

# SPISEPROBLEMER HOS BARN

Tekst: Klinisk ernæringsfysiolog Maren Skarvøy, Barneavdeling for nevrofag/Oslo universitetssykehus/Rikshospitalet

Foto: Minna Suojoki

Utviklingen av spiseferdigheter skjer normalt fra tidlig i fosterlivet til barnet er rundt tre år <sup>(1)</sup>. Faktorer som barns motoriske- og psykososiale utvikling, munnmotorikk og svelgefunksjon, selvregulering av næringsinntak, erfaringer knyttet til spising og måltider, samt gradvis tilvenning til et kosthold som er variert med hensyn på smak og konsistens er viktig for utvikling av spiseferdigheter hos barn <sup>(2-4)</sup>. Spising krever i tillegg trening og erfaring, og i løpet av de første årene av barnets liv vil barnet utvikle den grov-, fin- og oral-motorikken som trengs for å kunne spise selv <sup>(5)</sup>. Dersom noen av disse faktorene forstyrres eller påvirkes i negativ retning, vil dette kunne fremme utvikling av spiseproblemer hos barn <sup>(6)</sup>.

## FOREKOMST AV SPISEPROBLEMER HOS BARN

Spisevansker ser ut til å være vanlig blant spedbarn og små barn <sup>(1)</sup>. Det er blitt rapportert at 20 til 45% av barn har vansker med spising og måltider, og at andelen er 80-90% hos de barna med psykisk utviklingshemning/forsinket utvikling <sup>(6,7-10)</sup>. De landsdekkende kostholdsundersøkelsene Spedkost og Småbarnskost, viser også at 17-26% av friske norske barn ved seks måneders-, tolv måneders- og to års alder har problemer med spising/mat ifølge foreldrene <sup>(11-13)</sup>.

## HVA ER SPISEPROBLEMER HOS BARN?

Begrepet spiseproblemer hos barn anvendes i dag som et samlebegrep for alle de problemene som har sammenheng med spising og måltider i barneårene <sup>(14)</sup>. Spiseproblemer hos barn kjennetegnes ved problemer med å spise eller drikke det som er nødvendig og tilstrekkelig variert til å dekke barnets næringsbehov, og kan grupperes i tre grupper; vansker relatert til mengde, vansker relatert til konsistens og vansker relatert til kostholdets sammensetning <sup>(6)</sup>.

Vansker relatert til mengde omfatter manglende interesse for mat, dårlig appetitt, barnet klarer ikke å spise en tilstrekkelig mengde og avviser mat. Disse vanskene blir omtalt som småspisthet og spisevegring <sup>(6)</sup>, og kan i mange tilfeller kalles infant-til anorexia <sup>(15)</sup>.

Vansker relatert til konsistens omfatter vansker og problemer med å spise mat med en bestemt konsistens ut i fra alder, for eksempel mat som må tygges. Disse vanskene blir omtalt i litteraturen som umoden munnmotorikk, oral-motoriske vansker og dysfagi <sup>(6)</sup>. Når det er snakk om vansker relatert til kostholdets sammensetning, omfatter dette avvisning av all mat utenfor et snevert og begrenset utvalg, ekstrem og vedvarende kresenhet og preferanser for sære smaker. Disse vanskene omtales som selektivt kosthold, ekstrem kresenhet og særspising <sup>(6)</sup>, og beskriver barn som nekter å spise matvarer med spesifikke smaker, utseende eller lukt, og observeres ofte hos ellers friske barn <sup>(16)</sup>. Dersom barnet nekter å spise matvarer fra hele matvaregrupper, vil kostholdet kunne bli så restriktivt at det kan skape spesifikke næringsstoffmangler <sup>(15)</sup>.

## MULIGE ÅRSAKER TIL SPISEPROBLEMER HOS BARN

Spiseproblemer hos barn er komplekse og kan ha multiplle årsaksfaktorer <sup>(17)</sup>. Spiseproblemer kan ha mange former, noen problemer er avgrensede, mens andre er resultat av et komplekst samspill mellom motoriske, sosiale og ernæringsmessige faktorer. Noen vansker er forbigående, mens andre kan vare over tid, og i enkelte tilfeller gjennom hele livet. Noen ganger er det en kjent årsak til vanskene, i andre tilfeller er det vanskelig å påvise noen sikker årsak <sup>(6)</sup>.



Dersom tidligere erfaringer knyttet til spiseprosessen har vært traumatisk eller vanskelig, og har vært knyttet til fysisk og/eller psykisk ubehag, vil barnet kunne knytte spising til disse negative assosiasjonene, noe som vil kunne føre til utvikling av spiseproblemer hos barn (1).

#### GRUPPER MED ØKT SÅRBARHET FOR SPISEPROBLEMER

Medisinsk behandling grunnet medisinske komplikasjoner i nyfødtp perioden som er knyttet til ansikts- og munnregionen, som intubering, ernæring via sonde eller ventilerings, vil kunne føre til at barnet blir hypersensitiv i ansikt- og munnregionen (1, 6, 17). Dette vil kunne bidra til utvikling av spiseproblemer hos barnet (1, 17). Dette kan ofte sees hos premature barn, da disse ofte er hypersensitive i området rundt munnen. Premature barn har ofte vært respiratorbehandlet over lang tid, fått ernæring via sonde i munn- og neseparti, og er kommet sent i gang med spiseprosessen (6).

Den naturlige progresjonen i spiseutviklingen kan være forstyrret hos barn med CP og andre nevrologiske sykdommer (6). De viktigste nevrologiske og motoriske dysfunksjoner som påvirker barnets spiseferdigheter er unormal refleksaktivitet, som for eksempel dårlig utviklet sugerefleks, atypiske spenningsmønstre i muskulaturen, for eksempel spastisitet, tonusveksling eller hypotoni, samt forsinkelse i den oral-motoriske utviklingen (14). De nevrodegenerative sykdommene vil medføre spise- og ernæringsvansker etter hvert som tilstanden progredierer (6).

Barn med sykdommer eller misdannelser i mage- og tarmkanalen er utsatt for å utvikle spiseproblemer. Tidligere traumatiske opplevelser som resulterte i fysisk og/eller psykisk ubehag, som aspirasjon og gastroøsofageal refluks, vil kunne medføre at barnet forbinder spising med smerter og ubehag (1, 6). Gastroøsofageal refluks vil også i mange tilfeller føre til øsofagitt, som kan gi smerte og ubehag ved inntak av mat og drikke (18). Sykdommer som rammer magesekktømmingen, som forsinket magesekktømming eller dumping syndrom, som man kan se etter nissen-plastikk (19), kan også resultere i spise-assosiert ubehag og påfølgende spisevegring (16).

Det å kunne ta inn og spise mat involverer tre anatomiske regioner, som er knyttet til hverandre både anatomisk og nevrologisk; munnhulen, svelget og spiserøret (1). Dersom barnet har anatomiske avvik eller forstyrrelser i muskel- og refleksaktiviteten i munn og svelg, vil dette kunne gi problemer for et ellers friskt barn (16). Barn med leppe-, kjeve- og ganespalte er sårbare for å utvikle spisevansker. Til tross for at dette blir kirurgisk korrigeret, kan spiseproblemene vedvare på grunn av tidligere negative opplevelser med spising (20). Misdannelser, som øsofagusatresi, og fistler mellom spiserøret og luftrøret, kan føre til svelgeproblemer hos barn (21).

*“ Enkelte ganger resulterer tilskudd av enteral ernæring i at barnet blir overernært, det vil si at de får så mye sondemat at det fører til en unormal rask vektøkning, metthet og påfølgende tapt matlyst og manglende interesse for mat og spising.”* MAREN SKARVØY

Barn med genetiske syndromer har ofte spiseproblemer som et resultat av interaksjoner mellom anatomiske-, medisinske-, psykologiske- og adferdsfaktorer. Syndromer som er assosiert med spiseproblemer hos barn er blant annet Pierre Robin Sequence, DiGeorge syndrom, Williams syndrom, Prader-Willi syndrom, Rett syndrom og Downs Syndrom (22). Flere studier av pasienter med Downs syndrom foreslår at deres hypotonitet og hypersensitivitet, makroglossia, liten munnhule og oral-motorisk dysfunksjon er trolige årsaker til at denne pasientgruppen opplever spiseproblemer (22-24).

Når spedbarn eller små barn får enteral ernæring i en lengre periode, kan overgangen til spising per os være vanskelig og problematisk (25). Alderen når man starter med enteral ernæring ser ut til å kunne ha betydning for utvikling av spiseproblemer. De som får enteral ernæring over lengre tid i løpet av første leveår har høyere risiko for å oppleve forstyrrelser i spiseutviklingen i forhold til de som får enteral ernæring i form av sonde eller PEG når de er  $\geq$  ett år (26). Det å få enteral-/parenteral ernæring over lengre tid vil føre til en eller annen fysisk forstyrrelse når det gjelder spising og måltider (1). Barna blir “koplest av” den naturlige spiseutviklingen og kan ha problemer med å bli “koblest på” igjen. Enkelte ganger resulterer



- HmMMM . . . .

tilskudd av enteral ernæring i at barnet blir overernært, det vil si at de får så mye sondemat at det fører til en unormal rask vektøkning, metthet og påfølgende tapt matlyst og manglende interesse for mat og spising (17). Tilskudd av enteral ernæring kan også i noen tilfeller føre til smerter og fysisk ubehag som kvalme, oppkast, oppblåsthet, flatulens og hyperglykemiske symptomer. Hos barna som opplever slik ubehag, kan det å få ernæring via sonde eller PEG ha sterke negative assosiasjoner som kan bidra til utvikling av spiseproblemer (1). Dersom spiseutviklingen ikke kommer i gang eller stopper opp som følge av medisinsk behandling, kalles det behandlingsinduserte spisevansker (6).

Forekomst av avvikende spiseutvikling og foreldrerapporterte spiseproblemer hos barn som innlegges på sykehus

I forbindelse med skriving av masteroppgave i klinisk ernæring, ble det høsten 2010 satt i gang en studie i regi av Spise- og Ernæringsteamet ved Oslo Universitetssykehus, Rikshospitalet. Resultatene fra denne studien viser at 52,5% av foreldrene til inneliggende barn opplever at deres barn har problemer i forbindelse med spising/mat. Forekomsten av avvikende spiseutvikling, definert som at barnet ikke takler den konsistensen



som forventes ut i fra alder, er vanlig hos barn som innlegges på sykehus og ble sett hos 15,2% av deltakerne. Av de med foreldrerapporterte spiseproblemer hadde 26,2% avvikende spiseutvikling. Funnene viser at det eksisterer en sammenheng mellom foreldrerapporterte spiseproblemer og diagnoser i kategoriene; gastrointestinale sykdommer, respiratoriske sykdommer, kreft, matvareallergi/intoleranse, spise-/ernæringsproblemer og hudsykdommer. Når det gjelder avvikende spiseutvikling ble det sett en sammenheng mellom diagnoser i kategoriene; gastrointestinale sykdommer, nevrologiske sykdommer, spise-/ernæringsproblemer og annet. Resultatene viser også at det eksisterer en sammenheng mellom prematuritet både når det gjelder foreldrerapporterte spiseproblemer og avvikende spiseutvikling. Det ble også funnet en sammenheng mellom bruk av sonde/PEG  $\rightarrow$  én måned i løpet av første leveår og foreldrerapporterte spiseproblemer samt avvikende spiseutvikling (upubliserte data).

Grunnet plassmangel i Knappen Nytt, så har vi ikke trykket kildematerialet som Maren henviser til i artikkelen med tallene i parentesene. Ønsker du å få en liste over kildene, ta kontakt med post@knappenforeningen.no så mailer vi den.