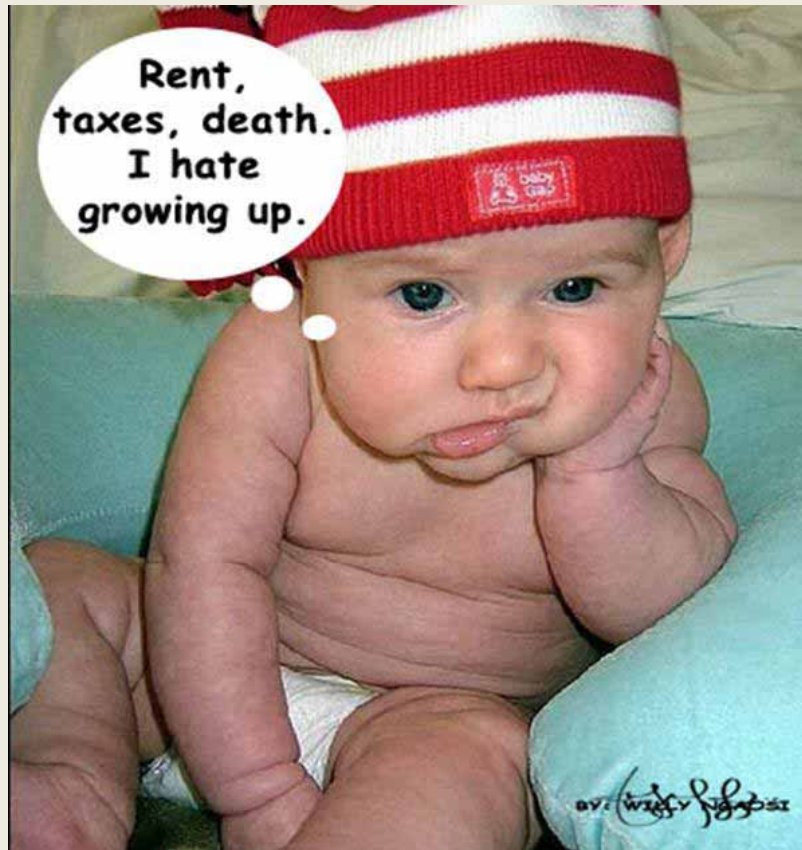


Barnhälsa i fokus - Tema magen

Birgitta Bårdén
Barn och ungdomskliniken
Hallands sjukhus Halmstad
151106 Varberg
151112 Halmstad

”Barn med ont i magen”



- Mycket heterogen grupp
- Olika åldrar kräver olika utredningar
- Organiska åkommor en minoritet av fallen

”Recurrent abdominal pain”

- Ett av de vanligaste besvären hos barn i Sverige och världen. Ca 30 % av barn 4-12 år
- Definieras som minst 3 episoder av buksmärta under en 3-månadersperiod
- Organiska orsak hittas hos < 10 %

Akuta kirurgiska diagnoser

- Appendicit
- Pylorusstenos
- Invagination
- Meckels divertikel
- Ljumskbråck
- Testistorsion
- Torsion av Morgagnis hydatid
- Malrotation
- Ileus
- Trauma

Akuta medicinska diagnoser

- Gastroenterit med dehydrering
- Invagination
- Pyelonefrit
- Henoch Schönleins purpura (Buksmärtor kan föregå, men debuterar oftast parallellt med hudförändringar och ledbesvär.

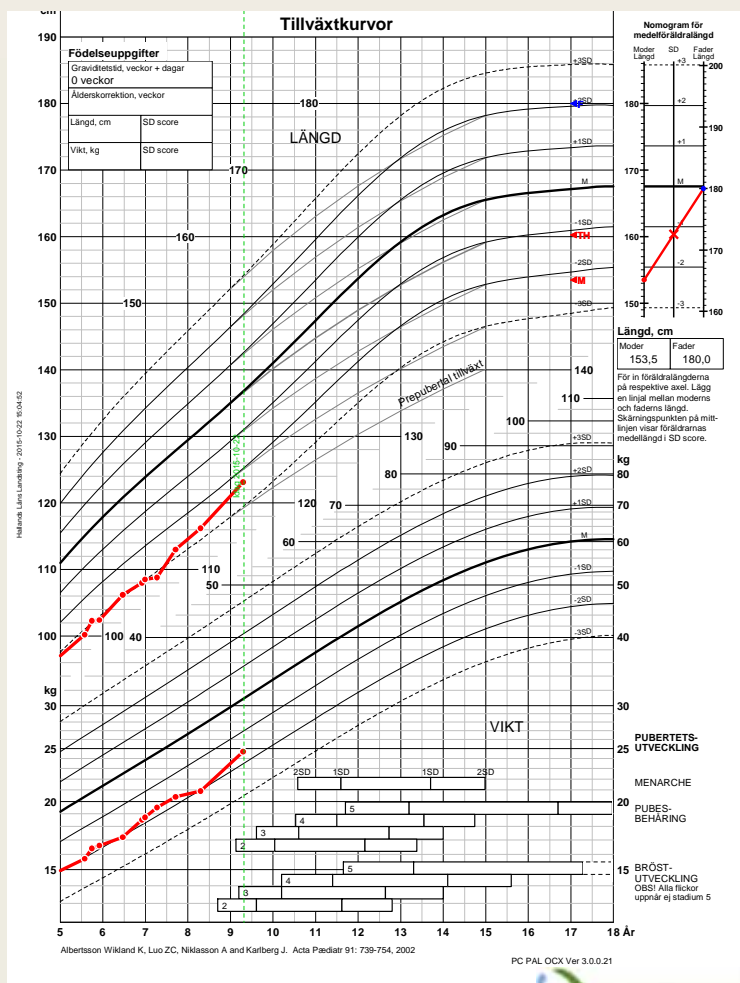
- Viktigt att tänka på att buksmärtor kan vara dominerande symptom hos barn med
 - Otit
 - Pneumoni
 - Tonsillit
 - Mononukleos

Kroniska medicinska diagnoser

- Födoämnesintoleranser/allergi
- Celiaki
- Förstoppning – funktionell eller organisk
- IBD
- Funktionella magtarmbesvär
 - GE reflux
 - Lever/gallvägs och pankreassjukdomar
 - EoE = eosinofil esophagit

”Barnläkarens viktigaste redskap!”

Tillväxtkurvor!!!



Vad kan föranleda utredning?

- Buksmärtor
- Illamående/kräkning
- Diarré
- Förstoppning/enkopres
- Matleda
- Tillväxtavvikelse/
Pubertetsavvikelser

FÖDOÄMNESINTOLERANS



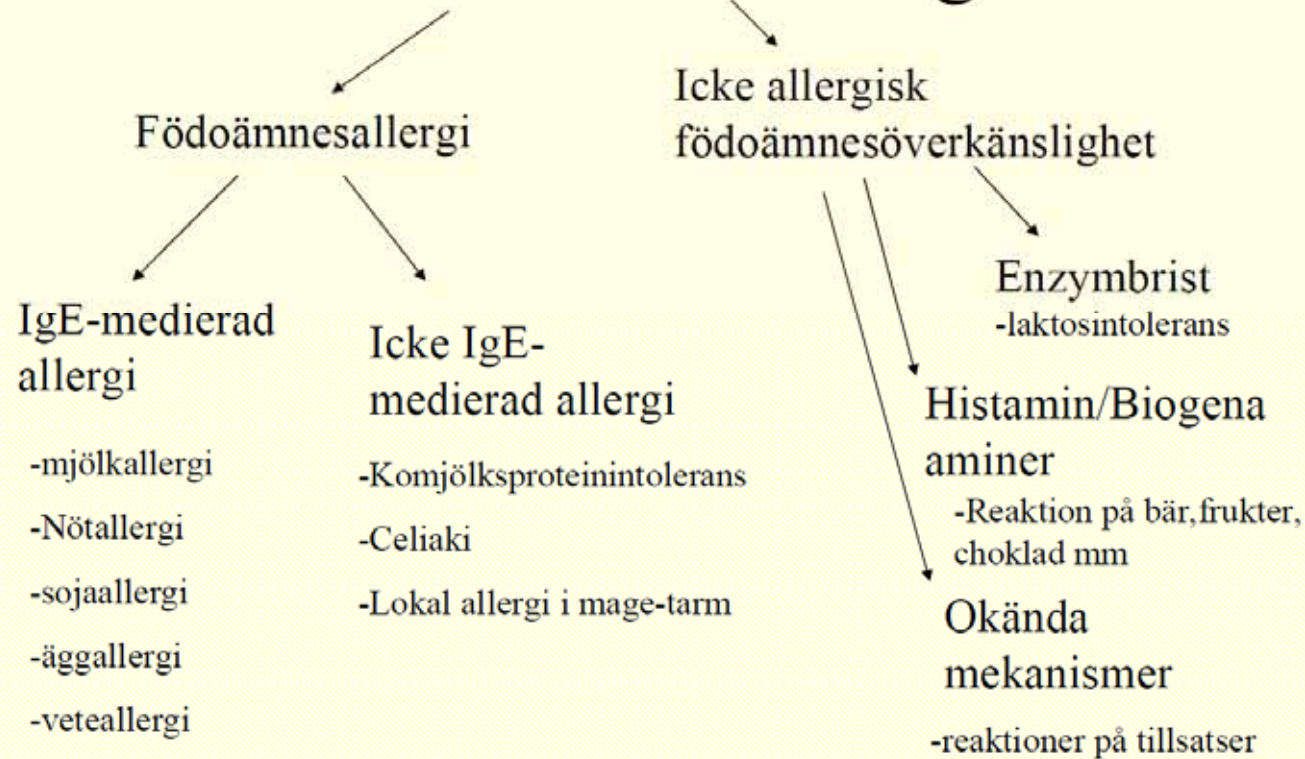
Födoämnesöverkänslighet

- Å ena sidan en potentiellt dödlig åkomma
- Å andra sidan ofta något som går över av sig själv utan speciella åtgärder

I väldigt många fall kan man ej påvisa/bevisa att en upplevd/beskriven överkänslighet verkligen beror på ett födoämne. ”matallergin” blir vad man gör den till... Stort eller litet problem ?

Sällan allvarliga reaktioner under småbarnsåren

Födoämnesöverkänslighet



Allergiska mag-tarmsjukdomar *Icke* IgE medierat (cell-medierat)

- Enteropati (tunntarmsengagemang)
 - Malabsorption, failure-to-thrive, viktnedgång
 - Protein-losing, ödem
- Enterocolit (tunntarm och colon)
 - Allmänpåverkan, viktnedgång, risk för shock
- Proktit
 - blod och slem i avföringen
- Gastroesofagal reflux – visst samband
- Eosinofil esofagit – (IgE medverkar här också)
- Celiaki ”glutenallergi” *anses OK kalla det så!*

- Samma födoämne kan ge besvär genom olika mekanismer **OCH** kan ge vitt skilda symptom hos olika individer

KOMJÖLK

- Komjölksallergi
- Komjölksprotein-intolerans
- Laktosintolerans

Laktosintolerans

Prevalens hos vuxna:

- 3-5% i Sverige
- 15 % i Finland,
- 60-70 % i Sydeuropa
- 70-90 % i Afrika och
Asien

Symptom

Odigererad laktos ger ffa:

- gasbildning
- lös avföring
- magknip
- uppkördhet

Individuella reaktioner!!!

- Spjälkningen av laktos , omvandlingen till olika gaser samt upptaget av dessa **varierar kraftigt mellan olika individer beroende på tarmfloran**
- Reaktionen i tarmen beror alltså på **antal och typ av bakterier** samt **individens känslighet** för gaser i tjocktarmen.
- **Snabb transit** (snabb tarmpassage – *nervös mage*)- laktos hinner inte spjälkas i duodenum – symptom!

Olika typer av laktosintolerans

- **KONGENITAL**(primär medfödd)

Extremt sällsynt. Livshotande symptom så fort barnet får i sig laktos (amning eller ersättning)

- **PRIMÄR FÖRVÄRVAD**

Ca 70% av jordens befolkning, i Sverige endast 2-3%.

- **SEKUNDÄR**

I Sverige vanligaste formen hos barn i alla åldrar. Hos barn <7åå vanligaste formen oavsett etnisk härkomst.

Laktosintolerans

- **Laktosintolerans hos barn = överdiagnostiserat tillstånd!!!!**
- Alla friska människor i hela världen har från födseln och upp till ca 5-6 åå (10åå) tillräckligt hög aktivitet av enzymet laktas i tunntarmen och det är ingen idé att ta gentestet.
- Vid laktosintolerans i dessa åldrar måste man alltså misstänka att det föreligger någon annan orsak till sänkta nivåer av laktas ; dvs **sekundär laktosintolerans**.

DNA test

visar genetisk förutsättning för laktasbrist

Laktasnivån vid olika genotyper 8-20 år i ett finskt material:

- – C/C homozygot laktasbrist 6,5 U/g
 - – C/T heterozygot laktas-persisterande 29,9 U/g
 - – T/T homozygot laktas-persisterande 50,0 U/g
- Laktashalten börjar sjunka vid 5-6 åå, men kliniskt av betydelse först vid ca10 åå i de flesta fall.
- Variation mellan olika folkslag – andra mutationer förekommer också –polymorfism

Bättre att enbart utföra sedvanlig
elimination/provokation av laktos i hemmet!!!

»Är mitt barn laktosintolerant?«

Ett normaltillstånd

Dvs att barnet har närmat sig den ålder då det av **naturliga skäl** inte kan dricka mer än ett glas mjölk om dagen.

- Lyssna!/Informera
- Undersök
- Ta inte onödiga prover
- ”Testa lätt – testa hemma”; testa under minst två veckor

Eller....

-Sekundär laktosintolerans

Dvs en signal på **allergi** eller **annan sjukdom i tarmen**

t.ex. Celiaki eller IBD

CELIAKI

Genetik



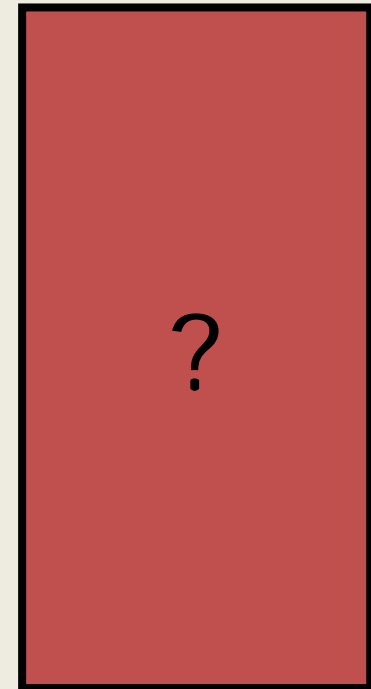
+

Sädeslag



+

??????????



+

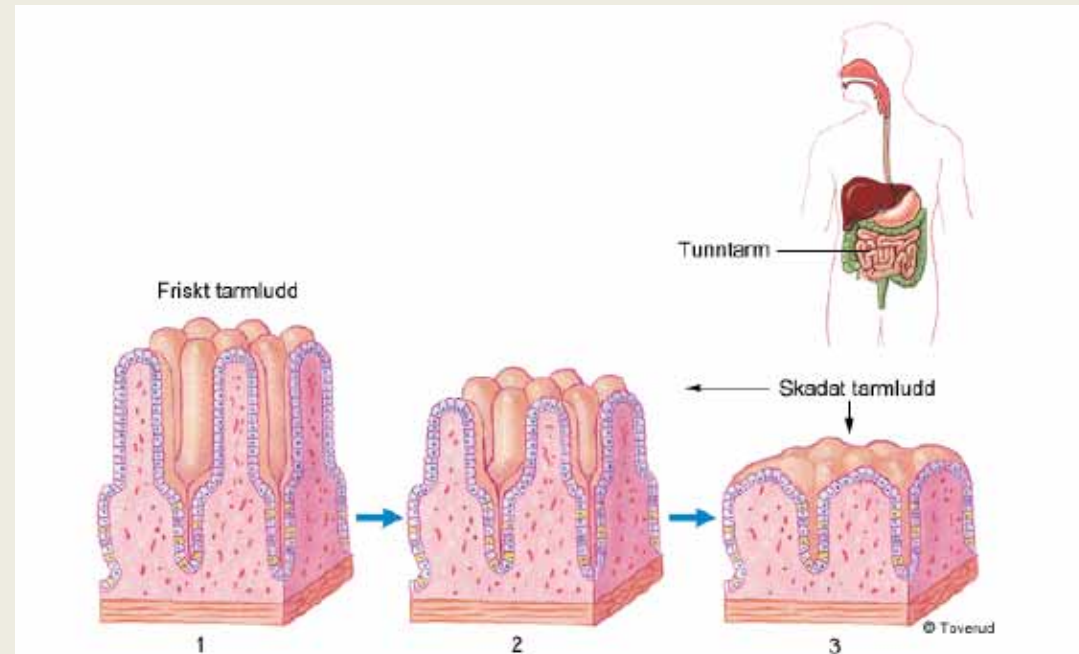
+

Enbart 4% av HLA DQ2/DQ8 positiva utvecklar CD

Tarmskadan vid celiaki

- Villusatrofi

Celiaki är en autoimmun reaktion riktad mot enzymet transglutaminas (tTG).



- T-cells-medierad glutenenteropati

Sjukdomen kan debutera när som helst i livet efter glutenintroduktion, men kan te sig mycket olika beroende på barnets ålder.

- **”Klassisk celiaki”**:
 - Några månader till 2 års ålder. Avvikande viktutveckling, malabsorption med gastrointestinala symptom som diarré, förstoppning eller kräkningar. Ofta är barnen psykiskt påverkade och har dåligt hull.
- **”Os specifika symptom”**:
 - ses högre upp i åldrarna och kan vara buksmärtor, järnbristanemi, nedstämdhet, trötthet, avvikande tillväxt, försenad pubertet mm.

- **”Syndrom och autoimmuna sjukdomar”**

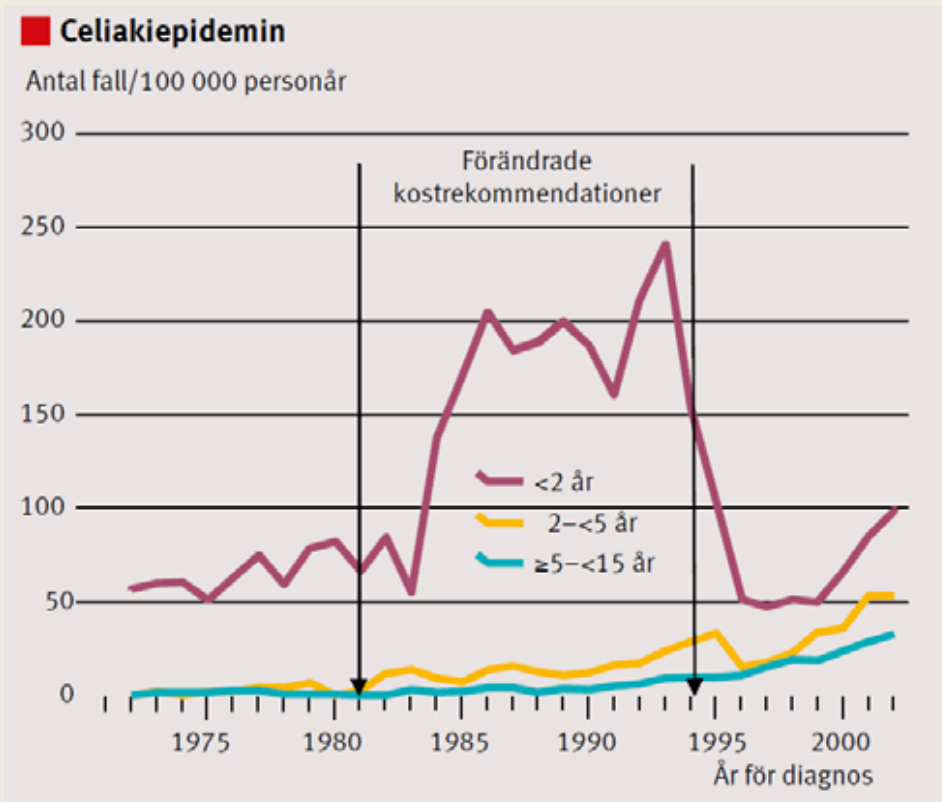
Ökad frekvens av celiaki ses vid vissa tillstånd som t.ex

- IgA-brist (<0.07g/l, diagnos säker först vid ca 12 års ålder),
- Mb Down, Williams syndrom, Turners syndrom
- Vid många autoimmuna tillstånd som DM typ 1, Hypothyreos, Hepatit, Psoriasis, Dermatitis herpetiformis.

Celiaki-prevalens i Sverige

- 1990-talet: 0,5 procent bland vuxna
- Idag: minst 1% bland vuxenbefolkningen
- 3 procent bland ungdomar födda under den svenska celiakiepidemin (1984–1996)
- 10-15% bland förstagrads släktingar

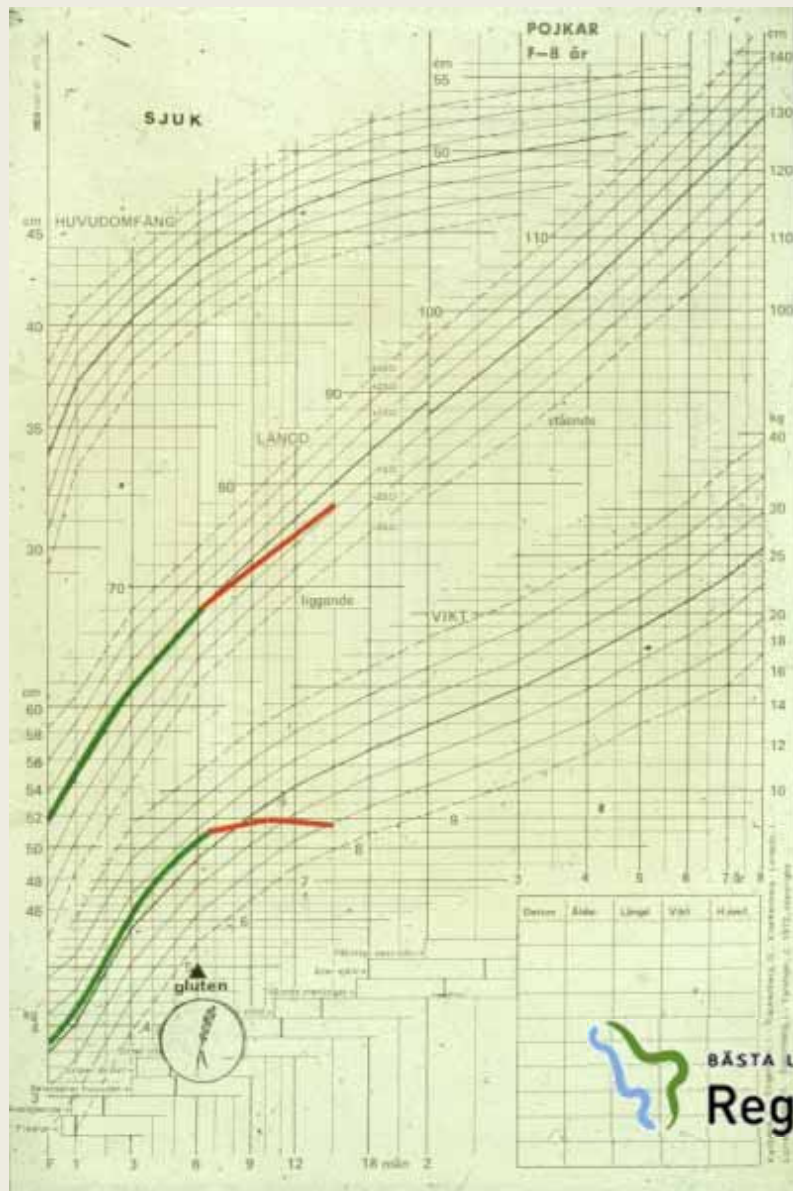
Celiakiepidemin



Figur 2. Den svenska epidemin av celiaki med tidpunkterna för ändrad kostrekommendation indikerade [5, 6].

- Det spekuleras i att orsaken sannolikt finns i något av den ”moderna livsstilen” (kost, amning, infektioner....)
- Mycket av snabbmaten innehåller vetemjöl som förbehandlats, vilket teoretiskt skulle kunna innebära att en viss mängd mjöl blivit mer potent att utlösa celiaki

”Klassisk celiaki”



OBS!

- Rekommendera aldrig glutenfri diet innan utredningen är helt färdig och diagnosen är säkerställd!!!!

Olika diagnostiska möjligheter finns

- Serologiska markörer, ffa TGA=Transglutaminas-IgA
- Histologi
- (Gluten elimination/provokation)

Frikostig med att kolla **transglutaminas-IgA** vid

- – **Alla former av mag-tarm strul**
- – **Alla suboptimala tillväxtkurvor**

Vid misstänkta symptom och/eller förhöjda transglutaminas-IgA – remiss till barnkliniken

Nya diagnoskriterier – ESPGHAN 2012

BLF Vårdprogram

Nytt är att man inte alltid kräver biopsi vid symptomgivande, icke screeningverifierad celiaki!

Gäller **om TGA > 10 ggr** över normalgränsen hos barn med symptom.

Diagnosen suspekt celiaki skall ställas av barnläkare/ST pediatrik i samråd med barngastroenterolog.

Nytt TGA samt åtminstone t.v. HLA DQ2/DQ8 tas.

Säkerställd diagnos efter utvärdering av 1 års GFD

Olika typer av celiaki



Dermatitis Herpetiformis



Halo nevi



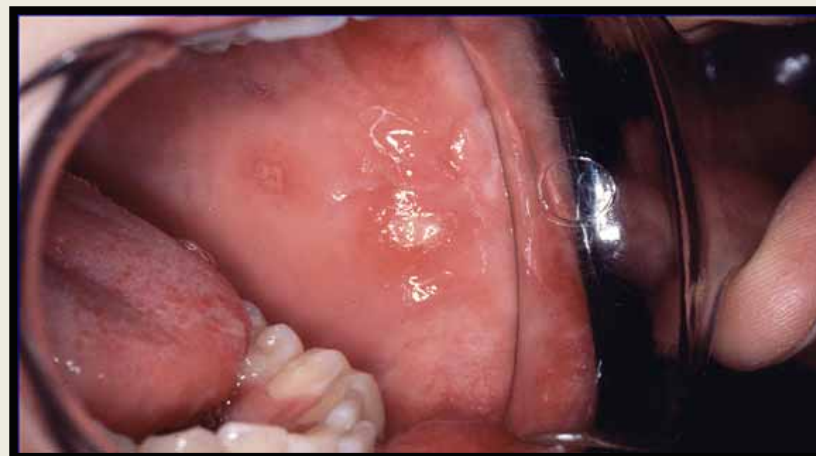
Alopecia areata



Emalj-avvikelser



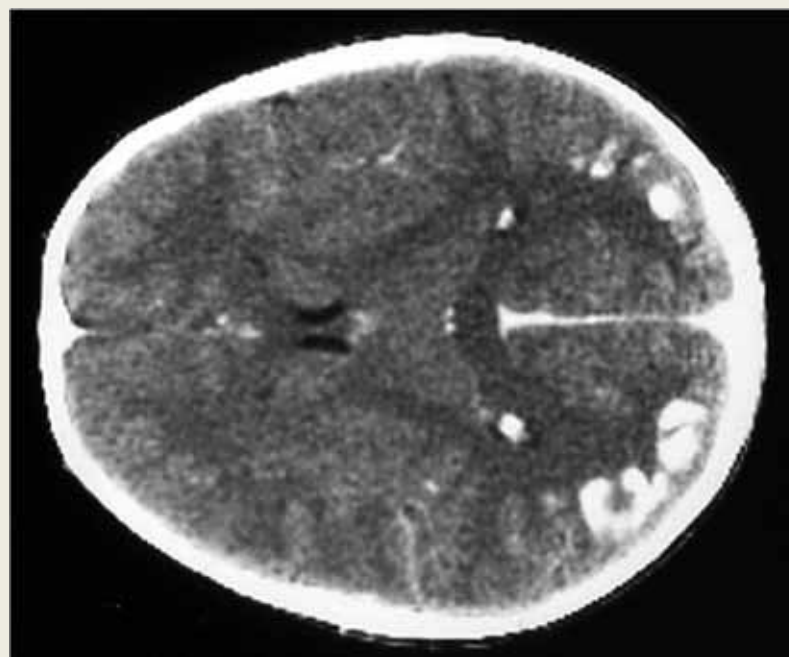
Osteoporos



Återkommande stomatit



T-cellslymfom i tunntarmen



Occipitala förkalkningar och EP

Att inte "tåla vete"

- Celiaki?
- Veteallergi?
- **NCGS?** (Non celiac gluten sensitivity)
- **IBS**-pat som upplever förbättring av GFD?

NCGS = Non celiac gluten sensitivity

- IBS-liknande besvär
- Negativa blodprover för celiaki
- Negativa IgE-tester
- Klar förbättring på glutenfri diet och försämring på gluteninnehållande föda

Symptom på NCGS

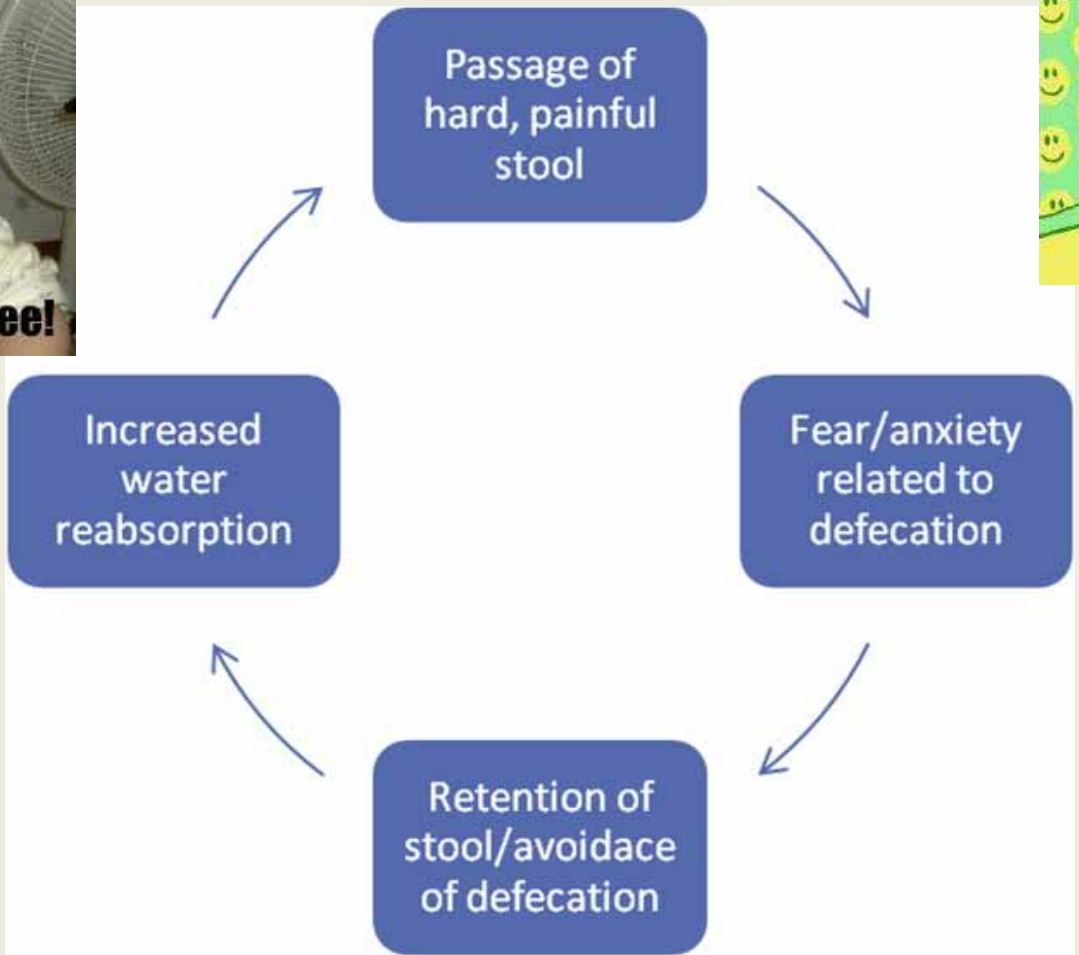
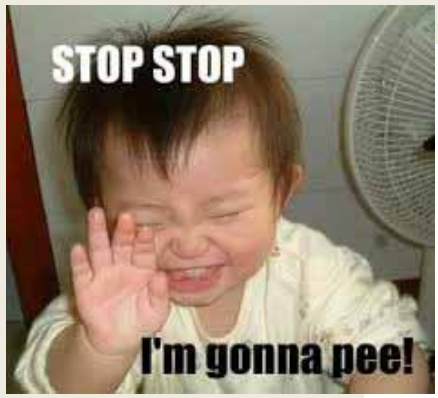
GI-SYMTOM

- Illamående
- Kräkningar/reflux
- Esophagit
- Malnutrition/dålig tillväxt
- Buksmärtor/Kolik
- Obstipation
- Kolit

EXTRAINTESTINALA SYMPTOM

- Psykiska besvär
- Ledvärk
- Muskelkramp
- Stumhet/stelhet i armar och ben
- Viktnedgång
- Kronisk trötthet
- Huvudvärk

FÖRSTOPPNING



Undvik eller bryt "den onda cirkeln"

Flicka, 5 år ???

- Remiss till barnkliniken i oktober
- Besvär sedan juni
- Behandlad med laktulos (+kortvarigt Movikol)med tveksam effekt, varför beh utsatts
- Avföring ca var 8:e dag



Flicka 10 år

- Sedan småbarnsåren problem med urinvägsinfektioner.
- Varit på BVC och på vårdcentralen x flera
- Behandlad med antibiotika x flera
- Har nu även börjat läcka urin
- Ingen har kontrollerat hennes mage
- Hos uroterapeuten framkommer att hon är och alltid har varit hård i magen.

Definition enligt Rome III kriterierna

Minst 2 av följande symtom, under tre månader:

1. Färre än tre tarmtömningar per vecka
2. Krystning vid tarmtömning vid minst 25 procent av tillfällena
3. Hård avföring vid minst 25 procent av tarmtömningarna
4. Känsla av ofullständig tarmtömning vid minst 25 procent av tarmtömningarna

Obstipation bör uteslutas hos alla barn med buksmärtor ÄVEN OM de har daglig avföring!

Tänk också på "förstoppningsdiarré"

Dock rent praktiskt:

- Förstoppningsbesvären ofta diffusa (irritabilitet, magont, uppblåst buk, nedsatt aptit)
- Avföringsanamnesen svårtolkad – hårt eller löst?
- Kroppsundersökningen normal **(OBS: Buk och p r)**
- Röntgen-undersökning tillför sällan ytterligare information
- Diagnosen kan ofta ställas först i efterhand då förbättring eller besvärsfrihet tillstött under obstipationsbehandling

Vad är normalt?

- Nyfödda barn har ofta 4-5 lösa, flytande avföringar per dag
- Ammade barn har ofta fler avföringar jmf med flaskbarn.
- Ammade barn blir mycket sällan förstoppade.
- En del ammade barn har avföring efter varje mål, medan andra har avföring var annan till var 3:e (14:e?) dag.
- Vid 2 åå har barnet vanligen avföring 1-2 ggr per dag
- Vid 4åå har barnet vanligen avföring 1 ggn per dag

Hur vanligt är förstoppning?



- 1-2 % av alla barn, av dessa leder 3-4% till kronisk obstipation
- Uppskattas dock till minst 10 % av 3-5-åringar i väst-världen
- 3-5 % av barn som söker ÖV
- Upp till 25 % av barn som söker Barn gastro-mott.

Orsak

- ***Funktionell*** absolut vanligast > 90%
- ***Sekundär*** till andra tillstånd:
Celiaki, hypothyreos, komjölksproteinintolerans,
CF, olika neurologiska sjukdomar, missbildningar,
analfissurer, vissa Im, Mb Hirschprung
ADHD/Autismspektrumstörningar

(Vid obstipation/enkopres bör man ha med tanken på ev. sexuella övergrepp)

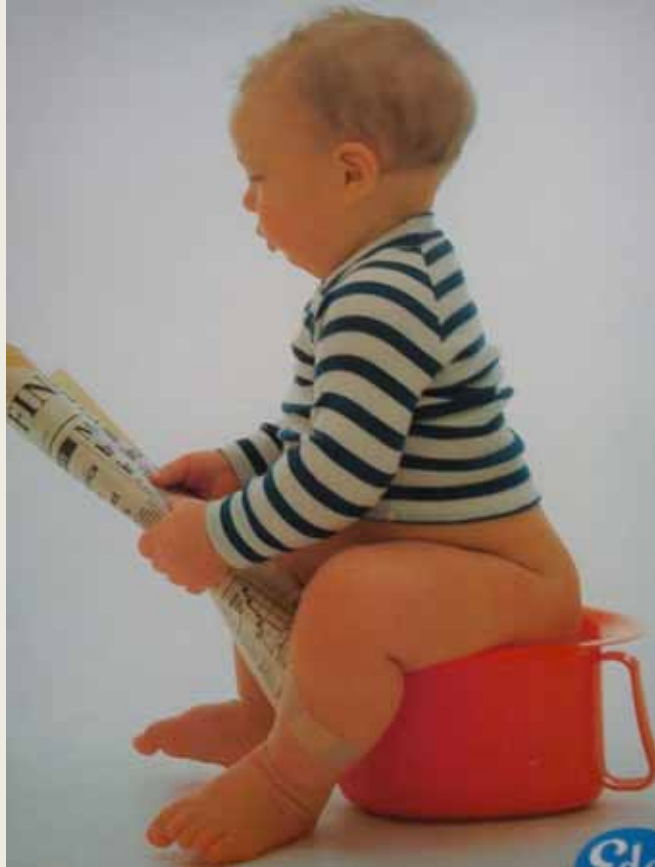
Hur uppkommer förstoppning??

Tre vanligaste tillfällena:

1. **Förändrad kost:** (ex.från bröstmjök till välling eller från flytande till mer fast föda)
2. I samband med eller brist på **pott-träning**
3. Vid **dagis/skolstart**

Även t.ex vid *miljö-ombyten, svikt i familjerelationer, efter infektioner* etc.

ANAMNES



- Debutålder? Hereditet?
- Mekoniumavgång?
- Amning?
- Hård avföring? Diarré
- Långt mellan avföringarna?
- Magont? **Ont i rumpan?**
- Illamående/Kräkningar? Matleda?
- Toalettvanor? (Stress, otålighet?)
- Kost/Vätska? Motion? Tillväxt?
- Urininkontinens? UVI? **Enkopres?**
- Farmaka?
- Psykosocialt?

STATUS

- AT med längd och vikt
- Neurologi
 - Sensoriska och motoriska bortfallssymptom (tågång?)
 - Anocutanreflexen
- Bukpalpation/Auskultation
 - Protruderande buk? Scybala i tarmen?
- Rygg
 - Medellinje-defekter? Fjättrad ryggmärg?
- Ano-rektal-us
 - Fissur? Fistel? Hemorroid? Portvaktstagg? Spinctertonus?
Analkanalens/rektums storlek? Tom/Full rektum? Blod? Nedsatt anal-reflex?

Fekalie massa i rektum/sigmoideum påvisas hos 30-75% av barnen med förstoppning; via bukpalp eller rektal us.

Hur behandlar man förstoppning?

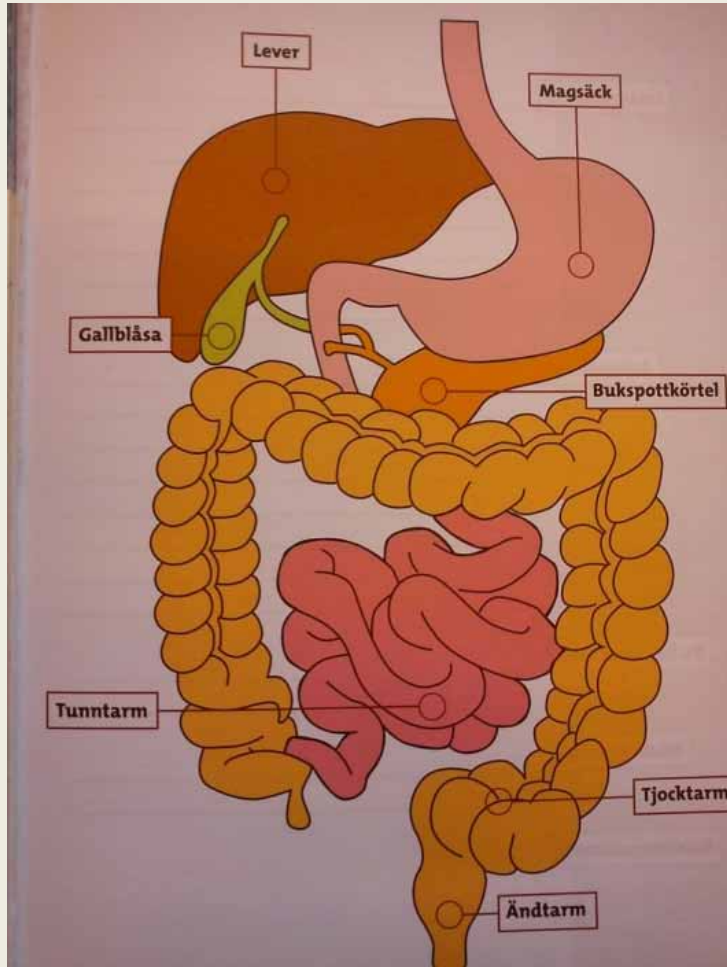
- Medvetandegöra!
- Ta på allvar! Ge tid att informera, stötta!
- Kost/Motion/Vätska
- Regelbundna mat- och toalettvanor
- Trevlig, funktionell toalett-miljö
- LUGN och RO
- Dagbok, belöning, ”kontrakt”

Åtgärder



BÄSTA LIVSPLATSEN
Region Halland

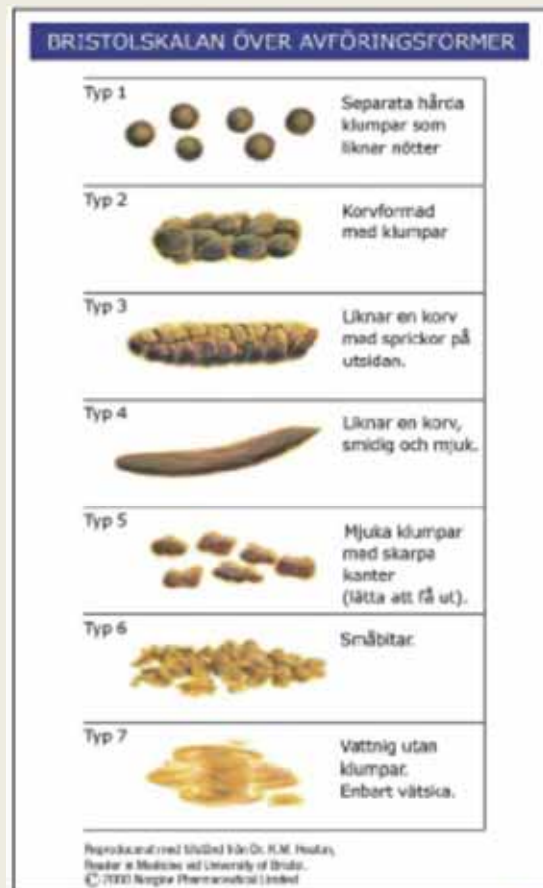
Åtgärder



- **Adekvat tarmtömning** är helt nödvändig som första steg.
- **Förklara patogenesen** för att föräldrarna bättre ska förstå problemet och behandlingsstrategierna.
- **Behandla tillräckligt länge** – vanligen minst 3-6 månader, ofta längre.
- **Följ upp** och säkerställ att behandlingen är tillräckligt effektiv.

Åtgärder

Bristolskalan



- **TÖM KOLON!** (laxantia p.o. och/eller lavemang/klyσμα rektalt).
- **TA BORT EV. SMÄRTA!**
- **REGELBUNDNA, GODA TARMTÖMNINGSVANOR!**

Våga ge mer läkemedel

Underhållsbehandling:

- Laktulos eller **Makrogol** . Det finns belägg för att makrogol har bättre effekt!
- **Movicol Junior Neutral**: 0,6g/kg/dag.
- 10 kg: 1 dospåse/dag
- 20 kg: 2 dospåsar/dag
- 30 kg: 3 dospåsar/dag
- 40 kg: 4 dospåsar/dag

Dosen styrs efter resultat, men max-dosen 4 påsar överskrids normalt inte. Trappas ut!



Våga ge mer läkemedel

Indikation enligt FASS:

Movicol Junior:

- *2 till 6 år:* 1 dospåse per dag
- *7-11 år:* 2 dospåsar per dag
- Fekalom från 5 år.

Forlax junior:

- 6 månader *till 1 år:* 1 dospåse (4 g) per dag.
- *1 till 4 år:* 1-2 dospåsar (4-8 g) per dag.
- *4 till 8 år:* 2-4 dospåsar (8–16 g) per dag.

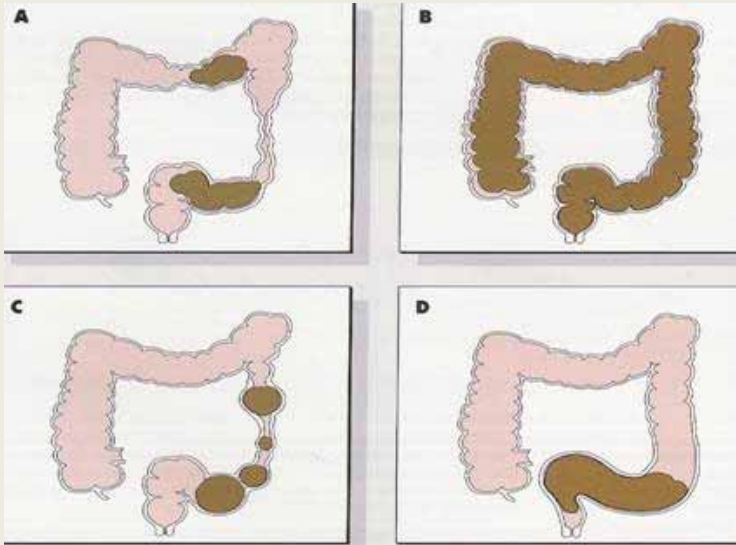
Våga ge mer läkemedel

Laktulos:

- **< 1 år:** 3 g (5 ml) pulver eller 5 ml lösning.
- **1-6 år:** 5-10 g (7,5–15 ml) pulver eller 10-15 ml lösning.
- **7-14 år:** 10 g (15 ml) pulver eller 15 ml lösning.

Dosen kan ökas ytterligare, men ger då ofta biv. i form av t.ex. ökad gasbildning.

Fekalom



- I en icke jämförande studie med 63 barn löste Movicol Junior upp fekalomet hos majoriteten av patienterna inom 3-7 dagars behandling.

- För åldersgruppen 5-11 år användes i genomsnitt **47,2 dospåsar** Movicol Junior

Rektal behandling

Behandling kan också behöva inledas med **Resulax** (svider mindre) eller **Klyx**.

Doseringsförslag:

Klyx (120 ml):

- Från **cirka 4 mån - 1 års ålder**: ½ klyx.
- Från **1 års ålder**: 1 klyx.

Hård avföring ger inte sällan upphov till **analfissur** och i förekommande fall kan man ge

- **Supp. Xyloproct** (1/3- 1/2-1 st) rektalt 30 minuter före toalettbesök.
- **Alt. salva** om ytlig fissur.

Ditt barn har fått följande läkemedel:

Om mer rådgivning önskas ring:

Sjukvårdsupplysningen tel: 1177

Behandlande läkare: _____

Föräldrainformation om

Förstoppning



"Förstoppning tar x tid att skapa och minst 2 x tid att lösa"

Tio huvudprinciper i behandling för en bättre tarmfunktion.

1. Laktulos (eller Movicol Junior), under minst 2 – 6 månader.
2. Klyx/Resulax, dagligen, under ca 3-4 dagar för att lösa "proppen". Det kan behövas i vissa fall från början. Därefter ges klyx vid behov om ingen avföring dag 3 (pröva 1 x 1 dag 1-3 och sedan 1 y.a.d i 2 dagar, dvs 5 st. på 7 dagar).
3. Äta mycket av ____ (se nedan)
4. Äta lite av ____ (se nedan)
5. Regelbundna måltidstider. Äta långsamt och tugga väl.
6. Dricka mycket = 2-4 glas, (beroende av ålder)...extra vätska per dag, ex. vatten, måltidsdryck
7. Toalettrutiner! Sitta bra, lugnt omkring, inte ha bråttom. Helst samma tid var dag, och när tarmen säger till.
8. Fråga efter smärtsamma avföringar! Liten hudspricka vid analsphinctern är ej ovanligt. Bör beh. separat med ex. Scheriproct salva x 2 i ca 1-2 v. samt ev. stolpiller i n parallellt.
9. Uppföljning för råd och stöd, gärna regelbunden tfn-kontakt med sjuksköterska
10. Genomgång/samtal kring miljön i familj, dagis och skola bör göras parallellt eller innan behandling startas.

Mat som håller magen igång:

- ☉ grovt bröd, Fullkornsvälling, gröt av tex fullkom, havregryn, grahamsgryn, grahamsmjöl eller rågmjöl.
- ☉ frukt och fruktpuréer, tex katrinplommon, päron och kiwi.
- ☉ katrinplommondryck
- ☉ Bifidus, Dofilus, Hälsofil
- ☉ smör och mesost
- ☉ linor
- ☉ lite extra fett i maten kan också hjälpa, (matolja helst)
- ☉ färsk mogen frukt

Mat som kan vara stoppande:

- ☉ mjölk och mjölkmat i stora mängder, chokladdryck
- ☉ för mycket mjölkmat med vitt bröd, pasta. Laga pannkakor på... hälften graham och hälften vetemjöl i stället.

Motion är viktigt!

Förstoppning är ett stort och vanligt förekommande problem. Mycket har med våra levnadsvanor att göra. Vilka kan vara svåra att ändra på. För ett gott resultat, prova Er fram och var tålmodig.

Organisk förstoppning

Besvärlig förstoppning ända sedan födseln bör alltid utredas!!! - remiss till barnkliniken!

- Anatomisk avvikelse
 - T.ex. analatresi
- Mb Hirschsprung
- Pseudoobstruktion
- Neurologiska funktionshinder
- Endokrina/metabola orsaker



Mekoniumavgång

- 90-95% av friska barn inom 24 tim
- 90% av barn med Mb Hirschsprung > 24 tim

Om > 24 tim i kombination med svår förstoppning de första levnadsveckorna:

- misstänk medfödda anläggningsrubbingar i anorektum!

INFLAMMATORISKA TARMSJUKDOMAR

IBD

- **Ulcerös colit**
- **Morbus Crohn**
 - "Obestämbbar" colit
 - (Mikroskopisk colit)
 - (Kollagen colit)
- Före skolåldern är förekomsten av IBD hos barn låg, men insjuknande under tonåren är inte ovanligt.
- Sjukdomsbilden kompliceras ofta av tillväxtrubbningar och/eller försenad pubertet, men liknar i övrigt den hos vuxna.

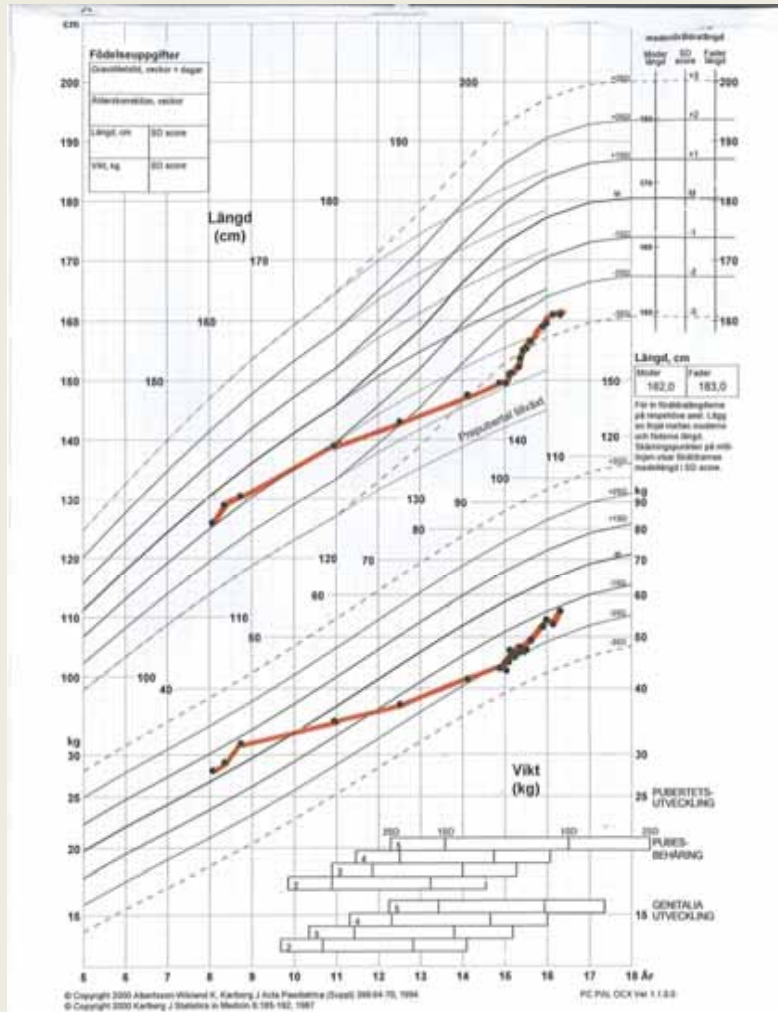
Ulcerös colit

- Angriper **bara tjocktarmen** och börjar alltid i ändtarmen och kan breda ut sig olika långt upp i tjocktarmen
- Ulcerationer = **sår ytligt** i tarmslemhinnan
- **Proctit** = bara ändtarmen är inflammerad
- **Total colit** = hela tjocktarmen är inflammerad
- **Vanligaste symptomet är diarré som kan vara blod eller slemtillblandad**

Mb Chron

- Kan uppstå **varsomhelst** i mag-tarmkanalen, vanligast i nedre delen av tunntarmen och övre delen av tjocktarmen
- Utbredningen kan vara **fläckvis**
- Kan involvera **hela tarmväggen** och ev. leda till fistelbildningar (onormala förbindelser mellan organ), stenoser (=förträngningar) samt abscesser (bölder), ffa runt ändtarmsöppningen

Mb Crohn



- Typfallet buksmärtor och diarré
 - Men inte alltid!
- Feber
- Inflammation
- Viktnedgång
- GI-blödning (ej lika vanligt som vid UC)
- Malabs. :Järn, B12, Folat mm
- Tillväxtavvikelse

F-calprotectin

- Markör för GI-inflam (monocyter/makrofager)
- Ökade nivåer vid
 - IBD
 - Infektioner
 - Mikroskopisk kolit
 - Celiaki
 - NSAID
 - ÖLI
 - m.fl.
- F-calprotectin är en väldokumenterad markör för gastrointestinal inflammation.
- **Vid Ulcerös kolit och Crohns sjukdom korrelerar F-calprotectin med sjukdomsaktivitet.**
- **Vid misstänkt funktionell tarmsjukdom kan ett normalt värde av F-calprotectin användas som beslutsstöd.**
- Lätt till måttligt förhöjda värden av calprotectin i feces kan vara svårvärderade och måste sättas i relation till det kliniska sammanhanget.

FUNKTIONELLA MAGTARMBESVÄR - FMT



De FMT med smärta som är vanligast är

- IBS
- Funktionell buksmärta (RAP)
- Funktionell dyspepsi
- **Ont minst varje vecka i minst två månader**, utan tecken till organisk sjukdom.
- **Avsaknad av alarmsymtom/röda flaggor**
- **Inga tecken till inflammatorisk, anatomisk, metabolisk eller neoplastisk process som förklarar symtom.**

Irritabel tarm, **IBS**, hos barn

Återkommande buksmärtor eller bukobehag,
associerat med minst 2 av följande:

- Lindras vid tarmtömning
- Förändrad avförings*frekvens* sen besvären debuterade
- Förändrad avförings*konsistens* eller form sen besvären debuterade

FMT

Anamnes:

- Dominerande symtom?
- Frekvens, intensitet, duration?
- Utlösande faktorer?
- Toalettrutiner?
- Nutrition, tillväxt?

IBS är vanligt även hos barn, symptom, utredning och behandling är i stort desamma som hos vuxna.

”Dessa barn blir ofta för lite omhändertagna och för mycket utredda.”

SLL regionalt vårdprogram:
”Smärtdominerade funktionella mag-tarmsjukdomar hos barn och ungdomar” som omfattar åldrarna 4-18 år.
www.blf.net/gastro

FMT-diagnos

- En **tydligt förmedlad FMT-diagnos** är en mycket viktig del av behandlingen, var noggrann från början, förklara vad diagnosen innebär
- Bemöta ev. förväntningar, föreställningar, farhågor
- Skapa en förväntan om normala provsvar
- **Livsstilsförändringar** (t.ex motion, kost, stress)
- **2-3 återbesök**. Samarbete med skola, skolhälsovård

”Alarmsymtom – röda flaggor”

- Ofrivillig viktnedgång
- Avplanad tillväxt
- Gastrointestinal blödning
- Sväljningssvårigheter
- Signifikant kräkning
- Kroniskt svår diarré
- Oklar feber
- Ihållande smärta i höger övre eller nedre kvadrant
- Nattlig värk/ tarmtömning
- Hereditet för IBD, celiaki eller ulkussjukdom

Basal provtagning:

- **Hb**, ev fullst. blodstatus
- **CRP** och/eller **SR**
- **TGA**
- **Urinsticka**
- (ev. Alb, ALAT, krea, amylas, malnutritionsprover?)
- Om diarrésymtom, blodig avföring eller hereditet för IBD:
- **Feces-calprotectin**
- **F-odling, clostridium difficile toxin**

Remittera till Barngastroenterolog

Remisser avseende magtarmsjukdomar hos barn och ungdomar skall i korta meningar fokusera på dessa punkter:

- Symtom: smärta, avföringsfrekvens/konsistens, med eller utan blod, dyspepsi, kräkningar. Hur länge? Hur ihållande?
- Skolfrånvaro, upphörande av andra aktiviteter.
- Hereditet för magtarmsjukdomar.
- Vilka läkemedel som används/ har använts?
- Kost. Ev. kostförändringar och effekt av dessa.
- Tillväxt – medsänd tillväxtkurva om annat journalsystem
- Ev. undersökningar som gjorts och dess resultat
- Samsjuklighet - nu eller tidigare.

Innan remissen skickas

- Ta basala prover
- Påbörja adekvat förstoppningsbehandling, följ upp och utvärdera denna
- Gör en egen sammanfattning och ha med alla relevanta uppgifter inkl. tillväxtkurvor



The image shows a screenshot of a digital form titled "SBAR - icke akut situation". The form is organized into four main sections, each with a lettered header and a list of questions followed by horizontal lines for answers:

- S** (Symtom): Includes questions about the patient's symptoms and their duration.
- B** (Behandling): Includes questions about the patient's current and previous treatments.
- A** (Anamnes): Includes questions about the patient's medical history and current medications.
- H** (Hälsa): Includes questions about the patient's general health and any other relevant information.

At the bottom of the form, there is a section for "Sjukhistoria" and a "Skriv in patientens namn" field. The form is displayed on a mobile device, as indicated by the navigation icons at the bottom.

TACK!

