

# Förstoppning hos barn

Gäller för: Barn- och ungdomskliniken

## Innehållsförteckning

1	Inledning.....	2
1.1	Epidemiologi.....	2
1.2	Definition.....	2
1.3	Etiologi.....	2
2	Symtom.....	3
3	Utredning.....	4
3.1	Anamnes .....	4
3.2	Status .....	4
3.3	Övrig utredning – riktad utifrån misstanke .....	4
4	Behandling.....	5
4.1	Icke farmakologisk .....	5
	Livsstil.....	5
	Kost .....	5
4.2	Farmakologisk.....	6

# 1 Inledning

## 1.1 Epidemiologi

Förstoppningsproblem hos barn är vanligt och orsakas sällan av bakomliggande sjukdom. I normalfallet handläggs tillståndet av sjuksköterska inom primärvård/barnhälsovård, elevhälsa. Anamnes och undersökning är oftast tillräcklig utredning. Vid oklara fall, misstanke om bakomliggande sjukdom eller om egenvård ej har effekt skall barnet bedömas av läkare. Om det efter läkarbedömning fortfarande föreligger oklarheter om diagnos, misstanke om bakomliggande sjukdom eller vid svårbehandlade remitteras barnet till barn- och ungdomskliniken.

## 1.2 Definition

Det finns en stor normalvariation i antalet defekationer hos friska barn, men typiskt för förstoppning är att man har svårigheter att tömma tarmen och har mindre än tre avföringar/vecka. Vanligen är avföringen hård (Typ 1-3 enligt Bristolskalan). Avföringen kan ha stor diameter eller vara mycket riklig. Defekationerna kan vara smärtsamma. Trängningsmotverkande kroppsrörelser är ett observandum.

## 1.3 Etiologi

Funktionell förstoppning är vanlig (mer än 95 % av förstoppningsfallen är funktionella) och debuterar ofta i 2 årsåldern, inte sällan i samband med rubbade vardagsrutiner eller efter något som gett obehag vid tarmtömning (t ex infektion, blöjdermatit, analfissur). Detta obehag leder till att barnet försöker hålla mot avföringen, vilket i sin tur ger ännu hårdare avföring och alltmer obehag vid defekation. Blöjbarn ("stå-bajsare") har en ökad förstoppningsrisk.

Förstoppning innebär att ampullen vidgas samt att dess sensibilitet och sfinkterarbete försämras. Detta medför nedsatt förmåga att tömma tarmen och minskad/avsaknad av att känna defekationsbehov. Ansamling av feces i ampullen kan ge avförings- och urinläckage, liksom förstoppningsdiarré. Ammande barn kan normalt ha glesa tarmtömningar eftersom bröstmjölken ger upphov till små avföringsmängder. Ammande barn har sällan funktionell förstoppning.

Bakomliggande sjukdom är ovanligt, men observanda är tidig debut (framförallt om det börjar redan i nyföddhetsperioden) och vikt/längd avvikelser.

Exempel på orsaker:

- Komjölksproteinallergi
- Celiaki
- Rektala/anala förändringar (ektopisk anus, analstenos, fissur, perianal infektion).
- Hirschsprungs sjukdom (90% av dessa barn har ingen mekoniumavgång första levnadsdygnet. Tom ampull och sprutande avföring då du tar ut fingret efter PR talar för Hirschsprung).
- Tarmmotorikrubbing/långsam peristaltik/tarmdysmotilitet.
- Neurologisk sjukdom (myelomeningocele, fjättrad märg, CP).
- Hypotyreos (ofta även dålig tillväxt)
- Hyperkalcemi (ofta förenad med uttalad trötthet och muskelsvaghet)
- Cystisk fibros (sen mekoniumavgång, dålig tillväxt och luftvägsbesvär är observanda).
- Läkemedel
- Anorexi
- Sexuella övergrepp

## 2 Symtom

- Buksmärtor – Kan vara svåra och akuta men vanligen vaga. I typfallet periumbilikalt. Vanligt att det blir sämre efter måltid och att defekation ger snabb symtomlindring. Alla har dock inte magsymtom.
- Defekationssmärta. Ont i rumpan.
- Ändrad avföring (glesare - mer frekvent, hårt, blod i avföringen, stora defekationer).
- Nedsatt aptit.
- Illamående.
- Enkopres eller avföringsspår i underkläder.
- Enures.
- Palpabla avföringsmassor över sigmoideum.
- Avföring i ampullen utan att barnet känner defekationsbehov!
- Viktdeviation (vid långdragna svåra besvär).
- Ändrat gångmönster o/e träningsmotverkande kroppsrörelser.

### 3 Utredning

Anamnes och kroppsundersökning är ofta tillräcklig.

#### 3.1 Anamnes

Tidpunkt för mekoniumavgång?

När och hur debuterade förstoppningen?

Ärftlighet (magtarmsbesvär, atopi)?

Allergier, eksem?

Avvikelse från vikt-längdkurva eller andra tecken på bakomliggande sjukdom?

Miktionsproblem - Daginkontinens, enures, återkommande urinvägsinfektioner?

Kostanamnes - Brist på frukt och grönsaker, för lite/för mycket fibrer? Stora mängder mjölk, vitt mjöl? Lågt vätskeintag?

Psykosociala faktorer - Barnpsykiatrisk sjukdom? Lugn och ro på toaletten?

Stress/Förändring i livssituation/mobbning?

Avföringsvanor – Avföringens utseende (Bristolskalan), lukt och storlek?

Var (blöja, potta, VC)? Hur ofta? Utnyttjas gastrokoliska reflexen? Används andra toaletter än hemma, om ej - varför? Rätt sittställning? Defekationssmärta?

Soiling?

Avföringsdagbok - Nöj dig inte med svaret att avföringen är normal utan fråga specifikt. Avföringskonsistens typ 1-3 på Bristolskalan är förstoppning hos barn.

Intas förstoppande läkemedel? Har någon förstoppningsbehandling provats?

#### 3.2 Status

Vikt/längdkurva

Bukpalpation - resistenser, uppblåst buk.

Anusinspektion - anus läge, eksem/dermatit/infektion, fissurer, hemorrojder, ärr.

Rektalpalpation - perianal känsel, sfinktertonus inkl. kontraktion/relaxation, rektums storlek, mängd och konsistens av fekalier i rektum (avföring i ampullen utan känsla av defaktionsbehov talar starkt för förstoppning).

Rygg - sakralt nevus eller hårtofs.

Neurologi - bortfallssymtom inom sakrala nervrötternas utbredningsområde, tågång, dålig anokutanreflex.

Observera rörelsemönster/gångmönster.

#### 3.3 Övrig utredning – riktad utifrån misstanke

**Lab:** TSH, Calcium, TTG. Vid CF-misstanke svetest, F-elastas.

**Buköversiktsröntgen** (dåligt prediktivt värde, ej basutredning).

**Komjölksproteinelimination** och provokation. Minst 4 veckors elimination.

Rådgör gärna med dietist före. Följs alltid av återinsättande av mjölk. Om god effekt och sämre igen efter återinsättande så skall troligen barnet fortsätta med mjölkfritt – remiss till barnkliniken skickas. Om allergin inte ger några

hudsymtom så är vanligtvis både pricktest och specifika antikroppar för komjölks

negativa, varför det är av litet värde att kontrollera prov.

**”Majs-bajs-test”** – passagetid från intag till avföring av majs Korn (< 48h).

**Anografi** Efter diskussion med barnläkare. Framförallt vid misstanke om Hirschsprungs sjukdom.

**Mer invasiva utredningar** såsom anorektal manometri, endoskopi, rektalbiopsier, defekografi etc endast efter diskussion med gastroenterologiskt inriktad barnläkare.

## 4 Behandling

### 4.1 Icke farmakologisk

Målsättningen är regelbundna avföringsvanor minst varannan dag med mjuk avföring (Bristol typ 4-5) samt fri från mag/tarmsmärta och tarmläckage. Det tar lång tid att bryta den funktionella förstoppningens onda cirkel, varför behandlingen ofta behöver fortgå många månader, ibland något år.

### Livsstil

Regelbundna dagliga tarmtömningar i lugn och ro. Ge barnet tid att gå på toaletten och tid att tömma tarmen ordentligt så barnet hinner lyssna på tarmens signaler. Utnyttja gastrokologiska reflexen – gå på toaletten efter måltid. Bestäm gärna daglig ”bajsstund” utan att fråga om barnet är bajsnödigt eftersom de ibland inte kan känna detta. Avslappnad och stadig sittställning på toaletten/pottan, fotpall så knäna hamnar högre än höfterna (behövs till ca 140 cm kroppslängd). Sittring om liten rumpa. Sträck på ryggen, luta framåt, vila armbågarna på knäna och svanka något. Försök intressera barn över två år för pottan/toaletten då stående ställning försvårar tömningen. Undvik stridigheter och alltför mycket uppmärksamhet kring avföringen. Motion/rörelse stimulerar peristaltiken.

### Kost

Viktigt att inte överdosera pulvret i mjölkersättning/välling. Prova att byta ersättning/välling. Fullkornsvälling medför ibland en förbättring, men ger ibland förstoppning då för mycket fibrer är stoppande. Från sex månaders ålder kan någon tsk messmör o/e katrinplommon ges.

När barnet börjat äta mat – tänk på: Regelbundna måltider med allsidigt innehåll. Råa grönsaker, rotfrukter eller frukt till alla måltider. Kiwi, aprikoser, päron, plommon, katrinplommon, fikon, messmör är ofta laxerande. Fiberrika produkter kan hjälpa men tänk på att det kräver tillräckligt vätskeintag då det annars kan vara förstoppande. Pre-/probiotika såsom t ex Sempers magdroppar kan provas, men har tveksam dokumentation.

Mat som kan vara stoppande : Mjölkmatt (0,5 liter/dygn räcker.) Fil och yoghurt går oftast bättre än vanlig mjölk. Produkter från vitt mjöl (vetemjöl, ris, majs, mannagryn). Bananer och rivet äpple. Te.

Vid allergi misstanke – komjölksproteinfri kost 4-8 veckor.

## 4.2 Farmakologisk

1. Kost och livsstilsförändringar enligt ovan. Behandla ev smärta rektalt, t ex fissurer eller stora hårda avföringskorvar. Lokalbedövande salva (ex Xylocaingel, max 1g = 1 ml per kg kroppsvikt, se FASS) ges ca 20 min före toalettbesöket/lavemang vid smärtsamma defekationer. Hos barn över 1,5 år kan även Xylocainsalva användas (se FASS). Xyloproct är ofta bra vid ytliga ändtarmsirritationer och fissurer. Ge patientinformation (se nedan).

2. Töm ampullen initialt med hjälp av Resulax, 1 gång/dag i ca 4 dagar (1-7 dagar) till avföringen är mjuk eller mängden blir normal. Vid otillräcklig effekt ges istället Klyx. Detta kombineras i normalfallet med insättande av laxerande oral behandling enligt nedan. Utebliven avföring i mer än två dygn, liksom avföring i underbyxorna betraktas som recidiv och Resulax bör då ges på nytt. Ett alternativ som kan vara lättare att administreras är supp Relaxit.

3. Laktulos (eller motsvarande):

Flaskbarn – börja med 1ml/100ml modersmjölksersättning/välling, dosen justeras (0,5-2ml/100ml) så mjuk avföring.

Barn upp till 3 år - börja med 10ml x 1, dosen justeras (5-20ml) så avföringen hålls mjuk, Bristol 4-5.

Äldre barn – börja med 15ml x 1, dosjustering (5-30ml/d).

Ibland bättre effekt och mindre problem med uppspänd mage/gaser/magont om laktitol (Importal-Exlax) ges istället för laktulos. Detta är godkänt från 1 års ålder, dosering enl. FASS. Dela gärna dosen på mer än 1 gång/dygn vid biverkningar. Viktigt att dricka mycket när man tar denna typ av preparat.

Vid utebliven/dålig effekt efter ca 1 månad med laktulos/laktitol eller vid biverkan - byt till Makrogol.

4. Makrogol:

Movicol (Junior godkänt från 2 års ålder) eller Forlax (Junior godkänt från sex månaders ålder men ingår inte i läkemedelsförmånen). Dosering (se FASS)-avföringen är mjuk (Bristol 4-5). Finns även andra makrogolalternativ i ”vuxenpåse” med olika Makrogol-innehåll. Påsarna blandas i rätt mängd vatten före intag. Vid behov kan det därefter smaksättas med t ex saft.

Behandlingstid: Fortsätt med behandling minst 3 veckor efter att barnet blivit symtomfritt. Ofta behövs minst 6 månaders behandlingstid ibland flera år. Vid

långvarig förstoppning så kan det ta månader innan barnet kan känna sig bajsnödigt.

5. Andra behandlingar (specialistnivå):

Lavemangsbehandling/tarmsköljning (ges på barn och ungdomsklinikens dagvårdsavdelning enligt PM). Bulkmedel (ex Inolaxol med vätska).

Peristaltikstimulerande läkemedel (efter konsultation av barn gastroenterologisk läkare).

Laxoberal får bara användas med stor försiktighet då det kan ge försämrad spontan tarmmotorik. Inte godkänt för barn enligt FASS, men på de något äldre barnen ger vi 5-12 droppar till natten i max 14 dagar.