



2026-06-12



Cykliska (periodiska) kräkningar hos barn och ungdomar

Författad av
Vignir Sigurdsson, barnläkare
Drottning Silvias Barn- och Ungdomssjukhus, Göteborg

Christofer Äng, barnläkare
Sachsska Barn- och Ungdomssjukhuset, Stockholm

Karl Kappinen, barnläkare
Barnsjukvården, Region Gävleborg

Petter Malmberg, barnläkare
Sachsska Barn- och Ungdomssjukhuset, Stockholm

SVENSKA FÖRENINGEN FÖR PEDIATRISK GASTROENTEROLOGI,
HEPATOLOGI OCH NUTRITION (SPGHN)
Version 4.0

INLEDNING	3
BAKGRUND	3
UTREDNING	4
Diagnostiska kriterier.....	4
Anamnes.....	4
Status.....	4
Basal provtagning och radiologi	4
Vidare utredning.....	4
BEHANDLING	7
Akut	7
Egenvård.....	7
Slutenvård.....	7
Förebyggande behandling	8
Första linjens förebyggande behandling	8
Andra linjens förebyggande behandling.....	8
UPPFÖLJNING	9
ICD-kod.....	9
REFERENSER	10

Cykliska (periodiska) kräkningar hos barn och ungdomar

INLEDNING

Syftet med denna riktlinje är att tillhandahålla tydliga råd för utredning och behandling av cykliska kräkningar, grundade på svenska erfarenheter och internationella evidens- och erfarenhetsbaserade rekommendationer. Vårdprogrammet skapades 2021 och det har sedan dess fortlöpande revideras i takt med nya rön, erfarenheter och inkomna synpunkter.

För att förankra riktlinjen inom den breda pediatriken har vårdprogrammet gått på remiss till Svensk Neuropediatrik Förening (företräd av Annika Danielsson, Sachsska) och till Svensk Förening för Pediatrik Endokrinologi (företräd av David Olsson, ALB) samt till Barnläkemedelsgruppen, Karolinska (företräd av Ranaa Akkawi El Edelbi).

Inkom gärna med frågor eller synpunkter och förslag på förbättringar till korresponderande författare Christofer Äng (christofer.ang@regionstockholm.se).

BAKGRUND

Cykliska kräkningar (CVS) är en sjukdom som kännetecknas av återkommande episoder av intensiva kräkningar med mellanliggande perioder av normal hälsa. Kräkningsepisoderna föregås ofta av illamående och åtföljs ofta av buksmärta. Sjukdomen drabbar framför allt barn och ungdomar (2–18 år) och uppskattningsvis 1 på 200 barn besväras av sjukdomen under sin uppväxt (1). Medianåldern för insjuknande har uppskattats till runt 6 års ålder och det tar i genomsnitt ett par år för patienterna att få sin diagnos (2). Sjukdomen kan vara av mycket varierande svårighetsgrad. De flesta barn med CVS har relativt milda och kortvariga symptom som i liten grad begränsar livskvalitet och livsföring. Men för de svårast drabbade barnen och ungdomarna kräver sjukdomen upprepade sjukhusinläggningar och medför kraftigt försämrad livskvalitet. Prognosen är god då de flesta barn-ungdomar med tiden växer ifrån sjukdomen och endast få patienter kommer att tyngas av cykliska kräkningar i vuxen ålder (3, 4).

Vid CVS uppträder kräkningarna oftast enligt ett för den drabbade individen karakteristiskt symptommonster. För majoriteten av patienterna uppträder symptomen på natten eller tidiga morgonen och varar i timmar till dagar (5). Intervallen mellan episoderna varierar mellan ett par veckor upp till ett år (6). Hos de flesta patienter föregås kräkningarna av en prodromalfas med illamående, buksmärta, blekhet, svettningar och trötthet som vanligtvis varar i några timmar (7, 8). Efter kräkningsepisoderna kan ljud- och ljuskänslighet, huvudvärk och yrsel förekomma under några timmar – till dagar (9).

Patofysiologin bakom tillståndet är ofullständigt undersökt men tros kunna förklaras av en obalans i hjärnstammen och de hypothalamiska kärnor som reglerar illamående och kräkningar. Det finns ett starkt samband mellan CVS och migrän (10, 11). CVS verkar vara en migränliknande sjukdom i flera avseenden; ärftlighet för migrän predisponerar för sjukdomen, ofta utlöses kräkningsepisoderna av liknande triggers som vid migrän och för många patienter övergår CVS med tiden i migrän (11). Behandlingen av CVS liknar till viss del också migränbehandling och omfattar både förebyggande och symptomlindrande behandling och i de flesta fall kan dessa strategier ensamma eller tillsammans göra patienterna helt besvärsfria (5).

UTREDNING

Diagnostiska kriterier

Kriterier enligt NASPGHAN (5) och ROME V (12):

- Stereotypa episoder med akut debut och upprepade kräkningar flera gånger per timme
- Minst 4 episoder under de senaste 12 månaderna, med en duration på 2 timmar till 7 dagar per episod
- Episoderna inträffar med minst en veckas mellanrum
- Återgång till normalt hälsotillstånd mellan episoderna

Annan orsak till kräkningarna ska, efter rimlig medicinsk utredning enligt nedan, vara utesluten.

Ärftlighet för migrän, och associerade symptom som illamående, buksmärta, ljuskänslighet och svettning, stödjer diagnosen.

Anamnes

Utlösande faktorer? Tidigare episoder? Tidigare behandling? Är episoderna karakteristiska för individen? Intervall senaste månaderna-året? Hereditet för migrän/cykliska kräkningar? Prodromala symptom? Hereditet för porfyri eller metabol sjukdom? Genomgången bukoperation? Hur länge brukar episoden hålla i? Symptomprogress?

Status

Allmäntillstånd? Bukstatus? Dehydreringsgrad? Neurologiska symptom?

Basal provtagning och radiologi

För patienter med milda till måttliga symptom under begränsade perioder (läs: som inte kräver intravenös vätskebehandling) och som inte uppvisar varningssymtom (**Tabell 1.**) föreslås en poliklinisk basutredning:

- **Provtagning:** CRP, blodstatus, ALAT, GT, kreatinin och pankreasamylas
- Polikliniskt **ultraljud av urin- och gallvägar** (njurstenssjukdom? hydronefros?, gallstenssjukdom?)

Hos spädbarn-småbarn med milda till måttliga symptom bör även poliklinisk utredning med **övre passageröntgen** (malrotation?) övervägas frikostigt.

Vidare utredning

Patienter med svårare symptom (läs: som kräver intravenös vätskebehandling) bör även utredas på akuten under pågående anfall med:

- **Provtagning:** blodgas (inklusive Na, K, Cl, glukos)
- **Buköversikt** (tarmhinder?)

- Vid osäkra fynd bör vidare undersökning med tunntarmspassageröntgen övervägas
- **Ultraljud urin- och gallvägar** (intermittent hydronefros eller gallstensjukdom?)
- Utredningen bör, vid förekomst av varningssymtom, drivas vidare enligt **Tabell 1 och 2**

Tabell 1. Varningstecken och vidare utredning

Varningstecken	Differentialdiagnoser	Vidare utredning
Småbarnsålder vid debut	Metabol sjukdom	Glukos, ketoner, laktat, ammoniak, P-/S-aminosyror, P-acylkarnitiner, U-ketoner, U-organiska syror
Episod föregås av infektion, fasta eller måltid med högt proteininnehåll	(Frånvaro av hypoglykemier utesluter inte underliggande metabol sjukdom)	Provtagning sker innan glukostillförsel
Hypoglykemi		
Neurologiska symptom, t.ex. påverkad medvetandegrad, avvikande ögonrörelser, huvudvärk, nedsatt muskelkraft och/eller ataxi	CNS-sjukdom	Neurologisk utredning: Överväg EEG (epilepsi?), CT/MR hjärna (intrakraniell process?, intermittent förhöjt intrakraniellt tryck?)
Feber	Recidiverande infektioner	Otoskopi Immunologisk utredning
Hyponatremi/hyperkalemi	Binjurebarkssvikt	Morgonkortisol
Episod föregås av läkemedelsintag, hereditet för porfyri, hematuri	Akut porfyri	Porfyriutredning
Progressiv försämring, t.ex. tätare och svårare anfall eller övergång till kontinuerliga besvär	Överväg annan kronisk sjukdom	Vidare utredning i samråd med barn gastroenterolog och barnneurolog

Tabell 2. Differentialdiagnostik vid återkommande kräkningsepisoder

Gastrointestinala orsaker	
Anatomiska	Malrotation Volvulus Invagination Striktur eller atresi Arteria mesenterica superior-syndrom
Peptiska	GERD, peptisk gastrit eller ulcer
Allergiska	Eosinofila tillstånd
Infektiösa	Recidiverande akuta gastroenteriter Helicobacter pylori
Hepatobiliära	Kolelithiasis, pankreatit
Funktionella mag-tarmsjukdomar	Obstipation Rumination Bukmigrän Dysmotilitet Gastropares
Icke-gastrointestinala orsaker	
Allergiska	Alfa-gal syndrom Mastcellsaktiveringssyndrom
Endokrina	Diabetisk ketoacidosis Addisons sjukdom
Infektiösa	Recidiverande otiter Kronisk sinuit
Metabola	Medfödda metabola sjukdomar Akut intermitterent porfyri
Neurologiska	Epilepsi Hjärnstamstumör Chiari-missbildning Neuromyelitis optica Migrän Benign paroxysmal yrsel Autonom dysfunktion
Renala	Intermittent hydronefros (uretropelvin övergångsobstruktion)
Farmakologiska	Uppprepade intoxicationer Cannabinoidt hyperemessyndrom
Psykologiska	Bulimia nervosa Trauma-/ångeststimulerade kräkningar Münchhausen by proxy
Systeminflammatoriska	PFAPA Medelhavsfeber
Övriga	Matförgiftning, postkommatiosyndrom

BEHANDLING

Kan delas upp i akutbehandling (egenvård och slutenvård) och förebyggande behandling. (1, 5).

Akut

Behandlingsprinciperna är avbrytande och stödjande behandling: Minska yttre stimuli (mörkt och tyst) ge vätska/elektrolyter/energi och läkemedel mot illamående och buksmärtor.

Egenvård

Behandling bör helst påbörjas så snart symptom på cykliskt anfall uppträder. Patienter bör utrustas med utskrivna behandlingsordinationer för egenbehandling (paracetamol och ondansetron) och vid behov även instruktioner att ha med vid behov av akut besök under resor.

Försök till avbrytande behandling med intranasal sumatriptan kan testas hos barn äldre än 12 år som känner prodromalsymptom innan episoden börjar.

Slutenvård

Vid sjukhuskrävande kräkningsepisod bör behandling med intravenös tillförsel av vätsketerapi och högdos ondansetron intravenöst ges för alla åldrar. Vid otillräcklig effekt mot kräkningarna bör tillägg av sedering med klonidin prövas. Vid buksmärtor bör behandling med intravenöst paracetamol ges i första hand. Vid otillräcklig analgetisk effekt förordas tillägg av i första klonidin och i andra (och i mycket sällsynta fall) morfin.

Så snart kräkningarna börjar minska bör övergång från intravenös till per oral behandling övervägas. Efter genomgången episod återhämtar barn sig oftast på några timmar och kan äta fulla mål.

Vätsketerapi: vätska, elektrolyter och glukos

- 10 % glukos med 140 mmol Na och 20 mmol K per liter i takt motsvarande 1,5 gånger normalt underhållsbehov (enligt Holliday-Segar)

Om inget energiintag per os på 3-5 dagar, start av perifer parenteral nutrition med energiinnehåll ovanför den katabola tröskeln (åldersberonde men oftast 50-70 kcal/kg/dag).

Illamående

- Ondansetron, 0,2-0,4 mg/kg/dos intravenös inj/inf var 4-6:e timme (2-18 år), maxdos 16 mg/dos.

Sedering och ångestlindring

- Klonidin, 1-3 mikrogram/kg/dos i.v. var 4-8:e timme, maxdos 150 mikrogram/dos.

Sederande behandlingsförsök med lokalt beprövade antihistaminer (typ prometazin) och bensodiazepiner (typ diazepam, midazolam) i tillägg till klonidin kan övervägas i svåra fall i samråd med barnneurolog och/eller barnanestesiolog. I Nordamerika finns erfarenhet av lorazepam och difenhydramin men erfarenhet av dessa preparat är begränsad i Sverige.

Smärtlindrande

- Paracetamol, 15-20 mg/kg intravenös infusion var 4-6:e timme, maxdos 100 mg/kg/dygn, maxdos 4 g/dygn.

- Klonidin, dosering enligt ovan.
- Morfin, 0,1-0,2 mg/kg/dos intravenös injektion, var 4-6:e timme.

Epigastriell smärta och refluxsymptom

- Esomeprazol 0,5 mg/kg/dos intravenös inj/inf var 12:e timme.

Förebyggande behandling

Förebyggande behandling liknar mycket den vid migrän, där rekommendationen är att uppmärksamma och undvika koppling av cykliska kräkningsepisoder till potentiellt utlösande faktorer som kraftig känslomässig spänning, energibrist (fasta, infektion), sömnbrist, födoämnen (t.ex. choklad, ost), menstruation och åksjuka.

Förebyggande läkemedelsbehandling kan rekommenderas om: CVS-episoder uppstår oftare än varannan månad, är så svåra att de kräver inläggande vård eller medför hög skolfrånvaro samt inte svarar prompt på akut behandling (se ovan). Alla behandlingsrekommendationer, både akuta och förebyggande, bygger främst på beprövad erfarenhet då evidens från kontrollerade studier närmast helt saknas.

Behandling med uppnådd måldos bör pågå över tid som är längre än 2 episoder innan utvärdering av behandlingseffekt och övervägande av byte till andra linjens behandling bör övervägas.

Första linjens förebyggande behandling

Barn under 5 år (5, 13)

- Cyproheptadin, 0,25–0,5 mg/kg/dag per oralt uppdelad på x 2-3. Maximal dygnsdos 12mg. Periactin® kan i Sverige förskrivas på licens som off-label läkemedel. Biverkningar: ökad matlust, viktuppgång och trötthet. Kan fungera bättre att ge som enkeldos till kvällen för att undvika trötthet på dagtid.

Barn över 5 år (5, 14)

- Tricycliska antidepressiva; Amitriptylin, startdos 0,25-0,5 mg/kg/dag och trappas upp med 5-10 mg per vecka till 1-1,5 mg/kg/dag (ibland behövs 2 mg/kg/dag). Ges i en dos till natten. *Biverkningar:* Förlängd QT-tid, speciellt i kombination med Ondansetron. EKG bör tas innan start och efter uppnådd måldosering (QTc ska hållas under 460 ms).

Andra linjens förebyggande behandling

- Beta-blockad; propranolol, 1 mg/kg/dag, förordas som andra linjens behandling för alla åldrar. Propranololdosen trappas upp till effekt enligt rekommendationer i FASS.

Alternativa förebyggande behandlingar har prövats men saknar bra evidens, inkluderar bl.a. L-carnitin 1 g x 2 och coenzyme Q10 200 mg x 2 (1).

UPPFÖLJNING

Uppföljning bör ske hos barnläkare med särskilt intresse för patientgruppen (oftast barn gastroenterolog eller barnneurolog) avseende förebyggande behandling.

Viktigt med en vårdplan för akutbehandling i journalen och att utrusta patienten med skriftliga rekommendationer på fungerande akutbehandling, för att kunna uppvisa på akutmottagning vid behov.

ICD-kod

R11.9 (i internationell ICD-10: R11.15)

REFERENSER

1. Hayes WJ, VanGilder D, Berendse J, Lemon MD, Kappes JA. Cyclic vomiting syndrome: diagnostic approach and current management strategies. *Clin Exp Gastroenterol*. 2018;11:77-84.
2. Li BU, Murray RD, Heitlinger LA, Robbins JL, Hayes JR. Heterogeneity of diagnoses presenting as cyclic vomiting. *Pediatrics*. 1998;102(3 Pt 1):583-7.
3. Fitzpatrick E, Bourke B, Drumm B, Rowland M. Outcome for children with cyclical vomiting syndrome. *Arch Dis Child*. 2007;92(11):1001-4.
4. Hikita T, Kodama H, Ogita K, Kaneko S, Nakamoto N, Mimaki M. Cyclic Vomiting Syndrome in Infants and Children: A Clinical Follow-Up Study. *Pediatr Neurol*. 2016;57:29-33.
5. Li BU, Lefevre F, Chelimsky GG, Boles RG, Nelson SP, Lewis DW, et al. North American Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology, and Nutrition consensus statement on the diagnosis and management of cyclic vomiting syndrome. *J Pediatr Gastroenterol Nutr*. 2008;47(3):379-93.
6. Haghighat M, Rafie SM, Dehghani SM, Fallahi GH, Nejabat M. Cyclic vomiting syndrome in children: experience with 181 cases from southern Iran. *World J Gastroenterol*. 2007;13(12):1833-6.
7. Fleisher DR, Gornowicz B, Adams K, Burch R, Feldman EJ. Cyclic Vomiting Syndrome in 41 adults: the illness, the patients, and problems of management. *BMC Med*. 2005;3:20.
8. Redon S, Mareau C, Guedj E, Donnet A. Cyclic Vomiting Syndrome in Adults and Children: A Hypothesis. *Headache*. 2017;57(6):943-51.
9. Li BU, Balint JP. Cyclic vomiting syndrome: evolution in our understanding of a brain-gut disorder. *Adv Pediatr*. 2000;47:117-60.
10. Raucci U, Borrelli O, Di Nardo G, Tambucci R, Pavone P, Salvatore S, et al. Cyclic Vomiting Syndrome in Children. *Front Neurol*. 2020;11:583425.
11. Li BU, Murray RD, Heitlinger LA, Robbins JL, Hayes JR. Is cyclic vomiting syndrome related to migraine? *J Pediatr*. 1999;134(5):567-72.
12. Rosen R, Borrelli O, Faure C, Karrento K, Krishnan U, Nurko S, et al. Rome V Pediatric Upper Gastrointestinal Disorders of Gut-Brain Interaction. *Gastroenterology*. 2026;170(6):1347-66.
13. Zeevenhooven J, Koppen IJ, Benninga MA. The New Rome IV Criteria for Functional Gastrointestinal Disorders in Infants and Toddlers. *Pediatr Gastroenterol Hepatol Nutr*. 2017;20(1):1-13.
14. Drossman DA. Functional Gastrointestinal Disorders: History, Pathophysiology, Clinical Features and Rome IV. *Gastroenterology*. 2016.
15. Madani S, Cortes O, Thomas R. Cyproheptadine Use in Children With Functional Gastrointestinal Disorders. *J Pediatr Gastroenterol Nutr*. 2016;62(3):409-13.
16. Bagherian Z, Yaghini O, Saneian H, Badihian S. Comparison of the Efficacy of Amitriptyline and Topiramate in Prophylaxis of Cyclic Vomiting Syndrome. *Iran J Child Neurol*. 2019;13(1):37-44.