

UTREDNING OCH BEHANDLING VID FÖRSTOPPNING HOS BARN

Detta dokument är sammanställt av Svenska EnuresAkademin och är tänkt att vara till ledning för läkare och annan sjukvårdspersonal.

Definition.

Förstoppning i frånvaro av organisk orsak (Rom III-kriterierna, 2006):

- ≤ 2 avföringar per vecka
- Aktivt uppskjutande av tarmtömningen ("håller tillbaka")
- Avföringsinkontinens en gång/vecka
- Smärta och/eller hård avföring vid tarmtömningen
- Palpabel avföring i ändtarmen
- Voluminösa tarmtömningar (risk för stopp i toaletten)

< 4 år: 2 eller fler kriterier i en månad

> 4 år: 2 eller fler kriterier i 2 månader

BARNET SÖKER FÖRSTA GÅNGEN FÖR FÖRSTOPPNING

Vid första kontakten kan familjen träffa en allmänläkare eller en sjuksköterska inom primärvården eller skolhälsovården. Det viktiga är inte vårdgivarens profession utan att hen vet vilka frågor som skall ställas och är förtrogen med förstahands-behandlingarna lavemang, mjukgörande medel, tarm- och kostregim, varnings-signaler och som vid utebliven effekt av insatta åtgärder känner till närmaste remissinstans. En god anamnes och kroppsundersökning räcker i regel som utredning på det här stadiet för att kunna starta behandling. Symtomdebut efter 1 (2) års ålder är oftast uttryck för funktionell störning.

Mål

- 1) Upptäcka de barn som behöver ytterligare utredning
- 2) Ge goda råd till barnet och familjen
- 3) Starta aktiv behandling i syfte att normalisera tarmfunktionen genom "mjuk"görande åtgärder och regelbundna tarmtömningar

Utredning

ANAMNES

1) Symtomdebut?

2) Allmänsymtom

Magont, illamående, trötthet, aptit, viktnedgång? Feber? Uppfödning, matvanor?

2) Avföringsvanor

Hur ofta bajsar barnet, flera gånger dagligen, dagligen, varannan dag eller mindre ofta (Tarmdagbok, bilaga 1)? Konsistens (Bristolskalan, bilaga 1)? Smärtor vid avföring? Måste barnet krysta? Avföringsinkontinens?

3) Kissvanor

Normala kissvanor? Urgency (plötslig oväntad kissnödighet)? Urininkontinens dagtid? I så fall, kommer det i små eller stora portioner, ständigt sipprande? Enures? Kissar barnet med bra stråle? Måste barnet krysta för att tömma blåsan? Urinvägsinfektioner?

4) Tidigare sjukdomar

Normal längd/viktutveckling? Normal psykomotorisk utveckling? Allergi?

5) Ärftlighet

Finns förstoppning i den närmaste familjen? Specifika mag/tarmsjukdomar i familjen?

STATUS

Längd och vikt. Inspektera och palpera buken, uppdriven buk? Palpabla resistenser, fr a över vänstercolon? Inspektion anus och perinealt – anus på rätt plats - ektopi? Hudirritation? Fissurer? "Portvaktstagg"? Rektalpalpation (om det går att göra utan obehag för barnet) - formad faeces i ändtarmen bekräftar diagnosen förstoppning. Sfinktertonus? Enkelt neurologstatus med inspektion av ryggen och grov bedömning av motoriken.

TARMDAGBOK

Tarmdagbok är till stor hjälp i den vidare utredningen. Fyll gärna i tillsammans med barnet vilket ofta gör hen mer medveten om sin tarm och mer engagerad i behandlingen. Notera avföringens konsistens enligt Bristolskalan.

PROVTAGNING

Inga blodprover behövs i första kontakten. Urinprov ("stickor") behöver kontrolleras endast om det i anamnesen framkommer störningar i blåsfunktionen.

Rådgivning och förstahandsbehandling

Ju yngre debutålder, desto större risk för organisk/anatomisk orsak. Symtomdebut efter 1 (2) års ålder innebär oftast funktionell störning. Om specifika fynd saknas i anamnes och/eller status (Se "Varningssignaler"), startas behandlingen omgående.

BEHANDLING

RÅDGIVNING

Informera om att störningen är funktionell, barnet är friskt i övrigt och att några ytterligare utredningar inte behöver göras. Informera om regelbundna måltider och nödvändigheten av tillräckligt med vätska (gärna vatten!). Det senare speciellt vid varm väderlek och i samband med feber. För pottränade barn gäller "toalett-regim", dvs information på ett barnanpassat sätt om tarmens anatomi och funktion, att lyssna på signalerna, etablera regelbundna tarmtömningar på toaletten, lämplig sittställning.

KOSTRÅD

Kostråd vid förstoppning bygger mer på beprövad erfarenhet än forskning och här gäller det ofta att pröva sig fram. Råden innefattar både vad som bör undvikas och förslag till lösande kost. Undvik fullkornsprodukter (t ex fullkornsvälling), då dessa kräver extra mycket vätska för att ge effekt. Fibrer från frukt och grönt är bra och tillför dessutom vätska. Reducera mängden mjölk, framförallt drick-mjölk. Man kan också pröva att sätta ut all mjölk och alla produkter som innehåller mjölk helt och hållet under 3-4 veckor men för detta krävs ofta hjälp av dietist. Om positiv effekt går det ofta att långsamt smyga in mjölk igen men i reducerad mängd. Ris är stoppande, liksom mannagryn, vitt mjöl, omogen banan, blåbärssoppa, morotspuré. All slags frukt är lösande (särskilt katrinplommon!) liksom grönsaker, messmör, grovt bröd, probiotika (mejeriprodukter som t ex Proviva®). Fett i kosten ökar tarmmotiliteten.

LÄKEMEDEL

Lavemang

Behandlingen behöver oftast inledas med att ge ett lavemang (för att lösa ”proppen”), eventuellt upprepat dagligen under några dagar till någon vecka. Ibland kan lavemangsbehandlingen behöva ges regelbundet under flera månader, vilket visat sig inte ha några bieffekter. Lavemang har snabb terapeutisk effekt men också diagnostisk och pedagogisk effekt för både barn och föräldrar. Ett första lavemang ska alltid ges på mottagningen, där föräldrarna ges en praktisk instruktion för att eventuellt kunna fortsätta lavemangsbehandlingen hemma. Vanligen används klysmas Klyx® eller minilavemang Resulax® i dosering enligt FASS. Lavemangsbehandlingen kan oftast avslutas efter en kortare tid när effekten av samtidigt påbörjad peroral behandling börjar märkas. Lavemang upprepas om barnet inte haft avföring på 3-4 dygn.

Laxermedel

Laktulos (Laktulos®, Duphalac®). 5 – 10 ml (max 40 ml) dagligen, framför allt till yngre barn under 1-2 års ålder. Ökning av dosen för att få önskad effekt ökar risken för biverkningar som magont, magknip och rikligt med gaser.

Polyethylenglykol, macrogol (t ex Movicol®, Movicol Junior®, Forlax®, Forlax Junior®, Omonilax®). Doseringen är individuell och olika för olika åldrar beroende på vilket preparat som väljs. De kan användas från 6 månaders ålder (Forlax Jr) och från 2 års ålder (Movicol Jr).

Bulkmedel (Lunelax®, Vi-Siblin®, Inolaxol®, Fiberform®) rekommenderas inte till barn, då dessa preparat kräver riklig vätsketillförsel för att inte ha motsatt effekt och är dessutom svårt för barn att ta.

Probiotika

Lactobaciller, t ex Findus Magdroppar™ eller Proviva® har erfarenhetsmässigt ofta god effekt men vetenskaplig evidens saknas.

Lokalbehandling

Scheriproct® alternativt Xyloproct® används för lokalbehandling vid fissurer och analklåda. Rectogesic® från 18 års ålder (enl FASS).

UPPFÖLJNING

För ett lyckat resultat krävs tät kontakt och uppföljning helst av sjuksköterska eller barnsköterska med specialintresse. Vid start rekommenderas uppföljning redan efter 1 vecka, via återbesök eller telefon, med fortsatt tät kontakt som glesas ut alltefter resultatet av behandlingen. Uppföljningen syftar till att stötta föräldrarna, visa att det från sjukvårdens sida är viktigt att behandlingen genomförs adekvat och under tillräckligt lång tid. Det är viktigt att informera om att behandling av förstoppning tar lång tid och att vanligaste orsaken till misslyckad behandling och återfall är att man inte orkat fullfölja behandlingen under tillräckligt lång tid. Uppföljning är väsentlig även för dosering av laxermedel, förnyande av recept och för uppföljning av kost och toalettrutiner. Vid potträning/toaletträning är uppföljningen viktig, för att ge råd, stöd och uppmuntran och för att svara på föräldrarnas frågor.

Varnings signaler, barn med behov av extra utredning

Avvikande fynd i anamnes och/eller status eller utebliven effekt av vidtagna åtgärder (allmänna råd, tarm- och kostregim, laxering, läkemedel), bör utredas vidare och eventuellt remitteras till närmaste specialist/barnmottagning.

Anamnes:

Sen mekoniumavgång (barnet hade sin första avföring senare än 48 timmar efter födseln)? Tidig symtomdebut (< 6 mån ålder) medan barnet fortfarande ammas? Uppfödningssvårigheter, dålig viktuppgång? Oklar feber? Blodiga avföringar? Pennformade avföringar? Misstänkt blåsdysfunktion med inkontinens, recidiverande UVI? Misstanke om sexuella övergrepp?

Status:

Uppspänd buk? Förändringar sacralt (grop, hårtofs, svullnad)? Onormalt belägen anus, anal ektopi? Analstenos? Fissur? Glipande anus? Förändringar perianalt/perinealt, hudirritation, fistel/analatresi, portvaktstagg, prolaps? Fekalom? Sprutande lös avföring vid rektalpalpation? Neurologiska avvikelser? Avvikande beteende eller i kontakten.

Förslag till åtgärder:

Anatomiska avvikelser (analstenos, analatresi, analektopi, prolaps, misstänkt fistel, hemorroider) - remiss till barnkirurg för bedömning.

Sen mekoniumavgång, tidig symtomdebut (ammande barn), uppdriven buk och sprutande lös avföring vid rektalpalpation ger misstanke om Mb Hirschsprung, varför remiss närmaste barnklinik för ställningstagande till fortsatt utredning med analtryckmätning, rektalbiopsi, ev röntgen colon.

Dålig tillväxt, buksmärtor/magknip, uppdriven buk, trötthet bör leda till provtagning: blodstatus, celiaki-paket, thyreoidea-status.

Hudförändringar lumbosakralt som t ex pigmenteringar, hårtofs, grop, snedhet i crena ani, och/eller avvikande neurologi - remiss till barnneurolog.

Vid förstoppning med samtidig misstänkt blåsdysfunktion med urgency, urininkontinens och eventuellt även recidiverande UVI bör remiss till barnmottagning för utredning övervägas. Sambandet mellan förstoppning och blåsdysfunktion är mycket starkt och kräver en samlad handläggning.

Om avvikande psykomotorisk utveckling och beteende, ska remiss till BUP alternativt barnneurolog/psykolog övervägas.

Övriga undersökningar (specialistvård):

Ultraljudsbestämning av rektum

Bestämning av den horisontella rektaldiametern bakom urinblåsan är en bra metod att objektifiera diagnosen förstoppning (rektaldiameter > 3 cm) och kan också användas för att följa effekten av given behandling

Röntgen colon

Har ingen plats vid utredning av förstoppning hos barn annat än för att vid misstänkt Mb Hirschsprung "nivåbestämna" aganglionosens utbredning.

Defekografi

Funktionsundersökning för bedömning av tarmtömningen. Kan påvisa både funktionella (t ex paradoxal kontraktion av bäckenbotten vid krystning) och anatomiska rektoanala avvikelser (t ex proctocele) som kan ge upphov till försvårad tarmtömning

MRT spinalkanal

Vid medellinjesdefekter lumbosakralt som vid misstänkt spinal dysrafism

Rektoskopi

Utredning av blödningar rektalt, vid t ex misstänkt IBD. Hos mycket små barn kan förstoppning vara ett av debutsymtomen vid IBD

Transit-tid

Bestämning av passagetid vid misstänkt pseudo-obstruktion, som vid neuromuskulära sjukdomar

Analtryckmätning

Specifikt vid utredning av Mb Hirschsprung för att påvisa rektoanala inhibitionsreflexen (RAIR) och megarectum. Metoden kan i modifierad form även användas för utredning av tarmdysfunktion, för bedömning av perception för rektalfyllnad ("defekationsbehov") och förmåga att differentiera mellan "knip" och "kryst"

BUP-kontakt

Överväg remiss till BUP vid beteendeavvikelser och ev misstanke om t ex ADHD, autism eller autismspektrumdiagnos då viss comorbiditet föreligger mellan neuropsykiatriska tillstånd och förstoppning/ avföringsinkontinens. Detta gäller främst barn med avföringsinkontinens utan samtidig förstoppning ("Functional non-retentive faecal incontinence")

Psykolog

Framförallt för föräldrastöd men också för barnet för att motivera till behandling

Övriga terapeutiska åtgärder (specialistvård)

Eliminationskost

I samarbete med dietist ge allmänna kostråd men också specifika råd om elimination av specifika födoämnen som vid komjölskfri kost eller för att utesluta vissa sädeslag eller råd om specifik kost efter genomförd allergiutredning

Farmaka

Laxabon® (macrogol – polyetylen glykol) för lösning av fekalom. Måste oftast ges med patienten ineliggande.

Laxoberal®, *Cilaxoral®*, (natriumpikosulfat). Propulsionsstimulerande. Enligt FASS från 12 års ålder. Används mycket sällan inom pediatriken, möjligen enstaka dos postoperativt efter t ex ortopedkirurgiska ingrepp.

Botox® (botulinumtoxin). Vid svårbehandlad analfissur eller analstenos pga muskelspasm.(Licensansökan)

Biofeedback

Biofeedbackträning under tarmterapeuts ledning vid funktionell tarmstörning, där barnet krystar och kniper samtidigt. Tidskrävande behandling med varierande stöd i forskningen.

Elektrisk stimulering

Neuromodulering genom elektrisk stimulering av de nerver som styr tarmtömningen. Ännu på experimentella stadiet men kan i enskilda fall ha god nytta

Tarmsköljning/irrigation

Regelbunden tarmsköljning rektal med retrograd eller antegrad teknik. Indikationen framför allt neurogen tarmstörning med tömningssvårigheter. Vid antegrad tarmsköljning (MACE – Malone Antegrade Colon Enema) sker ingjutning av lavemangsvätska (kranvatten) via appendicostomi till colon

Prognos

Förstoppning är mycket vanligt och beräknas förekomma hos 3 % av alla barn. För flertalet är tillståndet tillfälligt och övergående men för många kvarstår problemet och kräver aktiva åtgärder. Förstoppning som stått under längre tid ger ofta en funktionell megarectum med stor utspänd tarm med nedsatt defekationsreflex och nedsatt perception för tarmfyllnad, som kan ta lång tid att få att gå tillbaka och normaliseras. Behandling av förstoppning är tidskrävande och kräver både engagemang och tålamod såväl hos föräldrar som behandlande. Uppföljande studier har visat att 50-60% av barn med förstoppning är besvärsfria och kan sluta med mjukgörande behandling efter 6-12 månader men andra studier visar att 25% av barn med förstoppning har besvär även i vuxen ålder. Säkra prediktiva faktorer saknas men tidig symtomdebut, låg defekationsfrekvens vid behandlingsstart och ”doctor’s delay” med över 3 månaders fördröjning från debutsymtom till start av aktiv behandling, anses vara dåliga prognostiska faktorer.

Referenser

- Mattsson S, Nevéus T, editors. Sängvätning och annan inkontinens hos barn. Lund: Studentlitteratur; 2011
- Rasquin A, Di Lorenzo C, Forbes D et al. Childhood functional gastrointestinal disorders: child/adolescent. *Gastroenterology*. 2006; 130(5):1527-37 (Rom III-kriterierna)
- Lewis SJ, Heaton KW. Stool form scale as an useful guide to intestinal transit time. *Scand J Gastroenterology*. 1997; 32(9):920-4 (Bristolskalan)
- Pijpers MAM, Bongers MEJ, Benninga M, et al. Functional Constipation in Children: A Systemic Review on Prognosis and Predictive Factors. *JPGN*. 2010; 50:3:256-68
- Bongers MEJ, van Wijk MP, Reitsma JB et al. Long-Term Prognosis for Childhood Constipation: Clinical Outcomes in Adulthood. *Pediatrics*. 2010; 126:1:e156-e1662
- Joensson IM, Siggaard C, Rittig S et al. Transabdominal ultrasound of rectum as a diagnostic tool in childhood constipation. *J Urol*. 2008; 179(5):1997-2002

