
Gastrointestinale endoskopier av barn

REDAKSJONELT

GJERMUND FLUGE

Gjermund Fluge (f. 1936) er seksjonsoverlege ved Seksjon for pediatrik gastroenterologi og ernæring ved Barneklubben, Haukeland Sykehus, og professor i pediatrik gastroenterologi. Han har arbeidet særlig med cøliaki og cystisk fibrose og vært leder av fagrådet for Norsk forening for cystisk fibrose.

Barneklubben
Haukeland Sykehus
5021 Bergen

I dette nummer av Tidsskriftet presenteres en retrospektiv undersøkelse av samtlige endoskopier foretatt hos barn ved Sentralsykehuset i Akershus (1). I en femårsperiode frem til 1998 ble det utført 420 endoskopier, som utgjør 84 prosedyrer per år i gjennomsnitt. Vi må anta at antall endoskopier per år har vært økende i perioden. Det er erfaringen fra Barneklubben i Bergen, hvor antall gastroskopier har økt jevnt fra slutten av 1970-årene, mens antall koloskopier ikke har økt tilsvarende. De siste tre år har antall endoskopiske prosedyrer ved denne avdelingen vært 120 – 180 per år.

Økningen i behovet særlig for gastroskopier hos barn skyldes ekspansjonen innen barnegastroenterologi generelt – fra en sped begynnelse i 1970-årene til dagens nivå med selvstendige seksjoner for barnegastroenterologi ved Ullevål sykehus og Haukeland Sykehus og et gradvis økende antall barneleger med spesialinteresse innen dette feltet ved landets sentral- og regionsykehus. Den økte oppmerksomheten omkring gastroøsofageal refluks og refluksøsofagitt har også ført til et økt antall gastroskopier, likeledes den økte bruken av perkutan endoskopisk gastrostomi (PEG) og lavprofil gastrosonde ("knapp" eller Mic Key) hos barn med ernæringsproblemer. I utlandet har man også tatt i bruk barnegastroskopier med svært liten dimensjon til undersøkelse av nyfødte og premature barn.

Tidligere ble tynntarmsbiopsier tatt med biopsikapsel under gjennomlysning bl.a. for å diagnostisere cøliaki. I dag anvender man i stedet gastroskop.

I den foreliggende artikkel ble 203 av endoskopiene (48 %) utført på indikasjonen magesmerter som det dominerende symptom, og med diagnosen uspesifikke magesmerter hos 38 av barna (19 %). Like mange pasienter i denne gruppen hadde cøliaki. Ureasetest (*Helicobacter pylori*) ble utført under 32 gastrokopier (12,5 %), og dette er en liten andel. *H. pylori* er en aktuell årsak til abdominalsmerter hos barn, og ureasetest bør utføres ved alle gastrokopier på denne indikasjon. I en ny undersøkelse fra Sveits fant man *H. pylori* hos 40 % av 73 barn som ble gastrokopert på indikasjonen residiverende abdominalsmerter. Alle de infiserte hadde kronisk gastritt (2). Hos barn er det relativt sjelden å finne ulcus ved *H. pylori*-infeksjon, gastritt er det vanligste funnet.

Hvilke barn skal endoskoperes? Man må selektere pasienter for disse prosedyrer ut fra klinisk skjønn og laboratorieresultater. Forhøyet SR reiser mistanke om inflammatorisk tarmsykdom, påvisning av glutenantistoffer og positiv endomysium- eller ev. transglutaminasetest gir sterk mistanke om cøliaki, og en positiv C13-pustetest med tanke på *H. pylori* gir sterk indikasjon på at en slik infeksjon foreligger. I to undersøkelser av barn med residiverende abdominalsmerter (inflammatorisk tarmsykdom ekskludert) ved Barneklubben i Bergen (3, 4) var det få pasienter som ble undersøkt endoskopisk.

I materialet fra Sentralsykehuset i Akershus har man funnet en insidens av inflammatorisk tarmsykdom og av cøliaki som er i tråd med tall fra Helseregion Vest og fra Sverige. Det er verdt å merke seg at diagnosen cøliaki ble stilt etter gastrokopi på indikasjonen abdominalsmerter like ofte som på indikasjonen ”uspesifikke magesmerter” og dobbelt så ofte som diagnosen inflammatorisk tarmsykdom.

Det var svært få pasienter som ble videresendt til regionsykehus for diagnostikk der. Det foreliggende materiale er derfor trolig representativt for en norsk barnepopulasjon og således en viktig dokumentasjon av denne type virksomhet i Norge.

LITTERATUR

1. Perminow G, Rydning A, Jacobsen CD, Frigessi A. Gastrointestinale endoskopier av barn Tidsskr Nor Lægeforen 2000; 120: 3503 – 6.
2. Frank F, Stricker T, Stallmach T, Braegger CP. *Helicobacter pylori* infection in recurrent abdominal pain. J Pediatr Gastroenterol Nutr 2000; 31: 424 – 7.
3. Øymar K, Fluge G, Rosendahl K. Residiverende abdominalsmerter hos barn. En prospektiv undersøkelse. Tidsskr Nor Lægeforen 1993; 113: 2566 – 8.
4. Olafsdottir E, Gilja OH, Aslaksen A, Berstad A, Fluge G. Impaired accommodation of the proximal stomach in children with recurrent abdominal pain. J Pediatr Gastroenterol Nutr 2000; 30: 157 – 63.

Publisert: 30. november 2000. Tidsskr Nor Legeforen.

