



Antibiotika til nyfødte bør avsluttes etter 36–48 timer dersom ingen vekst i blodkultur og fredelig klinikk. Forebyggende antibiotika bør ikke brukes ved inneliggende sentralt kateter eller ved respirasjonsstøtte.

Begrunnelse: Antibiotika forstyrrer normal bakteriell kolonisering av nyfødte. Langvarig antibiotikabruk i nyfødtperioden er assosiert med økt risiko for seinere infeksjon, nekrotiserende enterokolitt, død og kan ha andre langtidseffekter.

Referanser

- Kuppala VS et al. Prolonged Initial Empirical Antibiotic Treatment is Associated with Adverse Outcome in Premature Infants. *J Pediatr* 2011; 159: 720–725.
- Cotten CM et al. Prolonged Duration of Initial Empirical Antibiotic Treatment Is Associated With Increased Rates of Necrotizing Enterocolitis and Death for Extremely Low Birth Weight Infants. *Pediatrics* 2009; 123:58–66.
- Cotten CM. Adverse Consequences of Neonatal Antibiotic Exposure. *Curr Opin Pediatr* 2016; 28: 141–149.
- Arboleya S et al. Intestinal Microbiota Development in Preterm Neonates and Effect on Perinatal Antibiotics. *J Pediatr* 2015; 166: 538–44.
- Esaiassen E et al. Antibiotic exposure in neonates and early adverse outcomes: a systematic review and meta-analysis. *J Antimicrob Chemother* 2017; 72: 1858–70.

Spedbarn med gulping/oppkast som ellers viser normal vekst og utvikling skal ikke utredes med pH-registrering eller behandles med syrehemmere eller motilitetsendrende medikamenter.

Begrunnelse Gulping og oppkast forekommer hos opp til 50% av spedbarn (<1 år). En grundig sykehistorie og klinisk undersøkelse vil i de fleste tilfeller avklare om det dreier seg om en normal refluks eller om barnet kan ha gastroøsofageal reflukssykdom. Før 1 års alder er 24-timers pH-registrering lite egnet til å skille mellom normal refluks og sykdom. Undersøkelsen bør derfor kun gjøres unntaksvis i denne aldersgruppen. Syrehemmende behandling eller medikamenter som virker på motilitet har ingen effekt ved fysiologisk refluks hos spedbarn, og bruk av protonpumpehemmere kan ha uheldige bivirkninger og bl.a. gi økt forekomst av luftveisinfeksjoner.

Referanser:

- Lightdale J.R, Gremse D.A and AAP section on gastroenterology, hepatology and nutrition: Gastroesophageal reflux: Management Guidance for the Pediatrician. Pediatrics 2013; 131; e1684.
- Cochrane Database of Systematic Reviews. Pharmacological treatment of children with gastro-oesophageal reflux.
<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD008550.pub2/full>
- Orenstein S: Multicenter, double-blind, randomized, placebo-controlled trial assessing the efficacy and safety of proton pump inhibitor lansoprazole in infants with symptoms of gastroesophageal reflux disease. J Pediatr 2009;154: 514-20.

Unngå å teste med paneler eller spesifikk IgE for mulig allergi mot matvarer uten en grundig gjennomgang av barnets sykehistorie.

Begrunnelse Allergiprøver (spesifikk IgE) mot matvarer kan ikke alene gir svar på om et barn er allergisk mot denne matvaren. Både paneler og spesifikk IgE mot enkeltallergener kan være positive selv om barnet ikke har allergi. Å ta slike tester uten riktig grunnlag fra sykehistorien, kan føre til at barn feilaktig blir diagnostisert med allergi og får fjernet matvarer fra kosten.

Dette kan i verste fall føre til mangelsykdommer og veksthemning. Grunnlag for å ta tester er:

- 1) Typiske symptomer på straksallergi som kommer minutter til timer etter inntak av en matvare. Vanligvis testes da bare det på aktuelle allergen, ev. kan panel benyttes ved reaksjon på ukjent allergen.
- 2) Moderat til alvorlig atopisk eksem. Paneler kan da benyttes som screening, men svarene må tolkes med forsiktighet.

Referanser:

- Bird JA, et al. Food allergen panel testing often results in misdiagnosis of food allergy. *J Pediatr.* 2015; 166: 97-100.
- NIAID-Sponsored Expert Panel. Guidelines for the diagnosis and management of food allergy in the United States: report of the NIAID-sponsored expert panel. *J Allergy Clin Immunol* 2010; 126: S1-58.
- Noimark, L. et al. Nutritional problems related to food allergy in childhood. *Pediatric Allergy and Immunology*, 2008; 19:188-195.
- Alvares, M. et al. Misdiagnosed food allergy resulting in severe malnutrition in an infant. *Pediatrics* 2013; 132: e229-e232.

Systemiske steroider til barn med infeksjoner i nedre luftveier bør begrenses til moderate/alvorlige former for laryngitt og akutt bronkopulmonal obstruksjon hos yngre barn med klare holdepunkter for atopisk astma.

Begrunnelse Systemiske steroider (tabletter, oppløselige tabletter, injeksjoner) gis til et stort antall barn med nedre luftveisinfeksjon, men bør på grunn av manglende effekt og mulighet for bivirkninger begrenses til følgende indikasjoner:

1. Akutt laryngitt: ved moderat eller alvorlig luftveisobstruksjon, primært for å redusere behovet for innleggelse i sykehus.

2. Akutt bronkopulmonal obstruksjon: hos yngre barn med betydelige symptomer der det er klare holdepunkter for at barnet har atopisk astma.

Systemiske steroider skal ikke gis til barn med bronkiolitt eller obstruktivitet utløst av virus uten mistanke om atopisk astma.

Foreldre bør ikke utstyres med systemiske steroider til egenbehandling av barn i hjemmet.

Referanser:

- Øymar K, Mikalsen IB, Nag T, Halvorsen T, Crowley S. Systemiske steroider til førskolebarn med symptomer fra nedre luftveier. Tidsskr Nor Lægeforen. 2017;137:698-699.
- Bjornson CL, Johnson DW. Croup in children. CMAJ 2013; 185: 1317 – 23.
- Russell KF, Liang Y, O’Gorman K et al. Glucocorticoids for croup. Cochrane Database Syst Rev 2011; 1: CD001955.
- Deshpande DR, Martinez FD. The dilemma of systemic steroids in preschool children with recurrent wheezing exacerbations. Pediatr Pulmonol 2016; 51: 775 – 7.
- de Benedictis FM, Attanasi M. Asthma in childhood. Eur Respir Rev 2016; 25: 41 – 7.

Ved bronkiolitt er røntgen av thorax og gjentatte blodprøver vanligvis ikke nødvendig.

Oksygenbehandling og pulsoksymetri avsluttes når barnet holder metning >90% i romluft.

Begrunnelse Sykehistorie og funn ved undersøkelse gir et godt bilde av alvorlighetsgrad ved bronkiolitt. Gjentatte blodprøver, røntgen av thorax og overvåking med pulsoksymeter er ikke nødvendig, men vurderes ved mistanke om respirasjonssvikt eller ved klinisk mistanke om sekundær bakteriell infeksjon. Når oksygen gis kan dette avsluttes når SpO₂ ≥ 90 og tilstanden ellers er tilfredsstillende.

**Referanser:**

- Diagnosis and management of bronchiolitis. *Pediatrics* 2006, 118, 1774-93.
- Akenroye, A.T., Baskin, M.N., Samnaliev, M. & Stack, A.M. Impact of bronchiolitis guideline on ED resource use and cost: a segmented time-series analysis. *Pediatrics* 2014, 133, e227-34.
- Ralston, S.L. et al. Clinical practice guideline: the diagnosis, management, and prevention of bronchiolitis. *Pediatrics* 2014, 134, e1474-502.
- Ralston, S.L. et al. A Multicenter Collaborative to Reduce Unnecessary Care in Inpatient Bronchiolitis. *Pediatrics* 2016, 137.
- Skjerven, H.O. et al. Racemic adrenaline and inhalation strategies in acute bronchiolitis. *N Engl J Med* 2013, 368, 2286-93.
- Quinonez, R.A. et al. When technology creates uncertainty: pulse oximetry and overdiagnosis of hypoxaemia in bronchiolitis *BMJ* 2017