

Kun vauvan vatsa vaivaa

Laura Merras-Salmio
LT, erikoislääkäri
HYKS, lastenkliniikka

Marko Kalliomäki
Dosentti, erikoislääkäri
TYKS, lastenkliniikka

Tiivistelmä

- Pikaisesti erikoissairaanhoidon edellyttävät etenevät sairaudet on suljettava pois vauvan vatsavaivojen taustalta.
- Rintaruokituilla koliikkilapsella tietyt probiootit vähentävät itkuisuutta.
- Pulauttelevan vauvan hoidossa happosalpaajilla ei ole merkittävää asemaa.
- Ummetusta on muutamalla prosentilla imeväisistä. Imeväisen ripuli on usein toiminnallista.
- Tärkeä osa lääkärin ammattitaitoa on empaattinen suhtautuminen itkuisen vauvan vanhempien huoleen.
- Medikalisaatiota ja tutkimustietoon perustumattomia hoitoja tulee välttää.

Johdanto

Vauvoilla esiintyy paljon oireita, jotka liittyvät tai joiden arvellaan liittyvän suolistoon. Tavallisimpia ovat pulauttelu, itkuisuus, ilmavaivat sekä suolentoimintaan, ulosteisiin ja ulostamiseen kytkeytyvät oireet ja muutokset. Näiden vaivojen taustalla epäillään usein ruoka-allergiaa, refluksisairautta tai muita maha-suolikanavan sairauksia. Valtaosa oireista kuitenkin selittyy toiminnallisilla vatsavaivoilla, joita esiintyy jossain vaiheessa ensimmäisen elinvuoden aikana suurimmalla osalla lapsista (1).

Useimmiten vaivat menevät ohitse itsestään ilman lääketieteellistä puuttumista. Erityisen rohkaisevaa on lisääntyvä tutkimustieto suolioireisen ruoka-allergian hyvästä spontaanista paranemistaipumuksesta (2).

Myös koliikin ennuste on ilman lääketieteellistä interventiotakin hyvä, vaikka ilta-yöaikaan painottuva oireilu aiheuttaakin merkittävää rasitusta perheelle. Tätä nykyä tiedetään myös, että refluksioire johtuu

imeväisiässä ennen kaikkea ruokatorven toiminnasta. Aikuisilla käytetty happosalpaukseen perustuva hoito onkin osoitettu tehottomaksi pulautteluoireen hoidossa (3).

Perusterveydenhuollon lääkärin tulee tunnistaa tai sulkea pois vakavat ja hoidettavissa olevat sairaudet imeväisen epäspesifisten vatsaan yhdistettyjen oireiden taustalta, järjestää hankalasti oireileville vauvoille seuranta ja mahdolliset lisätutkimukset, sekä havaita ja kantaa vanhempien huolta ja tukea heidän jaksamistaan vaikeiden vaiheiden ylitse (taulukko 1).

TAULUKKO 1. Pulauttelevan, itkuisen tai muuten vatsaoireisen imeväisen erikoissairaanhoidon lähettämisen indikaatiot ja seurantaohjeet perusterveydenhuoltoon. Hälytysoireet on listattu taulukossa 2.

Oire	Läheteindikaatiot	Hoitolinja pth:ssa
Pulauttelu	<ul style="list-style-type: none"> - Kasvun tai painon merkittävä taantuminen - Syömis-/nielemisvaikeus - Hankala hengitystieoireilu 	<ul style="list-style-type: none"> - Seuranta (yleistila, kasvu) - Maidon sakeutus, soseiden aloittaminen - Käsittely- ja nukkumisasento-ohjeet
Suolioireisen ruoka-allergian epäily	<ul style="list-style-type: none"> - Korvikeruokitulla vauvalla vaihto allergiakorvikkeeseen (hydrolysoitu) 2–3 viikon ajaksi → jos oire poistuu, lähete 	<ul style="list-style-type: none"> - Epäselvissä tapauksissa seurantakäynnit - Ei tarvita IgE- tai prick-testejä
Koliikki	<ul style="list-style-type: none"> - Vakava huoli vanhempien jaksamisesta 	<ul style="list-style-type: none"> - Neuvonta ja tuki - Mahdollisuus matalan kynnyksen yhteydenottoon - Probioottikokeilu
Ummetus	<ul style="list-style-type: none"> - Mekonium tullut yli 24 h iässä - Ummetus jatkuu hyvästä lääkehoidosta huolimatta - Vatsan jatkuva turvotus ja kasvuongelma 	<ul style="list-style-type: none"> - Alle 6 kk: laktuloosi, yli 6 kk: makrogoli - Neuvonta lääkehoidosta
Verta ulosteessa	<ul style="list-style-type: none"> - Poikkeava vatsan palpaatiolöydös - Täysin verinen ripuli - Matala Hb - Heikentynyt yleistila - Pitkittynyt (> 2 viikkoa) oire - Painonlasku tai kasvun taantuminen 	<ul style="list-style-type: none"> - Seuranta sovittava - Korvikeruokitulla maitoeliminaatio, mikäli oire pitkittyy

Pulauttelu on yleistä, refluksisairaus harvinainen

Vauvojen pulauttelu on normaali fysiologinen ilmiö eikä sitä tulisi medikalisoita (4,5). Oireen syntymekanismi on toiminnallinen. Refluksisairauteen sen sijaan kuuluu pulauttelun ohella muitakin haittaavia oireita. Hälyttävimmät niistä ovat hengitysteihin liittyviä, kuten imeväisen apnea. Muiden hengitystieoireiden ja refluksitaudin syy-seuraussuhde on epäselvä.

Merkittävään refluksisairauteen viittaavia oireita ovat myös syömis- tai nielemisvaikeudet ja pulautteluun tai syömiseen liittyvä kipu. Mikään yksittäinen oire tai oireiden kokonaisuus ei kuitenkaan ole spesifinen imeväisen refluksisairaudelle. Esimerkiksi nieleskely ja hikka ovat tavallisia oireita terveilläkin vauvoilla, eikä myöskään itkuisuus ilman näkyvää pulauttelua kerro refluksitaudista (6).

Refluksiin liittyvien oireiden esiintyvyys on suurimmillaan 4–6 kk iässä, jolloin niitä on lähes puolella imeväisistä (1). Refluksisairauden esiintyvyyttä väestötasolla ei tiedetä. Vuonna 2012 julkaistun tutkimuksen mukaan noin 12 % alle 2-vuotiaista ranskalaislapsista sai lääkitystä ja hoitoa GERD-diagnoosin perusteella (7), vaikka refluksisairauden insidenssin imeväisiässä on aiemmin esitetty olevan korkeintaan puolet tästä (8).

Länsimaissa yleistyi 2000-luvulla trendi käyttää imeväisten pulauttelun ja epäspesifisten refluksioireiden hoitona happosalpaajia. Tämä perustui siihen, että aikuiset refluksipotilaat kokivat saavansa niistä hyötyä. Sitten protonipumpun salpauksen (lansopratsoli, esomepratsoli, rabepratsoli) tehoa imeväisen refluksioireiden hoidossa on arvioitu lumekontrolloiduissa tutkimuksissa, joissa on ollut mukana yhteensä lähes 500 vauvaa (1–12 kk). Yhdessäkään niistä ei ole voitu osoittaa refluksioireiden helpottavan lääkeryhmässä enemmän kuin lumeryhmässä 1–2 kk:n hoitajakson aikana (9). Vastaavia tuloksia on histamiini-2-reseptorin salpaajista, jotka niin ikään vähentävät hapontuottoa, mutta vähemmän kuin protonipumpun salpaajat.

Näin ollen happosalpaajia ei tulisi käyttää imeväisen refluksioireiden hoitoon. Ne eivät pienennä myöskään

apneariskiä. Vaikeissa tapauksissa on harkittava antirefluksileikkausta.

Erosiivisessa ruokatorvitulehduksessa happosalpaajat sen sijaan ovat käypä hoito myös vauvoilla. Tällainen refluksisairauteen liittyvä ruokatorvitulehdus on kuitenkin äärimmäisen harvinainen perusterveillä imeväisillä. Sen riski on lisääntynyt neurologisesti vammautuneilla, mahasuolikanavan synnynnäisistä anomaliaista kärsivillä ja ennenaikaisesti syntyneillä imeväisillä (4).

Imeväisen pulauttelun taustalla on ruokatorven sulkijalihaksen toiminnan ongelma, joten looginen lääkehoidon kohde olisi lihastoiminta. Tällä hetkellä imeväisille turvallista ruokatorven toimintaan vaikuttavaa lääkettä ei kuitenkaan ole tarjolla.

Korviketta saavalta, runsaasti pulauttelevalta vauvalta kannattaa sulkea pois maitoallergia vaihtamalla korvike 2–3 viikon ajaksi hydrolysoituun allergiakorvikkeeseen. Prick-testeistä tai IgE-määrytyksistä ei sen sijaan ole hyötyä. Jos pulauttelu tai muut oireet jatkuvat korvikkeen vaihdosta huolimatta, kyseessä ei ole ruoka-allergia.

Oireileva vauva vastaanotolla (ALAOTSIKKO)

Miten siis suhtautua vastaanotolla vauvaan, jolla on pulauttelua, siihen yhdistyvää itkuisuutta sekä hengitystieoireilua tai syömisvaikeuksia? Tärkeintä on tutkia vauva huolella, perehtyä kasvukäyriin ja anamneesiin sekä kuunnella vanhempien huolta. Erikoissairaanhoidon päivystysarvioon lähetetään välittömästi vakavasti sairast vauvat sekä vauvat, joilla oireen taustalla on jokin muu sairaus (taulukko 2). Sellaisia ovat esimerkiksi infektiot, keskushermoston sairaudet ja maha-suolikanavan sairaudet kuten pylorusstenoosi (alle 2–3 kk:n ikäisellä vauvalla). Joskus päivystyslähete voi olla tarpeen myös perheen uupumisen vuoksi.

Refluksisairauteen voi viitata pulauttelevan vauvan heikko painonnousu, syömiseen ajallisesti liittyvä itkuisuus, nielemisvaikeudet tai merkittävä hengitystieoireilu. Jos epäily herää, vauva kuuluu lähettää erikoissairaanhoidon arvioon.

Somaattiset tai neurologiset sairaudet selittävät vain osan imeväisen syömishäiriön oireista, ja psykologisten sekä vuorovaikutukseen liittyvien tekijöiden merkitys on keskeinen (10). Hyvinvoivaa ja hyvin kasvavaa vauva, jolla ei ole poikkeavia statuslöydöksiä, voidaan seurata perusterveydenhuollossa. Lähetä erikoissairaanhoidon tehdään vain, jos vauvan voinnissa tapahtuu merkittäviä muutoksia. Lastenneuvolan tarjoama seuranta ja tuki ovat niin ikään tärkeitä.

Itkuisuus lähinnä iltaisin ja öisin ilman merkittävää pulauttelua viittaa muuhun kuin refluksisairauteen.

Tällöin vauvan unirytmien pohtimiseen ja vanhempien ohjaamiseen on tärkeä varata aikaa.

Taulukko 2. Vatsaoireisen vauvan hälytysoireet.

Vauva on lähetettävä välittömästi erikoissairaanhoidon.

Oire/löydös
Pullottava fontanelli
Poikkeava päänympäryys
Velttous, vaisuus
Vatsassa palpoituva resistenssi
Vatsan turvotus/pullotus/palpaatioarkuus
Verioksennus
Sappioksennus (vihreä väri)
Painonlasku tai suhteellisen painon merkittävä lasku
Hengityskatkos tai hengitysvaikeus

Allergiadiagnoosi perustuu eliminaatioaltistuskokeeseen

Vauvan suolisto on etulinjassa ottamassa vastaan syntymänjälkeistä antigeenilastia. Ruoka-aineiden antigeenit ”tarjoillaan” aluksi vauvalle äidin elimistön käsittelemänä rintamaidossa, yhdessä rintamaidon sisältämien sietokykyä edistävien sytokiinien (kuten TGF- β) kanssa. Äidin imetyksen aikaista ruokavaliota ei tulisi muokata kieltolistoilla, sillä tutkimuksin on osoitettu, että esimerkiksi raskauden ja imetyksen aikainen lehmänmaidon käyttäminen voi jopa vähentää allergiariskissä olevien vauvojen maitoallergiaa (11).

Jos vauva saa äidinmaidonkorviketta, suolioireilun taustalla saattaa olla lehmänmaidon proteiini. Tyypillisiä oireita ovat löysät ripulimaiset ulosteet ja/tai runsas pulauttelu tai oksentelu yhdistyneenä kasvun tai yleistilan heikkenemiseen (”failure to thrive”). Pelkkä itkuisuus ilman suolioiretta tai muita oireita ei ole imeväisen lehmänmaitoallergialle tyypillistä.

Myöhemmin kiinteitä ruokia syöväällä vauvalla jokin muu ruoka-aine voi aiheuttaa oireita. Oireet tulevat yleensä 1–2 vuorokauden sisällä altistuksesta. Harvinainen FPIES-oire (food-protein-induced enterocolitis) eli voimakas oksentelu alkaa jo 6–12 tunnin sisällä ruoka-aineen nauttimisesta.

Suolioireisessa ruoka-allergiassa ei ole pystytty osoittamaan oireiden patofysiologiaa. Kyse ei ole IgE-välitteisestä tyypin I allergisesta reaktiosta, koska iho- ja hengitystieoireiden puuttuessa potilailta ei käytännössä koskaan löydy IgE-luokan vasta-aineita. Niiden tutkiminen onkin tarpeetonta suolioireilevalta imeväiseltä.

Diagnosointi perustuu välttämis-altistuskokeeseen. Allergiadiagnoosi voidaan asettaa, jos 2–3 viikkoa kestävä täydellinen välttämisdieetti poistaa oireen ja jos oire toistuu (kaksoissokko)altistuksessa vain todellisen altisteen aikana. Oireilevalle vauvalle aloitetaan siis jo perusterveydenhuollossa kokeeksi hydrolysoitu allergiakorvike, ja jos oireet häviävät, lapsi lähetetään erikoissairaanhoidon altistuskoetta varten (12). Suositeltavinta on käyttää kaksoissokkoaltistusta, sillä maitoproteiiniattoman lumealtistuksenkin aikana jopa puolet vauvoista saa merkittäviä oireita (13). Jos eliminaatiovastetta ei saada, tavallisen korvikkeen voi palauttaa ruokavalioon.

Eliminaatiovaste on selvä, kun kyse on todellisesta ruoka-allergiasta. Tarpeettomat välttämisdieetit altistavat lapsen vajaaravitsemukselle, ja jatkuva oireiden tarkkailu kuormittaa perhettä. Oireista vauvaa, jolla ei todeta maitoallergiaa, ei kuitenkaan pidä jättää ilman seurantaa. Muita syitä itkuisuudelle on tärkeä pohtia (ks. alla).

Suolioireisen ruoka-allergian ennuste on erinomainen. Maitoallergisista vauvoista lähes kaikki paranevat noin kolmeen ikävuoteen mennessä (2). Jos vauva oireilee merkittävästi, välttämisdieettiä voi olla järkevä jatkaa 3–6 kk:tta diagnoosista. Sen jälkeen voidaan kotikokeiluin selvittää lehmänmaitoproteiinin sietoa 2–3 kk välein aloittaen kypsennetyistä maitotuotteista. Kypsentäminen muuttaa useimpia ruoka-allergiaa aiheuttavia proteiineja merkittävästi (12). Muiden ruokien aloittamista ei tule viivästyttää tai pitkittää.

Siedätyshoitoprotokollat perustuvat siihen, että oireita aiheuttavaa ainetta annetaan säännöllisesti pieniä määriä. Suolioireisessa allergiassa ei ole tehty tutkimuksia siedätyshoidoista. Luultavasti tämä johtuu siitä, että oire on suurimmalla osalla lapsista lyhykestoinen ja itsestään rajoittuva. Vauvat, joille ei tunnu sopivan juuri mikään korvike tai ruoka, tulee lähettää erikoissairaanhoidon. Taustalla on onneksi kuitenkin vain harvoin moniallergia, ja osastoseurannassa tehdyt altistukset sujuvat ilman oireita. Ne lapset, joilla moniallergia on todellinen, tarvitsevat lastenallergologin ja allergioihin perehtyneen lasten ravitsemusterapeutin antamaa ohjausta ja seurantaa.

Haastava mutta hyväennusteinen koliikki

Koliikilla tarkoitetaan pienellä imeväisellä esiintyvää toistuvaa tai pitkittyntä itkuisuutta, kitinää ja ärtyisyyttä. Oireisiin ei ole selvää syytä eikä niitä pysty estämään tai helpottamaan. Ne alkavat yleensä ensi elinviikkoina ja helpottavat 5 kuukauden ikään mennessä. Lapsi kasvaa normaalisti ja todetaan tutkittaessa terveeksi (1).

Vaikka koliikin syytä ei tiedetä, koliikkilapsilla on havaittu muutoksia suolistomikrobistossa verrattuna vähemmän itkeviin lapsiin, kuten Lääkärilehdessä hiljattain julkaistussa katsauksessa todetaan (14).

Suolistomikrobiston vaikutusta lapsen oireisiin tukevat myös tutkimukset, jotka ovat osoittaneet probiootin merkittävän tehon itkun määrän vähentämisessä rintaruokituilla koliikkilapsilla. Äskettäisen meta-analyysin (15) mukaan koliikki-itkun määrä väheni vähintään puoleen seuranta-aikana yli kaksi kertaa todennäköisemmin, jos rintaruokituille lapselle annettiin lumevalmisteen sijaan *Lactobacillus reuteri*-bakteeria. Tämä puoltaa mielestämme kyseisen probiootin käyttökokeilua koliikin hoidossa, vaikka kansainvälinen asiantuntijaryhmä ei tällaista suositusta antanut (1).

Kaikki muut koliikin tähänastiset hoitointerventiot, mukaan lukien happosalpauslääkkeet, ovat osoittautuneet tehottomiksi (14). Merkittäväksi tekijäksi koliikki-itkuisuudessa katsotaan nykyään erityisesti lapsen oireilun aiheuttama huoli ja rasitus vanhemmille. Nimenomaan vanhempien huoli tuo lapsen lääkärin vastaanotolle riippumatta siitä, kuinka paljon lapsi itse asiassa itkee. Siksi uusimmasta koliikin määritelmästä on jätetty pois vaatimus tietyn itkumäärän täyttymisestä ennen kuin voidaan puhua koliikki-itkusta (1).

Käytännön työssä siis riittää, että vanhemmat kertovat muuten terveellä alle viisikuisella lapsellaan esiintyvän edellä kuvattua koliikiksi sopivaa oireilua. Aiempien tutkimusten mukaan noin viidesosa lapsista olisi tämän perusteella luokiteltavissa koliikkilapsiksi (16). Tällaisen lapsen kanssa vastaanotolle tuleva perhe tarvitsee asiallista tukea, neuvontaa ja ymmärrystä sekä mahdollisuuden jatkokontaktiin, jotta voidaan varmistua perheen jaksamisesta ja lapsen hyvinvoinnista (14).

Toiminnallinen ummetus – melko tavallinen vaiva

Vaikka ummetus alkaa useimmiten leikki-iässä, imeväisiässäkin ummetusta esiintyy noin 3 %:lla lapsista (17). Merkittävänä laukaisevana tekijänä ajatellaan olevan lapsen halu pidätellä ulostamista sen aiheuttaman kivun tai pelon vuoksi (1). Tämä johtaa ulosteen kerääntymiseen paksusuoleen, jolloin ulosteet kovettuvat ja niiden koko kasvaa.

Toiminnallinen ummetus on kliininen diagnoosi, jonka yleensä pystyy tekemään esitietojen ja potilaan tutkimisen perusteella (1). Oireita tulee olla ollut vähintään kuukauden ajan ja potilaalla todetaan vähintään kaksi seuraavista: 1) ulostaminen enintään kaksi kertaa viikossa, 2) suurikokoiset ulosteet, 3) kivulias ulostaminen tai kovat ulosteet, 4) ulostamisen pidättely tai 5) suurikokoinen ulostemassa peräsuoleessa.

Perianaalialue on syytä inspektoida aina ummetusta epäiltäessä, mutta tuseerausta tarvitaan vain, jos diagnoosia ei voida ilman sitä tehdä (edelliset kriteerit), hoitovaste on huono tai epäillään anatomista poikkeavuutta. On huomioitava, että ruokavalion laajentamiseen liittyy imeväisellä usein ohimenevää, lyhytkestoista ummetusta, joka helpottaa ilman lääkehoitoa. Lisäksi on tärkeää erottaa ulostamisvaikeus ummetuksesta. Ensin mainitussa lapsi on itkuinen ja ponnistelee 10–20 minuutin ajan yrittäessään kakata. Oireet voivat loppua itsestään ilman ulosteen tuloa tai pehmeän ulosteen tuloon. Ulostamisvaikeuden syy on pienen imeväisen kyvyttömyys rentouttaa lantiopohjan lihaksia ulostamisen yhteydessä. Oire häviää viimeistään 9 kuukauden ikään mennessä eikä sen hoitamiseksi tule käyttää laksatiiveja eikä peräaukon ärsytystä pumpulipuikoilla tai kuumemittarilla.

Ummetukseen liittyvää ylivuotoripulia ja tuhrimista esiintyy yleensä vasta leikki-iästä lähtien, mutta

anaalifissuura on melko yleinen imeväisen ummetukseen liittyvä löydös (1). Jos ummetuksesta kärsivä imeväinen oksentelee sekä syö ja kasvaa huonosti tai jos vatsa on turvonnut ja mekoniumin tulo viivästynyt (yli 24 h syntymästä), potilas on syytä ohjata jatkotutkimuksiin lastenlääkärille. Laktuloosia (1–2 ml/kg/vrk) voidaan käyttää pienimmillään imeväisillä. Polyetyleeniglykolia ei ole tutkittu alle 6 kk:n ikäisillä, mutta puolen vuoden iästä lähtien makrogoli (annos 0,4–0,8 g/kg/vrk) on tutkitusti tehokkaampi kuin laktuloosi (18). On kuitenkin muistettava, että rintaruokitulla lapsella suoli voi toimia harvemmin kuin kerran viikossa ilman, että tarvitaan mitään tutkimuksia tai hoitoja, jos lapsi voi ja kasvaa hyvin (17).

Imeväisen ripuli on usein toiminnallista

Lapsen kasvaessa suolentoiminta yleensä harvenee: 4 kk:n ikäinen kakkaa keskimäärin 3 kertaa päivässä, kun taas 4-vuotias enää keskimäärin 1,3 kertaa (1). Rintaruokitulla lapsella suoli toimii useammin kuin korvikeruokitulla, mutta prebioottien lisääminen korvikkeisiin on todennäköisesti pienentänyt eroa (1,18). Toiminnallista ripulia esiintyy parilla prosentilla imeväisistä (19). Siitä kärsivillä suoli toimii vähintään 4 kertaa päivässä ja ulosteet ovat suuria, löysiä tai vetisiä vähintään kuukauden ajan. Ulosteissa saattaa esiintyä myös limaa tai sulamatonta ruokaa. Lapsi kuitenkin kasvaa hyvin, kunhan ravinnonsaanti on riittävää. Oireet alkavat aikaisintaan puolen vuoden iässä, mutta ennen 5 vuoden ikää (1).

Imeväisen ripulin erotusdiagnoosissa on ruoka-allergian lisäksi muistettava keliakia ja tulehdukselliset suolistosairaudet (20), vaikka nämä kaksi ovatkin ikäryhmässä harvinaisia. Keliakiavasta-aineet kannattaa tutkia, jos lapsi on alkanut syödä gluteenia sisältäviä viljatuotteita ennen ripulin alkamista. Ulosteen kalprotektiini ei ole hyvä mittari imeväisen suolitulehduksen arvioinnissa, koska normaaliarvot ovat selvästi suurempia kuin isommilla lapsilla ja aikuisilla (21).

Jos esitiedot viittaavat provosoivien ruoka-aineiden tai allergioiden osuuteen ripulin synnyssä, epäilty ruoka-aine eliminoidaan ja tarvittaessa toteutetaan valvottu altistus edellä kuvattujen ohjeiden mukaisesti. Jos eliminaatiovastetta ei saada, ruokavalio palautetaan normaaliksi, sillä turhat eliminaatiodieetit voivat aiheuttaa kasvuhäiriötä (21). Huonosti voiva tai kasvava ripuloiva imeväinen tulee lähettää arvioon erikoissairaanhoidon, jossa huomioidaan myös eksokriinisen haiman toimintahäiriöt ja autoimmuunienteropatia hyvin harvinaisina ripulin aiheuttajina. Myös jos ripuli on veristä, imeväinen ohjataan – tarvittaessa kiireellisesti – lastenlääkärin arvioon.

Veri imeväisen ulosteessa ei aina ole vakavaa

Imeväisen ulosteiden mukana tuleva veri on hälyttävä löydös, ja usein potilaat tuodaan päivystykseen nopeasti. Tavallisin syy veriulosteiden taustalla on proktokoliitti (23) eli peräsuolen limakalvon tulehdus. Ensikontaktissa on kuitenkin syytä pohtia laajasti muidenkin syiden mahdollisuutta. Tärkeää on huolellinen vatsan palpaatio ja yleisvoimien arviointi. Jos hemoglobiini on normaali, uloste ei ole pelkkää verta, vauva on virkeä ja jäntevä tutkittaessa sekä syö reippaasti, lisätutkimuksilla ei ole kiire. Erikoissairaanhoidon arvio tarvitaan päivystyksellisesti, jos lapsi on sairaan oloinen, aneminen, ulostaa pelkkää verta tai vatsan palpaatio on poikkeava.

Proktokoliitin aiheuttajaa ei yleensä saada kiinni. Imettävän äidin rinnanpäistä vuotava veri on hyvä huomioida mahdollisena veriulosteen syynä, vaikka se useimmiten aiheuttaakin verioksennuksia.

Proktokoliitissa uloste ei ole välttämättä ripulimaista, veri on viiruina vaipassa tai ulosteen pinnalla ja sen esiintyminen voi vaihdella päivittäin. Bakteeri- ja virusnäytteet muuten terveestä lapsesta ovat hyödyttömiä, ellei anamneesi viittaa infektion mahdollisuuteen. Korvikeruokitulla lapsella myös maitoproteiiniallergia voi aiheuttaa proktokoliittia. Jos maitoeliminaatio lopettaa verenvuodon, lapsi on hyvin tärkeää lähettää sairaalaan altistuskokeeseen.

Proktokoliitti paranee spontaanisti suurimmalla osalla lapsista. Suomalaisessa tutkimuksessa vain 18 %

imeväisistä, joilla oli proktokoliitti, sairasti maitoallergiaa (23). Muiden oireet loppuivat seurannan aikana ilman erityistä hoitoa. Jos tarvetta välittömään erikoissairaanhoidon lähettämiseen ei ole, lasta tulee seurata viikoittain kliinisesti ja tarvittaessa verikokein perusterveydenhuollossa, Erikoissairaanhoidon arviota on syytä pyytää viimeistään veriulosteisuuden jatkuessa yli 2–3 viikkoa.

Lopuksi

Vatsaoireet ovat yleisiä imeväisillä. Tärkeintä on tunnistaa vauvat, joilla oireilun taustalla on jokin sairaus. Tarkkojen esitietojen ja huolellisen kliinisen tutkimisen lisäksi olennainen osa diagnostiikkaa ovat kasvun ja painonkehityksen arvioiminen kasvukäyrien avulla. Peruslaboratoriotutkimusten tarve poissulkudiagnostiikassa on riippuvaista potilaan voinnista ja taudinkuvasta (taulukko 3).

Hyvin kasvava ja kehittyvä vauva, jolla esiintyy pulauttelua, koliikkimaista itkuisuutta tai löysiä ulosteita, ei tarvitse välittömiä lääkehoitoja, ruokaeliminaatioita tai erikoissairaanhoidon tutkimuksia. Lapsen terveydentilan seuranta ja vanhempien informoiminen ja tukeminen ovat merkittävä osa hoitoa jo perusterveydenhuollossa.

TAULUKKO 3. Vatsaoireiselle imeväiselle perusterveydenhuollossa harkittavia diagnostisia selvittelyjä.

Perusverenkuva, CRP
ALAT, krea
Virtsanäyte (kemiallinen seula, bakteeriviljely)
Maitoallergian epäily: eliminaatiokoe (ei ihopistokokeita tai verikokeita)
Kokonais-IgA, tTGAbA (jos oireet alkaneet gluteenin käyttöönoton jälkeen)

Viitteet

1. Benninga MA, Nurko S, Faure C, Hyman PE, St James Roberts I, Schechter NL. Childhood functional gastrointestinal disorders: neonate / toddler. *Gastroenterology* 2016;150:1443-55.
2. Schoemaker AA, Sprickelman AB, Grimshaw KE, Roberts G, et al. Incidence and natural history of challenge-proven cow's milk allergy in European children – EuroPrevall birth cohort. *Allergy* 2015; 70: 963–972.
3. Rosen R. Gastroesophageal Reflux in Infants. More Than Just a pHenomenon. *JAMA Pediatr.* 2014;168(1):83-89.
4. Pediatric Gastroesophageal Reflux Clinical Practice Guidelines: Joint Recommendations of the NASPGHAN and the ESPGHAN - *J Pediatr Gastroenterol Nutr.* 2009; 49(4): 498-547.
5. Merras-Salmio L ja Kolho KL. Pulautteleva imeväinen. *Duodecim* 2015; 131(3):262-9.
6. Gieruszczak-Bialek D, Konarska Z, Skorka A, Vandenplas Y, Szajewska H. No Effect of Proton Pump Inhibitors on Crying and Irritability in Infants: Systematic Review of Randomized Controlled Trials. *J Pediatr* 2015;166:767-70.
7. Martigne L, Delaage PH, Thomas-Delecourt F, Bonnelye G, et al. Prevalence and management of gastroesophageal reflux disease in children and adolescents: a nationwide cross-sectional observational study. *Eur J Pediatr* 2012;171:1767–1773
8. Orenstein S. Infantile Reflux: Different from Adult Reflux. *Am J Medicine* 1997;103(5A):114S-119S.
9. Safe M, Chan WH, Leach ST, Sutton L, Lui K, Krishnan U. Widespread use of gastric acid inhibitors in infants: Are they needed? Are they safe? *World J Gastrointest Pharmacol Ther* 2016 November 6; 7(4): 531-539.
10. Mäntymaa M, Luoma I, Puura K. Miksi pienokaiseni ei syö? – Lastenpsykiatrinen näkökulma varhaislapsuuden syömishäiriöihin. *Duodecim* 2013;129:697-703.

11. Järvinen KM, Westfall JE, Seppo MS, James AK, Tsuang AJ, Feustel PJ, Sampson HA, Berin C. Role of maternal elimination diets and human milk IgA in development of cow's milk allergy in the infants. *Clin Exp Allergy*. 2014 January ; 44(1): 69–78
12. Käypä Hoito –suositus: Ruoka-allergia (Lapset). Duodecim 2015.
13. Merras-Salmio L, Kolho KL, Pehkonen A, Kuitunen M, Mäkelä MJ. Cow's Milk Associated Gastrointestinal Symptoms Evaluated Using the Double-Blind, Placebo-Controlled Food Challenge *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 2013; ;57: 281–286
14. Porthan E, Isolauri E, Pärty A. Imeväisen koliikki, suolistomikrobisto ja probiootit. *Suomen Lääkärilehti* 2017, lähetetty arvioitavaksi.
15. Bird A, Gregory P, Jalloh M, Cochrane Z, Hein D. Probiotics for the treatment of infantile colic: a systematic review. *J Pharm Pract* 2017;30:366-74.
16. St James Roberts I, Conroy S, Wilsher K. Clinical, developmental and social aspects of infant crying and colic. *Early Dev Parent* 1995;4:177-89.
17. Mugie SM, Bennninga MA, Lorenzo C. Epidemiology of constipation in children and adults: a systematic review. *Best Pract Res Clin Gastroenterol* 2011;25:3-18.
18. Vandenplas Y, Alturaiki MA, Al-Qabandi W ym. Middle east consensus statement on the diagnosis and management of functional gastrointestinal disorders in <12 months old infants. *Pediatr Gastroenterol Hepatol Nutr* 2016;19:153-61.
19. Van Tillburg MA, Hyman PE, Rouster A ym. Prevalence of functional gastrointestinal disorders in infants and toddlers. *J Pediatr* 2015;166:684-9.
20. Kalliomäki M. Lapsen pitkittynyt ripuli. *Suom Lääkäril* 2012;67:1145-9.
21. Herrera OR, Christensen ML, Helms RA. Calprotectin: clinical applications in pediatrics. *J Pediatr Pharmacol Ther* 2016;21:308-21.
22. Lloyd-Still JD. Chronic diarrhea of childhood and the misuse of elimination diets. *J Pediatr* 1979;93:10-13.

23. Taina Arvola, Tarja Ruuska, Jaakko Keränen, Heikki Hyöty, Seppo Salminen, Erika Isolauri. Rectal Bleeding in Infancy: Clinical, Allergological, and Microbiological Examination. *Pediatrics* 2006;117(4):e760-e768.

