

Vitamin D-mangel hos barn med cøliaki

Pasienten var en ni måneder gammel norsk gutt innlagt ved barneavdeling på grunn av akutt gastroenteritt og krampeanfoll. Han var ammet frem til seks måneders alder uten tillegg og fikk hveteprodukter i form av grøt fra seks måneders alder. Mor hadde ingen hormonelle sykdommer. Ingen i familien hadde krampeanfoll eller gastrointestinale sykdommer.

Ved innkomst hadde han temperatur 38,6 °C, var noe slapp, men uten tegn til dehydrering. Det var normal organstatus for øvrig, og ingen skjelettabnormiteter ble funnet. Pasienten hadde to episoder med toniske og kloniske krampeanfoll innkomstdagen. Det klinisk bildet ble oppfattet som tetani på grunn av hypokalsemi (serum-kalsium 1,51 mmol/l, ionisert kalsium 0,94 mmol/l). Pasienten fikk derfor kalsiumglukonat intravenøst i tillegg til kalsium peroralt. Etter hvert fattet man mistanke om vitamin D-mangel på grunn av malabsorpsjon.

Laboratorieprøver viste: serum 25(OH) vitamin D₂ ikke målbar; serum 25(OH) vitamin D₃ < 8 nmol/l; serum 1,25(OH)₂ vitamin D 64 pmol/l; parathyreoidahormon (PTH) 23,8 pmol/l; magnesium 0,8 mmol/l; fosfat 1,15 mmol/l; blodsukker 4,8; albumin 38 g/l. Prøvene bekreftet altså vitamin D-mangel. Til tross for ekstra tilskudd av kalsium hadde pasienten persisterende hypokalsemi, men var anfallsfri i de påfølgende dagene. Barnets allmenntilstand var ikke tilfredsstillende og han oppnådde ikke adekvat tilvekst til tross for behandling. Ytterligere undersøkelser bekreftet diagnosen cøliaki. Han hadde høye verdier av glutenantistoffer: IgA 11,1 mg/l, IgG 138 mg/l og sterkt positiv endomysiumtest (65 enheter). Histologisk undersøkelse av duodenalbiopsier viste total totteatrofi i slimhinnen, krypthyperplasi og ødelagt overflateepitel – typisk for cøliaki.

Vår pasient hadde typiske symptomer på akutt gastroenteritt ved innkomst, oppfattet som sannsynlig viralt betinget. Det er mest sannsynlig at han hadde grunn sykdommen cøliaki, og symptomene var tydelige under forløpet av gastroenteritt.

Cøliaki hos barn kan opptre forskjellig: Løs avføring, manglende tilvekst eller oppkast. Sykdommen opptrer gjerne ved introduksjon av hvete i kosten, typisk mellom seks måneder og to år. Vitamin D-mangel som forårsaker hypokalsemisk tetani hos barn med cøliaki er beskrevet i litteratur (1, 2). Vitamin D-mangel hos vår pasient

kan forklares ved følgende faktorer: Malabsorpsjon, inadekvat inntak av vitamin D i kosten og utilstrekkelig soleksponering i vintermånedene.

Vitamin D-mangel er sjelden hos velernærte norske barn, men kan forekomme hos barn med forannevnte risikofaktorer. Cøliaki bør vurderes når et barn har symptomer på vitamin D-mangel, persisterende hypokalsemi og unormal avføring. Herved understrekes betydningen av å ta serum-kalsiumverdier ved gastroenteritt.

Oslo *Chandra Sekhar Devulapalli*

Tsetsefluer i Øst-Afrika

Noe av det siste vi leste før vi reiste til Øst-Afrika, var to artikler i Tidsskriftet om tsetsefluen (1, 2). Da vi kom til Lake Manyara National Park i Tanzania, så vi på kartet at tsetsefluen bare fantes sør i parken, langt vekk fra området vi skulle besøke. Vår sjåfør og guide fortalte at det ikke var tsetsefluer i vårt område. Etter ganske kort tids kjøring i parken ble vi likevel angrepet av flere tsetsefluer som kom flygende inn i bilen. Vi hadde ovennevnte artikler i friskt minne og drepte samtlige fluer og unngikk å bli bitt. Vi syntes det var utrivelig og forlot parken etter kort tid. Vår sjåfør og guide fikk da opplyst av parkvokteren at tsetsefluen nylig hadde kommet i store mengder, kanskje i forbindelse med regntiden.

En tsetseflue minner om en norsk klegg, både i form, farge og oppførsel. Når den sitter stille, har den trekantet form fordi den krysser vingene i hvilestilling.

Vi har to venner som nylig ble bitt av tsetseflue uten å få trypanosomiasis. Den ene fikk imidlertid en svær allmennreaksjon, den andre en betydelig lokal reaksjon. Det virker altså som om tsetsefluen kan gi betydelige plager foruten trypanosomiasis.

Man kan ikke regne med at ambassader/reisebyråer til enhver tid er helt oppdatert når det gjelder lokal forekomst av tsetsefluer. De forekommer sporadisk i flere av Tanzanias nasjonalparker. Man bør selv skaffe seg førstehåndsinformasjon når man ankommer.

Uganda *Inge og Hans Otto Sandberg*

Litteratur

- Boonstra E. Trypanosomiasis – reell risiko for turister i Tanzanias nasjonalparker. Tidsskr Nor Lægeforen 2002; 122: 35–7.
- Myrvang B, von der Lippe B. Afrikansk trypanosomiasis – en sjelden importsykdom. Tidsskr Nor Lægeforen 2002; 122: 33–4.

Vinstoptimering og generisk substitusjon

Det er med stigande forvåning jeg läser Marit Andrews svar i Tidsskriftet nr. 2/2002 (1) på Hans Petter Aarseths innlegg i nr. 28/2001 (2) om apotekskedjornas rovdrift på marknaden.

Såttet att möta en berättigad kritik är klassisk. Som vanligt vidgår man inte med ett ord att man kan ha ett felaktigt upplägg. Sanningen är följande där jag arbetar utanför Stavanger.

Det finns i stort sett inga antibiotika som är avsedda för barn längre, förutom bredspektraantibiotika.

Man håller på att sortera ut medikamenter som inte är lönsamma, kommer med påståenden om att man inte tillverkar dem längre. Världen er inte längre bort än en telefon. Kontroll med olika apotek i Sverige, Danmark och en tillverkare i England gav vid handen att apotekpersonal hade varit lite ovarsamma med verkligheten. Samtliga läkemedel är registrerade i Norge, trots att personalen påstod motsatsen.

Som följd av denna begränsade lagerhållning blir man nött till att byta ut av doktorn ordinerade läkemedel, trots att de flesta av oss vet vikten av att få det som står på recepten. Det förskrivna läkemedlet är inte slumpmässigt valt.

Äldre patienter har stora bekymmer med denne nya ordning. Jag tror att det kallas vinstoptimering. Visst kan alla apotek ha allting, om inte så är det kotym att kunna skaffa det inom 24 timmar.

Jag tycker att det är ohållbart att personal som inte är medicinsk utbildad skall desavuera mina ordinationer och dessutom vill att jag skall ta ansvar för deras verksamhet. Jag har ordinerat ett medicinsk preparat för att patienten skall ha just det och inget annat. Ett generisk preparat kan ha en helt annan sammensättning og färg.

Är er lobbyverksamhet för möjligheten att byta ut till generisk preparat i departementet motiverad av möjligheten til større förtjänst?

Sola *Jan Åke Johannesson*

Litteratur

- Andrew M. Avsporing om generisk substitusjon. Tidsskr Nor Lægeforen 2002; 122: 218–9.
- Aarseth HP. Hvorfor generisk substitusjon? Tidsskr Nor Lægeforen 2001; 121: 3339.

→