

- lesions: diagnostic and therapeutic considerations. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 2007;103(suppl 1):S25.e1-S25.e12.
- Downs AMR, Lear JT, Sansom JE. Contact sensitivity in patients with oral symptoms. *Contact Dermatitis* 1998;39:258-9.
  - Kallus T, Mjör IA. Incidence of adverse effects of dental materials. *Scand J Dent Res* 1991;99:236-40.
  - Kanerva L, Rantanen T, Aalto-Korte K et al. A multicenter study of patch test reactions with dental screening series. *Am J Contact Dermatol* 2001;12:83-7.
  - Björkmann L, Lygre GB. Tannmaterialer og helse: Erfaringer fra utredning av pasienter med mistanke om bivirkninger fra tannmaterialer. Rapport fra Bivirkningsgruppen for odontologiske biomaterialer. Bergen: Unifob Helse/Unifob AS, 2006:1-47.
  - Thyssen JP, Linneberg A, Menné T et al. The epidemiology of contact allergy in the general population – prevalence and main findings. *Contact Dermatitis* 2007;57:287-99.
  - Kerosuo HM, Dahl JE. Adverse patient reactions during orthodontic treatment with fixed appliances. *Am J Orthod Dentofacial Orthop* 2007;132:789-95.
  - Björkner B, Bruze M, Møller H. High frequency of contact allergy to goldsodiumthiosulfat. *Contact Dermatitis* 1994;30:144-51.
  - Thyssen J, Menné T, Lidén C et al. Cobalt release from implants and consumer items and characteristics of cobalt sensitized patients with dermatitis. *Contact Dermatitis* 2012;66:113-22.
  - Tibballs J, Ardlin BI. Uedle metaller til dentale kroner og broer. *Tandlægebladet* 2006;110:808-11.
  - Hindsén M, Spirén A, Bruze M. Cross-reactivity between nickel and palladium demonstrated by systemic administration of nickel. *Contact Dermatitis* 2005;53:2-8.
  - Javed F, Al-Hezaimi K, Almas K et al. Is titanium sensitivity associated with allergic reactions in patients with dental implants? *Clin Impant Dent Relat Res* 17. mar 2011, doi: 10.1111/j.1708-8208.2010.00330.x (epub ahead of print).
  - Schmalz G, Arenholt-Bindslev D. Biocompatibility of dental materials. Berlin-Heidelberg: Springer-Verlag, 2009:255.
  - Kanerva L, Alanko K, Estlander T. Allergic contact gingivostomatitis from a temporary crown made of methacrylates and epoxy diacrylates. *Allergy* 1999;54:1316-21.
  - Kaaber S, Thulin H, Nielsen E. Skin sensitivity to denture base materials in the burning mouth syndrome. *Contact Dermatitis* 1979;5:90-6.
  - Menni S, Lodi A, Coassini A et al. Unusual widespread vesicular eruption related to dental composite resin sensitization. *Contact Dermatitis* 2003;48:174.
  - Blomgren J, Axell T, Sandahl O et al. Adverse reactions in the oral mucosa associated with anterior composite restorations. *J Oral Pathol Med* 1996;25:311-3.
  - Isaksson M. Dental materials. I: Johansen JD, Frosch PF, Lepoittevin JP, red. *Contact Dermatitis*. Berling: Springer, 2011; 784.
  - Allmers H, Schmengler J, John SM. Decreasing incidence of occupational contact urticaria caused by natural rubber latex allergy in German health care workers. *J Allergy Clin Immunol* 2004;114:347-51.
  - Francalanci S, Sertoli A, Giordini S et al. Multicenter study of allergic cheilitis from toothpastes. *Contact Dermatitis* 2000;43:216-22.
  - Kaomongkolgit R. Oral lichenoid drug reaction associated with antihypertensive and hypoglycemic drugs. *J Drugs Dermatol* 2010;9:73-5.
  - Gómez Fernández C, Sendagorta Cudós E, Casado Verrier B et al. Oral lichenoid eruption associated with imatinib treatment. *Eur J Dermatol* 2010;20:127-8.
  - Moraes PC, Noce CW, Thomaz LA et al. Pigmented lichenoid drug eruption secondary to chloroquine therapy: an unusual presentation in the lower lip. *Minerva Stomatologica* 2011;60:327-32.
  - Fessa C, Lim P, Kossard S et al. Lichen planus-like drug eruptions due to  $\beta$ -blockers: a case report and literature review. *Am J Clin Dermatol* 2012;13:417-21.
  - Dunsche A, Kastel I, Terheyden H et al. Oral lichenoid reactions associated with amalgam: improvement after amalgam removal. *Br J Dermatol* 2003;148:70-6.
  - Pedersen AML, Smidt D, Nauntofte B et al. Burning mouth syndrome: etiopathogenic mechanisms, symptomatology, diagnosis and therapeutic approaches. *Oral BioSci Med* 2004;1:3-19.

## Infektionsrisikoen hos internationale adoptivbørn er reel

Tine Marie Pedersen, Anja Poulsen & Freddy Karup Pedersen

I de seneste år er der i Danmark årligt modtaget 350-500 adoptivbørn fra udlandet [1]. De kommer fra områder med sygdomme, der sjældent ses i Danmark. Der er næsten altid foretaget helbredsundersøgelser før ankomsten til Danmark, men de kan være utilstrækkelige eller forældede. Herudover kan der være interesser, der gør, at ikke alle prøvesvarene er pålidelige. En eventuelt medbragt infektionssygdom kan påvirke barnets udvikling og have betydning for dets nye familie.

Prævalensen af de forskellige infektionssygdomme varierer afhængigt af barnets oprindelsesland. De fleste børn kommer fra Etiopien, Kina, Sydafrika, Vietnam, Indien, Colombia og Thailand. Halvdelen af børnene er under et år gamle ved ankomsten til Danmark [1]. Information om graviditet, fødsel og den biologiske mors helbred er ofte ikkeeksisterende. De fleste børn er vaccinerede ifølge de lokale rekommendationer, men nogle gange kan vaccinationsstatus være uklare.

Infektionssygdomme hos internationalt adopterede børn (IAB) inkluderer tuberkulose (tb), hepatitis, syfilis, hudinfektioner og parasitære infektioner.

I 1989 publicerede *Hostetter et al* et studie, der

viste, at ca. 60% af IAB havde en infektionssygdom, som først blev diagnosticeret efter screening [2]. I 1991 blev der publiceret et prospektivt studie, hvor man dokumenterede prævalensen af infektionssygdomme og andre medicinske problemstillinger hos IAB. Konklusionen var, at 81% af sygdommene kun blev opdaget ved screening [3]. Forfatteren pointerede, at prævalensen af infektionssygdomme hos IAB varierede meget i forskellige studier. Det skyldes blandt andet, at der i nogle studier kun blev inkluderet børn fra et enkelt oprindelsesland, og at der var stor forskel på forekomsten af sygdommene på verdensplan [3]. I 2009 estimerede Center for Disease Control and Prevention, USA, at andelen af IAB med infektionssygdomme var ca. 60% [4].

I denne artikel sammenfattes tidligere studiers opgørelser over prævalensen af infektionssygdomme hos IAB. På baggrund heraf diskuteres behovet for specialiseret screening af IAB.

Hovedresultaterne fra de 12 største og metode-mæssigt bedst beskrevne studier er vist i **Tabel 1**. Prævalensen af infektionssygdommene fremgår af **Tabel 2**.

### STATUSARTIKEL

BørneUngeKlinikken,  
Juliane Marie Centret,  
Rigshospitalet

TABEL 1

Resultater fra studier af infektions sygdomme hos internationalt adopterede børn.

Reference	Beskrivelse af studiet	n	Karakteristika	Fund
Abdulla et al [5]	USA 2006-2008 Screening for HAV	279	22 lande 70% fra Kina, Guatemala og Rusland 85% < 1 år 56% piger	1% var HAV-IgM-positive og asymptomatiske
Stadler L et al [6]	USA 1999-2006 Screening for HBV ved ankomst og followup efter 6 mdr.	1.214	30% fra Rusland 23% fra Kina 18% fra Guatemala	1,1% havde aktiv HBV-infektion 2,9% havde overstået infektion 65% var immuniserede 31% var ikkeinficerede, heraf havde 60% dokumentation for HBV-vaccination, men med negativ serologi
Staat et al [7]				
Long et al [8]	Cabada 2004-2006 Retrospektivt studie af tb-infektion	231		27% havde min. 1 patogen parasit 19% havde <i>Giardia lamblia</i> 1% havde <i>Entamoeba histolytica</i> 2% havde helminter
Trehan et al [9]	USA 1999-2004 Prospektivt studie Screening med Mantoux	527	35% fra Rusland 20% fra Kina 13% fra Guatemala Gennemsnitsalder 23 mdr.	81% havde BCG-ar eller vaccinationsoplysninger 21% havde Mantoux > 10 mm Gentaget Mantoux efter 3 mdr. på 46% af initielt negative, medførte 20% med Mantoux > 10 mm
Mandalakas et al [10]	Minnesota 1986-2001 Retrospektivt studie Screening med Mantoux	869	Gennemsnitsalder 26 mdr. 62% piger.	12% havde Mantoux > 10 mm Aldersafhængig sammenhæng med højest risiko for børn < 2år
Hostetter et al [3]	USA 1986-1990 Prospektivt studie	293	15 lande 41% fra Korea 31% fra Central- og Sydamerika 18% fra Indien Gennemsnitsalder 14 mdr. 55% piger	57% havde klinisk eller paraklinisk medicinsk sygdom 81% blev fundet ved screening 0,6% havde HAV 2% havde akut HBV-infektion 2% havde overstået HBV-infektion 3% havde kronisk HBV-infektion, alle disse børn kom fra Asien 3% havde Mantoux > 10 mm, heraf 1 IAB med BCG-ar 4 havde aktiv lunge-tb 6 havde latent tb 14% havde tarmparasitter 0,3% havde sekundær syfilis Ingen havde hiv

FORTSÆTTES →

## HEPATITIS

I de fleste studier har man påvist lav forekomst af hepatitis A, B og C hos IAB [2, 3, 5, 6, 11-15]. 0,6-2% er immunglobulin (Ig)M-anti-hepatitis A-virus (HAV)-positive [3, 5]. Hepatitis A kan give symptomer såsom ikterus, mørk urin, feber, kvalme, mavesmerter og opkastninger. Infektionen kan også være asymptomatisk, og under 10% af børn under fem år får ikterus. Hepatitis A opdages derfor primært ved screening. Kun i få studier har man rutinemæssigt screenet for HAV. De fleste IAB kommer fra lande med høj prævalens af HAV, hvorfor screening af alle IAB anbefales. Det er påvist, at børn udskiller virus i feces i op til ti uger efter symptomdebut [16]. Da der er risiko for, at IAB er smittet og udskiller virus efter ankomsten til Danmark, anbefales vaccination mod HAV til

alle, som er i tæt kontakt med et nyligt ankommet IAB [16, 17].

Globalt set er 350 mio. mennesker inficerede med hepatitis B. Højendemiske områder inkluderer Sydøstasien, Afrika syd for Sahara, Østeuropa og Mellemøsten, som også er oprindelsesområder for mange adopterede børn i Danmark.

I disse områder smittes 70-90% inden 40-årsalderen, og 8-20% får kronisk hepatitis pga. hepatitis B-virus (HBV) [18]. Risikoen for vertikal smitte med HBV fra en inficeret mor er omkring 10% [15]. 3-6% er hepatitisassocieret antigen-(HbsAg)-positive, det vil sige p.t. inficeret med HBV [3, 6, 11-13]. De fleste af de HBV-smittede børn er asymptomatiske. Tallet varierer i tidligere studier, sandsynligvis på grund af forskel i børnenes oprindelsesland. Resultaterne fra studierne



TABEL 1, FORTSAT

Reference	Beskrivelse af studiet	n	Karakteristika	Fund
<i>Schaik et al</i> [11]	Holland 2002-2007 Retrospektivt studie	495	25 lande 53% fra Kina 11% fra Columbia 6,7% fra Haiti Gennemsnitsalder 18 mdr. 67% piger	42,8% havde medicinsk sygdom, som krævede behandling 1,2% (alle fra Asien) med kronisk HBV-infektion 2% havde overstået infektion 0,6% havde latent tb 0,4% havde aktiv lunge-tb 22% havde tarmparasitter Ingen havde hiv, syfilis eller HCV 43% havde mindst en tilstand, der krævede medicinsk behandling, herunder f.eks. hudsygdomme Antistofniveau mod difteri hos 48%, mod tetanus hos 56%, mod polio hos 57% og mod HBV hos 76%
<i>Saiman et al</i> [12]	USA 1997-1998 Retrospektivt studie	504	16 lande 48% fra Kina 31% fra Rusland Gennemsnitsalder 17 mdr. 71% piger	19% havde Mantouxreaktion > 10 mm. 2,8% var HBsAg-positive Alle var fortsat positive ved gentaget test efter 6 mdr., således kronisk HBV-infektion 25% havde et gastrointestinalt patogen (461 undersøgt) 19% havde <i>Giardia lamblia</i> -infektion Ingen havde hiv, HCV eller syfilis 35% havde præadoptionsvaccinationsstatus
<i>Miller et al</i> [13]	USA 1991-1998	452	100% fra Kina Alder 2 mdr.-12 år 98% piger	6% var HBsAg-positive 22% var HbsAB-positive 3,5% havde Mantouxreaktion > 10 mm 9% havde gastrointestinale parasitter, hyppigst <i>Giardia lamblia</i> 1 havde medfødt syfilis Ingen havde hiv eller HCV
<i>Hostetter et al</i> [2]	USA 1986-1987	52	26 fra Korea 16 fra Indien 7 fra Central- og Mellemamerika Alder 2 mdr-9,5 år 46% piger	54% havde en udiagnosticeret infektionssygdom 17% havde akut eller kronisk HBV-infektion 23% børn havde CMV-udskillelse 3,8% havde positiv Mantouxreaktion 1 havde lunge-tb 11,5% havde intestinale parasitter
<i>Miller et al</i> [14]	USA 1988-2004 Retrospektivt studie	103	100% fra Guatamala Alder 3 mdr.-9 år 47% piger	7% havde latent tb 8% havde intestinal parasitinfektion Ingen havde hiv, HCV eller syfilis 54% havde vaccinationskort med fra Guatemala I alt var 28% relevant vaccinerede

BCG = calmettevaccination; CMV = *Cytomegalovirus*; HAV = hepatitis A-virus; HBV = hepatitis B-virus; HCV = hepatitis C-virus; Ig = immunoglobulin; tb = tuberkulose.

i Tabel 1 understøtter, at screening er relevant, da man i de fleste studier finder udiagnosticerede børn med enten akut eller kronisk HBV-infektion.

Screening er nødvendig, da næsten ingen børn, der smittes ved fødslen, får symptomer på infektion, men næsten alle bliver kroniske bærere af HBV. Dette giver risiko for senere kronisk leversygdom og leverkræft, specielt hvis der ikke gives antiviral behandling [19]. Vaccination anbefales til personer, der har tæt kontakt med IAB, da HBV-status ikke er sikkert kendt ved adoption.

## HIV

Der er i tidligere studier ikke diagnosticeret IAB med hiv og hepatitis C-virus (HCV). Da der ofte ikke er information om den biologiske mor, kan hun potentielt

have været smittet. Der er en estimeret risiko på 2-8% for perinatal transmission af HCV, og hvis moren er koinficeret med hiv, er risikoen op imod 15% [15].

Risikoen for perinatal hiv-transmission er ca. 25%, hvis moren ikke har fået antiretroviral behandling i graviditeten [15].

Der er meget fokus på hiv i de fleste adoptionsorganisationer, og man må forvente, at alle IAB er screenet før adoption. Dette kan forklare, at der ikke i nogen af studierne blev fundet hiv-positive børn [15]. Screening af børnene efter ankomst til Danmark anbefales, idet man ikke kan udelukke forekomsten af en falsk negativ hiv-test fra oprindelseslandet.

## SYFILIS

WHO har estimeret, at der årligt fødes ca. 500.000

TABEL 2

Prævalens af infektionssygdomme hos internationalt adopterede børn.

Infektionssygdom	Prævalens	Reference
Hepatitis A	0,6-2% var HAV-IgM-positive og asymptomatiske 29% var HAV-IgG-positive	[3, 5]
Hepatitis B	1,1-5,8% havde akut HBV-infektion 2-2,9% havde overstået infektion 1,2-11,5% havde kronisk HBV-infektion	[2, 3, 6, 11, 12, 15]
Hepatitis C	Ingen	[11-14]
Parasitær tarmsygdom	8-27% havde mindst 1 patogen tarmparasit, overvejende <i>Giardia lamblia</i>	[2, 3, 7, 11-14]
Aktiv lungetuberkulose <sup>a</sup>	0,4-1,9%	[2, 3, 8, 11]
Latent tb <sup>b</sup>	2-7%	[11, 14]
Mantouxreaktion > 10 mm <sup>c</sup>	3-21%	[2, 3, 9-13]
Medfødt syfilis	0,2%	[13]

Ig = immunglobulin; HAV = hepatitis A-virus; HBV = hepatitis B-virus.

a) Positiv Mantouxreaktion og røntgenverificeret aktiv sygdom.

b) Positiv Mantouxreaktion uden kliniske eller parakliniske symptomer og uden tidligere ar efter calmettevaccination.

c) Positiv Mantouxreaktion kan betyde både tidligere calmettevaccination eller latent tuberkulose.

børn med syfilis [4]. Infektionen kan være asymptomatisk, og det er derfor nødvendigt at screene. På trods af den relativt høje prævalens af syfilis globalt, finder man kun i få studier smittede børn [3, 11-14]. Dette skyldes formentlig, at mødre i mange lande screenes rutinemæssigt, og at børnene også screenes forud for adoption [15].

### TUBERKULOSE

Over en tredjedel af verdens befolkning har latent tb, hvilket betyder, at de er smittede med *Mycobacterium tuberculosis*, men ikke har aktiv sygdom [15]. Op til 7% af IAB er smittet med *M. tuberculosis*; nogle få har aktiv tb, og de resterende har latent infektion [2, 3, 8, 11, 14]. Børn med latent infektion har mindst 10% risiko for at få aktiv tb inden for fem år [20]. Tb er ofte asymptomatisk, men kan give symptomer i form af dårlig trivsel, længerevarende hoste, vægttab, nattesved og træthed. Tb kan også manifestere sig ekstrapulmonalt eksempelvis i form af affektion af lymfeknuder, knogler, led, hud, abdominalorganer eller som en tuberkuløs meningitis. Der findes parakliniske test, som man kan påvise latent tb med, og som også er positive ved aktiv sygdom. 3-21% af IAB har positiv Mantouxreaktion [2, 3, 9-14]. En positiv Mantouxreaktion indikerer enten tidligere Calmette (BCG)-vaccination, latent tb-infektion, tidligere velbehandlet tb eller aktiv infektion. Et alternativ til Mantoux-testen er interferon gamma-release assay (QuantiFERON-test). Den har en sensitivitet på > 89% og en specificitet > 99% og har den fordel, at

man med den kan skelne mellem infektion med *M. tuberculosis* og BCG-vaccination [21]. Er barnet BCG-vaccineret, anbefales det at bruge QuantiFERON-testen. Yderligere undersøgelser såsom røntgen af thorax og ekspektorat til mikroskopi og dyrkning er nødvendige for at diagnosticere aktiv sygdom.

Det fremgår af Tabel 2, at op imod 20% af IAB har positiv Mantouxreaktion. Da dette fund kan være svært at fortolke og kræver nærmere undersøgelse og udredning, anbefales det, at nyankomne IAB bliver vurderet af en læge, der har erfaring med tb hos børn.

### PARASITTER

Som det fremgår af studierne i Tabel 2 er der høj prævalens af infektion med gastrointestinale parasitter hos gruppen af IAB. I studierne havde 8-27% af børnene parasitter [2, 3, 7, 11-14], langt hyppigst var *Giardia lamblia* [8, 12, 13]. Der kan være få symptomer og næsten normal afføring på trods af en parasitinfektion. I flere studier er der kun undersøgt fæces, hvis barnet havde gastrointestinale symptomer. Prævalensen kan således reelt være højere end angivet. For at finde parasitterne er en optimal og standardiseret opsamlingsmetode vigtig.

Ved løs afføring er det essentielt med en frisk fæcesprøve, hvis man skal finde amøber eller flagellater [22]. Der anbefales undersøgelse af tre afføringsprøver inden for en halv time efter passage. Ved formet afføring kan fæces sendes. Prøvetagningsteknik er ikke beskrevet i de tidligere studier. Det er f.eks. tidligere påvist, at man kun finder 50% af *Entamoeba histolytica* ved undersøgelse af kun én prøve [22]. Staat *et al* fandt 80% intestinale patogener ved en prøve og 100% ved undersøgelse af tre prøver [7].

Komplikationer ved uidentificeret infektion kan være anæmi, mavesmerter, malabsorption, smitte af omgivelserne og alvorlige komplikationer såsom amøbeabsces.

Fra Adoptionsambulatoriet på Rigshospitalet.



## FAKTABOKS

Årligt kommer ca. 400 internationalt adopterede børn (IAB) til Danmark.

Ifølge international litteratur om IAB:

- 1% har akut hepatitis A-infektion på ankomsttidspunktet.
- 3-6% har/har haft kronisk eller akut hepatitis B-infektion.
- En stor del har gastrointestinale parasitter, i flere studier har man fundet helt op mod 30%.
- 1-7% har haft aktiv tuberkulose, og i nogle studier har man fundet helt op til 20%, der har haft positiv Mantoux-test.
- I tidligere studier har man ikke fundet nogen, der var smittet med hiv eller hepatitis C.
- Man har fundet enkelte tilfælde af syfilis.
- Vaccinationsstatus er ofte mangelfuld.

## VACCINATIONER

I mange tilfælde mangler der vaccinationsoplysninger fra oprindelseslandet, eller de er inkomplette [6, 11, 12, 14]. Det er i studier ved serologiske undersøgelser fundet, at ikke alle IAB havde antistoffer trods oplysninger om vaccinationer fra oprindelseslandet. Det kan diskuteres, om dette skyldes ukorrekte vaccinationsoplysninger, ineffektive vacciner eller *non-responders*. Det er påvist, at 98-100%, der har fået tre doser HBV-vaccine vil have anti-HBs [6]. Det er derfor mest sandsynligt, at vaccinerne ikke er givet, hvis der er negativ serologi.

Det er vigtigt at vurdere vaccinationsoplysningerne fra oprindelseslandet med henblik på tilpasning til det danske vaccinationsprogram. Vacciner mod pneumokokker og *Haemophilus influenzae* type b indgår sjældent i de udenlandske vaccinationsprogrammer; anbefalinger for tilpasning findes i [23]. Ved mangelfuld dokumentation af vaccination kan immunstatus eventuelt undersøges, men resultaterne kan være svære at tolke. Det vurderes individuelt på baggrund af dokumentation og eventuel immunstatus, om der skal startes forfra med vaccinationer.

## KONKLUSION

Retningslinjer for screening i Danmark bygger på data fra internationale studier, da der ikke findes danske data, der belyser prævalensen af infektionssygdomme hos IAB i Danmark. I øjeblikket er det op til barnets praktiserende læge at tage stilling til, om vedkommende selv vil screene og vurdere vaccinationsstatus af et nyankommet IAB. Da der kun ankommer få IAB til Danmark, vil det være meget få børn, som den enkelte praktiserende læge vil se. Som det fremgår af artiklen, kan en screening være omfattende, og det kan have alvorlige konsekvenser for barnet og familien, hvis en infektion overses. Det kan være en kompleks opgave at vurdere helbredstilstan-

den hos IAB, og det må derfor anses for at være relevant, at en sådan undersøgelse samt evaluering af blandt andet vaccinationsstatus foretages af en børnelæge med erfaring med IAB og med specialviden inden for infektionspædiatri. Derudover er det vigtigt løbende at indsamle data og monitorere hyppigheden af infektionssygdomme og vaccinationsstatus hos IAB i Danmark med henblik på udvikling af evidensbaserede screeningsprotokoller. Det vil være ønskeligt med et tilbud om infektionspædiatrisk undersøgelse af alle IAB i Danmark.

**KORRESPONDANCE:** Tine Marie Pedersen, BørneUngeKlinikken, Juliane Marie Centret, Rigshospitalet, Blegdamsvej 9, 2100 København Ø.  
E-mail: tinemarie.pedersen@dbac.dk

**ANTAGET:** 8. november 2012

**FØRST PÅ NETTET:** 18. marts 2013

**INTERESSEKONFLIKTER:** Forfatterens ICMJE-formularer er tilgængelige sammen med artiklen på Ugeskriftet.dk

## LITTERATUR

1. www.adoptionsnaevnet.dk/tal-og-publikationer/tal-om-adoptioner/internationale-adoptioner (16. feb 2012).
2. Hostetter MK, Iverson S, Dole K et al. Unsuspected infectious diseases and other medical diagnoses in the evaluation of internationally adopted children. *Pediatrics* 1989;83:559-64.
3. Hostetter MK, Inveson S, Thomas W et al. Medical evaluation of internationally adopted children. *N Engl J Med* 1991;325:479-85.
4. Baldwin S. Initial infectious disease screening evaluation of the international adoptee. *J Ark Med Soc* 2009;106:137-9.
5. Abdulla RY, Rice MA, Donauer S et al. Hepatitis A in internationally adopted children: screening for acute and previous infections. *Pediatrics* 2010;126:e1039-e1044.
6. Stadler LP, Mezzoff AG, Staat MA. Hepatitis B virus screening for internationally adopted children. *Pediatrics* 2008;122:1223-8.
7. Staat MA, Rice M, Donauer S et al. Intestinal parasite screening in internationally adopted children: importance of multiple stool specimens. *Pediatrics* 2011;128:e613-e622.
8. Long R, Boffa J. Why internationally adopted children should be screened for tuberculosis. *CMAJ* 2007;177:172-3.
9. Trehan I, Meinen-Derr JK, Jamison L et al. Tuberculosis screening in internationally adopted children: the need for initial and repeated testing. *Pediatrics* 2008;122:e7-e14.
10. Mandalakas AM, Kirchner HL, Iverson S et al. Predictors of mycobacterium tuberculosis infection in international adoptees. *Pediatrics* 2007;120:e610-e617.
11. Schaik RV, Wolfs TF, Geelen SP. Improved general health of international adoptees, but immunization status still insufficient. *Eur J Pediatrics* 2009;168:1101-6.
12. Saiman L, Aronson J, Zhou J et al. Prevalence of infectious diseases among internationally adopted children. *Pediatrics* 2001;108:608-13.
13. Miller LC, Hendrie NW. Health of children adopted from China. *Pediatrics* 2000;105:e76.
14. Miller L, Chan W, Comfort K et al. Health of children adopted from Guatemala: comparison of orphanage and foster care. *Pediatrics* 2005;115:e710-e718.
15. Murray TS, Groth ME, Weitzman C et al. Epidemiology and management of infectious diseases in international adoptees. *Clinical Microbiology Reviews* 2005;18:510-20.
16. Sweet K, Sutherland W, Ehresmann et al. Hepatitis A infection in recent international adoptees and their contacts in Minnesota, 2007-2009. *Pediatrics* 2011;128:e333-e338.
17. Gayle EF, Eyasu HT, Miller C et al. Hepatitis A among international adoptees and their contacts. *Clinical Infectious Diseases* 2008;47:812-4.
18. www.who.int/csr/disease/hepatitis/whocdscsrlyo20022/en/index1.html (28. maj 2011)
19. Clausen MR. Behandling af kronisk hepatitis B. *Ugeskr Læger* 2008;170:3934.
20. Newton SM, Brent AJ, Anderson S et al. Paediatric tuberculosis. *Lancet Infect Dis* 2008;8:498-510.
21. www.ssi.dk/ProdukterYdelser/SSI%20Diagnostica/Produkter%20fra%20SSI%20Diagnostica/Immunoassays/QFT-TB%20Gold%20In%20Tube.aspx (2. dec 2011).
22. Cross JH. Examination of stool and urine specimens. I: Strickland GT, red. Hunter's tropical medicine and emerging infectious diseases. Eighth ed. Philadelphia: W.B. Saunders Company. 1105-13.
23. www.ssi.dk/Aktuelt/Nyhedsbreve/EPI-NYT/2011/Uge%202%20-%202011.aspx (14. mar 2012).