

# Velkommen

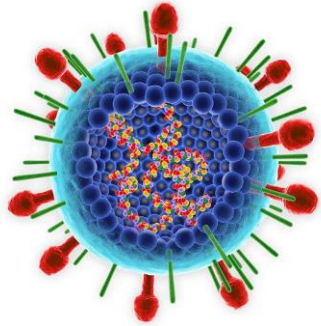
---

SNOT OG HVÆS

BØRN OG UNGE

ESBJERG SYGEHUS GRINDSTED SYGEHUS





# RSV hos børn

---

GIEDRE BØTTCHER

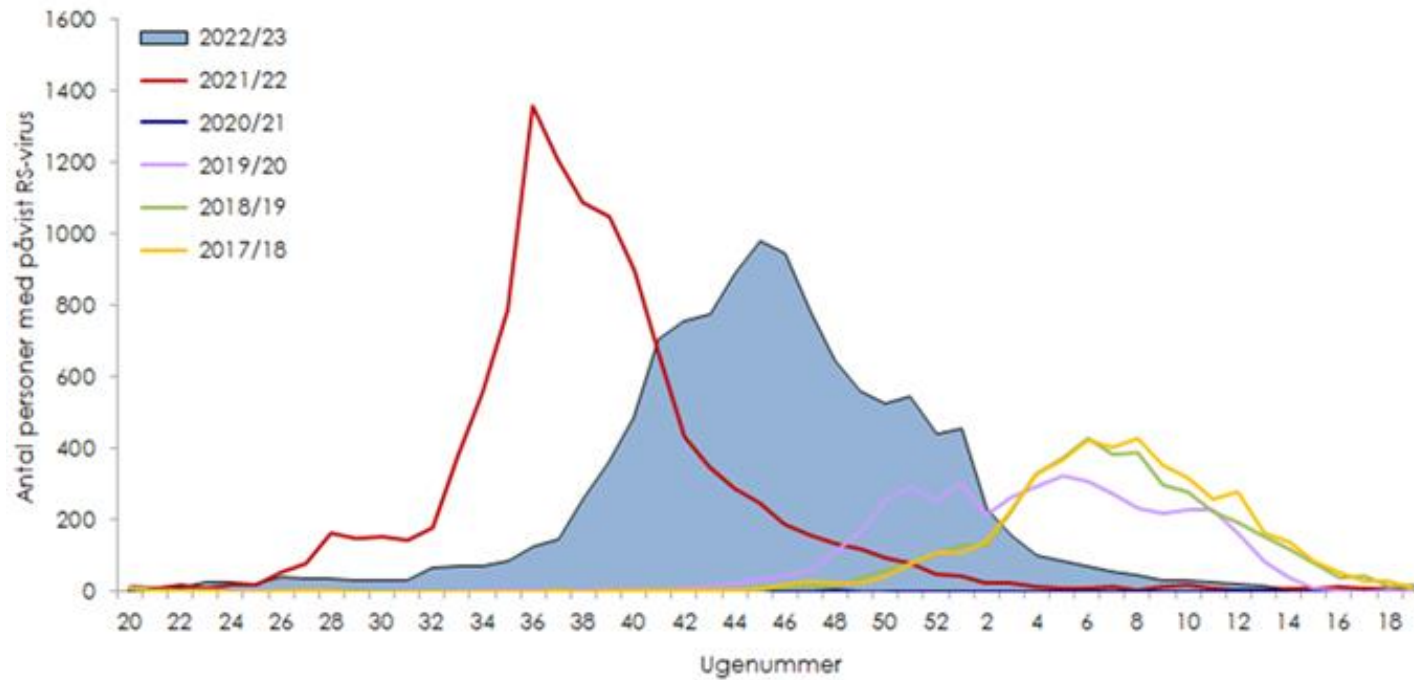
2023

- Paramyxoviridae familie RNA, findes type A og B.
- Smitter gennem nys, hoste og ved direkte kontakt på overfald osv. – dråbesmitte.
- En forkølelsvirus, som hos spædbørn kan medføre respiratoriske problemer.
- Rammer mest børn mellem 0- 3 måneder, men langt fra alle børn bliver alvorligt syge
- Ca 3 % af spædbørn bliver indlagt
- Bronkiolit – hvæsende, besværet vejrtrækning, slapt eller meget uroligt barn, kan ikke spise (mangler luft gennem næsen), udtrætning, apnø.
- Inkubation 2-8 dage
- Større børn – bare snot
- Symptomerne varer 2-3 uger, man er smitsom typisk 1 uge.



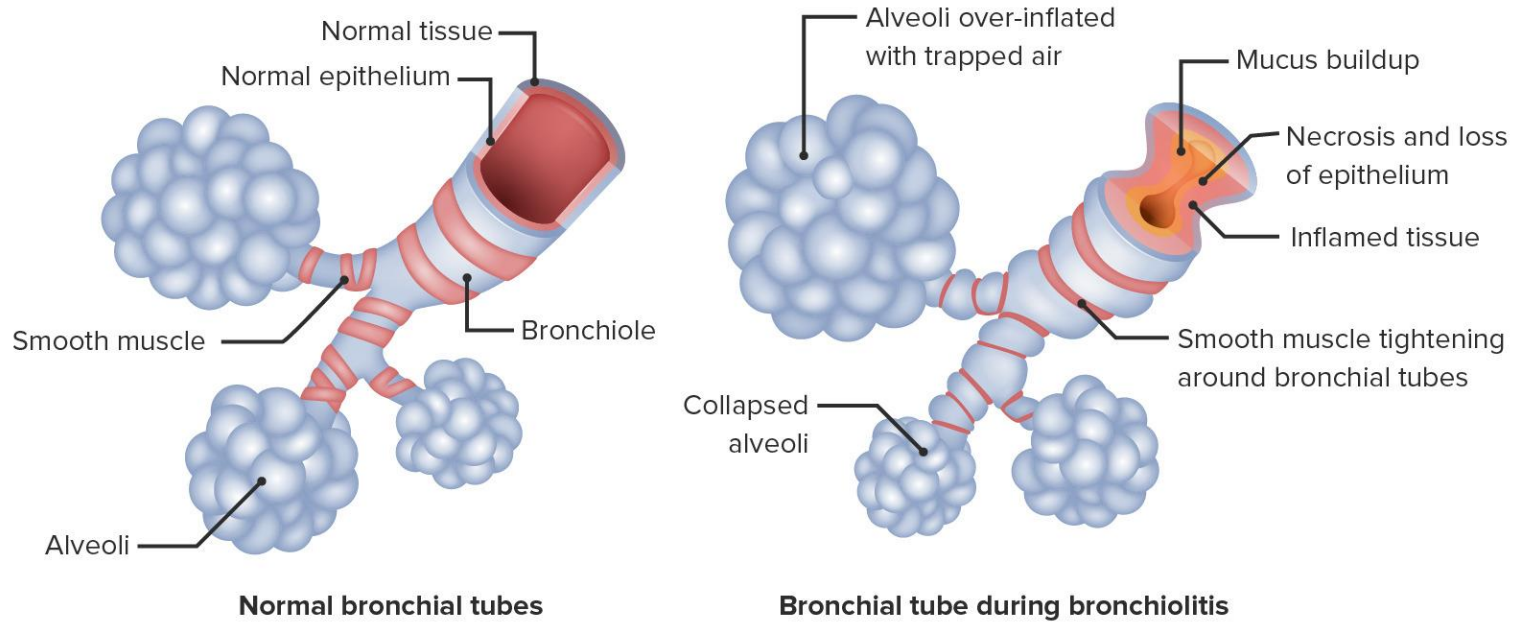
- Sæson: indtil 2021 december-marts, siden – betydelig stigning udenfor sæson i alle lande.
- I 2023 forventes at vende tilbage til ”det normale” – ERS kongres 2023

Figur 2. Laboratoriepåviste tilfælde af RS-virus i denne og fem foregående sæsoner



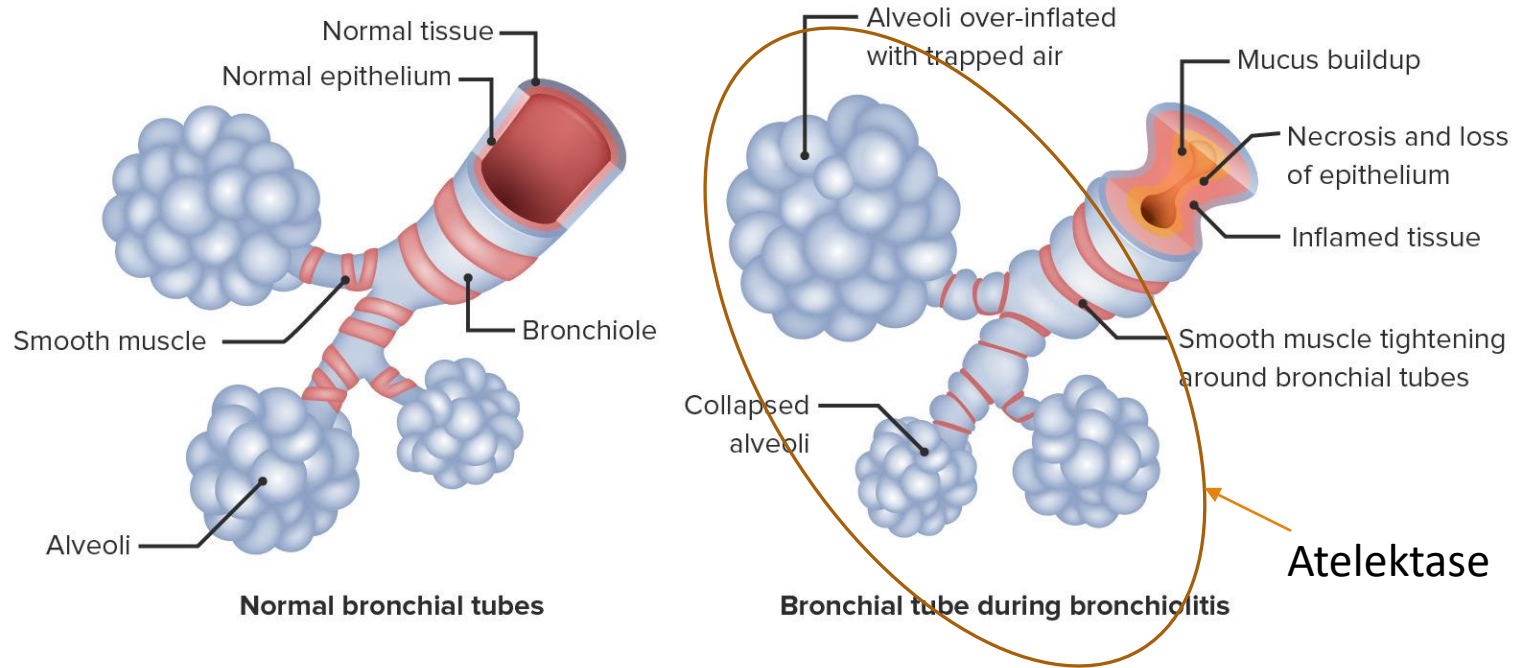
- Bronkiolit

### Bronchiolitis pathophysiology

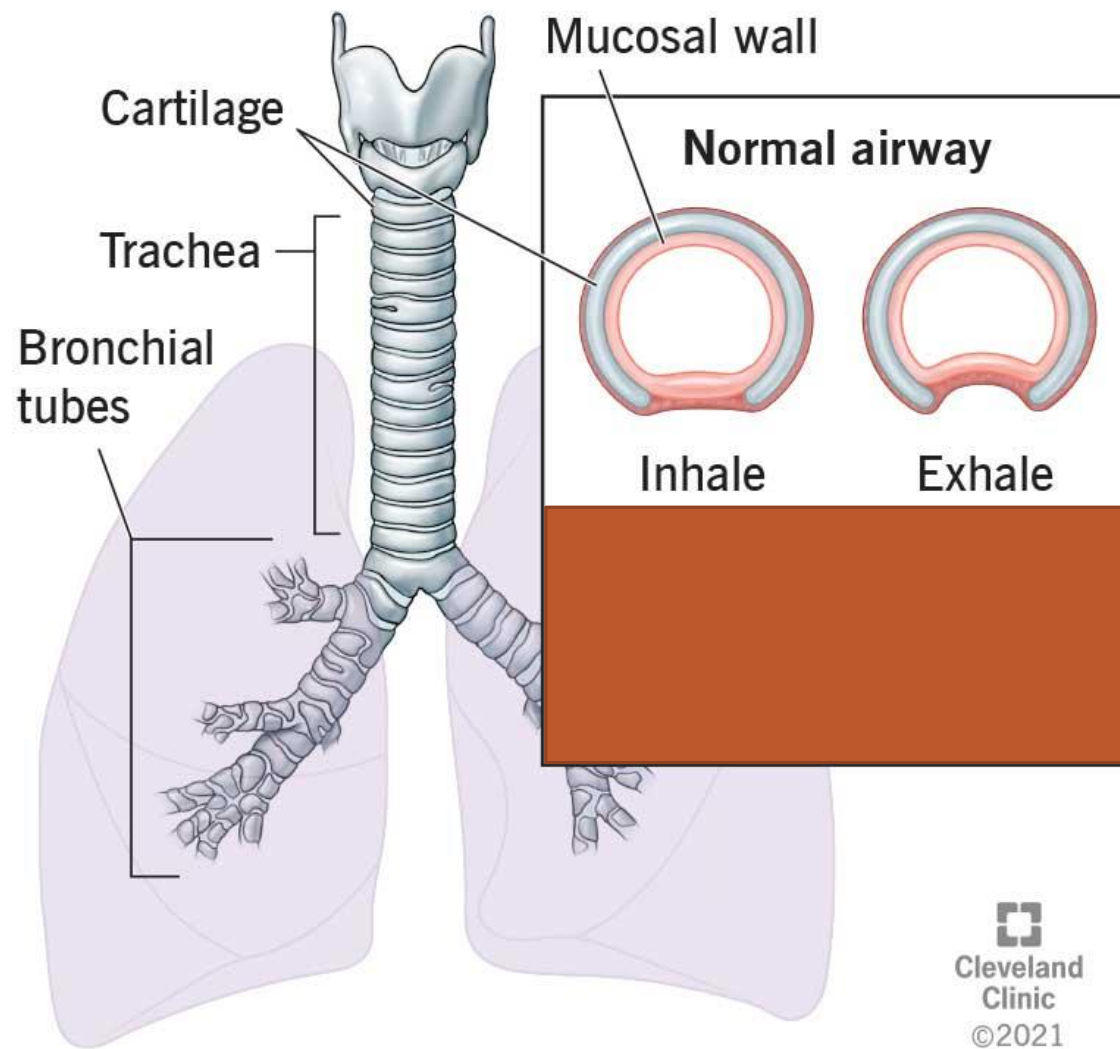
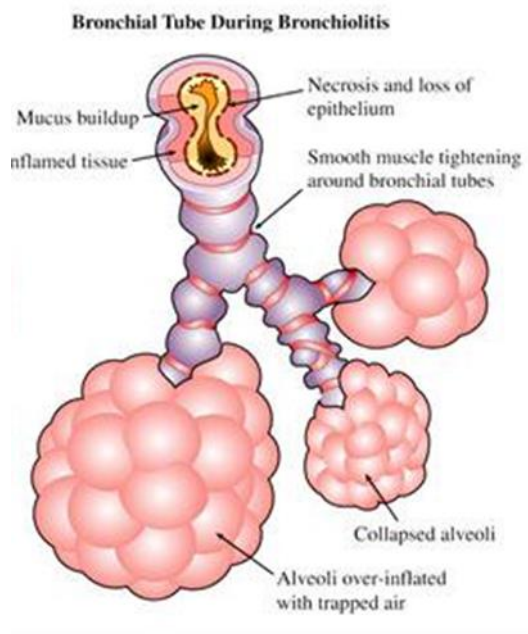


- Bronkiolit

### Bronchiolitis pathophysiology



- Atelekstaser kan kun påvises ved rtg
- Lav SAT



- <https://www.youtube.com/shorts/cju7gFDaca8>

- <https://www.youtube.com/shorts/LMsVmbI7fXc>





- **Behandling i hjemmet:**

- Smertestillende fast i nogle dage

- Saltvandsskylning i næsen (ikke dråber!) – 0,5 ml i hvert næsebor så hyppigt som muligt: før måltider, efter måltider, før søvn, efter søvn.

- Hyppigere måltider

- Vi anbefaler ikke at suge i næsen – producerer mere sekret



- Hvornår skal barnet indlægges?
- Sover meget, spiser ikke
- Indtrækninger, tachypnø (>70/min)
- Bleg, marmoreret baby
- Apnø (op til 10 sek apnø er normalt hos babyer)
- Spil af alae nasi
- Andet, der bekymrer lægen 😊

- Hvad gør vi?

- I modtagelsen: saltvandsskylning, saltvandsinhalationer, smertestillende.
- Svælgpodning, SAT måling
- Evt rtg af thorax – atelektaser kan ikke høres



- Ilt - NHFO(nasal high flow oxygen)



- Ingen tryk i luftveje, kun flow af varm og fugtig ilt



- CPAP
- Jo mindre barn, des større risiko for underbehandling i Optiflow eller inhalationer alene.
- CPAP – kontinuerligt tryk i luftveje, som åbner/holder dem åbne
- EFFEKTIVT

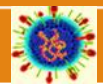
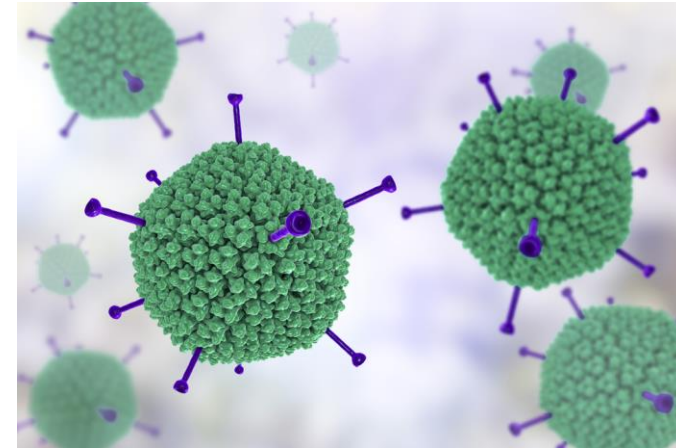
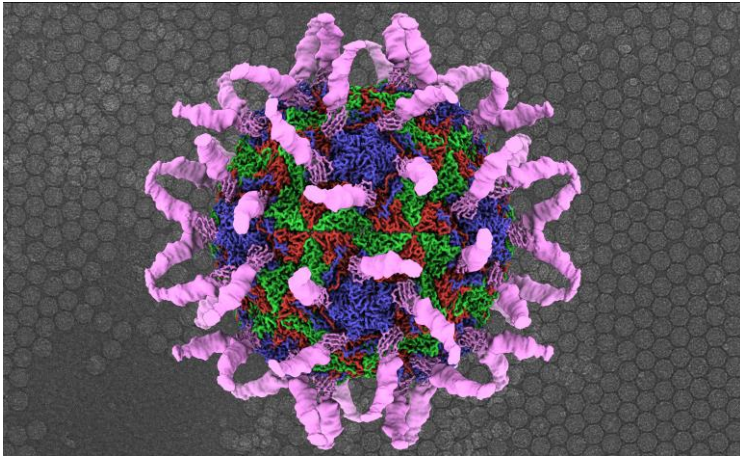


- Behandlingsvarighed varierer meget
- Udskrives, når de kan spise selv (ikke på sonde), har normal respirationsfrekvens og familien er tryk.
- Følge/mén
  - Som regel ingen, men nogle børn udvikler noget, der ligner astmatisk bronkit, men ofte er beta2agonist resistent
  - Nogle få udvikler bronchiektasier

RSV vaccine er godkendt i Europa, er ankommet til DK, men kun til personer >60 år... (endnu)  
Hvis man kunne vaccinere gravide, så børnene var beskyttede...



- Rhinovirus/adenovirus – kan være meget værre end RSV 😊
- Giver oftere kroniske forandringer i luftveje – hyperreaktivitet og brochiektasier.



# Tak for opmærksomheden!

SPØRGSMÅL?

---





# Visitation og behandling

---



# Behandling af luftvejssyge børn

---

RSV MISTANKE

ASTMATISK BRONCHIT

PSEUDOCROUP

# Hvordan lyder et luftvejssygt barn?

---

## Astmatisk

- Hvæsende, forlænget expir

## Pseudocroup

- Inspiratorisk stridor
- Søløvehoste

## Pneumoni

- Stødende vejrtrækning (obs kan også være ubehag)

## Snotitis

- Boblende lyd på in- og expirationen

# Astmatisk bronchit

---

## Symptomer

- Hvæsende vejrtrækning
- indtrækninger
- Rhonchi på stetoskopien
- Forlænget expir

Ikke at forveksle med pseudocroup, pneumoni, eller snottitis

# Astmatisk bronchit

---

Nyt navn? – småbørns astma

Astmasymptomer hos børn under 3-4 år, med samtidig infektion

Behandling: beta2, beta2, beta2!

- Korrekt administreret - altid på spacer.

Langtidsbehandling: Flixotide 125 µg x 2.

- Tommelfingerregel: Vedvarende beta2 behov (småbørnsastma)
- eller 2 episoder med beta2-behov pr måned.

# SPACER med korrekt medicin

---

Airomir og Flixotide passer ikke sammen – den ene er rund, den anden firkantet – det ødelægger/udvider spacerens åbning. Kombination skal altid være Ventoline + Flixotide



# Pseudocroup og RO

---

Symptomer:

Søløvehoste

Inspiratorisk stridor

Indtrækninger

Ængstelig barn

Så få undersøgelser som muligt

- Gråd forværrer

# Pseudocroup

---

Kolde luft

- Men husk barnet skal fortsat være varmt

Siddende position

Ro

Kolde drikke (vand, saft)

Is

# Pseudocroup og den "orange medicin"

---

Der kan ikke anvendes inhalationssteroid fra spray

- Wales D, Makker H, Kane J, McDowell P, O'Driscoll BR. Systemic bioavailability and potency of high-dose inhaled corticosteroids: a comparison of four inhaler devices and three drugs in healthy adult volunteers. *Chest*. 1999 May;115(5):1278-84. doi: 10.1378/chest.115.5.1278. PMID: 10334140.





# Visitation af børn

---

# Hvad er der behov for?

Indlægges	Overvej indlæggelse	Behandles hjemme
Respirationsstop	Respirationsfrekvens >60	Snottet spædb
Svære indtrækninger	Barn under 3 mdr med feber	

# Ind eller blive hjemme? Infektionsbørn

---

Spædbørn med feber? (0-3 måneder obs)

Indtrækninger?

Pseudocroup?

Manglende fødeindtag?

Febrile UVI? UVI?

# Visitation af andre patienter

---

## Akut:

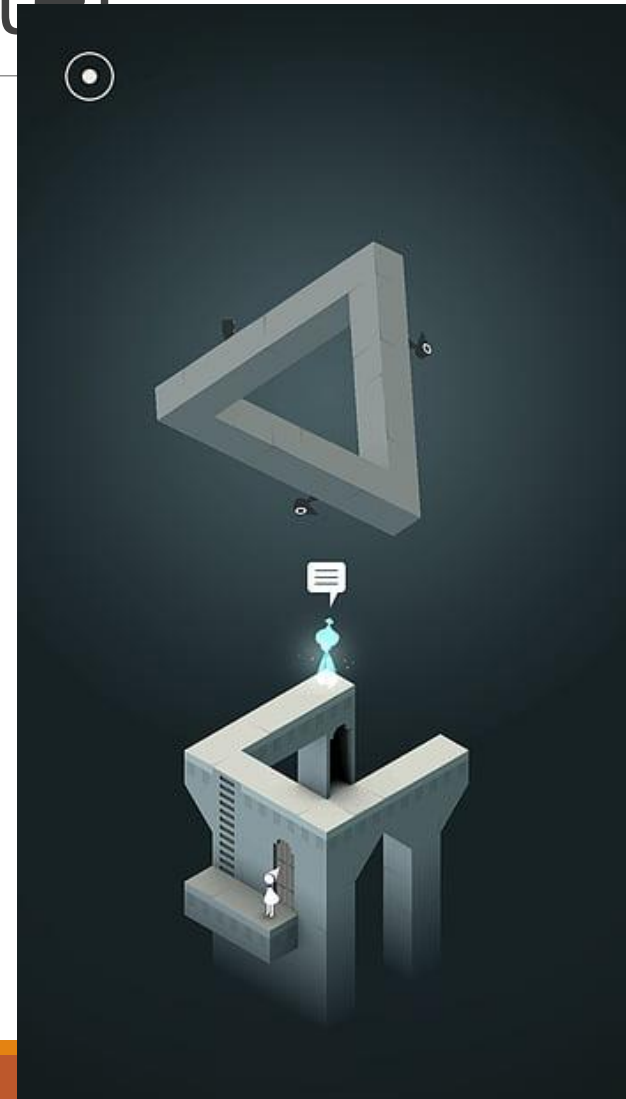
- Diabetes
- Cancermistanke
- Hæmaturi
- Artrit og feber
- Akut hovedpine med udfald

# Visitation af andre patienter

---

## Akut:

- Diabetes
  - Cancermistanke
  - Hæmaturi
  - Artrit og feber
  - Akut hovedpine med udfald
- 
- Når det hele bare er for mærkeligt



# Ambulant visitation

---

---

## **Adipositas ambulatoriet:**

Det skal af henvisningen fremgå:

Hvad barnets højde, vægt og BMI er på henvisningstidspunktet.

Hvorvidt barnet og forældrene er indstillede på at ville arbejde på ændret livsstil. Om forældrene er informerede om forløbet i ambulatorium.

Såfremt ovenstående ikke fremgår, skal henvisning afvises med forklaring om, hvad der mangler.

Børn med mistanke om simpel adipositas visiteres til behandling (AFV01E1) - kan ses indenfor 2 måneder.

Børn under 3 år eller børn, hvor der er mistanke om underliggende sygdom visiteres til udredning (AFV01A1).

## **Almen ambulatoriet**

Børn med mistanke om hofteklik, skal ses i amb 30 minutter til obj undersøgelse af hofterne. Ved fortsat mistanke til hofteklik henvises direkte til børneortopædkirurger på OUH.

---

Børn med lipotymi kan ses af alle læger. Hvis anfaldet er opstået under fysisk anstrengelse, skal der eventuelt laves akut (inden for 2 uger) kardiologisk udredning.

Børn med tilfældigt fundet hjertemislyd ses indenfor 30 dage, 30 minutter- obs ny vejledning på DPS hjemmeside.



## Astma- og allergi team

### Astma

•Småbørn (under 3 år) med rallen og hoste ved ØLI – behandles med Ventoline pn., evt. Flixotide i 3 måneder som forsøg hos egen læge. Kan henvises, hvis der fortsat er symptomer eller hvis de derefter ønskes vurderet.

Forslag til afvisningstekst:

*Kære kollega, tak for henvisningen af ovenstående patient. Din patient er så ung, at der ikke kan laves nogen undersøgelser endnu. Først skal man afprøve Ventoline aerosol 0,1 mg som p.n. medicin (op til 8 gange dagligt). Hvis forbruget er højt og med god effekt, anbefaler vi behandlingsforsøg med Flixotide 125 ug 1 pust 2 gange daglig via spacer. Som spacer anbefaler vi optichamber diamond. Hvis der efter tre måneder fortsat er symptomer, kan barnet genhenvises til os. Er der effekt, fortsættes behandlingen for de 0-3 årige indtil efter en vintersæson, hvor behandlingen pauseres mhp om barnet er vokset fra sin småbørnsastma.*

*For de 4-5 årige forsøges behandlingen pauseret efter de tre måneder. Kommer symptomerne tilbage, fortsættes uændret indtil barnet nærmer sig de 6 år, hvor de kan genhenvises til os mhp nærmere udredning af en evt blivende astma. I den alder kan de lave lungefunktionsundersøgelser. Vi står gerne til rådighed for evt. spørgsmål. Hvis der er andre bekymringer omkring barnets vejrtrækning, er I velkomne til at genhenvise.*

- Større børn: Hvis der er mistanke om astma, skal de have prøvet beta2agonist p.n. INDEN de henvises. Hvis forbruget er stort og med god effekt, kan egen læge selv opstarte inhalationssteroid behandling eller henvise til Børne og ungeambulatorium til LFU.
- Børn, som sættes i behandling med inh. steroid af egen læge, skal ikke henvises til os, men kontrolleres mhp. effekt ved egen læge.
- Ved henvisninger med astma skal der bestilles LFU hos børn over 5-6 år. Der bestilles standard priktest (SPT) hos alle. De visiteres til reservelæge eller astmalæge.

## Eksem

---

Eksem – kan forsøges behandlet med fede cremer og gruppe II steroid. Hvis der ikke er tilstrækkelig effekt af behandlingen - henvises til os. De fleste eksembørn har ikke allergi.

- Eksembørn kan ses af astma/allergisygeplejerske, reservelæge eller astma/allergilæge.
- Mistanke om **laktoseintolerance** – skal ikke henvises til os, men [udredes](#) efter DPS instruks hos egen læge. Børn under 1 år har ikke laktoseintolerance – modermælk er fyldt med laktose. Laktoseallergi findes slet ikke. Laktosefire produkter kan ikke anvendes ved mistanke til mælkeallergi.
- **Fødevareallergi** - der er en del, vi ikke skal se. Hvis du er i tvivl, om barnet skal ses, konferer med en fra allergiteamet.
- Børn/unge med mistanke om **Penicillinallergi** vil vi gerne se, men alle IgE for 4 penicilliner skal foreligge inden henvisning. Hvis de ikke er taget på forhånd, skal henvisning afvises. Visiteres helst til astmalæge med priktest.
- Henvisninger vedrørende **hyposensibilisering** visiteres altid til astmalæge.
- Alle henvisninger med mulig allergi omkring munden kan afvises, da det er tale om kontaktreaktion, ikke fødevareallergi.
- **MFR vaccination:** Kun børn med anafylaksi overfor små mængder af æg skal vaccineres herinde. Alle andre må gerne vaccineres hos egen læge.

## Endokrinologisk ambulatorium

---

Unilateral **retentio** eller retraktile testes kan henvises direkte til urologerne. Bilateral **retentio testis** skal ses til alm. FUS hos endolæge.

**Pubertas præcox** er defineret som pubertet før hhv. 8 år og 9 år, hos piger og drenge. Vi behøver ikke at se for piger > 9 år og drenge over > 10 år, med mindre der er beskrevet særlige forhold (eks. lav højde eller menstruation). Kan ses af endolæge eller reservelæge.

Lave piger, som allerede menstruerer kan ikke gøres større. Vi kan tage imod til en snak med familien, men der er intet behandlingstilbud.

**Agglutinatio labiae** skal ses af endolæge. (Børnene henvises sommetider fordi man ikke kan se en skedeåbning, men det er som regel denne diagnose).

Børn og unge med lille højde eller stor højde skal ikke ses, hvis de forventes at være færdig udvokset, med mindre der er særlige forhold. Kan ses af endolæge eller reservelæge.

Ved henvisninger på børn og unge med stor eller lille højde skal der være vedhæftet tidligere højdemålinger, samt oplysninger om hvor de er i forhold til pubertet, hvis de er over 8 år gamle.

**Nyopdaget Diabetes** skal ALTID indlægges akut. Der bedes ringet eller skrevet besked til e.l. hvis de henvises elektivt.

- Hos nyhenviste over 2 år med **mavesmerter**, skal der som udgangspunkt foreligge en grundig afføringsanamnese og en objektiv undersøgelse forud for henvisningen.
- Hos nyhenviste over 2 år hvor der mistænkes forstoppelse forventes det at der er forsøgt behandling med Macrogol (udtømning- og vedligeholdelsesdoser) inden de henvises.
- Hos nyhenviste børn over 2 år med mistanke om gastroesophageal reflux forventes det at barnet er forsøgt behandlet med PPI .

Forslag til afvisningstekst:

*Kære kollega*

*Tak for din henvisning. Jeg tillader mig at afvise med følgende begrundelse:*

*Udredning for mavesmerter hos børn skal dække mistanke af de almindelige sygdomme og de mere alvorlige sjældne sygdommen. Vi vil derfor med udgangspunkt i DPSs retningslinje anbefale følgende:*

*Overvej blodprøver:*

*Hb, leu, trc*

*Carb, crea,*

*Alat, basp, bilirubin, GGT*

*TSH, T4 frit*

*CRP*

*Cøliakiscreening*

*Overvej forstoppelse:*

*Der ønskes en vurdering af barnet i hht Rome IV-kriterierne for børn:*

*2 eller færre afføringer på toilet per uge hos et barn med et udviklingstrin på 4 år eller derover*

- *Mindst en episode med fækal inkontinens per uge*
- *Historie med retensiv adfærd eller ekstrem voluntær tilbageholdelse af afføring*
- *Historie med smertefulde eller hårde afføringer*
- *Tilstedeværelse af større fækal udfyldning i rectum*
- *Historie med afgang af større mængder afføring*

*Hvis der skulle laves et behandlingsforsøg med macrogol (Movicol, Gangiden, Dulcosoft etc) foreslås det:*

*Udtømning 2 g/kg indtil tynd afføring i min 3 dage eller indtil afføringen er vandtynd, lugtfri og uden klumper (kan tage op til 2 uger)*

*Vedligehold 1 g/kg i mange måneder (måske et helt år.)*

*I tillæg til forstoppelsesbehandlingen bør der indsættes faste toilettider efter hovedmåltider, dvs 5-10 minutter efter morgenmad og aftensmad sættes barnet på toilettet med god fodstøtte i 5 minutter.*

*Der bør også være fokus på sufficient væskeindtag og sund alsidig kost.*

*Vi ser selvfølgelig gerne barnet, hvis mavesmerterne fortsætter.*

## Nefro- urologisk ambulatorium

---

- Patienter med **enuresis nocturna** ses tidligst ved 6 års alderen, til "Vandladningspakke" – sygepleje FUS med flow us. efterfulgt af læge FUS (nefro- urologisk læge eller reservelæge ca 1 måned efter sygepl. FUS)
- Patienter med **daginkontinens** ses fra 4-5 års alderen, til "Vandladningspakke".
- Patienter med **recidiverende UVI**:
  - UVI hos børn under 1 år skal altid ses som pyelonefrit og henvises akut.
  - **Pyelonefrit** skal altid udredes uanset alder.
  - Børn med simpel **cystit** kan behandles i praksis uanset alder og køn.
  - Børn med kompliceret **cystit** skal ses hos os
  - **Kompliceret cystit**: Medfødte misdannelser af nyrer og urinveje og/eller urinvejssten, kateterbrug, multiresistente bakterier, hyppigt recidiverende cystit (**2 dyrkningsverificerede indenfor 6 mdr.**)
  - **Simple**: Alle øvrige. Både piger og drenge.

## Neonatal ambulatorium

**Stort hovedomfang:** Ses af neolæge eller reservelæge. Ved symptomer på øget intrakranielt tryk skal barnet vurderes akut/subakut i Børne- og Ungemodtagelsen.

**Kraniosynostose:** Ses af neolæge eller reservelæge. CT af kraniet ved stærk mistanke om synostose. Ved symptomer på øget tryk i hjernen skal patienten ses akut/subakut i Børne- og Ungemodtagelsen.

---

**Umbilikalhernie:** Mindre hernier hos børn uden gener behøver ikke at blive set. Hvis brokket giver gener eller ved usikkerhed om differentialdiagnoser, skal barnet ses af neolæge eller reservelæge.

Forslag til afvisningstekst:

Kære kollega, tak for din henvisning.

Navlebrok hos de fleste forsvinder spontant efter 12-18 måneder. Hvis brokket ikke er forsvundet efter **3 år**, og hvis det er større end 1.5 cm vil man overveje operation. Forældre skal informeres om tegn på indklemmt brok, hvor man snarest bør søge læge. Hvis brokket giver gener eller ved usikkerhed om differentialdiagnoser, skal barnet ses.

**Navlegranulom:** Egen læge kan ordinere smøring med Dermovat creme, 0,05 %, 1-2 gange dagligt. Cremen skal påsmøres med vatpind, undgå den omkringliggende hud pga. risiko for hudatrofi/ hypopigmentationer. Revurderes efter 3 uger. Ved mislykket steroidkur skal barnet ses af neolæge sammen med neosygeplejerske mhp. laparoskopisk behandling.

Asymptomatisk **mislyd** hos nyfødte: Ses af neolæge eller bagvagt snarest muligt.

Symptomgivende hjertemislyd indlægges akut.

**Hoftedysplasi:** Børn med **disposition** til hoftedysplasi (og normal hofteundersøgelse ved jordmoderen efter fødsel) henvises direkte til ultralydsundersøgelse af egen læge eller fra fødegangen, de ses ikke i børne- og ungeambulatoriet

## Neuropædiatrisk ambulatorium

Patienter med nyopståede **neurologisk udfald** indlægges akut.

Patienter med **forsinket udvikling** ses til FUS 1 time hos reservelæge medmindre der er noget specifikt i henvisningen (obs epileptiske anfald, +/- tab af færdighed, mistænke om movement disorders), hvor de skal ses af neuropædiatrlæge.

Patienter med **tab af færdighed** skal ses indenfor 14 dage.

**Epilepsi**- FUS tid 1 time, almindeligvis indenfor 1 måned. Ved ophobning, dvs. mere end 1 anfald/uge: EEG og tid indenfor 1 uge; mere end 2 anfald per uge: hurtig subakut tid indenfor et par dage eller indlæggelse på sengeafsnit B1, mere end 3 anfald /dagl: Akut indlæggelse og behandling startes efter status epilepticus instruks.

**Affekt anfald** og kramper ses af reservelæge.

**Syndrom** udredning uden oplysninger om akut og fremskridende symptomer ses af neuropædiatrlæge.

Hvis der er noget mere kompliceret/specielt i henv. skal barnet drøftes med neuropædiatrlæge.

Forsinket udvikling, hvor barnets aktuelle problem er adfærdsproblemer og autistiske træk uden oplysninger om hverken motorisk problem eller dysmorfiske træk **-returneres** til egen læge med info om at henvise barnet til BUP og informere familien om det

Børn og unge med akutoptåede **tics** ses i børne- og ungeafdelingen snarest med henblik på vurdering for eventuel PANDAS (Pediatric Autoimmune Neuropsychiatric Disorder Associated with Streptococcal infection).

Børn og unge med simple motoriske **tics** tilbagevises til egen læge med besked om henvisning skal sendes til til Børne- og ungdomspsykiatrisk ambulatorium.

Børn og unge, hvor det er uafklaret( fra henvisningen) om det handler om tics, eller anfald af anden type (epilepsi, dystoni, chorea, atetoser eller andet) skal ses i børneneurologisk ambulatorium ved den speciallæge.

I forhold til **hovedpinepatienter** gælder følgende:

**Akut indlæggelse ved:**

- mistanke om infektion, evt. Øre/Næse/Hals Afdeling
- mistanke om forhøjet tryk eller tumor
- neurologisk udfald
- værste hovedpine nogensinde
- akut opstået adfærdsforstyrrelse ifm. hovedpine

**Hovedpineambulatoriet:**

- længerevarende hovedpine (over 3 mdr.), flere anfald eller komplicerede forløb
- henvisninger fra andre afdelinger, neuropædiatere eller neurologer (ses af speciallæge i hovedpineambulatoriet)

**Henvisning må afvises ved:**

- Ét eller få hovedpineanfald og patient over 8 år
- Vished om ukompliceret migræne

Forslag til afvisning:

Kære kollega, tak for din henvisning.

Jeg vælger at returnere henvisningen, da det er meget få anfald uden andre neurologiske udfald. Man kan afprøve Panodil og NSAID ved behov. Ukompliceret hovedpine kræver ikke yderligere udredning. Er der fortsat bekymring for patienten, må du gerne henvise.