

(der CDC-kriteriene er lagt til grunn), er heller ikke spesifikke for kronisk tretthetsyndrom, men kan påvises ved andre sykdommer også.

I vår gjennomgang av det vitenskapelige grunnlaget for diagnostikk og behandling av dette syndromet har vi derfor valgt å slå sammen undersøkelser som baserer seg på ulike diagnostiske kriterier (4). Med denne tilnæringsmåten finner vi at kognitiv atferdsterapi og gradert treningsterapi, dvs. forsiktig fysisk aktivitet der pasienten ikke belastes utover sin individuelle tålegrense, har dokumentert effekt. Ulike former for farmakologisk behandling er derimot ikke virksomme. Hadde vi skilt mellom studier basert på ulike diagnosekriterier, ville grunnlaget for våre konklusjoner vært svakere, uten at vi – etter vår mening – hadde vunnet noe i presisjonsnivå.

Et prioritert område for fremtidig forskning er å vurdere behandlingseffekt i ulike undergrupper av pasienter, både når det gjelder sykdomsprofil, alvorlighetsgrad og alder. Samtidig er det viktig at alle samarbeider om å etablere gode helsetjenester basert på den kunnskapen vi allerede sitter inne med. Faglig uenighet må ikke ødelegge muligheten for et krafttak for denne – inntil nå – forsømte pasientgruppen.

#### Vegard Bruun Wyller

Rikshospitalet-Radiumhospitalet og Universitetet i Oslo

#### Litteratur

1. Fukuda K, Strauss SE, Hickie I et al. The chronic fatigue syndrome, a comprehensive approach to its definition and study. *Ann Intern Med* 1994; 121: 953–9.
2. Sharpe MC. A report – chronic fatigue syndrome: Guidelines for research. *J R Soc Med* 1991; 84: 118–21.
3. Prins JB, van der Meer JWM, Bleijenberg G. Chronic fatigue syndrome. *Lancet* 2006; 367: 346–55.
4. Diagnostisering og behandling av kronisk utmattelsessyndrom/myalgisk encefalopati (CFS/ME). Rapport fra Kunnskapssenteret nr. 9–2006. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, 2006. [www.kunnskapssenteret.no/filer/CSF\\_ME\\_nettsversjon090606.pdf](http://www.kunnskapssenteret.no/filer/CSF_ME_nettsversjon090606.pdf) (2.8.2006).

## Hvorfor K-vitamintilskudd til nyfødte?

Alle nyfødte får «tilbud» om K-vitamintilskudd umiddelbart etter fødselen. Som regel gis dette ved injeksjon uten at moren blir forespurgt. Hun blir heller ikke informert om «tilbudet» på svangerskapskurset eller på sykehuset i forbindelse med fødselen. Det er rutine og gis automatisk. I en bok beregnet for førstegangs fødende skriver dr.med. Gro Nylander: «Du la kanskje merke til at barnet ditt fikk en sprøyte i låret like etter at det var født? (...) Det gis for å forebygge alvorlig blødning hos den nyfødte» (1).

K-vitaminet skal forebygge alvorlig blødning. Men hvor ofte forekommer

alvorlig blødning hos nyfødte? Det har det ikke vært lett å finne ut av. Nylander skriver at det *en sjelden gang* er slik at koaguleringen fungerer *litt* dårlig. Er «en sjelden gang litt dårlig» nok til å gi alle nyfødte K-vitamintilskudd som skal forhindre alvorlig blødning? Burde vi ikke bli informert om hvor mange tilfeller av alvorlig blødning som opptrer årlig, slik at det er større mulighet for å ta et reelt valg?

Selv om K-vitamin gis tilnærmet automatisk, diskuteres fremdeles nytten og mulige bivirkninger blant fagfolk. Nylander skriver at K-vitamintilskudd har vært satt i sammenheng med en litt økt risiko for kreft senere i livet (1). Det gjøres altså undersøkelser, og vitamintilskuddet er kontroversielt. Hvorfor blir ikke blivende mødre informert om disse forholdene? Hvordan skal man kunne ta stilling til vitamintilskudd uten denne informasjonen?

I og med at K-vitamin virker koagulerende, også på det flertallet av barn som ikke har mangelfull koagulering, synes det nærliggende å gjøre undersøkelser om for sterk koagulering. Er det for eksempel registrert sammenfall mellom blodpropp i tidlig alder og K-vitamintilskudd hos nyfødte? Blodpropp var tidligere noe som angikk godt voksne eller gamle. Nå synes det å være et økende problem blant stadig yngre. Det har vært registrert blodpropp hos barn ned i treårsalderen. Tidligere lot man barn, unge og yngre voksne få ligge i ro etter en operasjon. I dag tvinges barn opp av sengen for å bevege seg ganske snart etter en operasjon. Begrunnelsen er faren for blodpropp. Hvorfor er faren for blodpropp blitt større blant barn og unge nå enn den var tidligere?

En forespørsel om informasjon vedrørende K-vitamintilskuddet til nyfødte hos Folkehelseinstituttet og et sykehus med fødselsklinikk ga null resultat. Folkehelseinstituttet hadde ingen informasjon. Sykehuset kunne ikke vise til noen forskning der nytten og/eller bivirkninger kom frem.

Hvordan er det mulig at helsepersonell har så liten kunnskap om en injeksjon som gis automatisk til alle nyfødte, og at forskningsinstituttet Nasjonalt folkehelseinstitutt ikke har noen opplysninger det vil ut med?

#### Trude Malthe Thomassen

Miljøpartiet De Grønne

#### Litteratur

1. Nylander G. *Mamma for første gang*. Oslo: Gyldendal, 1999.

#### G. Nylander svarer:

Innlegget fra Trude Malthe Thomassen er et sunt uttrykk for at man ikke uten videre skal godta etablerte rutiner, men alltid være skeptisk og jevnlig vurdere nytte mot reelt behov og mulige uheldige sider. Som populærvitenskapelig forfatter av bl.a. den nevnte boken *Mamma for første gang*, med

ni oppdaterte opplag bare i Norge på få år, føler jeg et stort ansvar. Informasjonen i boken er så langt mulig evidensbasert. (Med økende kunnskap om for eksempel morsmelkens fordeler blir randomisering økende problematisk.) Som obstetriker med amming som særlig interesseområde søker jeg selvsagt råd hos fremstående norske pediaterer når det gjelder barn, for eksempel hos Trond Markestad. I neste opplag av boken utgår setningen om at vitamin K har vært satt i sammenheng med en litt økt risiko for kreft senere i livet, da dette ikke er bekreftet i nyere studier (1). Ut fra det vi vet i dag, er det en tydelig gevinst ved å gi vitamin K til nyfødte, mens sikre bivirkninger ikke er kjent.

#### Gro Nylander

Nasjonalt kompetansesenter for amming Rikshospitalet-Radiumhospitalet

#### Litteratur

1. Fear NT, Roman E, Ansell P et al. Vitamin K and childhood cancer: a report from the United Kingdom Childhood Cancer Study. *Br J Cancer* 2003; 89: 1228–31.

#### T. Markestad svarer:

Før man begynte å gi K-vitamin til nyfødte for 50–60 år siden var indre blødninger på grunn av K-vitaminmangel en fryktet, livstruende sykdom som rammet 0,25–1,7 % av nyfødte (1). Ved å gi forebyggende K-vitamin som sprøyte forsvant sykdommen. Slik behandling intramuskulært eller gjennom munnen anbefales over hele verden. Hvis man velger å gi vitaminet i munnen, må det gis flere doser, og det kan være vanskelig å vite om barnet får tilstrekkelig. Derfor velger de fleste å gi en enkelt dose intramuskulært like etter fødsel. Det har fra tid til annen vært reist spørsmål om slik behandling fortsatt er nødvendig, men også i senere år har det forekommet alvorlige hjerneblødninger hos brysternærte barn som ikke har fått K-vitamin. Den forskningsmessige begrunnelsen for å gi K-vitamin er nylig oppsummert i en av de fremste lærebøkene i nyfødtemedisin (1). For noen år siden ble det reist mistanke om at intramuskulært K-vitamin kunne føre til litt økt risiko for kreft i barneårene, men dette er blitt grundig tilbakevist (1, 2).

#### Trond Markestad

Sykehuset Innlandet Gjøvik

#### Litteratur

1. Roberts IAG, Murray NA. Hematology. I: Rennie JM, red. *Robertson's Textbook of neonatology*. 4. utg. London: Elsevier Churchill Livingstone, 2005: 758–59.
2. Nylander G. Hvorfor K-vitamintilskudd til nyfødte? Tilsvar. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2006; 126: 2141.