



Brev til redaktøren

Innlegg på inntil 400 ord, eventuelt knyttet til tidligere publisert stoff, sendes tidsskriftet@legeforingen.no
Redaksjonen forbeholder seg retten til å foreta redaksjonelle endringer.

Miksjonsuretrocytografi av barn

Vi ønsker å kommentere artikkelen til Elise Christine Bjørkholen og medarbeidere i Tidsskriftet nr. 12/2005 om miksjonsuretrocytografi (MUCG) (1). Deres hovedbudskap er at gjennomføringen av metoden kan forbedres. Grunnlaget for artikkelen er observasjon av seks barn som har fått utført miksjonsuretrocytografi, hvorav to var fremmedspråklige, og svar på spørreskjema fra seks radiologiske avdelinger om prosedyrerutiner og bruk av skriftlig informasjon. Artikkelen ble i Tidsskriftet nr. 17/2005 kommentert av Tor Austad, som understreket at ultralyd er førstevalgsundersøkelse av nyre/urinveier/blære hos barn (2). Dette er selvfølgelig riktig, og indikasjonene for miksjonsuretrocytografi er i kontinuerlig endring. Vi kommer likevel ikke utenom at miksjonsuretrocytografi er en viktig undersøkelse med stor diagnostisk verdi.

Vi arbeider ved en av Norges tre barneradiologiske avdelinger og har lang erfaring med metoden. I 2004 utførte vår avdeling ca. 200 miksjonsuretrocytografiundersøkelser. Sammen med innkallingen til undersøkelsen sender vi en informasjonsbrosjyre med fargebilder. Vi tar oss god tid til å snakke med barnet og barnets foreldre før prosedyren startes. To barnradiografer er til stede ved prosedyren. Den ene har som hovedoppgave å avlede og underholde barnet med prat/bøker/leker, den andre utfører selve prosedyren. Foreldrene får som oppgave å bidra med avledning og kos/trøst. Barnet får mulighet til å påvirke tempoet i prosedyren, og vi tar hensyn dersom barnet trenger pause, for vi ønsker å gi barnet følelse av kontroll i situasjonen. Våken sedasjon med midazolam nyttes når det anses å være behov for det. Vi informerer foreldre om denne muligheten etter at de er ankommet. Vi tror det bidrar til å skremme om dette omtales som et «tilbud» i informasjonsbrosjyren.

Etter at prosedyren er gjennomført, får vi ofte tilbakemelding fra barn og/eller foreldre at «dette gikk jo helt greit». Kun svært sjelden har prosedyren vært stressende for barnet eller foreldrene. Hos fremmedspråklige barn gjøres ikke prosedyren uten tolk til stede. Vi har dessverre ikke informasjon på andre språk enn norsk, men burde ha utarbeidet dette.

Miksjonsuretrocytografi utført med god røntgengjennomlysningsteknikk gir relativt

liten stråledose. Vi minner om at miksjons-scintigrafi og vesikoureteral refluksdiagnostikk med ultralyd også krever kateterisering.

Vi mener at med personale som har god erfaring med håndtering av barn, trenger ikke miksjonsuretrocytografi bli et vondt minne for barnet og/eller foreldrene.

Bente Johanne Backer
Kari Røine Fosse

Haukeland Universitetssjukehus

Litteratur

1. Bjørkholen EC, Gravidahl CØ, Vandvik IH. Miksjonsuretrocytografi – er praksis i tråd med empirisk kunnskap? Tidsskr Nor Lægeforen 2005; 125: 1689–91.
2. Austad T. Hvorfor gjøres miksjonsuretrocytografi? Tidsskr Nor Lægeforen 2005; 125: 2397.

Overaktiv blære-syndrom

Vi leste med stor interesse Steinar Hunskaars artikkel i Tidsskriftet nr. 15/2005 om overaktiv blære-syndrom (1). Grunnen var vår spørreundersøkelse som viste at hyppig vannlating med urge er et symptom med høy sensitivitet (ca. 70 %) og spesifisitet (ca. 90 %) for diagnosen fibromyalgi (2, 3). Undersøkelsen ble gjort i 1991–92, men resultatene begynner først nå å bli generelt akseptert. Vi benyttet et spørreskjema som hadde krav om telling i tre dager og netter separat, med sterk oppfordring om å være nøyaktig da det ellers ville «slå tilbake» på dem senere. For fibromyalgidiagnosen var alle viktige kriterier tatt med. Det er interessant, på tross av ulikhet i kriteriene, og uten relasjon til bestemt sykdom, at de amerikanske og europeiske telefonundersøkelsene gav et likt resultat på åtte eller flere vannlatinger daglig og to nattlig – slik som gjennomsnittstallene i vår undersøkelse viste: 9,2 og 2,2.

Det antas at det finnes ca. 200 000 personer med fibromyalgidiagnosen her i landet. Hvis ca. 80 % av dem har hyppig overaktiv blære-syndrom, skulle 160 000 ha syndromet av denne grunn. Fra vårt fibromyalgimateriale (med få menn) blir prevalensen hos kvinner ca. 10 % ved gjennomsnittsalder på 46 år (spredning 20–70 år), uten forskjell på aldersbasis. I de nevnte pasientmaterialene uten hensyn til diagnose, var prevalensen 16, men flere ulikheter, blant annet i alder, gjør at de ikke kan sammenliknes direkte. Likevel er det klart at fibromyalgi står for en ikke ubetydelig

del av tilfellene med overaktiv blære-syndrom, og bør derfor vurderes ved alle disse.

En av årsakene til at så få menn får diagnosen, er at mange ikke tilfredsstillt kravet til smerter i alle kvadranter. Av de 50 vi måtte ekskludere av denne grunn, viste 80 % seg å være menn, som overraskende hadde samme urineringsmønster som kvinnene. Dette viser at mange menn ikke får diagnosen etter de tidligere kriterier, der alle kvadranter skal være med i smertemønsteret. Vannlatingskriteriene må derfor være med for å få en oppfatning om prevalensen hos menn.

Vi fant også at ca. 10 % av fibromyalgipasientene hadde psoriasis. Det harmonerer godt med høy prevalens av fibromyalgi etter gjeldende kriterier hos psoriasispasienter (4). Men psoriasispasienter med fibromyalgi synes ikke å ha vannlatingssymptomet (P. Thune, personlig meddelelse). Hvis dette forhold kan dokumenteres, kan det gjemme diagnostiske, patofysiologiske og genetiske hemmeligheter av stor interesse.

Helge Stormorken
Sandvika

Frank Brosstad
Rikshospitalet

Litteratur

1. Hunskaar S. Behandling av overaktiv blære-syndrom. Tidsskr Nor Lægeforen 2005; 125: 2029–30.
2. Stormorken H, Brosstad F. Fibromyalgi: family clustering and sensory urgency with early onset indicate genetic predisposition and thus a «true» disease. Scand J Rheumatol 1992; 21: 207.
3. Stormorken H, Brosstad F. Hyppig vannlating – viktig diagnostisk markør ved fibromyalgi. Tidsskr Nor Lægeforen 2005; 125: 17–9.
4. Thune PO. The prevalence of fibromyalgia among patients with psoriasis. Acta Derm Venereol 2005; 85: 33–7.

Sirkus eller tragedie?

Innlegget med tittelen *Svensk sirkus* av Ivar Wessel i Tidsskriftet nr. 15/2005 (1) krever en kommentar. Wessel kommenterer det han kaller «fenomenet de apatiske barna» i Sverige (1). Dette er asylsøkerbarn, som ifølge Wessel, «med stor iherdighet og utholdenhet forsøker å presse seg til permanent opphold i det svenske samfunnet» (1). Barna slutter å spise og drikke og er ukontaktbare, men «friskner til så snart familiene får innvilget sine asylsøknader». Wessel hevder det dreier seg om en villet