

Barnläkaren

NR.3/2014



Tema | Gastroenterologi/Födoämnesallergi

Födoämnesöverkänslighet - en diagnostisk utmaning

Funktionella buksmärtor och diet hos barn

Mjök - roten till det onda?



Utveckla tolerans för komjölk under första året

Ny forskning: En unik kombination av Nutramigen* och LGG® hjälper spädbarn att snabbare utveckla tolerans för komjölk¹



Historiskt,

85-90 % har utvecklat tolerans först vid tre års ålder²



Nutramigen med LGG

Ny forskning visar att 81 % av alla spädbarn med komjölkallergi utvecklade tolerans inom 12 månader¹

Nytt utseende!
Samma innehåll.



Lita på Nutramigen med LGG

Den enda extensivt hydrolyserade ersättningen med LGG - som ger snabbare symptomlindring³ och snabbare toleransutveckling¹

Referenser: 1. Berni Canani R et al. J Allergy Clin Immunol. 2012;129:580-582. 2. Host et al. Ann Allergy Asthma Immunology 2002;89:33-7. 3. Baldassare ME et al. J Pediatr 2010;156:397-401.

Material avsett för sjukvårdspersonal



Mediq Sverige AB, Tel. 08-586 33 500
Box 10302, 434 24 Kungsbacka
www.nutramigen.se

*Varumärke tillhörande Mead Johnson & Company, LLC
© 2014 Mead Johnson & Company, LLC. Alla rättigheter förbehållna
LGG® och LGG® logotyp är registrerade varumärken tillhörande Valio Ltd, Finland

70 70 år. 70 studier.
Endast Nutramigen.

Viktigt: Bröstmjolk är spädbarnets bästa föda. Nutramigen är ett livsmedel för speciella medicinska ändamål och skall endast användas på inrådan av läkare eller dietist.

Innehåll

Barnläkaren

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

Ansvarig utgivare

Olle Söder
olle.soder@ki.se

Chefredaktör/Annonskontakt

Margareta Munkert Karnros
info@barnlakaren.se

Redaktionssekreterare

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

Vetenskapsredaktör

Catarina Almquist Malmros
catarina.almqvist@ki.se

Kulturredaktör

Lina Schollin Ask
lina.schollin-ask@sodersjukhuset.se

Manuskript insändes

per mail till:

Margareta Munkert Karnros
info@barnlakaren.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
John Wiley & Sons Ltd,
The Atrium, Southern Gate, Chichester,
West Sussex PO19 8SQ, UK
Tel: 44.1243.779777
Fax: 44.1243.775878
mvi@wiley.com

Tryck

Quantum Solutions, Singapore

Redaktionsråd

Catarina Almquist Malmros
Margareta Blennow
Hugo Lagercrantz
Lina Schollin Ask
Göran Wennergren

Omslagsbilder

Ina Agency

LEDARE

2

REDAKTÖRENS RUTA

3

TEMA: GASTROENTEROLOGI/FÖDOÄMNESALLERGI

Födoämnesöverkänslighet - en diagnostisk utmaning	<i>Robert Saalman</i>	4
Mjök - roten till det onda?	<i>Lena Grahnqvist</i>	6
Celiaki - en födoämnesutlöst autoimmun sjukdom	<i>Olof Sandström</i>	7
Vetemjölsallergi - vad är det egentligen?	<i>Anna Sandin</i>	8
Funktionella buksmärter och diet hos barn	<i>Ola Olén</i>	10
FPIES (Food Protein Induced Enterocolitis Syndrome) - en diagnostisk utmaning	<i>Anna Winberg</i>	11
Eosinofil esofagit hos barn	<i>Daniel Agardh</i>	13
Fekal microbiota transplantation i kliniken: Vad står vi och vart är vi på väg?	<i>Robert Brummer</i>	15
Oral tolerans - när, var, hur?	<i>Caroline Nilsson</i>	16

BARNMEDICIN/AVHANDLINGEN

The voice of the patient	<i>Hampus Kiotseridis</i>	18
--------------------------	---------------------------	----

SVAR DIREKT

Är du beredd att minska den elektiva verksamheten för att ge dina läkare möjlighet att delta på Riksstämman (4-5 december)? - Hur många skickar du?		20
---	--	----

VETENSKAP

Riksstämman 2013/2014		21
Registerbaserad forskning och innovativa metoder i fokus	<i>Catarina Almquist Malmros</i>	22

KULTUR

Bokrecensioner:		
<i>Empire of Illusion - the end of Literacy and the Triumph of Spectacle</i>		24
<i>Prekariatet - den nya farliga klassen</i>		24
<i>Pediatrik EKG-tolkning</i>		25
<i>Vardagspediatrik för primärvården</i>		26
Don Giovanni - barnteater på Unga Dramaten		27
Barnet i konsten - Glimtar från Liljevalchs, 2014		28

KALENDARIUM

30

MIC* Introducer Kit

Ett alternativ för dig och patienten vid anläggande av gastrostomi

- MIC Introducer Kit är en enkel och säker metod för att skapa en gastrostomi.
- Med MIC Introducer Kit anlägger du en ballongfixerad gastrostomi, en MIC-KEY* direkt, därmed kan alla följande byten skötas i hemmet.
- MIC Introducer Kit har många fördelar som vi gärna berättar mer om.

Du når oss på telefon 08 630 19 00 eller info@mic-key.se



MIC* BOLUS



MIC-KEY*



MIC* TJ



MIC-KEY* TJ

MEDA

www.mic-key.se

15172-003-maj-2013
*Registered Trademark
of Kimberly-Clark

Easyhaler®

Till dina astmapatienter

Instruktionsfilm
finner du på
orionpharma.se eller
medicininstruktioner.se



När patienten själv får välja*



Buventol Easyhaler®
salbutamol

Giona Easyhaler®
budesonid

Beclomet Easyhaler®
beklometason



Orion Pharma AB • Box 520 • 192 05 Sollentuna
Tel 08-623 64 40 • Fax 08-623 64 80 • www.orionpharma.se

**ORION
PHARMA**

* Schweisfurth H, et al. Respir Med 2002;96:599-606. Vanto T, et al. J Aerosol Med 2004;17:15-24. **Buventol Easyhaler®** (salbutamol) [Rx]. Buventol Easyhaler® (salbutamol) [Rx]. För symtomlindring av bronkkonstriktion vid astma och kroniskt obstruktiv lungsjukdom (KOL). Inhalationspulver 100 µg/dos och 200 µg/dos. Förmån. Senaste översyn av produktresumé: 2013-07-02. **Giona Easyhaler®** (budesonid) [Rx]. För behandling av lindrig, måttlig och svår ihållande astma. Inhalationspulver 100 µg/dos, 200 µg/dos och 400 µg/dos. Förmån. Senaste översyn av produktresumé: 2012-12-11. **Beclomet Easyhaler®** (beklometason) [Rx]. För behandling av bronkialastma. Inhalationspulver 200 µg/dos. Förmån. Senaste översyn av produktresumé: 2013-02-25. För priser och ytterligare information se www.fass.se.

DET BLEV PRECIS LÄTTARE ATT VÄLJA RÄTT.



Vi är glada att presentera en komplett portfölj med specialanpassad kostbehandling för barn med födoämnesallergi och/eller födoämnesintolerans.

Althéra® är förstahandsval vid komjölkproteinallergi och lämplig för barn med lindriga/medelsvåra symtom.

Alfamino® är framtagen för barn med komplicerade symtom eller multipel födoämnesallergi/intolerans.

Alfaré® väljer du till barn med svårare mag-tarmsymtom och/eller problem med digestion och absorption.

Vid frågor, ring vår kundtjänst: 020-78 00 20.



VAL SOM FÖRÄNDRAR LIVET

 **NestléHealthScience**
NOURISHING PERSONAL HEALTH

För optimal återhämtning och utveckling



www.nestlehealthscience.se
Nestlé Kundservice: 020-78 00 20

 **Nestlé HealthScience**
NOURISHING PERSONAL HEALTH

90 SVENSK
KONTO INSAMLINGS
KONTROLL

HINNER DU HJÄLPA OSS MED ETT AKUT KEJSARSNITT?



SMS:a LÄKARE till

71 501

så skickar vi hem en
anmälan för att
bli månadsgivare.

Kostar som ett
vanligt SMS.

Alla kan inte vara läkare. Men alla kan rädda liv. Och med en ganska liten handling kan du uträtta stordåd. Utan ditt bidrag har vi gränser. Hoppas du vill vara med.



MEDECINS SANS FRONTIERES
LÄKARE UTAN GRÄNSER

www.lakareutangranser.se Telefon: 010-199 33 00 Plusgiro: 900603-2

Bättre läkemedel för barn

Många läkemedel vi dagligen ger till barn är aldrig testade på barn i regelrätta läkemedelsprövningar. Detta är vardag för oss barnläkare och gäller såväl substanser, doseringar som beredningsformer, som ofta används på basen av "beprovad erfarenhet" och matematiska omräkningar från vuxendata till barnstorlek. Man har funnit att >50 procent av läkemedelsanvändningen på barn på sjukhus i Sverige är "off-label" eller otillräckligt dokumenterad. Det innebär till exempel att det saknas systematisk uppföljning av biverkningar. Detta är i grunden en patientsäkerhetsfråga som ännu inte är löst, trots att den uppmärksammats av den europeiska läkemedelsmyndigheten (EMA), Läkemedelsverket (LMV) i Sverige och av professionen. För nya läkemedel som är direkt eller potentiellt avsedda för barn krävs numer en "pediatric investigation plan" (PIP) innan registrering kan ske. För befintliga läkemedel är detta frivilligt men läkemedelsföretagen får vissa förmåner, exempelvis förlängd patenträtt, om detta genomförs. Hur går då detta viktiga arbete? Svaret är, tyvärr, väldigt långsamt! Orsaken är flerfaldig men det har visat sig vara svårt att genomföra önskvärda studier i Europa och Sverige, bland annat därför att vi inom professionen inte kunnat bidra på önskvärd sätt. Det handlar förstas om tidsbrist och konkurrens med det direkta sjukvårdsuppdraget, men också om brist på stödresurser, otillräcklig kompetens att driva läkemedelsstudier, för få patienter vid enskilda centra, osv.

Finland ligger före oss i dessa frågor. Barnläkaren och eldsjälén Kalle Hoppu från Helsingfors har startat upp ett pediatrikt nätverk av olika barnspecialister med syfte att bidra till bättre läkemedel för barn (FinPedMed; se hemsidan). Visionen är att detta finska initiativ kan utvidgas till att inkludera alla nordiska länder som då skulle omfatta fler än >5 miljoner barn. Ett sådant nordiskt nätverk för "bättre läkemedel till barn" skulle bli en stor aktör. Frågan har gått ut till alla nationella barnmedicinska föreningar i Norden och Norge har redan svarat ja. Infrastrukturen och kunskapen finns redan plats i Finland, bland annat en väl

utvecklad hemsida. Ett dylikt nordiskt nätverk kan också kunna ge värdefulla "spinn-off" effekter till stor nytta för barnsjukvården. Det gäller till exempel en snabb ingång till en samlad nordisk professionell kompetens som kan konsulteras, tillgång till sällsynta patienter, hjälp med etikan-sökningar, studieprotokoll och mycket annat. I slutet av augusti i år kommer ett svenskt möte att arrangeras med syfte att skapa ett svenskt nätverk (SwePedMed) som kan bidra till det planerade nordiska nätverket. Den som är intresserad kan vända sig till mig för att bli uppsatt på kal-lelse-listan.

Detta skrivs efter Barnveckan i Malmö som blev en stor succé. Jag vill tacka Petter Borna och hans team för deras arbete att organisera Barnveckan, som befäster sig som landets viktigaste barnfokuserade medicinska konferens. Den lockade i år fler än 1000 deltagare. Låt oss fortsätta så! Vi får se om Barnveckan i Stockholm, 20-23 april, 2015 (notera!), arrangerad av Sachsska barnsjukhuset, kan slå den siffran och locka ännu fler deltagare.

Detta är min sista ledare i Barnläkaren. Två år går fort. När jag tillträdde som ordförande i BLF skrev jag att det ska bli två händelserika år. Det har sannerligen besannats på ett positivt sätt. Nu har Jonas Ludvigsson tagit över stafettpippen som ny ordförande. Tack för mig och lycka till, Jonas! Jag tillönskar er alla en fortsatt god sommar!



*Med bästa hälsningar,
Olle Söder, ordf BLF
olle.soder@ki.se*



Redaktörens ruta



Fantastiskt att se att så många tagit sig från landets alla hörn till Barnveckan i år. Drygt 1000 deltagare är ett nytt rekord, och intresset för detta årliga arrangemang tycks bara öka. Gå inte miste om denna möjlighet att träffa kolleger och utbyta kunskap i en stimulerande miljö. Nästa möte går av stapeln i Stockholm 2015. Speciellt uppskattat i år var engagerande föreläsningar om jämlikhet i vården, ett ständigt aktuellt ämne. Tack för alla besök i vår monter. Möten med våra läsare hjälper oss att utveckla och föra arbetet med tidningen framåt. Vi uppskattar ert intresse för tidningen.

Under utdelningen av Young Investigator Award (på Acta Paediatricas årsmöte, Barnveckan), träffade vi på Christina West, barnläkare i Umeå. Tillsammans med kollegan Torbjörn Lind står hon för planeringen av innehållet i detta nummer med fokus på Gastroenterologi/Födoämnesallergi.

Överkänslighet för födoämnen är en av de vanligaste orsakerna till besök inom barnsjukvården. Det har dock länge rått förvirring kring benämningarna på olika besvärande födoämnesreaktioner. Idag använder vi termen *födoämnesöverkänslighet*, vilken innefattar allt under tidigare

benämning - vare sig det är en immunologisk reaktion eller inte. Världen över pågår studier för att försöka hitta vägar att bota besvären. Oral immunoterapi (OIT) är den mest prövade, men också den som ger mest bieffekter. Många frågetecken kvarstår. Hur motverkar man bieffekterna? Vet vi hur man uppnår en varaktig tolerans mot ett födoämne?

Intressant är också återupptäckten av den uråldriga kinesiska behandlingsmetod från 400-talet, som används för att hjälpa patienter med ett rubbat intestinalt ekosystem. Häpnadsväckande att det även tycks vara ett fungerande behandlingsalternativ till sjukdomar som inte i första hand associeras med denna typ av tarmproblem. Mer intressant läsning på sidorna 4-17.

Vi avrundar detta sommarnummer med recensioner av böcker, teater och konst. Som nämnt tidigare uppmuntrar vi barns åsikter på Barnläkarens kultursidor. Ta med någon liten du känner till en föreställning eller läs en bok tillsammans.

Trevlig sommar!

Margareta Munkert Karnros

Gästredaktörer i detta nummer: *Christina West och Torbjörn Lind*



Christina West och Torbjörn Lind är båda överläkare och lektorer vid Barn- och Ungdomscentrum Norrlands universitetssjukhus och Klinisk Vetenskap, pediatrik, Umeå universitet. Torbjörn är barn gastroenterolog och Christina barn allergolog - ett gemensamt kliniskt intresseområde är därför de patientgrupper som finns i gränslandet mellan dessa två specialiteter. Forskningsmässigt har båda en fot inom pediatrik nutrition. Efter sin postdoktorvistelse vid University of Western Australia, Perth, har Christina startat en egen grupp med huvudsaklig inriktning mot allergiprevention och

immunnutrition. Hon är också verksam i nationella och internationella kommittéer, bl a i forskningsrådet i Swedish Nutrition Foundation (SNF) och i World Allergy Organization (WAO). Torbjörn är sedan 2012 docent i pediatrik och forskar inom barn nutrition, gastroenterologi och diabetes epidemiologi. Han är sekreterare i Svensk Förening för Pediatrik Gastroenterologi, Hepatologi och Nutrition (SPGHN), sitter i SPGHNs arbetsgrupp för IBD och i styrgruppen för Svenska Barndiabetesregistret.





Födoämnesöverkänslighet - en diagnostisk utmaning

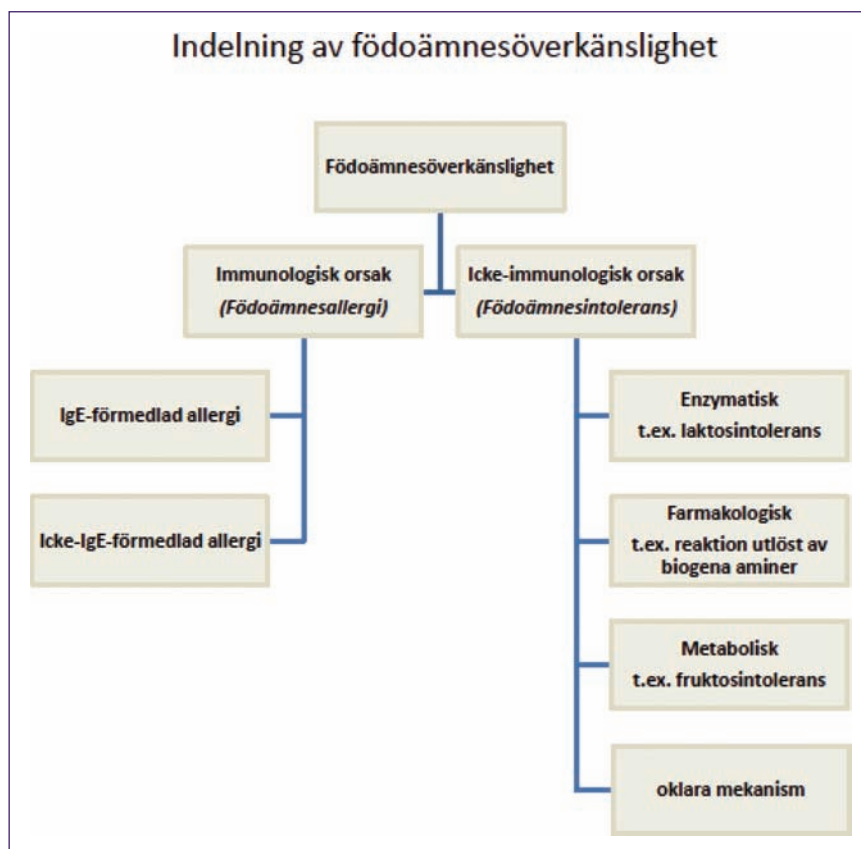
Födoämnesöverkänslighet är en av de vanligaste orsakerna till besök inom barnsjukvården. Flera olika tillstånd ger upphov till symtom från mag-tarmkanalen och ny forskning har delvis ändrat vår syn på dessa.

Benämningen på olika ogynnsamma födoämnesreaktioner har länge varit förvirrande och oklar. Idag använder vi termen *födoämnesöverkänslighet* om alla ogynnsamma födoämnesreaktioner, vare sig de är uttryck för en immunologisk reaktion eller inte. Med födoämnesallergi menas immunologiskt medierade reaktioner, medan andra benämns födoämnesintolerans (Figur 1) (1). Man kan alltså reagera mot ett livsmedel av olika skäl – komjölkallergi innebär en immunologisk reaktion mot komjölkproteiner, medan laktosintolerans är en icke immunologisk överkänslighet som beror på att man saknar enzymet laktas och därför inte bryter ned mjölksocker.

Födoämnesallergier ökar

Födoämnesallergi kan orsakas av olika immunologiska mekanismer, till exempel IgE-antikroppar eller T-celler. Födoämnesallergi drabbar idag cirka 5-8 procent av barnen i Sverige och övriga västvärlden. Aktuella rapporter från England och USA ger stöd för att prevalensen ökar (2).

De immunreaktioner som orsakar födoämnesallergi är endast delvis kända. De olika allergiska tillstånden i mag-tarmkanalen kan delas in efter förmodade bakomliggande immunmekanismer, t ex i IgE- och cellförmedlade reaktioner (Tabell 1) (3).



Snabba allergiska symptom (som uppkommer inom två timmar efter födoäntag) visar sig vanligen som kräkningar och diarré, utan att man kan se några tydliga skador eller inflammation i slemhinnan. De orsakas oftast av IgE-medierade reaktioner. Symtom som uppträder senare efter födoäntaget är svårare att diagnostisera, eftersom de inte alltid kopplas till just maten. Dessa tillstånd kännetecknas ofta av närvaro av inflammation i tarmväggen. Under senare år har nya allergiska inflammationstillstånd i mag-tarmkanalen upptäckts; hit hör eosinofil esofagit och FPIES (food protein-induced enterocolitis syndrome) (4).

Allergi mot mjölk och ägg är vanligast

Många barn med allergiska mag-tarmsymtom har också allergisymtom från andra organ, t ex huden eller luftvägarna. Sådana symtom ökar sannolikheten att en födoämnesreaktion har allergisk grund (4). De vanligaste födoämnesallergierna är allergi mot mjölk och ägg. Dessa allergier utvecklas oftast under de två första levnadsåren. Flera födoämnesallergier, så som komjölk, ägg och vete har god prognos och läker ofta ut före 10-års ålder. Födoämnesallergi mot nötter och fisk tenderar däremot att bestå. Prognosen beror också på det allergiska tillståndets natur, t ex eosinofil

esofagit har sämre chans till utläkning (5).

Celiaki orsakas av en skadlig immunologisk reaktion mot gluten, vilket är en samlingsbeteckning för olika proteiner i vete, korn och råg. Även om tillståndet i och för sig uppfyller definitionen för födoämnesallergi, har celiaki av tradition inte kallats för födoämnesallergi.

Födoämnesintolerans innefattar en mängd olika typer av reaktioner vars enda gemensamma nämnare är att immunsystemet inte ligger bakom reaktionen (1). Exempelvis kan födoämnesintolerans bero på enzymbrist (t ex laktosintolerans), reaktion på histamin eller serotonin i ett livsmedel, eller en metabolisk sjukdom (t ex fruktosintolerans).

Referenser

1. Johansson SG, Bieber T, Dahl R, et al. Revised nomenclature for allergy for global use: report of the Nomenclature Review Committee of the World Allergy Organization, October 2003. *J Allergy Clin Immunol.* 2004;113:832-836.
2. Gupta R. Time trends in allergic disorders in the UK. *Thorax.* 2007;62:91-96.
3. du Toit G, Meyer R, Shah N, et al. Identifying and managing cow's milk protein allergy. *Arch Dis Child Educ Pract Ed.* 2010;95:134-144.
4. Fiocchi A, Brozek J, Schunemann H, et al. World Allergy Organization (WAO) Diagnosis and Rationale for Action against Cow's milk allergy (DRACMA) guidelines. *World Allergy Organization Journal.* 2010;4:57-161.
5. Sicherer SH, Sampson HA. Food allergy: Epidemiology, pathogenesis, diagnosis, and treatment. *J Allergy Clin Immunol.* 2014;133:291-307.

Robert Saalman, docent,
överläkare, Sektorn för Pediatrisk
Gastroenterologi, Hepatologi och
Nutrition, Drottning Silvias
Barn- och Ungdomssjukhus
E-mail: robert.saalman@
vgregion.se



Mjolk - roten till det onda?

Det nyfödda barnet är beroende av mjolk, i första hand bröstmjolk, för att växa, utvecklas och må bra. Men även genom bröstmjölken kan barnet utveckla allergi mot komjölksprotein som är den vanligaste orsaken till födoämnesallergi hos spädbarn och småbarn upp till tre års ålder. Frekvensen är högst första levnadsåret med en prevalens på 2-4 procent för att sedan sjunka och vid sex års ålder vara <1 procent.



Foto: clipart

Komjölksallergi kan uppstå både hos helammade barn, som då reagerar på vad modern äter, och hos barn som får komjölksbaserad bröstmjölksersättning. Symtomen på komjölksproteinallergi kan variera mycket och härrör huvudsakligen från mag-tarm kanalen, huden och luftvägarna, men kan även vara generella. Exempel på symtom kan vara kräkningar, kolik, dysfagi, diarré med eller utan blod, förstoppning, buksmärter, hosta, andningsbesvär, urtikaria, angioödem, eksem och ett särskilt tillstånd med generella chock-liknande symtom. Diagnosen är inte alltid så lätt att ställa då reaktionerna kan vara både IgE-medierade, icke-IgE-medierade eller en kombination av dessa och detta innebär att ett pricktest eller blodprov inte

kan ge svar på frågan om det rör sig om allergi eller inte. Diagnosen får då ställas med elimination/provokationstest då man helt eliminerar komjölksprotein ur kosten under 2-4 veckors tid.

Höga laktosnivåer i modersmjölkersättningar

Hos helammade barn innebär detta att modern sätts på strikt komjölksfri kost. Detta är komplicerat och behöver göras med vägledning från en dietist. Hos delvis ammade eller icke-ammade barn ger man i första hand ett komjölks-hydrolysat. För att säkert ställa diagnosen behöver man utvärdera och göra en provokation (1) I både vanliga komjölksbaserade modersmjölksersättningar och extensiva komjölkshydrolysat försöker man efterlikna bröstmjölks sammansättning så mycket som möjligt. Detta innebär till exempel att laktosnivåerna är höga i de flesta fall, då detta är den viktigaste kolhydratkällan i bröstmjolk. Även barn med komjölksproteinallergi mår bra av laktos.

Önskan att förebygga allergier, inte bara komjölksallergi, har lett till ett flertal studier om hydrolysat eller probiotika kan förebygga allergier. En Cochrane-rapport från 2006 (2) slår fast att hydrolysat inte kan förebygga allergier.

Mjolk nödvändigt för nyfödda

Ett flertal studier av huruvida adderad probiotika kan minska risken för kolik, allergi, eksem, astma och IgE-sensitisering har gjorts. De bakteriestammar som använts är bland andra *Lactobacillus reuteri*, *Lactobacillus F19* *Bifidobacterium longum* (BL999) och *Lactobacillus rhamnosus* (LPR)(3,4,5). I en svensk studie (5) där man givit *Lactobacillus F19* i kontrollerade mängder till friska barn, 4-13 månader gamla, har man vid långtids-uppföljningen då barnen är 8-9 år inte kunna se några statistiskt säkerställda effekter på incidensen av allergier (varken IgE-medierade eller icke IgE-medierade episoder av luftvägsinflammation eller eksem. De andra studierna har inte heller visat på någon entydigt positiv effekt.

Sammanfattningsvis är mjolk nödvändigt för det nyfödda barnet och önskvärt för yngre barn med blandad kost. Komjölksproteinallergi är relativt vanligt och behöver utredas och utvärderas under strikta förhållanden så att inte barn i onödan går med mjölkfri kost. Det finns idag

inga belägg för att vare sig hydrolysat eller probiotika kan reducera utveckling av allergier. Laktos finns i stor mängd i bröstmjölk och bidrar till en god bakterieflora. Sammanblandning av laktosintolerans och komjölkallergi är vanligt såväl hos patientföräldrar och sjukvårdspersonal.

Referenser

1. Koletzko S, Niggemann B, Arato A, Dias JA, Heuschkel R, Husby S, Mearin ML, Papadopoulou A, Reummele FM, Staiano A, Schäppi MG, Vanderplas Y. Diagnostic approach and management of cow's-milk protein allergy in infants and children: ESPGHAN GI committee practical guidelines. *JPGN* 55(2), 221-229, 2012.
2. Osborn DA, Sinn JKH. Formulas containing hydrolysed protein for prevention of allergy and food intolerance in infants (Review), *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 4, 2006.
3. Sung V, Collett S, de Gooyer T, Hiscock H, Tang M, Wake M. Probiotics to prevent or treat excessive infant crying, *Systematic review and meta-analysis. JAMA Ped*, 167(12), 1150-1157, 2013.
4. Loo EXL, Llanora GV, Lu Q, Aw MM, Wah Lee B, Shek LP. Supplementation with probiotics in the Forts 6 months of life did not protect against eczema and allergy in at-risk Asian infants: A 5-year follow-up, *Int Arch Allergy Immunol* 163, 25-28, 2014.
5. West CE, Hammarström M-L, Hernell O. Probiotics in primary prevention of allergic disease – follow-up at 8-9 years of age. *Allergy* 68, 1015-1020, 2013.

Celiaki - en födoämnesutlöst autoimmun sjukdom

Celiaki (glutenintolerans) är en av de vanligaste kroniska sjukdomarna hos barn och ungdomar. Vår matsmältningsapparat har svårt att bryta ner de proteiner som vi kallar gluten som finns i vete, korn och råg. Det gör att stora molekyler kommer ner till tunntarmen och kan passera över slemhinnan.



Foto: clipart

Celiaki drabbar bara personer som är bärare av immungenerna HLA DQ2 och DQ8. Generna kodar för antigenpresenterande molekyler och just dessa två råkar binda gluten specifikt vilket leder till att glutenpeptider hela tiden visas upp för T-celler med ökad risk för att sjukdo-

men ska bryta ut. Ibland ger sjukdomen tydliga symtom som diarré, magont och tillväxtpåverkan men ofta går den väldigt tyst. Omkring 1/3 av barnen får sin diagnos genom sjukvården och resten kan bara hittas genom screening (1). I Sverige är minst 50 procent av befolkningen bärare av HLA DQ2 eller DQ8 och omkring 2-3 procent utvecklar celiaki (1,2). Det krävs alltså något ytterligare för att sjukdomen ska bryta ut. I Sverige blev det tydligt att omgivningsfaktorer är viktiga när insjuknandet i celiaki bland små barn plötsligt ökade fyrfaldigt i mitten av 80-talet, vilket var starten på en epidemi som höll i sig i 10 år.

Lärdom från “den svenska epidemin”

Det var ändrade rekommendationer om hur gluten skulle introduceras i spädbarnskosten som till största del var förklaringen. Lärdomen från “den svenska epidemin” var att om gluten introduceras gradvis efter 4 månaders ålder och under pågående amning minskas risken för barn att drabbas av celiaki (1,3). Sverige som land bär också många andra intressanta fenomen vars förklaringar skulle öka kunskapen om celiaki. Några exempel. Varför är celiaki dubbelt så vanligt i södra jämfört med norra Sverige (4)? Varför har vissa födelsekohorter en mycket högre risk att insjukna under sin uppväxt jämfört med andra (Namatovu et al, ännu ej publicerade data)? Varför

är celiaki så mycket vanligare hos flickor än hos pojkar redan före puberteten? Varför är planerat kejsarsnitt en riskfaktor för att utveckla celiaki hos pojkar men inte hos flickor (Namatovu et al, ännu ej publicerade data)? Sist men inte minst, varför drabbas svenska barn av celiaki vid en lägre ålder jämfört med t ex amerikanska barn (Liu et al, ännu ej publicerade data)?

Modern livsstil kan vara orsak till förekomst av celiaki

Det råder nog ingen tvekan om att förekomsten av celiaki ökar och att det beror på vår moderna livsstil. I länder där sjukdomen inte varit känd tidigare diagnostiseras nu celiaki i allt högre utsträckning när levnadsvillkoren förändras. En intressant studie gjordes i Karelen, på gränsen mellan Finland och Ryssland. Där fann man att celiaki var fem gånger vanligare i Finland som är ett mer välbärgat och modernt land (5). Fyndet ger stöd åt den s k hygienhypotesen som säger att när vi inte längre utsätts för samma typ av tarminfektioner som vi gjort tidigare under mänsklighetens historia så ökar risken för olika immunologiska sjukdomar.

Antalet rapporter om att tarmfloran är viktig ökar och det finns indikationer för att vissa bakterier skulle kunna utgöra en riskfaktor. Det är möjligt att amning, kejsarsnitt och socioekonomiska faktorer påverkar risken för celiaki genom just tarmfloran. Förhoppningen är att ökade kunskaper kommer bidra med förslag på hur sjukdomen ska kunna förebyggas och den ökande trenden brytas.

Referens

1. Ivarsson, A, A Myléus, F Norström, et al., Prevalence of childhood celiac disease and changes in infant feeding. *Pediatrics* 2013;131: e687-94.
2. Sandström, O, A Rosén, C Lagerqvist, et al., Transglutaminase IgA Antibodies in a Celiac Disease Mass Screening and the Role of HLA-DQ Genotyping and Endomysial Antibodies in Sequential Testing. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 2013;57: 472-6.
3. Ivarsson, A, LA Persson, L Nystrom, et al., Epidemic of coeliac disease in Swedish children. *Acta Paediatr* 2000;89: 165-71.
4. Myléus, A, A Ivarsson, C Webb, et al., Celiac disease revealed in 3% of Swedish 12-year-olds born during an epidemic. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 2009;49: 170-6.
5. Kondrashova, A, K Mustalahti, K Kaukinen, et al., Lower economic status and inferior hygienic environment may protect against celiac disease. *Ann Med* 2008;40: 223-31.

Olof Sandström är barnläkare på Norrlands universitetssjukhus och är specialiserad på magtarmsjukdomar. Han forskar på celiaki och är medlem i SPGHNs arbetsgrupp för celiaki. E-mail: olof.sandstrom@pediatri.umu.se



Vetemjölsallergi - vad är det egentligen?

De flesta barn som drabbats av vetemjölsallergi utvecklar tolerans. Studier har visat att ärftliga faktorer spelar roll, men även att introduktion av veteproteiner efter sex månaders ålder kan öka risken för att utveckla denna allergi. De flesta barn utvecklar dock tolerans med tiden. Man har kunnat påvisa att 30 procent av vetemjölsallergiska barn tål vete vid fyra år och 65 procent vid tolv års ålder.

Allergiska reaktioner vid intag av vetemjöl är en av sex vanliga födoämnesallergier. Barn uppvisar ofta samtidigt allergiska symtom mot andra födoämnen. Allergisk hereditet medför ökad risk och studier föreslår att introduktion av veteproteiner efter 6 månaders ålder också ökar risken. Sensibilisering mot veteprotein utan kliniska reaktioner är vanligt och leder ibland till elimination av vete på felaktig grund.

Vetemjölsallergi kan vara både IgE- och icke IgE-förmedlad. Reaktionen kan komma 15 min - 2 timmar efter intag med urticaria, obstruktivitet, illamående och symtom från buken eller som en sen reaktion med buksmärta, klåda och hudrodnad upp till 24 timmar efter veteintaget. Äldre

barn kan drabbas av WDEIA (wheat dependent exercise induced anaphylaxis) vilket innebär att veteintag inom 4 timmar före fysisk ansträngning ger urticaria samt varierande grad av angioödem, astma och chock.

De flesta barn utvecklar tolerans. Longitudinella studier har visat att 30 procent av vetemjölsallergiska barn tål vete vid 4 år och 65 procent vid 12 års ålder. Höga IgE-nivåer är förenade med lägre grad av toleransutveckling. Veteproteiner delas upp i fyra fraktioner beroende på reaktion i olika lösningsmedel: albumin, globulin, gliadin och glutenin. Proteiner och proteinkomponenter inom dessa grupper kan ge upphov till allergisk reaktion.



Foto: clipart

Klinisk utredning och komponentdiagnostik

Vid misstänkt födoämnesallergi är anamnesen central liksom upprättandet av en plan för utredning av bakomliggande mekanismer. Vetesensibilisering utreds med specifika IgE-antikroppar eller pricktest. Dessa har likartad sensitivitet men specificiteten är lägre för IgE-antikroppar. Vid kliniska symtom med eller utan konstaterad sensibilisering ordinerar elimination av veteproteiner varvid symtomen ska försvinna för att återkomma vid provokation. Eftersom extrakt av vete innehåller ett flertal identifierade proteiner och proteindelar är komponentdiagnostik möjlig och en viktig del i utredningen framförallt om specifika IgE-antikroppar mot vetemjölextrakt är negativa. Patienter med mätbara IgE-antikroppar mot ω -5-gliadin (Tri a 19) har en ökad risk att reagera allergiskt vid intag av vetemjöl. Omega-5-gliadin är den viktigaste kända komponenten vid diagnostik av WDEIA men mätbara IgE-antikroppar mot LPT (Tri a 14) är också intressanta.

Allergena komponenter är ett hett forskningsområde där utredning av misstänkt vetemjölsallergi innebär möjlighet till nya analyser allteftersom komponenter identifieras. Redan idag finns kompletterande komponentanalys med flera svårslösliga gliadiner (α , β , γ och ω gliadiner). Parallellt med identifieringen krävs fortsatta studier och klinisk erfarenhet för att klargöra användandet av de nya komponentanalyserna och nyttan för den enskilda patienten.

CD-sens och behandling

En annan aktuell metod är CD-sens vilken beräknar mängden allergen för aktivering av basofila celler, ju mindre allergen som krävs desto större risk att reagera. CD-sens kan beräknas för många allergener bland annat vetemjöl. Resultatet överensstämmer med positiv respektive negativ födoämnesprovokation och testet kan användas som komplement vid uppföljning av toleransutveckling vid allvarlig födoämnesallergi.

Den tillgängliga behandlingen vid födoämnesallergi är elimination av allergen ur kosten samt uppföljande läkarbesök med provtagning och provokation för att följa åtgärds-effekt och toleransutveckling. För patienter med WDEIA är elimination av veteproteiner fyra timmar före träning tillräckligt för att undvika symtom. Dietistkontakt rekommenderas till barn för kostråd och adekvata ersättningsprodukter vid elimination av baslivsmedel. Utredning av födoämnesallergier kompletterat med komponentanalyser är ett fortsatt detektivarbete men med nya möjligheter.

Referenser

1. Leonard MM, Vasagar B. US perspective on gluten-related diseases. *Clin Exp Gastroenterol* 2014;7:25-37.
2. Keet CA, Matsui EC, Dhillon G, Lenehan P, Paterakis M, Wood RA. The natural history of wheat allergy. *Ann Allergy Asthma Immunol* 2009 May; 102(5):410-415.
3. Soares-Weiser K, Takwoingi Y, Panesar SS, Muraro A, Werfel T, Hoffmann-Sommergruber K, Roberts G, Halken S, Poulsen L, van Ree R, Vlieg-Boerstra BJ, Sheikh A on behalf of EAACI Food Allergy and Anaphylaxis Guidelines Group. The diagnosis of food allergy: a systematic review and meta-analysis. *Allergy* 69 (2014) 76-86.
4. Asarnoj A, Glaumann S, Lilja G, Nilsson C, van Hage M, Vetander M, Östblom E, Wikman M. IgE-antikroppar mot allergena komponenter. *Sachsska barn-och ungdomssjukhuset, Karolinska sjukhuset, Stockholm* 2013.
5. Nopp A. Basofilaktiveringstestet CD-sens - den allergiska patienten i ett provrör. *Allergi i prakXsis* 1/2013.

Anna Sandin, barnallergolog,
överläkare
Barn- och Ungdomskliniken,
Sunderby sjukhus, Luleå, Lektor
pediatrik Umeå Universitet
E-mail: anna.sandin@nll.se



Funktionella buksmärter och diet hos barn

Funktionell buksmärtta (FAP=functional abdominal pain) och Irritable bowel syndrome (IBS) är mycket vanligt bland barn och ungdomar. De flesta söker inte sjukvård, men utgör ändå ca 10 procent alla besök på pediatrika öppenvårdsmottagningar och ca 25 procent av besök på högspecialiserad barnmottagning¹.

Illustrationer: Stina Wirsen



En stor andel av barn med FAP/IBS upplever förvärrade symptom av olika sorters mat² och många familjer är övertygade om att födoämnesallergi föreligger, vilket är naturligt eftersom symptom typiska för t ex IBS också är typiskt vid födoämnesallergi och eftersom symptom är så ofta kopplat till födoämningsintag och matsmältning². Många har dock en påtagligt begränsad diet alldeles i onödan. Ett av de födoämnen som oftast misstänks är mjölk.

Laktosintolerans är dock överdiagnostiserat av såväl familjer som läkare² och en Cochrane-rapport har slagit fast att det inte finns några studier som stöder strategin att testa Laktosfri kost till alla med långvariga buksmärter³. Observera att laktosintolerans kan vara sekundär till t ex celiaki eller inflammatorisk tarmsjukdom vilket *inte* får missas. **Icke IgE-medierad komjölksproteinallergi** är en diagnos som ofta kan misstänkas hos barn och ungdomar med FAP/IBS och diagnos ställs enbart genom eliminationsdiet som måste vara absolut strikt och följas upp för att vara meningsfull¹.

Barn med IBS har ofta störd smärtekänslighet och motilitet i tarmen. En möjlig koppling mellan allergi, lågradig inflammation, mastcellsaktivitet och dysmotilitet har länge diskuterats och barn med multipla allergiska sjukdomar (även utan födoämnesallergi) har mycket riktigt ökad risk för FAP/IBS, men sällan Ig-E-medierad födoämnesallergi



vilket är lätt att testa och behandla.

Gluten är ett annat födoämne som många familjer har frågor om och som tyvärr en del har testat att utesluta ur kosten innan man fått diagnos enligt gäng-

se riktlinjer. Celiaki är en livslång diagnos som kräver strikt glutenfri diet (och berättigar till glutenfria produkter för barn) vilket gör det angeläget att ställa diagnos korrekt. IgA-transglutaminas och tunntarmsbiopsi blir dock endast patologiska om barnet utsätts för gluten och barnet måste ha ätit gluteninnehållande kost under lång tid (kanske så länge som 6 mån) innan man kan lita på ett normalt denalbiopsisvar. Alla symptom på gluteninnehållande produkter beror dock inte på celiaki. I en dubbelblindad randomiserad prövning av vuxna med IBS (celiaki uteslutet) fann man

att gluten gav mer IBS-symtom⁴. Samma grupp har nu gått vidare och funnit att det sannolikt inte är gluten i sig, utan snarare fermenterbara produkter i gluteninnehållande mat som kan ge ökade symptom för många med IBS⁵.



En del individer absorberar olika kolhydrater sämre, vilket gör att dessa kolhydrater jäser i tarmen och kan resultera i gasproduktion med tarmdistension, "ballongmage" och smärta som följd. För vuxna med IBS har s k low-FODMAP-diet (låg innehåll av fermentable oligosaccharides, disaccarides, monosaccarides, and polyols) givit minskade symptom i ett flertal prövningar. För barn saknas ännu motsvarande evidens², men en liten pilotstudie av low-FODMAP-diet har visat lovande resultat. Innan

low-FODMAP-diet kan rekommenderas allmänt, behövs ytterligare prövningar för barn med FAP/IBS samt studier av konsekvenser för det växande barnet av att minska på intaget av så många vanliga födoämnen som en low-FODMAP-diet innebär (t ex mjölk, vete, äpple, lök, ärtor, bönor etc)².

Referenser

1. Olén, O., Unsjöjärvi, A., Grimheden, P. & Grahnquist, L. Smärtdominerade funktionella mag- tarmsjukdomar hos barn och ungdomar. 1–50 (Stockholms Läns Landsting, 2013).
2. van Tilburg, M. A. L. & Felix, C. T. Diet and functional abdominal pain in children and adolescents. *Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition* 57, 141–148 (2013).
3. Huertas-Ceballos, A. A., Logan, S., Bennett, C. & Macarthur, C. Dietary interventions for recurrent abdominal pain (RAP) and irritable bowel syndrome (IBS) in childhood. *Cochrane Database Syst Rev* CD003019 (2009). doi:10.1002/14651858.CD003019.pub3
4. Biesiekierski, J. R. et al. Gluten causes gastrointestinal symptoms in subjects without celiac disease: a double-blind randomized placebo-controlled trial. *Am J Gastroenterol* 106, 508–14; quiz 515 (2011).
5. Biesiekierski, J. R. et al. No Effects of Gluten in Patients with Self-Reported Non-Celiac Gluten Sensitivity Following Dietary Reduction of Low-Fermentable, Poorly-Absorbed, Short-Chain Carbohydrates. *Gastroenterology* (2013). doi:10.1053/j.gastro.2013.04.051

Ola Olén, bitr överläkare PhD,
Enheten för pediatrik
gastroenterologi och nutrition
Sachsska barn- och ungdoms-
sjukhuset, Stockholm
E-mail: ola.olen@ki.se



FPIES (Food Protein Induced Enterocolitis Syndrome) - en diagnostisk utmaning

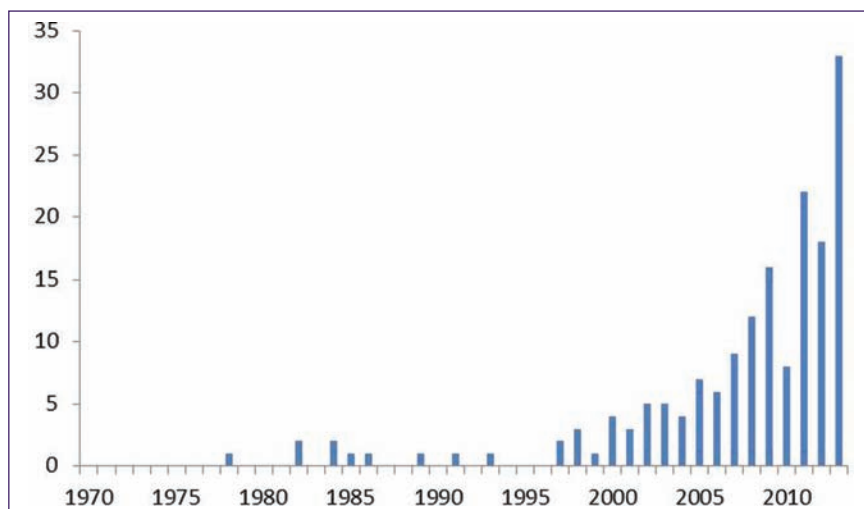
Vid födoämnesallergi har 50-60 procent av de drabbade symtom från mag-tarmkanalen (1). Det finns en stor variation i symtombild och svårighetsgrad och allergireaktionerna kan vara antingen IgE- eller icke-IgE-medierade. Med ökad kunskap och möjlighet att kartlägga inflammationsbild och utbredning med skopidiagnostik, har man börjat dela in de allergiska tillstånden i mag-tarmkanalen i separata diagnoser utifrån lokalisering och/eller symtombild. En sådan symtomdiagnos är FPIES (Food Protein Induced Enterocolitis Syndrome).

Vid FPIES uppkommer symtom vanligtvis 1-4 timmar efter intag av det aktuella livsmedlet (2, 3). Symtombilden är dramatisk och kännetecknas av kraftiga kräkningar, blekhet och apati/letargi. I svåra fall kan barnet utveckla hypovolemisk chock. Andra beskrivna symtom vid FPIES är; elektrolyttrubbningar, metabol acidosis, cyanos, hypotermi, neutrofil och trombocytocytos. De initiala kräkningarna följs ofta av diarréer, som ibland kan vara blodtillblandade (2, 4). I vissa fall har insjuknandet i FPIES ett 2-fasigt förlopp där initiala symtom med till exempel diarréer och dålig viktuppgång efter en tids uppehåll i intag av födoämnet övergår i de dramatiska symtom som beskrivits ovan (3, 5).

Förekomst och diagnos

Prevalensen av FPIES uppges till 0.34 procent men tros öka i och med att tillståndet blir mer känt (5).

Få barn med FPIES får rätt diagnos vid första symtomepisoden. Diagnostiken är svår på grund av avsaknad av hudsymtom, som lättare leder till tanken födoämnesallergi, samt en symtombild som ofta förväxlas med andra akuta tillstånd, t ex sepsis/meningit, svår gastroenterit och invagination (2, 3). Två av FPIES-fallen vid vår klinik fick initialt diagnosen ALTE (Apparent Life-Threatening Event). Eftersom FPIES är en icke-IgE-medierad allergi har man ingen diagnostisk vägledning av födoämnes-specifikt-IgE eller pricktest (2). Vid andra typer av



Antal publicerade artiklar/år om FPIES sedan syndromet först beskrevs i slutet av, 1960-talet (källa: Pub med)

födoämnesallergier hos små barn dominerar mjölk och ägg som orsak. Vid FPIES finns en betydligt större variation vad gäller födoämnestriggers. I litteraturen anges mjölk och soja som vanligaste orsaker, men många ovanliga allergitriggers finns beskrivna, till exempel havre, ris, potatis och kyckling. De flesta barn med FPIES reagerar på ett eller två födoämnen (2, 3, 5). Diagnosen ställs med elimination och provokation. Provokationen görs enligt särskilt provokationsschema och bör utföras på klinik med vana av att handlägga svåra allergiska reaktioner. På grund av de dramatiska symtomen rekommenderas ofta att man ställer diagnos enbart på sjukhistoria när det finns en klar koppling till det utlösande födoämnet. Vid långdragna symtom kan skopiundersökning bidra till diagnosen (2, 3).

Behandling och uppföljning

I det akuta skedet är behandlingen intravenös rehydrering. Systemiska steroider rekommenderas, även om dokumenterad effekt saknas. Adrenalin rekommenderas inte (förutsatt att IgE-förmedlad allergi uteslutits) och antihistaminer har ingen plats i behandlingen (2, 3). Barn med diagnosticerad FPIES bör förses med en skriftlig behandlingsplan.

Den dagliga behandlingen består av elimination av det aktuella födoämnet (2, 3). Barn med FPIES kan ibland reagera på spårmängder av livsmedlet. Spädbarn med FPIES mot mjölk kan därför, åtminstone initialt, ibland behöva en aminosyrabaserad modersmjölksersättning för att uppnå symtomfrihet.

FPIES debuterar oftast under barnets första levnadsår. Kunskap kring sjukdomens naturlförlopp är begränsad, men toleransutveckling under förskoleåren tycks vara vanligt (5). Enligt nuvarande rekommendation bör provokation göras vid 3-års ålder om barnet varit symtomfritt året dessförinnan (3).

Referenser

1. Host A. Clinical course of cow's milk protein allergy and intolerance. *Pediatric allergy and immunology : official publication of the European Society of Pediatric Allergy and Immunology*. 1998;9(11 Suppl):48-52. Epub 1998/09/02.
2. Ruffner MA, Ruymann K, Barni S, Cianferoni A, Brown-Whitehorn T, Spergel JM. Food Protein-induced Enterocolitis Syndrome: Insights from Review of a Large Referral Population. *The journal of allergy and clinical immunology In practice*. 2013;1(4):343-9. Epub 2014/02/26.
3. Fech-Bormann M, Winberg A, Rentzhog CH, Nordvall L. [A pediatric lack of knowledge. FPIES--a non-IgE-mediated food allergy with dramatic symptoms]. *Lakartidningen*. 2011;108(37):1767-9. Epub 2011/11/04. En pediatrik kunskapslucka. FPIES--en icke-IgE-medierad födoämnesallergi med dramatiska symtom.
4. Mehr S, Kakakios A, Frith K, Kemp AS. Food protein-induced enterocolitis syndrome: 16-year experience. *Pediatrics*. 2009;123(3):e459-64. Epub 2009/02/04.
5. Katz Y, Goldberg MR, Rajuan N, Cohen A, Leshno M. The prevalence and natural course of food protein-induced enterocolitis syndrome to cow's milk: a large-scale, prospective population-based study. *The Journal of allergy and clinical immunology*. 2011;127(3):647-53 e1-3. Epub 2011/03/08.



Anna Winberg, överläkare/
Barnallergolog, Barn- och
Ungdomscentrum, Norrlands
Universitetssjukhus, Umeå
E-mail: Anna.Winberg@vll.se

Eosinofil esofagit hos barn

Eosinofil esofagit är en kronisk, antigen-driven inflammation i esofagus som resulterar i störd esofagusfunktion. Tillståndet är hos barn ofta kopplat till födoämnesallergier och andra allergiska manifestationer. Förstahandsval vid terapi är eliminationskost, men läkemedelsbehandling i form av lokal eller systemisk steroid kan också behövas.

Eosinofil esofagit (EoE) beskrevs för första gången 1977 hos vuxna och 1995 hos barn. Enligt internationell konsensus definieras tillståndet som en kronisk, antigen-driven immunologisk process där symtomen är en följd av störd funktion i matstrupen och som histologiskt kännetecknas av en eosinofil inflammation i esofagusslemhinnan. Symptomen hos småbarn yttrar sig typiskt som kräkningar och matvägran medan äldre barn och ungdomar har oftast buksmärter, illamående och/eller sväljningssvårigheter. Barnen anpassar snabbt sina ätvanor för att kompensera den störda esofagusfunktionen varför de sväljningsrelaterade besvären ofta missas vid anamnes om dessa inte särskilt efterfrågas. Främst hos äldre barn och vuxna kan sjukdomen medföra även akuta sjukhusbesök för att endoskopiskt avlägsna matbitar som fastnat i matstrupen (s k födoämnesobstruktion). Vid långvarig eller svår sjukdom kan även en bestående fibrotisk förträngning i matstrupen utvecklas.

EoE är starkt associerat till allergiska sjukdomar i andra organsystem, såsom astma, eksem och allergisk rhinokonjunktivit. I olika studier har 42-94 procent av barn med EoE visat sig ha en anamnes på olika former av allergiska besvär.

Ökad prevalens

En oroande ökning i prevalensen av EoE har rapporterats både hos vuxna och barn. Prevalensen hos barn i Sverige är okänd, men i internationella studier har incidensen hos barn rapporterats till 0.7-10/100 000 barn/år och man har kunnat hitta EoE i 2.1-4.9 procent av gastrokopier som utförts på barn med indikation buksmärta.

Att ställa diagnos

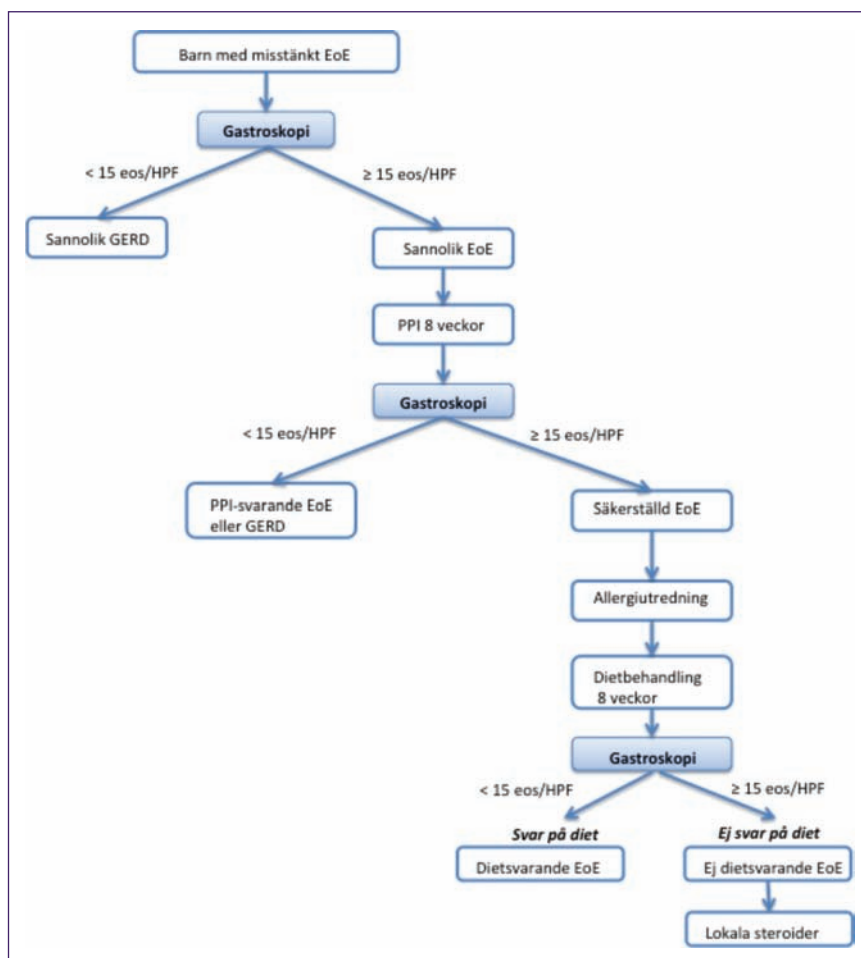
I en normal esofagusslemhinna förekommer inga eosinofiler. Diagnosen EoE baseras på biopsier från slemhinnan i matstrupen där man kan påvisa typisk histologisk bild med infiltration av minst 15 eosinofila granulocyter per högupplösningsfält HPF (High Power Field). Eftersom inflammationen ibland kan uppträda enbart fläckvis, rekommenderas det 2-4 biopsier både från distala och proximala esofagus. Makroskopiskt kan man ofta i samband med gastrokopin notera i matstrupen långsgående

fårar, koncentriska ringar (s k trakealisering), slemhinesvullnad, vita exudat och i svåra fall även minskad diameter. Inget av dessa makroskopiska fynd är dock specifikt för EoE. Tillståndet kan ibland även uppträda med enbart tecken på en mikroskopisk inflammation utan synliga makroskopiska förändringar vid endoskopi.

För diagnosen krävs vidare att eosinofilin är begränsad till matstrupen och kvarstår även efter 8 veckors behandling med protonpumpshämmare (differentialdiagnos är främst refluxesofagit). Vid refluxesofagit ses också inslag av eosinofil inflammation i esofagus, men då med förekomst av betydligt färre eosinofiler (ofta 5-10 eosinofiler/HPF). Helt nyligen har det även identifierats en särskild entitet av EoE där den eosinofila inflammationen försvinner under behandling med protonpumpshämmare (PPI) trots att det saknas tecken till gastroesofageal reflux. Tillståndet benämns "PPI-svarande EoE" och forskning pågår för att öka kunskapen om denna subtyp. Algoritm för utredning och behandling av EoE sammanfattas i Figur 1.

Behandling

Den exakta patogenesen bakom eosinofil esofagit är okänd, men det finns stöd för att tillståndet kan vara en allergisk manifestation som utlöses av födoämnesproteiner i kosten och/eller luftburna allergen (t ex pollen). Jämfört med vuxna förbättras en större andel av barn med EoE när utlösande födoämne(n) elimineras ur kosten. Dietbehandling anses således ofta som förstahandsvalet hos barn. De vanligaste utlösande födoämnen är mjölk, ägg samt vete och elimination av dessa leder till förbättring i nästan hälften av fallen. Elemental/aminosyrabaserad kost har en ännu gynnsammare effekt och kan resultera i förbättring i upptill 95 procent av fallen, men innebär en mycket stor inskränkning i patientens kost. I klinisk praxis kan det vara svårt att avgöra vilket/vilka födoämne(n) som ska elimineras och allergitester (serum allergenspecifik IgE, hudpricktest, Patch-test) kan ge ett visst beslutsstöd i valet av kostterapi. För mjölk har allergitester dock visat sig ha ett lågt negativt prediktivt värde och behandlingsförsök med mjölkfri kost rekommenderas oavsett fyndet i allergitester.



(Figure 1) Algoritm för utredning och behandling av eosinofil esofagit hos barn. EoE = eosinofil esofagit, eos = eosinofil granulocyt, GERD = gastroesofageal refluxsjukdom, HPF = high power field, PPI = protonpumpshämmare

Referenser

1. Liacouras CA, Furuta GT, Hirano I et al. Eosinophilic esophagitis: Updated consensus recommendations for children and adults. *J Allergy Clin Immunol* 2011;128:3-20.
2. Dellon ES, Gonsalves N, Hirano I et al. ACG Clinical Guideline: Evidence based approach to the diagnosis and management of esophageal eosinophilia and eosinophilic esophagitis. *Am J Gastroenterol*. 2013;108:679-692.
3. Soon IS, Decker Butzner J, Kaplan GG, deBruyn JCC. Incidence and prevalence of eosinophilic esophagitis in children. *J Pediatr Gastroenterol Nutr*. 2013;57:72-80.
4. Spergel JM, Brown-Whitehorn TF, Cianferoni A et al. Identification of causative foods in children with eosinophilic esophagitis treated with an elimination diet. *J Allergy Clin Immunol*. 2012;130:461-7.
5. Kagalkwalla AF, Shah A, Li BUK et al. Identification of specific foods responsible for inflammation in children with eosinophilic esophagitis successfully treated with empiric elimination diet. *J Pediatr Gastroenterol Nutr*. 2011;53:145-149.

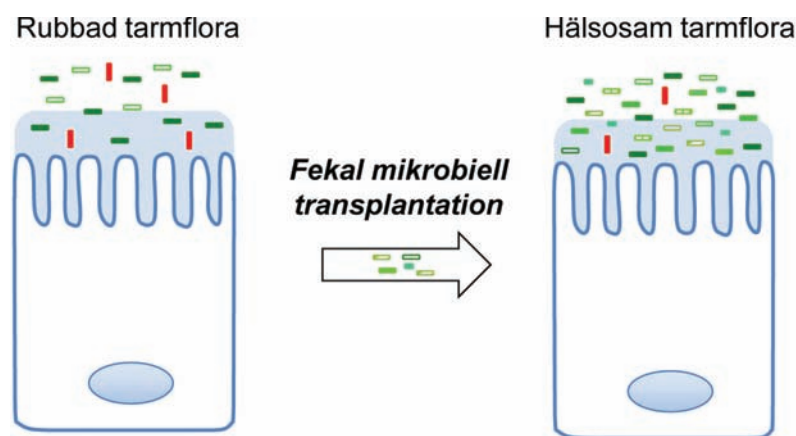
Barn som inte svarar på dietbehandling kräver behandling med lokala steroider som sväljs och i svårare fall kan även systemisk steroidbehandling övervägas. Oavsett om det gäller diet- eller läkemedelsbehandling utvärderas effekten efter cirka 8 veckor avseende kliniska symtom och då bör även förnyad gastroskopi för att verifiera histologisk förbättring övervägas (Figur 1).

Timo Käppi, specialläkare i barn- och ungdomsmedicin
Sektorn för pediatrik gastroenterologi, hepatologi och nutrition
Drottning Silvias barn- och ungdomssjukhus, Göteborg
E-mail: timo.kapppi@vgregion.se



Fekal mikrobiota transplantation i kliniken - var står vi idag och vart är vi på väg?

Fekal transplantation är en relativ gammal behandlingsmetod, men har nyligen kommit i fokus igen. Syftet är att återställa en hälsosam tarmflora hos patienter med ett rubbat intestinalt ekosystem genom att infundera en avföringssuspension från en frisk donator i patientens tarm. Metoden användes så tidigt som på 400-talet av kineser i behandlingen av matförgiftning och svår diarré.



Fekal mikrobiell transplantation som behandling för en kronisk rubbad tarmflora

Fler och fler sjukdomar karakteriserats av en avvikande diversitet i olika bakteriestammar i tarmen, bland annat genom låg antal gynnsamma bakterier (gröna, t.ex. bifidobacteria, lactobacilli) och/eller hög antal ogynnsamma bakterier (röda). Fekal mikrobiell transplantation återställa en hälsosam tarmflora.

Nuförtiden är fekal transplantation ett etablerat behandlingssätt vid återkommande *Clostridium difficile* infektioner, där en rubbad balans i tarmens mikrobiota anses vara orsaken till överväxt av patogena *Clostridium difficile* stammar. Vid sådana fall visar studier att fekal transplantation botar i över 90 procent av fallen och är både säkert och långsiktigt effektivt. Även sex månader efter behandlingen finns tydliga förändringar i tarmfloran. Vidare har det visats att behandlingen inte är alltför belastande, eftersom nästan alla patienter skulle vilja genomgå en ny transplantation ifall infektionen skulle återkomma och ungefär hälften av patienterna väljer transplantation som förstahands behandlingsalternativ framför antibiotika-behandling.

Intressant behandlingsalternativ

Fekal transplantation genomförs vanligen vid en nasoduodenal sond eller genom koloskopi. Vid vissa indikationer har också transplantation genom klysma visat sig vara effektiv. Det är mycket intressant att fekal transplantation också kan vara ett lovande behandlingsalternativ vid sjukdomar som inte i första hand associeras med ett rubbat intestinalt ekosystem. Vrieze *et al* visade att överföring av fekal mikrobiota från friska normalviktiga personer till patienter med det metabola syndromet signifikant förbättrade insulinkänslighet och triglyceridnivåer. Utöver dessa positiva förändringar sågs också gynnsamma effekter på tarmfloras sammansättning med en ökad proportion av smörsyraproducerande bakterier. Framgångsrik behandling med fekal transplantation har också rapporterats vid IBD, IBS, multipel skleros, autism och chronic

fatigue syndrome, men oftast gäller det fallstudier i stället för kontrollerade interventionsstudier. Vid Örebro Universitet och Universitetssjukhuset har vi just startat en placebokontrollerad fekal transplantationsstudie vid IBS, där placebobehandlingen innehåller en autolog transplantation och inklusionen är begränsad till ett visst mönster av mikrobiotas sammansättning.

Viktigt ta hänsyn till potentiella risker

I och med att en fekal transplantation innehåller mer än enbart bakterier är det viktigt att man noggrant tar hänsyn till potentiella risker. Food and Drug Administration (FDA) i USA betraktar ett fekal transplantat som läkemedel. Vi anser att så länge metoden inte har visats vara helt säker, ska alla transplantationer genomföras i ett

forsknings-sammanhang och inte som klinisk rutin. En lösning för att minska riskerna med överföring av en icke helt karakteriserad fekal suspension vore tillämpning av en så kallad 'synthetic stool', som enbart innehåller en blandning av väldokumenterade bakteriestammar som är selekterade på grund av hälsosamma effekter och har förmågan att positivt påverka det intestinala ekosystemet också på lång sikt.

Referenser

1. Aroniadis, O. C., and Brandt, L. J., 2013. Fecal microbiota transplantation: Past, present and future. *Current Opinion in Gastroenterology* 29: 79-84.
2. Brandt, L. J., Aroniadis, O. C., Mellow, M., Kanatzar, A., Kelly, C., Park, T., Stollman, N., Rohlke, F. and Surawicz, C., 2012. Long-term follow-up of colonoscopic fecal microbiota transplant for recurrent clostridium difficile infection. *The American Journal of Gastroenterology* 107: 1079-1087.
3. Hell, M., Bernhofer, C., Stalzer, P., Kern, J. M. and Claassen, E., 2013. Probiotics in clostridium difficile infection: Reviewing the need for a multistrain probiotic. *Beneficial Microbes* 4: 39-51.
4. Petrof, E. O., Claud, E. C., Gloor, G. B. and Allen-Vercoe, E., 2013. Microbial ecosystems therapeutics: a new paradigm in medicine? *Beneficial Microbes* 4: 53-65.
5. Vrieze, A., Van Nood, E., Holleman, F., Salojarvi, J., Kootte, R. S., Bartelsman, J. F., Dallinga-Thie, G. M., Ackermans, M. T., Serlie, M. J., Oozeer, R., Derrien, M., Druesne, A., Van Hylckama

Vlieg, J. E., Bloks, V. W., Groen, A. K., Heilig, H. G., Zoetendal, E. G., Stroes, E. S., de Vos, W. M., Hoekstra, J. B. and Nieuwdorp, M., 2012. Transfer of intestinal microbiota from lean donors increases insulin sensitivity in individuals with metabolic syndrome. *Gastroenterology* 143: 913-6.e7.



Julia König, postdoktor, Nutrition Gut Brain Interactions Research Centre, Institutionen för Hälsovetenskap och Medicin, Örebro Universitet
E-mail: julia.konig@oru.se

Robert Brummer, professor, överläkare, Nutrition Gut Brain Interactions Research Centre, Institutionen för Hälsovetenskap och Medicin, Örebro Universitet samt Medicinska Kliniken, Enheten för Gastroenterologi, Universitetssjukhuset Örebro
E-mail: robert.brummer@oru.se

Oral tolerans-när, var, hur?

Allvarlig matallergi är vanligare än svår astma och i Barnens Miljöhälsoenkät genomförd 2011 i Sverige uppgår 8 procent av 12-åringarna att de har läkardiagnostiserad matallergi. Många oroar sig för svåra allergiska reaktioner och i dagsläget finns ingen botande behandling.

Studier pågår världen över för att hitta bot mot matallergi. Flera olika former av allergenspecifika immunoterapi mot matallergi håller på att utvecklas; oral, sublingual, epikutant eller subkutan administrering av små mängder av naturliga eller modifierade matallergen. Alla strategier går ut på att försöka inducera tolerans. Oral immunoterapi (OIT) verkar vara mest lovande utifrån tidigare små studier och är den mest prövade behandlingen (1). Livsmedlet individen är allergisk emot introduceras i mycket små doser som ökas över tid. Både snabba och mer långsamma uppdoseringsscheman har prövats. De livsmedel som framför allt har studerats är jordnöt, mjölk och ägg. Behandlingarna har gett goda resultat men också många biverkningar i form av allergiska reaktioner. Flera studier

visar att allergiska reaktioner uppstår hos ca 50-70 procent och att adrenalin behöver ges till ca 10-20 procent av deltagarna under behandlingen (2). Det är fortfarande oklart om en varaktig tolerans uppstår.

Oklart vad som åstadkommer de immunologiska förändringarna

En studie presenterad på American Academy of Asthma, Allergy and Immunology (AAAAI) 2014 visade att tidsintervallet utan jordnötter, efter en lyckad OIT mot jordnöt, har betydelse. De som avstod jordnötter under tre månader hade en sämre tolerans vid jordnötsprovokation än de som avstod jordnötter en månad. Mekanismerna som åstadkommer de immunologiska förändringarna vid



Alla strategier i kampen mot matallergier går ut på att försöka inducera tolerans. Det aktuella livsmedlet introduceras i mycket små doser som ökas över tid. Både snabba och mer långsamma upp-doserings-scheman har prövats. De livsmedel som framför allt har studerats är jordnöt, mjölk och ägg.

Foto: wikipedia

behandlingen är fortfarande oklara. Dock verkar det vara en omprogrammering av T-hjälparceller, från T-hjälpar celler typ 2 som påverkar B-cellerna att producera IgE-antikroppar, till T-hjälpar cell typ 1 som istället påverkar B-cellerna att producera IgG-antikroppar, genom att antigenet (livsmedlet ifråga) presenteras för tarmslemhinns celler (3).

Studier med lovande resultat

För att försöka minska ned på antalet biverkningar har anti-IgE (omalizumab, Xolair[®]) prövats att ges före och under uppdoseringen av livsmedlet (4-5). Två små men intressanta behandlingsstudier med OIT under skydd av Omalizumab har genomförts och visat goda resultat samt få biverkningar. I den ena studien behandlades 11 skolbarn med mjölkallergi (IgE mot mjölk var 42-342 kU/l) initialt med Omalizumab och därpå följande OIT med mjölk under fortsatt behandling med. OIT med mjölk fortsatte men Omalizumab sattes ut och två månader senare klarade 9/11 en dubbel-blind mjölkprovokation utan symtom (4).

I den andra studien har 14 jordnötsallergiker (6-13 år) behandlats med Omalizumab (n=9) eller placebo (n=5) och därpå följande OIT mot jordnöt. Omalizumabgruppen

tålde 80 gånger mer jordnöt efter OIT under skydd av omalizumab och placebogruppen tålde 4 gånger mer jordnöt efter jämfört med före behandlingen. I bägge studierna sågs betydligt färre biverkningar vid OIT med än utan omalizumab (5). Enskilda fall av behandling med OIT eller OIT och Omalizumab har genomförts i Sverige med hittills goda resultat men ytterligare studier krävs innan denna behandlingsform kan introduceras i rutinsjukvården.

Referenser

1. Beyer K. A European perspective on immunotherapy for food allergies. *The Journal of allergy and clinical immunology*. 2012 May;129(5):1179-84. PubMed PMID: 22541359.
2. Begün P, Winterroth LC, Dominguez T, Wilson SP, Bacal L, Mehrotra A, et al. Safety and feasibility of oral immunotherapy to multiple allergens for food allergy. *Allergy, asthma, and clinical immunology : official journal of the Canadian Society of Allergy and Clinical Immunology*. 2014;10(1):1. PubMed PMID: 24428859. Pubmed Central PMCID: 3913318.
3. Akdis CA, Akdis M. Mechanisms of allergen-specific immunotherapy. *The Journal of allergy and clinical immunology*. 2011 Jan;127(1):18-27; quiz 8-9. PubMed PMID: 21211639.
4. Nadeau KC, Schneider LC, Hoyte L, Borrás I, Umetsu DT. Rapid oral desensitization in combination with omalizumab therapy in patients with cow's milk allergy. *The Journal of allergy and clinical immunology*. 2011 Jun;127(6):1622-4. PubMed PMID: 21546071. Pubmed Central PMCID: 3396422.
5. Sampson HA, Leung DY, Burks AW, Lack G, Bahna SL, Jones SM, et al. A phase II, randomized, doubleblind, parallelgroup, placebocontrolled oral food challenge trial of Xolair (omalizumab) in peanut allergy. *The Journal of allergy and clinical immunology*. 2011 May;127(5):1309-10 e1. PubMed PMID: 21397314.

Caroline Nilsson, barnläkare,
docent, SPESAK i barn- och
ungdomsallergologi Sachska
barn- och ungdomssjukhuset
E-mail: caroline.nilsson@
sodersjukhuset.se



Många barn bär på en tung hemlighet.

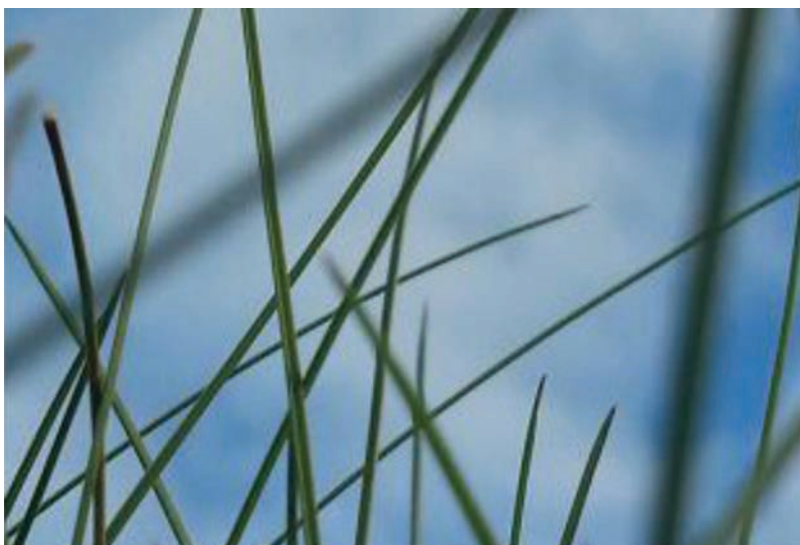
Vi behöver fler mottagningar för barn som utsatts för våld i hemmet. Hjälpt dem att lätta sitt hjärta. Ge ett bidrag på www.raddabarnen.se

Plusgiro 902003-3



The voice of the patient - vad upplever patienten och hur tar vi reda på det?

Allergiska besvär från luftvägarna utgör ett stort och växande folkhälsoproblem. Det finns idag ingen bot mot dessa sjukdomar och de kan, om de inte behandlas, utgöra ett betydande hinder i vardagen. Hampus Kiotseridis avhandling belyser utveckling av bedömningsinstrument för att utvärdera patientens upplevelser av sin egen sjukdom, samt att undersöka hur barn med pollenallergiska besvär påverkas under pollensäsong.



ha symtomen under kontroll så att patienten kan ha en normal vardag. Särskilt för barn och ungdomar är detta av största vikt, så att de får möjlighet att utvecklas optimalt utifrån sina förutsättningar. Objektiva metoder såsom laboratorieprov eller fysiologisk undersökning är otillräckligt för att bedöma hur välkontrollerad sjukdomen är. Därför behövs andra metoder som också tar hänsyn till patientens upplevelse. Målet för denna avhandling har varit att utveckla bedömningsinstrument för att utvärdera sjukdomsaktivitet utifrån patientens upplevelse, s k patientrapporterade utfall, samt att utvärdera hur barn med pollenallergiska besvär påverkas under pollensäsong.

Även om dagens mediciner i de allra flesta fall kuperar symtomen väl, vet man, att många patienter är underbehandlade trots diagnos. Målet med behandlingen är att

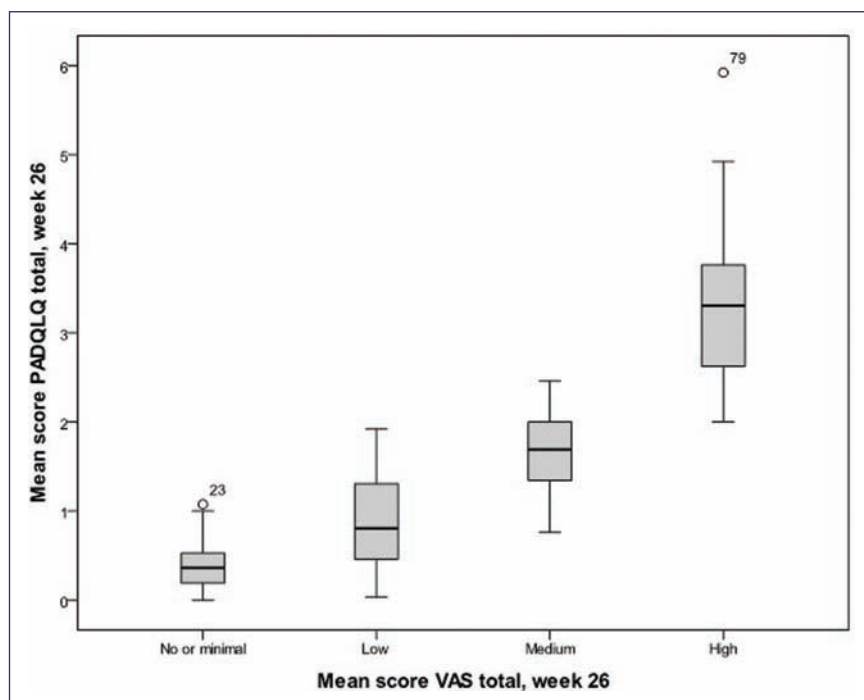
“Livskvalitet vid luftvägsallergi” (LILA) och “Att leva med astma” (ALMA)

I delarbete I, har vi översatt och kvalitetssäkrat ett hälsorelaterat livskvalitetsformulär som utvecklats i England för barn med allergiska besvär. 98 barn inkluderades i undersökningen och följdes över en sommar. Barnen fick redovisa sina besvär i en dagbok. Utöver detta fick de regelbundet fylla i livskvalitetsformuläret. Detta har uppfattats som enkelt att använda och visat sig fungera väl för att skilja barn med olika grad av besvär. Formuläret som vi valt att kalla “Livskvalitet vid luftvägsallergi” (LILA) fungerade också väl för att följa sjukdomsförloppet över tid(1).

I delarbete IV utvecklade vi ett bedömningsinstrument för astmapatienter som är tänkt att användas i primärvården. Vår strävan har varit, att få med alla viktiga aspekter av sjukdomen så att instrumentet kan fungera som en “checklista” för primärvårdsläkaren. Frågeformuläret som kallas ALMA (Att leva med astma) utvecklades tillsammans med astmapatienter för att försäkra oss om att allt som upplevdes som väsentligt för patient och läkare kom med. Vi fann, att detta instrument hade bra tillförlitlighet och



(Fig 1) En trafikljusmodell - bra sätt att prata pollenprognoser med barn?



Livskvaliteten mätt som PADQLQ resultat är korrelerat till graden av pollenallergiska symtom. Patienter med mer symtom hade signifikant sämre livskvalitet än patienter med mindre symtom.

kunde med precision värdera graden av astmakontroll hos denna patientgrupp. I vår databas som inkluderade 1779 primärvårdspatienter med astma, fann vi att en stor andel hade besvär talande för en suboptimal kontroll. Över 50 procent hade besvär vid anstränging, hårt arbete och eller då de utsattes för ospecifika irriteranter så som parfym och tobaksrök (2).

I delarbete II undersöktes hur gräspollenallergiska barn påverkades i sin livskvalitet under gräspollensäsongen. Förutom vårt LILA-formulär använde vi DISABKIDS, ett etablerat livskvalitetsinstrument som tidigare har använts för barn med kroniska sjukdomar. Det visade sig att livskvaliteten är sänkt för dessa barn under pollensäsongen. De upplevde både fysisk och mental påverkan, som t ex trötthet och sömnbesvär. De kände sig också mer nedstämda. De barn som led av både astma och hönsnuva hade sämre livskvalitet än de barn som bara hade hönsnuva. Livskvaliteten var jämförbar med den hos barn med andra kroniska sjukdomar (3)

I delarbete III undersökte vi hur symtomen påverkades dag för dag under pollensäsongen. Det visade sig att symtomen fanns kvar i flera dagar efter pollenexponering.

Vi fann ingen skillnad i reaktivitet tidigt och sent i pollensäsongen. För att kommunicera pollenprognoser med barn föreslår vi en trafikljusmodell. Grön – inga problem, gul – var försiktig, röd – hög risk (4, Fig 1).

Sammanfattningsvis visar resultatet av vårt arbete, att luftvägsallergi kan påverka livskvaliteten hos barn. Vi har också visat att patientrapporterade metoder är bra instrument för att värdera detta. Eftersom målet med vår behandling är att förbättra patientens vardag och livskvalitet är vår övertygelse att sådana mätningar kan vara till hjälp både i forskning och i sjukvårdens vardag.

Referenser

1. Kiotseridis, H., et al., Swedish translation and validation of the Pediatric Allergic Disease Quality of Life Questionnaire (PADQLQ). *Acta Paediatr*, 2011. 100(2): p. 242-7.
2. Kiotseridis, H., et al., ALMA, a new tool for the management of asthma patients in clinical practice: development, validation and initial clinical findings. *Prim Care Respir J*, 2012.
3. Kiotseridis, H., et al., Quality of life in children and adolescents with respiratory allergy, assessed with a generic and disease-specific instrument. *Clin Respir J*, 2012.
4. Kiotseridis, H., et al., Grass pollen allergy in children and adolescents-symptoms, health related quality of life and the value of pollen prognosis. *Clin Transl Allergy*, 2013. 3(1): p. 19.

Hampus Kiotseridis,
Barnkliniken, SuS Malmö,
Allergikompetenscentrum Syd
E-mail: hampus.kiotseridis@skane.se



– Är du beredd att minska den elektiva verksamheten för att ge dina läkare möjlighet att delta på Riksstämman (4–5 december)? – Hur många skickar du?

Ralph Bågenholm, med dr, överläkare, barnmedicin, Drottning Silvias barn- och ungdomssjukhus, Göteborg



- Om vårdgarantin och den planerade tillgängligheten inte hotas ser jag inga problem med att läkarna deltar i Riksstämman.
- Jag personligen skickar inga. Det är varje sektorsöverläkare som ser över möjligheterna till deltagande. Om möjlighet finns, både avseende mottagningens verksamhet och utbildningsbudget, så godkänns ledighet för deltagande.

Christophe Pedroletti, verksamhetschef, pediatrik, Akademiska barnsjukhuset, Uppsala



- Vi planerar den elektiva vården på årsbasis och håller våra väntetider. Således gör vi ibland tillfälliga neddragningar till förmån för kompetensutveckling och nätverksbygge.
- Intresset för Riksstämman är begränsat i min läkargrupp. De som vill brukar få åka (2–3 stycken).

Christina Strömbeck, överläkare, verksamhetschef, Karolinska Universitetssjukhuset, Stockholm



- När det gäller att ställa in elektiv vård och prioritera möten så prioriteras vi vårt årsmöte i SNPF (Svensk Neuropediatrik Förening). I andra hand ger vi ledigt för BLFs årsmöte. Många läkare prioriterar också att åka på ämnesspecifika konferenser istället för dessa årliga möten. Vi planerar inte att dra ner den elektiva vården under Läkarstämman och har inte haft några förfrågningar om ledighet för att gå på stämman. Om förfrågningar kommer planerar vi nu att sända max 1-2 doktorer per sektion.

Nina Perrin, verksamhetschef, Astrid Lindgrens Barnsjukhus, Stockholm



- Detta är inget som prioriteras. Barnveckan och speciellt kongresser är det som prioriteras.

BRIS
BARNENS RÄTT I SAMHÄLLET

bris.se
PG 90 15 04 -1

90 SVENSK
KONTO INSAMLINGS
KONTROLL

Redaktör: Catarina Almqvist Malmros

Svenska läkaresällskapets Medicinska riksstämma 2013/2014

Svenska läkaresällskapet erbjuder under 2013 och 2014 ett nytt koncept för Medicinska riksstämman där läkare, forskare, beslutsfattare och andra verksamma inom sjukvården samlas till läkarnas största tvärsektionella mötesplats. För att kunna möta de utmaningar hälso- och sjukvården står inför, är det viktigt att vi läkare träffas över specialitetsgränserna för att diskutera frågor som handlar om fortbildning och etik, forskning och kvalitet. Allt med patientens behov i centrum



Medicinska riksstämman 4-5 december 2014 planeras på Stockholm Waterfront Congress Centre.

År 2013 genomfördes flera strategiska förändringar av Medicinska riksstämman för att möta behovet av läkares fortbildning i breda hälso- och sjukvårdsfrågor. Mötet flyttade från Älvsjö till Stockholm Waterfront Congress Centre för ett effektivt arrangemang i moderna lokaler mitt i centrala Stockholm. Vi införde en certifiering där deltagande i programpunkter registreras och genererar ett personligt intyg, "Certifierat deltagande", att användas som del i vidare- och fortbildning. Det vetenskapliga programmet med NPM-debatter, etikseminarier och internationella gästföreläsare blev en stor succé.

Vi har fått ett fint gensvar på initiativet att förnya mötet till form och innehåll. Planering av programmet till Medicinska riksstämman 2014 är nu i full gång, och vi kan utlova spännande programpunkter som kombinerar flera sektioner, kliniskt relevanta uppdateringar och nya riktlinjer där ämnet går som en röd tråd genom föreläsningar, debatter, workshops och gästföreläsningar. Min förhoppning är att

barnläkarna får möjlighet att delta i och bidra till årets möte. Hör gärna av er om ni har idéer. Det vetenskapliga programmet publiceras löpande på www.riksstamman.se och i SLS Aktuellt.

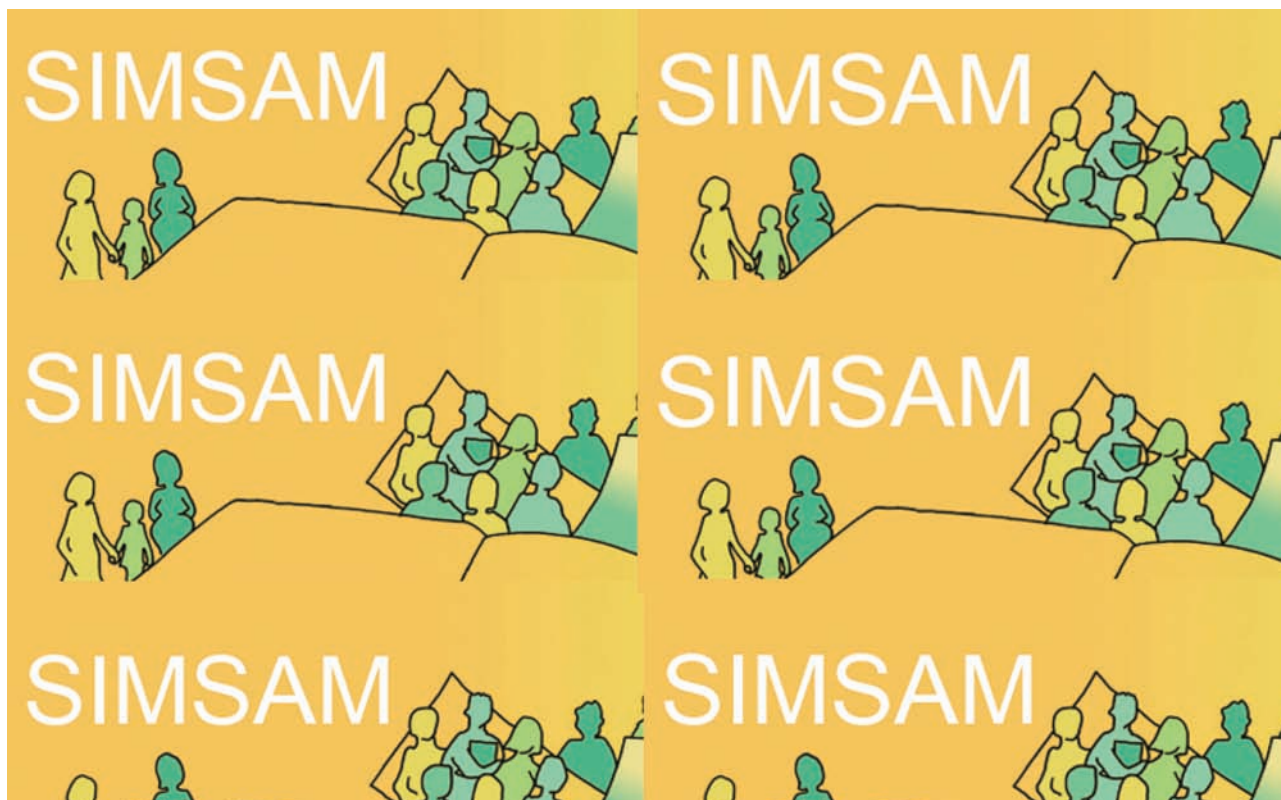
Varmt välkomna till Medicinska riksstämman på **Stockholm Waterfront Congress Centre 4-5 december 2014!**

Catarina Almqvist Malmros,
professor och barnläkare,
Generalsekreterare Medicinska
riksstämman
E-mail: Catarina.Almqvist@ki.se



Registerbaserad forskning och innovativa metoder i fokus

Registerbaserad forskning och innovativa metoder möjliggör bättre förståelse för orsak och konsekvenser av sjukdomar hos barn och ungdomar. Detta ligger i fokus för tre forskningsprogram finansierade av Vetenskapsrådet genom Swedish Initiative for Research on Microdata in the Social and Medical Sciences (SIMSAM) rambidrag för perioden 2008-2013 (Umeå och Lund) respektive 2014-2019 (Lund och MEB-family design, KI.)



SIMSAM Lund

Faktorer under fosterlivet, exempelvis mammans rökvanor eller användning av mediciner, kan i hög grad påverka hälsan hos det nyfödda barnet. Tillväxthämning under fosterlivet påverkar hälsan direkt efter födelsen, men ökar också risken för hjärt-kärlsjukdom långt upp i medelåldern. Det finns resultat som tyder på att låg födelsevikt eller dåligt allmäntillstånd direkt efter födelsen även kan påverka kognitiv förmåga och annan hälsa under barndom och vuxenliv. I ett första forskningsprogram inom SIMSAM (2008-2013) har vi framför allt varit inriktade på att identifiera faktorer som påverkar barnens hälsa. Med årets ansökan, SIMSAM Lund (2014-2019), breddar vi vår ambition. Vi kommer att fortsätta att studera

faktorer som påverkar det nyfödda barnet, men också studera påverkan på barnets framtida utbildningsnivå, arbetsliv, och hälsa upp genom vuxenlivet.

SIMSAM Umeå Lab

Forskningsprogrammet syftar till ökad kunskap om vad som kan göras under barndomen för att förbättra hälsa och välfärd i ett livsperspektiv. Forskningen kännetecknas av tvärvetenskaplighet som skapar förutsättningar för att nydanande frågeställningar formuleras och att nya metoder utvecklas. Vi har samlat vår forskning under tre teman: I) Sociala och miljömässiga faktorer som påverkar barns hälsa och välmående genom livet. Här kommer vi att studera samband mellan den vuxna individens hälsa och

VETENSKAP

välfärd med barnårens tillgång till olika resurser inom familj, grannskap, närmiljö och skola. Vi söker orsaker till specifika sjukdomar med utgångspunkt från registerdata och genom att kombinera teorier och metoder från medicinsk, sociologisk, geografisk och ekonomisk forskning. II) Överföring av forskningsresultat till praktiker och politiker. Det är avgörande att kunskap från forskning kring barns hälsa och välfärd sprids även utanför vetenskaps-samhället och därför kommer vi speciellt att arbeta med överföring av forskningsresultat till praktiker och politiker. Detta görs bland annat inom ramen för det av Västerbottens läns landsting ledda Salut-satsningen vars syfte är att förbättra hela befolkningens hälsa genom insatser under barnåren. III) Utveckling av statistiska metoder för registerforskning. Våra unika men komplexa data kräver avancerade statistiska metoder. Vi kommer att vidareutveckla dessa metoder så att de i ökad utsträckning hjälper oss att studera hur förutsättningar och händelser under livet påverkar varandra och hur de i sin tur påverkar livslång hälsa och välfärd.

SIMSAM MEB-family design (Karolinska Institutet)

Idag vet vi att både arv och miljö är viktiga för sjukdomar hos barn och ungdomar. Vi vet också att sjukdomar tidigt i livet ökar risken för utveckling av ohälsa senare i livet. T ex kan astma i barndomen utvecklas till kronisk obstruktiv lungsjukdom hos vuxna. Det finns även en stor risk för att ohälsa påverkar socioekonomiska faktorer såsom utbildning och inkomst ogynnsamt. Däremot är kunskaperna om hur arv och miljö påverkar utvecklingen av hälsa från barndomen in i vuxenlivet fortfarande mycket begränsade. Detta forskningsprogram (2014-2019) kommer att använda de unika populationsbaserade hälsoregister som finns i Sverige för att studera orsak till och konsekvens av vanliga sjukdomar hos barn och ungdomar. Eftersom vi också har information om biologiskt släktskap mellan olika individer kan vi genomföra analyser där vi studerar samband hos individer som skiljer sig åt vad gäller miljömässig och genetisk risk (jämförelser mellan helsyskon, halvsyskon, helkusiner och halvkusiner). På det viset kan man förstå

mekanismerna om hur olika riskfaktorer är relaterade till olika sjukdomar. Vi kan även identifiera hur medicinering påverkar sjukdom eller sociala faktorer genom att studera effekten på individer under perioder med och utan medicinering. Vi kommer även använda registren för att vidare förfinna våra statistiska metoder.

Nationella SIMSAM nätverket

Målsättningen med SIMSAM är även att öka tillgängligheten och användningen av de unika registren för andra forskargrupper, både inom och utanför Sverige. Vi avser därför att sprida kunskaperna om registerforskning till andra forskare och övriga intressenter genom seminarier, workshops och framtida projekt samt i samarbete med forskarskolan för registerbaserad forskning (SINGS). Nationell koordinators för nätverket är Anna Holmström anna.holmstrom@umu.se Läs gärna mer om projekten på <http://simsam.nu> där det också finns länk till skriften "Svenska register – en unik resurs för hälsa och välfärd".



Anna Rignell-Hydbom, Lund
E-mail: anna.rignell-hydbom@med.lu.se

Anneli Ivarsson, Umeå
E-mail: anneli.ivarsson@epiph.umu.se

Catarina Almqvist Malmros, MEB, Karolinska institutet, Stockholm (se foto i föregående artikel)
E-mail: catarina.almqvist@ki.se



**Du har makten att ge barn en framtid.
Bli månadsgivare redan idag på raaddabarnen.se**

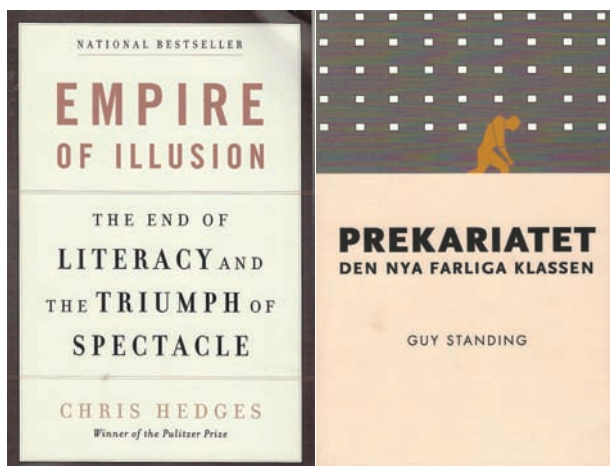


Rädda Barnen

VÅR VERKSAMHET KONTROLLERAS AV SVENSK INSAHLINGSKONTROLL. VÅRT 90-KONTO GARANTERAR ATT DINA PENGAR ANVÄNDS SÅ EFFEKTIVT OCH BRA SOM MÖJLIGT.

Redaktör: Lina Schollin Ask

Konsten att rädda ett kulturellt söndervittrat samhälle



Empire of Illusion – the end of Literacy and the Triumph of Spectacle, av Chris Hedges, 207 sid. Nation Books, New York, NY, 2009 ISBN: 978 1 56858 437 9.

Prekariatet – den nya farliga klassen, av Guy Standing, 272 sid. Bokförlaget Daidalos, Göteborg, 2013 ISBN: 978 91 7173 408 2.

Om man får tro författarna till ovanstående böcker, vilket det nog finns goda skäl att göra, lever vi i en tid som präglas av individualism, konsumism och illusion. Dessa krafter riskerar att erodera det demokratiska samhället grundstruktur vilket kommer att bli påtagligt för det uppväxande släktet. Trots att ekonomiprofessorn Standing och kulturjournalisten Hedges tar avstamp från skilda kulturfilosofiska, om än likartade politiska, läger är deras slutsatser angående vad som väntar det de unga och unga vuxna förvånande samstämmiga men obehagligt pessimistiska.

“Spektakelkultur” istället för traditionell, berikande kultur

Hedges hävdar att när kulturella, sociala och politiska system vittrar uppmuntras befolkningen att ägna sin känslomässiga och intellektuella energi åt passiv konsumtion av olika former av underhållning. Ungdomar är särskilt påverkbara i detta avseende. Istället för personligt engagemang erbjuds man spektakulära evenemang som lockar till identifikation med kända personer, vars meriter ofta bara är att de förekommer i olika medier. Genom att uppslukas av denna illusoriska verklighet förlorar åskådarna de intellek-

tuella och språkliga kompetenser som behövs för att kunna analysera sin vardag och skilja illusion från verklighet.

Denna teknik för att blidka den frustrerade befolkningen i Rom med bröd och skådespel beskrevs redan av Juvenalis på 100-talet. Den upprepades i samband med Berlinolympiaden 1936 och nu senast i Sochi. Samtidigt som skolbibliotek läggs ner, och som i fallet med det nu nedlagda JB-gymnasiet ersätts med läsplattor och, segregationen mellan olika skolor förstärks, bygger vi jättearenor för olika typer av evenemang för skattepengar. Det är detta som Hedges menar är *spektakelkulturen*. Den har ersatt den traditionella, berikande kulturen som, förutom att belastas genom att kräva en personlig investering, alltmer marginaliseras och avfärdas som elitistisk.

Varnar för positiv psykologi

En annan företeelse som Hedges varnar för är det nyvaknade intresset för den positiva psykologin lanserad av Martin Seligman. Han menar att den kommer att medföra att i likhet med människorna i Aldos Huxleys *Brave New World*, kommer nästa generation att gå omkring och upprepa inlärda mantran om hur lycklig man är bara man inte tänker på hur det kunde vara. Standing lägger fokus på de ekonomiska förhållandena. En ny klass är i vardande, *prekariatet*, en neologism som anspelar såväl på en prekär situation som på ett nytt proletariet. Denna grupp människor är tydligt avskild från *eliten* (de omåttligt rika) och *salarariatet* (de med fast anställning och pensionspoäng). Prekariatet består i hög grad av unga och unga vuxna utan fullständig skolgång eller utan fast arbete. I Sverige är ungdomsarbetslösheten 20,2 procent (december 2013, SCB) och de som har anställning har i stor utsträckning korta, osäkra anställningar, många i olika typer av projekt. Men i prekariatet finns även många som av olika skäl valt att, åtminstone för en tid, ställa sig utanför samhället, genom att resa jorden runt, leva av föräldrars välvilja eller på olika typer av bidrag. Standing pekar på hur lätt det är för unga att hamna i vad han kallar en prekariatsfälla.

Drivna av konsumismens dramaturgi, men utan tillräckliga kontanta medel lockas man till konsumtion med hjälp av snabba SMS-lån med skyhögt ränta. Standing benämner prekariatet som den nya farliga klassen. Med det avser han att den i hög grad saknar kollektiv stolthet, värdighet och

identitet. Den karakteriseras istället av utanförskap, ilska och avsaknad av ickeilludoriska positiva förebilder. Därför blir prekariatet lätt lockat att infoga sig i kriminella eller extremistiska politiska grupper. Till följd av dess globala karaktär kan vi se effekten av detta såväl i Sverige som i Grekland och Ungern.

Författarna ökar förståelsen för fallgroparna i vår samtid

Båda böckerna speglar i huvudsak anglosachsiska förhållanden, men är fullt överförbara på svenska. I USA uppskattas till exempel två miljoner ungdomar gå ut skolan varje år utan att vara läskunniga. Har vårt utbildningssystem lyckats bättre i detta avseende? Vad som inte talar för det är att i PISA-undersökningen från 2012 rankades svenska elever läsförståelse på plats 27 av de 34 OECD-länderna som ingick i undersökningen.

Har då författarna några förslag på hur man kan bekämpa den pessimistiska framtiden de målar upp? Hedges förespråkar ett utbildningssystem som inte har formen av handelsvara utan prioriterar ordning och reda, kunskap och träning i analytiskt reflekterande. Han varnar för ungdomars tilltagande separation från det tryckta ordet och överflödet av elektroniska budskap som erbjuder omedel-

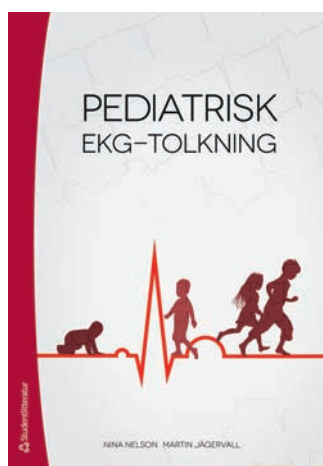
bar behovstillfredsställelse i stället för reflektion. Standing menar att en stor del arbete utförs utan ersättning, framför allt av kvinnor, och menar att arbete inte ska ses som det samma som lönearbete. Han är en av grundarna för nätverket Basic Income Earth Network (BIEN) som förespråkar en fast medborgarlön i stället för olika typer av behovsprövade bidrag.

Båda böckerna kan läsas som en källa för förståelse hur sjunkande skolresultat, ungdomars tilltagande psykiska ohälsa och socioekonomiska frustration kan vara symtom på en mer djupgående kulturell kris med sina rötter i ett samhälles tilltagande kommodifiering.



Carl Lindgren, barnläkare
(tidigare kulturredaktör för
Barnläkaren)
E-mail: carl.lindgren@sll.se

Pediatrik EKG-tolkning



Pediatrik EKG-tolkning,
av Nina Nelson & Martin
Jägervall, (häftad, 163
sidor) Studentlitteratur
AB, 2013
ISBN: 9789144082578

Äntligen! En genomtänkt och pedagogisk bok om tolkning av barnets EKG i olika åldrar.

Alla blivande barnläkare och många specialister träffar otaliga patienter där EKG behöver tas och bedömas eller får ett redan taget EKG i handen för tolkning. Det finns många tjocka, fina böcker i barnkardiologi, men vi har

verkligen saknat en bra svensk pediatrik EKG-bok. Glädjande nog är den äntligen här! Nina Nelson och Martin Jägervall har lyckats skapa en genomtänkt och pedagogisk bok som tydligt går igenom hur vi metodiskt och säkert ska bedöma EKG hos barn och ungdomar.

I förordet säger författarna att vissa elektrofysiologiska och anatomiska baskunskaper förutsätts för att begränsa bokens omfång. Betoning är här på "bas", det behövs inga djupa förkunskaper för att tillgodogöra sig den här boken.

Principer för EKG-registrering med bra och tydliga bilder

Man börjar med att kort repetera barnets hemodynamik och den fetala cirkulationen. Kapitel två redogör sedan för olika undersökningsmetoder som kan användas för att undersöka hjärtat. Där hittar man också tabeller med normalvärden för blodtryck för barn i olika åldrar (vilket dock förutsätter att du har tillgång till en tillväxtkurva). I kapitel tre återfinns principer för EKG-registrering med bra och tydliga bilder över den elektriska axeln och EKG-elektrodernas placering.

Kapitel fyra och fem går igenom varje del av EKG:t med bra tabeller för normalvärden och vad som kan orsaka avvikande fynd, samt barnets normala EKG-utveckling med tydliga exempel på normala EKG:n i olika åldrar. Dessa två kapitel tillsammans är bara 55 sidor, inklusive många bilder, men är otroligt bra. Har man inte tid eller lust att läsa hela boken och vill lära sig att bedöma om ett EKG är normalt och skilja ut ett patologiskt EKG, snarare än exakt diagnostik vid olika tillstånd, så ska man välja att läsa dessa kapitel.

Rekommenderas i fördjupning om EKG-tolkning hos barn.

De fyra sista kapitlen i boken handlar om patologi. Först arytmier och retledningshinder med bra och tydliga EKG-exempel, följt av EKG vid hypertrofi och belastning. Efter detta tar författarna upp hur EKG kan se ut vid de vanligaste hjärtmissbildningarna, såsom t ex septumdefekter, persisterande duktus, stenositier, Fallot och transposition. Inflammatoriska tillstånd, kardiomyopier, ischemi, elektrolytrubbningar och läkemedelseffekter behandlas i sista kapitlet. Alla EKG i boken är av god kvalitet och tydliga. Även de röntgenbilder man tagit med är väldigt fina för att vara i tryck. Den inlagda EKG-linjalen på slutet ger en rolig avslutning och man har på den också lagt in flera normalvärden som kan underlätta tolkarens vardag. I appendix kommer en bra sammanfattning för den som

snabbt vill ha ett tolkningsschema då man ska granska ett EKG.

Längst bak finns ett register, så att man lätt kan hitta och slå upp just det man är intresserad av. Vi rekommenderar varmt denna bok till alla som vill fördjupa sin kunskap om EKG-tolkning hos barn och tycker definitivt att boken har sin plats på alla pediatrika kliniker/mottagningar i både slutenvård och öppenvård.



*Annika Tidell, barnläkare, Sachsska barn- och ungdomssjukhuset
E-mail: helena.ljungback@sodersjukhuset.se*

*Helena Ljungbäck, ST-läkare i pediatrik,
Sachsska barn- och ungdomssjukhuset
E-mail: Annika.tidell@sodersjukhuset.se*

Vardagspediatrik för primärvården



*Vardagspediatrik för primärvården, av Tor Lindberg, 240 sid, Studentlitteratur AB, 2013
ISBN:9789144092683*

Tor Lindberg har tagit sig an att beskriva och klargöra en mängd sjukdomar och tillstånd som är vanligt förekommande i all barnsjukvård, och inte minst inom primärvården.

Det första kapitlet ger en överblick över vanligt förekommande akuta tillstånd, men är också praktiskt användbar i behandlingssituationen. Kapitel 2-4 är allmänna genomgångar av tillväxt och utveckling, en bra uppdatering efter studietidens pediatrikkurs. En särskild text ägnas åt nyanlända barn, vilket är utmärkt, och det poängteras också att dessa barn har rätt till samma sjukvård och omsorg som andra barn som bor i vårt land. I Kapitel 5 utgår Lindberg från vanliga symtom såsom hosta, huvudvärk, magvärk, skrikighet mm. Här ges en bred exposé över många av de symtom och frågeställningar som ofta förekommer inom primärvård, men även barnsjukvård och i viss också barnhälsovård.

Användbara aktuella beskrivningar

Den som har att ta ställning till ett symtom finner här vägledning och även sidhänvisning till mer traditionella sjukdomskapitlen 6-13. I dessa kapitel beskrivs de väsentligaste och mest förekommande sjukdomarna hos barn och ungdomar.

Hjärt-lungräddning och A-HLR-råd finns på insidan av bokens pärmar, vilket är utmärkt och lättillgängligt.

Beskrivningarna och råden i boken är användbara och i allt väsentligt uppdaterade. Under anafylaxi finns sedan bokens tryckts vissa mindre skillnader gentemot nyligen av Svensk förening för allergologi (SFFA) framtagna råd (anafylaxigrader, samt adrenalininjektioner och doser till barn under 10 kg, se Rikshandboken), och likadant hur man tar ställning till behandling och testning vid halsfluss, enligt de s k Centorkriterierna.

Baserat på klinisk erfarenhet

Det märks att den som skrivit boken har en bred och mångårig erfarenhet av pediatrik vardagsmedicin och att frågeställningar. Ett utmärkt kondensat av användbar och generaliserbar kunskap. Symtombeskrivningar och behandlingar bygger på klinisk erfarenhet och liknande råd som även finns att inhämta på 1177.se samt den utmärkta

Rikshandboken. Dessa alster är också till betydande del är influerade av Tor Lindberg.

Vardagspediatrik för primärvården kan rekommenderas till landets hälso- och vårdcentraler, men kan också ha en plats på barnklinikernas akutmottagningar, inte minst för blivande ST-läkare i allmänmedicin, samt för sköterskor vid exempelvis telefonrådgivning.



Thomas Lundberg, specialist i allmänmedicin och pediatrik
E-mail: thomas.lundberg@lvn.se

Välspelat och medryckande drama på tröskeln till vuxenvärlden

*Don Giovanni av Jens Ohlin och Hannes Meida. Unga Dramaten, Elverket, Stockholm.
Rekommenderad ålder: från 10 år. Premiär 7/3, 2014.*



F v Nanna Blondell, Maia Hansson Bergqvist, Hannes Meida, Hamadi Khemiri (Don Giovanni), (bakom) Thérèse Brunnander. Regi Jens Ohlin

Foto: Dramaten

Att fem skådespelare i ett fingerknäpp lyckas få med sig hela publiken är inte enbart skådespelarteknik och känsla för vad bra teater handlar om. Lika stor roll har musiken i ett omsorgsfullt val av tidpunkter. Den fångar, lyfter och knyter samman. Dramatisk opera varvat med poppig ös tar oss långt bortom sega monologer och tappade trådar.

Fröken Stenberg har fyra klassiska karakterer att hålla ordning på. Vi möter den blyga, den extroverta, "intressenörden" och förstås charmören Don Giovanni. Var och en kämpar för sin existens på sitt alldeles egna sätt. Med dessa personligheter intvingade i en och samma klass kan vad som helst hända. Och det gör det.

För att klara av hur han själv fungerar, är Giovanni totalt beroende av sin följeslagare operafantasten "Läppen" (Hannes Meida). Handlingen förs framåt genom hans brådmodna insikter kring vad som händer på

scen. Givetvis med stöd av operans dånande *Don Giovanni*. Samtliga på scenen, även den medryckande fröken Stenberg, som klippt ur en highschoolfilm med “neverending smile”, brottas med livets kompromisslöshet och sig själva.

Det korta avståndet mellan publik och scen ger en upplevelse av närvaro. Vi är “med” på scenen. Den yngre av oss, 10 år gammal, tycker att det är riktigt bra teater på en så liten scen. Han upplever dock att det är lite svårt att helt förstå alla skämt - och menar att de är mer riktade till en tonårspublik. Förövrigt är det lite obehagligt att sitta nära “Läppen”, hans hängivna inlevelse i rollkaraktern, orsakar salivstänk över publiken på första raden.

Handlingen var dock helt uppenbar och även som fjärdeklassare kunde han känna igen miljön och människorna. Även om det hela utspelade sig i årskurs 6-7. Dock anser han att fröken Stenbergs övertydliga och högljudda svarta tavlanskisser om blommor och bin kan

strykas ur manus“, då det blir alltför pinsamt för de yngre i publiken.

En kortfattad gemensam uppfattning om denna uppsättning är genialiskt skådespeleri, medryckande handling och bra rytmisk musik. En upplevelse som ger en fin grogrund för intressant diskussion mellan förälder och barn när ridån gått ner.



Oscar Karnros, Margareta
Munkert Karnros
E-mail: info@barnlakaren.se

Barnet i konsten: Glimtar från Liljevalchs 2014



“Arvet III” av Sanne Sihm f 1954 (olja, kol)



“Häng” av Ebba Grahn, f 1995 (gips, pärlor)

BLF-medlemmar kan via Acta Paediatricas App få tillgång till fulltextartiklar

www.blf.net /För medlemmar/Acta Paediatrica journal/Användarnamn: *medlem* /Lösenord: *swepedsoc*

Ladda ner gratis app till din iPad/iPhone för Acta Paediatrica



Acta Paediatrica
iPad/iPhone
app now available!

FREE DOWNLOAD

Klicka på bilden/länken och följ instruktionerna
Accesskoden som du ska ange är: **APAapp**

Acta Paediatrica nås via BLF.net med medlems ordinarie login och lösenord. Där kan man ladda ner appen. Samtidigt ges info om accesskoden: **APAapp**.

Skriv till:

Barnläkaren Debatt

Barnläkarens debattsida är till för dig som vill uttrycka dina åsikter; info@barnlakaren.se.

Längd: max 500 ord, 5 referenser.



SOS BARNBYAR SVERIGE

Alla barn behöver få känna trygghet, kärlek och bekräftelse. De behöver någon som leker, lyssnar och tröstar. Någon som alltid finns där. Barn behöver en familj.

För endast 100 kr i månaden kan du ge utsatta barn allt det, utöver det mest grundläggande som mat och vatten.

Hjälp oss att finnas där vi behövs. **Bli fadder på www.sos-barnbyar.se**

KALENDARIVM

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

MAJ

21-24/5 12th European Conference of Pediatric and Neonatal Ventilation, Montreaux
Info: www.blf.net

JUNI

9-12/6 47th Annual Meeting of the European Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition, Jerusalem, Israel
Info: www.espgan2014.org

11-14/6 37th ECFS (European Cystic Fibrosis Society) Conference, Göteborg
Info: www.ecfs.eu/gothenburg2014

26-29/6 13th International Congress on Pediatric Pulmonology (CIPP XIII), Bruges, Belgien
Info: www.issfal.org/2014/lipid-update-seminar

28/6 Lipid Update Seminar, Stockholm.

Info och reg: www.issfal.org/2014/lipid-update-seminar

28/6-2/7 11th Biennial Meeting of the International Society for the Study of Fatty Acid and Lipids (ISSFAL), Stockholm.

Info: www.issfal2014.org

SEPTEMBER

18-20/9 ESPN Annual Scientific Meeting - Barnnefrologikongress i Porto, Portugal
Info: www.blf.net/nefrplog.calendar.php

DECEMBER

4-5/12 Medicinska riksstämman, Stockholm ([www.http://www.sls.se/riksstamman](http://www.sls.se/riksstamman))

Info: www.sls.se/riksstamman/

Nästa nummer...

Nästa nummer har temat **Pulmonologi/Astma** och utkommer den **24 juli**. Det kommer dock att finnas tillgängligt på Barnläkarens hemsida www.barnlakaren.se tidigare.

Varmt välkomna att medverka i tidningen. Glöm inte att skicka med ett högupplöst porträttfoto av er själva och att skriva under med namn, titel och arbetsplats och e-mail (Anders Andersson, barnläkare, barnkliniken, Malmö lasarett, anders.andersson@hotmail.com). Max 5 referenser/artikel.

Tipsa gärna om nyheter: info@barnlakaren.se



STÖD UTSATTA BARN OCH UNGA I SVERIGE!

bris.se/gava eller pg 901504-1.

Sms:a "bris100" till 72909 och skänk 100 kr.

BRIS
BARNENS RÄTT I SAMHÄLLET

Humira (adalimumab) är godkänt för behandling av svår, aktiv Crohns sjukdom hos barn från 6 års ålder.



Före



Efter ▶ ▶ ▶



HUMIRA[®]
adalimumab

Humira är indicerat för behandling av svår, aktiv Crohns sjukdom hos pediatriska patienter (från 6 års ålder) som inte har svarat på konventionell terapi inklusive primär nutritionsterapi, en kortikosteroid och en immunomodulerare eller som är intoleranta mot eller har kontraindikationer mot sådan behandling.

HUMIRA[®], (adalimumab), Rx, F, L04AB04 (TNF-alfa-hämmare), SPC 2014-03-20. Indikationsområden: Måttlig till svår (inkl. svår progredierande), aktiv reumatoid artrit hos vuxna som har svarat otillräckligt på sjukdomsmodifierande antireumatiska läkemedel (DMARDs). Aktiv polyartikulär juvenil idiopatisk artrit hos barn och ungdomar, från 2 års ålder, som har svarat otillräckligt på en eller flera sjukdomsmodifierande antireumatiska läkemedel (DMARDs). Svår, aktiv ankyloserande spondylit (AS) hos vuxna som inte svarat tillfredsställande på konventionell behandling. Behandling av vuxna med allvarlig axial spondylartrit utan radiografiska tecken på AS men med tydliga tecken på inflammation via förhöjt CRP och/eller MR, som inte har svarat tillräckligt på icke-steroid antiinflammatoriska läkemedel. Aktiv och progredierande psoriasisartrit hos vuxna när andra sjukdomsmodifierande anti-reumatiska läkemedel inte haft tillräcklig effekt. Måttlig till svår kronisk plackpsoriasis hos vuxna patienter som inte har svarat på eller som har en kontraindikation till eller som är intoleranta mot andra systembehandlingar. Måttlig till svår, aktiv Crohns sjukdom hos patienter som inte svarat trots fullständig och adekvat konventionell behandling. Svår, aktiv Crohns sjukdom hos pediatriska patienter, från 6 års ålder, som inte har svarat på konventionell terapi inklusive primär nutritionsterapi, en kortikosteroid och en immunomodulerare. Måttlig till svår, aktiv ulcerös kolit hos vuxna patienter som svarat otillfredsställande på konventionell behandling. **HUMIRA[®] finns som injektionsvätska, lösning, förfylld injektionspenna/spruta, 40 mg. För fullständig information om indikationer, kontraindikationer, försiktighet, biverkningar, pris och dosering, se Fass.se.**

Annonsera i Barnläkaren

Bokning: info@barnlakaren.se

Teman:

1. Barnkirurgi
2. Sinnesorganen
3. Gastroenterologi
4. Centr nervsystemet
5. Pulmonologi
6. Immunologi/Allergi

Materialdag/Utgivn:

- 17 dec/23 jan
- 17 feb/24 mars
- 16 april/23 maj
- 19 jun/24 juli
- 19 aug/23 sept
- 20 okt/24 nov

www.barnlakaren.se



Barns fantasi fungerar inte sämre för att kroppen gör det.

MinStoraDag hjälper svårt sjuka barn
att förverkliga sina önskedrömmar.



Stiftelsen
MIN STORA DAG
www.minstoradag.org



MinStoraDag har ett 90-konto och granskas därför
ärligen av Stiftelsen för Insamlingskontroll. Stöd
oss på PlusGiro: 900513-3 eller Bankgiro: 900-5133.



VAD ÄR **OKEJ?**

**Rädda Barnens Föräldraremej
och Föräldraretelefon – ditt
bollplank för föräldralivets
svåra frågor.**

Föräldraremej: foraldrar@rb.se Föräldraretelefon: **020-786 786**

Att vara förälder är en utmaning, men sitt inte ensam med din oro! Alla är välkomna att höra av sig, både om små och stora problem. Vi som svarar är själva föräldrar utbildade av Rädda Barnen och vi har gott om livserfarenhet att dela med oss av. Så mejla eller ring! Föräldraretelefonen är öppen måndag–fredag kl 18.00–21.00 och lördagar kl 13.00–16.00. Samtalen är anonyma och kostar bara en samtalsmarkering.

Vår verksamhet kontrolleras av Svensk Insamlingskontroll. Vårt 90-konto garanterar att dina pengar används så effektivt och bra som möjligt.

Semper.

NUTRITION

FORSKNING & UTVECKLING I SAMRÅD MED BARNLÄKARE

MED OMSORG OM BÅDE NÄRINGSBEHOV OCH SMAK

Semper Profylac® – hypoallergent livsmedel för kostbehandling av komjölkproteinallergi.

På Semper har vi lång erfarenhet av livsmedel för barn med olika födoämnesrelaterade intoleranser och allergier. Vår första komjölkfria modersmjölksersättning lanserades redan på 1970-talet. Nu har Semper Profylac® fått ett uppdaterat innehåll med DHA. Det breda användningsområdet och den milda smaken är dock desamma som tidigare.

*Semper stödjer WHO-koden om att
bröstmjolk är den bästa maten för
spädbarnet. Semper Profylac är ett
livsmedel för speciella medicinska
ändamål och används på inrådan av
läkare eller dietist.*

Semper Profylac®

- Ett näringsmässigt komplett och dokumenterat hypoallergent livsmedel som kan användas som modersmjölksersättning från födseln till:
 - barn med komjölkprotein och/eller sojaproteinallergi
 - barn med laktosintolerans
 - barn med särskild risk att utveckla allergi
- Framställt av höggradigt extensivt hydrolyserat vassleprotein (eHF) och berikat med vitaminer och mineraler. Innehåller DHA och ARA.
- Fungerar även utmärkt som dryck, samt som mjölkersättning och berikning i matlagning och bakning för barn över 6 månaders ålder.
- Kan köpas på apotek och förskrivs på Läkemedelsanvisning, L-märkt.



Hidrased (racekadotril) - kontrollerar akut diarré

Nytt
läkemedel!



- Snabb återhämtning¹⁾
- Färre sjuk- och VAB-dagar för barn och föräldrar²⁾
- Kortare och färre sjukvårdsbesök³⁾

Hidrased (racekadotril) 10 mg och 30 mg granulat till oral suspension. Indikation: Kompletterande symtomatisk behandling av akut diarré hos barn och spädbarn (>3 månader), tillsammans med vätskesättning och vanliga stödåtgärder, när dessa åtgärder är otillräckliga och casual behandling inte är möjlig. Kompletterande behandling där casual behandling är möjlig. ATC-kod: A07XA04. **Kontraindikation:** Innehåller sackaros; bör inte användas av patienter med fruktosintolerans, glukosgalaktosmalabsorption eller sukras-isomaltas-brist. **Varningar och försiktighet:** Hidrased påverkar inte standardbehandlingen med rehydrering. Det är viktigt att barnet dricker mycket vätska. Vid allvarlig eller långvarig diarré med kräkningar eller brist på aptit, bör intravenös rehydrering övervägas. Blodig eller purulent avföring och feber kan tyda på närvaro av invasiva bakterier som orsak till diarré eller förekomst av andra allvarliga sjukdomar. Racekadotril bör inte ges vid antibiotikaassocierad diarré. Patienter med diabetes; varje dospåse innehåller 0,966 g sackaros (Hidrased 10 mg) respektive 2,899 g sackaros (Hidrased 30 mg). Om mängden sackaros i den dagliga dosen av Hidrased överstiger 5 g per dag, bör denna beaktas i den dagliga sockerransonen. Hidrased får inte ges till spädbarn yngre än 3 månader, till barn med nedsatt njur- eller leverfunktion eller vid långvariga eller okontrollerade kräkningar. **Recept- och förmånsstatus:** Receptbelagd. Begränsningar; Subventioneras endast till spädbarn och barn där behandling med enbart vätskesättning och vanliga stödåtgärder är otillräckliga. **Förpackningar och priser:** Granulat till oral suspension 10 mg, 16 dospåsar: 146 kr. Granulat till oral suspension 30 mg, 16 dospåsar: 146 kr (2014-04-01). **För ytterligare information:** se www.fass.se. **Senast godkända SPC:** 2013-10-04.

Referenser:

- 1) Produktresumé Hidrased 2013-10-04.
- 2) P. Leheret et al. Digestive and Liver Disease. 2011;43:707-713.
- 3) B. Cojocaru et al. Arch. Pediatr. 2002;8:774-779.

NORDIC
DRUGS

Box 300 35 - 200 61 Limhamn
Tel. 040-36 66 00 - Fax 040-36 66 01
www.nordicdrugs.se

S1429-1405