

Autismspektrumstörning är inte ovanlig, kan spåras tidigt och kräver tidig intervention!

Kort rapport

Elisabeth Fernell
överläkare, Neuropediatrika programmet, Astrid Lindgrens barnsjukhus, Stockholm

(elisabeth.fernell@ks.se)

■ Huruvida förekomsten av autism/autismspektrumstörningar ökat är idag föremål för studier, diskussioner och spekulationer. Sedan 1960-talet har ett 30-tal epidemiologiska studier genomförts i världen. Före 1985 angavs prevalensen av autism uppgå till ca 0,4–0,6/1 000 barn, men den senaste 15-årsperioden har högre prevalenser rapporterats. Definitioner, diagnoskriterier och medvetenhet om tillståndet har utvecklats, vilket måste beaktas vid jämförelser mellan studier.

Med termen »pervasive developmental disorder (PDD)« – till svenska närmast översatt med »genomgripande störning i utvecklingen« – har autismbegreppet vidgats till att omfatta ett spektrum av störningar, dock med samma triad av kärnsymtom som innefattas i autismbegreppet; betydande svårigheter med socialt samspel, betydande brister avseende språkliga/kommunikativa färdigheter samt betydande begränsningar i föreställningsförmåga, intressen och aktiviteter.

PDD motsvaras i vårt land av begreppet autismspektrumstörning och omfattar de olika autistiska tillstånd som definieras i fjärde utgåvan av Diagnostic and statistic manual of mental disorders [1]: autism, Aspergers syndrom, Retts syndrom, disintegrativ störning och autismliknande tillstånd.

Autismspektrumstörningar (PDD) varierar avseende klinisk bild och svårighetsgrad. Autism, i ena änden av detta spektrum, innebär svår nedsättning av samtliga ovan nämnda funktioner. Termen autismliknande tillstånd (PDD – not otherwise specified, PDD-NOS) innebär en mildare form inom spektrumet.

I en aktuell studie av Chakrabarti och Fombonne [2] från England redovisas en populationsbaserad epidemiologisk studie, omfattande 15 500 barn i åldrarna 2,5–6,5 år, genomförd vid »child development centers« i Midlands. I ett flerstegsförfarande med start i form av screening, vid motsvarigheten till våra barnavårdscentraler, spårades

alla barn med mer än lätta avvikelser inom minst ett utvecklingsområde: social utveckling, fin- och grovmotorisk förmåga, tal/språk, lekförmåga, uppmärksamhet, koncentration och beteende. Majoriteten av barn var mellan 2 och 2,5 år gamla när problemen uppmärksammades.

Barn med utvecklingsavvikelse remitterades till ett child development center och undersöktes av en »developmental pediatrician« eller av centrets team. De som hade en måttlig eller svår utvecklingsavvikelse utreddes mer ingående av ett multidisciplinärt team, sammanhållet av en developmental pediatrician. Efter denna bedömning visade sig cirka en tredjedel uppfylla kriterier för PDD. Övriga fick andra diagnoser, vilka dock inte redovisas i artikeln.

Barnen med PDD undersöktes vidare för klassificering i undergrupp. I denna ingick särskild intervju med föräldrar, vilken genomfördes av the developmental pediatrician: »The autism diagnostic interview-revised« (ADI-R) samt psykometrisk utredning av erfaren psykolog, som fastställde begåvningsnivå. Alla ADI-R-intervjuer reliabilitetstestades. Efter PDD-diagnos genomgick barnen medicinsk utredning med blod- och urinprover och EEG. Utvalda fall undersöktes med CT/MRI.

Prevalens av PDD i denna studie var 6,3/1 000, varav huvudgrupperna autism, Aspergers syndrom och autismliknande störning utgjorde 1,7/1 000, 0,8/1 000 och 3,6/1 000. En flicka hade Retts syndrom och endast ett barn disintegrativ störning (autism med sen debut).

Mental retardation förelåg hos 69 procent i gruppen med autism, hos 8 procent i gruppen med autismliknande tillstånd och inte alls i gruppen med Aspergers syndrom. Drygt 9 procent hade något utfall i den medicinska utredningen med potentiell etiologisk betydelse.

Risk för upprepning hos syskon beräknades till ca 4 procent, dvs en påtagligt ökad risk hos syskon att utveckla autism eller annan PDD.

Författarna konkluderar att prevalensen i denna studie på drygt 6/1 000 barn är högre än i tidigare studier men jämförbar med nyligen genomförda undersökningar. De tillägger att den funna prevalensen kanske ändå är en underskattning med tanke på att barn med Aspergers syndrom i många fall inte kan diagnosti-

seras förrän under tidig skolålder, när större krav på social interaktion ställs. Dock kan å andra sidan en viss överdiagnostisering ha skett av barn med PDD-NOS – den mildare formen. Uppföljande undersökningar av barngruppen planeras. Författarna betonar att orsaken till den höga prevalensen inte kan säkerställas med denna studie – om det rör sig om en sekulär trend eller om ökad diagnostisering.

I en editorial i samma nummer [3] refereras till två svenska studier från professor Gillbergs grupp från slutet av 1990-talet, vilka också visar högre prevalenser [4, 5]. I studien av Kadesjö och medarbetare var prevalensen autismspektrumstörning 12/1 000, vilket är i överensstämmelse med studien av Wing [6], som anger att förekomst av autismspektrumstörning ligger nära 1 procent.

Dessa prevalenser innebär att en »substantial minority of children« är i behov av särskilda insatser. Chakrabarti och Fombonne framhåller att en stor andel av barn med PDD (majoriteten av dem med autismliknande tillstånd och dem med Aspergers syndrom) har begåvning inom normalvariationen och således kommer att tillhöra den ordinarie grundskolan – men med ett stort behov av individuellt stöd.

Psykologens bedömning av IQ har i studien baserats enbart utifrån beräkning av testens icke verbala skalor. Min reflektion blir att detta kan ge en överskattning av barnets begåvningsnivå.

Andelen barn med identifierbara avvikelser vid den medicinska utredningen var knappt 10 procent. I editorial kommenteras betydelsen av att ställningstagande till medicinska undersökningar baseras på information från en noggrann medicinsk anamnes och fynd i status [11].

Med tidig screening kan en stor andel av barn med PDD spåras redan före 2 års ålder. Instrument för screening finns och utvecklas. Sådan screening kräver en efterföljande utredningsnivå enligt den modell som redovisas i studien med child development centers, en specialistnivå med multidisciplinär kompetens. Betydelsen av tidig intervention tas förutom i artikeln också upp i den efterföljande editorial. Evidensbaserad kunskap finns nu rörande vikten av tidig intervention – under tidig förskoletid – byggd på beteendeeinriktad och pedagogisk behandling. Sådana insatser har visat sig signifikant förbättra prognosen vad gäl-

ler beteende, kommunikation och övrig utveckling [7, 8]. I USA finns federal lagstiftning för att främja tidig upptäckt och igångsättning av interventionsprogram vid utvecklingsavvikelser [9]. För att öka den professionella medvetenheten har American Academy of Pediatrics och American Academy of Neurology nyligen publicerat uttalanden angående barn med PDD [10, 11]. Motsvarande satsning behövs i Sverige.

Prevalensdata hjälper oss att planera resurser och åtgärder för barn och föräldrar. Föräldragrupper i USA har förenat sig med den amerikanska kongressen i ett uppdrag för att påtala behovet av ökad neurobiologisk och epidemiologisk forskning samt behovet av behandlingsinsatser [12]. Detta har även tagits upp från Föreningen autism (FA) i vårt land. Behoven framstår som synnerligen angelägna.

Referenser

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th edition. Washington DC: American Psychiatric Association; 1994.
2. Chakrabarti S, Fombonne E. Pervasive developmental disorders in preschool children. JAMA 2001;285:3093-9.
3. Hyman S, Rodier PM, Davidson P. Pervasive developmental disorders in young children. Editorials. JAMA 2001;285:3141-2.
4. Arvidsson T, Danielsson B, Forsberg P, Gillberg C, Johansson M, Kjellgren G. Autism in 3-to 6-year-old children in a suburb of Gothenburg, Sweden. Autism 1997;1: 163-73.
5. Kadesjö B, Gillberg C, Hagberg B. Autism and Asperger syndrome in seven-year-old children: a total population study. J Autism Dev Disord 1999;29:327-31.
6. Wing L. Autism spectrum disorder. Editorial. BMJ 1996;312:327-8.
7. Rogers S. Brief report: early intervention in autism. J Autism Dev Disord 1996;26:243-6.
8. National Academy of Sciences. Report of the committee on educational interventions in children with autism: Educating children with autism. Washington DC: National Academy of Sciences Press; 2001.
9. American Academy of Pediatrics Committee on Children with Disabilities. Role of the pediatrician in family-centered early intervention services. Pediatrics 2001;107: 1155-7.
10. American Academy of Pediatrics Committee on Children with Disabilities. The pediatrician's role in the diagnosis and management of autistic spectrum disorder in children. Pediatrics 2001;107:1221-6.
11. Filipek PA, Accardo PJ, Ashwal S, Baranek GT, Cook EH Jr, Dawson G, et al. Practice parameter: screening and diagnosis of autism: report of the Quality Standards Subcommittee of the American Academy of Neurology and the Child Neurology Society. Neurology 2000;55(4):468-79.
12. The children's health act of 2000, HR 4365, 106 Cong. 2nd Sess (2000).

Behandling med bukläge förbättrar inte överlevnaden vid akut lungsvikt

Kort rapport

Hans Blomqvist
överläkare, docent, anestesi- och
intensivvårdskliniken, St Görans
sjukhus AB, Stockholm
(hans.blomqvist@stgoran.se)

I en multicenterstudie [1] har 304 respiratorvårdade patienter som uppfyllde kriterier för akut lungsvikt och ARDS randomiserats till 10 dagars konventionell behandling i rygggläge eller i bukläge (patienten vändes på magen) i minst 6 timmar per dygn (resterande del av tiden i rygggläge). Demografiska data, respiratorbehandling och övrig intensivvård var lika i övrigt för de två grupperna. Vändningarna till bukläge tog i medeltal 10 min och krävde i medeltal 4,5 personer hjälpt.

Buklägesbehandlingen medförde för en stor andel av patienterna behov av ökad sederig, perioder av luftvägsobstruktion och även fall med övergående desaturation (ca 20 procent) eller svårigheter att följa respiratorn. Antalet nya trycksår och påverkan av hud över områden som utsätts för tryck i samband med bukläge var icke oväntat högre i buklägesgruppen.

Bättre syresättning i bukläge

Syresättningen (mätt i rygggläge) förbättrades ca 40 procent under studieperioden för patienter som behandlats med bukläge jämfört med gruppen som behandlats i rygggläge. Efter vändningen från rygggläge till bukläge förbättrades syresättningen (mätt i bukläge) signifikant i 73 procent av fallen. Förbättringen var ca 70 procent, och 70 procent av denna förbättring skedde under den första timmen efter vändningen.

I bukläget var förbättringen i syresättningen mätt som $\text{PaO}_2/\text{FiO}_2$ i medeltal 5,9 kPa innan patienten åter vändes till rygggläge. Mortaliteten var lika i de båda grupperna efter 10 dagar, så även vid utskrivning från IVA (50,7 procent mot 48,5 procent) liksom efter 6 mån. Den relativa risken för död i buklägesgruppen var 0,84 efter 10 dag, 1,05 vid utskrivning och 1,06 efter 6 mån.

Ingen skillnad efter utskrivning

I en analys av en subgrupp med patienter med störst risk (svårast sjuka) var risken för död i bukläge lägre (relativ risk för död, 0,54) än i patientgruppen som be-

handlats i rygggläge. Denna skillnad kvarstod dock inte vid eller efter utskrivningen från IVA.

Kommentar

Vid vård av patienter med svår lungsvikt (ARDS) har buklägesbehandling för att förbättra syresättningen använts som ett komplement, under de sista 5-8 åren. Behandlingsformen torde användas på de flesta intensivvårdsavdelningar i Sverige eftersom behandlingen inte kräver någon avancerad utrustning. Att en förbättring av syresättningen sker i 60-70 procent av fallen är redan påvisat i tidigare studier. Mekanismen till förbättringen av gasutbytet i bukläge är till största delen resultatet av en jämnare anpassning av ventilation och perfusion av lungan samt en förbättrad ventilation och då främst av dorsala lungdelar.

Behandlingsformen är dock personalkrävande och kräver god samordning vid själva vändningen. I denna studie vändes patienterna en gång per dygn och låg i medeltal 7 timmar i bukläge. Ingen konsensus finns om hur många gånger en patient bör vändas per dygn, hur många timmar en buklägesbehandling bör fortgå eller under hur många dygn. Flertalet låter nog snarast en buklägesbehandling fortgå under 8 till 24 timmar med kanske bara någon till några vändningar totalt.

Ingen gynnsam effekt på överlevnad

Ett flertal publikationer om buklägesbehandling finns redan men denna undersökning är den första randomiserade studien och den enda som studerat utfallet. Tyvärr har studien inte kunnat påvisa någon gynnsam effekt på överlevnaden med denna behandlingsform. Att rutinmässigt lägga patienter i bukläge är således inte nödvändigt enligt författarna.

Referens

1. Gattinoni L, Tognoni G, Pesenti A, Taccone P, Mascheroni D, Labarta V, et al. Effect of prone positioning on the survival of patients with acute respiratory failure. N Engl J Med 2001;345(8):568-73.