OMGANGSSYKE HOS BARN 13

FORDYPNINGSSTOFF TIL HELSEPERSONELL

Les også brosjyren: GODE RÅD NÅR BARNET DITT HAR OMGANGSSYKE

Sykdomsbildet ved gastroenteritt (ofte kalt omgangssyke) kan likne på sykdommer som krever annen oppfølging og behandling. Vi definerer gastroenteritt som akutt sykdom hos et ellers friskt barn der magesmerter, oppkast og/eller diaré er viktige tegn. Dette kan også være tegn på andre sykdommer. Differensialdiagnoser kan være alvorlige infeksjoner (for eksempel i urinveiene), malabsorpsjon (mistrivsel og langvarig løs avføring), akutte kirurgiske tilstander som blindtarmsbetennelse eller tarmslyng og økt intrakranielt trykk hvor oppkast bare er en del av sykdomsbildet.[1] Barnets allmenntilstand og det totale symptombildet er veiledende for når man skal tenke på andre sykdommer, og behandlingsbehov. Påvirket bevissthetsgrad, blodig diaré og vedvarende oppkast uten diaré bør vurderes på sykehus.

Årsaker:

I vestlige land forårsaker virus opptil 90 % av tilfellene med akutt tarminfeksjon hos barn. Rotavirus har vært vanligst, men andre virus forekommer også ofte. Vaksine mot rotavirus har siden september 2014 vært en del av barnevaksinasjonsprogrammet og har redusert sykehusinnleggelser med 86 %. Vaksinen gis gjennom munnen to ganger, hhv ved 6-12 ukers og 3-4 måneders alder.

I noen tilfeller er det bakterier (for eksempel salmonella) som infiserer tarmen. Antibiotika kan forstyrre tarmfloraen og er ikke anbefalt selv ved bakterielle tarminfeksjoner.
Infeksjonen i tarmen leder til 1) inflammasjon som gir redusert oppsuging av væske fra tarmen, og 2) økt utskillelse av væske til tarmen. Begge deler fører til væsketap. Barn har stor væskeomsetting, og væsketap kan fort gi alvorlig uttørking. Den viktigste behandling av gastroenteritt er derfor væsketilførsel. Små barn kan bli svært medtatte. Uttørring kan være farlig hos små barn og terskelen for legekontakt bør ikke være høy. Stående hudfolder, innsunkne øyne eller fontanelle er sene tegn som det kreves erfaring for å bedømme.

Tiltak:

1. <u>Erstatte væsketapet:</u>

Peroral væske er den viktigste behandlingen ved gastroenteritt.[1-3] Til barn under 1 år gis morsmelk/morsmelkerstatning. Til barn over 1 år er det ikke nok å bare gi vann. Ferdigproduserte salt- og sukkerløsninger er spesielt egnet, og anbefales fremfor for eksempel brusblandinger. Imidlertid er det viktigste at barnet drikker. Det er derfor viktig at barn med diaré tilbys rikelig med drikke de har lyst på hvis de ikke vil ha saltsukkerblanding. Det frarådes å lage saltsukkerblandinger hjemme fordi det er rapportert alvorlige hendelser ved feilblanding. Ved oppkast gis små mengder væske (1-2 ss/5-10 ml) hyppig. Væskemengden som må tilføres er omtrentlig angitt i brosjyren. Urinmengde er et viktig mål for adekvat væsketilførsel. Små barn bør tisse hyppig og ikke sjeldnere enn hver 3-4 time. Det kan likevel være vanskelig å avgjøre hva som gjør bleiene våte ved diaré. Store barn har større blærekapasitet. Et regnskap over den mengde barnet har drukket kan være til hjelp. I de fleste tilfeller bør væskeunderskudd bli dekket og vanlig kost/drikke innført i løpet av første sykdomsdøgn.

2.<u>Tidlig innføring av normal kost:</u>

Det er nå godt dokumentert at tidlig innføring av normal kost ikke forlenger sykdomsforløpet sammenlignet med streng diett.[3] Morsmelk inneholder stoffer som hemmer infeksjon. Med normal kost blir barnet raskere friskt enn ved kun væsketilførsel. En bør unngå fet og sukkerholdig mat. Barn som ammes skal ha morsmelk hele tiden. Barn som får morsmelkerstatning bør fortsette med det. Barn bør starte med normal kost innen 4-6 timer etter at de har startet væskebehandling. Tidligere anbefalte man å utelate kumelk fra kosten i noen dager. Det har man nå gått bort fra.

3. Andre tiltak:

Probiotika: Det er godt dokumentert at probiotiske melkesyrebakterier reduserer sykdomsvarighet og intensitet ved viral gastroenteritt hos barn, spesielt rotavirusenteritter.[1,4] Effekten er best hvis behandlingen starter tidlig i sykdomsforløpet. Gi biola 5-15 ml daglig. Kun brystmelk til barn under ett år. Barn med immunsvikt eller korttarmsyndrom skal ikke ha probiotika. Det er ikke vist effekt av probiotika ved bakteriell gastroenteritt.

Legemidler: Norske retningslinjer anbefaler ikke bruk av kvalmestillende legemidler eller medisinsk kull utenfor sykehus.

Prognose:

Gastroenteritt går vanligvis over av seg selv i løpet av en uke.

Forebygging:

Gastroenteritt er svært smittsomt. Det er derfor viktig med håndvask, spesielt etter bleieskift. Den som er syk eller er i kontakt med den syke bør ha sitt eget håndkle. Barnehagebarn bør ikke gå i barnehage før 48 timer etter at symptomene har gitt seg.[5]

Referanser:

1. Akuttveileder i pediatri fra Norsk barnelegeforening. www.helsebiblioteket.no/pediatriveiledere?menuitemkeylev1=&menuitemkeylev2=6529&key=150353 (søkedato: 11.10.2024).
2. Freedman, S. Oral rehydration therapy. In: UpToDate. (siste oppdatert juni 2023). https://www.helsebiblioteket.no (søkedato: 11.10.2024).
3. Guarino A, Ashkenazi S, Gendal D et al. European Society for Pediatric Gastroeneterology, Hepatology, and Nutrition / European Society for Pediatric Infectious Diseases Evidence-based Guidelines for Management of Acute Gastroenteritis in Children in Europe; 2014. JPGN 2014; 49: 132-52.
4. Allen SJ, Martinez EG, Gregorio GV, Dans LF. Probiotics for treating acute infectious diarrhoea. Cochrane Database of Syst Rev. 2010.
5. Folkehelseinstituttet (FHI). Kontroll Og Oppfølging AV Pasienter Med Tarminfeksjoner. Smittevernhåndboka. (siste oppdatert juni 2024). www.fhi.no (søkedato 11.10.2024).

Fordypningsstoffet er utgitt av en tverrfaglig forfattergruppe og utarbeidet på grunnlag av tilgjengelig litteratur og ressurser på publiseringstidspunktet i samråd med eksterne sakkyndige. Brosjyren må ikke erstatte kontakt med, undersøkelse hos eller behandling av kvalifisert helsepersonell. Helsepersonell er selv ansvarlig for bruk av brosjyrens innhold i rådgivning eller pasientbehandling.

Forfattergruppe: M. Falck (barnelege, Barneklinikken, OUS), H. Nordeng (farmasøyt, Farmasøytisk institutt, UiO), A.D. Midtsund (helsesykepleier, Oslo kommune), A.M. Brænd (helsestasjonslege, Institutt for helse og samfunn, UiO), G. C. Havnen (farmasøyt, RELIS Sør-Øst, Tryggmammamedisin.no).

Gjennomlest av: Kristina Skram, Barne- og ungdomsklinikken, Oslo Universitetssykehus, Ullevål.

Revidert utgave oktober 2024. Det kan siteres fra brosjyren dersom kilden oppgis.

PharmaSafe forskergruppe
Farmasøytisk institutt, Universitetet i Oslo