

# Konservativ behandling vid neurogen tarmfunktionsstörning

*Gunilla Tibbelin*

Målet med behandlingen är att personen ska kunna tömma tarmen regelbundet vid ett socialt passande tillfälle och inte ha några läckage, samt att uppnå största möjliga åldersadekvata självständighet vid tömningen.

Förstoppning och avsaknad av tarm- och blåskontroll påverkar livskvaliteten negativt (Olsson et al 2007, Lie et al 1991). Ju äldre barnet blir desto större negativ inverkan har tarmläckaget på det sociala livet (Churchill et al 2001, Krogh et al 2003, Merenda et al 2004).

Att inte självständigt kunna tömma tarmen och förekomst av avföringsläckage försvårar frigörelseprocessen och utgör hinder i den sociala samvaron med kamrater (Krogh et al 2003, Lie 2003). Ett långsiktigt mål och av yttersta vikt för barnets/tonåringens emotionella hälsa och självkänsla är att finna goda tarmtömningsrutiner, där man kan vara så självständig som möjligt och att minimera avföringsinkontinens. Att etablera toaletterutiner tar tid och kräver individuella åtgärder. För att skapa goda toalettvanor och få ett välfungerande sätt att tömma tarmen krävs lyhördhet både för barnet och för familjen.

Hittills har man inte funnit någon tarmtömningsmetod lika enkel, effektiv och med så stor genomslagskraft som RIK haft för urinvägarna.

I följande text följer synpunkter på vad man bör tänka på för att få en så god funktion som möjligt av tarmen, behandling med tarmsköljning samt förbrukningsartiklar och hjälpmedel enligt klinisk erfarenhet. (För farmakologisk behandling, se "[Neurogen tarmfunktionsstörning](#)".)

## Nyföddhetsperioden

I nyföddhetsperioden och under tiden barnet ammas är det oftast inga problem med förstoppning, men det händer och skall tas om hand av person med erfarenhet av neurogen tarmfunktionsstörning hos barn. Hos en del spädbarn ses frekventa tarmtömningar och man får då vara uppmärksam med täta blöjbyten och förebygga sårig stjärt och kontamination av operationssår.

## Spädbarnsåret

Det är väsentligt att ställa riktade frågor gällande tarmfunktionen redan under barnets första levnadsår. Föräldrarna skall så tidigt som möjligt informeras om förstoppningsrisken och att de bör vara uppmärksamma på barnets avföringsmönster.

Vid övergången till fastare föda eller bröstmjölk ersättning blir avföringen oftast fastare och därmed svårare att få ut. Bifidus är en komplett modersmjölk ersättning, där en del av kolhydraterna består av laktulos, som stimulerar utvecklingen av bifidusbakterier i tarmen och har en mjukgörande effekt på avföringen (Lindberg 1996). Äter barnet välling kan man pröva att blanda Bifidus med vällingen alternativt, om barnet accepterar, byta ut hela mål.

Doseringen på vällingförpackningen skall följas eftersom för mycket pulver i förhållande till vattenmängd kan bidra till hård avföring. Kostråd så som katrinplommonpuré, en tesked messmör per dag i vällingen kan ha en mjukgörande effekt på avföringen. Alltför mycket mjölk och mjölkmat bör undvikas eftersom det har en stoppande effekt. Filmjölk och yoghurt är mindre stoppande än vanlig mjölk.

Ett sätt att underlätta för barnet att få ut avföringen, kan vara att föra benen upp mot magen och trycka dem lätt intill sidorna. Yttre stimulering runt anus kan ytterligare underlätta tömning. Regelbunden taktill stimulering eller babymassage över buken är ett utmärkt och dessutom behagligt sätt för såväl barn som förälder att underlätta tarmtömningen för barnet.

Ibland är det nödvändigt att komplettera med lavemang i form av klyksma, t. ex. Microlax<sup>®</sup>, Resulax<sup>®</sup> eller Klyx<sup>®</sup>.

## Småbarnsåren

I första hand skall man eftersträva vanlig ”potträning”, d.v.s. regelbundna försök till tarmtömning på potta eller toalett. Toalettbesöken bör förläggas till en lämplig tidpunkt strax efter intagen större måltid, för att utnyttja den gastro-coliska reflexen. Låt aldrig barnet sitta för länge på pottan/toan även om resultat uteblir.

Det är av största vikt att barnet har en trygg och avslappnad sittställning, men också har möjlighet till en aktivare, framåtlutat sits, för att lättare kunna trycka ut avföringen och räta ut vinkeln mellan rektum och analkanalen. Samarbete mellan uroterapeut och arbetsterapeut/sjukgymnast behövs ofta för att barnet ska få en så bra sittställning som möjligt.

Intresset för den egna kroppen och nya färdigheter ökar efter hand och barnet får erfarenhet från toaletttrutiner och blir delaktigt, vilket är ett viktigt steg mot framtida självständighet. Det är dessutom lättare att bajsas på potta/toalett än i blöjan sittande i rullstol.

Ofta är det nödvändigt att komplettera med klyσμα eller tarmsköljning med vatten. Att starta behandling med tarmsköljningar i tidig ålder kan vara en fördel med tanke på självständighetsträningen. Barnet lär sig tidigt att det är på detta sätt de tömmer sin tarm och man har tid att från början bygga upp delaktighet och medverkan från barnet.

## Skolbarnet

Ett nytt socialt nätverk i samband med skolstart ställer stora krav på att barnet har uppnått en så optimal kontinens som möjligt. En regelbunden tarmtömningsregim är därför nödvändig. Många barn/ungdomar och föräldrar vittnar om att avföringsläckage lett till kamratproblem, mobbning och social isolering.

Ökad kunskap om kroppen generellt och i detta sammanhang om tarmdysfunktionen, ger barnet en större insikt om sin funktionsnedsättning och kan vara en motivation till större delaktighet. Informationen skall vara åldersadekvat och hänsyn måste tas till barnets kognitiva förmåga. Generellt gäller att en regelbunden tarmtömningsregim, allsidig kost på regelbundna tider, rikligt vätskeintag och fysisk aktivitet ger en så god tarmfunktion som möjligt är.

Om möjligt skall läkemedel som framkallar förstoppning seponeras. Kostens sammansättning har stor betydelse för tarminnehållets passage genom tarmsystemet. Både för lite och för mycket fibrer kan påverka tarmfunktionen negativt. För lite fibrer ger inte tillräcklig fyllnad för att kunna transportera fram innehållet och kan då lätt ge upphov till obstipation, medan för mycket fibrer, speciellt i samband med lite dryck, kan orsaka gaser, smärttillstånd, diarré och förstoppning. Barn med ryggmärgsbråck behöver oftast prova sig fram till vad de mår bra av att äta.

Om barnet dricker dåligt blir avföringen hård och torr och får därmed svårt att passera genom tarmen. Rädsla för urinläckage, nedsatt initiativförmåga, svårigheter att se orsakssamband gör att många barn med ryggmärgsbråck har ett lågt vätskeintag.

Fysisk aktivitet befrämjar tarmfunktionen. Om barnet har en låg egen aktivitet är det väsentligt att tillsammans med barn, föräldrar, sjukgymnast, skola/fritid hitta sätt där barnet får en ökad daglig rörelseaktivitet.

Det är viktigt att vara uppmärksam på den psykiska och fysiska miljön kring barnet. Toalett miljön skall vara lugn och trevlig och barnet skall inte ha tidspress på sig. Sittställningen skall vara så att barnet känner sig trygg och säker samt kunna ha händerna fria. Barnets fysiska förutsättningar bedöms tillsammans med arbetsterapeut/sjukgymnast. Kan barnet t.ex. själv förflytta sig över till toaletten, klara av- och påklädning samt övriga ADL-

funktioner? Vissa moment kan kanske förbättras genom träning. Behöver barnet ytterligare hjälpmedel för att klara toasituationen, behövs bostadsanpassning? Hur ser toaletsituationen ut på dagis, fritis och i skolan? Målet skall hela tiden vara inställt på att barnet ska bli så självständigt som möjligt i toasituationen. Varje moment man själv klarar av stärker självkänslan och är ett steg mot att kunna bli oberoende av föräldrarna. Förväntningar från föräldrarna att barnet kan utföra många moment samt mycket uppmuntran är av stor betydelse.

## Tonåringen

Under tonårsperioden förväntas de flesta ungdomar uppnå en ökad självständighet och frigörelse från föräldrarna. De ska ha större ansvar för sin egenvård, vilket å andra sidan kan medföra risk för att goda inarbetade vanor bryts. Av erfarenhet vet vi att många ungdomar med ryggmärgsbråck fortfarande är beroende av sina föräldrar för tarmtömning, vilket försvårar deras sociala liv, t. ex. att kunna åka på läger. Vissa vill inte ha hjälp av andra än sina föräldrar, som har hjälpt dem hela livet, med denna privatsak.

Det är således av största betydelse att redan från tidiga år låta barnet vara delaktigt i tarmtömningsproceduren, stötta och uppmuntra. Barnet utvecklar största möjliga självständighet och oberoende vid toalettbesöket genom att barnet får delmoment att ansvara för och när detta delmoment är automatiserat höjer man ribban lite till med ytterligare delmoment.

I det salutogena perspektivet betonas "känslan av sammanhang" som bygger på begreppen begriplighet, hanterbarhet och meningsfullhet (Antonovsky 1991). Kunskap om funktionsnedsättningen, dess konsekvenser och hur den kan hanteras, skapar struktur och säkerhet. Ungdomarna skall förstå bakgrunden till problemen i sin livssituation. Har de denna kunskap och insikt är det lättare att bli motiverad och ta till sig strategier för att hantera problem och lära sig leva med de livsvillkor som funktionsnedsättningen medför. De skall känna att det finns resurser till deras förfogande som gör situationen hanterbar. Toaletterutiner tar tid att etablera och varje barn är unikt!

## Behandling med tarmsköljning

Tarmtömning genom att skölja tarmen med vatten är en effektiv metod för behandling av förstoppning och avföringsinkontinens hos barn med neurogen tarmfunktionsstörning (vattenlavemang, irrigation). Metoden är väl beprövad och har använts under många år både i Sverige och utomlands (Krogh et al 2003, Eire et al 1998, Mattsson & Gladh 2006). En effektiv tömning förhindrar avföringsläckage mellan tarmsköljningarna och man kan ha kontroll över tid och plats för att tömma tarmen. Regelmässiga tömningar var till varannan eller var tredje dag är nödvändiga för att behandlingen skall vara effektiv.

Tarmsköljningen kan göras uppifrån (antegrad irrigation) via tarmstomi, t ex MACE, Malone Antegrade Colon Enema, eller nedifrån (retrograd irrigation) lavemang via rektum, ibland även kallad transrektal irrigation, TRI. Vattenlavemanget ges antingen via en kon, en rektalkateter eller en rektalkateter med uppblåsbar ballong som kopplas till ett lavemangssat bestående av påse och slang. Lavemangspåsen fylls med vanligt kranvatten som skall vara ljummet. Enligt senare undersökningar är det ej nödvändigt med tillsats av salt till vattnet (Mattsson & Gladh 2006). Vattenmängden varierar, här måste man prova sig fram! Ett riktmärke att gå efter är 20 ml/kg kroppsvikt. För små barn som behöver använda någon form av lavemang används vanligen Resulax<sup>®</sup> eller Klyx<sup>®</sup> eller att vattnet administreras med en rektalsond/kateter.

Tarmsköljningen utförs med barnet sittande på toaletten. Glidslem appliceras på konen eller katetern som försiktigt förs in i analöppningen, antingen framifrån eller bakifrån. När ballongkateter används förs den in och blåses sedan upp till en på förhand bestämd storlek, vilken kan behöva modifieras efterhand. Vattenpåsen behöver hänga på minst en meters höjd ovanför toaletten. Reglage för vattenflödet finns på slangen. Vattnet administreras under ett par, upp till några minuter. Det avgörande är att det känns bra för barnet.

När vattnet är instillerat tömmer ballongkatetern på luft och tas bort. Används kon är det oftast en fördel att hålla kvar den en stund innan den avlägsnas för att uppnå bättre tömningsresultat. Även här gäller det att prova sig fram för att se vad som är mest effektivt för det individuella barnet. Barnet behöver sedan sitta kvar på toaletten för att tömma tarmen på fekalier och vatten. Tiden för detta är högst individuell, variationer ses mellan 10 minuter upp till en timme.

En variant på ovanstående sätt att administrera vattenlavemanget är att låta ca 200 – 300 ml vatten rinna in i omgångar och att man tar ut konen/rektalkatetern dessemellan. Barnet skall då försöka krysta ut den instillerade mängden samt medföljande fekalier och man upprepar sedan proceduren under några omgångar (Willis 1992). Detta sätt är ofta effektivt, speciellt då det finns mycket fekalier i tarmen. Låter man hela vattenmängden gå in på en gång kan det spänna och göra ont i magen.

Ett problem med tarmsköljningsbehandling är att det är tidskrävande och skall utföras dagligen eller flera dagar i veckan. Det är därför viktigt att stötta och försöka hitta en så effektiv metod som möjligt. Ibland behövs alternativa sätt att genomföra tarmsköljningen (Se ”[Kirurgi vid neurogen tarmfunktionsstörning](#)”)

Erfarenhetsmässigt vet vi att det är svårare och tar längre tid att bli självständig med tarmsköljning än med RIK. Situationen ställer stora krav på omgivning och miljö för att barnet skall kunna kompensera för grov- och/eller finmotoriska problem samt eventuella kognitiva och perceptuella

funktionsnedsättningar. I de flesta fall behövs utredning av ett regionalt multidisciplinärt MMC-team.

### Förbrukningsartiklar och hjälpmedel

Enligt Hälso- och sjukvårdslagen 1982:763 § 3d kan förbrukningsartiklar som behövs vid urininkontinens, urinretention eller tarminkontinens förskrivas till den som har fortlöpande behov därav. Sedan 1997-01-01 har landstingen tagit över ansvaret för det kostnadsfria sortimentet både vad gäller upphandling, distribution och ekonomi vilket innebär att sortimentet ser olika ut över landet.

Irrigationshjälpmedel är framtagna för irrigation via stomi, men ”start-set” används vid tarmsköljning. Här ingår vattenpåse, slang med reglage och kon. Konen kan också beställas separat.

Ballongkatetrar finns att beställa via företag och till dem kopplas en lavemangspåse som beställs separat. En 60 ml spruta används för att blåsa upp ballongen.

Lavemangsset som har en vattenpåse som står på golvet finns, (Peristeen®). Man pumpar upp ett övertryck som gör att vattnet rinner in i tarmen via en rektalkateter med uppblåsbar ballong. Vattenpåse, slangset och rektalkatetrar kan beställas var för sig.

Analpropp kan hjälpa en del barn vid soilingbesvär (Sanchez et al 1992, Norton & Kamm 2001). Proppen är inkapslad i en genomskinlig film. Applicerar man en klick glidslem på proppen blir införingen lätt och skonsam. Filmen löses upp när den kommer i kontakt med värme och fukt från tarmen. Proppen utvidgar sig och formar sig efter tarmväggen och fungerar bäst om tarmen är tömd.

Utprovning av storlek och användarinstruktion ska föregå förskrivning. Kan sitta i upp till 12 timmar, används ibland i vissa situationer som t ex vid bad.

Inkontinensskydd finns i många olika utföranden och storlekar och skall provas ut individuellt. Det finns ett skydd med kolfilter speciellt anpassat för mindre avföringsläckage som eliminerar lukt. Fixeras i tätt sittande trosa eller fixeringsbyxa.

Anpassad toaletsits (Toaletsitsen”Katten” Handinnova AB), som egentligen är framtagen som hjälpmedel vid RIK, ren intermitterande katetrisering, behövs för att en del barn skall kunna sitta tryggt på toaletten och kunna ha sina händer fria.

Barn med ryggmärgsbråck som har grovmotoriska bekymmer har ofta en nedsatt balans och upplever osäkerhet vid lägesförändringar. Det krävs

också god åtkomlighet i samband med tarmsköljning för barnet och/eller föräldern, inte minst ur ergonomisk synvinkel, så att den som assisterar barnet har utrymme och bra ”arbetsställning”, förslagsvis använda rull-pall att sitta på.

## Referenser

Antonovsky A. Hälsans mysterium. Natur och Kultur 1991

Churchill BM, Abrahamsson RP, Wahl EF. Dysfunction of the lower urinary and distal gastrointestinal tracts in pediatric patients with known spinal cord problems. *Pediatr Clin North Am* 2001;48:1587-630

Eire PF, Cives RV, Gago MC. Fecal incontinence in children with spina bifida: the best conservative treatment. *Spinal Cord* 1998; 36:774-6

Krogh K, Lie HR, Bilenberg N, Laurberg S. Bowelfunction in Danish children with myelomeningocele. *APMIS Suppl.* 2003;109:81-5

Lie HR, Lagergren J, Rasmussen F, et al. Bowel and bladder control of children with myelomeningocele. A Nordic study. *Dev Med Child Neurol.* 1991; 33:1053-61

Lie H. Is incontinence of importance for the participation of mainstreamed schoolchildren with myelomeningocele. *Dev Med Child Neurol* 2003; 45; Suppl 97:12

Lindberg T. Barnets normala uppfödning. Studentlitteratur 1996

Mattsson S, Gladh G. Tap-water enema for children with myelomeningocele and neurogenic bladder and bowel dysfunction. *Acta Paediatr*, 2006; 95:369-74

Merenda L, Brown JP. Bladder and bowel management for the child with spinal cord dysfunction. *Spinal Cord Med.* 2004; 27 Suppl 1:16-23

Norton C, Kamm MA. Analplug for faecal incontinence. *Colorectal Dis* 2001; 3:323-7

Olsson I, Dahl M, Mattsson S, Wendelius M, Åström E, Westbom L. Medical problems in adolescents with myelomeningocele (MMC): an inventory of the Swedish MMC population born during 1986-1989. *Acta Paediatr* 2007; 96:446-9

Sanchez MR, Barrientos FG, Arrojo VF, Vazques EJJ. The anal plug in the treatment of faecal incontinence in myelomeningocele patients; results of the first clinical trial. *An Esp Pediatr* 1992; 51:489-92

Willis R. A nurse's invention teaches bowel control. *The Australian Journal* 1992; 21:16-17

**Skicka gärna synpunkter** och förbättringsförslag till redaktörerna/  
[ingrid.b.olsson@vgregion.se](mailto:ingrid.b.olsson@vgregion.se) inför kommande revideringar