

Gastroøsofagal refluks hos spedbarn - refleksjoner rundt sykdomsbegrepet og økende forbruk av medikamenter

Foredrag v/ LIS Joel Selvakumar, på vårseminaret til Legemidler til barn.

Gastroøsofagal refluks - når blir det sykdom?

Gastroøsofagal refluks (GØR) er tilbakestrøm av mat og syre fra magesekken og opp i spiserøret. Dette er noe som skjer hos alle mennesker av og til, og vi kjenner det som brystbrann når det sure mageinnholdet treffer den ubeskyttede slimhinnen i spiserøret. Hos noen skjer det så ofte at det går ut over livskvaliteten og kan dessuten gi forandringer i form av sår og strikturer. Da kalles det gastroøsofagal refluks sykdom (GØRS). Dette gjelder hos eldre barn og voksne.

Hos spedbarn derimot, er gastroøsofagal refluks fysiologisk. Refluks skjer hele tiden uten å være skadelig. Store mengder morsmelk, kombinert med en liten magesekk, gjør at det jevnlig er tilbakestrøm av ventrikelinnhold til spiserøret og noen ganger helt opp til munnen som gulp/oppkast. Fordi spedbarn har mindre syre i magesekken, samtidig som den basiske melken bufrer syren, er det liten risiko for syreskader på spiserøret.

Hva er så definisjonen på gastroøsofagal reflukssykdom hos spedbarn? Når går det over fra å være fysiologisk til patologisk? Det er ingen blodprøver, billeddiagnostikk eller andre tester som definerer dette. Derimot har man i europeiske retningslinjer valgt definisjonen at GØR blir GØRS når det er "plagsomme symptomer". Hva som er "plagsomt" er subjektivt - noe som er særlig problematisk hos spedbarn, som ikke selv kan gi verbalt uttrykk for plagene sine. Dermed blir det foreldrenes fortolkning som ofte er avgjørende.

"Plagsomme symptomer"

Det er oftest to symptombilder som foreldre tolker som plagsomme, og som starter en GØRS-utredning:

1. Gulping og oppkast.
2. Vondt i magen

Vedrørende det andre symptombildet: Skriketokter der babyen er utrøstelig, strammer magen, flekterer i hoftene - "kolikksymptomer"- tolkes ofte som magesmerter. 8-40% av barn har kolikk, avhengig av hvordan man teller. Det finnes ikke noe entydig bevis for at kolikksymptomer hos spedbarn verken kommer fra magen eller er smertefulle. Det finnes flere teorier om etiologi: Det spekuleres blant annet i om det skyldes umodent nervesystem, umodent tarmsystem, en måte å av reagere stimuli fra dagen eller rett og slett bare er et normalt utviklingstrinn i atferd. Det som man vet helt sikkert, er at psykososiale faktorer spiller en stor rolle i måten man tolker sitt barns gråt på.

Gastro-oesophageal reflux: a mixed methods study of infants admitted to hospital in the first 12 months following birth in NSW (2000–2011)

Hannah Grace Dahlen , Jann P. Foster, Kim Psaila, Kaye Spence, Nadia Badawi, Cathrine Fowler, Virginia Schmied and Charlene Thornton

BMC Pediatrics BMC series – open, inclusive and trusted 2018 18:30

Et eksempel som illustrerer dette: I en studie fra Australia, gikk man gjennom over 1 million innleggelser av spedbarn og trakk ut de som hadde diagnose "gastroøsofagal refluks". Deretter koblet man dette med diagnoser hos mødrene, for å se om det var spesielle kjennetegn hos mødrene. Det man blant annet så på, var forekomst av angst- og depresjonslidelser hos mødrene. Den gjennomsnittlige forekomsten hos mødre for alle innleggelser var på 3,7%, mens hos mødre av barn med GØR(S), var det hele 23,9% som hadde en slik diagnose.

Utredning for GØRS

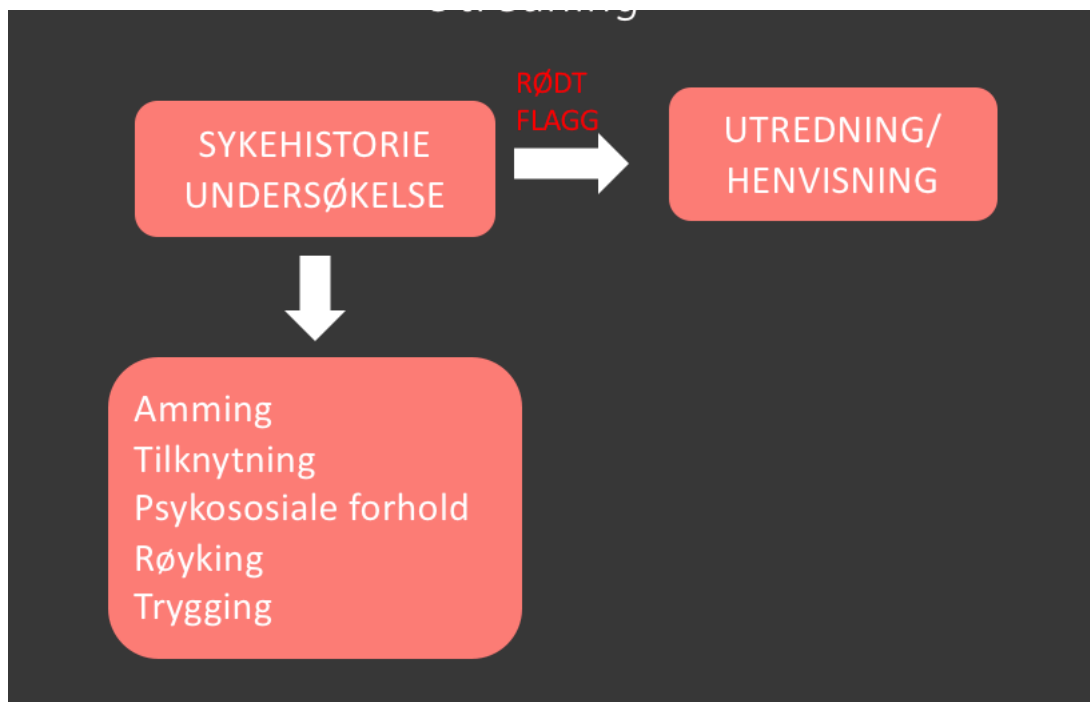
ESPGHAN-algoritmen for utredning er standard ved norske barneavdelinger (https://www.naspgan.org/files/Pediatric_Gastroesophageal_Reflux_Clinical.33.pdf, side 523)

Algoritmen går ut på å identifisere *røde flagg*, dvs symptomer eller funn som gjør at man må tenke på om graden av refluks er så stor at det går ut over barnets vekst og/eller det foreligger annen sykdom bak refluksen. Dersom barnet har noen av disse alarmsymptomene, bør det henvises videre til barnelege.

Kort fortalt: Dersom barnet har normale vekstkurver, debuten av gulping er etter første leveuke og før 6. måned og er friskt ved undersøkelse, behøves ingen videre henvisning. Hos denne gruppen, er det viktig å vurdere:

- 1) Amming: Får barnet for store og for få måltider? Er sugeteknikken tilfredsstillende? Får barnet rape etter måltid?
- 2) Tilknytning og samspill: Leser mor barnets signaler?
- 3) Psykososiale forhold: Kan det foreligge svangerskapsdepresjon? Hvordan er foreldrenes forhold - er det mye stress i hjemmet?
- 4) Røyking? Røyking i hjemmet er assosiert med kolikksymptom hos barn
- 5) Trygging på at dette går over i løpet av de neste månedene.

Det *kan* være aktuelt å gjøre et forsøk på 2-4 uker med melkeproteinfri diett hos mor mtp kumelkeproteinallergi hos barnet. Dette bør gjøres etter samråd/konferering med pediater. Dette må ikke gjøres rutinemessig hos alle barn med gulping eller kolikksymptomer!



1 Tilpasset fra "EPGSHAN"-algoritmen

Medikamenter

Medikamenter skal ikke brukes hos barn uten røde flagg. Det er tvilsom indikasjon og effekt hos spedbarn. Medikamenter som allikevel brukes er:

Alginater(Gaviscon): Fungerer syrenøytraliserende, og danner dessuten en viskøs gel som legger seg som et "lokk" på ventrikelinnholdet og forhindrer refluks. Kortvarig effekt. Reduserer synlig gulping/oppkast, men reduserer neppe kolikksymptomer. Gaviscon inneholder aluminium og kan lede til systemisk opptak av aluminium. Det er også et høyt natriuminnhold i medisinen. Gaviscon er ikke godkjent for barn i Norge.

Protonpumpehemmere - PPI: Ingen RCT-studier viser forskjeller i symptomer (gråt, irritabilitet,) mellom placebo og PPI.

Histamin-2 reseptor antagonister (H2RA): Usikkert om det har noen effekt hos spedbarn.

Økning i medikamentbruk og variasjon

Til tross for at protonpumpehemmere ikke er indisert hos spedbarn, ser man en økende bruk av medikamentgruppen (det er ingen økning/reduksjon for H2RA). Det finnes tilsvarende trender i andre land. I Norge ser man også stor variasjon i mellom fylker - der barn i Aust-Agder får skrevet ut PPI ti ganger mer enn i Sør-Trøndelag.

Medikalisering

Det er ikke alle diagnoser som er svart-hvite, dvs det går ikke nødvendigvis noe skarpt skille mellom syk og frisk men det er en gradvis overgang på en skala. Medikalisering er når grensen for hva som er sykt flyttes, og noe som tidligere regnetes som normalvariant eller avvik, regnes som sykdom. Er vi i ferd med å medikalisere normale fenomener hos spedbarn, som gulping og skriketokter? Når noe gis et medisinsk navn, som refluks, gjør det noe med hvordan vi forholder oss til tilstanden. Eksempelet under er fra en studie, der to

foreldregrupper fikk presentert nærmest identiske kasuistikker. Den eneste forskjellen var at i den kasuistikken så brukte man "gulping", mens i den andre gruppen brukte man "refluks". I gruppen der ordet "refluks" ble brukt, var foreldrene mer interresert i medisinsk behandling enn i "gulping"-gruppen.

Take-home messages:

1. Barn som gulper, der gulpingen starter mellom 1 ukes og 6mnd alder, og som har normale vekstkurver, normal utvikling og normal undersøkelse, behøver ikke medisinsk behandling.
2. Tenk over hvordan du som helsepersonell ordlegger deg i møte med pasientene. Ikke sykeliggjør og medikaliser normalvarianter og avvik!

Kilder:

For din daglige dose youtube-underholdning:

Buzzfeed - 26 babies vomit in 60 seconds:

<https://www.youtube.com/watch?v=KIMZY77BeUQ>

Artikler sitert:

Dahlen, H. G., Foster, J. P., Psaila, K., Spence, K., Badawi, N., Fowler, C., ... Thornton, C. (2018). Gastro-oesophageal reflux: a mixed methods study of infants admitted to hospital in the first 12 months following birth in NSW (2000–2011). *BMC Pediatrics*, 18(1), 30.

<https://doi.org/10.1186/s12887-018-0999-9>

Scherer, L. D., Zikmund-Fisher, B. J., Fagerlin, A., & Tarini, B. A. (2013). Influence of "GERD" Label on Parents' Decision to Medicate Infants. *Pediatrics*, 131(5), 839–845.

Medikalisering av refluks:

Hassall, E. (2012). Over-Prescription of Acid-Suppressing Medications in Infants: How It Came About, Why It's Wrong, and What to Do About It. *The Journal of Pediatrics*, 160(2), 193–198.

Douglas, P. S., & Hiscock, H. (2010). The unsettled baby: crying out for an integrated, multidisciplinary primary care approach. *CLINICAL PRACTICE*, 193(9), 4.

https://www.mja.com.au/system/files/issues/193_09_011110/dou10120_fm.pdf

<https://www.nytimes.com/2014/06/03/upshot/calling-an-ordinary-health-problem-a-disease-leads-to-bigger-problems.html>

Retningslinjer og oversikt om GØR og kolikk:

Rosen, R., Vandenplas, Y., Singendonk, M., Cabana, M., DiLorenzo, C., Gottrand, F., ... Tabbers, M. (2018). Pediatric Gastroesophageal Reflux Clinical Practice Guidelines: . *Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition*, 66(3), 516–554.

(https://www.naspghan.org/files/Pediatric_Gastroesophageal_Reflux_Clinical.33.pdf, algoritme på side 523)

Gastroesophageal reflux in infants. In T. Post (Ed.), *UpToDate*. Retrieved from

<https://www.uptodate.com/contents/gastroesophageal-reflux-in-infants>

Infantile Colic. In T. Post (Ed.), *UpToDate*. Retrieved from

<https://www.uptodate.com/contents/infantile-colic-clinical-features-and-diagnosis?>