

Funktionella buksmärtor hos barn – handläggning på en vårdcentral

ANAMNES OCH »PATIENTPEDAGOGISKA« DELAR KAN FÖRBÄTTRAS

Katja Sjöhag, specialist i allmänmedicin, Vårdcentralen Hökarängen; vid tiden för studien ST-läkare, Trollbäckens vårdcentral, Stockholm
 ● katja.sjohag@vchn.se

Agneta Uusijärvi, med dr, biträdande överläkare, Astrid Lindgrens barnsjukhus, Stockholm

Återkommande buksmärtor hos barn är en vanlig sökorsak i primärvården [1-4], och smärtdominerade funktionella mag-tarmsjukdomar är den vanligaste orsaken [2, 5]. Den sammanslagna prevalensen internationellt för funktionella buksmärtor hos barn visade sig i en nyligen gjord metaanalys [3] vara 13,5 procent. Ett regionalt vårdprogram ger evidensbaserade råd om hur detta vanliga pediatrika tillstånd ska handläggas [5].

Definitioner

De internationellt fastslagna Romkriterierna beskriver funktionella tillstånd i mag-tarmkanalen hos barn och ungdomar [6]. Dessa tillstånd delas in i tre huvudgrupper: 1) kräkningar/aerofagi, 2) buksmärtor och 3) förstoppning/avföringsinkontinens. Tillstånden med buksmärtor, FAPD (functional abdominal pain disorders), delas in i fyra undergrupper: funktionell dyspepsi (functional dyspepsia, FD), irriterbar tarm (irritable bowel syndrome, IBS), funktionell buksmärtor utan närmare specifikation (functional abdominal pain not otherwise specified, FAP-nos) samt bukmi-grän (Fakta 1) [5-7]. Funktionell dyspepsi ger postprandial fyllnadskänsla och smärta eller brännande känsla i epigastriet. Irriterbar tarm associeras med minskad smärta efter defekation eller besvär relaterade till förändring i avföringens konsistens. Funktionell buksmärtor utan närmare specifikation innebär buksmärtor eller obehagskänsla som inte enbart är relaterade till exempelvis menstruation eller matintag samt att kriterierna för irriterbar tarm eller funktionell dyspepsi inte uppfylls [6].

Patofysiologi

Funktionella mag-tarmsjukdomar har en multifaktoriell genes, där bidragande faktorer är genetik, avvikande motilitet, tarmflora [8], visceral hyperkänslighet och psykosociala faktorer [9]. Enligt teorin om tarm-hjärna-axeln (gut-brain axis) beror funktionella mag-tarmsjukdomar på en dysfunktionell central tolkning av signaler från mage-tarm [10, 11]. I en kohortstudie noterades ett tydligt samband mellan visceral hyperkänslighet och graden av funktionella mag-tarmsmärtor oberoende av samtidigt rapporterad depression och ångest [12].

Differentialdiagnostik

Viktiga differentialdiagnoser vid utredning av funktionella mag-tarmsjukdomar hos barn är celiaki, inflammatorisk tarmsjukdom (IBD) och komjolkproteinallergi [5]. Samexistens mellan organiska tillstånd och funktionella mag-tarmsjukdomar förekommer [6, 13].

IgA-antikroppar mot transglutaminas har hög sensitivitet och specificitet för celiaki, även hos de minsta barnen [14, 15]. Det finns dock inte stöd för rutinmässig provtagning avseende *Helicobacter pylori* i feces hos barn. Eradikeringsbehandling av *H. pylori* hos barn utan samtidig ulkussjukdom rekommenderas inte [16, 17]. Kliniskt betydelsefull primär laktosintolerans är ovanlig hos barn i Sverige. Vid symtom kopplade till mjölkintag är det i stället viktigt att utesluta sekundär laktosintolerans, som kan förekomma vid exempelvis inflammatorisk tarmsjukdom eller celiaki [18].

Handläggning

Det regionala vårdprogrammet lyfter fram fördelarna med en standardiserad handläggning. När barn med återkommande buksmärtor utreds och funktionell mag-tarmsjukdom misstänks bör anamnestagningen inledas med frågor om hur smärtorna påverkar livet samt vad barnet och föräldrarna oroar sig för. Alarm-signaler ska beaktas (Fakta 1). Misstanken om funktionell mag-tarmsjukdom kan med fördel förmedlas vid första besöket. En allmän statusbedömning, bedömning av tillväxtkurva och provtagning ingår. Provtagning inkluderar blodstatus, CRP eller SR, transglutaminasantikroppar och plasmaglukos eller urinsticka. Vid diarré eller mycket uttalade besvär rekommenderas även fekalt kalprotektin. Bilddiagnostik, provtagning för *H. pylori* och DNA-test för laktosintolerans rekommenderas inte primärt. Ett planerat återbesök förordas, helst hos samma läkare, för provsvar och genomgång av diagnoser [5].

Huvudhypotesen inför denna studie var att läkar-

HUVUDBUDSKAP

- Återkommande buksmärtor hos barn är vanliga och har i de flesta fall funktionell orsak. I ett regionalt vårdprogram finns förslag på handläggning.
- Denna journalstudie genomfördes vid Trollbäckens vårdcentral med syftet att utvärdera läkarnas följsamhet till vårdprogrammet.
- Avföringsanamnes dokumenterades ofta, och rekommenderad provtagning, såsom transglutaminasantikroppar och blodstatus, beställdes i hög grad.
- Vid 54 procent av konsultationerna hade läkaren dokumenterat att förklaringsmodeller kring funktionell genes givits.
- »Patientpedagogiska« delar i handläggningen kan förbättras.

FAKTA 1. Funktionell buksmärtor och alarmsignaler vid utredning

ROM IV-KRITERIER FÖR FUNKTIONELL BUKSMÄRTA, FAPD (FUNCTIONAL ABDOMINAL PAIN DISORDERS) Nedanstående gäller funktionell dyspepsi, irriterad tarm (IBS) och funktionell buksmärtor utan närmare specifikation. Även bukmigrän ingår i FAPD, men har annan frekvens och duration och är inte med i vårdprogrammet.

- Symtom på buksmärtor eller tidig mättnadskänsla ≥ 4 gånger/månad.
- Två månaders duration eller mer.
- Efter lämplig utvärdering kan symtomen inte förklaras med något annat medicinskt tillstånd.

ALARMSIGNALER

- Hereditet för IBD (inflammatorisk tarmsjukdom), celiaki eller ulkussjukdom
- Gastrointestinal blödning
- Nattlig värk/tarmtömning
- Ihållande kräkningar
- Ont eller svårt att svälja
- Ofrivillig vikttnedgång
- Avplanad längd- och/eller viktkurva
- Rikliga långvariga (> 2 veckor) diarréer
- Smärtlokalisering höger sida av buken
- Oklar feber eller artrit
- Försenad pubertet
- Perianala besvär

na på den undersökta vårdcentralen kände sig bekväma med handläggningen och sällan remitterade patienterna till pediatriker. Vi antog att följsamheten till vårdprogrammet varierade, men att en alarmsignal som dokumenterades särskilt var blod i avföring. Transglutaminasantikroppar misstänktes vara det vanligaste blodprovet. Mängden beställda bilddiagnostiska undersökningar antogs vara låg. I denna studie används begreppet patientpedagogiska kvalitetsmått, vilket inbegriper huruvida läkarna efterfrågade oro, hur smärtan påverkade vardagen, om den misstänkt funktionella genesen nämndes och om återbesök planerades in.

Syfte

Syftet med studien var att utvärdera primärvårdsläkarens följsamhet och dokumentation kring rekommenderad utredning i det regionala vårdprogrammet för barn med funktionella mag-tarmsjukdomar.

Frågeställningar

I hur stor andel av konsultationerna

- dokumenterade läkarna anamnesuppgifter om funktionsnedsättning och barns/föräldrars oro?
- dokumenterade läkarna en misstänkt funktionell orsak till smärtan?
- förekom planerat återbesök?
- följde läkarna den rekommenderade utredningen i det regionala vårdprogrammet när det gällde status, laboratoriediagnostik och granskning av tillväxt-

kurva, samt, om diarrédominerade besvär framkom, togs fekalt kalprotektin?

- framgick det i journalen om patienterna tillfrågats om hereditet, nattliga besvär, avföringskaraktär och perianala besvär?
- förskrevs läkemedel och i så fall vilka, samt framgick det i journalen om läkaren rekommenderat receptfria läkemedel?
- remitterades dessa patienter vidare för utredning och behandling till annan specialist?
- beställdes bilddiagnostik, DNA-test för laktosintolerans och/eller H pylori-diagnostik?
- förekom nya, oplanerade besök med samma söksak?

MATERIAL OCH METOD

Journalstudien genomfördes 2017 på Trollbäckens vårdcentral i Region Stockholm. Vårdcentralen hade vid studien 12 497 listade patienter, varav 25 procent var yngre än 18 år. På vårdcentralen arbetade 15 läkare (medelålder 47 år), varav 10 specialister i allmänmedicin och 5 utbildningsläkare. Åtta av läkarna var män och 11 var utbildade i Sverige. Fem av specialisterna hade 15–30 års erfarenhet i yrket. Det fanns inte någon uppdelning i specifika medicinska ansvarsområden mellan läkarna. CNI (Care need index), som är ett hjälpmedel där socioekonomiska förhållanden används för att identifiera risk för ohälsa, var vid tiden för studien 0,56. Värde under 1 indikerar lägre risk för ohälsa jämfört med genomsnittet i landet.

Studiepopulation

Inklusionskriterier:

- Patienter 4–17 år som besökt Trollbäckens vårdcentral under perioden 1 januari 2014–31 december 2016.
- Patienter diagnossatta enligt ICD 10-systemet med någon av 27 valda diagnoser som inbegrep buksmärtor, reflux eller avföringsrubbningsr.

Exklusionskriterier (vid manuell journalgenomgång):

- Patienter som var uppenbart felaktigt diagnossatta ($n = 4$).
- Patienter där smärta inte dokumenterats som ett av symtomen ($n = 17$).
- Patienter med buksmärtor som varat kortare tid än två månader ($n = 89$).
- Patienter som fått diagnos med strukturella eller biokemiska avvikelser ($n = 6$), varav två med inflammatorisk tarmsjukdom och två med celiaki, identifierades på grund av avvikande provsvar på vårdcentralen. Två patienter diagnostiserades med ulkus på specialistmottagning.

Vi identifierade 293 patienter som uppfyllde inklusionskriterierna. Vid journalgenomläsning exkluderades 116 patienter, och kvarvarande 177 utgjorde studiepopulationen. Kvalitetsmått hämtades manuellt ur patientjournalerna. Data presenterades i deskriptiv form.

Studien utgjorde ett kvalitetsförbättringsprojekt på vårdcentralen, inom ramen för ST i allmänmedicin.

RESULTAT

Studiepopulationen bestod av 177 patienter, 4–17 år gamla, varav 63 procent var flickor. Journaler från 15

TABELL 1. Följsamheten till vårdprogrammets kvalitetsmått.

Kvalitetsmått	Totalt (n = 177; medianålder 10 [4–17] år) n (%)	Flickor (n = 111; medianålder 9 [4–17] år) n (%)	Pojkar (n = 66; medianålder 11 [4–17] år) n (%)
Patientpedagogiska kvalitetsmått dokumenterade			
● Fråga om påverkan på vardag	50 (28)	28 (25)	22 (33)
● Fråga om oro	24 (14)	11 (10)	13 (20)
● Information om funktionell mag-tarm-sjukdom	95 (54)	64 (58)	31 (47)
● Planerat återbesök (medeltid 3,8 v)	31 (18)	23 (21)	8 (12)
Differentialdiagnostiska anamnesfrågor och status dokumenterade			
● Avföringsfrekvens/-karaktär	156 (88)	99 (89)	57 (86)
● Nattliga besvär	18 (10)	13 (12)	5 (8)
● Blod i avföring	62 (35)	38 (34)	24 (36)
● Hereditet	97 (55)	67 (60)	30 (45)
● Bukstatusundersökning genomförd	172 (97)	107 (96)	65 (98)
● Palpation per rectum/fråga om anala besvär	10 (6)	6 (5)	4 (6)
● Tillväxt efterfrågad	76 (43)	47 (42)	29 (44)
● Tillväxtkurva bedömd	14 (8)	9 (8)	5 (8)
Laboratorieprov			
● Blodstatus	126 (71)	82 (74)	44 (67)
● P-glukos eller urinsticka	91 (51)	62 (56)	29 (44)
● CRP eller SR	74 (42)	50 (45)	24 (36)
● Transglutaminasantikroppar	134 (76)	88 (79)	46 (70)
● F-kalprotektin ¹	23 (13)	10 (9)	13 (20)
● F-kalprotektin ej aktuellt ²	152 (86)	100 (90)	52 (79)

¹I 25 fall var diarré noterad, hos 23 av dessa togs F-kalprotektin
²Notering om diarré saknades i journal

läkare studerades och antalet patienter per läkare varierade mellan 3 och 24. I Tabell 1 presenteras följsamheten till vårdprogrammets kvalitetsmått. I Tabell 2 redovisas data kring utredningar och behandlingar utanför rekommenderad basutredning, förekomst av remiss till annan instans samt notering av nya besök med samma orsak. Läkemedel ordinerades till 44 procent av patienterna. Laxantia och protonpumpshämmare stod tillsammans för 93 procent av dessa. Medianåldern för patienterna som fått protonpumpshämmare (enbart eller i kombination med laxantia) var 15 år (spridning 9–17 år). För laxantia var medianåldern 9 år (spridning 4–17 år).

DISKUSSION

Vi har beskrivit allmänläkares följsamhet till vårdprogram för barn med misstänkt funktionell mag-tarm-sjukdom. Läkarna dokumenterade i hög grad barnens avföringsvanor och bukstatus och följde ofta rekommendationerna om vissa prov. Vi uppfattar remitteringsgraden till annan vårdgivare (22 procent) som låg och tror att den goda läkarbemanningen och flera erfarna allmänspecialister kan haft betydelse. Det

TABELL 2. Extrautredningar och läkemedel förskrivna eller rekommenderade enligt journal.

Extra utredning/behandling	Totalt (n = 177; medianålder 10 [4–17] år) n (%)	Flickor (n = 111; medianålder 9 [4–17] år) n (%)	Pojkar (n = 66; medianålder 11 [4–17] år) n (%)
Läkemedel förskrivet/rekommenderat	77 (44)	47 (42)	30 (45)
Bilddiagnostik beställd	6 (3)	2 (2)	4 (6)
Remiss till annan instans skickad	39 (22)	23 (21)	16 (24)
H pylori-diagnostik utförd	4 (2)	0 (0)	4 (6)
DNA-test laktosintolerans utförd	28 (16)	20 (18)	8 (12)
Nya besök med samma sökorsak	34 (19)	25 (23)	9 (14)

är emellertid oklart hur remitteringsgraden ser ut på andra vårdcentraler och för andra pediatrika tillstånd, varför bedömningen bör tolkas med försiktighet. Icke rekommenderad provtagning och utredning förekom i några enstaka procent av fallen, bortsett från DNA-test för laktosintolerans som beställdes hos 16 procent, vilket kan bero på bristande kunskap. Mindre än hälften av de granskade journalerna innehöll information om tillväxten, och någon rutin för att väga/mäta barn fanns inte på vårdcentralen. Anamnesfrågor om nattliga och perianala besvär dokumenterades sällan, vilket kan bero på att man i primärvården sällan ser barn med inflammatorisk tarmsjukdom, hos vilka dessa symtom förekommer oftare än hos friska [19]. Det saknas evidens för läkemedelsbehandling vid funktionella mag-tarmsjukdomar hos barn [20, 21], men omkring var tionde patient i denna studie fick recept eller noterad rekommendation om protonpumpshämmare. Då medianåldern hos dessa var högre än hos övriga tror vi att det ibland kan ha varit motiverat enligt modellen »testa och behandla« (test and treat), som används hos vuxna [22]. Huruvida läkaren hos dessa patienter benämnt besvären som reflux eller funktionell dyspepsi är okänt, då det faller utanför studien.

Anamnes och patientpedagogiska delar kan förbättras. Genom att be föräldrar att beställa tillväxtkurvan från BVC eller skolhälsovård inför återbesöket skulle man få tillgång till viktig och icke-invasiv medicinsk information. Barn med föräldrar som anser buksmärtna vara orsakade av en bakomliggande organisk sjukdom har visat sig ha sämre prognos än de vilkas föräldrar accepterat den biopskosociala förklaringsmodellen [23]. Därför anser vi att de patientpedagogiska kvalitetsmåten är viktiga.

Kvalitetsmått som rör läkarnas orsaksförklaring till buksmärtan, rekommendationer om läkemedel och dokumentation kring varningssignaler bör tolkas med försiktighet på grund av studiens retrospektiva upplägg. Enbart journalförd information kan tol-

kas, och kvalitetsmättet som rör beskrivning kring funktionella mag-tarmsjukdomar är särskilt svårtolkad då vi antog att många av läkarna inte använder detta begrepp. Förklaringsmodeller där läkaren inför patienten förklarar buksmärtan som normal fysiologi, psykosomatisk eller stressutlöst smärta har därför inkluderats i begreppet »information om funktionella mag-tarmsjukdomar«. Mått på provtagning, remiss och undersökningar är säkrare då dessa inbegriper objektiva mått. Journalgranskaren (KS) har själv arbetat på den aktuella vårdcentralen och på så vis granskat sitt eget och sina kollegors arbete, och denna studie får därför i första hand ses som ett kvalitetsarbete. Likväl är detta ett viktigt ämne som oss veterligen inte studerats på detta sätt tidigare.

För att förbättra rutinen vid handläggning av barn med funktionella mag-tarmsjukdomar på den aktuella vårdcentralen föreslår vi att ett frågeformulär med alarmsymtom och symtombeskrivning fylls i av förälder/barn inför besöket. Detta skulle kunna utarbetas av Barnläkarföreningen tillsammans med Svensk förening för allmänmedicin.

Fler studier av detta slag behövs inom primärvården, där många av dessa patienter söker för första gången. Att ta fram mätbara kvalitetsmått för handläggningen är ett sätt att öka kvaliteten. Vi tror också att studier kring utfallet av handläggning, där man följt vårdprogrammet, är viktiga för att kunna utvärdera dess effektivitet. Om kunskapen kring handläggningen av dessa patienter ökade, skulle sannolikt både samhällskostnader och onödigt lidande minskas. ○

- Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.
- Ola Olén har bidragit med stöd i arbetet med studien.

Citera som: *Läkartidningen. 2020;117:F3XH*

SUMMARY

Functional abdominal pain disorders in children. A retrospective study on adherence to regional guidelines

Background: Recurrent abdominal pain is highly prevalent in children. Functional abdominal pain disorders (FAPD) is the most common cause.

Aim: To investigate the adherence in a primary care setting to regional guidelines regarding children with recurrent abdominal pain.

Methods: Medical records 2014-2016 were analysed. Children aged 4-17 years who made a visit to their general practitioner due to abdominal pain were included. Patients with acute or non-functional pain were excluded.

Results: We identified 177 children. The physicians made notes about stool appearance in 88% of cases. Serum antibodies against transglutaminase were analysed in 76% and blood count in 71%. In 54% the physician provided information about FAPD, according to medical records.

Conclusions: The physicians seem to be aware of several diagnostic tools for ruling out other diagnoses, but improvements can be made in terms of communication about FAPD.

REFERENSER

1. BEACH Program, AIHW General Practice Statistics and Classification Unit. Presentations of abdominal pain in Australian general practice. *Aust Fam Physician*. 2004;33(12):968-9.
2. Levy RL, van Tilburg MA. Functional abdominal pain in childhood: background studies and recent research trends. *Pain Res Manag*. 2012;17(6):413-7.
3. Korterink JJ, Diederik K, Benninga MA, et al. Epidemiology of pediatric functional abdominal pain disorders: a meta-analysis. *PLoS One*. 2015;10(5):e0126982.
4. Gieteling MJ, Lissman-van Leeuwen Y, van der Wouden JC, et al. Childhood nonspecific abdominal pain in family practice: incidence, associated factors, and management. *Ann Fam Med*. 2011;9(4):337-43.
5. Olén O, Uusijärvi A, Grimheden P, et al. Regionalt vårdprogram. Smärtdominerade funktionella mag-tarmsjukdomar hos barn och ungdomar: Stockholm: Stockholms läns landsting; 2013.
6. Hyams JS, Di Lorenzo C, Saps M, et al. Functional disorders: children and adolescents. *Gastroenterology*. 2016;S0016-5085(16)00181-5.
7. Koppen IJ, Nurko S, Saps M, et al. The pediatric Rome IV criteria: what's new? *Expert Rev Gastroenterol Hepatol*. 2017;11(3):193-201.
8. Saulnier DM, Riehle K, Mistretta TA, et al. Gastrointestinal microbiome signatures of pediatric patients with irritable bowel syndrome. *Gastroenterology*. 2011;141(5):1782-91.
9. Hjertn A, Alfvén G, Östberg V. School stressors, psychological complaints and psychosomatic pain. *Acta Paediatr*. 2008;97(1):112-7.
10. Camilleri M, Di Lorenzo C. Brain-gut axis: from basic understanding to treatment of IBS and related disorders. *J Pediatr Gastroenterol Nutr*. 2012;54(4):446-53.
11. Van Ginkel R, Voskuil WP, Benninga MA, et al. Alterations in rectal sensitivity and motility in childhood irritable bowel syndrome. *Gastroenterology*. 2001;120(1):31-8.
12. Simrén M, Törnblom H, Pålsson OS, et al. Visceral hypersensitivity is associated with GI symptom severity in functional GI disorders: consistent findings from five different patient cohorts. *Gut*. 2018;67(2):255-62.
13. Saps M, Sansotta N, Bingham S, et al. Abdominal pain-associated functional gastrointestinal disorder prevalence in children and adolescents with celiac disease on gluten-free diet: a multinational study. *J Pediatr*. 2017;182:150-4.
14. Olen O, Gudjonsdottir AH, Browaldh L, et al. Antibodies against deamidated gliadin peptides and tissue transglutaminase for diagnosis of pediatric celiac disease. *J Pediatr Gastroenterol Nutr*. 2012;55(6):695-700.
15. Giersiepen K, Lelgemann M, Stuhlreher N, et al. Accuracy of diagnostic antibody tests for coeliac disease in children: summary of an evidence report. *J Pediatr Gastroenterol Nutr*. 2012;54(2):229-41.
16. Koletzko S, Jones NL, Goodman KJ, et al. H pylori Working Groups of ESPGHAN and NASPGHAN. Evidence-based guidelines from ESPGHAN and NASPGHAN for *Helicobacter pylori* infection in children. *J Pediatr Gastroenterol Nutr*. 2011;53(2):230-43.
17. Casswall T, Arnell H. Uppdaterade riktlinjer för handläggning av barn med *Helicobacter pylori*-infektion. Strategin »testa och behandla» rekommenderas inte för barn. *Läkartidningen*. 2018;115:EYVW.
18. Grimheden P, Anderlid BM, Gäfvels M, et al. Laktosintolerans hos barn är ett överdiagnostiserat tillstånd. *Läkartidningen*. 2012;109:218-21.
19. Essary B, Kim J, Anupindi S, et al. Pelvic MRI in children with Crohn disease and suspected perianal involvement. *Pediatr Radiol*. 2007;37(2):201-8.
20. Martin AE, Newlove-Delgado TV, Abbott RA, et al. Pharmacological interventions for recurrent abdominal pain in childhood. *Cochrane Database Syst Rev*. 2017;(3):CD010973.
21. Läkemedelsverket. Läkemedelsbehandling av långvarig smärta hos barn och vuxna - bakgrundsdokumentation. 2017. <https://www.lakemedelsverket.se/48d971/globalassets/dokument/behandling-och-forskrivning/behandlingsrekommendationer/bakgrundsdokumentation-lakemedel-langvarig-smarta.pdf>
22. Viss (Stockholms läns landsting); Ödman B. Dyspeptiska besvär och ulkussjukdom. <http://viss.nu/Handlaggning/Vardprogram/Mage-tarm/Dyspeptiska-besvar-och-ulkus-sjukdom/>
23. Crushell E, Rowland M, Doherty M, et al. Importance of parental conceptual model of illness in severe recurrent abdominal pain. *Pediatrics*. 2003;112(6 Pt 1):1368-72.