
Gastroøsofageal refluks hos barn

REDAKSJONELT

TROND MARKESTAD

Trond Markestad (f. 1945) er spesialist i barnesykdommer og tidligere professor ved Universitetet i Bergen. Han er nå kommunelege i Vestre Toten.

Kommunelegekontoret

Postboks 54

2831 Raufoss

Gastroøsofageal refluks har lenge vært et kjent, men relativt lite påaktet problem hos barn. Diagnostiske hjelpemidler som røntgen- eller ultralydundersøkelser, har lav sensitivitet og spesifisitet, og behandlingen har i stor grad vært diktert ut fra klinisk mistanke og med relativt enkle midler som hevet overkropp etter måltid, fortykking av melken, antacida, og de siste årene, cisaprid. Oppfatningen har vært at tilstanden med få unntak er en forbigående og relativt uskyldig plage, spesielt i spedbarnsalderen. En sjelden gang har plagene vært så alvorlige at kirurgisk inngrep har vært nødvendig. Men dette har stort sett vært barn med kjent risiko for alvorlig refluks sykdom, i første rekke barn med nevrologiske og nevrologiske sykdommer, med symptomer på alvorlig gastroøsofageal refluks og øsofagitt. Oesophagusstriktur er en kjent komplikasjon som barneleger har vært oppmerksomme på, men sjelden sett.

I løpet av de aller siste årene er imidlertid gastroøsofageal refluks blitt ett av de heteste temaene for mange medisinske spesialiteter som omfatter arbeid med barn. I tillegg til de klassiske følger har tilstanden nå fått skylden for blant annet spisevegring, kolikkliknende plager, apn^e og andre uklare nevrologiske fenomener, astma og gjentatte pneumonier, laryngitter og otitter. Bakgrunnen for denne oppmerksomheten er tekniske nyvinninger som muligheten for å måle graden av refluks med pH-elektrode i oesophagus, manometri og gastroskopiutstyr som egner seg for barn. Barn med en lang rekke symptomer har så vist seg å ha hyppigere og mer langvarige refluks episoder enn gjennomsnittet, og overraskende mange har tegn på øsofagitt ved inspeksjon eller i vevsbiopsier.

Diagnosen stilles ut fra symptomer kombinert med en økt refluksindeks, dvs. varighet av pH under 4,00 i nedre del av oesophagus, og antall og varighet av episoder med refluks. Men hva er normalt? Det er uklart hvor representative referansematerialene er, og reproduserbarheten er bare moderat god ved gjentatte pH-målinger hos samme barn (1). Er diagnosen egentlig forskjellig hos to barn der begge har samme type symptomer, men den ene har refluksindeks på 5 % og den andre på 20 %?

Ved luftveissykdommer har en stor andel av pasientene samtidig gastroøsofageal refluks bedømt ut fra en patologisk refluksindeks. For voksne astmatikere er det rapportert at opptil 80 % har samtidig refluks. Spørsmålet blir da om gastroøsofageal refluks bidrar til luftveissymptomene eller om det er sekundært til astmaplagene. Det er enkelte rapporter om at antirefluksbehandling kan bedre symptomene ved astma, men en fersk metaanalyse av dobbeltblinde kontrollerte undersøkelser viste ingen generell effekt av slik behandling (2). Antall behandlede pasienter var imidlertid lavt, og bare en av undersøkelsene handlet om barn.

Det er stor entusiasme for medisinsk behandling av gastroøsofageal refluks hos barn, men samtidig er det en påfallende mangel på kontrollerte behandlingsforsøk. Dette reflekteres også i to arbeider i dette nummer av Tidsskriftet (3, 4). Størdal og medarbeidere (3) rapporterer at 67 % av barna hadde meget god (19 %) eller tilfredsstillende (57 %) effekt av medisinsk behandling. Det er tvilsomt om dette resultatet er vesentlig bedre enn en forventet spontan bedring som følge av økende alder eller placeboeffekt. Symptomer forenlig med gastroøsofageal refluks er rapportert hos hele 23 % av barn ved seks måneders alder for deretter raskt å avta (5), og en fersk dobbeltblind undersøkelse viste ingen signifikant effekt av cisaprid (6).

Ingen av artiklene i dette nummer av Tidsskriftet gir konkrete anbefalinger for når det er indikasjon for utredning med tanke på gastroøsofageal refluks. Dorlöchter og medarbeidere påpeker en viss risiko for øsofagusstriktur dersom tilstanden oversees og ikke behandles. Imidlertid gir deres resultater ingen støtte for en aktiv holdning til utredning med tanke på å forhindre striktur. Mens gastroøsofageal refluks er vanlig i tidlig barnealder, er en etablert striktur svært sjelden. Ved å ekstrapolere resultatene fra helseregion Vest (4), vil i Norge to barn under 16 år utvikle striktur i løpet av året, og minst ett av disse vil ha grunnlidelser som disponerer for vedvarende refluks. Sannsynligheten for å utvikle striktur er derfor minimal med mindre symptomene er svært alvorlige og langvarige.

Verken indikasjonsstilling for utredning, tolking av funn eller behandlingsstrategier er etablert for mistenkt gastroøsofageal refluks hos barn. Foreløpig er det ingen grunn til å fylle ventelistene ved våre barneavdelinger med spedbarn som gulper og forbigående legger litt lite på seg, eller som har andre uklare, men moderate symptomer, for å få utført 24-timers pH-målinger. Spedbarn som viser god trivsel og normal vektøkning skal ikke ha noen behandling selv om de gulper mye. Ved moderate symptomer må det også være god praksis å forsøke behandling for formodet gastroøsofageal refluks med vanlige råd og eventuelt cisaprid i 6 – 8 uker ut fra klinisk mistanke, såfremt andre sykdommer med rimelig sikkerhet er utelukket ved en vanlig klinisk

vurdering. The North American Society for Pediatric Gastroenterology and Nutrition støtter en slik holdning og er i det hele tatt restriktiv når det gjelder å anbefale 24-timers pH-måling (7). Det har vært bekymring for at cisaprid kan utløse hjertearytmi. Cisaprid kan imidlertid trygt gis uten forundersøkelser dersom anbefalt dose ikke overskrides, barnet ikke har en akutt interkurrent sykdom eller en kjent hjertearytmi, eller dersom det ikke har forekommet plutselig uventet spedbarnsdød i nærmeste familie (8).

LITTERATUR

1. Mahajan L, Wyllie R, Oliva L, Balsells F, Steffen R, Kay M. Reproducibility of 24-hour intraesophageal pH-monitoring in pediatric patients. *Pediatrics* 1998; 101: 260 – 3.
2. Gibson PG, Henry RL, Coughlan JI. Interventions for gastroesophageal reflux in treating adults and children with asthma. *The Cochrane Library*, 1999, Issue 3. Oxford: Update Software, 1999.
3. Størdal K, Bentsen B, Skulstad H, Moum B. Reflukssykdom og 24-timers pH-måling i spiserøret hos barn *Tidsskr Nor Lægeforen* 2000; 120: 183 – 6.
4. Dorlöchter L, Kolsrud E, Olafsdottir E, Fluge G, Rosendahl K, Hatlebakk J. Oesophagusstriktur som komplikasjon til gastroesofageal reflux hos barn *Tidsskr Nor Lægeforen* 2000; 120: 187 – 9.
5. Nelson SP, Chen EH, Syniar GM, Christoffel KK. Prevalence of symptoms of gastroesophageal reflux during infancy. A pediatric practice-based survey. *Pediatric Practice Research Group. Arch Pediatr Adolesc Med* 1997; 151: 569 – 72.
6. Cohen RC, O’Loughlin EV, Davidson GP, Moore DJ, Lawrence DM. Cisapride in the control of symptoms in infants with gastroesophageal reflux: a randomized, double-blind, placebo-controlled trial. *J Pediatr* 1999; 134: 287 – 92.
7. Colletti RB, Christie DL, Orebstein SR. Indications for pediatric esophageal pH monitoring. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 1999; 21: 253 – 62.
8. Vandenplas Y, Belli DC, Benatar A, Cadranel S, Cucchiara S, Dupont C et al. The role of cisapride in the treatment of pediatric gastroesophageal reflux. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 1999; 28: 518 – 28.

Publisert: 30. januar 2000. *Tidsskr Nor Legeforen*.

© Tidsskrift for Den norske legeforening 2026. Lastet ned fra tidsskriftet.no 24. juni 2026.