nestlé Nutrition Medical & Scientific Program

The Nestlé Nutrition Institute™ contributes to the continuing information and education of health professionals in the area of infant, clinical and performance nutrition.

Workshops, publications, educational material, scholarships and a new website make this Medical & Scientific Program complete.



www.nestlenutrition-institute.org