BKN_110_2_cover.qxd:Barnl\204karen_12.QXD 3/16/10 6:01 PM Page 1

Barnläkaren NR.2/2010

Tema | Allergi/Astma

Filaggrin – nyckelsubstans vid eksem
Allergenfri luft minskar astma
Debatt: "Amning minskar inte risken för astma eller allergi"

SVENSKA BARNLÄKARFÖRENINGEN
SWEDISH PAEDIATRIC SOCIETY

IFC-Synflorix_Barnla?karen_nr6.qxd:Layout 1 3/16/10 7:58 PM Page 1

Synflorix® Rx, EF. J07AL52. Indikation: Aktiv immunisering av spädbarn och barn från 6 veckor till 2 års ålder mot invasiv sjukdom och akut otitis media orsakade av Streptococcus pneumoniae. Synflorix injektionsvätska, suspension i förfylld spruta 1 dos (0,5 ml). Polysackaridvaccin mot pneumokockinfektioner, konjugerat, adsorberat. För fullständig information om varningsföreskrifter och begränsningar se www.fass.se. Datum för översyn av produktresumén 2009-03-30.

Referenser: 1. Produktresumé Synflorix®, www.fass.se. **2.** Wysocki J, Galaj A, Omeñaca F et al. Data presented at ISSPD 2008. **3.** Zissis N, et al. Eur J Pediatr (2004) 163: 364-368. **4.** GSP Summary Report for SAGE meeting, November 6-8, 2007. **5.** Prymula R, Peeters P, Chrobok V, et al. Lancet 2006; 367:740-4. **6.** Forsgren A et al. Protein D of Haemophilus influenzae: A Protective Nontypeable H. influenzae Antigen and a Carrier for Pneumococcal Conjugate Vaccines. Clin Infect Dis 2008; 46: 726–31.

BKN_contents_110_2.qxd:Layout 1 3/16/10 6:03 PM Page 1

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

Ansvarig utgivare
Margareta Blennow
margareta.blennow@sodersjukhuset.se

Chefredaktör/Annonskontakt
Margareta Munkert Karnros
margareta.munkert@actapaediatrica.se

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

Kulturredaktör
Carl Lindgren
carl.lindgren@actapaediatrica.se

Manuskript insändes per mail till:
Margareta Munkert Karnros
margareta.munkert@actapaediatrica.se

Bokrecensioner insändes per mail till:
Carl Lindgren
carl.lindgren@actapaediatrica.se

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

Förlag
Barnläkaren is published by Blackwell Publishing Ltd

9600 Garsington Road
Oxford OX4 2DQ, UK
Tel: +44 1865 776868
Fax: +44 1865 714591
mvi@wiley.com

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

Tryck
COS Printers Pte Ltd, Singapore

Redaktionsråd
Erik Borgström
Hugo Lagercrantz
Carl Lindgren
Måna Wallensteen
Göran Wennergren

Omslagsbilder:
City Akuten, Stockholm
Fotograf Rosie Alm
Robert Matton AB

ISSN 1651–0534

Innehåll

LEDARE 2

REDAKTÖRENS RUTA 3

BARNMEDICIN
Den brittiska barnläkarföreningen avgör karriären *Kjell Tullus* 4
Kunskapscentrum för infektioner under graviditet har fyllt 10 år *Lars Naver* 6

TEMA: ALLERGI/ASTMA
Har ökningen av astma och allergi planat ut? *Lennart Bråbäck* 8
Minskar tidig förskola risken för astma och allergi? *Johan Alm* 10
Diagnostik med IgE mot allergena komponenter *Caroline Nilsson/Magnus Wickman* 11
Inflammationsmätning med NO - har det hållit vad det lovade? *Lennart Nordvall* 13
Nya behandlingsmetoder vid allergi och astma *Gunilla Hedlin* 14
Allergenfri luft minskar astma *Christophe Pedroletti* 16
Anafylaxiprojektet har äntligen gått i mål *Jan Svedmyr m fl* 17
Nya riktlinjer för behandling av astma *Bill Hesselmar* 18
Följsamheten hos barn med astma kan förbättras *Carl-Axel Hederos* 19
Filaggrin - nyckelsubstans vid eksem *Carl-Fredrik Wahlgren* 20

SVAR DIREKT
I vissa studier har paracetamol associerats med högre risk för astma – Hur har detta påverkat dina råd till föräldrar? 22

EXTRA: RIKSSTÄMMAN
Riksstämman 25–27 november 2009 *Göran Wennergren* 24

INTERVJUN
SVT/Dokumentärredaktionens chef, Ingemar Persson: "Givetvis är det svårt att veta hur barnen drabbas" 26

DEBATT
"Stress ett stressigt ord" *Bengt Lagerkvist* 28
Amning minskar inte risken för astma eller allergi *Bengt Björkstén* 29

AVHANDLINGEN
Kan allergisk sjukdom under spädbarnsåren förebyggas med *Lactobacillus reuteri? Thomas Abrahamsson* 30

KULTUR
Rebecka Lagercrantz – barnläkare och konstnär med familjen i fokus *Carl Lindgren* 32

KALENDARIUM 34

FM-1_110_2_Schering_Aerius_FPC.qxd:Layout 1 3/16/10 7:31 PM Page 1

AERIUS®
desloratadin

För krävande morgnar med effekt hela dygnet

ALLERGISK RINIT

- **Effekt** på **allergisk nästäppa** redan efter första dosen[1]

URTIKARIA

- **Effekt** på **klåda** redan efter första dosen[2]

Med effekt hela dygnet utan att sedera* – Från 1 års ålder

Finns som tabletter, oral lösning och munsönderfallande tabletter

AERIUS ger lägst kostnad / dag för oral lösning

Priser för ett urval av barnberedningar[3]

AERIUS®	1–5 år, oral lösning 0,5mg/ml	2,5 ml, 1 gång dagligen	**2,16 kr** / dag
	6–11 år, oral lösning 0,5mg/ml	5 ml, 1 gång dagligen	**4,30 kr** / dag
Tavegyl® (klemastin)	1–3 år, 10–20 ml oral lösning		3,40 – 6,80 kr / dag
	3–6 år, 20 ml oral lösning		6,80 kr / dag
Zyrlex® (cetirizin)	2–12 år <30 kg, 5 ml oral lösning		3,36 kr / dag
	2–12 år >30 kg, 10 ml oral lösning		6,72 kr / dag

1. Bonini S. et al. Desloratadine: A new approach in the treatment of allergy as a systemic disease – pharmacological and clinical overview. Allergy suppl 1.65, vol 56 2001.
2. Ortonne JP. et al. Efficacy and safety of desloratadine in adults with chronic idiopathic urticaria. Am J Clin Der. 2007;8:37-42. 3. Produktresuméer på fass.se

AERIUS®
desloratadin
FÖR EN AKTIV DAG

Aerius är ett icke-sederande antihistamin. **Indikationer** lindring av symtom i samband med allergisk rinit och urtikaria, hos barn från 1 års ålder och vuxna. **Dosering** 1–5 år 2,5 ml (1,25 mg) oral lösning en gång per dag, 6–11 år 5 ml (2,5 mg) oral lösning alt munsönderfallande tablett 2,5 mg en gång per dag, 12 år och äldre 5 mg tablett/munsönderfallande tablett alt 10 ml oral lösning en gång per dag. **Förpackningar och priser** se produktresumén på www.fass.se. Aerius är receptbelagt och ingår i förmånssystemet. Produktresumén uppdaterad 2008-03-31.

Schering-Plough – en del av MSD, Box 6185, 102 33 Stockholm, Tel 08-522 21 500, Fax 08-522 21 501, www.schering-plough.se, www.aerius.se, www.fass.se

FM-2_110_2.qxd:Layout 1 3/17/10 9:29 AM Page 1

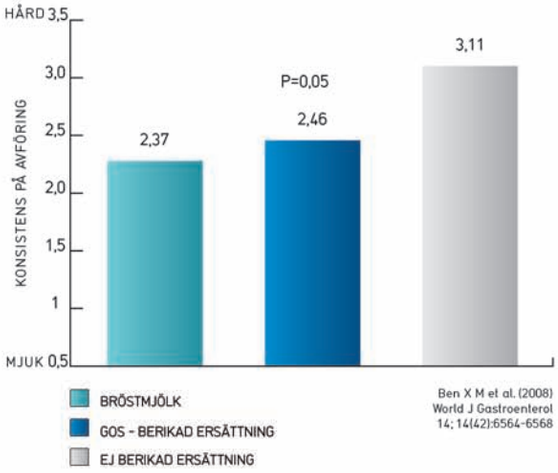
MILJONER MÄNNISKOR HAR MALARIA. VI HAR EFFEKTIV BEHANDLING. HAR DU 50 KR?

Läkare Utan Gränser finns på plats runt om i världen för att hjälpa människor som drabbats av kriser, krig eller andra katastrofer. Varje minut dör två barn av malaria, bara i Afrika. Trots att malaria-behandling för ett barn bara kostar fem kronor. Sms:a LÄKARE till 72990 för att skänka 50 kronor, lämna ett bidrag på www.lakareutangranser.se eller via plusgiro 900603-2 så gör du en insats där nöden är som störst.

MEDECINS SANS FRONTIERES
LÄKARE UTAN GRÄNSER

BabySemp berikad med Prebiotika/GOS för bättre gastrointestinal funktion

GOS berikad modersmjölksersättning mjukgör faeces



Ben X M et al. (2008) World J Gastroenterol 14; 14(42):6564-6568

Referenser

Ben XM et al. (2008) Low level of galacto-oligosaccharide in infant formula stimulates growth of intestinal Bifidobacteria and Lactobacilli. World J Gastroenterol. 14 (42) 6564-6568.

Fanaro S et. al. (2008) Galacto-oligosaccharides are bifidogenic and safe at weaning: A double-blind randomized multicenter study. J Pediatr Gastroenterol Nutr. 48, 82-88.

Semper
NUTRITION
FORSKNING & UTVECKLING I SAMRÅD MED BARNLÄKARE
Konsumentkontakt 020-62 20 00. www.semper.se

FM-3_110_2.qxd:Layout 1 3/16/10 8:34 PM Page 1

estelle & thild

ECO CERT ORGANIC COSMETIC

EKOLOGISKT CERTIFIERAD KROPPSVÅRD FÖR BARN

Idag är de flesta medvetna om matens innehåll, men få tänker på alla de ämnen som tas upp av kroppen via huden.

Våra certifierade kroppsvårdsprodukter innehåller naturliga och ekologiskt odlade råvaror. Serien är utvecklad i samråd med toxikolog och dermatolog för att passa baby och barns ömtåliga hud.

- Parfymfria
- Allergitestade
- Ekologiskt certifierade av ECOCERT
- Fria från bl.a parabener, mineraloljor, SLS, silikon och färgämnen.

FÖR MER INFORMATION BESÖK WWW.ESTELLETHILD.SE. Produkterna finns i KICKS butiker samt utvalda barnbutiker i följande städer: Alingsås, Arlöv, Bålsta, Boden, Borås, Borgholm, Borlänge, Bromma, Charlottenberg, Djursholm, Eskilstuna, Falkenberg, Falun, Göteborg, Gävle, Gustavsberg, Halmstad, Helsingborg, Hudiksvall, Hyllinge, Jönköping, Järfälla, Köping, Kållered, Kalmar, Karlskoga, Karlskrona, Karlstad, Kiruna, Kristianstad, Kungsbacka, Lödderköpinge, Lidingö, Lidköping, Linköping, Lund, Malmö, Norrköping, Partille, Piteå, Ramlösa, Sala, Saltsjö-Boo, Sandviken, Sickla, Skövde, Skellefteå, Stenungsund, Stockholm, Stocksund, Strömstad, Sundsvall, Töckfors, Trollhättan, Uddevalla, Umeå, Upplands Väsby, Uppsala, Väla, Västa Frölunda, Västerås, Växjö, Valbo, Varberg, Viken, Visby, Åre, Öland, Örebro, Örnsköldsvik och Östersund.

Barnmottagning i Malmö överlåtes

Väletablerad barn- och ungdomsmedicinsk mottagning, i Slottsstadens Läkarhus, överlåtes i samband med pensionering. Mottagningen är välrenommerad och har ett stort patientunderlag. Verksamheten bedrivs enligt lagen om läkarvårdsersättning. Annons med diarienr RS1000228 finns på www.skane.se/koncern-inkop och www.allego.se.

Intresserad? Kontakta dr Mette Veje, mette.veje@telia.com eller 0706-07 70 35 eller Karin Lagerstedt, Praktikertjänst Hälso- och sjukvård, karin.lagerstedt@ptj.se, 08-789 39 89.

PRAKTIKERTJÄNST HÄLSO- OCH SJUKVÅRD
www.praktikertjanst.se

Kallelse

Svenska Barnläkarföreningens årsmöte 2010

Torsdagen den 22 april 2010, kl 08.30 – 10.00

Hammarskjöldsalen

Elmia kongress och konserthus,

Jönköping

För mer information

vg se BLF's hemsida

www.blf.net

FM-6_110_2-Nestle_ Althera0908_FPC_Advert.qxd:Layout 1 3/16/10 7:48 PM Page 1

Nyhet för komjölksallergiska barn!

Althéra® – ett säkert hydrolysat som smakar gott!

Nestlé Nutrition

Enhancing the quality of life

Nestlé HealthCare Nutrition
Kundservice: 020-78 00 20
www.nestlenutrition.se

Nestlé HealthCare Nutrition stöder WHOs kod om att bröstmjölk är barnets bästa föda

* jämfört med andra kompletta specialnäringar för barn med komjölksproteinallergi.

Bredast täckning av alla konjugerade pneumokockvacciner[1].

NU Prevenar 13™

polysackaridvaccin mot pneumokockinfektioner, konjugerat, adsorberat, 13-valent

Kan förhindra upp till 95 % av alla fall av allvarlig pneumokocksjukdom hos barn under 2 år[1].

Nu finns Prevenar 13 tillgängligt och kan administreras enligt det svenska barnvaccinationsprogrammet (2+1)[2]. Prevenar 13 är en vidareutveckling av Prevenar och täcker ytterligare sex serotyper av Streptococcus pneumoniae – 1, 3, 5, 6A, 7F och 19A. Serotyp 19A är på väg att bli en vanlig orsak till allvarliga pneumokockinfektioner och utvecklar en allt ökande resistens mot antibiotika[3, 4].

Prevenar 13 erbjuder idag den bredaste täckningen av alla konjugerade pneumokockvacciner, vilket i praktiken innebär att du med Prevenar 13 kan förhindra upp till 95 % av alla fall av invasiv pneumokockinfektion hos barn under 2 år[1].

Prevenar 13, Rx, EF, J07AL02, SPC 2009-12-09. Polysackaridvaccin mot pneumokockinfektioner, konjugerat, adsorberat, 13-valent. Indikation: Aktiv immunisering för förebyggande av invasiv sjukdom, pneumoni och akut otitis media orsakad av Streptococcus pneumoniae hos spädbarn och barn i åldern 6 veckor till 5 år. Injektionsvätska, suspension i förfylld spruta om 0,5 ml. För fullständig information om varningsföreskrifter, begränsningar och dosering, se www.fass.se. För aktuellt pris se www.apoteketfarmaci.se

Referenser: 1. Darenberg J, Henriques Normark B. Vaccine 2009;27S:G27–G32. 2. Fass.se. 3. Hicks LA, Harrison LH, Flannery B, et al; for Active Bacterial Core Surveillance Program of the Emerging Infections Program Network. J Infect Dis 2007;196:1346–54. 4. Dagan R, Givon-Lavi N, Leibovitz E, et al. J Infect Dis 2009;199:776–85.

Wyeth AB, Box 1822, SE-171 24 Solna. Telefon 08-470 32 00. www.prevenar.se

Wyeth AB är nu en del av Pfizer AB, mer information finns på www.pfizer.se

Wyeth

M100210.PRE13.SV

ellermore

BKN_text_110_2.qxd:Layout 1 3/16/10 8:06 PM Page 2

LEDARE

När jag frågar kandidater vid föreläsningar i barnhälsovård hur många som känner till ordet *salutogenes* brukar det vara två-tre av 60. Kandidaterna är på sin näst sista eller sista termin. De har lärt sig mycket om bakgrund till sjukdomar, om symtom och om botemedel, men väldigt lite om hur sjukdomar kan förebyggas. På den frågan brukar de svara bra mat, fysisk aktivitet, ren luft och ibland ärftlighet. Men så gott som aldrig tar någon upp Känsla Av SAMmanhang (KASAM), begreppet som myntades av Aaron Antonovsky. *Salutogenes*, de hälsobringande faktorernas ursprung, sammanfattas som att vi någorlunda begriper oss på verkligheten, har tillräckliga resurser att hantera den samt att vi tycker det är meningsfullt att engagera oss.

Det är ett linjärt samband mellan att finnas med i ett socialt sammanhang och frånvaro av depression har Martin Ingvar, professor på Karolinska Institutet, funnit i sin forskning. Flera *salutogena* faktorer berördes i en seminarieserie om barns välbefinnande på Sachsska Barnsjukhuset 2009. Naturlika förskolegårdar med buskar, träd och gömställen ökar koncentrationsförmågan och fantasilekar. Motoriken förbättras och det blir färre konflikter enligt Patrik Grahn professor på Lantbruksuniversitetet i Alnarp. Sven Bremberg, barnläkare på Folkhälsoinstitutet, sade att "barn mår bra men ungdomar mår dåligt". I OECD ´s mätning om skolbarns hälsovanor är svenska 11- åringar mycket nöjda, ligger nästan högst upp, medan 15-åringarna ligger på nedre halvan. Slutenvård för depressioner och självskadebeteende ökar kraftigt bland flickor 15-19 år. Det är svårt att tro att det bara är diagnosglidning. Vad är det som spelar roll? Eeva Aronen i Finland fann att hälsovårdens rådgivande kontakter i hemmet under de första fem åren gav 40 procents minskning av depressioner när barnen blivit 20-21 år gamla. Staffan Janson, professor i folkhälsovetenskap i Karlstad pekade på att övergrepp i barndomen har starka samband med senare beteendeproblem, kriminalitet och fetma. När föräldrar tillfrågas om de slagit sina barn senaste året svarar 2,3 procent ja. Skolbarnen själva svarar att 13 procent fått stryk och 10 procent har blivit slagna ofta. Vad utmärker barn som trots att de är svårt utsatta klarar sig bra som vuxna? God intellektuell förmåga, lugnt temperament, att be om hjälp tidigt och få hjälp av en enstaka person. Vad kan vi som sjukvårdspersonal göra? Staffan avslutade med: "Ha kunskap för att se, mod och kompetens att ingripa, förmåga att samarbeta över gränser, ha långsiktighet och lyssna på barnen."

Detta är min sista ledare som ordförande i Barnläkarföreningen. Jag vill tacka varmt för allt engagemang och all energi som strömmat mot mig från styrelse och medlemmar. Tala om *salutogenes*. Jag tror att det är viktigt att vi håller ihop i barnläkarskrået och lär känna varandra så att det är lätt att ta kontakt. Barnveckan, Riksstämman och delföreningarnas träffar är bra mötesplatser. Hemsidan och Barnläkaren bidrar som kitt. Mina två år som ordförande har lärt mig mycket. I föreningen finns en villighet att ställa upp och dessutom med glädje. En ny arbetsgrupp för barn som far illa har bildats liksom etik- och barnrättsutskottet. Flera delföreningar har nya vårdprogram och riktlinjer på sina hemsidor. ST-utbildningens form och innehåll är tydligt strukturerad, och checklistorna är även efterfrågade i Europa. BLF-medlemmar deltar i den offentliga debatten. Antalet postrar på Riksstämman har aldrig varit större än 2009 – ett hoppfyllt tecken på att den kliniska forskningen bland unga barnläkare ökar. För att kunna påverka och förändra krävs dock uthållighet och nätverk. Kontinuiteten i styrelsen är viktig. Det har tagit mer än fem år av kontakter med generaldirektörer, tjänstemän, politiker och vårt eget Läkaresällskap för att öka Socialstyrelsens engagemang för barns hälso- och sjukvård. I det senaste regleringsbrevet står: - "Socialstyrelsen ska tillse att vägledningar, rekommendationer och kunskapsöversikter för förlossnings-, nyföddhets-, barn- och skolhälsovård/elevhälsa finns utarbetade, tillgängliggörs och hålls uppdaterade". Äntligen! BLF har också under flera år arbetat för att den privata föräldrastödssajten www.growingpeople.se (GP) blir offentligt driven. 1 mars övergick GP till sjukvårdsrådgivningen. Sedan är det alla remisser. Aldrig någonsin har BLF besvarat så många. Svenska Läkaresällskapet har skickat ett särskilt tack till BLF och dess medlemmar för detta. Att påverka barns hälsa och välbefinnande sker i stort och smått.

Så till sist! Välkommen till Barnveckan i Jönköping 19 – 23 april 2010! Hela spektrat av barnmedicinens specialiteter är där för att ge ett brett utbud av fortbildning och *salutogenes*.

Margareta Blennow

BKN_text_110_2.qxd:Layout 1 3/16/10 8:06 PM Page 3

Redaktörens ruta

Så kom den till slut – våren. Takdropp, tussilago och inom kort även lövkronorna med dess skira gröna flor, är inte bara några av årets mest välkomna nyheter. Det är också en påminnelse om att det snart är dags för Svenska Barnläkarföreningens största vidareutbildning i allmänpediatrik – **Barnveckan**. I år går den av stapeln i Jönköping 19-23 april med temat *Framtidens Pediatrik*.

Förra året var det premiär för Barnläkarens deltagande, vilket visade sig vara ett utmärkt sätt att få möta er läsare. Roligt att så många kom till vår monter för att till exempel föra fram intressanta förslag till artiklar och temanummer, ta reda på hur man blir medlem i BLF eller för att få ett exemplar av tidningen. Vi hoppas på samma engagemang även i år. Era idéer och åsikter är en viktig del i det fortsatta redaktionella arbetet.

Den explosion av grönska som hör våren till innebär som bekant, besvärliga allergiska reaktioner och astma hos många barn. Vissa av dem tvingas leva ständigt begränsade av kroniska symtom. Var befinner vi oss idag på allergi- och astmaområdet? Hur ser utsikterna för lindring och bot ut för dem som drabbas? Och kanske mest intressant av allt, vilka möjligheter finns för att förebygga uppkomsten av dessa sjukdomar?

Något som rönt stor uppmärksamhet den senaste tiden är betydelsen av mutationer i filaggringenen. Upptäckten kring filaggrin är en tungt vägande pusselbit i forskningen kring eksem och påvisar att tidig och effektiv eksembehandling är viktig för att om möjligt motverka även atopisk sensibilitering och astma.

När det gäller behandling av allergisk astma finns nya intresseväckande metoder som prövats med goda resultat, bland annat så kallat *temperature-controlled laminar airflow*. Denna metod har visat sig vara speciellt effektiv eftersom den faktiskt angriper huvudmekanismen bakom den allergiska astman, nämligen exponeringen för luftvägsallergen. Läs mer på temasidorna 8-21. Gästredaktör i detta nummer är Göran Wennergren, professor och barnallergolog vid Göteborgs Universitet.

I förra numret kunde vi läsa om Jan Leijonhufvud som gett sig hän åt måleriet. Efter pensionen stod det honom fritt att förgylla dagarna som det föll honom in, vilket förstås kan tyckas omöjligt för yrkesarbetande småbarnsföräldrar. Men med rätt inställning kan tid vinnas även ur en stressad tillvaro. Barnläkaren Rebecka Lagercrantz har funnit balans mellan tre goda ting, varav ett är konsten. Inspirerad av både musik och de stora mästarna inom målarkonsten, skildrar hon såväl verklighetens vyer som glimtar ur en skimrande sagovärld.

Ha en skön vår!

Margareta Munkert Karnros

Gästredaktör till vår temadel om *Allergi/Astma:*

Göran Wennergren (f 1947) är professor i pediatrik vid Göteborgs universitet och överläkare vid Drottning Silvias barn- och ungdomssjukhus i Göteborg. Han har både kliniskt och forskningsmässigt ägnat sig åt astma och allergi hos barn. För närvarande är forskningen inriktad på risk- och friskfaktorer vid astma och allergi. Ett annat forskningsområde är plötslig spädbarnsdöd. Göran Wennergren har varit ordförande i både Svenska Barnläkarföreningen och i dess allergisektion. För närvarande är han vice ordförande i allergisektionen. Han är också ordförande i Stiftelsen Acta Paediatrica och vetenskapligt råd i barnmedicin för Socialstyrelsen.

Göran Wennergren

BKN_text_110_2.qxd:Layout 1 3/16/10 8:06 PM Page 4

Den brittiska barnläkarföreningen avgör karriären

Han lämnade Astrid Lindgrens Barnsjukhus i Stockholm för Great Ormond Street Hospital i London. Arbetet som överläkare, *Consultant*, på nefrologiska kliniken finner han fortfarande lika intressant och stimulerande som när han började för åtta år sedan. Varje dag rymmer dock anledning att bli förundrad över de stora skillnaderna mellan Sverige och Storbritannien. Kjell Tullus berättar för Barnläkaren.

Våra länder ligger geografiskt nära varandra men är ändå så olika. Det är också lätt som svensk att tro att man känner britterna bara för att man kan engelska. Britterna själva, däremot, inser sin särskildhet i förhållande till Europa, och betonar den mer än gärna. Här talar man om *United Kingdom* och Europa som skilda världar, där *UK* är beläget i Atlanten mitt emellan Europa och USA.

När det gäller sjukvården är olikheterna mellan våra länder också stora, även om det finns en grundläggande likhet i att sjukvårdssystemet är samhällsägt i båda länderna. Här driver det statliga *National Health Service (NHS)* den allmänna sjukvården, även om det också finns en hel del privatvård.

Statens krav på kunskaper är större i Storbritannien än i Sverige

En avgörande skillnad mellan våra länder är att vården i Storbritannien är helt baserad på *General Practitioners, GP:s*, husläkare. Alla patienter – givetvis förutom de akut sjuka – går först till sin *GP*, som vid behov skriver en remiss till en specialist. På sjukhusen har vi läkare rollen som konsult till husläkarna. Det innebär att vi efter varje patientbesök skriver brev till respektive *GP* med information om fortsatt vård och medicinering. Det är *GP:n* som skriver ut recepten; vi specialister har bara rätt att ordinera läkemedel för en kort begränsad period. För en svensk kan systemet verka omständligt, och det är klart att brevskrivandet tar mycket tid, men den stora fördelen är att husläkarna har den totala överblicken över patientens sjukdomar och medicinering. Det ställer givetvis dock stora krav på husläkarnas kunskaper. Statens formella krav på läkarnas kunskaper är större i *UK* jämfört med Sverige. Men kraven kommer inte bara från staten utan också, ovanligt nog, från den brittiska barnläkarföreningen, *The Royal College of Paediatrics and Child Health (RCPCH)*.

Medlemsskap totalt avgörande för karriären

Att vara medlem i denna organisation är helt avgörande för en barnläkares karriär. Om man är fullvärdig medlem är man *FRCPCH, dvs Fellow of the Royal College.* Denna beteckning anger man alltid i skrift, som jag själv t ex gör i slutet av denna artikel. Det finns tydliga likheter mellan denna beteckning för barnläkare och beteckningen för en

Drottning Elizabeth har inflytande i den brittiska barnläkarföreningen, The Royal College of Paediatrics and Child Health (RCPCH).

Foto: Wikipedia

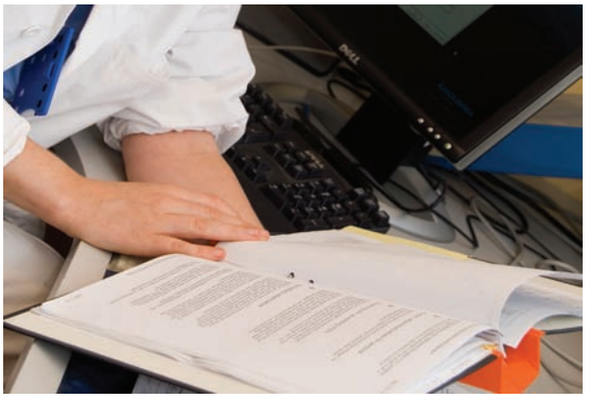
mästare inom det gamla skråväsendet. För att få titeln som mästare måste man ha avlagt mästarprov och då är man godkänd att självständigt få utöva sitt yrke.

Den barnläkare som inte är fullvärdig medlem kan aldrig bli överläkare, *Consultant*. Och kraven för att bli fullvärdig medlem är höga. Man måste klara de teoretiska och praktiska prov som *the Royal College* anordnar, och de är mycket avancerade. De barnläkare som inte klarar av proven blir klart begränsade i sin karriär. De som ändå vill arbeta som barnläkare får göra det på en nivå under överläkare, för överläkare kan de aldrig bli. Man kan givetvis byta till en annan specialitet – under förutsättning att man klarar proven till denna specialitet – eller bli en *GP*.

BKN_text_110_2.qxd:Layout 1 3/16/10 8:06 PM Page 5

De barnläkare som får underkänt på proven kan t ex få en tjänst som *Associate Specialist*, och en sådan får formellt aldrig arbeta helt självständigt. De får inte ha ansvar som bakjour, lönen är klart lägre och de får heller inte tillstånd att bedriva privatmottagning. Deras arbete innebär att de huvudsakligen får ägna sig åt den löpande sjukvården på kliniken. Flera av dessa *Associate specialists*, som jag känner, är utomordentligt skickliga doktorer. De är internationellt erkända experter inom sina områden och blir ofta inbjudna som talare vid internationella kongresser. Men eftersom de inte är fullvärdiga medlemmar i RCPCH avlönas de inte efter sin reella kompetens. Det engelska systemet kan vara hårt och orättvist.

Den brittiska specialistutbildningen är numera oftast sju år, även om många tar litet längre tid på sig. Efter de första åren måste man genomgå de två teoretiska proven och ett omfattade praktiskt prov. Dessa prov anordnas alltså av the *Royal College*, och om man klarar proven får man bli medlem, och detta medlemskap krävs för att få fortsätta specialiststudierna och komma vidare i karriären.



Ett omfattade praktiskt prov anordnat av the Royal College avgör om man får bli medlem i den brittiska barnläkarföreningen. Medlemskap krävs för fortsatta specialiststudier – och för att överhuvudtaget kunna gå vidare i karriären.

Foto: Ingela Wåhlstrand, Medicinsk bild

Mäktig institution med kunglig koppling

Den som underkänns på det brittiska provet har möjlighet att göra om provet, flera gånger om man vill. Det kostar dock mycket pengar, för barnläkarnas organisation tar bra betalt för denna verksamhet. Var och en som gör provet måste betala 355 pund (ca 4 300 kr) för de två skrivna proven och 542 pund (ca 6 500 kr) för det praktiska provet.

Ungefär 10 000 läkare om året genomgår proven. Det innebär att denna verksamhet är en mycket stor inkomstkälla för *the Royal College*. Förra året gav proven intäkter på 2,3 miljoner pund (nästan 27 miljoner kr). Närmare 11 000 barnläkare är medlemmar, huvudsakligen från *UK* men också från hela världen. En fullvärdig medlem betalar en årsavgift på 437 pund (ca 5 500 kr). Det är inte svårt att förstå, att den totala omsättningen i fjol uppgick till cirka 9 miljoner pund (108 miljoner kr). Organisationen har utvecklats från den ursprungliga barnläkareföreningen, som grundades 1928, till inrättandet av *the Royal College* 1996 med ansvar för vidareutbildning och – inte minst – examination. Det har alltså blivit en mäktig institution med tillgångar på över 18 miljoner pund (216 miljoner kr) och drygt 100 anställda som arbetar i organisationens egna nyinköpta fastighet i centrala London.

En mer kuriös skillnad mellan de svenska och brittiska barnläkarföreningarna är kopplingen till den brittiska kronan. (Tänk er namnet Kungliga Svenska Barnläkarföreningen!) Stadgarna för den brittiska organisationen visar klart och tydligt på kopplingen. Inledningen lyder på följande sätt:

Royal Charter

ELIZABETH THE SECOND by the Grace of God of the United Kingdom of Great Britain and Northern Ireland and of Our Other Realms and Territories Queen, Head of the Commonwealth, Defender of the Faith:
TO ALL TO WHOM THESE PRESENT SHALL COME, GREETING!
Whereas by their Humble Petition…

Kulturellt och politiskt präglade skillnader

Som ni ser är alltså skillnaderna mycket stora mellan den Svenska Barnläkarföreningen och dess brittiska motsvarighet. Skillnaderna beror inte bara på att det finns fler barnläkare i Storbritannien, vi är ändå inte mer än fem, sex gånger fler verksamma än i Sverige. Olikheterna, anser jag, är mer kulturellt/politisk präglade. I det brittiska samhället uppmuntrar man att privata organisationer tar ansvar parallellt med staten. Samtidigt har dock staten starka organisationer som granskar läkarnas verksamhet.

Vilket system är bäst? Ja, själv vet jag inte, uppriktigt sagt. Jag skulle önska ett mellanting mellan det svenska och brittiska systemet. Det bästa vore en stark barnläkarförening med en aktiv och inflytelserik verksamhet – utan brittisk byråkrati samt en tydlig barnläkarexamen.

Kjell Tullus MD, PhD, FRCPCH
Consultant Paediatric Nephrologist
Great Ormond Street Hospital, London
E-mail: TullusK@gosh.nhs.uk

BKN_text_110_2.qxd:Layout 1 3/16/10 8:06 PM Page 6

Kunskapscentrum för infektioner under graviditet har fyllt 10 år

Infektioner under graviditet är vanliga och kan variera från lindriga till mycket allvarliga fall. De flesta infektioner är ofarliga för den gravida kvinnan och fostret, men kan i vissa fall orsaka skador och komplikationer. INFPREG (Infection during pregnancy) – Kunskapscentrum för infektioner under graviditet startade februari 1999. Fler än 90 läkare från hela Sverige, ställer idag här sin kunskap till förfogande utan ersättning.

Infopreg samlade

Foto: Infopreg

Det är med glädje och stolthet vi kan konstatera att detta kunskapscentrum för infektioner under graviditet används allt mer. För den enskilde läkaren och barnmorskan är det svårt att hålla sig uppdaterad beträffande olika infektioners eventuella påverkan på graviditeten, hur foster och moder ska följas, vilka prover som ska tas och vilken behandling som ska erbjudas. Under många år har Marianne Forsgren, pensionerad virolog på Karolinska Universitetssjukhuset Huddinge, utgjort en stor resurs vid dessa problemställningar. Hon var tillsammans med Magnus Westgren initiativtagare, och tack vare deras kunskap och kontaktnät föddes INFPREG. De insåg tidigt internets möjligheter och förstod att det var där man i framtiden skulle söka kunskap och information. Mycket har hänt sedan dess. År 2002 hade INFPREG 52 000 besökare vilket under 2008 ökade till 265 000.

Experter med bred kompetens

Kunskapscentrumet är helt icke kommersiellt och medverkande experter, för närvarande fler än 90 läkare från hela Sverige, ställer sin kunskap till förfogande utan ersättning. Varje kapitel representeras av experter med bred kompetens inom området vilka kompletterar den centrala expertgruppen/redaktionen inom obstetrik, klinisk mikrobiologi, infektion och pediatrik.

INFPREG är baserad på multidisciplinär evidensbaserad kunskap och beprövad erfarenhet och är skriven på svenska. Databasen innehåller information till allmänheten, information till hälso- och sjukvården samt möjlighet för hälso- och sjukvården att interaktivt ställa frågor till medicinska experter.

Fördelar med ett internetbaserat system är att det

- är lättillgängligt
- är interaktivt med svar från experter
- länkar till andra relevanta websidor
- innehåller utskrivbar information

Lever och förändras

Under de 10 år som INFPREG funnits har internetanvändandet utvecklats snabbt. Gravida söker numer i allt större utsträckning kunskap om sig själva och sin graviditet på nätet. Frågeställningar som infektioners påverkan på det väntade barnet, om man kan ge sig ut och resa i världen samt vilka vaccinationer som kan tas är vanliga. INFPREG erbjuder en möjlighet att nå ut med uppdaterad expertkunskap inom området till hela landet.

INFPREG lever och förändras. Marianne Forsgren har under den gångna tioårsperioden lagt ned ett enormt arbete, men har nu med ålderns rätt beslutat att minska på sin arbetsbörda. Hon kommer dock även fortsättningsvis att utgöra en resursperson till INFPREG. I och med detta ändrar vi arbetssättet något. Varje kapitel kommer fortsättningsvis att ha en ansvarig redaktör och antalet redaktörer kommer att utökas. Vi i huvudredaktionen kommer tillsammans att försöka axla det ansvar och arbete som Marianne lagt ner, vilket vi inser inte kommer att bli en helt enkel uppgift. En annan nyhet är att vi kommer att införa en funktion för fallbeskrivningar. Du är mycket välkommen att inkomma med fallbeskrivningar till INFPREGs samordningsbarnmorska.

BKN_text_110_2.qxd:Layout 1 3/16/10 8:06 PM Page 7

Vi ses och hörs på: www.infpreg.se eller mail: infpreg@karolinska.se.

INFPREG redaktion:

Doc Marianne Forsgren, klinisk virologi, Prof Magnus Westgren, kvinnokliniken, Prof Kristina Broliden, infektionskliniken, Med dr Karin Petersson, kvinnokliniken, Med dr Marius Kublikas, kvinnokliniken, Med dr Lars Navér, neonatalverksamheten, Samordningsbarnmorskor, Cecilia Brolinger och Marie Sjödin kvinnokliniken, Samtliga på Karolinska Universitetssjukhuset samt Docent Marie Studahl, infektionskliniken, Sahlgrenska/Östra, Med dr Berit Hammas, klinisk mikrobiologi, Universitetssjukhuset MAS

Mer om INFPREG: www.infpreg.se

Lars Navér, barnläkare, neonatalverksamheten, Astrid Lindgrens Barnsjukhus, Solna
E-mail: Lars.Naver@ki.se

BKN_text_110_2.qxd:Layout 1 3/16/10 8:06 PM Page 8

Att kunna ligga i gräset och leka med ett husdjur är inte en självklarhet för alla barn.

Foto: Johan Gauermann

Har ökningen av astma och allergi planat ut?

Allt fler studier från Västeuropa och Australien, tyder på att ökningen av astma och allergiska sjukdomar kan ha avstannat under de senaste decennierna. Har patienter färre symtom på allergier, som följd av effektivare behandling? Eller är förklaringen snarare genetisk? Lennart Bråbäck söker klarhet i en svårbesvarad fråga.

Under andra halvan av 1900-talet såg man en kraftig ökning av både astma och allergi bland barn och ungdomar runt om i västvärlden. I Sverige ökade förekomsten av astma, hösnuva och eksem bland blivande värnpliktiga 3-4 ggr på mindre än tre decennier [1]. Ökningen av astma accelererade bland värnpliktiga födda efter 1960. Hösnuva var mindre vanligt bland värnpliktiga som vuxit upp på bondgård men hösnuva ökade på likartat sätt både i stad och på landsbygd. Ökningen var snabbast i grupper med lågt socialt status. Ökningen var parallell med en ökad levnadsstandard och kunde bara delvis förklaras av förändrade diagnostiska rutiner.

Färre drabbade av astma och allergi

Nu kommer alltfler studier från Västeuropa och Australien som tyder på att ökningen av astma och allergiska sjukdomar kan ha avstannat (eller till och med vänt) under de senaste 10-20 åren. Under mitten av 1990-talet undersöktes med likartad metodik prevalensen av astma bland 6-7-åringar och 13-14-åringar i mer än 50 länder från alla världsdelar inom ramen för ISAAC (the International Study of Asthma and Allergies in Childhood). Undersökningarna upprepades mellan 2002 och 2003. Bland 13-14-åringar verkade astmaförekomsten att minska och då framför allt i länder med en mycket

BKN_text_110_2.qxd:Layout 1 3/16/10 8:06 PM Page 9

hög förekomst av astmasymtom [2]. Linköping deltog i bägge omgångarna och där var förekomsten av astmasymtom oförändrad bland 6-7-åringar men minskade bland 13-14-åringar.

I Sundsvall genomfördes upprepade tvärsnittsundersökningar 1985, 1995 och 2005 [3]. Eleverna i grundskolan fick besvara en enkät med en mycket vid definition av astma. Andelen elever som besvarade enkäten jakande ökade mellan 1985 och 1995 men var oförändrad mellan 1995 och 2005. Uppföljningsenkäter visade att andelen barn med pipande andning hade minskat successivt mellan 1985 och 2005 samtidigt som en större andel fått diagnosen astma. Försäljningen av inhalationssteroider steg kraftigt från mitten av 1980-talet men låg relativt konstant mellan 1995 och 2005 (frånsett en hamstringstopp under 1996).

Pricktest utförs på ung patient

Foto: Karolinska Universitetsjukhuset, Solna

Enligt Hygienhypotesen ...
... lever vi i västvärlden i en alltför hygienisk miljö, vilket leder till att immunsystemet hos små barn får för litet stimulans av bakterier eller andra smittämnen.

Ökning av läkardiagnostiserad astma, hösnuva och eksem i norra Sverige

1996 och 2006 besvarade nästan samtliga 7-8-åringar i Kiruna, Luleå och Piteå frågeformuläret från ISAAC-studien och en stor andel av eleverna blev också pricktestade [4]. Förekomst av symtom från luftvägar och hud förändrades inte över tid trots att andelen elever med positiv pricktest ökat med 45 procent. Däremot hade andelen elever med läkardiagnostiserad astma, hösnuva eller eksem ökat, vilket skulle kunna tyda på att den diagnostiska benägenheten blivit större.

En avplanad ökning av astma och allergi i västvärlden kan bero på att den genetiska potentialen i befolkningen har blivit uppnådd i en miljö, som gynnat uppkomst av astma och allergi. En minskad förekomst är inte helt i linje med hygienhypotesen för vi har knappast blivit mindre renliga [5]. Är det framför allt icke-allergiska symtom som har blivit ovanligare? Eller är det helt enkelt så att färre har symtom som följd av effektivare behandling?

Lennart Bråbäck
Barnhälsovårdsöverläkare och handledare vid Utvecklingscentrum i landstinget Västernorrland
E-mail: lennart.braback@lvn.se

Referenser

1. *Bråbäck L, Hjern A, Rasmussen F. Trends in asthma, allergic rhinitis and eczema among Swedish conscripts from farming and non-farming environments. A nationwide study over three decades. Clin Exp Allergy. 2004;34:38-43.*
2. *Asher MI, Montefort S, Björkstén B, Lai CK, Strachan DP, Weiland SK, et al. Worldwide time trends in the prevalence of symptoms of asthma, allergic rhinoconjunctivitis, and eczema in childhood: ISAAC Phases One and Three repeat multicountry cross-sectional surveys. Lancet. 2006;368:733-43.*
3. *Kälvesten L, Bråbäck L. Time trend for the prevalence of asthma among school children in a Swedish district in 1985-2005. Acta Paediatr. 2008;97:454-8.*
4. *Bjerg A, Sandström T, Lundbäck B, Rönmark E. Time trends in asthma and wheeze in Swedish children 1996-2006: prevalence and risk factors by sex. Allergy. 2010;65:48-55.*
5. *Douwes J, Pearce N. Commentary: The end of the hygiene hypothesis? International journal of epidemiology. 2008;37: 570-2.*

BKN_text_110_2.qxd:Layout 1 3/16/10 8:06 PM Page 10

Minskar tidig förskola risken för astma och allergi?

Kan föräldrar genom att tidigt sätta sitt barn i förskola minska risken att barnet utvecklar astma och allergi till priset av fler infektioner? Enligt hygienhypotesen skulle så kunna vara fallet. Men har populationsstudier visat att det verkligen är så? Johan Alm berättar.

Färre fall av allergier och astma bland barn som börjar förskola vid låg ålder?

Att få många infektioner tidigt i livet skulle vara gynnsamt ur ett allergipreventivt perspektiv genom att immunsystemet då stimuleras på ett sådant sätt att uppkomst av astma och allergi motverkas[1]. Vistelse på förskola kan ses som ett ersättningsmått för luftvägsinfektion och är därför ofta använt i dessa sammanhang[2]. Men resultaten har varit motstridiga, delvis p g a skillnader i studieupplägg, populationsurval, bortfall med mera[3]. Generellt kan sägas att tvärsnittsstudier inte ensamma kan ligga till grund för hälsopreventiva råd, främst för att de har svårt att fastställa riktningen på ett eventuellt funnet samband. Men stora, väl genomförda longitudinella studier ger värdefull kunskap.

Forskning om tidig förskolestart ger skilda slutsatser

En aktuell litteratursökning ger tiotalet publikationer som får anses relevant belysa ämnet: År 1999 fann en tysk tvärsnittsstudie av 2 000 skolbarn, i linje med hygienhypotesen, att ensambarn med förskolestart före ett års ålder mindre ofta hade allergisk sensibilisering och allergisk snuva senare i livet jämfört med dem som börjat senare[4]. Samma sak visades i en stor europeisk tvärsnittsstudie av vuxna[5], liksom i en stor australiensisk retrospektiv populationsbaserad kohort av skolbarn[6]. Också i en holländsk tvärsnittsstudie av 1 500 skolbarn var vistelse i barnomsorg relaterat till lägre förekomst av allergisk sensibilisering, och där räckte det att ha börjat före två års ålder[7].

Att immunstimulering mycket tidigt i livet kanske har störst betydelse framkom tydligt i en brittisk prospektiv populationsbaserad födelsekohort av 815 barn där förskoledebut vid 6-12 månaders ålder halverade risken för astmatiska besvär, också på längre sikt[8]. I en amerikansk födelsekohort var det bland 1 000 skolbarn skyddande mot astma att ha börjat inom barnomsorg före 6 månaders ålder[9]. Och i en prospektiv amerikansk studie av 360 barn var total-IgE hos tre-åringar lägre hos dem som fått barnomsorg utanför hemmet redan vid 3 månaders ålder, framförallt vars mödrar hade astma eller atopi[10].

Att de atopiska yttringarna är skilda fenotyper framgår också av en amerikansk prospektiv studie av 450 förskolebarn med atopiskt påbrå där astma- och eksemförekomst visserligen var tydligt lägre hos barn som börjat förskola före 1 års ålder, men – observera - inte i de fall modern hade astma, där man såg en ökad astmarisk hos barnen[11]. Likaså var i den tyska studien[4] förskolevistelse visserligen kopplad till mindre allergi, men samtidigt till högre förekomst av astma, och i den brittiska[8] hade de som började förskola före halvårsdagen en dubblerad risk för atopi jämfört med dem som började senare.

I några tämligen aktuella undersökningar, tre av dem prospektiva, har man däremot inte kunnat påvisa någon atopiskyddande effekt. bland annat i en norsk födelsekohort av 2 500 barn där förskolevistelse vid 1 års ålder varken påverkade senare utveckling av astma eller allergisk sensibilisering[12]. Och i en stor svensk enkätbaserad tvärsnittsstudie av värmländska småbarn uppgavs förskolebarnen visserligen ha fler luftvägsinfektioner, men i strid med hygienhypotesen, bland de yngre barnen också mer eksem liksom födoämnesallergi än bland dem som inte gick i förskola[13]. Likaså, i en finsk

Samband mellan användning av handsprit och förekomst av astmadiagnos/ atopisk sjukdom?

Foto: Wikipedia

BKN_text_110_2.qxd:Layout 1 3/16/10 8:06 PM Page 11

prospektiv enkätbaserad uppföljningsstudie av 920 skolbarn som under sin förskoleålder deltagit i randomiserad hygienintervention med handsprit sågs ingen skillnad i rapporterad astmadiagnos eller atopisk sjukdom mellan barnen från de två förskolegrupperna trots att de barn som använt handsprit hade haft väsentlig färre luftvägs- och mag-tarminfektioner[14]. Slutligen, i en helt aktuell holländsk födelsekohort av 4 000 barn fann man inte heller någon skyddande effekt i skolåldern av förskoledebut före 2 års ålder, jämfört med sen debut[15].

Behov av ytterligare epigenetisk forskning

Vi kan alltså konstatera att i majoriteten av de relevanta studierna sågs visserligen lägre förekomst av allergisk sensibilisering, allergi eller astma, men i fyra av dessa bara i de fall barnen börjat i förskola långt tidigare än vad som är gängse i Sverige. I de andra studierna sågs ingen skyddande effekt av vistelse på förskola, däremot i vissa fall en överrepresentation av atopisk sjukdom.

Så vad ska man då tro? De så skilda slutsatserna får ses som illustration av komplexiteten i biologiska sammanhang och behovet av ytterligare och mödosam epigenetisk forskning. Det ökade infektionstryck som förskolevistelse innebär påverkar alltså inte astma- och allergiutveckling på populationsnivå. I alla fall inte om inte vistelsen börjar långt tidigare än då våra svenska barn börjar i förskola. Mycket troligt är dessutom att olika infektionsagens har olika innebörd på immunsystemet, också i allergipreventivt hänseende, liksom att en och samma infektion kan ha olika innebörd hos olika barn[16].

Hygienhypotesen kan mycket väl vara sann, men kanske bara under vissa förutsättningar i samspelet mellan arv, ålder och miljö. Epigenetiken kommer ge oss kunskap om hur olika individer påverkas olika av samma exponering; det som är friskfaktor för den ene kan vara en riskfaktor för den andre. Tidig fenotypning är därmed en förutsättning för att individualiserade råd ska kunna ges. Och där är vi inte än.

Johan Alm, överläkare, specialist i barn- o ungdomsallergologi, klinikforskningsledare Sachsska Barnsjukhuset, Södersjukhuset
E-mail: Johan.Alm@ki.se

Foto: Fia Stråge Alm

Referenser (en fullständig referenslista skickas gärna av Johan.Alm@ki.se)

1. *Strachan DP. Hay fever, hygiene, and household size. BMJ. 1989 Nov 18;299(6710):1259-60.*
12. *Nafstad P, Brunekreef B, Skrondal A, Nystad W. Early respiratory infections, asthma, and allergy: 10-year follow-up of the Oslo Birth Cohort. Pediatrics. 2005 Aug;116(2):e255-62.*
14. *Dunder T, Tapiainen T, Pokka T, Uhari M. Infections in child day care centers and later development of asthma, allergic rhinitis, and atopic dermatitis: prospective follow-up survey 12 years after controlled randomized hygiene intervention. Arch Pediatr Adolesc Med. 2007 Oct;161(10):972-7.*
15. *Caudri D, Wijga A, Scholtens S, Kerkhof M, Gerritsen J, Ruskamp JM, et al. Early Daycare: More Airway Symptoms Early in Life, No Prevention of Asthma Symptoms or Atopy at 8 Years. Am J Respir Crit Care Med. 2009 Jun 19.*

Diagnostik med IgE mot allergena komponenter – en hjälp som kan skilja ofarlig nöt/jordnötsallergi från farlig?

IgE-medierad allergi mot livsmedel kan leda till svåra, ibland fatala, allergiska reaktioner. Diagnosen har hittills baserats på anamnes, resultat av pricktest eller förekomst av allergen-specifika IgE-antikroppar i serum samt elimination och provokation. Komponentanalys vid allergidiagnostik kan avsevärt förenkla handläggning, förbättra våra möjligheter till saklig information till patienten och minska onödig förskrivning av adrenalinautoinjektor.

IgE-antikroppar kan analyseras mot en mängd livsmedel och förekomst av dessa likställs ofta felaktigt med att symtomgivande allergi föreligger. Många barn och ungdomar är rädda för att få i sig sådant de inte "tål" enbart baserat på IgE-tester (1).

Analys av jordnötskomponenter kan ge viktig information om "falsk" och "äkta"

Vid utredning av allergi mot animala allergen såsom mjölk och ägg gäller att ju högre IgE-nivåer, desto större är sannolikheten att individen upplever symtom mot allergenet. För

BKN_text_110_2.qxd:Layout 1 3/16/10 8:06 PM Page 12

Ett av flera allergiframkallande proteiner i hasselnöt men även i jordnöt är strukturmässigt så lika huvudallergenet i björkpollen, att varken laboratorietest eller det egna immunsystemet kan skilja dem åt.

Foto: Sonia Ståhle

allergen från jordnöt och hasselnöt, som kommer från växtriket, ses inte samma tydliga samband (2). Detta beror på att det vid allergi mot björkpollen ofta föreligger en serologisk korsreaktivitet mot hasselnöt och jordnöt, men kanske även mot andra nötter utan att en sådan reaktivitet behöver ha någon klinisk betydelse. Ett av flera allergiframkallande proteiner i hasselnöt men även i jordnöt är strukturmässigt så lika huvudallergenet i björkpollen att varken laboratorietest eller det egna immunsystemet kan skilja dem åt. Det är därför som individer med björkpollenallergi ofta får klåda i munnen av hasselnöt, jordnöt eller andra nötter. Nu är det möjligt att analysera IgE-antikroppar mot enskilda allergena proteinkomponenter från olika allergen inklusive födoämnesallergen och störst erfarenhet har vi av komponenter från hasselnöt och jordnöt.

Kommersiellt tillgängliga jordnötskomponenter är Ara h 1, 2, 3 och Ara h 8. Vid utredning av misstänkt jordnötsallergi där individen är positiv i test mot jordnöt kan analys av jordnötskomponenter ge viktig information och hjälpa till att skilja mellan "falsk" och "äkta" jordnöts-allergi. En svensk studie visar att 95 procent av individer med IgE antikroppar mot Ara h 2 i kombination med Ara h 1 eller Ara h 3 rapporterar symtom av jordnöt (3). Studier där jordnötsallergi fastställts med provokationer visar samstämmiga resultat. Ara h 2 anses vara den viktigaste komponenten för att fastställa "äkta" jordnötsallergi. Av barn som har IgE mot Ara h 8 men inte mot Ara h 1, 2, 3 är det endast 18 procent som rapporterar allergiska symtom vilka beskrivs som lindriga (4).

Fördelar med komponentanalys vid allergidiagnostik

För hasselnöt finns i dagsläget två allergenkomponenter, Cor a 1 och Cor a 8, tillgängliga för analys. Cor a 1 är ett björkhomologt protein medan Cor a 8 kan kopplas till mer allvarliga allergiska symtom (5). Vid testning av hasselnöts-IgE kan man ibland se att nivån för hasselnöt överstiger nivån för hasselnötskomponenterna. Detta beror förmodligen på att det saknas komponenter som vi ännu inte kan analysera.

Anledningen till att björkallergiska individer vid korsreaktion mot jordnöt och hasselnöt inte reagerar med allvarliga symtom beror dels på att Ara h 8 och Cor a 1 är värme- och enzyminstabila och dels att dessa proteiner förekommer i små mängder i jordnöt respektive hasselnöt. De björkhomologa födoämnesallergenen denatureras snabbt av magsaftens enzymer under förutsättningen att dosen inte är för stor. Väsentligt är att detta *dock* bara gäller under förutsättning att patienten ifråga endast har en björkrelaterad hasselnöts- eller jordnötsallergi och inte en "äkta" allergi. Blandformer förekommer.

Komponentanalys vid allergidiagnostik kan avsevärt förenkla handläggning, förbättra våra möjligheter till saklig information till patienten och minska onödig förskrivning av adrenalinautoinjektor.

Referenser

1. *Östblom E, Egmar AC, Gardulf A, Lilja G, Wickman M. The impact of food hypersensitivity reported in 9-year-old children by their parents on health-related quality of life. Allergy. 2008 Feb;63(2):211-8.*
2. *Östblom E, Lilja G, Ahlstedt S, van Hage M, Wickman M. Patterns of quantitative food-specific IgE-antibodies and reported food hypersensitivity in 4-year-old children. Allergy. 2008 Apr;63(4):418-24.*
3. *Asarnoj A, Ostblom E, Ahlstedt S, Hedlin G, Lilja G, van Hage M, Wickman M. Reported symptoms to peanut between 4 and 8 years among children sensitized to peanut and birch pollen - results from the BAMSE birth cohort. Allergy. 2010 Feb; 2: 213-9.*
4. *Asarnoj A, Movérare R, Östblom E, Poorafshar M, Lilja G, Hedlin G, van Hage M, Ahlstedt S, Wickman M. IgE to peanut allergen components: relation to peanut symptoms and pollen sensitization in 8-year-olds. Allergy. In press.*

BKN_text_110_2.qxd:Layout 1 3/16/10 8:46 PM Page 13

5. *Schocker F, Lüttkopf D, Scheurer S, Petersen A, Cisteró-Bahima A, Enrique E, San Miguel-Moncín M, Akkerdaas J, van Ree R, Vieths S, Becker WM. Recombinant lipid transfer protein Cor a 8 from hazelnut: a new tool for in vitro diagnosis of potentially severe hazelnut allergy. J Allergy Clin Immunol. 2004 Jan;113(1):141-7.*

Caroline Nilsson, med dr, barnallergolog
Sachsska Barnsjukhuset
E-mail : caroline.nilsson@sodersjukhuset.se

Magnus Wickman, professor
Sachsska Barnsjukhuset, Södersjukhuset samt Inst för Miljömedicin, KI, Stockholm
E-mail : Magnus.Wickman@ki.se

Lathund för testning vid misstanke om jordnöts- och/eller hasselnötsallergi

- Om allergenspecifikt IgE ska analyseras för jordnöt eller hasselnöt - testa även allergen-specifikt IgE för björk
- Om nivån för jordnöt eller hasselnöt understiger nivån för björk - misstänk "falsk" jordnöts- hasselnötsallergi
- Testa för allergena komponenter av jordnöt (Ara h 2 och 8) eller hasselnöt (Cor a 1 och 8)
- Eliminera inte sådant som individen äter utan att få symtom, oavsett IgE-nivå

Inflammationsmätning med NO – har det hållit vad det lovade?

Den första originalartikeln som visade att utandat kväveoxid, NO, var förhöjt i luftvägarna vid astma publicerades av Kjell Alving och medarbetare så sent som 1993 (1). Sedan dess har forskningsfältet exploderat. En uppenbar anledning till intresset hos barnläkare är den starka kopplingen mellan atopisk allergi, som är vanlig hos barn med astma, och eosinofil inflammation som ger förhöjda värden av NO i utandad luft.

Genom att göra en NO-mätning kan man ta reda på graden av allergisk inflammation i luftvägarna

Foto: Aerocrine

När en svensk utrustning, Niox Mino®, blev tillgänglig till ett rimligt pris, var det många barnläkare som satte den högt på önskelistan. Det stora intresset för inflammationsmonitering återspeglar behovet av objektiv utvärdering av astma. Symtom är av stor betydelse men är svåra att värdera. Lungfunktionsmätningar är ofta svåra att genomföra väl, normalvariationerna stora och enstaka mätvärden av t ex FEV_1 ofta ganska intetsägande. Inflammometri vid en inflammatorisk sjukdom ter sig lockande. Vad har då blivit av dessa förhoppningar?

Ett högt NO-värde bekräftar diagnos

Låt oss först syna den metod som vanligen är tillgänglig för barnläkare, mätning av utandat NO med Niox Mino®. En ordinär blåsning visar en median-avvikelse på 1,2 ppb. Uttryckt som variationskoefficient är detta under 10 procent, vilket är mycket bra. Mätningarna stämmer bra med referensapparaten stora Niox (2).

Vad betyder då ett högt värde i klinisk praxis? Ett högt NO-värde tyder på att patienten verkligen har sjukdomen (3), men oavsett detta ger resultatet en tydlig indikation på att tillståndet är behandlingsbart med inhalationssteroider. Ger man inhalationssteroider till en patient med astma och förhöjt NO-värde får man med stor sannolikhet klinisk effekt, och som resultat får vi också ett sänkt värde

BKN_text_110_2.qxd:Layout 1 3/16/10 8:06 PM Page 14

Så går en NO-mätning till:
Patienten gör ett antal utandningar i ett munstycke. Kväveoxidinnehållet/NO-innehållet i den luft som utandats mäts. Metoden ger direkt svar på nivån av kväveoxid. Undersökningen medför inget obehag för barnet och kan göras från cirka 5 års ålder.
Källa: Lung- och allergimottagningen, Karolinska Universitetssjukhuset

(4). I klinisk praxis vet vi att våra patienter trots ordinerade inhalationssteroider kan ligga kvar på höga värden. Compliance och allergenexponering kommer som ett resultat av NO-mätningen i fokus för diskussionen.

Möjlighet att identifiera patienter med steroidkänsliga luftvägssymtom
Om NO-värdet är lågt är det inte lika sannolikt att man får en god effekt med inhalationssteroider. Det rör sig då ofta om icke-allergiska patienter som inte har eosinofil inflammation i sina luftvägar. Här finns också större sannolikhet för att vi kan ha att göra med andra sjukdomstillstånd t ex laryngeal ansträngningsutlöst stridor som misstolkats som astma eller kanske en annan sjukdom i bronkerna, ciliedyskinesi eller cystisk fibros. Vid de två senare sjukdomstillstånden kan också NO-mätning i näsan bidra diagnostiskt. Vid primär ciliedyskinesi är NO-värdet extremt lågt (5).

I frågan steroider eller inte är NO-mätningen således informativ. När det sedan kommer till försök att styra steroiddosen vid astmabehandling med hjälp av NO-mätningar har konceptet inte fått stöd i vetenskapliga studier. I en färsk Cochrane-review konstateras att NO-mätning inte tillför något signifikant när man ska styra kortisondosen vid astmabehandling.

Sammantaget är min bedömning att NO-mätning har hållit vad den lovade, fr a vid utredning av astma hos barn. Mätningen hjälper oss att identifiera patienter med steroidkänsliga luftvägssymtom. Däremot har vi inte underlag för att låta NO-värdet styra kortisondosen. Det är därtill roligt med ett alldeles svenskt, kliniskt användbart koncept med sin vagga i de trakter, där man för kort tid sedan började kunna mäta IgE-antikroppar.

Referenser:

1. *Alving K, Weitzberg E, Lundberg JM. Increased amount of nitric oxide in exhaled air of asthmatics. Eur Respir J 1993; 6: 1368-70.*
2. *Alving K, Janson C, Nordvall L. Performance of a new hand-held device for exhaled nitric oxide measurement in adults and children. Respir Res 2006; 7: 67.*
3. *Smith AD, et al. Diagnosing asthma: comparisons between exhaled nitric oxide measurements and conventional tests. Am J Respir Crit Care Med 2004; 169: 473-8.*
4. *Smith AD, et al. Exhaled nitric oxide: a predictor of steroid response. Am J Respir Crit Care Med 2005; 172: 453-9.*
5. *Lundberg JO, et al. Primarily nasal origin of exhaled nitric oxide and absence in Kartagener's syndrome. Eur Respir J 1994; 7: 1501-4.*
6. *Petsky HL, et al. Tailored interventions based on exhaled nitric oxide versus clinical symptoms for asthma in children and adults. Cochrane Database Syst Rev 2009; 4: CD006340.*

Lennart Nordvall, Professor,
Akademiska Barnsjukhuset, Uppsala
E-mail: lennart.nordvall@kbh.uu.se

Nya behandlingsmetoder vid allergi och astma

Medicinsk forskning ger oss ständigt nya läkemedel och behandlingsmetoder. Men vad vet vi om de senaste nyheterna, dess effekter och biverkningar? Gunilla Hedlin, professor i barn- och ungdomsallergologi, ger en översikt över nykomlingar inom allergi och astma.

Sublingual immunterapi
Det viktigaste vid sublingual immunterapi, SLIT, tycks vara att kontakten mellan allergen och munslemhinna är optimal. Som mekanism bakom behandlingseffekten diskuteras oral toleransutveckling. I vissa studier ses en ökning av IgG_4 liknande den som ses vid immunterapi med subkutana injektioner (1). I celler från barn som behandlats med SLIT ses ökat uttryck av IL-10 mRNA (2). Eftersom IL-10 kontrollerar IgG_4-produktionen är resultaten samstämmiga.

BKN_text_110_2.qxd:Layout 1 3/16/10 8:06 PM Page 15

Foto: Wikipedia

I Sverige har vi tillgång till en gräspollentablett (Grazax, ALK, Danmark). I en nyligen publicerad studie på barn mellan 5–16 år gavs behandlingen dagligen i mellan 8 och 23 veckor före pollensäsong (3). Studien var placebokontrollerad och barnen hade medelsvår till svår gräspollenallergi. Knappt hälften hade också astma. Effekten var bäst på symtom. I behandlingsgruppen hade 56 procent mycket bra effekt jämfört med 40 procent i placebogruppen.

Astmasymtomen minskade 64 procent mer i Grazax-gruppen. Minskad medicinanvändning sågs för rinokonjunktivitsymtom men inte för astma. Stigande nivåer av IgG_4 uppmättes. Dessa stabiliserades på liknande sätt som ses vid immunterapi med injektioner. Biverkningar var framför allt klåda i munnen (32 procent), halsirritation (10 procent), läppsvullnad (7 procent) och hosta (5 procent). Inga allvarliga biverkningar rapporterades.

Sammanfattningsvis visar studien effekt av Grazax på gräspollenorsakad rinokonjunktivit och astma och en relativt beskedlig biverkningsbild. Dock behöver vi fler studier som jämför SLIT med traditionell hyposensibilisering. Vi behöver också veta mer om hur länge behandlingen med SLIT behöver pågå för att ge ett lika bestående resultat som injektionsbehandling.

Anti-IgE-behandling

Omalizumab är anti-IgE-molekylen i läkemedlet Xolair. Det är en till 95 procent human IgG_1-molekyl som hindrar IgE att binda sig till mastceller och andra celler. Omalizumab ges som subkutan injektion och binder fritt cirkulerande IgE. Detta leder till att nivåerna av cirkulerande IgE snabbt faller. IgE som är bundet till receptorer på olika celler släpper långsamt från receptorerna och blir därefter åtkomligt för att bindas av anti-IgE. Resultatet blir en sänkning av IgE-nivåerna som återgår till utgångsläget inom 3 månader när en behandlingsperiod avslutas (4).

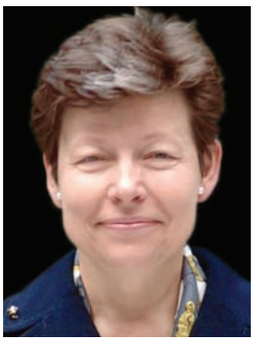
Xolair är registrerat för behandling av svår allergisk astma hos barn och ungdomar mellan 6–18 år. I barnstudierna ses liknande effekt som hos vuxna. Under omalizumab-behandling minskade behovet av inhalationssteroid (5). Positiva behandlingseffekter noterades för symtom, lungfunktion, användning av beta-2-agonist samt livskvalitet.

I en nyligen publicerad, placebokontrollerad 52-veckors studie på 6–12 år gamla barn med allergisk astma som inte hade symtomkontroll trots medelhöga till höga doser inhalationssteroid minskade Xolair exacerbationerna med 43 procent (6). Barn med IgE-nivåer på 30–1300 IU/ml ingick. Biverkningsprofilen var bra. Endast en anafylaktisk reaktion rapporterades i vardera gruppen och inte i något av fallen i anslutning till injektionerna. I denna studie ledde behandlingen hos få barn till reducering av inhalationssteroiderna, trots att barnen mådde bättre. Trots att fler rapporterade mycket god effekt i omalizumabgruppen fann man inte någon signifikant skillnad i livskvalitet. Möjligen berodde detta på att de flesta barnen hade höga värden på livskvalitet redan vid studiestarten och att förbättringsutrymmet var litet.

Sammanfattningsvis stabiliserar omalizumab astmasymtomen till det bättre vilket kan vara väl motiverat vid svår allergisk astma. Omalizumab är en tilläggsbehandling till inhalationssteroider.

Referenser

1. *Frew AJ. How does sublingual immunotherapy work? J Allergy Clin Immunol 2007; 120: 533-6.*
2. *Savolainen J, Jacobsen L, Valovirta E. Sublingual immunotherapy in children modulates allergen-induced in vitro expression of cytokine mRNA in PBMC. Allergy 2006; 61: 1184-90.*
3. *Bufe A, Eberle P, Frank-Beckmann E, et al. Safety and efficacy in children of an SQ-standardized grass allergen tablet for sublingual immunotherapy. J Allergy Clin Immunol 2009; 123: 167-73.*
4. *Ledford DK. Omalizumab: overview of pharmacology and efficacy in asthma. Expert Opin Biol Ther 2009; 9: 933-43.*
5. *Milgrom H, Berger W, Nayak A, et al. Treatment of childhood asthma with anti-immunoglobulin E antibody (omalizumab). Pediatrics 2001 Aug; 108: E36.*
6. *Lanier B, Bridges T, Kulus M et al Omalizumab for the treatment of exacerbations in children inadequately controlled allergic (IgE-mediated) asthma. J Allergy Clin Immunol 2009; 124: 1210-6.*

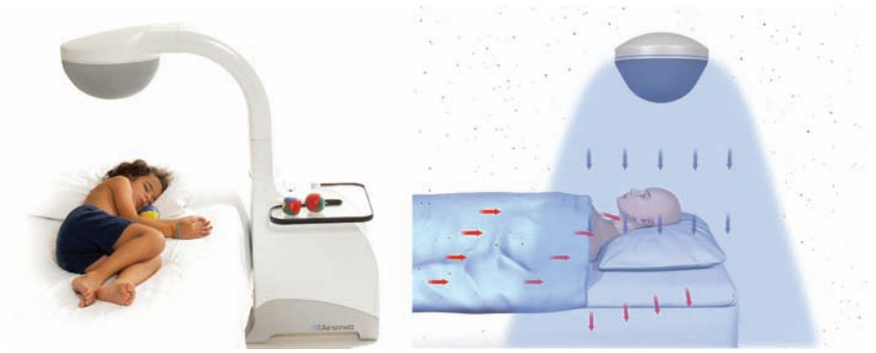


Gunilla Hedlin, professor i barn- och ungdomsallergologi, Astrid Lindgrens Barnsjukhus, Solna
E-mail:gunilla.hedlin@ki.se

BKN_text_110_2.qxd:Layout 1 3/16/10 8:06 PM Page 16

Allergenfri luft minskar astma

Behandling med så kallat "temperature-controlled laminar airflow", TLA, har tillkommit som en ny, intressant behandlingsmetod eftersom den angriper huvudmekanismen bakom den allergiska astman, nämligen exponeringen för luftvägsallergen med efterföljande bronkiell inflammation och bronkkonstriktion.



Principen för behandling med TLA (Protexo®). En partikelfri zon skapas runt patientens andningsvägar under nattsömn. I frånvaro av allergen får immunsystemet "vila" vilket har visat sig minska den allergiska inflammationen.

Foto: Airsonette AB

Tekniken innebär att ett laminärt flöde av filtrerad luft flödar genom patientens andningszon. Luftflödet, som är lätt kylt i förhållande till omgivningsluften, tränger undan småpartiklar från sängen och den omgivande miljön och minimerar allergenexponeringen i andningszonen (Figur 1).

Luftburna allergen finns i både offentliga och privata miljöer. Catarina Almqvist och medarbetare har visat hur skolbarn med astma och kattallergi bär allergenen med sig på sina kläder från skolan till hemmet och att betydande mängder kattallergen kan uppmätas i barnens sovrumsmiljö även när familjen inte själva har katt (1). Vidare har italienska skolbarn med kvalsterallergi förbättrats i sin astma då de vistats på hög höjd där kvalster inte kan existera. Så har t ex den bronkiella inflammationen, mätt med utandad kväveoxid (eNO), minskat (2) och sjukdomsrelaterad livskvalitet förbättrats (3). Vi har kunnat visa att samma effekt kan uppnås med TLA-behandling under nattsömn. I vår randomiserade, dubbelblinda, placebokontrollerade studie behandlades barnen i 10 veckor med TLA och 10 veckor utan TLA-effekten inkopplad. Under aktiv behandling minskade den bronkiella inflammationen (eNO) och livskvaliteten ökade (4).

Vår studie var liten, 22 barn och ungdomar, och är än så länge den enda publicerade i sitt slag. Resultaten måste reproduceras i större studier innan behandlingen kan introduceras mer allmänt. Svårare former av perenn allergisk astma, gärna i kombination med rinit, kan komma att bli huvudindikationen. I februari avslutas en stor europeisk multicenterstudie med TLA. Resultaten publiceras förhoppningsvis under år 2010.

Referenser

1. *Almqvist C, et al. School as a risk environment for children allergic to cats and a site for transfer of cat allergen to homes, J Allergy Clin Immunol 1999; 103: 1002–4.*
2. *Piacentini GL, et al. Allergen avoidance is associated with a fall in exhaled nitric oxide in asthmatic children, J Allergy Clin Immunol 1999; 104: 1323–4.*
3. *Grootendorst DC, et al. Benefits of high altitude allergen avoidance in atopic adolescents with moderate to severe asthma, over and above treatment with high dose inhaled steroids, Clin Exp Allergy 2001; 31: 400–8.*
4. *Pedroletti C, et al. Clinical effects of purified air administered to the breathing zone in allergic asthma: A double-blind randomized cross-over trial. Respir Med 2009; 103: 1313–9.*

Christophe Pedroletti, barnallergolog,
Astrid Lindgrens Barnsjukhus,
E-mail:
christophe.pedroletti@karolinska.se

Astma och Allergi Förbundet
BARNALLERGIFONDEN
Ge ditt stöd – stort eller litet Plusgiro 900906-9 Bankgiro 9009069

BKN_text_110_2.qxd:Layout 1 3/16/10 8:06 PM Page 17

"Anafylaxiprojektet har äntligen gått i mål"

Hösten 2007 tillsattes en arbetsgrupp av Svensk Förening för Allergologi, för att granska problematiken runt anafylaxi. Målet för gruppen var att försöka ta fram ett förslag till nationella riktlinjer för diagnos och behandling av anafylaxi.

Akut. En anafylaktisk chock orsakas av ett plötsligt frisläppande av substanser från cellerna ut i blodet och vävnaderna. De frisläppta substanserna, främst histamin, utvidgar blodkärlen och orsakar svullnad i mun och svalg.

Foto: www.ambulansen.se

Gruppen bestod av tre barnallergologer, två vuxenallergologer, en allmänläkare, en hudläkare, en narkosläkare, en öron-näsa-hals-läkare och en vuxenallergisköterska. Att få ihop ett dokument som vi själva var nöjda med och alla kunde stå för var inte lätt och tog lång tid. I början av dokumentet finns ett diagnosschema med diagnosnummer och ett behandlings-PM som kan skrivas ut och sättas upp på lämpliga ställen. Diagnosnamnen under dessa diagnoser är ofta missvisande varför vi rekommenderar att diagnosen skrivs i klartext med svårighetsgradering t ex "Anafylaxi grad 2 av jordnöt". Tanken är att det ska vara en praktisk hjälp i vardagsarbetet. Möjlighet till fördjupning finns med referenser och länkar.

Diagnoskriterierna har varit en stor stötesten då det inte finns någon bra gemensam definition internationellt. Vi har tagit intryck av olika internationella PM för anafylaxi och utgått ifrån de olika organsystem som är inblandade. Vi har likaså försökt dra en gräns mot en allergisk allmänreaktion vilken inte ska betraktas som en anafylaxi. I dokumentet är anafylaxi indelat i svårighetsgrader som vi har numrerat 1-3. Graderingen kan hjälpa till att bestämma vilken observationstid som gäller för patienten och för kommande utredning.

Behandlingsmässigt trycker vi på att adrenalin givet intramuskulärt i lårets utsida är den enda effektiva medicinen, men varnar samtidigt för intravenöst adrenalin som är kraftigt ångestskapande och potentiellt livsfarligt om det inte ges under noggrann övervakning. Det ska aldrig ges utan att flera doser intramuskulärt adrenalin har provats.

Omhändertagandet efter en anafylaxi är viktigt. Undervisning av läkemedelsbehandling vid anafylaxi samt demonstration av adrenalinpenna, där patienten själv eller föräldrarna själva får ta aktiv substans förordas. Likaså bör en personlig behandlingsplan skrivas.

Anafylaxidokumentet kommer att uppdateras efterhand och vi tar emot synpunkter så att vi kan hålla dokumentet aktivt och levande.

Viktiga budskap

- Adrenalin är det viktigaste läkemedlet. Ges tidigt och intramuskulärt i låret
- Intravenöst adrenalin endast efter upprepade intramuskulära injektioner och under EKG-övervakning
- Optimalt behandlad astma minskar risken för utveckling av svår anafylaxi
- Hastig uppresning av patienter med anafylaxi kan leda till livshotande blodtrycksfall
- Vid anafylaxi ska patienten observeras minst 4-24 timmar beroende på svårighetsgrad

Jan Svedmyr
Barnallergolog, Barn och ungdomsmedicin, Falu lasarett E-mail: jan.svedmyr@telia.com

Caroline Nilsson, Med Dr, Barnallergolog, Sachsska Barnsjukhuset
E-mail: caroline.nilsson@sodersjukhuset.se

Anders Lindfors, Med Dr, Barnallergolog, Astrid Lindgrens Barnsjukhus
E-mail: Anders.Lindfors@ki.se

BKN_text_110_2.qxd:Layout 1 3/16/10 8:06 PM Page 18

Nya riktlinjer för behandling av astma

Svenska Barnläkarföreningens sektion för barn- och ungdomsallergologi har under hösten 2009 uppdaterat stencilen för underhållsbehandling av astma. De nya rekommendationerna baseras på antagandet att astmasjukdomen består av flera undertyper där *infektionsastma* dominerar hos förskolebarn medan *äkta astma* är vanligast hos skolbarn och tonåringar.

Foto: Astra Zeneca

Ny dokumentation har också tillkommit för leukotrienantagonisternas (LTRA:s) roll i astmabehandlingen, särskilt i behandlingen av astma hos förskolebarn och som singelbehandling vid lindrigare astma. Fortfarande är dock dokumentationen bristfällig för nyttan av långverkande beta-agonister (LABA) i behandlingen av astma hos förskolebarn. Allmänt gäller som tidigare att dokumentationen för barn < 2 år är mycket bristfällig för samtliga astmapreparat. Från skolåldern är däremot dokumentationen god, och riktlinjerna följer i stort de som gäller för vuxna, även om doserna är något lägre.

Huvudpunkterna i de nya riktlinjerna från Barnallergologsektionen kan sammanfattas enligt följande:

- Man skiljer i behandlingstrapporna numera enbart på förskolebarn (yngre än 5 år) och skolbarn (äldre än 6 år)
- Snabbverkande beta-stimulerare vid behov rekommenderas till alla, oavsett annan behandling (steg 1).
- Hos förskolebarn finns som tidigare en rekommendation att prova intermittent behandling vid svårare infektionsastma (steg 1b), antingen med inhalationssteroid (ICS) och/eller LTRA innan man går över till kontinuerlig underhållsbehandling.
- Vid behov av kontinuerlig underhållsbehandling (steg 2) kan man vid lindrigare grad av astma, oavsett barnets ålder, välja antingen lågdos ICS eller LTRA.
- Om flera preparat behöver kombineras (steg 3), rekommenderas hos förskolebarn att man först provar kombinationen ICS + LTRA innan LABA adderas, då nyttan av LABA är dåligt dokumenterad i denna åldersgrupp. Hos skolbarn kan man kombinera i den ordning man anser lämpligt.
- Först i steg 4 höjs ICS > 400 µg, och om det inte är tillräckligt övervägs tillägg av till exempel anti-IgE, teofyllamin eller perorala steroider.

Barnallergologsektionens nya stencil "D 10. Underhållsbehandling av astma hos barn" hittar du på http://www.barnallergisektionen.se/stenciler_nya06/stencillista.html

Fotnot: Barnallergologsektionen vårdar ömt den gamla benämningen stenciler som beteckning för sina vårdprogram och PM. *(Gästredaktörens anmärkning)*

Bill Hesselmar, ordförande i Svenska Barnläkarföreningens sektion för barn- och ungdomsallergologi och överläkare vid Allergi-CF-Lungcentrum på Drottning Silvias barn- och ungdomssjukhus. E-mail: bill.hesselmar@vgregion.se

BKN_text_110_2.qxd:Layout 1 3/16/10 8:06 PM Page 19

Följsamheten hos barn med astma kan förbättras

"Increasing the effectiveness of adherence interventions may have a far greater impact on the health of the population than any improvement in specific medical treatments."
WHO 2003

Olika studier visar att följsamheten vid behandlingen av en kronisk sjukdom som astma är lägre än 50 procent oberoende av vilken mätmetod som används och om det gäller vuxna eller barn (1). I slutet av 90-talet beslöt vi att genomföra en vetenskaplig studie och förbättra våra insatser för barnen med astma. Vi hade goda erfarenheter av att jobba med föräldrar i grupp när det gällde att informera blivande adoptivbarnsföräldrar och beslöt att försöka utveckla denna metod för att ta hand om föräldrar som just fått veta att deras förskolebarn hade astma. Hälften av deltagarna randomiserades till en kontrollgrupp som fick sedvanligt omhändertagande. Försöksgruppens föräldrar fick i tillägg erbjudande om att delta i tre gruppdiskussioner.

Foto: Astra Zeneca

Försökte få föräldrarna med i gruppen direkt efter diagnosen hade fastslagits

Tanken med dessa grupper var att använda oss av dialogpedagogik. Vi ville få fram föräldrarnas viktigaste frågor och ställde öppna frågor som "Vad betyder astma för dig?". Vår egen erfarenhet sade oss att astmadiagnosen för föräldrarna hade en mycket allvarligare innebörd jämfört med hur vi som behandlare såg på situationen. Senare forskning har också bekräftat våra kliniska erfarenheter (2).

Vår strategi var också att försöka få med föräldrarna i våra grupper så snart som möjligt efter det diagnosen hade fastslagits eftersom vi misstänkte att föräldrarna skulle vara mer motiverade i detta skede. Vi använde "peer education" – att man kan lära sig av andra som befinner sig i samma situation och har liknande erfarenheter. Det vi ville uppnå var en slags allians med föräldrarna om vad astma innebär och hur man bäst skall ta hand om den.

I praktiken bjöd vi in föräldrarna till fyra barn till 1,5 timmar långa träffar. Närvaron under studietiden var ca 80 procent och det var lika många pappor som mammor som deltog – antagligen beroende på att vi varit väldigt tydliga med att vi ville att båda skulle komma. Bara föräldrarna till de barn som vi visste skulle ha stor risk för att få behålla sin astma åtminstone upp i skolåldrarna bjöds in.

Trygga föräldrar mindre uppmärksamma?

Efter både 6 och 18 månader hade interventionsgruppens föräldrar en klart mer positiv syn på frågor om följsamhet och det mest väsentliga var att vi objektivt kunde mäta att barnen i interventionsgruppen hade haft en bättre följsamhet.

Barnen i interventionsgruppen hade också haft en fjärdedel så många dagar med astmabesvär som kontrollbarnen under denna tid – detta trots att de stod på signifikant lägre doser av steroider.

Mödrarna i interventionsgruppen hade en bättre livskvalitet efter 6 månader medan fäderna i denna grupp jämfört med kontrollgruppens fäder sov sämre – vilket vi tolkar som att de tog ett större ansvar för behandlingen av sina barns astma!

En uppföljning efter 6 år visade att interventionsgruppens föräldrar fortfarande hade en bättre livskvalitet och de hade också en mer positiv syn på följsamhetsfrågor. Barnen i denna grupp hade haft färre kontakter med sjukvården och de stod på lägre steroiddoser. Dock visade det sig att fler barn i denna grupp hade satt ut steroidbehandlingen trots att de faktiskt var i behov av fortsatt medicinering. Således är det en uppenbar risk att vår metod kan leda till att föräldrarna blir så trygga att de inte uppmärksammar att barnen har behov av fortsatt förebyggande medicinering!

En positiv bieffekt är att vi har "tvingats" att ha en gemensam policy vid behandling av astma inom arbetsgruppen. Olika sköterskor samarbetar med olika läkare vid dessa möten och så småningom leder detta till att vår syn på astma samordnas - vilket inte minst underlättar sjuksköterskornas telefonrådgivning!

BKN_text_110_2.qxd:Layout 1 3/16/10 8:06 PM Page 20

En handledning i att ha dessa grupper kan erhållas via e-postadress: carl-axel.hederos@liv.se.

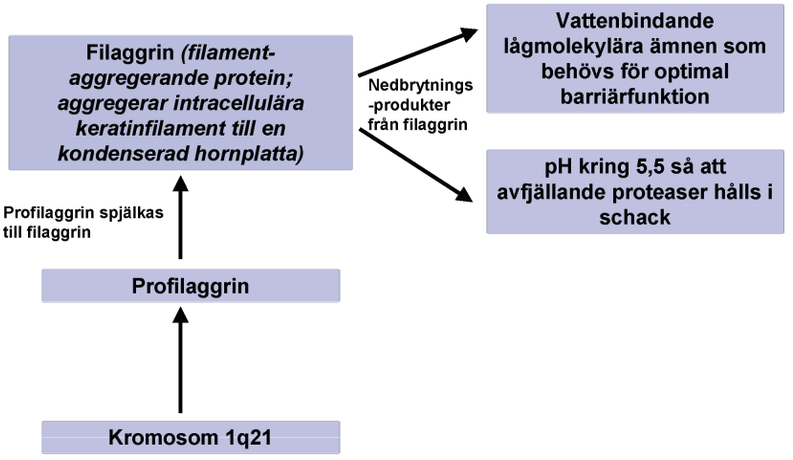
Referenser:

1. *Hederos C-A, Janson S, Hedlin G. Six-year follow-up of an intervention to improve the management of preschool children with asthma Acta Paediat. 2009;98(12): 1939-1944.*
2. *Dalheim Englund A-C. Skydda&Frigöra. En studie av föräldrar till barn med astma och av professionella vårdare. Avhandling. Thesis. Department of Nursing. Umeå University, Umeå 2005.*

Carl-Axel Hederos, Öl,
Barn-och ungdomsmottagningen,
Vårdcentralen Gripen, Karlstad
E-mail: Carl-Axel.Hederos@liv.se

Filaggrin – nyckelsubstans vid eksem

Eksem (böjveckseksem/atopisk dermatit/prurigo Besnier) är en kronisk inflammatorisk hudsjukdom, som kännetecknas av klåda, typiskt utseende samt torr hud. Etiologin bakom eksem är multifaktoriell, där genetiska faktorer samverkar med faktorer i miljön. Under senare år har mutationer i filaggringenen (*FLG*) rönt stor uppmärksamhet.



Hornlagret är epidermis yttersta skikt och en fysikalisk barriär, som förhindrar förlust av kroppsvätska och inträngandet av främmande ämnen och mikrober. Hornlagret uppstår genom en komplicerad process, där bildandet av strukturella proteiner (t ex filaggrin, involukrin, lorikrin) och lipider (t ex ceramider) är central.

Keratinocyterna i stratum granulosum har rikligt med keratohyalingranula, som innehåller profilaggrin. När cellen närmar sig hornlagret bryts profilaggrin ned till filaggrinpeptider. Keratinocyten genomgår efterhand en programmerad celldöd, varvid filaggrin aggregerar olika keratinfilament så att en kondenserad hornplatta bildas. Med hjälp av transglutaminaser korsbinds sedan intracellulära proteiner (involukrin, lorikrin) så att ett nytt cellskal "cornified cell envelope" bildas, vilket omsluter hornplattan innanför plasmamembranen.

De döda tillplattade horncellerna omges av lipider och bildar hornlagret. Tillsammans utövar de dess viktiga barriärfunktion. Man brukar likna dem vid en tegelmur, där horncellerna är tegelstenarna och lipiderna murbruket.

Filaggrinet bryts efterhand ned och bildar olika produkter med vattenbindande förmåga "natural moisturizing factors", t ex urea, mjölksyra, urokansyra. Dessa lågmolekylära ämnen gör att hornplattorna kan binda vatten och vara uppsvällda, så att hornlagret blir tätt. Vidare bidrar de till att hålla hudytans pH surt (5,5), vilket hämmar avfjällande proteaser, som annars skulle förtunna hornlagret.

Filaggrinbrist kan alltså leda till defekt barriärfunktion hos hornlagret genom att det uppstår defekta hornplattor, minskad mängd fuktbindande ämnen i hornlaget, samt ett förhöjt pH, där hornlagret förtunnas av avfjällande proteaser.

Filaggrinbrist vid eksem

Filaggringenen (*FLG*) sitter på kromosom 1q21 i det så kallade epidermala differentieringskomplexet, som är en samling gener som reglerar epidermis slutliga utmognad.

2006 rapporterade en forskargrupp ledd av professor Irwin McLean i Skottland, att två *FLG*-mutationer orsakar ichthyosis vulgaris, en ärftlig hudsjukdom kännetecknad av torr fjällande hud. Eftersom samexistensen mellan denna iktyosform och eksem är välkänd fortsatte man att studera sitt familjematerial och kunde då påvisa en klar

BKN_text_110_2.qxd:Layout 1 3/16/10 8:06 PM Page 21

Upptäckterna av filaggrinets roll har bidragit med en viktig pusselbit i forskningen runt eksembehandling.

Foto: Martin Magntorn

association även mellan de två *FLG*-mutationerna och eksem. Mutationerna leder till ett avklippt profilaggrin, som inte kan omvandlas till filaggrin. Fyndet har bekräftats i olika eksemkohorter och kontrollpopulationer.

Man känner idag till fler än 20-talet *FLG*-mutationer. 10 procent av personer med europeiskt ursprung bär på mutationer i *FLG*-genen, men alla bärare får inte eksem. Å andra sidan har 18-48 procent av dem med eksem *FLG*-nollalleller. En bärare har en trefaldigt ökad risk för eksem med IgE-association och också en ökad risk för allergisk astma (x1,8). Fenotypen med eksemdebut före 2 års ålder och långdraget svårt eksem har visat den statistiskt starkaste associationen med *FLG*-mutationer.

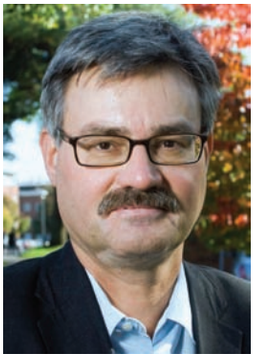
Filaggrindefekten och den därmed åtföljande hudbarriärskadan banar väg inte bara för eksem, utan även för atopisk sensibilisering och astma. Den defekta barriären ökar också risken för att irritantia och mikrober penetrerar och initierar inflammation.

Forskning om filaggrin - en viktig pusselbit

Fyndet av *FLG*-mutationer har lett till en omsvängning i synen på eksem. Barriärdefekten har åter kommit i fokus. Forskningen kring filaggrin har bidragit med en viktig pusselbit och har troligen också påverkat synen på att tidig och effektiv eksembehandling är viktig för att om möjligt motverka även atopiskt sensibilisering och astma. Hörnstenarna i eksembehandlingen är fortfarande att undvika utlösande/försämrande miljöfaktorer, att behandla barriärdefekten med mjukgörare och inflammationen med lokala glukokortikoider eller kalcineurinhämmare. Mer forskningsfokus måste dock läggas på olika "barriärstärkande" åtgärder. Exempelvis är effekten av flertalet mjukgörande medel vid eksem dåligt dokumenterad.

Referenser

1. *Johansson SGO, Bieber T, Dahl R, Friedmann PS, Lanier BQ, Lockey RF, 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;113:832-6.*
2. *Cork MJ, Danby S. Skin barrier breakdown: a renaissance in emollient therapy. Br J Nursing 2009; 18:872-877.*
3. *Brown SJ, McLean WHI. Eczema genetics: current state of knowledge and future goals. J Invest Dermatol 2009;129:543-552.*
4. *O'Regan GM, Irvine AD. The role of filaggrin loss-of-function mutations in atopic dermatitis. Curr Opin Allergy Clin Immunol 2008;8:406-410.*



Carl-Fredrik Wahlgren
Professor, öl, Hudkliniken,
Karolinska Universitetssjukhuset,
Solna
E-mail: carl-fredrik.wahlgren@ki.se

KALLELSE TILL ÅRSMÖTE

Privatbarnläkarföreningen

Fredag 23/4 kl 13.00 under Barnveckan i Jönköping

Lokal: Ej fastställt, se program för Barnveckan

Även du som inte idag är medlem men arbetar eller överväger att arbeta privat är välkommen.

För ytterligare frågor vänd er till Fredrik Cederblad
fredrik@uppsalabarnlakare.se

BKN_text_110_2.qxd:Layout 1 3/16/10 8:06 PM Page 22

I vissa studier har paracetamol associerats med högre risk för astma. Hur har detta påverkat dina råd till föräldrar?

Christina West, barnläkare vid Barnkliniken, NUS, Umeå, för närvarande post doc i "The Childhood Allergy and Immunology Research group (CAIR)", University of Western Australia, Perth:

– De hittills publicerade studierna kan inte besvara frågan om paracetamol orsakar astma, för det behövs resultat från välgjorda, randomiserade kliniska prövningar. Mitt ställningstagande har alltid varit att råda föräldrar att behandla febern bara om den är hög och barnets allmäntillstånd är påverkat, eller om barnet är smärtpåverkat. Det är råd som jag har fortsatt att ge.

Lena Simonson Garsbo, öppenvårdsbarnläkare, Göteborg:

– I nuläget, utifrån de studier som hittills är gjorda, har det inte påverkat mina rekommendationer. Jag förespråkar dock alltid en viss återhållsamhet när det gäller febernedsättande.

Mitt intryck är att det förekommer en viss överkonsumtion av paracetamol på svaga indikationer. I första hand rekommenderar jag föräldrar att följa FASS-dosen och också att fundera på behovet av paracetamol.

Lars Larsson, docent, öppenvårdsbarnläkare, Eksjö:

– Jag har inte läst studierna men är medveten om dem. Generellt är jag mycket tveksam till att anamma resultaten av sådana studier då det nästan aldrig går att utesluta att de beror på en samvariation av en faktor som man inte har kontroll över. Med det som bakgrund så har jag inte avrått några från att använda paracetamol.

Katarina Hedin, specialist i allmänmedicin, Vårdentralen Tingsryd, Kronoberg:

– Jag har inte ändrat mitt förhållningssätt. Jag är sedan tidigare restriktiv med att rekommendera febernedsättande läkemedel t ex paracetamol. Jag brukar informera föräldrarna om att febernedsättande inte gör att man blir fortare frisk vid en infektion. För ett i övrigt friskt barn är det oftast inte farligt att ha feber.

Det är dock viktigt att barnet dricker ordentligt och att det kissar men om det äter lite sämre någon dag gör inget. Ibland kan det vara befogat med febernedsättande t ex för att få barnet lite piggare för att det ska dricka och äta. Jag säger inget om eventuella enskilda risker utan ser det mer ur ett helhetsperspektiv.

Martin Lundberg, öppenvårdsbarnläkare, Stockholm:

– Ja. Det har ju länge funnits tankar om att paracetamol skulle kunna ha en del i en astmautveckling. Men det är inte det enda skälet till att vara restriktiv. Det finns ju även data som talar för att användandet av febernedsättande medicin förlänger förloppet vid infektioner. Sedan används paracetamol vid alla möjliga symptom där det inte har effekt alls. Så jag undervisar aktivt att föräldrarna ska använda det vid smärta, påverkat allmäntillstånd och t ex hög feber, men inte till pigga ungar med temp 38-39 grader.

BKN_text_110_2.qxd:Layout 1 3/16/10 8:06 PM Page 23

Svensk Barnkardiologisk förening ordnar kurs i

Barnkardiologi

Svartå Herrgård (utanför Örebro) den 7 – 10 september 2010

Kursen riktar sig i första hand till barnläkare, GUCH-läkare och kliniska fysiologer men också till biomedicinska analytiker och sjuksköterskor med barnkardiologisk inriktning. Kursen berättigar till 13 CME-poäng.

Ur planerat kursinnehåll: Hjärtmissbildningar, terminologi, struktur, fysiologi, symtom, utredning och behandling. Hjärtarytmier och pacemakerbehandling. Hjärtmuskelsjukdomar och pulmonell hypertension.

Kursansvariga:
Göran Wesström, Barn- och ungdomskliniken, Universitetssjukhuset Örebro
Per Winberg, Astrid Lindgrens barnsjukhus, Stockholm

Kursavgift:
5 700 kr, exkl. moms, inkluderande helpension i 3 dygn.

Anmälan senast den 23 maj 2010 till:

Docent Göran Wesström, Svensk Barnkardiologisk förening E-post: goran.wesstrom@orebroll.se
Alternativt sekreterare marie.andersson@orebroll.se Tel: 019 6021140 Fax 019 – 187915

Max antal deltagare: 30. Bekräftelse på att du har blivit antagen till kursen meddelas i vecka 22.

BKN_text_110_2.qxd:Layout 1 3/16/10 8:06 PM Page 24

Riksstämman 25–27 november 2009

Text: Göran Wennergren

Så många som 38 vetenskapliga posters fanns att betrakta på Pediatriksektionens välbesökta posterutställning på Riksstämman. Tre av dessa vann pris för bästa presentation.

I den efterföljande sessionen, som leddes av BLF:s vetenskapliga sekreterare Catarina Almqvist Malmros, fick sex av postrarna presenteras muntligt. Följande postrar röstades fram till pristagare av auditoriet:

1:a pris: **Sen avnavling minskar risken för neonatal anemi hos fullgångna svenska barn.** Ola Andersson, Lena Hellström-Westas, Dan Andersson, Jesper Clausen, Magnus Domellöf.

2:a pris: **Njurskada hos barn randomiserade till profylax, endoskopisk injektion eller observation.** Resultat från svenska refluxstudien. Per Brandström, Ulf Jodal, Rune Sixt, Eira Stokland, Sverker Hansson.

3:e pris: **Mer riskfyllt beteende hos ungdomar med kroniska tillstånd.** Charlotte Nylander, Carina Seidel, Ylva Tindberg.

Professor Torsten Tuvemo, Uppsala, höll BLF:s högtidsföreläsning. I föreläsningen, som var mycket uppskattad och välbesökt, reflekterade Torsten över pediatrikens utveckling under de senaste fyra decennierna. Torsten introducerades av BLF:s kassaförvaltare Måna Wallensteen (till höger).

Professor David Skuse, Institute of Child Health, Behavioural and Brain Sciences, London, höll en stimulerande gästföreläsning om The neurobiology of wellbeing during childhood and adolescence. Här flankerad av Göran Wennergren, Margareta Blennow, Catarina Almqvist Malmros och Hugo Lagercrantz.

Foto: Göran Wennergren

"Tio i topp" – De mest citerade pediatriska originalartiklarna 2008

I samband med postersymposiet presenterade Catarina Almqvist Malmros också de mest citerade, under 2008 publicerade pediatriska originalarbetena, utgående från Sverige. Denna akademiska "tio-i-topp-lista" hade följande utseende:

1. Mesenchymal stem cells for treatment of steroid-resistant, severe, acute graft-versus-host disease: a phase II study. *Katarina Le Blanc, Francesco Frassoni, Lynne Ball, Franco Locatelli, Helene Roelofs, Ian Lewis, Edoardo Lanino, Berit Sundberg, Maria Ester Bernardo, Mats Remberger, Giorgio Dini, Maarten Egeler, Andrea Bacigalupo, Willem Fibbe, Olle Ringdén, on behalf of the Developmental Committee of the European Group for Blood and Marrow Transplantation.* ***Lancet*** **2008; 371: 1579-86.**

2. GAD treatment and insulin secretion in recent-onset type 1 diabetes. *Johnny Ludvigsson, Maria Faresjö, Maria Hjorth, Stina Axelsson, Mikael Chéramy, Mikael Pihl, Outi Vaarala, Gun Forsander, Sten Ivarsson, Calle Johansson, Agne Lindh, Nils-Östen Nilsson, Jan Åman, Eva Örtqvist, Peter Zerhouni, Rosaura Casas.* ***N Engl J Med*** **2008; 359: 1909-20.**

3. Polybrominated diphenyl ethers (PBDEs) and bioaccumulative hydroxylated PBDE metabolites in young humans from Managua, Nicaragua. *Maria*

BKN_text_110_2.qxd:Layout 1 3/16/10 8:06 PM Page 25

Athanasiadou, Steven Cuadra, Göran Marsh, Åke Bergman, Kristina Jakobsson. ***Environ Health Perspect*** **2008; 116: 400-8.**

4. Cytogenetic features of acute lymphoblastic and myeloid leukemias in pediatric patients with Down syndrome: an iBFM-SG study. *Erik Forestier, Shai Izraeli, Berna Beverloo, Oskar Haas, Andrea Pession, Kyra Michalová, Batia Stark, Christine Harrison, Andrea Teigler-Schlegel, Bertil Johansson.* ***Blood*** **2008; 111: 1575-83.**

5. Major gender difference in association of FTO gene variant among severely obese children with obesity and obesity related phenotypes. *Josefin Jacobsson, Pernilla Danielsson, Victoria Svensson, Janis Klovins, Ulf Gyllensten, Claude Marcus, Helgi Schiöth, Robert Fredriksson.* ***Biochem Biophys Res Commun*** **2008; 368: 476-82.**

6. Recent anthropometric trends among Swedish school children: evidence for decreasing prevalence of overweight in girls. *Agneta Sjöberg A, Lauren Lissner, Kerstin Albertsson-Wikland, Staffan Mårild.* ***Acta Paediatr*** **2008; 97: 118-23.**

7. Multiple-breath inert gas washout and spirometry versus structural lung disease in cystic fibrosis. *Per Gustafsson, Pim De Jong, Harm Tiddens, Anders Lindblad.* ***Thorax*** **2008; 63 :129-34.**

8. Sustained reduction of antibiotic use and low bacterial resistance: 10-year follow-up of the Swedish Strama programme. *Sigvard Mölstad, Mats Erntell, Håkan Hanberger, E Melander, Christer Norman, G Skoog, C Stålsby Lundborg, Ann Söderström, Erik Torell, Otto Cars.* ***Lancet Infect Dis*** **2008; 8: 125-32.**

9. Neonatal antibiotic treatment is a risk factor for early wheezing. *Bernt Alm, Laslo Erdes, Per Möllborg, Rolf Pettersson, Gunnar Norvenius, Nils Åberg, Göran Wennergren.* ***Pediatrics*** **2008; 121: 697-702.**

10. Reduced diversity in the early fecal microbiota of infants with atopic eczema. *Mei Wang, Caroline Karlsson, Crister Olsson, Ingegerd Adlerberth, Agnes Wold, David Strachan, Paolo Martricardi, Nils Åberg, Michael Perkin, Salvatore Tripodi, Anthony Coates, Bill Hesselmar, Robert Saalman, Göran Molin, Siv Ahrné.* ***J Allergy Clin Immunol*** **2008; 121: 129-34.**

Acta Paediatrica:
Pristagarna i Young Investigator Prize 2009 utsedda

Vinnaren av priset för bästa artikel skriven av *en ung utländsk författare* 2009, blev Dr Efraim Bilavsky från Israel. I artikeln demonstrerar han tillsammans med sin forskargrupp, hur man identifierar allvarliga infektioner och användningen av C-reaktivt protein som markör för allvarliga bakterieinfektioner. Artikeln publicerades i novembernumret av tidskriften.

Det *svenska* priset gick till Titus Schlinzig på Karolinska Universitetssjukhuset, Huddinge. Dr Titus och hans forskarteam har för första gången demonstrerat att mänskligt genom kan påverkas av förlossningsmetod. Upptäckten av att DNA-metyleringen i vita blodkroppar var högre hos barn födda med kejsarsnitt kan ge en epigenisk förklaring till varför kejsarsnitt är en riskfaktor för vissa sjukdomar. Artikeln kan läsas i julinumret av tidskriften.

Priset på 20 000 kr delas ut under Barnveckan i Jönköping i april.

Efraim Bilavsky, Israel.

Titus Schlinzig, Karolinska Universitetssjukhuset, Huddinge.

Läs artiklarna på www.wiley.com/bw/journal.asp?ref = 0803-5253:

Efraim Bilavsky, Yarden-Bilavsky H, Ashkenazi S and Amir J. *C-reactive protein as a market of serious bacterial infections in hospitalized febrile infants.* Acta Paediatr 2009; 98:1776-1780.

Titus Schlinzig, Johansson S, Gunnar A, Ekström TJ and Norman M. *Epigenetic modulation at birth – altered DNA-methylation in white blood cells after Caesarean section.* Acta Paediatr 2009; 98: 1096-1099.

BKN_text_110_2.qxd:Layout 1 3/16/10 8:06 PM Page 26

SVT/Dokumentärredaktionens chef, Ingemar Persson

"Givetvis är det svårt att veta hur barnen drabbas"

Den senaste tiden har barns medverkan i så kallade "realityprogram" diskuterats livligt. Bland andra har Barnombudsmannen Fredrik Malmberg och BLF:s ordförande Margareta Blennow, riktat skarp kritik mot medieföretagen. Ett exempel på TV-program som utsatts för klagomålen är "Ett fall för Louise". Ansvarig utgivare är Dokumentärredaktionens chef Ingemar Persson. Vi frågade honom vad han anser om kritiken och varför han tycker att programserien bör fortsätta sändas.

Ingemar Persson tycker att det är viktigt att barns medverkan i "realityprogram" fortsätter att diskuteras.

Foto: Anders Billing

Programmet "Ett fall för Louise" har väckt starka känslor och motvilja hos många, vad tror du att det beror på?

– Det är ju uppenbart att man ser väldigt olika på hur barn tar skada av att vara med i TV. Jag tror att de som har åsikter kommer in i diskussionen med väldigt olika förkunskaper och perspektiv.

– Kritiken mot programserien har också nästan uteslutande handlat om det första programmet i serien. Scenen där pappan försöker lugna ner sonen genom att hålla i honom och de hamnar på golvet. Detta har av vissa uppfattats som barnmisshandel, medan andra tycker att det är ett ganska begripligt beteende i en stressad situation. Den andra kritiken gäller Louise Hallins sätt att analysera familjens situation. Vissa har upplevt det som att hon ställer en diagnos, andra som att hon talar om vad som i förlängningen kan hända med barn i liknande situationer.

Resultatet av den research du gjort inför beslutet att sända programmet visade ingenting, som kan stärka farhågan att barn kan ta skada av att medverka i så kallade realityprogram, men inte heller något som påvisar motsatsen. På vilka grunder vilar ditt beslut?

– Om det hade funnits en forskning som entydigt pekade åt något håll skulle det givetvis underlätta. Självklart handlar publicistiska beslut inte enbart om forskningsresultat. Heller inte så mycket om mina åsikter, som min och mina programmedarbetares erfarenhet.

– Jag tycker generellt sett, att det är viktigt att barn får komma till tals och att man tar dem på allvar. När det gäller sådana här ställningstaganden i mitt jobb är det svårt att avgöra huruvida barn kan få lida av att de och deras föräldrar är med i TV. Någon kanske tycker att en förälder säger korkade saker i TV och sedan kan deras barn bli mobbade för det. Något barn kanske har en förälder som är/har varit kriminell och då kanske andra föräldrar inte vill att deras barn skall umgås med den kriminelles barn – givetvis är det mycket svårt att vara säker på hur barn kan drabbas i olika situationer.

Om du och dina närmaste (barn) hade behov av psykologhjälp av det här slaget, skulle du då kunna tänka dig att ni ställde upp tillsammans i programmet?

– Det är lätt att ge ett till intet förpliktigande svar på en sådan hypotetisk fråga. Tycker nog att mitt trovärdigaste svar är den erfarenhet jag har haft i en liknande situation. Min styvson djupintervjuades i ett program på P1 om hur det är att vara skilsmässobarn. Sedermera fick han kontakt med Rädda Barnens skilsmässosajt och skrev där om sina upplevelser. I samband med lanseringen av den sajten var han också med i direktsänd TV och berättade tillsammans med Rädda Barnen.

– Det här ju inte exakt samma situation som i "Ett fall för Louise" men en liknande erfarenhet. För oss som familjemedlemmar var det en ögonöppnare, när han själv fick berätta med egna ord om vad han tyckte var bra och svårt med den skilsmässosituation han varit med om och levde i. Vi fick en mycket tydligare och klarare bild och det var en viktig erfarenhet för oss för att förbättra vår situation.

BKN_text_110_2.qxd:Layout 1 3/16/10 8:06 PM Page 27

Hade jag i det här fallet blivit tillfrågad om att själv bli intervjuad hade jag sagt ja.

Hur ser du på framtiden? Har kritiken påverkat din syn på att sända program där barn berättar om sina, vad många betraktar som "svåra familjesituationer"?

– Det är alltid komplicerat att publicera människors berättelser i TV och extra känsligt när barn är inblandade. Tror dessvärre inte att man kan hoppas på några enkla lösningar framöver heller. Det är däremot viktigt att man ständigt diskuterar och debatterar saken.

Margareta Munkert Karnros

FAKTA

TV-programmet *Ett fall för Louise* köptes in av SVT från produktionsbolaget **Blu**. Företaget är en del av den internationella mediekoncernen FremantleMedia Group, vilka är en av världens största producenter av tv-underhållning.

Anmäldes: 2009 anmälde BRIS SVT:s "Ett fall för Louise" till Granskningsnämnden. BRIS anser att det inte är etiskt försvarbart av Sveriges Television att i programmet "Ett fall för Louise" exponera enskilda och identifierbara barns smärta och sårbarhet offentligt. Ärendet avskrevs. SVT har enligt sitt sändningstillstånd en skyldighet att respektera den enskildes privatliv i programverksamheten. Granskningsnämnden får dock pröva frågor om intrång i minderårigas privatliv endast om barnets vårdnadshavare skriftligen medgett det. Något sådant medgivande fanns ej i detta fall.

Källa: *Granskningsnämnden för radio och TV.*

Staffan Janson, professor i folkhälsovetenskap, barnläkare och vetenskaplig rådgivare för Barnrättsakademien:

"Det är föräldrarnas och samhällets ansvar att skydda barn från situationer vars konsekvenser de inte kan överblicka"

– När SVT under senhösten 2009 sände reality-programmet "Ett fall för Louise", där en nioårig pojke i kris med sin pappa exponerades inför hela Sverige, reagerade barnläkarföreningens ordförande Margareta Blennow tillsammans med bl a BO föredömligt snabbt med ett debattinlägg i Dagens Nyheter.

Deras huvudsakliga och mycket berättigade kritik var att medieföretagen låter det så kallade allmänintresset gå före principen om barnets bästa och att de svenska reglerna för press, radio och TV inte är förenliga med hur dagens verklighetsbaserade tv-program ser ut.

– I den intervju som Barnläkaren nu gjort med Dokumentärredaktionens chef, Ingemar Persson, bygger han upp sitt försvar på att det är barns rätt att få komma till tals och att det inte finns någon tillförlitlig forskning om hur yngre barn reagerar efter att ha exponerat sina känslor och beteenden i massmedia. Inget av dessa två argument håller ur ett barnrättsperspektiv.

Att man skall ta tillvara barns åsikter (artikel 12 i FN:s barnkonvention) betyder inte att man samtidigt får kränka deras integritet. Artikel 5, som handlar om barns utveckling och förmågor, är mycket tydlig på den punkten. Det är föräldrarnas och samhällets ansvar att skydda barn från situationer vars konsekvenser de inte kan överblicka.

Foto: Håkan Strandman

Läs debattartikeln i Dagens Nyheter: www.dn.se/opinion/debatt/mediernas-etiska-regler-maste-ge-skydd-at-barnen-1.988342

BKN_text_110_2.qxd:Layout 1 3/16/10 8:06 PM Page 28

Läs tidigare publicerade debattinlägg under "Aktuell debatt" på nya hemsidan www.barnlakaren.se.

Temanumret om Psykosomatik (6/2009):

Stress ett stressigt ord

Illustration: Anders Richardsson

I det utmärkta numret av Barnläkaren om psykosomatik blir jag osäker på vad olika skribenter menar med *stress* som används med flera olika betydelser även i samma artikel. Ordet betecknar i svenskan både känslomässiga upplevelser och fysiologiska effekter men också orsaker till dessa, och i vardagsspråket står det för jäkt.

En enkel definition av stress är obalans mellan omgivningens krav och den enskildes resurser. Det vill säga en påfrestning som kroppen inte hanterar inom de vanliga somatiska eller mentala försvarsmekanismerna. Påfrestningen, belastningen, utmaningen blir alltför stor vilket då kan ge olika yttringar. Stress är i den betydelsen ett sjukdomssymtom, och bör nog så förbli i en medicinsk text. Då får man söka synonymer för "positiv stress" som stimulation eller utmaning. Inte kalla omgivningsfaktorer för "stressorer" eftersom de varierar så starkt med person. Inte gärna kalla kortisol för "stresshormonet" i bestämd form när variationerna i högsta grad är fysiologiska, inga gränsvärden finns definierade och andra hormoner spelar in.

Jag efterlyser alltså akribi kring ordet stress i medicinska sammanhang.

Bengt Lagerkvist, MD PhD,
Docent i pediatrik ,Umeå Universitet,
E-mail : bengt@mariehem.net

På ett dygn stoppas upp till 50 000 försök att nå sajter med övergreppsbilder.

Ecpat är en barnrättsorganisation som arbetar med att stoppa den kommersiella barnpornografin. Du kan också påverka. Läs hur på ecpat.se

ecpat
MOT BARNSEXHANDEL

Alla nyfödda kommer inte till BB. Var tionde barn startar sitt liv på neonatalavdelningen.

Lilla barnets fond är en ideell förening. Syftet är att samla in pengar till forskning om det nyfödda barnet och dess framtida hälsa.

Lilla barnets fond
för forskning om nyfödda barn

Ge en gåva eller bli medlem i Lilla barnets fond
www.lillabarnet.se

sms
Ge en 50-lapp
skicka lillabarnet till 72901

plusgiro 900155-3

BKN_text_110_2.qxd:Layout 1 3/16/10 8:06 PM Page 29

"Amning minskar inte risken för astma eller allergi"

Det är sedan åtskilliga år klarlagt att sambandet mellan amning och allergiutveckling är marginellt. Trots detta hävdas fortfarande i några länder, bland annat Sverige, att amning skulle skydda mot allergi. Detta tycks bero på att amning ju allmänt sett är en god sak och att man är rädd för att omprövning av råd skulle kunna vålla oro och förvirring hos allmänheten. Men rådgivning är etiskt tvivelaktig om den inte står på fast grund och är lika väl dokumenterad som nya läkemedel eller andra medicinska åtgärder.

Foto: Wikipedia

Ett problem när det gäller allergi och amning är oklara begrepp. Astma är ett kliniskt symptom som kan, men inte behöver vara orsakat av allergi. Luftvägsobstruktion under de första levnadsåren beror dock sällan på allergi, utan utlöses av luftvägsinfektioner. Ammade barn har lägre frekvens av infektioner. Det gäller framför allt i fattiga länder med bristande hygien, men också i viss utsträckning hos oss. Småbarn har därför något lägre risk för infektionsutlöst luftvägsobstruktion. Påståenden om att amning förebygger astma efter spädbarnsåren är däremot löst grundade.

Begreppet "allergi" är inte entydigt utan kan syfta på många olika kliniska tillstånd, såsom eksem, snuva, nässelutslag och diarré. De kan alla ha andra orsaker än allergi, inte minst infektioner. Allergibegreppet syftar också ofta på helt friska ban som råkar ha IgE-antikroppar mot något allergen. Övergående IgE-antikroppsbildning mot olika allergen är dock en normal företeelse under småbarnsåren och inte nödvändigtvis kopplat till allergiutveckling.

Det finns många studier som antingen finner eller inte finner ett samband mellan amning och astma. Det finns också lika välgjorda studier som talar för ökad risk för ammade barn att utveckla allergi, särskilt om mamman är allergisk. En möjlig förklaring till detta skulle kunna vara skillnader som fler studier visat i sammansättningen av mjölk från allergiska och icke allergiska mammor.

Det är missvisande att i information som delas ut på olika håll inom hälso- och sjukvården påstå att amning minskar risken för allergi eller astma. Om amning har någon effekt så är den marginell. Många tolkar gärna studier som visar positiv effekt som bevis, medan negativa studier beskrivs som icke konklusiva.

Ur etisk synpunkt bör rådgivning vara lika väl dokumenterad som för medicinering eller annan behandling. Alla barnläkare vet att småbarnsmammor har lätt för att skuldbelägga sig för allt som de gjort eller inte gjort. Många mammor i Sverige vittnar om att amningsrådgivningen på fältet ofta har tydliga moraliska övertoner. Det väcker då skuldkänslor om man av något skäl inte vill eller har svårt att amma under sex månader. Det tillkommer inte personalen inom hälso- och sjukvården att värdera skälen för att en mamma inte vill amma, lika litet som vi har rätt att ifrågasätta skälen till att följa eller inte följa andra råd eller att medverka eller inte medverka i en klinisk prövning. Vår uppgift är att informera dem som så önskar om amningen och hur man gör i praktiken. Vi kan inte i Sverige hävda att amning är av avgörande betydelse för barnets hälsa.

Bengt Björkstén, professor emeritus i barnmedicin och allergiprevention, (Ordförande i Svenska Barnläkarföreningen 1990-92)
E-mail: bengt.bjorksten@ki.se

Vill du skriva ett inlägg till debattsidan? Skriv kortfattat (max 500 ord, 5 referenser) och skicka till: info@barnlakaren.se

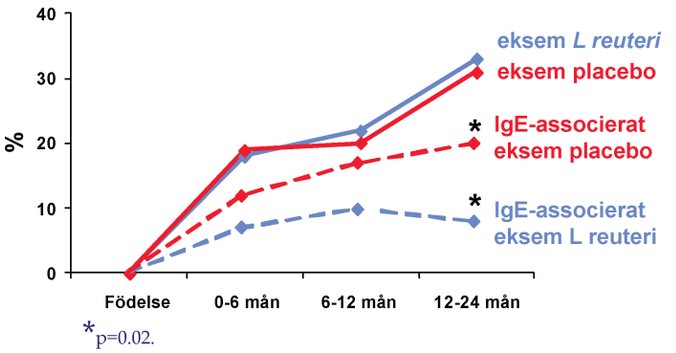
BKN_text_110_2.qxd:Layout 1 3/16/10 8:06 PM Page 30

Kan allergisk sjukdom under spädbarnsåren förebyggas med *Lactobacillus reuteri*?

Spädbarnseksem kan inte förebyggas genom att man ger den probiotiska mjölksyrabakterien *Lactobacillus reuteri* under första levnadsåret. Det är slutsatsen av den studie på spädbarn som ligger till grund för denna avhandling. Däremot finns det fynd i studien som skulle kunna tala för att de barn som fått *Lactobacillus reuteri* löper en lägre risk att få allergisk astma och hösnuva i skolåldern.

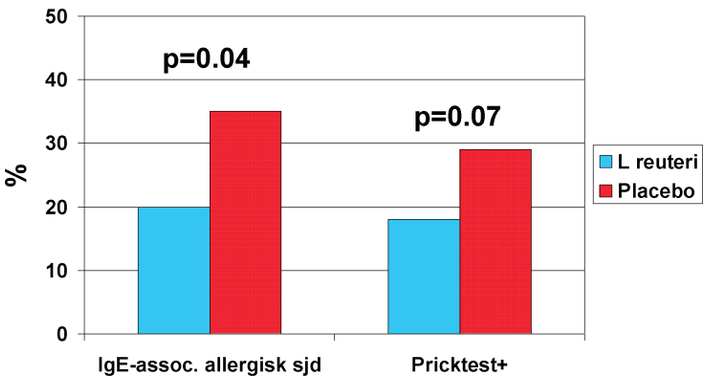
Flera studier under senare år talar för att en förändring av tarmfloran under spädbarnsåren kan vara en orsak till att allergier blivit allt vanligare under det senaste seklet. Thomas Abrahamsson har utvärderat om uppkomst av allergisk sjukdom kan förebyggas genom att man ger spädbarn ett kosttillskott av den probiotiska bakterien *Lactobacillus reuteri*. Undersökningen som genomfördes på barnklinikerna i Jönköping, Linköping, Motala och Norrköping omfattade 188 familjer.

En grupp blivande mödrar började ta ett kosttillskott fyra veckor före förlossningen. Hälften av dem fick *Lactobacillus reuteri* och den andra hälften placebo. Efter födelsen fortsatte deras barn dagligen med samma produkt som mamman, i form av oljedroppar, till ett års ålder. Barnen följdes sedan i ytterligare ett år avseende utveckling av allergisk sjukdom, t ex spädbarnseksem och astma. Med hjälp av pricktest och analys av specifika IgE-antikroppar i blodprover analyserades också om barnen blivit sensibiliserade, d v s om de utvecklat specifika IgE-antikroppar mot allergener.



TA

Utvecklingen av eksem och IgE-associerat eksem (eksem + sensibilisering) till 2 års ålder.



TA

Kumulativ incidens av IgE-associerad allergisk sjukdom (allergisk sjukdom+sensibilisering) och pricktest till 2 års ålder.

Kliniskt utfall

Någon allmän minskning av allergisk sjukdom, spädbarnseksem, kunde inte påvisas av behandlingen. Andelen barn som hade allergisk sjukdom och samtidigt var sensibiliserade mot allergen var däremot signifikant lägre i den grupp som fått *Lactobacillus reuteri* än i placebogruppen (Figur 1 och 2). Effekten var särskilt tydlig hos de barn vars mamma var allergisk.

Resultaten är spännande eftersom det är just sensibiliserade barn med eksem som löper störst risk att utveckla allergisk astma och hösnuva när de blir äldre. Eftersom allergisk astma och hösnuva är ovanliga vid två års ålder gick det inte att bedöma eventuella skyddande effekter av probiotika på dessa manifesationer i denna studie, men resultaten skulle kunna tala för att barnen som fått *Lactobacillus reuteri* löper en lägre risk att utveckla dessa sjukdomar i skolåldern. En uppföljning när barnen fyllt sju år är därför planerad.

Laborativa analyser

Avhandlingsarbetet omfattade även laborativa analyser av bakteriefloran i tarmen och immunologiska parametrar i bröstmjölksprover och blodprover från barnen. Bland

BKN_text_110_2.qxd:Layout 1 3/16/10 8:07 PM Page 31

annat mättes nivåerna av s k Th1- och Th2-kemokiner i blodprover. Kemokiner är ämnen som styr immunceller till olika organ i kroppen vid inflammation, exempelvis till lungorna vid en astmaattack. Analyserna bekräftade att barn som utvecklar allergisk sjukdom har högre nivåer av Th2-kemokiner redan vid födelsen. Ett intressant fynd var att barn som var *Lactobacillus reuteri* positiva i avföringsprover första levnadsveckan hade de högre nivåer av Th1- och lägre av Th2-kemokiner första levnadsåret. Kemokinnivåerna påverkades även av olika omgivningsfaktorer, och starkast påverkades de av att gå på förskola. De som gick i förskola hade högre nivåer av Th1-kemokiner i blodet och var också i mindre utsträckning sensibiliserade. Det skulle kunna bero på att förskolemiljö innebär en kraftigare exponering för bakterier än hemmamiljö.

Thomas Abrahamsson, Barnläkare/Neonatolog, Barn- och ungdomskliniken, Universitetssjukhuset i Linköping.
E-post: thomas.abrahamsson@lio.se

Avhandlingen

Thomas Abrahamsson, Inst. för klinisk och experimentell medicin, avd för pediatrik, Linköpings universitet, försvarade sin avhandling "*Can Lactobacillus Reuteri Prevent Allergic Disease in Early Childhood*" den 1 oktober 2009 i Linköping. Fakultetsopponent var Professor John Bienenstock, McMaster University, Hamilton, Canada.

Länk till avhandlingen: http://urn.kb.se/resolve?urn=urn:nbn:se:liu:diva-20626

Avhandlingar inom Barnmedicin

Disputera? Glöm inte att anmäla detta till Barnläkaren
info@barnlakaren.se

Emma Elsmén Steen, Lunds Universitet, disputerade den 10 december 2009

Titel: Gender differences in perinatal morbidity and long term consequences of preterm birth

Opponent: Jens Schollin, Örebro

BKN_text_110_2.qxd:Layout 1 3/16/10 8:07 PM Page 32

Redaktör: Carl Lindgren

Rebecka Lagercrantz:

Barnläkare och konstnär med familjen i fokus

– Jag visste att jag inte skulle bli läkare, och definitivt inte barnläkare, säger Rebecka Lagercrantz, som med paradoxens självklarhet just är nybliven specialist i barnmedicin. Men det tidiga intresset för konst bär hon med sig. Vid sidan om sin tjänst på Astrid Lindgrens Barnsjukhus arbetar hon i sin ateljé i bland annat olja, akvarell och skulptur.

Foto: Eva Rudling

Rebecka tar emot i sin ateljé, med vitmålade väggar och med Leonard Cohen konstant flödande från CD-spelaren på golvet, och liksom av en tillfällighet kommenterar han av och till vårt samtal "*I chose the rooms I live in with care – the windows are small and the walls almost bare*", påpekar han. Nåja, fönstren är kanske litet små för att vara en konstnärsateljé, men väggarna är inte kala, utan fyllda med skulpturer i terrakotta och oljor. Entrédörren till ateljén är i motsats till de övriga blanka mässingsskyltarna i den strama trappuppgången prydda med barnteckningar.

Studerade konst under skoltiden

Jag har alltid tecknat, säger Rebecka, och redan som 10-åring gick jag i lära hos Barbro Andersson känd för sina blomstermotiv. Jag fick som ett av mina första uppdrag att illustrera skolböcker som till exempel *Första Läseboken* för åk 1-3 och barnböcker som *Taggen* och *Brevet från Frida*. Mamma Rose och storebror Leo stod för textmaterialet. Vid sidan av skolan hade jag alltid kurser och utbildning inom olika konstarter. Vid 14 års ålder fick jag Marilyn Hamilton-Gierow som lärare i skulptur på Riddarfjärdsskolan.

I väntan på festmåltiden

Prinsen provar sko på prinsessan

Jag valde estetisk linje på Södra Latin, men bytte redan efter tre veckor till naturvetenskaplig linje, vilket naturligt nog gav en större bredd att välja yrke efter studenten. Jag ville bli konstnär men konstnären och läraren Torsten Bergmark sa till mig att det trots allt var bra att ha en "borglig utbildning" i bagaget även som konstnär.

Påverkad av denna klokskap påbörjade Rebecka våren 1992 sina medicinstudier i Uppsala, där hon i slutskedet av utbildningen träffade sin make, distriktsläkaren och författaren Jonas Moström. Efter medicinstudierna i Uppsala bar det iväg till AT-tjänstgöringen i Sundsvall. Arbetet som redan då inkluderade några extra månader på barnkliniken minns Becka med glädje, men på helgerna tyckte hon staden blev litet öde och trist. *I'm sentimental – if you know what I mean, I love the country, but I can't stand the scene*, flikar Cohen in från CD-spelaren. Sentimental, ja kanske på samma sätt som Hjalmar Söderberg – en annan av Rebeckas ikoner – en längtan till att kunna flanera i storstadens miljö, med sina trånga gränder plötsligt avbrutna av storslagna vyer.

Fokusering ger tid i vardagen

Det är en mångsidig konstnär som tar emot i sin ateljé. Inspiration och influenser hämtas såväl från musiken genom Leonard Cohen och Jacques Brel, som från konstnärer som Marc Chagall och Frida Kahlo. Rebecka arbetar med såväl olja, akvarell som med terrakotta. Gouacher med Stockholmsmotiv, akvareller som har tillsatts med ett vitt pigment och som i motsats till vanlig

BKN_text_110_2.qxd:Layout 1 3/16/10 8:07 PM Page 33

Utsikt över Strandvägen

akvarellfärg är täckande, illustrerar hennes stora passion för huvudstaden.

Ateljén fungerar som ett refugium för en ambitiös och målmedveten person som står på många ben samtidigt, men som har en förmåga att skilja mellan dessa.

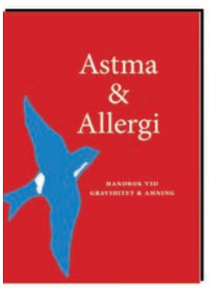
– När jag läste medicin satt jag aldrig och tecknade i marginalen på föreläsningsanteckningarna. När jag arbetar på barnkliniken är jag helt fokuserad på det och försöker också ta jourer som ger bra avkastning i tid – jag är alltid jour på julafton – för att kunna frigöra tid för familjen och konstnärskapet. Familjen, som tillökats med två döttrar åtta och fyra år har hög prioritet. Vi har högläsning med barnen varje kväll.

Carl Lindgren, barnläkare, Stockholm
E-mail: carl.lindgren@actapaediatrica.se

FAKTA *Rebecka Lagercrantz*

Född: 1972
Utbildning: Specialistutbildning barnmedicin, studerat måleri och skulptur vid bl a Grundis, Basis i Stockholm samt Gerlesborgsskolan i Bohuslän.
Representerad: Tavlan *I väntan på festmåltiden*, Judiska museet. Målningar på bl a Danderyds Barnakut, Åsö VC, Sundsvalls sjukhus ochTimrå VC. Skulpturer på bl a Neonatalavdelningen, Astrid Lindgrens Barnsjukhus.
Aktuell: Utställning på Sturebiblioteket, Stockholm 27/4-6/6. Finns representerad på en samlingsutställning på Nordens Ljus vid Blasieholmskajen.
Läs mer på: www.rebeckalagercrantz.se.

Nya böcker/boktips



Astma & Allergi – en handbok vid graviditet och amning
Den senaste forskningen sammanställt av svenska specialistläkare och forskare
Utg. Stiftelsen Astma och Allegiförbundets forskningsfond
Utgivningsår: 2009

Allergi och Astma
Gunilla Hedlin, Kjell Larsson (red)
Upplaga: 1
ISBN: 9789144029962
Utgivningsår: 2009

Vill du tipsa om en läsvärd bok?
Skriv till Carl Lindgren: carl.lindgren@actapaediatrica.se

BKN_text_110_2.qxd:Layout 1 3/16/10 8:07 PM Page 34

KALENDARIUM

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

2010

APRIL

15-16/4 Vårmöte i Perinatologi, Trollhättan
Info: www.blf.net

19-23/4 **Barnveckan i Jönköping**
Info: www.blf.net

MAJ

18-19/5 APLS (Advanced Paediatric Life Support), Göteborg
Info: www.vgregion.se/pkmc

31/5-11/6 Att mäta barns hälsa – ett folkhälsoperspektiv 5 ECTS, Nordiska hälsohögskolan.
Info: www.nhv.se

JUNI

14-15/6 European Association for Adolescent Health (EAAH), Reyjkavik
Info: www.congress.is/IAAH-EAM2010www.blf.net

AUGUSTI

4-9/8 The 26th International Pediatric Association Congress of Pediatrics 2010 (IPA) Johannesburg
Info: www2.kenes.com/IPA/Pages/home.aspx

Nästa nummer…

Nästa nummer har temat **Neonatologi** och utkommer den **31 maj**. 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 foto av er själva och att skriva under med namn, titel och arbetsplats (Anders Andersson, Barnläkare, Malmö lasarett, E-mail)

Tipsa gärna om nyheter: info@barnlakaren.se

Haiti
Barnen drabbas hårdast. Vi är på plats och behöver ditt stöd. Skänk 50 kronor genom att sms:a KATASTROF till 72 950 eller gå in på räddabarnen.se.

Rädda Barnen
Save the Children Sweden

BRIS
BARNENS RÄTT I SAMHÄLLET

Stöd oss som privatperson eller företag – gå in på BRIS.se så får du veta hur.

BKN_text_110_2.qxd:Layout 1 3/16/10 8:07 PM Page 35

IBC-neutricia-Solvadaren.qxd:Layout 1 3/16/10 7:57 PM Page 1

Nu introducerar vi **Pepticate!**

Pepticate är ett extensivt hydrolysat med vassle, prebiotika och LCP (Långkedjiga fettsyror), som smakar gott.

Pepticate har en smak som tolereras väl av de små barnen och ger en dokumenterat effektiv och säker behandling av barn under 1 år med komjölksallergi.[1]

Pepticate – när smak, trygghet och magkänsla spelar roll!

Läs mer om vårt breda sortiment av allergiprodukter på **www.nutricia.se**

Nyhet!

Ref: **1.** Giampietro, P. G., Kjellman, N. I., Oldaeus, G., et al. Hypoallergenicity of an extensively hydrolyzed whey formula. Pediatr Allergy Immunol 2001; 12: 83-86.

NUTRICIA
Advanced Medical Nutrition

Nutricia Nordica AB, Tel: 08-24 15 30

Ekelund & Wik, 2009

Annonsera i Barnläkaren

Teman för 2011

1. Neuropsykiatri
2. Gastroenterologi
3. Sömn
4. Akutpediatrik
5. Barn och fysisk aktivitet
6. Barn och kultur

Boka redan nu: info@barnlakaren.se, 070-357 16 63/08-517 795 82
Info: www.barnlakaren.se

Omnitrope®
Somatropin

Brett sortiment och smidig injektionspenna

Omnitrope® finns som **färdig lösning** i styrkorna **5 mg** och **10 mg**. Lösningen administreras enkelt med hjälp av en **smidig injektionspenna**.

Omnitrope® Rx är i Sverige godkänt för behandling av:
1) Barn med tillväxtstörning orsakad av: Otillräcklig insöndring av endogent tillväxthormon (PGHD). I samband med Turners syndrom. I samband med kronisk njurinsufficiens (CRI). Hos korta barn som är födda SGA. Associerat med Prader-Willis syndrom (PWS). 2) Vuxna med uttalad brist på tillväxthormon.

För mer information om Omnitrope® se www.sandoz.se, www.emea.com eller telefon 070 600 81 43.

För fullständig information om varningsföreskrifter och begränsningar se www.fass.se.
Datum för översyn av produktresumén mars 2008.
ATC-kod H01AC01

SANDOZ

FWD

Sandoz AB, Edvard Thomsens Vej 14
2300 Köpenhamn S Danmark
www.sandoz.se