

# Barnläkekonst i Sörmland

Samverkansdokument för Primärvården och  
Barn- och ungdomskliniken i Sörmland



Framtaget av verksamhetschef Nils Skanke, augusti 2010

Reviderat av verksamhetschef Zoi Papoutsi, april 2026

Barn- och ungdomskliniken Sörmland

## Innehållsförteckning

Allmänt/kontaktinfo .....	4
Allergisk rinokonjunktivit hos barn och ungdomar .....	7
Astma hos barn och ungdomar .....	9
Se Viss: <a href="http://www.viss.nu/Handlaggning/Vardprogram/Barn-och-ungdomar/Astma-obstruktiv-bronkit-hos-barn1/">http://www.viss.nu/Handlaggning/Vardprogram/Barn-och-ungdomar/Astma-obstruktiv-bronkit-hos-barn1/</a> .....	9
Födoämnesallergi hos barn och ungdomar .....	14
Insektsallergi hos barn och ungdomar .....	17
Penicillinöverkänslighet hos barn och ungdomar .....	19
Urtikaria och angioödem hos barn och ungdomar .....	21
Diabetes typ I .....	24
Diabetes typ II .....	25
Gynecomasti .....	26
Hirsutism .....	27
Hyperthyreos .....	31
Hypothyreos .....	32
Struma .....	33
Kortvuxenhet .....	34
Långvuxenhet .....	36
Övervikt och fetma .....	37
Celiaki .....	39
Födoämnesorsakade mag-tarmproblem .....	41
Obstipation .....	43
Återkommande buksmärtor .....	45
Anemier .....	47
Blödnings- och trombosbenägenhet .....	48
Infektionsbenägenhet .....	49
Leukemier .....	50
Leukopeni, neutropeni och lymfocytopeni .....	52
Lymfkörtelförstoring .....	53
Solida tumörer .....	54
Trombocytopenier .....	55
Blåsljud på hjärtat .....	56
Bröstmärtor .....	58
Svimning .....	60
Affektanfall .....	61
Epilepsi .....	62
Feberkramper .....	64
Hjärntumör .....	65
Migrän .....	66
Spänningshuvudvärk .....	69
Intellektuell Funktionsnedsättning .....	71
Juvenil artrit och inflammatorisk systemsjukdom .....	72
Balanit .....	74
Daginkontinens .....	75
Fimosi s .....	77
Flickor med genitala besvär .....	78
Patientinformation om bakterieväxt i urinen hos friska .....	80
Retentio testis .....	83

Urinvägsinfektioner.....84

# Handläggning av sjuka barn i samverkan mellan Primärvården och Barn- och ungdomskliniken Sörmland

## Allmänt/kontaktinfo

Barn och ungdomar i Sörmland, 0–18 år, cirka 58 000, är en gemensam angelägenhet för Primärvården och Barn- och ungdomskliniken. Dokumentet har som mål att underlätta samverkan mellan allmänmedicin och sjukhusklinikerna i Eskilstuna och Nyköping samt Barnmottagningen i Katrineholm.

Barn- och ungdomskliniken tar årligen emot ca 2000 remisser, huvuddelen från primärvården.

### **Konsultation av barnläkare**

Telefonkonsultation – se nedan

Remiss/brev med fråga som inte kräver besök

Traditionell remiss

### **Telefonkonsultationer**

Vissa vårdcentraler har egen barndoktor eller kontaktperson. Alla specialister på barnkliniken har eget telefonnummer för att underlätta kontakt. Kontakta gärna er doktor eller profilansvariga. Vid ärenden av mer akut karaktär på dagtid kontakta Barnbakjouren i Eskilstuna, Barnbakjouren i Nyköping eller Barnmottagningen i Katrineholm. För detaljer om tider och telefonnummer, se nästa punkt.

### **Akuta remisser**

Vi ser helst att kontakt tas innan patienten kommer till respektive mottagning eller barnakuten (som numera delar lokaler med stora akuten MSE).

### **Telefonnummer**

#### ***Eskilstuna***

Primärjouren MSE, dygnet runt, sök 08–5211, ☎016-10 56 97

Bakjouren MSE, dygnet runt, sök 08–5209, ☎070-337 04 71

#### ***Katrineholm*** Barnmottagningen

Måndag-torsdag 08.00-16.00 och fredag 08.00-12.00 ☎0150-563 99

#### ***Nyköping***

Barnbakjouren ☎ 070-333 44 26



### **Remisser till Barn- och ungdomskliniken eller Barnmottagning**

Remissinnehåll:

Fullständiga adressuppgifter, anhörig till patienten, mobil- och arbetstelefon.

Behov av tolk och i så fall vilket språk.

**Misstänkt** diagnos och preciserad frågeställning i möjligaste mån.

Anamnes och uppgifter om avvikande statusfynd.

Tagna laboratorieprov med resultat.

Vi är mycket tacksamma för kopior av tillväxtkurvor från BVC, skola, särskilt viktigt vid tillväxt-, pubertets-, malabsorptions- och överviktsfrågeställningar.

Ange på remissen om patienten ordnar kopior på tillväxtkurvan från skolhälsovården.

I möjligaste mån inväntas svar på tagna labprover och röntgen innan remiss skickas (undantag "hel- och halvakuta" tillstånd).

### **Remissbedömning på Barn- och ungdomskliniken eller vid Barnmottagning**

Inkommande remisser bedöms tisdagar och fredagar av erfaren specialist.

Besked om att remissen anlönt och prioritering skickas till inremitterande + till patient

### **Remissen skickas vidare till annan klinik – EDI-remisser**

Om remissen bedöms bättre kunna handläggas på annan klinik informeras inremitterande om detta och ombeds skicka remissen till rätt instans.

### **Remissen skickas vidare till annan klinik – pappersremisser**

Om remissen bedöms bättre kunna handläggas på annan klinik skickas remissen vidare efter bedömning av läkare. Kopia skickas till inremitterande för kännedom.

### **Remissvar utan patientbesök**

Om frågeställningen på remissen kan besvaras utan läkarbesök informeras patienten om svaret av inremitterande läkare.

### **Kompetensnivå på Barn- och ungdomskliniken**

Remissbedömaren gör internt bedömning av vilken mottagning, vilken kollega som lämpligen kommer att se patienten. Läkare under utbildning, ”egna” eller randande kollegor handlägger ibland remisspatienter, men under handledning av erfaren barnläkare. Remissvaret bör i dessa fall innehålla uppgifter om att kollega är konsulterad.

### **Remissvar**

Skickas när diagnosen är klar och svar på eventuella utredningar föreligger. Svaret ska besvara frågeställningen och innehålla klart besked om fortsatt uppföljning, av vem och när. Om eller när patienten utremitteras från Barn- och ungdomskliniken skrivs med fördel en längre sammanfattning + adderas relevanta journalkopior.

### **Tillgänglighet**

Samverkansdokumentet ska finnas tillgängligt och uppdaterat på hemsidan för Primärvården och Barn- och ungdomskliniken.

Denna version är reviderad av ST-läkare Erik Öhlén i samråd med barnklinikens områdesansvariga läkare, undertecknad samt primärvårdens representanter i form av Ludvig Cokorilo (VC Bagaregatan), Mirja Kostela Waldenström (VC Strängnäs) och Pontus Tivemyr (VC Doktor.se Vingåker).

Vi mottar tacksamt synpunkter inför framtida revideringar!

Eskilstuna 2026-04

Zoi Papoutsi  
Överläkare/verksamhetschef

## Allergisk rinokonjunktivit hos barn och ungdomar

### Bakgrund

Allergisk konjunktivit förekommer ofta tillsammans med allergisk rinit. Ungefär 10–15 % av barn från skolåldern har dessa besvär. Näsbesvären består av nästäppa, näsklåda och rinnsnuva. Ögonbesvären utgörs framför allt av klåda, rodnad och ibland också en svullnad av konjunktivan.

Astma förekommer också framför allt vid kraftig allergenexponering.

Besvär indelas i säsongsbundna, till exempel pollenallergi eller persisterande till exempel vid pälsdjurs- och kvalsterallergi.

Trötthet och nedsatt prestationsförmåga kan vara det symptom som mest påverkar livskvaliteten!

### Behandlingsmål

Med adekvat medicinering ses inga eller lindriga besvär under pollensäsong. Barnet skall kunna delta i aktiviteter utomhus, i skolan etcetera

I det närmaste besvärsfrihet under övriga delar av året efter det att sanering genomförts (djur avlägsnats från närmiljön, kvalsterskydd anskaffats etcetera)

### I primärvården

#### Utredning

Anamnesen är ofta tillräcklig för diagnos och behandling.

Bestämning av specifikt IgE ("RAST") för enstaka allergen kan göras om resultatet har betydelse för behandlingen.

#### Behandling

Behandlingsförslag baserat på ålder:

Barn 1–6 år:

- 1) Nässpray Livostin 50 ug 2x2 vid lätta besvär med nysningar och rinnsnuva.  
Alternativt Nasonex 1x1 (från 3 år) vid svårare besvär med ffa nästäppa.
- 2) Lägg till mixtur Desloratadin 1,25 mg (2,5ml) 1x1
- 3) Ögondroppar Livostin 1x2 alternativt vb. när patienten börjar känna av pollen.

Barn 6–12 år

- 1) Nässpray Livostin 50 ug 2x2 vid lätta besvär med nysningar och rinnsnuva.  
Nässpray Mometason 50 ug 2x1 (alternativt Dymista 1x2 eller Ryaltris 2x2).
- 2) Lägg till tablett Cetirizin 10 mg 0,5x2 eller Desloratadin 1,25mg(2,5ml) x2.  
Behandling är mindre sederande och har bättre effekt om den delas upp på morgon och kväll.
- 3) Ögondroppar Livostin 1x2 alternativt vb. när patienten börjar känna av pollen eller  
Ögondroppar Natriumkromoglikat 1x4. Vid svårare besvär prova Opatanol 1x2.

Vid otillräcklig hjälp av fullständig medicinering enligt ovan (inte minst kvarstående trötthet) kan allergen immunterapi (AIT) bli aktuell. Behandlingen ska ha givits kontinuerligt under längre period och utvärderats innan AIT kan bli aktuell.

Bäst dokumenterad effekt av AIT är mot insektsgift, pollen och kvalster. Något sämre effekt ses mot katt och ännu sämre mot hund. Hästextraktet är för dåligt för att kunna användas.

Behandlingen pågår i drygt 3 år och sker i Eskilstuna eller Nyköping. Remiss önskas för ställningstagande.

### **Remisskriterier**

- Kvarvarande besvär trots adekvat rutinbehandling
- Konjunktivit med misstanke om annan sjukdom remitteras till ögonläkare

### **Remissens innehåll**

- Duration och omfattning av patientens symtom och utlösande agens enligt anamnes
- Resultat av den utredning som gjorts på vårdcentralen (IgE eller pricktest)
- Vilken behandling som patienten har fått. OBS att patienten ska ha stått på nasal steroid alternativt nasal steroid i kombination med lokalt antihistamin. Ange behandlingseffekt
- Ange gärna patientens skattning av symtom under pågående behandling angivet med VAS 0–10.
- Ange gärna patientens skattning av trötthet/nedsatt prestationsförmåga/socialt handikapp under pågående behandling angivet med VAS 0–10.

### **Remissvarets innehåll**

- Resultat av ev. utvidgad utredning. Bedömning om det finns indikationer för AIT och om sådan kan komma att initieras
- Förslag på behandling i övrigt
- Rekommendation om återbesök, när och hos vem (barnläkare/läkare i primärvården)

## Astma hos barn och ungdomar

Se Viss: <http://www.viss.nu/Handläggning/Vardprogram/Barn-och-ungdomar/Astma-obstruktiv-bronkit-hos-barn/>

### Bakgrund

Ungefär 15–20 % av spädbarn får luftvägsobstruktiva symtom vid övre luftvägsinfektioner. 7–8 % av barn i skolåldern har astma, 25 % av dessa har medelsvår astma och 10 % har svår astma.

Diagnosen obstruktiv bronkit används:

- när barn under två år utan eksem eller påvisad IgE-medierad allergi får astmaliknande symtom vid luftvägsinfektioner. Vid tredje episoden ställer man diagnosen astma.

Diagnosen astma ställs:

- vid tredje episoden infektionsutlöst obstruktivitet före tre års ålder
- vid första episoden av infektionsutlösta besvär efter tre års ålder
- vid första episoden av infektionsutlöst obstruktivitet vid samtida eksem eller påvisad IgE-medierad allergi.
- vid första episoden av obstruktiva besvär utan infektion oberoende av ålder

Differentialdiagnostik vid astma:

- Infektioner (RS, tbc, m fl)
- Främmande kropp
- VCD (vocal cord dysfunction) hos tonåringar
- CF (Cystisk fibros) alla åldrar
- Kärlling (avvikande kärl som komprimerar bronk)

### Behandlingsmål

Barnet ska klara sina vardagsaktiviteter utan besvär och inte ha nattliga astmabesvär. Besvär kan endast accepteras vid luftvägsinfektion, kraftig ansträngning eller ofrivillig kontakt med ämnen som barnet inte tål.

Barnet ska bibehålla normal lungfunktion och inte ha några biverkningar av aktuella mediciner.

Barnet ska följa sina tillväxtkanaler.

### I primärvården

#### Utredning

Anamnesen är viktig! Särskilt frågeformulär finns på [Riktlinjer Allergi och Astma - Barnläkarföreningens delförening för allergi och lungmedicin](#) med en bra sammanställning av relevanta frågor.

Typiska symtom är andfåddhet, väsande utandning, pip i bröstet och hosta. Efterfråga nattliga hostperioder. Ofta utlöses besvären av en luftvägsinfektion och/eller allergenexponering och ibland av ansträngning. Hostan kan ibland vara långvarig.



Fråga om ärftlighet, miljö, andra allergiska manifestationer såsom eksem och födoämnesallergi samt eventuella näsbesvär (se frågeformulär).

Status kan vara normalt. Vid pågående besvär observeras ofta ökad andningsfrekvens, interkostala indragningar, förlängd utandning, rosslande andningsljud och sibilanta ronki. Försvagat andningsljud kan förekomma vid svåra besvär och är ett allvarligt symptom. Längd och vikt bör mätas minst 1 gång/år eller vid varje besök om barnet står på högre steroiddoser.

### **Labbdundersökning**

Allergitutredning med pricktest och/eller specifika IgE-antikroppar i blod görs om detta har betydelse för handläggningen. Hos små barn <1 år blir en allergitutredning ofta negativ eftersom de inte utvecklats en specifik allergi med undantag för födoämnen, där sensibilisering kan ske redan under första spädbarnstiden. Allergi mot pälsdjur kan förekomma även före ett års ålder. Ett negativt test mot de vanligaste allergenerna utesluter oftast allergi men ett positivt test innebär inte alltid att klinisk allergi föreligger (sensibilisering vs äkta allergi) Hos små barn kan nya positiva tester tillkomma. Resultat av pricktest/blodprov är en färskvara, som kan behöva förnyas.

### **Övrigt**

Astma Control test (ACT) ska användas för skattning av hur patienten mår samt bedömning av medicineringseffekt.

Spirometri med reversibilitetstest ska göras på barn från 6 års ålder.

Barnallergimottagningen MSE eller NLN kan vid behov bistå med denna. Remiss skickas då till Barnmottagningen MSE eller NLN med önskan om spirometri. Remissvar skickas att spirometri är genomförd, ingen tolkning görs.

Lungröntgen kan bli aktuell vid otillräcklig behandlingseffekt samt vid differentialdiagnostik.

### **Behandling av barn 1–6 år**

Vanligen infektionsutlösta besvär.

För farmakologisk behandling av förskolebarn se lokalt schema.

Se Viss alternativt [Riktlinjer Allergi och Astma - Barnläkarföreningens delförening för allergi och lungmedicin](#).

Behandling förskrivs i sprayform, vilken administreras via rekommenderad spacer. Skrivs ut som förbrukningsartiklar i Cosmic.

Barn 1–3 år ska ha mask till sin spacer. Från 3–4 år andas barnet direkt i spacerens munstycke. Spraya aldrig läkemedlet direkt i munnen utan spacer.

Behandlingsschema för intermittent behandling i samband med luftvägsinfektioner finns att ladda ned på Insidan under medicinska rutiner; ”Inhalationsschema med OptiChamber”. Schemat finns på svenska, engelska, arabiska och somaliska.

Barnklinikens allergisjuksköterskor kan vid behov instruera i handhavandet av spacer och inhalationer. Vi önskar då en remiss till allergisjuksköterskorna på berörd barnmottagning Eskilstuna, Nyköping eller Katrineholm. Behandlande läkare skriver ut sprayer och spacer + ev. mask, vilket medtas till allergisjuksköterskan.

Uppföljning hos behandlande läkare i primärvården bör ske innan nästa års virussäsong.

**Barn med täta förkylningar eller besvär emellan förkylningarna kan behöva en underhållsbehandling och skall alltid bedömas på barnklinik.**

### **Behandling av barn från 6 års ålder**

Farmakologisk behandling för barn från 6–8 års ålder, se även stencil under [www.barnallergisektionen.se](http://www.barnallergisektionen.se)

Patientens ålder och grad av besvär avgör vilken dos och vilken inhalator som är lämplig. Barn i skolåldern klarar som regel av att använda pulverinhalatorer, men kan ibland behöva tillgång till spray och spacer vid försämringsepisoder där inhalationstekniken kan vara svår att upprätthålla. Vid behandlingssvikt se över inhalationstekniken. Överväg ev byte av inhalationsmetod för att säkerställa att barnet får i sig medicinen innan doshöjning. Beakta dock ökade utsläpp av drivhusgaser med spray, varför pulverinhalator är att föredra ur klimataspekt.

OBS! Kontrollera att inhalationstekniken fungerar innan patienten går hem med sin nya medicin.

Astma hos skolbarn domineras av astma med allergisk inflammation och svarar mycket bra på behandling med inhalationssteroid (ICS). Alla barn med astma som är 6 år och äldre skall därför erbjudas behandling med ICS.

**Steg 1:** Barn med lindrig astma och sporadiska besvär mindre än 2 gånger per månad behandlas med ICS + snabbverkande beta-2-agonist med lång eller kort effekt (FABA) vid behov (salbutamol, terbutalin, formoterol)

Till barn med svårare, eller återkommande astma, kan periodisk behandling med inhalationssteroider i anslutning till luftvägsinfektion provas. OBS! Dessa barn ska alltid ha även snabb/kortverkande beta-2-agonist vid behov.

**Steg 2:** Underhållsbehandling påbörjas om barnet har behov av ICS+FABA 2 gånger per månad eller mer eller har infektionsutlösta besvär oftare än en gång per månad eller vid svåra astmabesvär.

Inhalationssteroid i låg dos är förstahandsval. Singelbehandling med leukotrienreceptorantagonister är ett andrahandsalternativ.

Tidigt insatt underhållsbehandling bör övervägas om barnet är sensibiliserat mot pälsdjur eller andra perenna allergen, då dessa barn kan ha inflammerade luftvägar trots att symtomen bara uppkommer i samband med förkylning eller ansträngning.

Vid behovs behandling kan antingen vara beta-2-stimulerare eller ICS + FABA. Om vid behovsbehandling behövs  $\geq 2$  gånger/månad överväg att öka underhållsbehandlingen

**Steg 3:** Vid otillräcklig astmakontroll kombineras ICS i låg dos med långverkande beta-2-agonist och/eller leukotrienreceptorantagonist, alternativt ökas inhalationssteroiddosen till medelhög dos. För åldersanpassade steroiddoser var god se [Riktlinjer Allergi och Astma - Barnläkarföreningens delförening för allergi och lungmedicin](#)

Kombinationspreparat med ICS och långverkande beta-2-agonist i samma inhalator bör användas när sådana är tillgängliga. ICS + FABA i lägsta förskrivningsbara dos alternativt kortverkande beta-2-agonist kan ges som symtomlindring vid behov

**Steg 4:** Om astmakontroll inte kan uppnås kombineras ICS i medelhög till hög dos med långverkande beta -2 agonist, långverkande antikolinergika och leukotrienreceptorantagonist

**Barn som kräver kontinuerlig underhållsbehandling med steroider för sin astma ska kontrolleras av barnläkare.**

### **Allmän behandling**

Åtgärda exponering för relevanta allergen  
Barnet ska inte bli utsatt för passiv rökning.

### **Akut behandling av astma**

Se Barnläkarföreningen allergisektions rutin [Akut astma 241206.pdf](#)

Alla barn med ett akut astmaanfall har ett ökat vätskebehov. Erbjud dryck. Erbjud syrgas frikostigt, målsaturation  $\geq 94\%$ .

Behandling med inhalerad beta-2-agonist är en effektiv och säker behandling som kan ges även om barnet fått upprepade sprayningar eller inhalationer i hemmet och bör vara den första behandlingen vid astma eller obstruktiv bronkit.

Administrering av luftrörsvidgande läkemedel kan ske med spray och spacer. I jämförande studier är det lika effektivt som behandling med nebulisator. Vid akuta svåra astmaanfall rekommenderas dock behandling med nebulisator

Behandling med spray (salbutamol) och spacer ges var 20e minut första timmen, därefter glesare:

0–2 år 2–4 puffar (separerade doser)

2–6 år 4–6 puffar (separerade doser)

> 6 år 6–10 puffar (separerade doser)

Vid måttliga till svåra astmaanfall kan man prova att lägga till ipratropiumbromid (Atrovent), som också kan upprepas var 20e minut under första timman för att sedan glesas ut till var 6te timma. Inhalerat adrenalin kan provas vid obstruktiva besvär hos småbarn vid otillräcklig effekt av  $\beta_2$ -stimulerare, eftersom slemhinneödem ofta är bidragande orsak till luftvägsobstruktionen, framför allt hos barn <2 år

Kortison övervägs vid måttligt eller svårt anfall samt vid underhållsbehandling med inhalationssteroid

Barn med astmaanfall och otillräcklig effekt av behandling med beta-2-agonister bör hänvisas till Barn- och Ungdomskliniken för fortsatt behandling och observation

### Remisskriterier

- Barn med astma där diagnosen är oklar
- Barn med återkommande akuta astmaanfall
- Barn med behov av sjukhusvård
- Barn, 0–6 år, med astma och behov av inhalationssteroider regelbundet eller återkommande
- Barn med behov av inhalationssteroider motsvarande en medelhög dos dagligen under längre tid
- Barn där behandlingen inte fungerar tillfredsställande eller vid dålig följsamhet till ordinationer
- Barn med astma och födoämnesallergi
- Barn som blir aktuella för allergen immunterapi (AIT)

### Remissens innehåll

- Astmadebut och svårighetsgrad
- Andra allergiska sjukdomar
- Utlösande orsaker till astma
- Aktuell behandling och behandlingsresultat
- Resultat av eventuell utredning gjord på vårdcentralen:
- Specifikt IgE/pricktest, spirometriundersökning

### Remissvarets innehåll

- Bedömning av patientens astmasjukdom
- Utredningsresultat
- Insatt behandling och planering av behandlingen i fortsättningen
- Uppföljning, när och hos vem (barnläkare/läkare i primärvården)

## Födoämnesallergi hos barn och ungdomar

### Bakgrund

Födoämnesreaktioner är ganska vanligt hos barn men tycks inte ha ökat så mycket som övriga allergiska sjukdomar. I de lägre åldersgrupperna ses IgE-medierade allergiska reaktioner mot mjölk och ägg, vete, jordnötter och trädnötter framför allt cashew och hasselnöt. I de högre åldrarna dominerar jord- och trädnötter.

Symtom i form av svullnad och klåda på läppar och i gomen uppkommer hos många björkallergiker när de äter stenfrukter, rå morot samt hasselnöt eller jordnöt samt skalar rå potatis. Vid avsaknad av systemisk reaktion som andningsbesvär, kraftiga buksmärtor/kräkningar etc. rör detta sig om en korsallergi med björkens allergen utan risk för livshotande besvär.

Symtom på IgE-medierad allergisk födoämnesreaktion kan variera från klåda i munnen, hudrodnad, eksem, nässelutslag, astma, buksmärtor, kräkningar till svår allmänreaktion med blodtrycksfall, andningssvårigheter och fulminant anafylaxi. OBS! Den anafylaktiska reaktionen kan ha ett bifasiskt förlopp. IgE-medierade reaktioner debuterar i regel inom 2 timmar efter intag av födoämnet. Vid tidig reaktion kan även en senreaktion uppträda upp till 24 timmar efter intag av födoämnet med mycket svår symtombild. Fysisk ansträngning samt pågående infektion kan förvärra den allergiska reaktionen. En del födoämnen ger besvär genom icke atopiska mekanismer. Bland barn är dessa besvär oftast lindriga

### Behandlingsmål

Att barnet får en fullvärdig kost utan att utveckla allergiska symtom.

Risk för anafylaktisk reaktion måste beaktas för varje barn. Till grund för barnets ”riskprofil” ska ligga: vad barnet inte tål (mat som kan förekomma dolt), vilken dos som utlöste besvären, vilka symptom barnet fick, om barnet alt familjen är riskbenägen.

Vid tidigare livshotande reaktioner måste adrenalin i förfylld spruta (till exempel, Emerade, Epipen, Jext) vara förskrivet. Peroralt icke-sederande antihistamin ska förskrivas till alla med lindrigare reaktioner men som inte fått adrenalin förskrivet. Betapred förskrivas enbart om patienten har en astma. Har adrenalin givits ska patienten transporteras med ambulans till sjukhus och övervakas där. Antihistamin och kortison kan därför ges på sjukhuset. Förskrivning av adrenalinspruta till barn och ungdomar skall alltid föregås av utredning hos läkare med barnallergologisk kompetens samt utbildning i att ta sprutan av allergisjuksköterska.

### I primärvården

#### Utredning

Anamnes och bedömning av allvarlighetsgraden av symtom. Den tidigare använda svårighetsgraderingen av anafylaxi har utgått och man ska istället fokusera på att ställa diagnosen anafylaxi enl uppfyllda diagnoskriterier (se figur 1). För utförlig information kring anafylaxi, se anafylaxikompendiet, [www.SFFA.nu](http://www.SFFA.nu). [2024-10-04-SFFA-Nationell-wardprogram-anafylaxi.pdf](#)

En noggrann kostanamnes bör göras.

## Labbandersökning

Tag IgE mot endast relevanta allergen. Låga specifika IgE-nivåer förekommer ofta utan symtom. Om jordnötsallergi misstänks testa för IgE mot jordnötsprotein Ara h 2. Om hasselnöt: testa för de specifika hasselnötsproteinerna Cor a 9 och Cor a 14. Undvik screening.

Lätta symtom av födoämnen behöver inte utredas t.ex. rodnad eller ”prickar” i ansiktet av bär, frukt och grönsaker eller eksem. Eksemet ska först smörjas optimalt innan en ev. utredning görs.

## Behandling

Information till barn, föräldrar och andra anhöriga om vad som måste uteslutas (elimineras) i barnets kost. OBS! Alla födoämnen som medför risk för anafylaxi måste uteslutas!

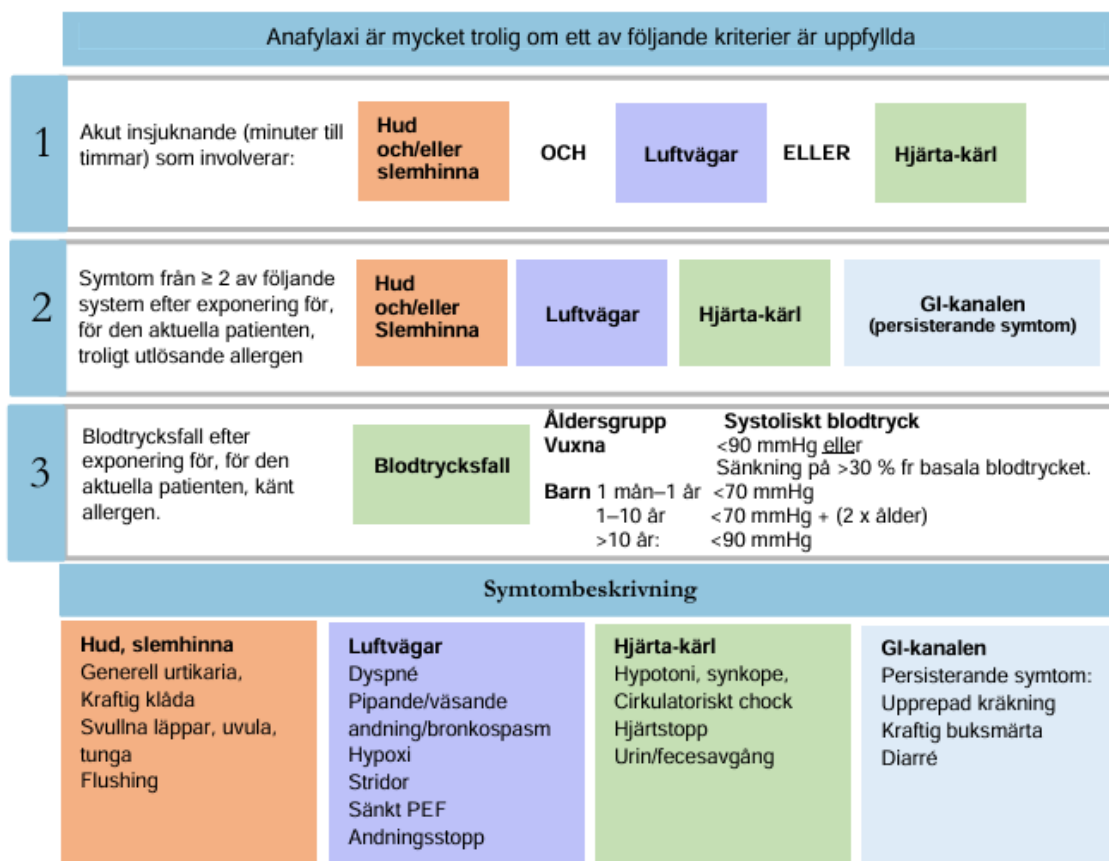
Eftersom det kliniska förloppet kan ändras måste ställningstagande ske regelbundet av patientansvarig läkare till när födoämnet får introduceras igen.

Om den allergiska reaktionen tidigare har varit kraftig eller vid stor rädsla hos barn eller förälder bör återinförandet (provokationen) ske på sjukhus.

Kontakt med dietist är nödvändigt om det rör sig om flera födoämnen.

Elimination av basfödoämnen måste ersättas av andra eller av s.k. specialdestinerade livsmedel, som skrivs på livsmedelsanvisning av barnläkare.

Det är viktigt att ”oskyldiga födoämnen” inte utesluts i onödan.



Figur 3: NIAID/FAAN kliniska kriterier för anafylaxi (Sampson et al 2006).<sup>49</sup>  
PEF= Peak Expiratory Flow. GI=Gastrointestinal

Figur 1 Diagnoskriterier för anafylaxi enligt anafylaxikompendiet, SFFA

**Remisskriterier**

- Anafylaxi enligt definitionen i figur 1.
- Multipel födoämnesallergi mot basfödoämnen som mjölk, ägg och sädeslag där det finns ett behov av dietistråd eller förskrivning av livsmedel på livsmedelsanvisning
- Misstänkt allergi där utredning inte varit konklusiv
- Systemsymtom (urtikaria/ödem, astma, rinit, magsmärtor, blodiga avföringar)
- Astma och samtidig jordnötsallergi/hasselnötsallergi

OBS! Lättare symtom efter intag av stenfrukter/hasselnöt hos en björkpollenallergiker behöver inte utredas. Patienten kan upplysas om att undvika större intag.

**Remissens innehåll**

- Patientens symtom och behandling
- Resultat av utredning
- Om patienten har andra allergiska/atopiska sjukdomar
- Längd- och viktkurva

**Remissvarets innehåll**

- Utredningsresultatet, pricktest och lab
- Rådgivning, vad ska elimineras i kosten, ange om behov av dietistkontakt
- Ange när uppföljning ska ske för ställningstagande till introduktion av eliminerat födoämne
- Ange tydligt vem som har fortsatt patientansvar (barnläkare/läkare i primärvården)

## Insektsallergi hos barn och ungdomar

### Bakgrund

Hos barn är det framför allt bi och geting som ger anafylaktiska reaktioner och i mycket sällsynta fall även humla. Lokalreaktioner ses ofta med rodnad, svullnad och värmeökning runt stickstället. Knott, myggor och bromsar kan också ge lokala reaktioner men inte Allergi och därmed inte svåra besvär. Allergi mot geting är inte liktydigt med allergi mot bi. Vid IgE-medierad svår reaktion på geting- eller bi kan allergen immunterapi (AIT) bli aktuell.

### Behandlingsmål

Behandla den akuta reaktionen.

Förebygga risk för nya allvarliga reaktioner vid nya insektsbett.

### I primärvården

#### Utredning

Alla som haft en allmänreaktion med generella nässelutslag, generell hudrodnad, blodtrycksfall, svimning och/eller andningsbesvär ska utredas. Ingen utredning behövs trots lokalreaktioner med utbredd svullnad. Specifikt IgE mot bi och geting bör tas tre veckor till sex månader efter insektssticket. Ta alltid IgE mot bägge insekterna.

### Behandling

#### Akut

Vid urtikaria och angioödem -behandla med antihistamin och kortison peroralt.

Vid anafylaxi ska adrenalin alltid ges! Kortison ges om patienten har en astma eller angioödem. Om andningsbesvär eller om patienten har astma i botten ska beta-2 inhalationer ges (2 x 2 inhalationer)

Har adrenalin givits ska patienten observeras vid Barn- och Ungdomskliniken.

Ibland kan det vara aktuellt med antihistamin hemma.

Barn som reagerat med anafylaxi grad II eller mer skall också utrustas med adrenalinpenna. Se i övrigt SFFA:s anafylaxikompendium. Föreskrivning av adrenalinpenna sker av barnläkare och med noggrann instruktion hur man använder denna av barnallergiköterska. Detta sker via barnkliniken. Remittera för bedömning.

#### Remisskriterier

- Akut remiss vid anafylaxi med andnings- och cirkulationspåverkan.
- Behandling ska påbörjas på vårdcentralen. Ge astmaläkemedel om patienten har andningsbesvär eller är astmapatient
- Barn och ungdomar med systemreaktion, men mer än bara lokalsymtom oavsett agens ska remitteras. Tag IgE mot adekvata allergen innan remissen skrivs.

#### Remissinnehåll

- Ange tidpunkt för reaktionen och misstänkt insekt.
- Ange symtom av sticket, tidsintervall mellan stick och utveckling av olika symtom, behandling samt effekt av denna
- Resultatet av specifikt IgE



### Remissvarets innehåll

- Beskrivning av sjukdomsförloppet om patienten vårdats på avdelning
- Rekommenderad behandling till exempel adrenalinpenna (Emerade/Epipen/Jext), po antihistamin, Betapred<sup>®</sup> med mera
- Ange om det finns indikation för allergen immunterapi (AIT)
- Ange vem som har fortsatt ansvar för uppföljning och receptförskrivning, till exempel för adrenalinspruta (barnläkare/läkare i primärvården)

## Penicillinöverkänslighet hos barn och ungdomar

### Bakgrund

Penicillinutlösta reaktioner från hud och GI-kanal förekommer hos 5–10 % av behandlade patienter. Dessa är mycket sällan IgE-medierade.

Penicillin-V är ett viktigt förstahandsmedel vid bakteriell luftvägsinfektion hos barn. Det är därför angeläget att frikänna barn med ofarliga reaktioner och inte ”stämpla dem som PcV-allergiker” i onödan. Lika viktigt är det att identifiera det fåtal som kan förväntas få en snabballergisk, IgE-medierad reaktion.

Korsreaktivitet mellan penicillin och cephalosporiner föreligger i cirka 10% av fallen.

### Behandlingsmål

Att identifiera barn med äkta penicillinallergi som har hög risk att utveckla en anafylaktisk reaktion eller annan svår reaktion i samband med penicillinbehandling.

Att frikänna barn utan risk för en allergisk snabbreaktion av Penicillin V.

### I primärvården

#### Utredning/Behandling

- 1. Utslag utan klåda/gastrointestinala symtom:**  
Fortsatt behandling. Ny kur utan utredning.
- 2. Utslag med klåda och/eller måttlig urtikaria:**  
Om symtom inom de första 2 behandlingsdyggen avbryt behandlingen. Byt antibiotika. Remiss till barnmott för utredning.
- 3. Uttalad urtikaria med eller utan led/ansiktssvullnad:**  
Avbryt behandling. Remittering enligt ovan.
- 4. Anafylaktisk reaktion eller mukokutant syndrom** (utbredda blåsor på hud eller slemhinnor):  
Avbryt behandlingen. AKUT remiss till sjukhus. Anmäl biverkan till Läkemedelsverket. Journalen VARNINGsmärks för PENICILLIN.
- 5. Annan indikation för utredning med per oral provokation:**  
T ex vid oro hos föräldrarna efter misstänkt reaktion på penicillin.

#### Remisskriterier

- Allvarlig reaktion i samband med penicillinbehandlig/annan läkemedelsbehandling
- (anafylaxi, mukokutant syndrom m.m.) Remittera AKUT!
- Uttalad urtikaria med led och/eller ansiktssvullnad.



### **Remissens innehåll**

- OBS: IgE testresultat mot PcV och PcG ska föreligga
- Allt om den aktuella reaktionen såsom underliggande diagnos för antibiotikabehandling, antal intagna doser före reaktion
- Eventuellt tidigare reaktioner på antibiotika
- Ange eventuell behandling som givits i samband med reaktionen

### **Remissvarets innehåll**

- Förloppet av det akuta insjuknandet
- Resultatet av utredningen, om patienten bedöms vara penicillinallergisk och ska undvika penicillin i fortsättningen
- Planerad uppföljning, när och hos vem (barn/läkare i primärvården)

## Urtikaria och angioödem hos barn och ungdomar

Se barnläkarföreningens allergisektions PM

[Urtikaria-och-Angioodem.pdf](#)

**OBS:** I 70% är urtikarian bland barn idiopatisk. Utred därför bara vid mycket klar misstanke om allergiutlöst.

### Behandling i primärvården

- Akut urtikaria behandlas med icke-sederande antihistamin (till exempel desloratadin, loratadin, cetirizin) enl dosering i FASS. Ökas vid behov till fyrdubbel dos dagligen fördelat på 1–2 dostillfällen per dag. Behandla tills besvären försvunnit helt och ytterligare 1–2 dygn.
- Systemiska steroider (till exempel prednisolon eller betapred) ska undvikas i största möjliga mån, men kan vid behov användas om ovanstående behandling inte haft någon effekt. Ges i så fall som engångsdos eller kort kur (2–4 dagar).

### Remisskriterier

- Akut urtikaria med allvarliga symtom som inte förbättras på insatt behandling
- Kronisk urtikaria dvs > 6 v, med otillräcklig behandlingseffekt
- Återkommande urtikaria utan känd genes
- Svåra fall av fysikalisk urtikaria

### Remissens innehåll

- Tidigare känd allergi
- Allt som är noterat angående den aktuella situationen, debut av symtom, periodicitet intag av födoämnen, läkemedel eller annat, tidpunkt, symtomutveckling etc
- All behandling som givits i den akuta situationen och efteråt
- Resultatet av den allergiutredning som ev. utförts t ex specifikt IgE

### Remissvarets innehåll

- Resultat av utredning och bedömning av sannolik utlösande orsak
- Behandlingsförslag. Rekommenderad elimination
- Uppföljning av patienten, när och hos vem (barnläk/läkare i primärvården)

## Inhalationsbehandling med OptiChamber Diamond

Skaka sprayen innan varje inhalation

Endast en dos/puff läkemedel ryms i OptiChamber åt gången.

OptiChamber med mask = 5–10 andetag/dos.

OptiChamber utan mask (från 2–3 års ålder) = 3–5 andetag/dos.

Kontroll av korrekt inhalationsteknik ska göras av för ändamålet tränad sjuksköterska

**Rengöring:** OptiChamber Diamond och masken handdiskas varje vecka.

Diska med mildt diskmedel i 1–2 minuter och låt ligga kvar i diskvattnet 10 min.

Diskmedlet ska inte sköljas av. Lufttorka!! *Instruktionsfilm finns på [www.nigaard.com](http://www.nigaard.com)*

Vid förkylningssymptom (hosta, andningsbesvär, rossel, pip) startas behandlingen.

**Airomir 0,1 mg/dos** Blå Luftrörsvidgande

**Morgon:** 1 dos (15 minuter före Flutide)

Dessutom 1–2 puffar 2–3 gånger **vid behov** under dagen

**Kväll:** 1 dos (15 minuter före Flutide)

Dessutom 1–2 puffar 1–2 gånger **vid behov** under natten

Vid symptom,  
tills barnet är hostfritt

**Flutide 125 µg/dos** Orange Slemhinneavsvällande kortison

**Morgon:** 15 minuter efter Airomir ges 2 doser tills andningsbesvären är borta.

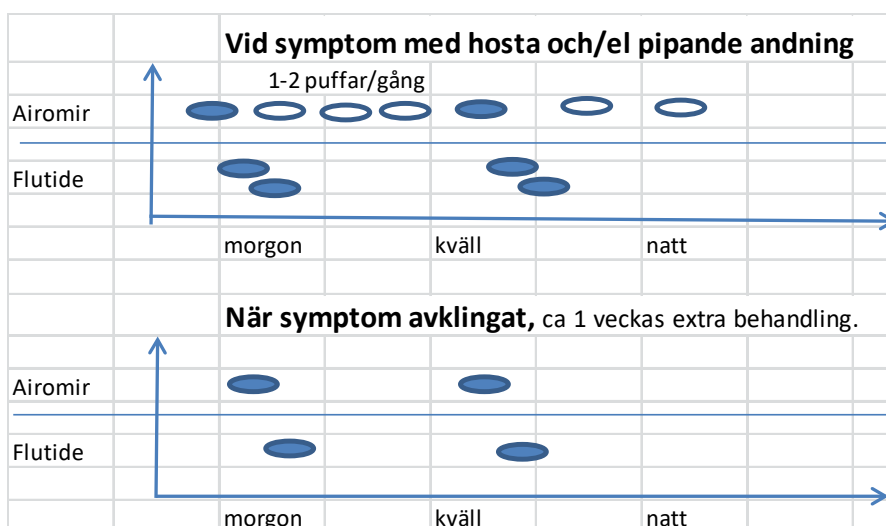
(Först en dos i OptiChambern och sedan 1 dos till)

**Kväll:** 15 minuter efter Airomir ges 2 doser tills andningsbesvären är borta.

(Först 1 dos i OptiChambern och sedan 1 dos till)

Vid  
symtom,  
Tills  
barnet är  
hostfritt

**När symptomen avklingat; 1 dos Flutide (orange) morgon och kväll i ytterligare 1 vecka.**



## Behandling av akut astma hos barn och ungdomar

Se Viss.nu : <http://www.viss.nu/Handlaggning/Akuta-tillstand/Behandling-av-akut-astma-hos-barn-och-ungdomar-i-primarvarden1/>

<b>β2 agonist</b> <b>Ventoline</b> <b>5 mg/ml</b>	<i>Nebulisator (Ailios)</i> <i>(stora akuten, avdelningen)</i>	0,5 ml till barn <30 kg 1 ml till barn >30 kg Spädes med NaCl minst 2 ml. Vb upprepas 2–3 ggr första timmen.
	<i>Maxin</i>	2 ml: 1 min till barn <30 kg 2 min till barn > 30 kg Dubbel inhalationstid vid flöde framför näsa och mun. Vanligen andra inhalationen efter 15 min. Vb upprepas proceduren efter 30 min.
	<i>Spray/spacer</i>	Spray Airomir alt. Ventoline Evohaler 100µg/dos 4 puffar till barn 0–2 år. 6 puffar till barn > 2 år. Vb upprepas 2–3 ggr under första timmen
<b>Adrenalin</b> <b>1 mg/ml</b>  <i>OBS! Kan användas i alla åldrar men har bäst effekt hos små barn.</i>	<i>Nebulisator (Ailios)</i> <i>(stora akuten, avdelningen)</i>	1 ml till barn <2 år. 2 ml till barn > 2 år. Spädes med NaCl minst 2 ml. Vb upprepas efter 30–60 min.
	<i>Maxin</i>	2 ml: 1 min till alla barn Dubbel inhalationstid vid flöde framför näsa och mun. Upprepas efter 15 min. Vb upprepas proceduren efter 30–60 min.
<b>Betapred</b> <b>tabl 0,5 mg</b>		8 tabl som engångsdos. Vid långdragna/svåra besvär ges ytterligare 4 tabl/dag i 3–5 dagar.
<b>Atrovent</b> <b>0,25 mg/ml</b>	<i>Tilläggsbehandling till Ventoline.</i> <i>Nebulisator, Maxin</i>	1–2 ml inhaleras var 6:e timme
<b>Teofyllin</b>	<i>Klysma Teovent 50 mg alt. 250 mg</i> <i>Inj Teofyllamin 23 mg/ml iv</i>	3 mg/kg var 8:e timme till barn <1 år. 6 mg/kg var 8:e timme till barn > 1 år. OBS! Klysma och IV behandling har samma dos och intervall.
<b>Syrgas</b>		Vid SaO <sub>2</sub> <90% ges syrgas på mask 5 liter/min. på näsgrimpa 2 liter/min.

## Diabetes typ I

### Bakgrund

Årligen insjuknar cirka 25–30 barn i Södermanlands län i typ I diabetes. Cirka 270 barn och ungdomar kontrolleras vid Barn och Ungdomskliniken Södermanland. Incidensen är långsamt ökande. Även riktigt små barn under 2 års ålder kan insjukna i diabetes.

### I primärvården

Tänk på diabetesdiagnosen vid viktnedgång, kräkningar, påverkat AT, polydipsi och polyuri etcetera.

Vid konstaterad nyupptäckt diabetes och påverkat AT + långt avstånd till barnklinik – ge intravenös vätska (Ringer-Acetat eller Natriumklorid) i samråd med bakjour eller primärjour på Barn- och ungdomskliniken. Ge inte insulin!

### Utredning

- P-glukos och uringlukos och -ketoner).

### Remisskriterier

- Konstaterad eller misstänkt diabetes skickas samma dag efter telefonkontakt med Barnbakjouren till Barnakuten.

### Remissens innehåll

- Symtom och aktuellt P-glukos, uringlucos och -ketoner.
- Tillväxtkurvan inkl. föräldrarnas längd (relevant för att uppskatta viktnedgång eller vid oklara utredningsfall)

### Remissvarets innehåll

- Epikriskopia med besked om bedömning och fortsatt uppföljning

## Diabetes typ II

### Bakgrund

Växande problem globalt även hos barn och ungdomar. Förekommer numera även i Sverige, oftast hos barn >10 år. Barn med DM typ II har högre kardiovaskulär risk än vuxna med DM typ II eller barn med DM typ I. Att finna och behandla dessa barn i ett tidigt skede har stora hälsovinster.

### I primärvården

Överväg diagnosen hos barn och ungdomar med fetma, vid tecken till insulinresistens exempelvis i form av accantosis nigricans.

### Provtagning

- P-glukos fastande och gärna postprandiellt
- U-glukos
- HbA1c

### Remisskriterier

- Misstankar om typ II Diabetes

### Remissens innehåll

- Anamnes och status
- Resultatet av provtagning
- Tillväxtkurva inkl. föräldrarnas längd

### Remissvarets innehåll

- Resultat av ev. kompletterande utredning
- Bedömning
- Fortsatt planering – uppföljning på Barn- och ungdomskliniken.

## Gynecomasti

### Bakgrund

Tämligen vanligt hos pojkar under puberteten. En förklaring kan vara att nivåerna av estradiol tillfälligt överstiger testosteron nivåer och orsakar en imbalans i början av puberteten. ”Pseudomammae” till följd av övervikt/fetma är en differentialdiagnos. Riktiga bröstkörtlar ömmar vanligen lite till skillnad från ”pseudomammae” och dess fettväv. Tillståndet försvinner vanligen spontant på 6 mån – 2 år. Kvarstår ibland och en del fall går till operation. Man kan bl. a överväga leversjukdom, biverkan av läkemedel, endokrin tumör mm.

### I primärvården

#### Utredning

- Anamnes och status

#### Behandling

- Ej aktuellt

#### Remisskriterier

- Uttalad gynecomasti hos tonårspojke
- Lätt/måttlig gynecomasti som inte gått tillbaka inom 2 år
- Stor oro, psykisk belastning

#### Remissens innehåll

- Anamnes och status
- Tillväxtkurva inkl. föräldrarnas längd

#### Remissvarets innehåll

- Resultat av ev. kompletterande utredning
- Bedömning
- Fortsatt planering – uppföljning på Barn- och ungdomskliniken.

## Hirsutism

### Bakgrund

Androgenberoende behåring hos kvinnor där vanligen ingen sådan behåring finns.

Behåningsgrad och typ varierar mycket och beror av ärftlighet och etnicitet. Oftast upplevt problem för flickor med familj från medelhavsområdet och mellanöstern.

Androgenproducerande tumör i ovarie eller binjure är sällan orsak till hirsutism. Vanligast är idiopatisk hirsutism eller som del av PCO-syndrom som kan debutera i tonåren. Fetma med åtföljande insulinresistens kan också leda till androgenöverskott, bl. a på grund av att nivån av SHBG (sexual hormone binding globulin) sänks.

Här ses då ofta också accanthosis nigricans.

### I primärvården

#### Utredning

- Värdering av längd och viktutveckling, BMI
- Hereditet?
- Eventuell sedvanlig PCOS-utredning inkl. diskussion/remiss till ungdomsmottagning eller gymmottagningen (gäller puberterade barn).

#### Behandling

- Eventuellt råd om hårborttagning

#### Remisskriterier

- Uttalade besvär
- Önskemål om ”second opinion”
- Behandlingskrävande PCO

#### Remissens innehåll

- Anamnes och status, tillväxtkurva inkl. föräldrarnas längd
- Resultatet av eventuell provtagning

#### Remissvarets innehåll

- Resultat av eventuell kompletterande utredning
- Bedömning
- Fortsatt planering – uppföljning på Barn- och ungdomskliniken

## Prematur adrenarche ("Binjurepubertet")

### Bakgrund

Binjurepuberteten, utveckling av könsbehåring, adult svettlukt, acne utan bröstkörtelstimulering styrs inte av gonadotropiner från hypofysen och det är fortfarande oklart vad som initierar detta tillstånd. Det kallas deskriptivt för pubarche och startar i vanliga fall något efter den centralt gonadotropinutlösta puberteten.

Prematur binjurepubertet förefaller ibland förebåda insulinresistens och metabolt syndrom senare.

Ses oftare hos intrauterint tillväxthämmande barn – "small for date" och hos barn med obesitas.

Någon bra symtomatisk behandling finns inte.

Tidig adrenarche med androgenpåslag driver på längdtillväxten.

### Definition:

Flickor: Adrenarche före 8 års ålder

Pojkar: Adrenarche före 9 års ålder.

## I primärvården

### Utredning

- Anamnes och status inkluderande pubertetsbedömning enligt Tanner. Hereditet?
- Bedömning av tillväxtkurvan

### Behandling

- Inte aktuellt

### Remisskriterier

- Adrenarche för 8 års ålder hos flicka och 9 års ålder hos pojke

### Remissens innehåll

- Anamnes och status, pubertetsbedömning, längd och vikt
- Fullständig tillväxtkurva från födelsen inkl. föräldrarnas längd

### Remissvarets innehåll

- Resultat av ev. kompletterande utredning
- Bedömning
- Fortsatt planering – uppföljning på Barn- och ungdomskliniken

## Tidig pubertet – Pubertas precox

### Bakgrund

Den av gonadotropiner centralt utlösta puberteten påbörjas vanligen före adrenarke (utveckling av behåring, axillarsvett etcetera). Omvänd ordning kan föreligga.

Tidig pubertet definieras som utveckling av könskaraktistika före (9) 10 års ålder hos pojkar (testikelvolym >4ml) eller före 8 års ålder hos flickor (Bröstutveckling B2). Andra tecken som kan tyda på tidig pubertet är accelererad tillväxthastighet eller skelettålder i förhållande till kronologisk ålder. Tidig pubertet är ett ovanligt tillstånd. Det förekommer betydligt oftare hos flickor än hos pojkar. Tidig pubertet hos pojkar har starkare indikation till utredning. Hos flickor startar puberteten hos de flesta i 11 års åldern med först tillväxtökning sedan bröstutveckling, humörförändringar, flytningar etcetera Menarke kommer vanligen cirka 2 år efter de första pubertetstecknen. Genomsnittlig ålder för menarke är från cirka 12 år och 9 månader.

### I primärvården

#### Utredning

- Anamnes och status inklusive pubertetsbedömning enligt Tanner. Hereditet?
- Längd och vikt

#### Behandling

- Inte aktuellt

#### Remisskriterier

- Flicka med pubertetstecken för 8 års ålder eller flicka med pubertetstecken före 9 års ålder utan hereditet för tidig pubertet
- Pojke med pubertetstecken före 11 års ålder
- Föräldra- eller barnets oro

#### Remissens innehåll

- Uppgifter om anamnes och status inklusive pubertetsbedömning enligt Tanner.
- Tillväxtdata – aktuell längd och vikt och fullständig tillväxtkurva från födelsen inkl föräldrarnas längd

#### Remissvarets innehåll

- Resultat av ev. kompletterande utredning
- Bedömning
- Fortsatt planering – uppföljning på Barn- och ungdomskliniken

## Sen pubertet – Pubertas tarda

### Bakgrund

*Försenad pubertet definieras som utebliven pubertetsstart vid 14 års ålder hos pojkar (testikelvolym <4ml) eller vid 13 års ålder hos flickor (Bröstutveckling B2). Andra tecken som kan tyda på försenad pubertet är avplanad tillväxthastighet (v.g. se tillväxtkurva) eller försenad skelettålder i förhållande till kronologisk ålder. Försenad pubertet är ett ovanligt tillstånd hos flickor men förekommer oftare hos pojkar. Den ärftliga faktorn har stor betydelse. Sen pubertet utgör ibland en stor psykisk belastning, bland annat på grund av omogen somatisk utveckling jämfört med kamrater och en låg tillväxthastigheten som ofta leder till en relativ kortvuxenhet.*

Vid sen pubertet hos flickor övervägs Turner syndrom (karyotyp XO). Kallman syndrom är en ovanlig men intressant orsak till sen pubertet och kännetecknas av anosmi samt brist på gonadotropiner. Det förekommer hos båda könen. Klinefelter är ett syndrom hos pojkar med karyotyp XXY och som bland annat kännetecknas av sen och ofullständig pubertet med ovanligt små testiklar.

### I primärvården

#### Utredning

- Anamnes och status inkluderande pubertetsbedömning enligt Tanner, längd och vikt. Hereditet? Ätstörning? Tecken till hypothyreos? Luktsinne?
- TSH och fritt T4
- Anti-transglutaminas
- Prolaktin

#### Behandling

- Inte aktuellt

#### Remisskriterier

- Flickor utan tecken till pubertet vid 13 års ålder eller utan menarche efter 15 års ålder
- Pojkar som inte uppvisar några pubertetstecken vid 14 års ålder.
- Oro hos föräldrar eller ungdomar.
- Misstankar om syndrom.

#### Remissens innehåll

- Uppgifter om anamnes och status inklusive pubertetsbedömning enligt Tanner. Se ovan ”utredning I primärvården”.
- Tillväxtdata – aktuell längd och vikt och fullständig tillväxtkurva från födelsen inkl. föräldrarnas längd
- Resultat av laboratorieutredning.

#### Remissvarets innehåll

- Resultat av eventuell kompletterande utredning
- Bedömning
- Fortsatt planering – uppföljning på Barn- och ungdomskliniken

# Hyperthyreos

## Bakgrund

Tämligen ovanligt hos barn och ungdomar med diffusa symtom initialt, varför de kan komma relativt sent till diagnos ibland. De orsakas oftast av thyreoidea stimulerande antikroppar, ”TRAK” men även övergående på grund av tyreoidit. Samma symptom som hos vuxna: struma (kan vara subtil ibland), oro, viktnedgång, diarré, hjärtklappning, värmekänsla etcetera Majoriteten behandlas med Thacapzol®/Levaxin® under 2 år (block och replace regim) eller med bara Thacapzol (titreringsregim). Recidivrisken är större med block och replaceregim, ca 60–80%. Traditionellt förordas i Europa operation som definitiv bot.

## I primärvården

### Utredning

- Fritt T4 och TSH
- Längd och viktuppgifter – tillväxtkurva

### Behandling

- Eventuellt betablockad i form av exempelvis Inderal® 10 – 40 mg x 2–3 (vid hjärtfrekvens >100/min) i samråd med Bakjour eller primärjour på Barn- och ungdomskliniken.

### Remisskriterier

- Alla barn och ungdomar med konstaterad eller misstänkt hyperthyreos. Gärna telefonkontakt med Bakjour eller primärjour på Barn- och ungdomskliniken

### Remissens innehåll

- Anamnes och status
- Provsvar
- Tillväxtkurva inkl föräldrarnas längd
- Uppgift om eventuell insatt betablockad

### Remissvarets innehåll

- Resultat av eventuell kompletterande utredning
- Bedömning
- Fortsatt planering – uppföljning på Barn- och ungdomskliniken

## Hypothyreos

### Bakgrund

Kongenital hypothyreos upptäcks numera via så kallad ”PKU-provtagning” i form av högt TSH. Dessa barn kontrolleras vid Barn- och ungdomskliniken till 18 års ålder – därefter utremittering till läkare i primärvården.

Levaxin®-behandling enligt sedvanliga behandlingsprinciper.

Thyreoideaprovtagning i form av TSH och fritt T4 görs liberalt på många indikationer – trötthet, förstoppning, dålig längdtillväxt med mera. Vi rekommenderar att inte bara TSH analyseras utan även fritt T4 för att inte missa central hypothyreos. Autoimmun tyreoidit (Hashimoto) är en inte ovanlig diagnos, särskilt hos flickor. Anti-TPO eller anti-thyreoglobulin är positiva, ultraljud thyreoidea kan ge värdefull information. Sällan indicerat med cytologisk undersökning.

### I primärvården

#### Utredning

- Längd och vikt
- TSH och fritt T4
- Anti-TPO och eventuellt anti-thyreoglobulin

#### Behandling

Vid klar autoimmun hypothyreos hos tonårig flicka kan behandling ske i primärvården. Startdos av Levaxin® enl Fass med kontroll av thyreoideaprover efter cirka 3–4 veckor. Behandlingen är i oftast livslång. I barnmaterial är dock utläkningsgraden upp till 30%.

#### Remisskriterier

Misstänkt eller bekräftad hypothyreos hos barn och ungdomar. En tonårig flicka med klassisk autoimmun tyreoidit med hypothyreos kan eventuellt följas och behandlas i primärvården.

#### Remissens innehåll

- Anamnes och status (fynd vid thyreoideapalpation)
- Längd och viktuppgifter – tillväxtkurva inkl. föräldrarnas längd
- Resultat av thyreoideaprovtagning.

#### Remissvarets innehåll

- Resultatet av gjord utredning på Barn- och ungdomskliniken
- Bedömning
- Uppgifter om fortsatt uppföljning

## Struma

### Bakgrund

Inte ovanligt hos tonåringar, särskilt flickor. Tveksamt om Levaxin®-behandling ger effekt om patienten kliniskt är euthyreoid, med normala nivåer av thyreoideahormon och utan antikroppar.

### I primärvården

#### Utredning

- TSH
- Fritt T4
- Anti-TPO

#### Behandling

Eventuellt behandlingsförsök med Levaxin® under 1 år. Ett sätt att objektiviera behandlingen är att låta mäta volymen av thyreoidealoberna med ultraljud före behandling och efter 1 år.

#### Remisskriterier

- Önskemål om ”second opinion”
- Kosmetiskt störande sköldkörtel
- Förstorad körtel som misstänks påverka trakea/esofagus
- Vid samtidiga tecken till hypo- eller hyperthyreos.

#### Remissens innehåll

- Anamnes och status
- Tillväxtkurva inkl föräldrarnas längd
- Resultatet av provtagningen enligt ovan

#### Remissvarets innehåll

- Resultat av ev. kompletterande utredning
- Bedömning

Fortsatt planering – uppföljning på Barn- och ungdomskliniken

## Kortvuxenhet

### Bakgrund

Tillväxt är en mycket viktig parameter som mått på barn och ungdomars hälsostatus. Allvarlig sjukdom kan påverka tillväxten och vid utredning beaktas alltid exempelvis hypothyreos, celiaki med mera. Ofta rör det sig dock om ett friskt barn med reell eller upplevd kortvuxenhet.

### När krävs utredning?

- Barnet har patologisk avfläkning av längdkurvan ( $> \frac{1}{2}$  kanalbredd /år)
- Barnet är kortare än  $-2,5SD$
- Barnet avviker  $> -1,5SD$  från Medel Föräldrar Längd (MFL, Target Height TH) och är lika med eller kortare än  $-2SD$

### Orsaker till kortvuxenhet kan bero på ålder:

Spädbarnsålder	Barnålder	Pubertet
Svält vid bröstet	Familjär kortvuxenhet	Familjär kortvuxenhet
SGA	SGA	Försenad pubertet
Pylorus stenosis	ISS-Idiopathic Short Stature	ISS-Idiopathic Short Stature
Cystisk fibros	Celiaki	Hypothyreos
Hjärtsjukdom	Födoämnesallergi	Celiaki
Njursjukdom	Hypothyreos	Malnutrition (anorexi)
Celiaki	GH-brist	GH-brist
Födoämnesallergi	Kroniska sjukdomar	Kroniska sjukdomar
Kongenital Hypothyreos	Kortisonbehandling	Kortisonbehandling
Metabola sjukdomar	Malnutrition (anorexi)	Syndrom/kromosom avvikelser
GH-brist	Metabola sjukdomar	IGF-1 brist
IGF-1 brist	IGF-1 brist	
Syndrom/kromosom avvikelse	Syndrom/kromosom avvikelse	
Skelettdysplasier	Skelettdysplasier	



Utredningen är komplex och består som regel av en sammanvägning av ärftlighet, tillväxtparametrar, skelettmognad och biokemi.

Den ärftliga längdpotentialen varierar med 16–20 cm för en individ och långt ifrån alla barn blir längre än sina föräldrar!

**Target height** – förväntat mål för slutlängd för en växande individ. Denna beräknas från föräldralängder men finns även tydligt angiven i tillväxtjournalen.

Beräkning av target height:

$$\text{Flicka: } \frac{\text{mors längd} + (\text{fars längd} - 13 \text{ cm})}{2}$$

$$\text{Pojke: } \frac{\text{fars längd} + (\text{mors längd} + 13 \text{ cm})}{2}$$

Översätt erhållen target height till SDS genom visuell skattning i tillväxtkurvan! Barnets beräknade slutlängd bör ligga inom +/- 1½ SD (innebärande cirka 10 cm) från target height.

## I primärvården

### Utredning

Anamnes och status. Tecken till kronisk sjukdom? Celiaki? Hypothyreos? Ätstörning? Kroppslig mognad? – pubertetsbedömning! Bedömning av tillväxtkurva.

### Behandling

Ej aktuellt med specifik kortvuxenhetsbehandling.

### Remisskriterier

- Barn och ungdomar med längd <2,5 SDS
- Barn och ungdomar med längd <2 SDS och som ligger > 1,5 SDS från target height.
- Patologisk avflackning av längdkurvan – ex barn som tidigare följt +/-0 kurvan och som tappar i tillväxthastighet – flackar av - men ännu inte sjunkit till - 2 SDS eller - 2,5 SDS enligt ovan! Den vanligaste anledningen till detta är sen pubertet – se avsnittet om sen pubertet!

### Remissens innehåll

- Aktuell längd, vikt och pubertetstadium – ev menarche?
- Tidigare tillväxtdata alltifrån födelsen i form av tillväxtkurvor inkl föräldrarnas längd.

### Remissvarets innehåll

- Resultat av kompletterande utredning
- Bedömning
- Fortsatt planering

## Långvuxenhet

### Bakgrund

Mycket sällan tecken till sjukdom. Överväg Marfans syndrom och hos pojkar Klinefelter syndrom. Oftast blir frågeställning aktuell för flickor med långa föräldrar. Behandling med högdos östrogen är inte aktuellt i Sverige. Man kan ev. diskutera operativt avstängning av tillväxtzonerna runt knän om prognosen är mer än 185cm för flickor och 205cm för pojkar.

### I primärvården

Bedöm tillväxtkurvan, aktuell pubertetsnivå och hereditet. Beräkna "Target height"  
Beräkning av target height (finns också i barnets tillväxtjournal):

$$\text{Flicka: } \frac{\text{mors längd} + (\text{fars längd} - 13 \text{ cm})}{2}$$

$$\text{Pojke: } \frac{\text{fars längd} + (\text{mors längd} + 13 \text{ cm})}{2}$$

Översätt gärna erhållen target height till SDS – visuell skattning i tillväxtkurvan! Barnets längd bör ligga inom +/- 1½ SD från target height. Barns slutlängd kan således variera betydligt inom familjen.

### Utredning

- Inte aktuellt

### Remisskriterier

- Befarad extrem långvuxenhet (>185 cm hos flicka och >205 cm hos pojke)
- Misstänkt syndrom

### Remissens innehåll

- Aktuell längd och vikt + kopia på tillväxtkurvan från födelsen och framåt
- Föräldralängder
- Status – misstankar om syndrom?

### Remissvarets innehåll

- Resultat av ev. kompletterande utredning
- Bedömning
- Fortsatt planering – uppföljning på Barn- och ungdomskliniken

## Övervikt och fetma

### Bakgrund

Övervikt och fetma är idag ett stort folkhälsoproblem. Bakgrunden är att vi på kort tid fått en stor förändring i vår miljö och vårt beteende. Barn- och ungdomsfetma är en sjukdom som ofta är förenad med såväl fysiskt som psykiskt lidande. Endokrina rubbningar och genetiska sjukdomar som orsak till fetma är ovanliga.

Idag vet vi också att fetma i barn- och ungdomsåren är en betydande riskfaktor för ökad sjuklighet i vuxen ålder och ger en sänkt förväntad livslängd. Det är därför angeläget att förebygga fetma och när sjukdomen väl uppstått erbjuda adekvat behandling. **Fetma är en sjukdom som ska behandlas.**

**Definition av övervikt och fetma:** Övervikt och fetma definieras vänligen med hjälp av BMI (body massindex). BMI beräknas enligt formeln: vikt i kg/ (längd i meter)<sup>2</sup>. Hos barn varierar BMI naturligt under uppväxten (se BMI-kurvor, Vårdprogram) och de internationellt accepterade gränsvärden man då fått fram kallas ISO-BMI-värden.

- ISO-BMI > 25 definieras som **övervikt**
- ISO-BMI > 30 definieras som **fetma**.
- ISO-BMI > 35 eller ISO-MBI > + 3SD definieras som **svår fetma**.

### I primärvården (Vårdnivå 2-primärvård/barnläkare i öppen vård)

Utredning, konsultation och behandling av barn och ungdomar

- med okomplicerad fetma (ISO-BMI 30) som har behandlats i minst 6 månader utan effekt på Barn-Skolhälsovård
- med övervikt/fetma och uttalade riskfaktorer (förälder eller syskon med fetma, diabetes typ 2, högt blodtryck, tidig hjärtinfarkt och/eller höga blodfetter)

### Utredning

- Anamnes avseende pubertet, psykosocial miljö och ätstörningar. Hereditet? Missbrukproblematik? Mobbning? Motivation? Kost-motionsvanor? Fritidsintresse?
- Längd, vikt och BMI. Tillväxtkurvan värderas.
- Vid avplanad längdtillväxt, avvikande utveckling eller misstanke om endokrin störning ska utredning ske i samråd med barnläkare.

### Provtagning (utvärdering av riskfaktorer)

- Endokrin orsak: TSH, fritt T4.
- Komplikation till fetman: fasteglukos, fasteinsulin (förhöjt vid fetma), ASAT, ALAT, TG, kolesterol, HDL, LDL.

### Behandling och konsultation

- Konkreta råd om aktivitet och kost. Beteendesförändringar. (se Vårdprogram).
- Remiss till dietist i primärvård för noggrannare utredning av matvanor och kunskap om kost.
- Överväg remiss till sjukgymnast, annan aktivitetsspecialist och/eller informera om [fritidskortet](#) (ekonomiskt stöd för fritidsaktivitet).

- Uppföljning är lämpligt och sker utefter lokala förutsättningar. Samverkan mellan olika vårdnivåer (till exempel primärvård och skolhälsovård) är av högsta vikt både för samsyn och kontinuitet.

#### **Remisskriterier**

- Barn med svår fetma (över ISO-BMI 35)
- Barn med komplikationer (till exempel diabetes typ 2, högt blodtryck och/eller höga blodfetter) på grund av sin övervikt/fetma.

#### **Remissens innehåll**

- Tillväxtkurvor inkl. sifferuppgifter från födelsen och framåt.
- Hereditet avseende riskfaktorer för hjärt-kärlsjukdom, typ 2-diabetes, blodfettrubbning och fetma.
- Föräldrarnas längd och vikt.
- Tidigare behandlingsinsatser och resultat.
- Utredningsresultat.
- Status.

#### **Remissvarets innehåll**

- Resultat av ev. kompletterande utredning
- Bedömning
- Fortsatt planering-uppföljning på Barn-Ungdomskliniken.

# Celiaki

## Bakgrund

Prevalens ungefär 1 på 100. Överrepresenterat i vissa familjer, associerat till HLA-antigenerna DQ2 och DQ8. Celiaki finns i ökad frekvens hos personer med Downs syndrom, Turners syndrom, selektiv IgA-brist och autoimmuna sjukdomar som diabetes, reumatiska sjukdomar och thyreoideasjukdom.

Celiaki beror på T-cells medierad immunologisk reaktion mot gluten i vete, råg och korn som ger en tarmskada. Med glutenfri diet normaliseras slemhinnan.

## Behandlingsmål

Välmående barn som utvecklas och växer bra.

## I primärvården

### Utredning

Anamnes gällande små barn

- Kräkningar
- Viktstagnation
- Diarréer
- Obstipation

Anamnes större barn

- Trötthet
- Håglöshet
- Buksmärtor
- Kortvuxenhet
- Sen pubertet
- Järnbrist
- Avföringsrubbnings
- Studera längd-, viktkurva – tecken till längd-, viktavflackning?
- Blodprov avseende tTG IgA-antikroppar. (vid total IgA brist analyseras automatiskt IgG ak mot transglutaminas)
- Vid IgA-brist rådgör med barnläkare

## Behandling

Vid misstänkt celiaki påbörja aldrig glutenfri dietbehandling innan diagnosen säkerställts av barnläkare på barnklinik.

## Remisskriterier

Remiss till barnläkare vid

- Förhöjt tTG IgA
- Misstänkt celiaki med IgA-brist
- Stark klinisk misstanke kan telefonkontakt tas direkt med gastroansvarig barnläkare för att snabbt kunna genomföra en biopsi



### **Remissens innehåll**

- Medsänd längd-viktkurva
- Barnets symtom
- I förekommande fall svar på tTG
- Eventuell hereditet

### **Remissvarets innehåll**

- Besked om ytterligare provtagning som underlag för eller uteslutande av diagnos
- Resultat av eventuell genomförd duodenalbiopsi via gastroskop, om celiaki följs barnet upp här på särskild celiakimottagning, hos dietist och barnläkare

## Födoämnesorsakade mag-tarmproblem

### Bakgrund

Födoämnesallergi är vanligast hos de yngsta barnen och förekommer hos 6–8% hos barn under 3 års ålder.

Hos vuxna är motsvarande siffra 3–4%.

Födoämnesallergi indelas i

- IgE-medierad (snabb reaktion <timme) och
- Icke IgE-medierad (långsam reaktion > en timme efter intag)

Vid mag-tarmsymtom är den icke IgE-medierade allergin helt dominerande med undantag för snabb reaktion vid introduktion av nya födoämnen.

De vanligaste födoämnesallergenerna är komjölkprotein och sedan i fallande skala: ägg, vete, soja, jordnötter, fisk, nötter.

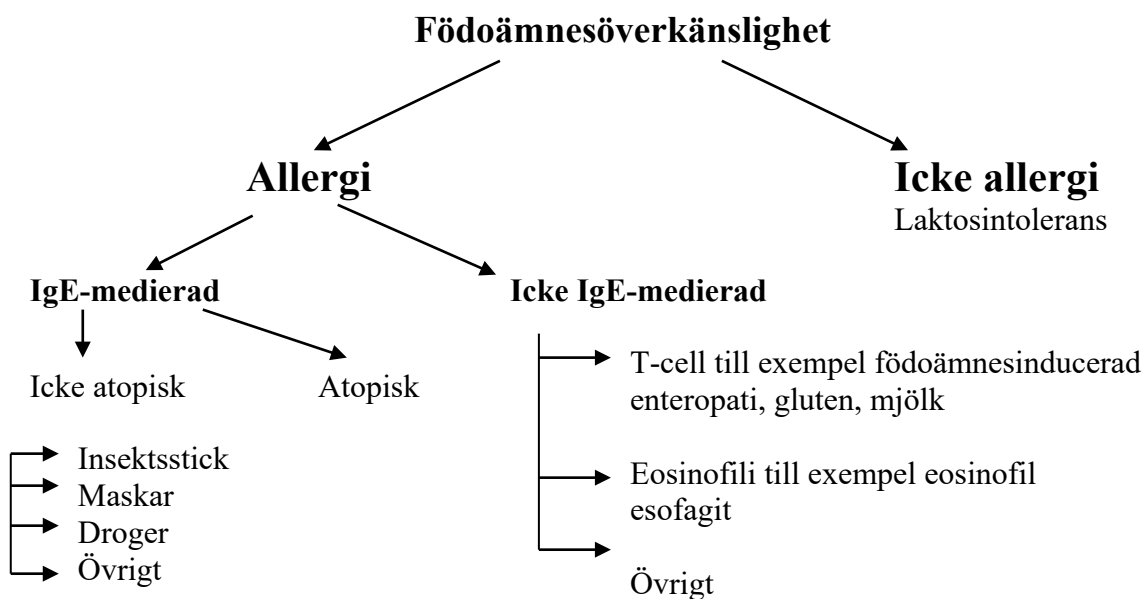
Ibland kan komjölkallergi ge ungefär samma bild som en celiaki hos de mindre barnen.

Hos lite större barn ska man tänka på mjölkallergi vid gastroesofagal refluxsjukdom eller obstipation som inte svarar på sedvanlig behandling. Bakom återkommande buksmärtor kan också ligga en komjölkallergi.

Laktosintolerans är ingen födoämnesallergi utan beror på laktasbrist. I princip alla nyfödda barn tål laktos. Symtom på primär laktosintolerans debuterar vanligtvis först vid 5–6 års åldern. Sekundär laktosintolerans ses t.ex. efter gastroenterit eller obehandlad celiaki. Celiaki är en icke IgE-medierad allergi, se särskilt dokument.

### Behandlingsmål

Ett symptomfritt barn med minsta möjliga födoämneselimination.



## I primärvården

### Utredning

- Längd- och viktkurva
- Vid snabb födoämnesreaktion d.v.s. IgE-medierad allergi överväga vidare utredning med IgE ak mot de vanligaste samt ytterligare misstänkta allergenen
- Vid mag-tarmsymtom d.v.s. icke IgE-medierad allergi behövs nästan alltid elimination 3–4 veckor följt av provokation för att ställa diagnosen födoämnesallergi
- Vid misstanke om laktosintolerans i första hand 5 dagars laktoselimination och sedan provokation (bestämning av genotyp ger i princip aldrig mer information)
- Vid misstänkt celiaki se särskilt dokument

### Behandling

Vid konstaterad födoämnesallergi utesluta det aktuella allergenet.

Oftast växer födoämnesallergin bort med tiden till exempel brukar mjölkallergin växa bort vid 2–3 års ålder, äggallergin vid skolåldern medan fiskallergin kan stå kvar i vuxen ålder osv.

Man bör därför efter några månader till ett halvår försiktigt testa om allergin läkt ut.

Vid primär laktosintolerans livslång laktosreducerad (individuellt olika!) eller laktosfri kost. Vid sekundär laktosintolerans, till exempel gastroenterit, regelbundna provokationer.

### Remisskriterier

Överväg remiss till barnläkare vid

- Små barn med akuta och svåra reaktioner bör genomgå allergiutredning
- Barn med misstänkt multipel födoämnesallergi
- Barn med dålig tillväxt vars genes är oklar
- Misstänkt celiaki

### Remissens innehåll

- Tillväxtkurva
- Resultat av eventuell provtagning
- Beskrivning av symtomatologin
- Födoämnen som misstänks
- Resultat av eventuell elimination och provokation

### Remissvarets innehåll

- Besked om misstänkt eller sannolikt samband mellan födoämne och barnets symtom
- Resultat av eventuell dietistkontakt
- Besked om eventuell fortsatt elimination och när framtida provokation kan företas
- Var eventuell uppföljning ska ske

## Obstipation

### Bakgrund

Med obstipation menar man en avföringsfrekvens färre än 3 ggr/vecka. Oftast med defekationssmärta och hård konsistens.

**Organisk orsakad obstipation** debuterar vanligen under 1 möjligen 2 års ålder. Man bör då tänka på Mb Hirschsprung, celiaki samt lokala anomalier som anterior anus eller analstenos. Den stora gruppen, mer än 95%, utgörs av barn med **funktionell obstipation**. Debuterar oftast efter 1–3 års ålder.

### Behandlingsmål

- Smärtfria och regelbundna avföringar
- Undvika fekalom
- Förhindra sterkorol diarré

### I primärvården

#### Utredning

- Längd-viktkurva
- Påbörja basal utredning för att utesluta organisk genes
- Buk- och rektalpalpation: Fekalom? Analfissur? Anterior anus? Analstenos?
- Blodprov för tTG IgA, TSH, T4, Ca, blodstatus
- Om inte tillfredsställande effekt med sedvanlig behandling överväg komjölkproteinallergi

#### Behandling

1. Råd om rikligt med vätska men inte för mycket mjölk. Varierande och fiberrik kost. Regelbundna måltider och toalettbesök – utnyttja gastrokoliska reflexen(tömningsreflex) med en defekation efter maten. Barnet ska påminnas att bajsas efter maten och på en gång när barnet blir bajsnödig. Fotstöd för att få en fullständig defekation. Frukt/grönsaker 3–4 ggr/dag!
2. Prova olika makrogolpreparat! Börja behandling med Movicol junior på barn under 11 år annars Movicol eller Forlax. 1 påse Movicol junior innehåller 7 g makrogol, 1 påse Movicol 14 g och 1 påse Forlax 10 g. För barn under 1 år finns Forlax junior som endast innehåller 4g.  
Börja med 2–4-(6) g/kg/d (skriv sic! på receptet) i cirka 3–6 d tills barnet får diarré. Sedan successiv nedtrappning till underhållsdos 0,8–1 g/kg/d. Föräldrarna ska justera behandlingen självständigt enligt målsättning 1–2 mjuka avföringar/d. Behandlingstid minst 8 veckor, oftast flera månader, så att tarmfunktionen/motiliteten kan normaliseras.
3. Klyσμα används mindre och mindre. Initialt möjligt i kombination med Movicol, till exempel 3 dagar i rad, om barnet inte är traumatiserat av tidigare rektala behandlingsförsök. De flesta barn har smärtsamma analfissurer/ragader och tolererar ingen klyσμα. Fissurer kan bara läka om barnet har mjuka avföringar (grötkonsistens) under längre tid!  
Xyloproct kan användas vid smärtsamma defekationer men mjuk

avföringskonsistens (Movicol!) är viktigare.

4. Om ovan behandling inte har önskad effekt överväg komjölkproteinallergi. Diagnostiseras med komjölkselemination 3–4 veckor och åtföljt av provokation. Pricktest och specifikt IgE ger ingen vägledning.

### **Remisskriterier**

Överväg remiss till barnläkare

- Misstankar om organisk förorsakad obstipation
- Utebliven eller otillfredsställande resultat på given behandling
- Compliance problem

### **Remissens innehåll**

- Mekoniumavgång inom 24 timmar?
- Uppgift om när barnets obstipation debuterade
- Tillväxtkurva
- Uppgifter om eventuell utredning
- Genomförd behandling

### **Remissvarets innehåll**

- Information om resultat av eventuellt genomförd utredning
- Resultat av genomförd behandling
- Råd om fortsatt behandling och uppföljning

## Återkommande buksmärtor

### Bakgrund

10–20% av alla barn har återkommande buksmärtor. Vanligast är de så kallade **funktionella buksmärtorna** (IBS, funktionell dyspepsi, bukmigrän, aerofagi...) där vi med vår utredning inte kan finna någon bakomliggande orsak till besvären. Innan diagnosen funktionella buksmärtor ställs **bör obstipation, komjölksöverkänslighet, gastroesofageal reflux, inflammatorisk tarmsjukdom, celiaki och andra organiska orsaker** uteslutas.

### Behandlingsmål

- Utesluta organisk orsak till smärtorna
- Ge barn och föräldrar insikt om besvärens funktionella karaktär. Magontdagbok!
- Ge stöd och hjälp för att undvika skolfrånvaro och inskränkning av annan aktivitet.

### I primärvården

#### Utredning

- Längd- och viktkurva
- Pubertetsbedömning
- Blodstatus
- CRP
- Urinsticka
- IgA tTG-antikroppar
- Leverstatus, kreatinin
- IgE mot specifika födoämnen: mjölk, ägg, soja, vete, torsk
- Ev. Calprotectin

#### Behandling av funktionella buksmärtor

Viktigt att under hela besöket vända sig direkt till barnet.

Förklara att det är vanligt med återkommande buksmärtor hos barn utan att det föreligger någon sjukdom.

Förklara att funktionella smärtor gör lika ont som organiska.

Ge barnet diagnosen ”Funktionella besvär”.

Leta efter psykosocialt utlösande moment i barnets omgivning för att försöka undvika dessa.

Regelbundna måltider med varierad kost.

#### Remisskriterier

Överväg remiss till barnläkare vid

- Annan än central lokalisation av buksmärtor
- Natliga buksmärtor
- Feber
- Tillväxtrubbning
- Fördröjd pubertet
- Tecken till blödning
- Kräkningar

- Diarré
- Perianala symtom

### **Remissens innehåll**

- Beskrivning av symtom
- Längd- och viktkurva
- I förekommande fall pubertetsbedömning
- Resultat på provtagning och eventuell annan utredning
- Psykosocial miljö
- Resultat av genomförd behandling

### **Remissvarets innehåll**

- Resultat av genomförd utredning
- Finns bakomliggande sjukdom?
- Vid svåra funktionella besvär hjälp med behandling och stöd åt patienten för att kunna klara av sin vardag och sitt skolarbete
- Råd om fortsatt uppföljning

## Anemier

### Bakgrund

Anemi är relativt ovanligt hos barn men då det upptäcks kan det ha många och mycket skiftande orsaker.

### Behandlingsmål

Att hitta, utreda och behandla barn med anemi så att dessa blir friska och mår bra.

## I primärvården

### Utredning

En noggrann anamnes och klinisk status ska ingå i primärutredningen. Hereditet, ursprungsland, blödningsanamnes, kostanamnes, pågående infektion och andra symtom ska efterfrågas. I status ska hjärtfrekvens, blodtryck och ev. palpabla bukorgan anges.

Provtagningen styrs utifrån anamnes men vid misstanke om anemi ska alltid blodstatus med differentialräkning ingå. Retikulocyter är ett prov som många gånger ger bra vägledning till diagnosen. Vid gastrointestinala symtom ska F-Hb och tTG IgA-antikroppar ingå i utredningen.

Thalassemia minor är att betrakta som ett tillstånd, inte någon sjukdom. En järnbristanemi kan maskera en thalassemi som båda är microcytära anemier. Uteblivet svar på järn och med positiv anamnes bör inge misstanke på thalassemi. Man ska inte behandla en thalassemi med järn då risken är att man lagrar upp järnet. Denna grupp av barn kommer att kallas till Barn- och ungdomskliniken före 18-års ålder för genetisk rådgivning. Fram till dess är kontakterna i första hand med sin läkare i primärvården. Det finns bra skriftlig patientinformation om thalassemia minor [här](#)

### Behandling

En järnbristanemi med känd behandlingsbar orsak, till exempel dietär, kan behandlas i primärvården med järn per os. Uppföljning efter någon månad med prover inklusive retikulocyter för utvärdering. Aldrig järnbehandling vid anemi av okänd genes. Det finns ett bra vårdprogram om järnbristanemi från Vårdplaneringsgruppen för pediatrik hematologi [här](#)

### Remisskriterier

Anemi utan uppenbar orsak, tecken på blodmalignitet eller annan benign blodsjukdom.

### Remissens innehåll

Anamnes, provsvar ev. behandlingsförsök, undersökningsfynd.

### Remissvarets innehåll

Resultatet av utredningen. Preliminär eller klar diagnos. Hur behandling och uppföljning planeras. Vid fortsatt uppföljning inom primärvården ska det anges på vilket sätt och hur ofta.

## Blödnings- och trombosbenägenhet

### Bakgrund

Många barn har ärftliga koagulationsrubbningsrubbningar. För att barnen inte ska utveckla en livshotande blödning eller trombos är det viktigt att identifiera dessa barn och informera om behandlingar och risker vid olika symtom och medicinering.

När det gäller blödningsbenägenhet är detta viktigt att göra utredningen så snart misstanken finns. En ärftlig trombosbenägenhet utreds först efter cirka 10-års ålder.

### Behandlingsmål

Att hitta barn med olika koagulationsrubbningsrubbningar för att kunna förebygga morbiditet.

### I primärvården

#### Utredning

Barn med svårare blödarsjukdom är oftast kända redan prepartalt med en positiv hereditet. Normalfallet som söker läkare i primärvården gör detta p.g.a. olika större blödningsymtom som många blåmärken utan egentligt trauma, upprepade näsblödningar eller annan onormal blödning. Ibland kan dessa barn ha microcytär anemi som tecken på blödning. Hereditet för blödningsrubbningsrubbning bör efterfrågas.

I basal utredning i primärvården bör en blodstatus med differentialräkning ingå. Screening med PK-INR och APT-T rekommenderas inför remiss.

Barn med misstänkta tromboser bör omgående remitteras för vidare utredning och behandling.

#### Behandling

Inför på Barn- och ungdomskliniken fortsatt utredning bör familjen informeras om vilka läkemedel som kan ge ökad blödningsbenägenhet.

#### Remisskriterier

Vid tecken på svårare blödningsrubbningsrubbning, onormala blåmärken ska remiss skrivas. Vid gällande hereditär trombosbenägenhet, till exempel APC-resistens etc. som hittats hos anhörig efter trombos föreslås remiss till Barn- och ungdomskliniken för utredning och information före puberteten d.v.s. i 10-års åldern om det inte är aktuellt med något större kirurgiskt ingrepp.

#### Remissens innehåll

Anamnes, status och provtagningsresultat. Ange alltid hereditet.

#### Remissvarets innehåll

Vilken utredning som gjorts, diagnos och behandlingsförslag. Vilken information som givits patienten i form av cave-listor. Vad man bör tänka på inför framtiden, resor, graviditet etc.

## Infektionsbenägenhet

### Bakgrund

Ett barn har många infektioner under sina förskoleår. Enstaka barn har allvarliga behandlingskrävande immundefekter men de allra flesta har normalt immunförsvar. Att ha ett ökat antal infektioner kan vara ett hinder för de drabbade familjerna såväl socialt som ibland även ekonomiskt. Bidragande faktorer till ett ökat antal infektioner annat än immunbrist är omoget immunförsvar hos småbarn, sociala faktorer (dagis, föräldrars rökning), allergi, astma etcetera. Det är inte ovanligt att man under småbarns-perioden kan ha upp till 12 infektioner/år utan att det är patologiskt. Det är ofta så att dessa infektioner dessutom är koncentrerade till vinterhalvåret vilket innebär mer än en infektionsperiod i månaden.

Barn med svårare primära immundefekter debuterar redan under spädbarns-året.

### Behandlingsmål

Att hitta de barn som har behandlingskrävande immundefekt. Att lugna de föräldrar vars barn har ett normalt antal infektioner under vinterhalvåret.

### I primärvården

#### Utredning

Långt ifrån alla barn behöver utredas vidare utan räcker med en noggrann anamnes för att konstatera att barnet har ett normalt immunförsvar. Viktigt att ta reda på vilken typ av infektion barnet verkligen har haft inte bara antalet antibiotikakurer. Är barnet friskt under sommarhalvåret? Hur ser tillväxten ut? Finns tecken på malabsorption? Hereditet? Finns lungsymtom, hur svarar de på behandling? SLIPI (Sveriges Läkares Intresseförening för Primär Immunbrist) har både ett omfattande dokument ([här](#)) med information om olika immunbrister och förslag på frågor att ställa för att sortera ut ev allvarligare immunbrister ([här](#))

#### Behandling

Pågående bakteriell infektion ska behandlas även vid tecken på immunbrist.

#### Remisskriterier

Vid tecken på immunbristsjukdom och ökad infektionsbenägenhet ska remiss skrivas. Särskilt gäller detta spädbarn och barn med tecken på malabsorption.

#### Remissens innehåll

Anamnes, hereditet och status anges. Längd-viktkurva bifogas remissen.

#### Remissvarets innehåll

Utredning, diagnos, behandlings- och uppföljningsförslag.

## Leukemier

### Bakgrund

Leukemi är den vanligaste cancerdiagnosen hos barn. Svarar för cirka 1/3 av alla barncancer. Cirka 350 barn får en cancerdiagnos varje år i Sverige. För Södermanlands del innebär det cirka 2–3 barn per år. Vanligaste debutålder är mellan 2 – 6 år men förekommer i alla åldrar.

Debutsymtomen varierar väldigt mycket men de allra flesta har symptom orsakade av benmärgssvikt såsom anemi, blåmärken och infektioner. Infektionerna är ofta tonsilliter eller andra septiska infektioner. En del har skelettsmärter framför allt nattetid. Kan därför ibland förväxlas med växtvärk. Till skillnad från detta så är smärtorna hos leukemibarnen varierande och drabbar i stort sett alla ben. Orsaken till detta är att benmärgen är fylld med leukoblastar som trycker på skelettet. En del har lymfkörtelförstorningar. Palpationsfyndet är som vid lymfom, en fast förstorad körtel ofta adherent mot omgivande vävnad. Prognosen för ett barn med leukemi är sällan beroende på att det gått lång tid från symptom till diagnos utan beror oftast på ålder, typ av leukemi. Prognosen är i allmänhet mycket god.

### Behandlingsmål

Att identifiera barn med malign sjukdom och behandla dessa enligt nationella/internationella protokoll så att dessa överlever.

### I primärvården

#### Utredning

Oftast söker man för något som man inte misstänker är malignt. Oftast är leukemi ett akut insjuknande. Om anamnesen och status är bestickande så tas CRP, blodstatus med differentialräkning. Vid enbart lymfocytos kan detta vara infektionsbetingat till exempel pertussis som kan ha högt LPK med lymfocytär övervikt. Anamnesen ger i sådant fall vägledning. Vid samtidig trombocytopeni och anemi så stärker detta en benmärgssvikt. Någon gång ses blaster i perifer differentialräkning och då är diagnosen i stort sett klar. Leukemi är en benmärgsdiagnos. Ett noggrant status ska tas med tonvikt på eventuell hepatosplenomegali.

#### Behandling

Sker på Barn- och ungdomskliniken tillsammans med barnonkologiskt centra.

#### Remisskriterier

Samtliga barn med misstanke om leukemi bör omgående/akut remitteras till Barn- och ungdomskliniken

#### Remissens innehåll

Anamnes, status och provsvar bifogas remissen.

#### Remissvarets innehåll

Svar på diagnos, planerad behandling ska anges. Dessa barn följs sedan oberoende av debutålder på Barn- och ungdomskliniken fram till 18-års ålder. Därefter sker en

sammanfattning av sjukhistorien och i enstaka fall förslag på fortsatt uppföljning. En kopia får barnet (nu vuxen) och en skickas till primärvården för kännedom.

## Leukopeni, neutropeni och lymfocytopeni

### Bakgrund

Leukocyter är en del av kroppens immunförsvar. Leukopeni definieras som LPK  $<4,0 \times 10^9$ . Leukopeni är oftast orsakad av antingen neutropeni eller lymfopeni. Vid AIDS kan man se båda typerna av penier.

Lymfopenier är antingen medfödda, ovanliga immundefekter, eller förvärvad såsom efter infektion. AIDS, autoimmuna sjukdomar, cytotoxisk behandling eller efter proteinförlust i tarm.

Neutropenier indelas i akut – kronisk, primär – sekundär, mild 1.0 – 1.5, moderat 0.5 – 1.0 och svår neutropeni  $< 0.5$ . De flesta med neutropeni över 0.5 är asymtomatiska och upptäcks accidentellt.

Det finns ett vårdprogram för neutropeni framtaget av Vårdplaneringsgruppen för pediatrik hematologi som ni hittar [här](#)

### Behandlingsmål

Att hitta dem med behandlings- och utredningskrävande leukopeni och neutropeni.

### I primärvården

#### Utredning

Noggrann anamnes och status. Vilken typ av infektioner finns i anamnesen.

#### Behandling

En mild neutropeni, hos asymtomatiska barn, där man i första hand misstänker att den är postinfektiös kan följas upp i primärvården med en kontroll efter 3 – 4 veckor. Har LPK och neutrofila inte normaliserats eller förbättrats skickas en remiss för bedömning.

#### Remisskriterier

Anamnes som stärker en kronisk svår leukopeni såsom allvarliga svåra infektioner ska omgående remitteras till Barn- och ungdomskliniken framför allt under pågående infektion. En mild neutropeni som kvarstår vid upprepad provtagning.

#### Remissens innehåll

Anamnes med hur länge den ökade infektionsbenägenheten pågått, fullständig blodstatus med diff. Eventuell pågående infektion. Andra symtom på benmärgssvikt såsom blödning och/eller anemi. Tillväxtanamnes om sådan finns.

#### Remissvarets innehåll

Utredningsresultat, diagnos och behandling som ges eller man planerar att ge framöver.

## Lymfkörtelförstoring

### Bakgrund

Att barn har förstörade körtlar är väldigt vanligt. Majoriteten är orsakade av övre luftvägsinfektioner.

Vanligtvis söker föräldrar för att man känner en körtel och är orolig för att det ska vara något allvarligt. Andra gånger söker man för att körteln man känt inte försvinner.

### Behandlingsmål

Att hitta de körtlar som kräver mer utredning och behandling. Att inte missa allvarlig körtelförstoring tydande på till exempel leukemi eller lymfom.

### I primärvården

#### Utredning

Noggrann anamnes och undersökning är viktig. Relation till eventuell infektion ska klargöras. Andra symtom såsom smärtor på andra ställen, fästingbett och skador ska identifieras.

Palpation av samtliga körtelstationer ska ingå. Ömmande körtlar som dessutom finns på flera ställen är i stort sett alltid infektionsrelaterat. En ensidig körtel kräver i allmänhet mer noggrann anamnes och utredning. Maligna körtlar är i allmänhet oömma och fastare än körtlar orsakade av infektion. En ”snäll” körtel känns ungefär som ett suddgummi medan en malign körtel känns hårdare.

I provtagning ska minst följande prover ingå – CRP och blodstatus. Vid misstänkt infektion riktas provtagningen – till exempel Strep A, differentialräkning, monospot och leverstatus.

#### Behandling

Beroende på utredning och svar – tonsillit, otit, mononucleos etcetera

#### Remisskriterier

Körtlar mer än 1 cm i diameter där man inte hittat någon orsak eller som kvarstår längre än en månad bör remitteras in för bedömning om man inte är helt säker på att den inte är malign till exempel vid kronisk lymfadenit efter många övre luftvägsinfektioner. I samband med remiss till barnkliniken gärna även remiss till radiolog för kartläggning med ultraljud.

Alla barn med tydligt malignitetssuspekta körtlar remitteras. Först till Barn- och ungdomskliniken hellre än för biopsi hos öronläkare – Utredningen går oftast fortare och handläggningen för barnläkare förenklas.

#### Remissens innehåll

Anamnes. Svar på prover där minst CRP, blodstatus och en differentialräkning alltid ska ingå.

#### Remissvarets innehåll

Bedömning av körtel, utredningsresultatet. Vidare åtgärder och eventuell behandling.

## Solida tumörer

### Bakgrund

Solida tumörer är ovanligt hos barn. Cirka 1/3 av barn med cancer har solida tumörer. Åldern på dessa är beroende på diagnos. Hos små barn förekommer främst njur-, binjure-, lever- och ögontumörer medan tonåringarna oftare har skelettumörer. Mjukdelstumörer d.v.s. i muskler och andra mjukdelar förekommer relativt ofta hos små barn och tonåringar mer sällan i låg- och mellanstadieåldern.

Lymfkörteltumörer är hos mindre barn oftast så kallat non-Hodgkins lymfom medan de äldre oftare har Hodgkins lymfom.

Till skillnad från leukemi är en snabb diagnos av värde. Behandlingsresultaten kan även bero på den genetiska formen men en mindre tumörbörda gör det lättare att operera och behandlingen kan hos vissa tumörer bli lättare.

### Behandlingsmål

Att så tidigt som möjligt hitta en solid tumör för att utreda, diagnostisera och behandla denna.

### I primärvården

#### Utredning och behandling

Oavsett lokalisation av en solid tumör ska denna alltid påtittas, utredas och behandlas av specialist. Alla barn remitteras till barnklinik för utredning även om det gäller skelettumörer. Omhändertagandet och utredningen blir oftast snabbare och bättre. Se även lymfkörtelförstoring.

#### Remisskriterier

Alla barn med solid tumör oavsett lokalisation ska remitteras till Barn- och ungdomskliniken.

#### Remissens innehåll

Anamnes och status ska anges. Ange storlek på tumören om möjligt och hur länge den kan ha funnits. Eventuella allmänsymtom, feber, nattliga svettningar, viktnedgång och hormonella symtom ska anges.

#### Remissvarets innehåll

Svar på diagnos, planerad behandling ska anges. Dessa barn följs sedan oberoende av debutålder på Barn- och ungdomskliniken fram till 18-års ålder. Därefter sker en sammanfattning av sjukhistorien och i enstaka fall förslag på fortsatt uppföljning. En kopia får barnet (nu vuxen) och en skickas till primärvården för kännedom

## Trombocytopenier

### Bakgrund

Normalfallet är ett barn som söker p.g.a. relativt akut blödningsbenägenhet i form av blåmärken. Differentialdiagnoser kan vara: ITP, leukemi, trombocyttdysfunktion. Vid trombocyttdysfunktion är antalet trombocyter dock normala eller ibland t.o.m. något ökade. **Trombocytos** är hos barn inget ovanligt eller farligt. Ses relativt ofta efter infektion som ett "reboundfenomen". Kan ibland vara tecken på inflammation.

Leukemi – se leukemier.

ITP är en relativt ovanlig sjukdom med en incidens på cirka 3–6/100 000 barn. D.v.s. i Södermanland insjuknar ett par barn varje år. Cirka 10% av dessa blir kroniska. Normalfallet insjuknar några veckor efter en vanlig luftvägsinfektion med små punktformiga blödningar. Det finns ett vårdprogram för ITP från Vårdplaneringsgruppen för pediatrik hematologi som ni hittar [här](#).

### Behandlingsmål

Att upptäcka barn med behandlingskrävande trombocytopeni och starta behandling så snart som möjligt. Risk finns för blödningar där oron främst ska riktas mot hjärnblödning. Studier har dock visat att dessa blödningar dock ofta uppstår spontant utan föregående trauma.

### I primärvården

#### Utredning

Anamnes framför allt avseende hereditet, aktuella infektioner, blödnings-status. Kliniskt status, basal provtagning med blodstatus, differentialräkning ska ingå.

#### Behandling

Ett barn med trombocytopeni ska inte behandlas i primärvården.

#### Remisskriterier

Alla barn med trombocytopeni ska remitteras och utredas på barnklinik.

#### Remissens innehåll

Anamnes, undersökningsfynd – mjältförstoring och provtagningsresultat ska anges.

#### Remissvarets innehåll

Utredningsresultat, diagnos och vilken behandling som ges eller planeras att ges. Uppföljning av ITP på Barn- och ungdomskliniken till dess att trombocyttnivåerna normaliserats. Detta innebär att de med kronisk ITP sköts på Barn- och ungdomskliniken till 18 år därefter överremittering till medicinkliniken med kopia till primärvården.

## Blåsljud på hjärtat

### Bakgrund

Cirka 0,8% av alla barn har ett medfött hjärtfel. Efter nyföddhetsperioden så har de flesta med ett hjärtfel blåsljud på hjärtat. De flesta blåsljud är dock fysiologiska. Upp till 75 – 80% av alla barn har någon gång blåsljud = fysiologiskt. D.v.s. man hör hur blodet strömmar igenom hjärtat beroende på tunn bröstkorg, bra ”stuns” i hjärtat, inget lungparenkym eller fett mellan hjärta och bröstkorg. Fysiologiska blåsljud är ofta relativt svaga, men kan vara kraftiga, t.o.m. grad 2 – 3; hörs ofta bättre vid hög hjärtfrekvens, till exempel feber, stress med mera. Fysiologiska blåsljud varierar ofta med kroppsläget. De flesta barn med allvarligare hjärtfel hittas under de första levnadsveckorna, så det är inget stort problem med missade hjärtfel!

### Behandlingsmål

Hitta alla med signifikanta hjärtfel; hos ”äldre” barn ASD sekundum och coarctatio aortae som kan ge problem i vuxen ålder.

### I primärvården

#### Utredning

Anamnes – symtom på hjärtfel:

- Hos barn <1 år kan dålig viktökning, matningssvårigheter, svettningar och takypné vid matning vara symtom på hjärtfel
- Hos äldre barn ofta inga symtom, men klart nedsatt ork kan vara symtom på till exempel cardiomyopati (som inte behöver ha blåsljud)
- Auskultation samt palpation av femoralispulsar viktigt.

#### Remisskriterier

- Blåsljud hos alla <6 mån ålder (akut om symtom enligt ovan)
- Blåsljud och symtom i form av nedsatt ork eller andra symtom
- Blåsljud där doktorn inte är riktigt säker att det är ett fysiologiskt blåsljud (försök dock att ge lugnande besked, ”sannolikt normalt strömningsljud, men för säkerhets skull så gör vi ett ultraljud”)
- Blåsljud och svårt att palpera femoralispulsar (kolla gärna blodtryck i höger arm – vid systoliskt BT > 120 remiss!!)
- Diastoliskt blåsljud (ovanligt och svårt att höra hos mindre barn på grund av hög hjärtfrekvens)

**Slutsats:** Vid tydligt blåsljud och osäkerhet – remiss (f.n. har vi kapacitet att ta hand om dessa).

#### Remissens innehåll

- Eventuella symtom talande för hjärtfel/sjukdom.
- Kopia på viktkurva vid dålig viktökning.
- EKG om taget (inget krav, normalt EKG utesluter inte hjärtfel).
- Om dåligt palpabla femoralispulsar bör BT tas (höger arm).

**Remissen skickas till Barn- och ungdomskliniken, inte till fysiologen!**

**Remissvarets innehåll**

Resultat av ekokardiografi samt fortsatt planering vid eventuellt hjärtfel.

## Bröstsmärtor

### Bakgrund

Akuta eller återkommande bröstsmärtor är relativt vanligt i ett pediatrikt perspektiv, sannolikt ovanligare i primärvården. Orsaken oftast muskuloskeletal från bröstkorgsväggen. Allvarlig bakomliggande orsak ovanligt. Hjärtorsakade bröstsmärtor är ovanligt, anges till cirka 1 – 5% i ”bröstsmärtsstudier”. Vänstersidiga smärtor ger dock ofta oro för hjärt-sjukdom vilket är viktigt att fånga upp och försöka att ge lugnande besked. Akuta infektioner i thoraxregionen kan naturligtvis ge bröstsmärtor, pleurit, pneumoni samt ovanligare perimyocardit. Överväg även spontanpneumothorax hos tonåringar.

### Behandlingsmål

Utesluta allvarlig bakomliggande orsak och i stället ge en rimlig förklaring samt lugnande besked.

### I primärvården

#### Utredning

- Noggrann anamnes inkl. hereditet
- Status samt EKG (ovanligt med positiva fynd men stor placeboeffekt)

#### Behandling

Lugnande besked – viktigt ”inget hjärtfel” (anamnes, status och EKG kan utesluta det med stor säkerhet). Eventuellt smärtstillande med paracetamol/NSAID.

#### Remisskriterier

- Akuta kvarstående bröstsmärtor med eller utan associerade symtom kan remitteras till barnakuten för vidare utredning
- Återkommande hjärtnära bröstsmärtor vid ansträngning med eller utan hereditet för hjärtsjukdom (till exempel cardiomyopati) remitteras lämpligen till barnhjärtmottagningen
- Återkommande bröstsmärtor och mycket stor oro (hos patient eller föräldrar) kan också vara indikation för remiss till barnhjärtmottagningen

#### Remissens innehåll

Sedvanlig anamnes – inkl. hereditet, status och EKG.

#### Remissvarets innehåll

Diagnos och fortsatt handläggning.

## Hjärtklappningsbesvär – takykardi

### Bakgrund

Extraslag ganska vanligt, både SVES och VES, samt ofta ganska uttalad sinusarytmi som är andningsorsakad. Av allvarliga rytmrubbningar är återkopplingstakykardier vanligast. Typiskt är att dessa startar och slutar mycket abrupt. Långt QT-syndrom ofta ärftligt.

### Behandlingsmål

Hitta behandlingskrävande rytmrubbningar samt utreda och ge lugnande besked i de ofarliga fallen.

### I primärvården

#### Utredning

- Anamnes, hereditet, status och EKG!

Uppmana patient/föräldrar att försöka räkna pulsen när attacken kommer. Hur börjar och slutar det? Thyreoideastatus bör tas.

#### Remisskriterier

- Besvärliga/oklara symtom
- Stark misstanke på återkopplingstakykardi (paroxysmal Supra Ventrikulär Takykard)
- Ärftlighet för allvarlig rytmrubbning (till exempel långt QT-syndrom)
- Patologiskt EKG, till exempel preexcitation med deltavåg

#### Remissens innehåll

Se utredning!

#### Remissvarets innehåll

Diagnos samt fortsatt handläggning.

## Svimning

### Bakgrund

Vanligt i tonåren. Oftast vasovagala reaktioner, d.v.s. när man reser sig hastigt, när man står länge, obehagliga situationer, eller efter kraftig ansträngning. Hereditet vanligt.

### Behandlingsmål

Utesluta allvarlig bakomliggande orsak; rytmrubbning eller epilepsi.  
Ge råd för att undvika nya svimningar.

### I primärvården

#### Utredning

- Hereditet, anamnes, status
- BT i sittande/liggande samt stående
- EKG bör tas (långt QT-syndrom; tecken till cardiomyopati – d.v.s. uttalat patologiskt EKG)

#### Behandling

Vid typiska vasovagala svimningar, förklaring samt lugnande besked. Ytterligare utredning inte nödvändig.

#### Remisskriterier

- Svimning samt patologiskt EKG
- Svimning under pågående ansträngning
- Svimning med kramper/ryckningar och/eller postiktal trötthet
- Oväntad/annorlunda svimningsattack, d.v.s. svimning som inte ter sig vasovagal
- Upprepad svimning vid olika situationer

#### Remissens innehåll

- Anamnes
- Status
- BT
- EKG

#### Remissvarets innehåll

Diagnos och fortsatt planering.

## Affektanfall

### Bakgrund

2 – 5% av barn under 5 år får effektanfall. Det finns då alltid en utlösande händelse som gjort barnet upprört.

### Vanligast är **cyanotiska effektanfall**

Barnet skriker tills det tappar andan – eller ”håller andan” utan föregående skrik. Andningsuppehållet ger cyanos följt av medvetslöshet och slapphet, sedan eventuell stelhet med enstaka ryckningar innan barnet andas och återfår medvetandet. Denna godartade diagnos ställs genom det typiska förloppet och **ingen utredning behövs**.

Det finns också **bleka effektanfall** då barnet efter en plötslig smärtupplevelse förlorar medvetandet, rullar med ögonen, får stelhet och ryckningar, och efteråt blir trött. Då kan det vara av värde med ett EKG utifrån sällsynta hjärtrytmrubbningar som kan ge epilepsianfall. Dessa anfall kallas även reflex-anoxiska och kan vara svåra att skilja från epilepsianfall.

Prognosen är för båda typerna av effektanfall mycket god.

### Remiss till Barn- och ungdomskliniken

- Vid bleka effektanfall som är svåra att skilja från epilepsi.

## Epilepsi

### Bakgrund

Epilepsi är vanligare hos barn än hos vuxna och förekommer hos 1% i förskoleåldern och hos 0,5% i skolåldern. Prognosen är oftast god och 70 – 80% blir anfallsfria på sikt. Prognosen är dock helt beroende av den bakomliggande etiologin. Fokal epilepsi – utom benign barnepilepsi – kan orsakas av fokal hjärnskada, till exempel ärrbildning, missbildning eller tumör.

### Benign barnepilepsi med centrotemporala spikes

Vanlig debutålder 3 – 13 år. Anfall, oftast i samband med sömn, börjar fokalt med parestesier i munnen, drägling och spasm i halva ansiktet. De kan utvecklas till sekundärt generaliserade anfall, som blir det som föräldrarna märker och söker för. Behandling är som regel inte nödvändig, men kan vara indicerad vid täta anfall. Upphör hos 100% före vuxen ålder.

### Absensepilepsi i barndomen ("klassisk petit mal")

Debutålder 4 – 9 år. Anfall i form av absenser (<10 – 30 sekunder) och hos 30% dessutom generaliserade toniska-kloniska anfall. Ofta söker föräldrarna för de stora anfällen, och absenserna får man fram först i andra hand. Behandling är mycket viktig, framför allt mot absenserna som annars hindrar barnets inläring och utveckling. Prognosen är på sikt god.

### Infantil spasm (West syndrom, Blitz-Nick-Salaam-kramper)

En allvarlig epilepsiform som kan drabba spädbarn från 3 månader till 1½ (-2) års ålder. Anfällen är sekundsamma och kommer oftast i serier. Vid ett typiskt anfall nickar barnet till och slår ut med armarna följt av en omklamringsrörelse. Anfällen kan också vara diskretare, med enbart nickningar som lätt kan förbises eller misstolkas! Det är vanligt med bakomliggande hjärnskada och barnets utveckling kan ha stannat upp. Akut inläggning krävs för snar utredning och behandling. **Skicka därför alltid barnet till barnakuten!**

## I primärvården

All barnepilepsi utreds och sköts av barnläkare. Vid misstanke om epilepsigenes till anfall hos barn skrivs därför alltid remiss till Barn- och ungdomskliniken. Det kan vara hjälpsamt om remiss även skrives för ett sömn-EEG vid stark misstanke om epilepsi. Det är kliniken (anfallsbeskrivningen) som är avgörande för epilepsidiagnos, inte ev EEG-fynd, men väntetiden till behandling kan kortas om remiss har skrivits från VC.

Det är också mycket värdefullt om föräldrarna kan filma barnets anfall (till exempel med mobil) inför besöket! Utredningen kommer att i hög grad bygga på anfallsbeskrivningen och EEG är inte alltid till hjälp.

Små barn under 2 år har oftare en skada eller sjukdom som orsak till epilepsi och behöver därför utredas omfattande och mer brådskande. Dessa små barn ska därför remitteras till barnakuten. **Särskilt gäller detta vid misstanke på infantil spasm!**

### Akut remiss till Barn- och ungdomskliniken vid

- Barn som inte har hämtat sig efter anfallet
- Mycket täta anfall
- Misstanke om barnmisshandel/shaken baby syndrom/annat trauma/blödning

- Misstanke om bakomliggande infektion
- Misstanke om infantil spasm
- Barn under 2 år

**Planerad remiss till Barn- och ungdomskliniken**

- Barn över 2 år som haft misstänkt epilepsianfall, men i övrigt ter sig friskt

**Remissens innehåll**

- Tydlig frågeställning
- Anfallsbeskrivning, inklusive ev. olika anfallstyper
- Tidpunkt för första anfall, samt anfallsfrekvens
- Ev. avvikelser i status och ev. associerade symtom
- Om barnet är i övrigt friskt och normalutvecklat
- Om remiss för sömn-EEG är skriven
- Om föräldrarna försöker filma anfall inför besöket

## Feberkramper

### Bakgrund

2 – 5% av barn under 5 år får godartade (typiska) feberkramper. Följande kriterier krävs

- Debutålder 6 månader till 4 (-5) år
- Snabbt stigande feber > 38,5°
- Generaliserat toniskt-kloniskt krampanfall
- Anfallsduration högst 15 minuter
- Normalt neurologstatus

### I primärvården

Feberorsaken ska alltid bedömas. Remittera frikostigt till barnakuten, se nedan. Vid förstagångsfeberkramper, är föräldrarna ofta mycket oroliga, vilket i sig är skäl för inremittering. Om detta inte är aktuellt, så ge förebyggande råd mot kramprecidiv.

### Behandling

- Paracetamol 15 mg/kg 4 gånger/dygn vid feber. Om ingen effekt prövas NSAID, till exempel Ibuprofen 7,5 - 10 mg/kg max 4 gånger/dygn. Man kan också alternera mellan dessa båda.
- Barnet ska vid feber vårdas utan extra filter i behagligt svalt, men inte helt nedkyllt rum. Fläkta och/eller tvätta av barnet med ljummet vatten, men undvik kraftig avkyllning.
- Förse familjen med diazepam klypsma att ge vid ev. kramprecidiv som varar mer än några minuter.

Dosering:            Barn <12 kg 5 mg  
                          Barn > 12 kg 10 mg

Om utan effekt kan dosen upprepas efter 5 – 10 minuter, men i så fall tillkallas ambulans.

### Akut remiss till Barn- och ungdomskliniken vid pågående infektion med feberkramper om

- Barnet inte hämtat sig efter krampen, eller på annat sätt är påverkat
- Misstänkt allvarlig feberorsak
- Atypisk feberkramper (d.v.s. kramper som inte fyller alla kriterier ovan!)
- Två kramper under samma feberperiod

### Planerad remiss till Barn- och ungdomskliniken

- Barn som tillfrisknat och mår bra, men som tidigare haft en atypisk feberkramper
- Efter 4:e godartade (typiska) feberkramper för ställningstagande till vidare utredning.

## Hjärntumör

2 – 4/100 000 barn insjuknar årligen i hjärntumör, som utgör 25% av all barncancer. Till skillnad mot vuxna är flertalet (2/3 av) hjärntumörer hos barn lokaliserade i bakre skallgropen, d.v.s. infratentoriellt. Debutsymtomen orsakas då av intrakraniell tryckstegring.

- Huvudvärk (se vidare nedan)
- Kräkningar, ofta på natten eller morgonen, ofta plötsliga utan föregående illamående
- Kranialnervssymtom såsom abducens-, oculomotorius- och facialis pares (nyttillkommen skelning hos större barn eller dubbelseende ska utredas)
- Nystagmus
- Ataktiska symtom såsom yrsel, balanssvårigheter, bålataxi och dysmetri
- Torticollis

Vid **supratentoriella** tumörer (1/3 hos barn) är debutsymtomen oftast fokalneurologiska

- Epilepsikramp av fokal typ
- Pareser
- Personlighetsförändring, till exempel nyttillkomna inlärningsproblem eller beteendeförändring
- Hormonella förändringar (vid hypofys/hypothalamuslokalisering)

**Oberoende av lokalisering** kan hjärntumör också ge

- Allmänsymtom såsom trötthet och irritabilitet
- Utvecklingsstagnation, särskilt hos små barn

### Huvudvärk p.g.a. intrakraniell tryckstegring

Vid huvudvärk p.g.a. hjärntumör ses oftast något associerat symtom och/eller avvikelse i neurologstatus inom få månader från huvudvärks-debuten! Typiskt för själva huvudvärken

- Kommer ofta på efternatten eller morgonen och kan väcka barnet
- Ofta attackvis med duration från minuter till timmar (och då svår att skilja från migrän)
- Ofta kraftig och sprängande
- Förvärras av trappgång, krystning, hoststöt, nysning eller fysisk ansträngning

### I primärvården

Fall av misstänkt hjärntumör hos barn remitteras till Barn- och ungdomskliniken. Ta vid behov telefonkontakt med dagbakjouren för hjälp med att avgöra hur brådskande det är.

### Akut remiss till Barn- och ungdomskliniken

- Vid symtom på intrakraniell tryckstegring/bakre skallgropstumör då det nämligen kan vara risk för inklämning!

## Migrän

### Bakgrund

Prevalensen av migrän hos skolbarn har varierat i olika studier mellan 3 – 14%. Migrändiagnostiken hos barn skiljer sig inte från den hos vuxna mer än på ett par punkter. Barn och oftast även tonåringar, har svårare att beskriva sin huvudvärk än vuxna och diagnosen är svårare att basera på strikta kriterier. Barns migrän är sällan halvsidig och ofta utan aura. De har nästan alltid illamående, eller åtminstone matleda, och ofta kräkningar. Även om ljus- och ljudkänslighet inte alltid beskrivs vill barnet ligga och vila under anfall och inte till exempel titta på TV. Det är mycket ovanligt att ett barns migränanfall varar mer än ett dygn. Oftast somnar barnet efter att ha kräkts och vaknar sedan återställt efter någon timme, eller senast nästa morgon.

### I primärvården

Migrän hos förskolebarn ska skötas på Barn- och ungdomskliniken, liksom besvärlig migrän med täta anfall hos yngre skolbarn. Migrän hos tonåringar kan oftast skötas inom primärvården. Liksom vid spänningshuvudvärk är det viktigt att identifiera ev. utlösande faktorer (se spänningshuvudvärk). Som anfallsbehandling räcker det för de flesta barn med sömn och/eller lätta analgetika. Vid mer än 2 – 3 anfall per månad kan förebyggande behandling vara aktuell. Frågor om anfalls- och/eller profylaktisk migränbehandling kan många gånger lösas genom kontakt med Barn- och ungdomsklinikens läkare (gärna någon av barnneurologerna).

### Behandling

- 1.a. Paracetamol 15–20 mg/kg/dos per os eller som supp, max 60–80 mg/kg/dygn
- 1.b. NSAID  
Ibuprofen 10–15 mg/kg/dos (max 400 mg), max 30 mg/kg/dygn (över 40 kg vuxendos – se FASS) eller Naproxen 10–15 mg/kg/dos (max 500 mg), max 20 mg/kg/dygn (över 50 kg vuxendos – se FASS)
- 1.c. ASA 15–20 mg/kg/dos, max 65 mg/kg/dygn i max 2 dygn (ej till barn under 3 år)
2. Triptaner, till exempel Sumatriptan nässpray i dosen 10 mg för barn över 12 år (se FASS), om anfallsbehandling **1 a-c** är otillräcklig. Kan sättas av läkare i primärvården som känner sig förtrogen med denna behandling, ev. efter konsultation med barnneurolog.
3. Remiss till sjukgymnast för avslappningsövningar kan prövas vid tät anfallsfrekvens (se ovan) hos äldre, välmotiverade skolbarn och tonåringar.
4. Profylaktisk läkemedelsbehandling – i första hand betablockare – vid tät anfallsfrekvens trots att livsstilsråd, och eventuella avspänningsövningar, inte fungerat. Be patienten (tillsammans med föräldrarna) fylla i en huvudvärksdagbok inför besöket. **Sköts av barnläkare.**

### Remiss till Barn- och ungdomskliniken

- Vid misstänkt migrän hos förskolebarn
- Då migrändiagnosen är osäker

- Vid med huvudvärken associerade neurologiska avvikelser
- Då anfallsbehandling med triptaner övervägs hos barn under 12 år
- Då profylax behövs p.g.a. täta anfall hos barn under 12 år

#### **Remissens innehåll**

- Tydlig frågeställning
- Beskrivning av huvudvärken
- Tidpunkt för huvudvärksdebut, samt dess frekvens
- Eventuella avvikelser i status och eventuella associerade symtom
- Eventuell genomförd utredning och behandling

## Neuropsykiatriskt handikapp

(såsom ADHD och autism)

### **Bakgrund**

Dessa misstankar utreds inte på Barn- och ungdomskliniken. Grundutredning med psykologtest görs först på BVC eller genom skolan, varefter barnet remitteras för fortsatt utredning på Barn- och ungdoms-psykiatriska kliniken (BUP). (Förskolebarn med frågeställning autism utreds via habiliteringen, men då på remiss från BHV-psykolog).

# Spänningshuvudvärk

## Bakgrund

Återkommande huvudvärk utan organisk orsak är ett av de vanligaste hälso-problemen bland skolbarn och tonåringar. Mellan 7 och 44 % av skolbarn och tonåringar har huvudvärk av spänningstyp minst en gång per vecka. Debutåldern ligger från skolåldern och uppåt.

Huvudvärk hos förskolebarn är ovanligt och ska remitteras till Barn- och ungdomskliniken. Barn kan misstänkas ha spänningshuvudvärk om de klagar över ont i huvudet utan illamående eller kräkningar, inte förefaller särskilt smärtpåverkade och rör sig ungefär som vanligt. Oftast avbryter inte barnet den aktivitet det håller på med.

## I primärvården

### Utredning

- Anamnes med fokusering på och uteslutande av symtom på intrakraniell tryckstegring (se detta avsnitt), samt identifiering av etiologi
- Allmän undersökning och neurologstatus
- Överväg enstaka blodprov beroende på klinik (till exempel Hb, CRP)

### Behandling

Det gäller att lära barn och ungdomar med spänningshuvudvärk att i tidigt skede förebygga huvudvärken med egna åtgärder och lära sig behandla den utan analgetika

- 1) Undvika utlösande faktorer som
  - Oregelbundna mat- och sömnvanor
  - Diskrepans mellan barnets kapacitet och föräldrarna och/eller skolans krav (stress)
  - Vantrivsel i skolan (mobbing?) eller problem i hemmet
- 2) Information om tillståndets vanlighet och ofarliga natur.
- 3) Remiss till sjukgymnast för avslappningsteknik. Detta kan vara värdefullt för äldre välmotiverade skolbarn.
- 4) Analgetika. Vid enstaka tillfällen kan det vara motiverat att lindra smärtan med milda analgetika. Välj i första hand
  - Paracetamol 15–20 mg/kg/dos, max 60–80 mg/kg/dygn eller
  - NSAID, till exempel Ibuprofen 10–15 mg/kg/dos (max 400 mg) max 30 mg/kg/dygn (över 40 kg vuxendos – se FASS)Undvik starkare analgetika såsom kodeinpreparat. Informera vid behov om att frekvent analgetikaanvändning innebär risk för läkemedelsutlöst huvudvärk.
- 5) I utvalda fall remiss till BUP med förfrågan om kognitiv psykoterapi eller beteendeterapi.

### **Remiss till Barn- och ungdomskliniken**

- Vid spänningshuvudvärk hos förskolebarn
- Vid osäkerhet kring diagnosen
- När behandling enligt ovan har gett otillräcklig effekt

### **Remissens innehåll**

- Tydlig frågeställning
- Beskrivning av huvudvärken
- Tidpunkt för huvudvärksdebut, samt dess frekvens
- Eventuella avvikelser i status och eventuella associerade symtom
- Eventuell genomförd utredning och behandling

## Intellektuell Funktionsnedsättning

### Bakgrund

Grundutredning med psykologtest görs på BVC eller genom skolan. När diagnosen intellektuell funktionsnedsättning har fastställts, kan barnet få hjälp genom barnhabiliteringen. Remiss dit ska innehålla kopia av det fullständiga psykologtestet samt en läkarbedömning av t.ex. läkare i primärvården. Barn-habiliteringen kommer sedan att erbjuda familjen en barnläkarbedömning. Om familjen inte vill ha remiss till barnhabiliteringen, kan remiss för utredning av **orsaken till** den intellektuella funktionsnedsättningen skickas till Barn- och ungdomskliniken.

### Remiss till Barn- och ungdomskliniken vid konstaterad utvecklingsstörning för utredning av etiologi.

- Bifoga alltid kopior av psykologtest, samt BVC- respektive skol-hälsovårdsjournal!

# Juvenil artrit och inflammatorisk systemsjukdom

## Bakgrund

### Juvenil idiopatisk artrit (JIA)

Är den internationellt överenskomna benämningen på ”barnreumatisk” sjukdom och innebär insjuknande före 16 års ålder.

I Sverige insjuknar 200–250 barn i JIA per år (11–14/100 000 barn) och prevalensen är 1100–1500 barn <16 år (60–80/100 000 barn).

### Undergrupper av JIA

- Systemisk JIA  
Artrit med eller föregången av minst 2 veckors feber samt en eller flera av följande: flyktigt utslag, lymfkörtelförstoring, hepatosplenomegali, serosit  
OBS differentialdiagnos: sepsis, leukemi
- Oligoartrit  
(1–4 leder), om ANA pos – ökad risk för uveit
- Polyartrit  
(5 eller flera leder) med eller utan citrullinantikroppar
- Psoriasisartrit  
Med egen psoriasis eller hos 1: a gradssläkting
- Entesitrelaterad artrit  
Entesit = inflammation vid sen- eller ligamentfäste mot ben
- Ospecificerad artrit

### Inflammatorisk systemsjukdom

- SLE  
Incidens c: a 0,5/100 000, prevalens <200 <18 år, ofta tonårsflickor. Framför allt feber, artrit, hudsymtom, fjärilserytem, nefrit, cytopeni, SR, pos ANA.  
OBS doctor’s delay – ofta diffusa symtom – feber, trötthet, migrerande ledvärk, även CNS-symtom
- Juvenil dermatomyosit  
Incidens 0,25/100 000, oftast före puberteten, dubbelt så ofta flickor.  
Symmetrisk proximal muskelsvaghet – nacke, skuldror, höft-lår. Kan drabba farynx – sväljningssvårigheter, nasalt tal.  
Hudsymtom: papler på knogar, fingerleder, fjällande plaque på armbågar-knän.  
Ögonlockssvullnad (ofta violett färgad) – differentialdiagnos - allergi, nefrit. Kan börja med allmänna symtom – trötthet, feber, viktpåverkan.  
Lab: CK, ASAT, LD.
- Sjögrens syndrom, Mixed connective tissue disease, Sclerodermi  
Förekommer också men mer sällsynt.

### Mål

Rätt diagnos för rätt behandling! Teamarbete (innefattar läkare, sjuksköterska, sjukgymnast, arbetsterapeut, kurator) på barnreumatolog!

### I primärvården Utredning

- Anamnes  
Hereditet (inkl autoimmun sjukdom)  
Ledsymtom – svullnad, smärta, håla, morgonstelhet.  
Hudsymtom.  
Allmänsymtom – feber, trötthet, sömn-humör-påverkan, vikt.
- Status  
Artrittecken? Hudsymtom? Allmänt status  
**Definition Artrit** = svullnad + värmeökning, smärta, rörelseinskränkning. Om svullnad saknas krävs två av följande tre: smärta vid passiv rörelse av leden, värmeökning, rörelseinskränkning.
- Lab  
SR, CRP, blodstatus med diff, leverstatus (före NSAID), Borrelia-antikroppar (framför allt om **en** större led, företrädesvis knäled), ANA, citrullinantikroppar (om polyartritbild), CK, urinsticka.
- Gärna remiss till röntgen vid ledengagemang.
- Svensk Barnreumatologisk förening har tagit fram ett vårdprogram om akut artrit som ni hittar [här](#)

### Behandling

Paracetamol och/eller NSAID till exempel Ipren 30 mg/kg/dag eller Naproxen 10–15 mg/kg/dag.

### Uppföljning

Inom en vecka om barn > 5 år.

### Remisskriterier

- Skicka remiss till Barn- och ungdomskliniken vid misstanke på debut av juvenil artrit eller inflammatorisk systemsjukdom.
- Akut remiss/telefonkontakt vid misstänkt debut av systemisk JIA, juvenil dermatomyosit, akut artrit med feber där det kan finnas misstanke om septisk artrit där man snabbt vill påbörja ev antibiotikabehandling. Dessa patienter sambedöms ofta med ortopedläkare som har ansvar för diagnostik (ev ledpunktion med odling) och eventuellt andra akuta åtgärder.

### Remissens innehåll

- Anamnes
- Hereditet
- Status
- Laboratorieutredning

### Remissvarets innehåll

- Diagnos och bedömning
- Utredningsresultat
- Behandling med vad och hur länge
- Fortsatt uppföljning hos barnläkare eller primärvården
- Utrems till primärvården vid avslut hos barnläkare

## Balanit

I primärvården

### **Bakgrund**

Infektion under förhuden. Förekommer i alla åldrar men är vanligast hos yngre pojkar.

### **Behandling**

Behandling utgörs av sköljning med ljummen koksaltlösning några gånger dagligen i några dagar, med fördel i sittbad. Injektionspruta (utan nål) kan användas.

## Daginkontinens

### Bakgrund

Urinblåsan har två uppgifter: att förvara urinen utan att läcka under på-fyllnadsfasen och att tömma ut urinen fullständigt när man kissar. Funktionen innebär smidigt samspel mellan detrusor- och sfinkter-muskulaturen och regleras av nervsystemet.

Under påfyllnadsfasen hålls detrusorn avslappnad och sfinkter kontraherad.

Vid tömningsfasen slappnar sfinkter av och detrusor kontraheras.

2–4 år gamla barn får en stegvis volontärkontroll över blåsan, 4–5-åringar kan oftast starta miktions med enbart delvis fylld blåsa, de flesta 6–7-åringar har en fullständig blåskontroll.

Funktionell inkontinens beror på försenad normal nervkontroll vanligast hos flickor.

Barnet upplever plötsligt påkommande trängningar till följd av detrusorkontraktioner (överaktiv blåsa). Hos mindre barn kommer oftast läckage av små urinskvättar men större skvättar förekommer. Om barnet fyller i en kisslista ser man inte sällan att blåstömningarna sker >7 gånger per dag och att tömningsvolymerna ligger långt under den förväntade blåskapaciteten.

Simultankapacitet är dåligt utvecklad hos ett barn före skolåldern. Barnet har svårt att registrera flera signaler samtidigt. Vid intensiv lek uppfattas inte signaler från urinblåsan.

Vid en epidemiologisk undersökning av 7-åringar i Göteborg uppgavs plötsligt uppkommande urinträngningar hos 20% av flickorna.

Organiskt betingad inkontinens beror på strukturella orsaker till exempel miss-bildningar inom nedre urinvägar eller neurologisk skada av ryggmärgen.

### I primärvården

#### Utredning

- Anamnes:  
Ständigt droppande urin? (flickor) svag stråle, krystmiktions, tryck på mage under miktions, svårigheter att starta, långdragna miktions? Stort vätskeintag?  
Obstipation? Faecesinkontinens?
- Lab:  
Urinsticka för uteslutande av diabetes och/eller UVI (vid nytillkomna besvär).
- Status:  
Vanlig kroppsundersökning, inspektion och palpation av ländryggen (hårtofs, grop, tydlig skolios?). Normal neurologi i nedre kroppshalvan (muskelreflexer, fotmotorik). Yttre genitalia (ständigt urinflöde, meatus, uttalade synekier, tät fimosis, synliga skador?).

#### Behandling

Om inget av ovanstående och barnet är under 5 år information till föräldrarna och exspektans. Över 5 år enkla råd om regelbunden blåstömning cirka 6 gånger/dag morgon, kväll och i samband med måltider.

#### Remisskriterier

Remiss till barnläkare: se anamnes vid tecken till blåstömningssproblem och status samt om enkla miktionsråd är utan effekt.

**Remissens innehåll**

- Anamnes
- Statusfynd
- Lab

**Remissvarets innehåll**

- Bedömning
- Planerad behandling
- Uppföljning vem och var

## Fimosis

### Bakgrund

Trång förhud är normalt hos nyfödda (hos 95%), det är också normalt att det finns sammanväxningar mellan ollonet och förhuden, de försvinner av sig själv i regel i förskoleåldern. Ibland är förhuden som ett stramt band runt förhudens öppning. Man kan se en nåltunn öppning. När barnet kissar blåser förhuden upp sig som en ballong.

Töjningar kan ge smärtor och obehag samt kan förvärra förträngning genom att det bildas sår och små ärr.

Orsaker – balaniter med ärr efter infektioner under förhuden, ärr efter tidigare försök att dra tillbaka förhuden, det kan också vara medfött.

### I primärvården

### Behandling

Om inga besvär ska man låta det vara till puberteten. Vid uttalade besvär med krystmiktion och svag stråle remitteras barnet direkt till urologkliniken. Vid lindrigare besvär, så som upprepade balaniter, sveda och irritation rekommenderas initial behandling med Dermovat® salva på förhuden (ej glans) 1 x 2 i 4 veckor. Om förbättring av behandlingen ska förhuden sedan dras tillbaka flera gånger dagligen för att förebygga recidiv, använd gärna vaselin. Vid utebliven effekt, avvakta i 4 veckor och upprepa sedan behandlingen i 4 veckor. Om fortsatt utebliven effekt, remittera till urologkliniken.

### Remisskriterier

- Om uttalade besvär enligt ovan eller fortfarande trångt trots behandling remiss till urologkliniken
- Synekier behövs inte åtgärdas, de brukar lösa sig själva till 15–17-årsåldern
- Balanits xerotica obliterans = vit sklerotisk ring med induration och icke retraherbart preputium är absolut indikation för remiss direkt till urolog

## Flickor med genitala besvär

Klåda, flytningar, synekier, polyper och klitorisförändring

### Klåda

Orsak – svampeksem, blöjdermatit, mollusker, springmask, flytningar. Kondylom kan orsaka klåda i stjärten. Om sådan misstanke, **remiss till barnläkare eller gynekolog.**

### Flytningar

Tunna, inte illaluktande behöver inte åtgärdas. Rikliga eventuellt illa-luktande eller färgade orsakas av infektion (streptokocker), främmande kropp, manipulation. Odling från slidmyningen, Strep A och peroral behandling efter svaret.

Om misstanke om främmande kropp – **remiss till gynekolog.**

Om misstanke om sexuellt övergrepp – se PM ”[Sexuella övergrepp mot barn](#)”. Kontakta barnbakjour!

Bruna flytningar (gammalt blod) ska alltid **remitteras till gynekolog.**

### Synekier

Vulvasynekier (tunna sammanväxningar mellan blygdläpparna) försvinner som regel vid 7–8-års ålder och behöver inte behandlas. En indikation till behandling kan vara påverkat urinflöde, upprepade irritationer, recidiverande UVI eller utbredda synekier.

Behandlas med östrogensalva (Ovesterin) två gånger dagligen med bomulls-pinne eller ett finger över synekier. Det lilla trycket som uppstår i samband med det bidrar till att synekin släpper efter någon till några veckor. Behandling ska fortsätta ytterligare någon vecka och därefter en gång per vecka ytterligare tre veckor. Om lokalbehandling inte har effekt, remiss till barnläkare. Ovanligt med behov av kirurgisk åtgärd.

### Polyp

Små polypliknande veck kan man se i nyföddhetsperioden. De går spontant i regress och behöver inte behandlas.

Klitorishypertrofi – ses vid adrenogenitala syndrom, **remiss till barnläkare omedelbart.**

## Hydrocele testis (vattenbräck)

I primärvården

### **Bakgrund och behandling**

Genomlysbara hydrocele är vanligt hos nyfödda, successiv regress det första året. Behöver sällan åtgärdas de första tre åren. Operation om det är mycket spänt eller ökar i storlek. Om hydrocelet kvarstår efter 3-årsåldern ska **remiss skickas till urologen/kirurgen**.

## Patientinformation om bakterieväxt i urinen hos friska

Vid provtagning har det visat sig att det växer bakterier i din urinblåsa utan att vi har funnit anledning att behandla dig med antibiotika.

Det har visat sig att många människor har bakterier i urinen utan att dessa går någon skada. Det rör sig då om ofarliga bakteriestammar som lever i fred med människokroppen ungefär på samma sätt som de ”snälla” bakterier som bor i munhåla och tarm hos alla människor.

Hur länge bakterier kommer att bo kvar i din urinblåsa går inte att förutsäga, kanske i många år, men så länge de inte orsakar besvär finns det ingen anledning att försöka ta bort dem. Dessa bakterier utgör förmodligen till och med ett skydd för urinvägarna och om man dödar dem med antibiotika så finns risken att i stället mer aggressiva bakterier får fäste och orsakar urin-vägsinfektioner.

Det är ett par saker som man ska veta om, om man som du, har ofarliga bakterier i urinen. Vid kontakter med sjukvården är det viktigt att du berättar om bakterierna, så att din läkare inte i onödan sätter i gång antibiotikabehandling bara för att han/hon ser att urinodlingen visar växt av bakterier.

Om du av något annat skäl, till exempel halsfluss, lunginflammation eller andra infektioner, behöver antibiotika så är det visat att ett antibiotikum som heter Erytromycin ger mindre risk att påverka din ”snälla” urinbakterieväxt än det vanliga penicillinet. Berätta det gärna för din doktor.

Får du en urinvägsinfektion så märks detta genom täta trängningar, sveda, nyttillkommen inkontinens eller feber. Får du dessa besvär är det förstås ett tecken på att du inte längre har ofarliga bakterier i urinen och då behöver du sannolikt antibiotika.

Är du kvinna och blir gravid så ska du berätta för din barnmorska eller gynekolog om bakterierna. Hos gravida är det mindre lämpligt att ha bakterieväxt i urinen.

Ta gärna denna information med när du ska söka läkare.

## Primär sängväta (nattenures)

### Bakgrund

Primär nattväta är ett mycket vanligt tillstånd, 10% av 7-åringar och 5% av 12-åringar är inte pålitligt nattorra. Barn över 5 år som regelbundet kissar på sig under natten men är helt torra under dagen och inte varit stabilt torra 6 månader eller längre har en primär nattväta. Hos barn som har varit torra på natten i perioder längre än 6 månader benämns nattvätan som sekundär. Det är i hög grad ett ärftligt tillstånd. Risken att ett barn kommer att ha sängväta om båda föräldrar har varit det är över 70%. Föräldrar, syskon, andra nära släktingar kan ha varit sängvätare och det är viktigt att barnet får kännedom om detta!

### I primärvården

#### Utredning

- Anamnes  
Är viktigast för att ta reda på att det inte är någon annan bakomliggande orsak till nattväta. Efterfråga andra åkommor i urinvägarna, andra långvariga sjukdomar, medicinering.
- Aktuellt/socialt  
Hur ter sig problemet för barnet nu? Är barnet angeläget att vara torrt? Hur ser familjen ut? Förväntas familjen att klara av en alarm-behandling som också ställer stora krav på föräldrarnas deltagande, ofta är det inte möjligt att genomföra om barnet delar rum med syskonen.
- Sängvätan  
Hur många gånger per natt? När på natten? Hur fungerar det när barnet sover borta? Torra perioder? Hur långa? Blöjor? Andra hjälpmedel?  
Har man provat några behandlingar redan? Kissvanor dagtid – när blev barnet stabilt dagtorrt?  
Daginkontinens? Kissar sällan mindre än 3–4 ggr/dag? Uttalad urgency (plötsligt kissnödig, svårt att hinna till toaletten)? Behöver krysta vid miktion? Förstoppning (längre än 2 dagar mellan tarmtömning)? Avföring i byxorna? Om förstoppning behöver detta åtgärdas innan nattvätan behandlas. Ovanligt stort vätskeintag?
- Status  
Allmän kroppsundersökning inklusive blodtryck. Sedvanlig genitalundersökning – sipprande urin? Inspektera nedre delen av ryggen efter hårtofs, grop eller dylikt (spina bifida?). Uteslut neurologiska avvikelser i nedre kroppshalvan (patellar- och akillesreflexer, grov kraft i benen, gång på tå och häl).
- Lab:  
Urinsticka.

#### Behandling

Erbjuds enbart om barnet är motiverat och är över 6 år. Tydlig förstoppning ska åtgärdas innan ev. behandlingsförsök.

Blöjor bör tas bort under behandlingsförsöken. I en del fall räcker det att föräldrarna tar upp barnet när de själva lägger sig, detta varken påskyndar eller fördröjer torrheten.

Vätskekarens brukar sällan hjälpa men inga stora vätskemängder ett par timmar före sänggåendet och alltid blåstömning innan man lägger sig.

Desmopressin (Minirin) munsönderfallande tabl 120 mikrogram, starta med 2 tabletter till natten. Provförpackning om 30 stycken. Effekt ofta först efter 10 dagar. Om ingen effekt efter 2–3 veckor vid max medicinering avbryt behandling. Vid bra effekt trappa ned med 60 mikrogram var 4:e vecka till minsta verksamma dos. Vid bra effekt kan även användas som tillfällig medicinering vid övernattningar, resor och dylikt. Det är inte farligt att använda desmopressin under en längre tid och biverkningar är sällsynta, men det är viktigt att barnet inte dricker stora mängder vätska på kvällarna.

**Hjälpmedel:** Inkontinensmedel, engångslakan eller tvättbara underlägg till > 6 år utskrivs av primärvården. Blöjor skrivs ut i undantagsfall (individuell bedömning), rekommenderas dock inte under behandlingsförsök.

**Observera att Barn- och ungdomskliniken skriver ut inkontinens-artiklar enbart till barn som behandlas på vår enures- eller uroterapi-mottagning.**

### Remisskriterier

Remiss till barnläkare/barnuroterapeut vid

- Sekundär nattväta (stabilt torr mer än 6 månader)
- Daginkontinens av betydelse (se avsnitt ”Daginkontinens”)
- Blåstömningsproblem (krystmiktionser eller färre än 3–4 miktionser/dag)
- Barn som önskar prova enureslarm
- Barn som inte svarat på desmopressin och har urgencyproblem (kan eventuellt behöva tillägg av antikolinergika)

### Remissens innehåll

- Enurestyp, eventuell dagproblematik
- Tidigare behandlingsförsök och resultat

### Remissvarets innehåll

- Bedömning
- Behandling
- Planerad uppföljning och uppföljningsansvar

## Retentio testis

### Bakgrund

Testikelns nedvandring är resultat av interaktion mellan hormonella och mekaniska faktorer. Testiklar utvecklas i 7-8:e graviditetsveckan och i 10-11:e graviditetsveckan påbörjas testosteronproduktionen i Leydigcellerna. Den inguinala passagen påbörjas i graviditetsvecka 32–36. Incidensen hos fullgångna gossar är mellan 4–5% medan upp till 30% av prematura har inte descenderade testiklar vid födelsen. Under de första 3–6 månaderna vandrar majoriteten av dessa testiklar ner och efter 1-års ålder är incidensen 1–1,5%.

Vid retentio testis har man påvisat minskat antal könsceller redan efter 6–12 månader, man rekommenderar därför behandling innan 1 års ålder.

### Definition

Retentiontillstånd då testis inte kan föras ner distalt om penisbasen.

Retraktil testikel: Testikeln kan dras ner till scrotum och stannar där en stund men åker snart upp igen.

## I primärvården

### Undersökning

Lättast att undersöka under spädbarnsåret då kremasterreflexen ännu inte är aktiverad. Efter spädbarnsåret viktigt med varm och avspänd miljö och varma undersökningshänder, eventuellt med tvål eller talk på fingrarna. Retraktila testiklar är ofta lättare att få ner i scrotum om pojken sitter på huk.

”Mjölka ner” testikeln och håll den på plats ett par minuter för att ”trötta ut” kremasterreflexen. Om testikeln stannar nedom penisroten en stund är den retraktil.

### Kontroll

- 1) Tidigare retinerade testiklar som spontant nedvandrat kontrolleras årligen på BVC alternativt skolhälsovården på grund av risk för sekundär ascendering. Vid ascendering se nedan.
- 2) Retraktila testiklar kontrolleras årligen på BVC under förskoleålder på grund av risk för övergång i retentio.

### Remiss till kirurgen/urologen

- Vid kvarstående retentio vid 6 månaders ålder. Eventuell operation rekommenderas vid 6–12 månaders ålder.
- All retentio på äldre pojkar
- Äldre pojkar där testikeln inte kan föras ned till penisroten.

## Urinvägsinfektioner

### Bakgrund

Urinvägsinfektion är en av de vanligaste bakteriella infektionerna i barna-åldern. Bland 7-åringar som började skolan i Göteborg 1992 hade 7,8% av flickor och 1,6% av pojkar en odlingsverifierad symtomatisk UVI. Cirka 50% av dessa var akuta pyelonefrit. Under första levnadsåret är infektionen så gott som alltid en pyelonefrit. Pojkar brukar få sin oftast före 6 månaders ålder. Cystit är vanligast hos flickor mellan 2–6 år. Recidiv-infektioner i frånvaro av obstruktiva missbildningar i urinvägar är sällsynta hos pojkar men relativt vanliga (cystiter) hos flickor. Obstruktion av urin-vägar kan påvisas hos 2% av flickor och 10% av pojkar med UVI.

Dilaterad vesikouretär reflux ses hos 10–20% av barnen som utreds efter urinvägsinfektion. Korrekt diagnos och klassificering i pyelonefrit och cystiter respektive ABU har praktisk betydelse då infektion i njurparenkymet medför risk för njurskada och kräver mer intensiv behandling, utredning och uppföljning. Urinprov hos barn är svårare då inkubationstiden i blåsan ofta är kort och kontaminationsrisken stor. E.coli. orsakar 80–90% av förstagångsinfektioner hos barn. Andra ofta förekommande bakterier är Klebsiella, Proteus som orsakar cirka 30% av okomplicerade cystiter hos pojkar och Stafylococcus saprophyticus som är vanlig hos tonåringar.

Obstruktiva missbildningar eller dysfunktionella urinvägar ökar risken för infektion med species som har låg virulens för urinvägar (Pseudomonas, Enterococcus, Haemophilus influenzae, Staph aureus eller Epidermidis, Streptokocker grupp B).

### Behandlingsmål

Att förebygga njurskada genom snabb och adekvat behandling av barn med pyelonefrit och identifiering av riskpatienter.

Lindra symtom hos patienter med låga urinvägsinfektioner och identifiera patienter med dysfunktionell blåstömning.

**Definition**

Pyelonefrit = Hög UVI  
Diagnos N10.9

För diagnos:  
Feber >38,5°, viss allmänpåverkan  
Signifikant bakteriuri, förhöjt CRP (om feber i  
åtminstone 12 timmar)  
Kastat prov är standard. Undvik kisspåse.  
Blåspunktion är ett alternativ men görs med fördel  
av barnläkare

Cystit = Låg UVI  
Diagnos N39.0

För diagnos:  
Feber <38,5°, nytillkommen  
miktionsveda, frekventa  
miktionssträngningar/inkontinens, CRP <30  
Signifikant bakteriuri. Ofta  
makroskopisk hematuri

ABU = Asymtomatisk bakteriuri  
Diagnos N39.0

För diagnos:  
Signifikant bakteriuri  
(som bör verifieras med ytterligare  
2–3 odlingar under några veckor) utan nytillkomna  
symtom från urinvägarna och utan feber  
Kan förekomma i alla åldrar

Övriga förkortningar

DMSA-scintigrafi =  
dimerkaptosuccinic acid  
(statisk scintigrafi)  
MAG (mercaptoacetylglycin)  
-3-scintigrafi  
(dynamisk scintigrafi)  
MUCG = miktionsuretro-  
cystografi  
UVI = urinvägsinfektion  
VUR = vesiko-uretral reflux

**Provtagning/tolkning**

Blåspunktion

Ger högsta tillförlitlighet  
All bakterieväxt är patologisk  
Använd med fördel på barn <12 mån där  
mittstråleprov dröjer.

Mittstråleprov

Ger hygglig tillförlitlighet  
Kan tas även på blöjbarn, föräldrarna får sitta med  
barnet utan blöja och fånga urin

Kateterprov

Ger hög tillförlitlighet. All  
bakterieväxt är patologisk.  
Kan ibland behövas vid krav  
på snabb behandling vid misslyckad punktion

Signifikant bakteriuri - definition

Växt av minst  $10^5$ /ml i renkultur

Vid lägre bakterietal eller

blandkultur ska bedömning ske från fall till fall

## 1. Pyelonefrit hos barn <2 år

### Symtom, diagnostik

Feber >38,5 utan luftvägsinfektion. Under de första levnadsåren eventuellt endast dålig viktuppgång och gnällighet. Urinsticka visar åtminstone leukocyturi och CRP är stegrat.

### Provtagning

Urinsticka, urinodling, CRP, Krea, Na. Urinprovet ska hos barn <1 år i första hand tas som kastat prov (föräldrar förses med kissmugg), i andra hand med blåspunktion. Undvik påsprov då det inte ger tillförlitliga odlingar.

### Behandling, utredning

Sköts i första hand via barnkliniken

## 2. Pyelonefrit hos barn 2 - 6 år

### Symtom, diagnostik

Feber > 38,5° utan luftvägsinfektion. Ibland förekommer även dysuri och buksmärtor. Urinsticka visar åtminstone leukocyturi och CRP är stegrat.

### Provtagning

Urinsticka, urinodling, CRP, krea. Urinprovet ska i första hand tas som kastat prov (föräldrarna förses med kissmugg). Urin från påsprov ger inte tillförlitliga odlingar och bör därför undvikas.

### Behandling, utredning

Vid tecken till allmänpåverkan eller kräkningar remiss till Barn- och ungdomskliniken. Övriga – behandling läkare i primärvården, utredning/uppföljning – barnläkare.

Ultraljud urinvägar beställs av läkare i primärvården och svaret bifogas remissen till Barn- och ungdomskliniken (frågeställning: njurstorlek? Ekogenicitet? Hydronefros? (Anteriora-Posterora mått?) Hydrouretär? Förtjockad blåsmuskulatur?)

Barnet ska följas av barnläkare. Nya odlingar i frånvaro av symtom behövs i regel inte.

## 3. Pyelonefrit hos barn > 6 år

### Symtom, diagnostik

Feber > 38,5° utan luftvägsinfektion. Ibland miktionsmärtor, buksmärtor eller flankmärtor. Urinstickan visar åtminstone leukocyturi och CRP är stegrat > 30.

### Provtagning

Urinsticka, urinodling, CRP, krea, Na. Urinprovet tas som kastat prov.

### Behandling

Vid tecken till allmänpåverkan eller kräkningar remiss till Barn- och ungdomskliniken. Övriga barn handläggs av läkare i primärvården. Beslutet om behandling fattas utan att vänta på odlingssvaret.

Alternera mellan trimetoprim-sulfa (Bactrim<sup>®</sup>– Eusaprim<sup>®</sup>), ceftributen (Cedax<sup>®</sup>), cefadroxil (Cefamox<sup>®</sup>).

Antibiotika ges i 10 dagar. Vid terapisivikt trots adekvat antibiotika (hög feber 2 dygn) eller njurpåverkan (kreatesting, hyponatremi) remiss till Barn- och ungdomskliniken.

### Utredning

Alla pojkar remitteras till barnläkare. Flickor efter tredje pyelonefriten eller vid samtidig förekomst av blåsproblematik (inkontinens, besvärande täta trängningar) som inte ger sig efter att barnet fått råd att kissa regelbundet

5–6 gånger per dag och eventuell förstoppning behandlats.

Ultraljud av urinvägar beställs av läkare i primärvården. Efterfråga njurstorlek, ekogenicitet, urinvägsanomalier 8hydronefros, hydroureter, förtjockad blås-muskulatur och resurin).

Uppföljning vid behov av barnläkare.

## 4. Cystit – obs förekommer praktiskt taget inte hos barn <1,5 – 2 år!

### Symtom, diagnostik

Nyttillkomna besvär i form av miktionsmärtnar, inkontinens och/eller täta trängningar utan feber. Smärtnar över nedre delen av buken kan också före-komma. Urinstickan visar åtminstone leukocyturi. ”Blank” urinsticka talar kraftigt emot diagnosen.

### Provtagning

Urinsticka, urinodling. Urinprovet tas som kastat prov. Blodprover behövs inte.

### Behandling, utredning I primärvården

Peroralt antibiotikum ges i 5 dagar: alternera mellan nitrofurantoin (Furadantin<sup>®</sup>), mecillinam (Selexid<sup>®</sup>), trimetoprim, och cefadroxil (Cefamox<sup>®</sup>). Vid tveksamhet kring diagnosen invänta odlingssvaret. Undersök yttre genitalia. Titta efter labiasynekie, trång/stram förhud och rodnad i hud och slemhinnor.

Fråga efter tidigare blåsproblematik (inkontinens, enures, täta trängningar) och tecken på förstoppning (soiling, hård avföring, glesa tarmtömningar). Fråga tonårsflickor om sexualdebut. Råd barnet att kissa regelbundet 5–6 gånger per dag. Sexuellt aktiva flickor uppmanas att kissa efter samlag. Behandla misstänkt förstoppning.

Vid recidiverande cystiter är det bra att göra en per rectumundersökning. Fylld ampull, när barnet inte anger bajsödighet, är per definition en förstoppning. Denna bör behandlas även om man har mjuk avföring dagligen.

Vid uteblivit behandlingssvar efter 2–3 dagar, som inte förklaras av resistent bakterier, ska diagnosen omprövas och urinvägskunnig barnläkare kontaktas. Växt av intermediärt känsliga bakterier i odlingen förklarar inte uteblivet behandlingssvar och föranleder inte byte av antibiotika.

### Uppföljning

Alla pojkar ska följas upp på barnmottagning. Detsamma gäller flickor efter fjärde cystiten, eller vid samtidigt förekomst av blåsproblematik (inkontinens, besvärande täta trängningar) som inte ger sig av ovanstående råd. Nya urinodlingar behövs i regel inte.

## 5. Asymtomatisk bakteriuri (ABU)

### Symtom, diagnostik

ABU-diagnosen ställs hos två grupper av barn.

- Barn med positiv odling men utan symtom från urinvägarna och utan feber. Urinprovet togs så att säga ”av misstag”.
- Barn med bakomliggande urinblåseproblematik (inkontinens och/eller täta trängningar) och växt av bakterier i urinen. Symtomen är dock inte nytillkomna och förbättras inte av antibiotikabehandling.

Urinstickan är i regel ”ful”, urinen kan lukta illa. Bakterierna oftast E.coli. Kan förekomma i alla åldrar.

### Provtagning

Misstanke om ABU ska bekräftas med flera odlingar. Kastat mittstråleprov. Blodprover behövs (i frånvaro av feber) inte.

### Behandling, utredning

Noggrann anamnes avseende urinblåseproblem som inkontinens, enures, täta trängningar och leta också efter tecken till förstoppning (soiling, hård avföring, glesa tarmtömningar). ABU ska inte behandlas med antibiotika. Det finns risk att man genom att rubba urinvägsfloran lämnar plats för en mer virulent bakteriestam.

Vid tydliga miktionsbesvär (inkontinens, urgency) och bakterieväxt i upprepade urinprover kan det dock vara på sin plats att ge en 5-dagars antibiotikakur (enligt resistensmönstret) närmast i diagnostiskt syfte; blev det ingen tydlig symptomlindring så är det ABU och då är blåsan, inte bakterier, huvudproblemet.

Uppmana barnet att kissa regelbundet 5–6 gånger per dag. Behandla misstänkt förstoppning.

### Remisskriterier

Följande grupper av barn med ABU ska diskuteras (telefonsamtal eller remiss) med barnläkare:

- Barn <3 år
- Barn med konsekvent växt av annan bakterie än E.coli. (utan upprepade antibiotikakurer som orsak till detta)
- Barn med subjektivt besvärande urinblåseproblem som kvarstår trots basala kissråd och trots behandling av eventuell förstoppning.

Vid behov av antibiotikabehandling av ABU-barn för andra åkommor välj i första hand Erytromycin för att rubba så lite som möjligt uretrala bakterie-floran.

Se bilaga 2 i [Urinvägsinfektioner, regionalt program](#).

### Sammanfattning av remisskriterier vid UVI

- UVI 0 – 2 år      Behandling/utredning/uppföljning – barnläkare
- Pyelonefrit  
2 – 6 år      Behandling läkare i primärvården + u-ljud remiss.  
Uppföljning barnläkare
- > 6 år      Behandling läkare i primärvården.  
Vid behov utredning/uppföljning barnläkare
- Cystit            Behandling läkare i primärvården.  
Utredning vid behov barnläkare

**Remissvarets innehåll**

- Bedömning utredningsresultat
- Planerad uppföljning och vem ansvarar för uppföljningen