

Rekommendationer til diagnostik og behandling af obstipation og fækal- inkontinens.

Udvalget for gastroenterologi, hepatologi og ernæring, DPS.

1. Forekomst

Omkring 20 % af alle børn i alderen 4 til 18 år har på et eller andet tidspunkt haft obstipation. Prævalensen af obstipation hos yngre børn (0-24 mdr.) er ca. 3 %. Prævalensen af fækalinkontinens er 3 % hos raske skolebørn (4 % i 5-6 års alderen og 1.6 % i 11 års alderen). Tidligere tiders opfattelse af at fækalinkontinens var betinget af psykiske årsager er i dag forladt. Vi ved nu, at langt de fleste børn har fækalinkontinens på baggrund af obstipation og uhensigtsmæssige toiletvaner.

2. Definitioner og terminologi

Grænserne for den normale afføringshyppighed og konsistens er vide.

Afføringshyppigheden afhænger af alder:

Ammede spædbørn: afføring fra 6 gange dagligt til en gang ugentligt

Flaskeernærede børn: 1 afføring dagligt

Småbørn: 1-2 afføringer dagligt

Større børn: 1 afføring dagligt

Ca. 5 % af obstipationstilfælde har en underliggende lidelse (**organisk obstipation**), mens resten betegnes som **funktionel obstipation**

2.1 Funktionel obstipation (Rom III kriterier)

2 eller flere af følgende kriterier skal være opfyldt hos et barn med udviklingstrin på mindst 4 år. Kriterierne skal være opfyldt mindst 1 gang om ugen i to mdr. før diagnose.

1. To eller færre afføringer på toilet pr. uge
2. Mindst 1 episode med fækal inkontinens pr. uge
3. Historie med retensiv adfærd eller ekstrem voluntær tilbageholdelse af afføring
4. Historie med smertefulde eller hårde afføringer
5. Tilstedeværelse af større fækal udfyldning i rectum
6. Historie med afgang af større mængder afføring

2.2 Fækalinkontinens:

Afgang af afføring på et upassende sted. Kan opdeles i funktionel og organisk fækal inkontinens.

2.2.1 Funktionel fækalinkontinens

- Obstipationsassocieret fækalinkontinens: Hyppigste præsenteringsform
- Non-retensiv fækalinkontinens: Fækal inkontinens, hvor der ikke findes

tegn på obstipation.

2.2.2 Organisk fækalinkontinens:

Fækal inkontinens som skyldes organisk sygdom

Det foreslås, at termerne encoprese og soiling ikke anvendes.

3. Symptomer:

Mavesmerter, analfissur, obstipationsbetinget diarre, dårlig eller vekslende appetit, dårlig trivsel, psykologiske problemer, fækalinkontinens, urin-inkontinens (dag- og/eller nat-), urinvejsinfektioner.

Normale spædbørn ser ofte kortvarigt anstrengte ud ved afføring, presser, er røde i hovedet og trækker benene op.

4. Årsager :

4.1 Funktionel (95%):

- Analfissur
- Anstrengelse for at holde på afføringen (medfører obstipation, der igen medfører analfissur (ond cirkel)) - obs for perianal infektion med gr. A hæmolytiske streptokokker
- Psykosociale faktorer/dårlige toiletvaner

4.2 Organiske (5%):

- Mb.Hirschsprung (se senere)
- Anorektale misdannelser, f.eks. ektopisk beliggende anus
- Columnarelaterede lidelser (især spinale lidelser, f.eks. lipom, spina bifida)
- Hypothyroidisme, hypercalcæmi
- Cøliaki
- Mb. Crohn
- Cystisk Fibrose
- Cerebral parese
- Anorexi
- Seksuelt overgreb
- Medicinforgiftning (morfika, antikolinergika, antidepressiva)

5. Diagnose:

Ca. 95% af børn med kronisk obstipation og 90% af børn med fækalinkontinens har ikke en organisk årsag. En grundig anamnese og objektiv undersøgelse er som hovedregel nok til at stille diagnosen funktionel obstipation. Generelt er der ikke behov for yderligere undersøgelser, med mindre man finder mistanke om underliggende sygdom.

6. Undersøgellesprogram

6.1 Primært:

6.1.1 Anamnese:

- Tidspunkt for mekoniumafgang
- Symptomdebut (symptomer under amning)
- Afføringshyppighed, afføringsvolumen og konsistens, smerter etc.
- Tegn på tilbageholdelse af afføring
- Smerter eller blod i forbindelse med afføring
- Fækalinkontinens, hvor og hvornår på dagen
- Urininkontinens og urinvejsinfektioner
- Mavesmerter
- Neuromuskulær udvikling
- Appetit og kost
- Psykologiske eller adfærdsmæssige problemer
- Livsbegivenheder (dødsfald, nye søskende, skilsmisse) som kan være medvirkende til udvikling af afførings tilbageholdelse (tænk også her på seksuelt overgreb)

6.1.2 Objektiv undersøgelse:

Det er nødvendigt med en fuld objektiv undersøgelse med speciel vægt på undersøgelse af:

- Abdomen (palpation af fæces eller luft)
- Perianal inspektion (placering af anus, perianal fæces, rødme, dermatit, eksem, fissurer, hæmorrhoider)
- Rektalexploration (sphinter-tonus, fæces i ampullen, ano-cutan reflex, størrelse af rectum etc.)
- Neurologisk undersøgelse specielt af underekstremiteterne
- Der bør laves u-stix og evt. anal podning
- Evt. afføringsdagbog gennem 2-3 uger ved tvivl om diagnosen
- Beskrivelse af eksterne genitalier

6.2 Sekundært

6.2.1 Colontransittid

Colontransittid kan bruges, hvis man ikke kan få tilstrækkelig pålidelige informationer fra anamnese og dagbog. Flere undersøgelser har dog vist at colontransittiden er normal hos 39-58 % af obstiperede børn. Udførelse og tolkning af colontransittids-undersøgelser bør foregå på specialafdeling.

6.2.2 MRI af medulla spinalis:

Ved mistanke om neurogen årsag til obstipationen.

6.2.3 Oversigt over abdomen og rectum-indhældning:

Unødvendige undersøgelser som led i udredning eller behandling af obstipation og fækalinkontinens.

6.2.5 Er det Mb. Hirschsprung?

Morbus Hirschsprung mistænkes primært ved forsinket meconiumafgang, svær obstipation under amning eller intraktable obstipation hos større børn. Kun 10% af børn med Hirschsprung har meconiumafgang før 24 timer mod >90% af normale. Hovedparten af børn med Mb. Hirschsprung diagnosticeres i neonatalperioden. Den endelige diagnose stilles ved kirurgisk rectumbiopsi. Mistanken kan styrkes ved manglende refleks ved anorectal manometri.

	Funktionel obstipation	Hirschsprung
Fæces i ampullen	+	/
Fissur el. blødning	+	/
Obstipations-associeret fækal inkontinens	+	/
Forsinket meconium-afgang	/	+
Fæces i hårde knolde	+	/
Fæces i lange tynde pølser	/	+

7. Behandling:

Lette obstipationsgener svinder ofte spontant eller efter kort tids behandling, mens kronisk obstipation og fækalinkontinens kræver langvarig behandling.

Målet med behandlingen er at reetablere normal tærskel for defækationstrang samt tørlægge barnet.

Alle børn med obstipation og fækalinkontinens behandles efter de samme retningslinier. Undtaget er dog gruppen af børn med non-retensiv fækalinkontinens, der ikke skal behandles med laksantia, men kun toiletræning.

Behandlingen består af 4 elementer:

7.1 Undervisning

Familien skal bibringes forståelse for patogenesen for obstipation og fækalinkontinens. Dels for at behandlingsprincipperne forstås og dels for at fjerne den vrede, der ofte er overført barnet. Det er vigtigt at fjerne misforståelsen om, at barnet holder på afføringen eller har fækalinkontinens med vilje. Der skal instrueres om behandlingsprincipper, virkningsmekanismen af evt. medicin og toiletræning for at sikre en høj compliance, som er altafgørende for en god behandling.

7.2 Udtømning

Alle behandlingsforløb starter med udtømning. Udtømning kan enten ske ved at starte med høje doser af afføringsmiddel eller ved langsom optrapning til høj dosis. Hvis man starter med en høj dosis, kommer der ofte umiddelbart efter opstart diarre som følge af overløb. Dette skal ikke give anledning til reduktion i den anti-obstipative behandling. Behandlingen skal fortsætte, indtil der sikkert er udtømt. Er man i tvivl, er det tilrådeligt at fortsætte med udtømning. Mangelfuld udtømning giver dårligt behandlingsresultat, når man går over til vedligeholdelsesbehandling.

Overløbsdiarre kan evt. afhjælpes ved brug af glyoktyl-klyx/mikrolax en gang dagligt de første 3 dage. Ofte er det tilrådeligt at starte udtømningen op til en weekend og anbefale familien at være hjemme.

7.3 Vedligeholdelsesbehandling

Når barnet er udtømt, trappes den anti-obstipative behandling ned, indtil der nås en dosis, der giver 1 daglig blød, formet, smertefri afføring, uden at der opstår bivirkninger.

7.4 Follow-up.

Der kan med fordel tilbydes tæt opfølgning i løbet af de første uger efter opstart af behandling, idet det ofte er på det tidspunkt, der opstår problemer. Problemerne drejer sig typisk om dosering af afføringsmiddel, problemer med at få barnet til at tage behandlingen, samt usikkerhed om, hvornår der er sufficient udtømt, så man kan overgå til vedligeholdelsesbehandling.

7.5 Antiobstipationsmidler:

De forskellige laksantia, som er tilgængelige på markedet, har forskellig virkningsmekanisme. Valg af laksantia bør rette sig efter barnets symptomatologi. Ofte er behandling med blødgørende laksantia tilstrækkelig. Det er vigtigt at opnå compliance, og man bør vælge så få forskellige typer laksantia som muligt.

Generelt kan antiobstipationsbehandling inddeles i to grupper med principielt forskellig virkningsmekanisme.

1. Midler med blødgørende effekt på tarmindeholdets konsistens og volumen
2. Peristaltikfremmende midler

	Medikament	Virkningsmekanisme	Indikation og administration	Dosering	Bivirkninger
Blødgørende					
	Laktulose	Osmotisk ved at bakterier trækker væske ind i tarmen	Udtømning. Vedligeholdelse. Per os	1-2 ml/kg fordelt på 2 doser	Mavesmerter. Luft i maven.
	Polyethylen-glycol (Movicol)	Binder væsken, der føres til colon, hvor fæces blødgøres. Ringe transmission over tarmen	Udtømning. Vedligeholdelse. Per os: Skal opløses. Kan opløses i alt flydende, der ikke er tykkere end mælk. Vigtigt at væskemængden overholdes.	1g/kg fordelt på 2 doser som initial dosis. Ofte reduktion til halvdelen i vedligehold.	Mavesmerter. Diarre (ved overdosering). "Smag". Stor væskemængde til små børn
	Magnesia	Osmotisk virkende	Per os.	Ingen anbefalet dosis	Mg-forgiftning ved stor dosis og nedsat nyrefunktion
	NaCl eller alm. postevand	Blødgøring/udskylning	Udtømning. Rectalt.	10-20 ml/kg	Rektal indgift
	Olie	Blødgøring	Udtømning. Rectalt.	10-20 ml /kg	Rektal indgift
	Fosfat	Osmotisk virkende	Udtømning. Rectalt.	Bør ikke gives til børn <1 år	Kan påvirke calcium- og fosfat-stofskiftet ved store doser
Peristaltikfremmende					
	Natrium-picosulfat (Laksoberal, Actilax, Picolon)	Primær peristaltikfremmende, med virkning på colon.	Vedligehold Per os.	7,5 mg/ml, 15 dr = 1 ml Start ½ dr/kg fordelt på 1-2 doser.	Mavesmerter, diarre.
	Senne-glycosider (Pursennid)	Primær peristaltikfremmende, med virkning på colon.	Vedligehold Per os.	Tabl. (å 12 mg): >6 år: 12-24 mg dagligt	Farveændring af urin. Mavesmerter.
	Bisacodyl (Dulcolax, Perilax, Toilax)	Primær peristaltikfremmende, med virkning på colon	Fuldstændig tarmtømning. Per os/supp.	Fra 5 mg hver anden dag til 10 mg dagligt	Kvalme. Mavesmerter.

Movicol®: I praksis har det vist sig, at PolyEthylen Glycol 3350 (PEG) er særdeles velegnet til behandling. Der er muligt at opnå god compliance, doseringen er nem at styre, der er få bivirkninger og stoffet kan bruges til både udtømning og vedligeholdelsebehandling. Movicol® indeholder elektrolytter (bl.a. 65 mmol Na⁺ pr. brev, s.v.t. 5 mmol Na⁺ pr. g.) hvilket kan være et problem ved behandlingen af spædbørn. Der findes evidens for, at PEG uden elektrolytter er sikkert at anvende fra fødslen, men forhandles endnu ikke i Danmark. Der mangler evidens for anvendelsen af Movicol® til børn < 6 mdr.; men klinisk erfaring har vist, at det indtil nu ikke har givet problemer, at anvende det fra 0 mdr. Movicol® eller andre PEG produkter er endnu ikke godkendt til brug på det danske marked til børn under 12 år.

7.6 Behandlingsvarighed

Vedligeholdelsesbehandlingen skal strække sig over mindst 3 mdr. og ofte 6, 12 mdr. eller længere. Plan for seponering af antiobstipativ behandling bør være individuel, men ofte er det en god ide at trappe langsomt ud. Der er ikke belæg for, at tarmmotorikken ødelægges ved langvarig brug af laksantia. Man skal ofte bruge højere doser end anbefalet af producenten og også behandle i længere tid.

7.7 Toilettræning

Alle børn, der behandles for obstipation og fækalinkontinens, skal instrueres i principperne for toilettræning. Børn under 4 år bør ikke toilettrænes efter nedenstående principper.

Adfærdstræningen sigter på:

1. Indøvning af gode toiletvaner
2. Indøve tolkning af afføringstrang
3. At indøve korrekt og optimal position, der hjælper afføringen ud

2-3 gange dagligt, afhængig af hvad der er praktisk muligt for det enkelte barn.

5-10 min hvor barnet sidder på toilettet. Evt. medbringes æggeur.

Barnets toilettid skal vælges, så det griber mindst muligt forstyrrende ind i barnets aktiviteter. Optimalt er ca. 20 min. efter måltid, hvor man kan udnytte den gastro-coliske refleks.

Barnet kan evt. medbringe bog eller anden underholdning.

Som en del af behandlingen er det ofte en god ide at benytte en afføringsdagbog.

Toilettræningen bør fortsætte mindst lige så lang tid, som der behandles med antiobstipationsmidler.

7.8 Smertefri afføring

For at undgå at barnet holder tilbage på afføringen, skal afføringen være smertefri. Det er derfor vigtigt at behandle eventuelle rifter, fissurer og irritation.

7.9 Behandling af fissurer

Primær behandling er blødgøring af afføringen. Sekundært kan behandles med Proctosedylsalve 2-3 gange dagligt i 2 uger eller til symptomfrihed. Evt. anvendes nitroglycerin-salve 2 gange dagligt eller ved hvert bleskift. Interne fissurer kan med fordel behandles med suppositorier.

7.10 Behandling af rødme og irritation

Ved rødme og irritation skal der podes for hæmolytiske streptokokker gr. A. Ved positiv dyrkning behandles efter resistens med f.eks. penicillin i 14 dage; men der er stor recidiv-frekvens. Alternativt claritromycin i 7 dage.

Referencer:

Rasquin et al: Childhood functional gastrointestinal disorders. *Gastroenterology*. April 2006;130(5):1527-37.

MA Benninga, WP Voskuil, JM Taminau. Childhood Constipation: Is there New Light in The Tunnel? *J Pediatric Gastroenterology and Nutrition*. November 2004; **39**:448-464.

Hyman PE, Milla PJ, Benninga MA, Davidson GP, Fleisher DF, Taminau J. Childhood functional gastrointestinal disorders: neonate/toddler. *Gastroenterology*. 2006 Apr;130(5):1519-26. Review.

Corazziari E, Staiano A, Miele E, Greco L. Bowel frequency and defecatory patterns in children: a prospective nationwide survey. *Clin Gastroenterol Hepatol*. 2005 Nov;3(11):1101-6.

Loening-Baucke V. Prevalence, symptoms and outcome of constipation in infants and toddlers. *J Pediatr*. 2005 Mar; 146(3):359-63.

Arora R, Srinivasan R. Is polyethylene glycol safe and effective for chronic constipation in children. *Arch Dis Child*. 2005 Jun;90(6):643-6.

Loening-Baucke V, Pashankar DS. A randomized, prospective comparison study of polyethylene glycol 3350 without electrolytes and milk of magnesia for children with constipation and fecal incontinence. *Pediatrics* 2006; 118(2): 528-35.

Wan der wal, M.F. beninga M.A. and Hirasing R.A. The prevalence of encopresis in a multicultural population. *J. Pediatr. Gastroenterol Nutr* 40: 345,2005

Marianne Skytte Jakobsen og Charlotte Siggaard, april 2007

Udvalget for gastroenterologi, hepatologi og ernæring, DPS.