

Obstipasjon hos barn

Svært hyppig tilstand, spesielt hos barn med urininkontinens og/eller residiverende UVI. Enkoprese er ofte kombinert med obstipasjon med felles patofysiologi og behøver derfor samme utredning og behandling.

Årsak

Mekanismen er hos de fleste en kombinasjon av:

- Uheldige toalettvaner
- Manglende læring/avlæring av normal defekasjonsfysiologi
- Kostfaktorer
- Lite fysisk aktivitet

Hos noen pasienter: cøliaki, kumelksallergi, psykiske faktorer eller seksuell misbruk.

Hos svært få pasienter: Hirschsprung, misdannelser, hypothyreose, neurologiske sykdommer.

Diagnose

Kan være vanskelig når foreldrene ikke vet om deres barns toalettvaner eller når familien ikke legger vekt på symptomene. Viktigst er anamnese og rektal eksplorasjon. Rtg. oversikt abdomen kan brukes for å vise fekal opphopning når den kliniske diagnosen er vanskelig.

Utredning

Henvising til barnelege for utredning:

- Når riktig utført behandling ikke fører frem
- Ved mistanke på ikke funksjonell årsak

Henvising til BUP når man mistenker at psykiske faktorer trenger behandling.

Behandling

Målet er at rektum skal være tom det meste av tiden.

Måten å oppnå målet er:

- Tømme rektum ofte og regelmessig
- Lære barnet riktig defekasjonsteknikk
- Oppnå myk avføring for å lette defekasjon (kostråd og midler)
- Holde på med behandlingen lenge slik at barnet kan lære seg avføringstrang

Toalettvaner

- Barnet skal ha 1 eventuelt 2 dobesøk til fast tid hver dag.
- Man skal velge et gunstig tidspunkt, når barnet og foreldre har god tid, helst etter hovedmåltid.

- Få barnet oppmerksom på avføringstrang. Har barnet avføringstrang utenom de faste tidene, skal det på do.
- I alle fall i begynnelsen er det gunstig å registrere dobesøk og resultat av det, utseende av avføring, eventuelle uhell.
- Premiering kan være vanskelig å styre i det lange løpet og anbefales som regel ikke.

Defekasjonsteknikk

- Barnet må bruke god tid og ikke forlate do uten å virkelig ha prøvd.
- Barnet må sitte riktig: bruk skammel for å unngå at beina henger. Bruk barnesete hvis lite/tynnt barn.
- Barnet må ikke bruke bukpress eller legge hånd på magen.

Kostråd

- Fiberrik kost: fiberrik brød og kjeks, frokostblanding, grønnsaker, minst en frukt om dagen.
- Redusere melk og gi heller yoghurt eller produkter med syrnnet melk.
- Unngå for mye av: bananer, ris, sjokolade
- Drikke rikelig med vann under alle måltidene, gjerne noe appelsinjuice hver dag.

Laxantia

Man starter med en høy dose som trappes etter hvert ned til dosen som er nødvendig for passende avførings konsistens. Pasienten må ikke seponere behandlingen før det er gått flere måneder med bra resultat. Rekkefølge som følger anbefales.

Laktulose

0-2 år: 5-20 ml/dag

2-3 år: 10-30 ml/dag

3-7 år: 15-40 ml/dag

>7 år: 20-60 ml/dag.

1 eller 2 doser daglig

Flytende parafin

Ved alvorlig grad av obstipasjon og ved manglende effekt av laktulose.

1-4 år: 5-15 ml/d

4-7 år: 10-20 ml/d

> 7 år: 20-30 ml/

Vedlikeholdsdose ca. 1 ml/kg/d

Måling av fettløselige vitaminer i serum anbefales etter 3 måneders forbruk.

Tilskudd av fettløselige vitaminer tas 5-6 timer før eller etter parafininntak.

Movicol®

$\frac{1}{2}$ til 1 pose / 10 kg x 2 i 3 dager.

Vedlikehold: $\frac{1}{2}$ til 1 pose / 10 kg fordelt i 2 doser.

Ved manglende effekt:

Laxoberal: 5-15 dråper/kveld

Senokot: før 5 år: $\frac{1}{2}$ tab/d, etter 5 år: 1-2 tab/d

Gis helst om ettermiddag, inntil 2 måneder.

Tarmtømming

Med mindre det er en lett obstipasjon, bør tarmen tømmes ved start av behandlingen. Tømming kan og være nødvendig senere ved residiv av opphopning av avføring i tarmen.

Man begynner helst med klyster etterfulgt av X-prep.

Klyster

- Oljeklyster 150 ml til spedbarn, 250 ml til store barn
- eller Klyx (120 eller 240 ml): 60 ml før 5 år, 120 ml til store barn

Eventuelt etterfølgende saltvannsklyster 300-500 ml.

Kan repeteres hver dag i 2-4 dager.

X-prep

1 ml/kg, evt. delt på 2 doser.

Også

Lokal behandling av anal fissurer, hemorroider.

Tilstrekkelig fysisk aktivitet.