# Seminarium 2

*Innehåller ffa ämnesområdena: gastroenterologi, nutrition, infektion*

1. Oskar 10 år kommer på remiss från husläkare. Han är normallång och normalviktig, trivs bra i skolan och tränar idrott 3 ggr/vecka, bor med biologiska föräldrar och 2 yngre syskon i en villa. Hans problem är att han dagligen har större eller mindre mängder avföring i underbyxorna när han kommer hem från skolan. Ofta förnekar han det som är uppenbart för mor som kortat ner arbetstid för att kunna vara hemma när Oskar kommer från skolan. I rutinundersökning finner du inget anmärkningsvärt.

**a) Vad innehåller ditt rutinstatus med tanke på pojkens besvär?**

Längd, vikt (påverkad tillväxt?), Bukstatus inkl PR (inspektion iaf, men i vissa fall palpation) Hjärta lungor. Temp.

**b) Vilka vanliga och mindre vanliga diagnoser överväger du?**

Vanliga: Förstoppning, IBS, Psykiatriskt/trots/ADHD (hinner inte tänka på att tömma tarmen) Celiaki,

Mindre vanliga: IBD, intellektuell funktionsnedsättning.

Varför läcker man? → Avslappnad inre sfinkter pga fyllnad i rektum. Sen kan man hålla emot med den yttre. Men de kan inte hålla emot. Rektoinhibitionalareflexen.

**c) Vilka frågor och undersökningar anser du vara befogade vid detta första läkarbesök?**

* Alarmsymtom?
* **Smärta/andra symtom**: Dominerande symtom (smärta, illamående, kräkning, uppblåsthet, pruttar, rädsla att bajsa på sig etc)? Frekvens, intensitet (VAS), duration?
* **Utlösande och lindrande faktorer?** Till exempel toalettbesök, måltid, stress?
* **Toalettrutiner:** Avföringsfrekvens, konsistens? Blod/slem/nattliga toalettbesök? Toalettvanor (kan barnet gå på toa i skolan)? Kissvanor?
* **Nutrition/tillväxt**: Äter patienten frukost, lunch, middag, mellanmål, kvällsmål? Normala matmängder i förhållande till tillväxt och eventuell träningsnivå? Utesluts födoämnen? Aptit? Ofrivillig eller snabb viktnedgång? Avplanande längd- eller viktkurva för växande barn? Försenad pubertet?
* **Sömn/ork:** God ork i skolan? Orkar som jämnåriga på gympan eller andra idrottsaktiviteter?
* **Konsekvenser av smärta och/eller associerade symtom**: Skolfrånvaro? Påverkan på skolarbete? Avstår aktiviteter och kompiskontakt? Omfattande undvikanden och säkerhetsbeteenden (att till exempel inte våga åka kommunalt eller vara med kompisar på grund av rädsla att bajsa på sig eller få ont)?
* **Psykosociala faktorer som kan bidra till symtomen:** Stress i form av familjesituation, skolsituation, mobbning, inlärningssvårigheter, aktiviteter på fritiden, droger etc? Psykopatologi som kan bidra till symtomen (ångest, depression, fobi etc)?
* Om alarmsymtom saknas, omsorgsfullt status är ua och tillväxtkurvan är normal, rekommenderas följande begränsade basutredning:
  + Mag-tarm-symtomdagbok (pdf) 1-2 veckor med notering om koppling till eventuellt misstänka utlösande faktorer
  + Blodstatus, SR, transglutaminas, urinsticka
* Vid mer omfattande symtom (och särskilt om diarrésymtom föreligger hos barn i skolåldern) rekommenderas även **f-Calprotectin**
* Vid misstanke om specifik bakomliggande sjukdom (som till exempel allergi eller annan differentialdiagnos) bör naturligtvis en utredning riktad mot denna misstanke göras, men för de flesta patienter behövs det inte.

**Behandling**: Klyx för direktbehandling. Men annars kan man ge movicol. Minst 3mån behandling. **Du får inte avföringsinkontinens av en liten förstoppning, utan att du har haft det länge.** När blir han av med sin inkontinens läckage? Kommer dröja en stund. Viktigaste är **RUTINER!!** Kan räkna med underhållsbehandling i ca 1 år. Man växer ifrån förstoppning.

Nästan aldrig underliggande sjukdom. Sällan man behöver göra en utredning. Det man ska utesluta är celiaki för det är väldigt vanligt. **Ta transglutaminas-ak, viktigaste budskapet!!** LITET värde av BÖS.

2. Följande sjukhistoria får du som nyanställd på SOS, jourupplysningen, telefonrådgivningen: Kristoffer 10 månader har sedan ett dygn haft kräkningar och sedan 6 timmar haft vattentunna diarréer. Mormor föreslog att han skulle dricka te och rostat bröd. Han tar dock inte emot något. Han har hög feber och verkar lite medtagen. Urinen är mörk. Diarréerna kommer ca var 20:e minut men är inte så voluminösa längre. En kusin till modern har föreslagit banan och avslagen Coca-cola men det verkar inte hjälpa. Det luktar aceton ur munnen.

**a) Vilka råd ger du mor?**

Är barnet friskt i övrigt? Hur länge har barnet haft feber? Fått i sig mat och dryck innan kräkningarna? Aceton-lukten, har barnet diabetes?

Försök ge vätskeersättning. Om det inte går att få i barnet vätska så bör man åka in med tanke på att barnet är lite medtagen, litet barn som kräkts i ett dygn. Febernedsättande.

Blod i avföring? → Meckels divertikel som kan ge blödning.

Invagination: Mellan 6mån-2år. Per år i Sverige: ca 40/år.

Oftare virus 99% av fallen!

* Om barnet kräks mycket ska man mata försiktigt med vätskeersättning, lite och ofta. **Börja med 5 ml var 5:e minut** som kan ökas när barnet får behålla vätskan. Använd gärna sked eller ännu hellre spruta i munnen till små barn. Vill inte barnet ta vätskan, håll barnet i famnen lätt tillbakalutat och spruta långsamt mot insidan av kinden. Nappflaska ska undvikas på grund av för stora volymer för snabbt. Observera att man med hjälp av spruta kan fortsätta mata barnet även under sömn.
* Spädbarn som ammas ska fortsätta ammas, gärna oftare än vanligt. Om barnet kräks mycket kan matning med bröstmjölk och/eller vätskeersättning, i sked eller spruta enligt ovan, tolereras bättre.

**b) Vilka bakterier respektive virus ser man vanligen hos barn med gastroenterit, vad karaktäriserar de olika agens?**

Rotavirus vanligast: Kräkningar och diarreer, bifasiskt förlopp. Matleda initialt.

Calicivirus: Snabbt förlopp, kaskadkräkningar som kommer plötsligt ej obligat med diarre. Även kallad vinterkräksjukan.

Adenovirus: Ofta med samtidiga ögon/ÖLI symptom.

Bakterier: EHEC,salmonella, shigella (röd sot), campylobacter, yersinia - feber, buksmärtor o blodiga avföringar. Ovanliga i Sverige men bör särskilt misstänkas på sommaren och efter utlandsresor.

Parasiter - giardia lambia. diagnostiseras med mikroskopi (avföringsprov för cystor och maskägg)

Akut matförgiftning orsakas vanligen av toxiner från stafylokocker eller clostridier.

Antibiotika kan vara indicerat vid verifierad Shigella- och amöbadysenteri, tyfoidfeber (orsakas av Salmonella typhi) eller Giardia lamblia-infektion

I andra fall gäller att barn bör stanna hemma från förskola/skola 48 timmar efter sista kräkning eller vattentunn avföring för att hindra smittspridning. Informera om noggrann handtvätt före mat/matning och efter blöjbyten eller toalettbesök.

**c) Om denne gosse kommer in på akuten - ordinera vätskebehandling (typ av vätska, ev tillsatser, administrationssätt, volym, administrationstid)**

Dehyreringsgrad?

Förlorat mer än 5% av vikten?

Kap refill? Na-värde? Har vi en blodgas?

* Om vi bedömer att det behövs **chockbehandling**: 20ml/kg. 10mån uppskattad vikt: (0,5x10 + 4) = 9kg. 20ml/kg x 9kg = 180ml. Som ska ges inom 10-15min. Ringeracetat
* **Rehydrering**, kan sätta sond. 5% av vikten. = 0.05/9kg = 450ml ORS via sond under 4h.
* **Underhållsbehandling**: 125ml/kg x 9 = 1125ml välling/ersättning/utpumpad bröstmjölk.

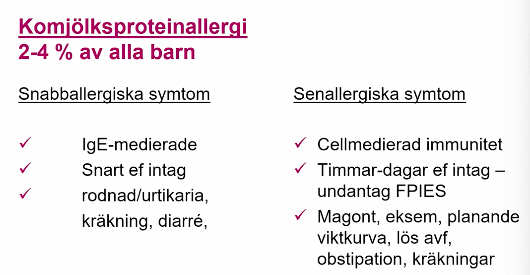
**d) Vilka allmänna kostråd tycker du att man kan ge till barn med gastroenterit? När kan man byta från vätskeersättning (¨SVE¨ eller ORS) till välling under en maginfluensas förlopp?**

* Efter det att kräkningarna upphört är det viktigt att börja ge barnet mer kaloririk mat i små portioner och gärna tillsätta extra fett. Har barnet kraftiga diarréer ska man fortsätta med vätskeersättning, 0,5-1 deciliter/timme. Söta drycker, till exempel läsk bör undvikas, då den höga sockerhalten ökar diarréerna. Dietdrycker är heller inte lämpliga eftersom de inte innehåller något socker alls.

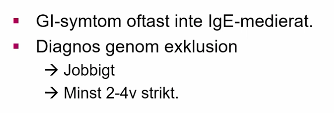
3. Emma, ammad i 2½ månad, har för första gången matats med modersmjölksersättning, Sempers BabySemp I. 20 minuter efter matning på nappflaska verkar Emma olycklig. Hon vrider sig, skriker och för upp benen mot magen, 10 minuter senare kräks hon.

**a) Vad kan detta bero på?**

* **Komjölksprotein allergi**. IgE-medierade (omedelbara) reaktioner ger symtom inom minuter-2 timmar. Vanligaste födoämnesallergin, upp till 2% av spädbarn drabbas.
* Klinisk diagnos. Ställs genom uteslutande 4-6v som ska ge symptomfrihet och sedan provokation som ska ge tillbaka symtomen. Vid IgE med allergi kan man analysera IgE i blodet eller göra pricktest.
* Barn utvecklar ofta tolerans kring 1års ålder.
* Gastrointestinala symtom: Förekommer hos 50-60 % av små barn med KMA: gastroesofageal reflux, kräkningar, buksmärtor, diarré, blod och slem i avföringen, tillväxtavvikelse (försämrad längd- och viktutveckling) och förstoppning.
* Celiaki
* **Food Protein-Induced Enterocolitis Syndrome (FPIES)**, sometimes referred to as a delayed food allergy, is a severe condition causing vomiting and diarrhea. In some cases, symptoms can progress to dehydration and shock brought on by low blood pressure and poor blood circulation. Kommer in med bild av septisk chock.



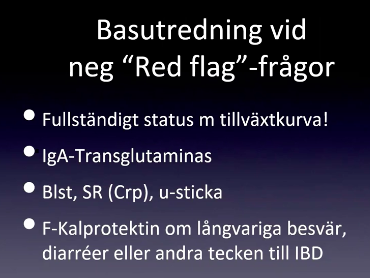
**b) Handläggning?**



4. Hertha 4 år kommer till barnläkarmottagningen med mor p.g.a. återkommande buksmärtor sedan mer än ett år. Graviditet och partus var ua, FV 2.9 kg. Hon ammades fullt till 4 mån ålder, fick sedan sedvanlig introduktion av andra födoämnen och vid 1 års ålder lades amningen ner helt. Familjen med mor och äldre bror håller normalkost, vilket man också gör på förskolan. Hon har buksmärtor var och varannan dag, ibland kortvarigt 5-10 min ibland längre under 1-2 timmar. Ofta kurar hon ihop sig, vill sluta leka eller annan aktivitet, vill inte vara uppe och gå eller vara ute, utan föredrar ligga till sängs. Ibland klagar hon över kräksmak i munnen. Hon är dag och nattorr sedan 2 års ålder, har daglig tarmtömning och miktion är utan ”problem” enl mor.

**Hur handlägger du detta?**

* Penetrera anamnesen: Vilken typ av buksmärta? Finns det någon koppling till matintag/toa besök. Avföringsamanes: Utseende? Sura uppstötningar? Kräkningar? Allergier? Problem o svälja? Ärftlighet? Nattlig Faces avgång? Perianala besvär? Följer flickan sin tillväxtkurva? Kolla även tillväxtkurva, social anamnes, kompisar/hemma. Psykomotorisk utveckling. Rödaflaggor??
* Exempel på alarmsymtom som anses innebära ökad risk för organisk genes:
  + Avvikande tillväxt?
  + Långvariga (>2 veckor) diarréer?
  + Blod i avföring?
  + Nattlig smärta/avföring?
  + Hereditet för IBD (inflammatorisk tarmsjukdom), celiaki eller ulcussjukdom?
  + Oförklarlig feber?
  + Artrit? Lokaliserad smärta?
  + Svårt eller ont att svälja?
* Prover: Blodstatus med diff, el status, f-calprotectin, transglutaminas ak, CRP/sr, u sticka.
* Differentialdiagnoser: IBD, celiaki, funktionella buksmärtor (exv jobbig situation hemma), GERD (ppi hos tonåringar), esoinofil esofagit, allergi, förstoppning (mest sannolika).
* RED flags: Blod i avföring, feber, viktnedgång, nattliga smärtor o facesavgång, ikterus, ledbesvär, blodiga kräkningar, perianala besvär.



Movikol junior, klyx endast om väldigt förstoppad.

5. Kira är 1 år och 4 månader, kommer med far på remiss från BVC där man följt henne månadsvis pga viktnedgång sedan 4 månader. Hon har korsat vikt kanal från +1 till -1,5 de senaste 6 månaderna och längdtillväxten planar märkbart av sedan 2 månader. Grav o partus ua, ammades fullt till 9 mån, sedvanliga vaccinationer och introduktion av födoämnen från 4 mån ålder. Kira har haft flertalet övre luftvägsinfektioner och vårdats ngt dygn p.g.a. misstänkt pneumoni vid 1 års ålder. Far berättar att avföringarna har ändrat utseende sista halvåret, blivit större och mer lösa, med starkare lukt och ibland fettglänsande.

**Hur kompletterar du anamnes o status?**

Nutrition: Vad äter hon? Hur mycket? Kräkningar? När introducerades gluten? Ärftlighet? Hemsituationen?

Buk: Smärta? Nattliga avföringar?

Infektioner: Vilka typer av ÖLI? Bakteriella?

**Labprover?**

* Blodstatus med diff, TGA, glukos, folat, b12, järn, ferritin, homocyst, P-amylas, lipas, faces elastas (standard analys man gör), ADEK vitaminer. (pga pankreas insuff i att producera)
* Bukspottkörteln i kroppen tillverkar enzymer som hjälper till att bryta ner maten i tarmarna. Hos de flesta med cystisk fibros täpper det sega slemmet till bukspottkörtelns gångar. Det gör att enzymerna inte når fram till tarmarna. Vid cystisk fibros blir också gallan segare än den ska vara. Gallan bildas i levern och ska hjälpa till att finfördela fettet i tarmen.
* Det här gör att matsmältningen inte fungerar som den ska hos personer med cystisk fibros. Då blir det svårt att ta upp näring, viktiga fettsyror som kroppen inte kan tillverka själv och de fettlösliga vitaminerna A, D, E och K.

**Diffdiagnoser?**

* Cystisk fibros: Illaluktande bajs, mycket fett i. Svårigheter att gå upp i vikt. Upprepade luftvägsinfektioner. Föds ca 20 barn/år.
* Celiaki: gastroskopi med biopsi för att ställa diagnos.

Pat besvär talar mkt för cystisk fibros - penetrera hereditetsanamnes. Feces elastas o pankreas lipas/amylas indikerar pankreas insuff. Svettest måste utföras - dubbel så högt osmolalitet som serum vid CF.

Vidare handläggning?

* Utreda?

6. Lilly är 8 år och kommer i sällskap med mor. Mor har diab mell typ1, fö. finns det inga ärftliga sjukdomar. Det är en sammanhållen familj med en yngre syster 2 år. Lilly föddes i vecka 30, sedvanlig neonatal vård utan komplikationer. Insjuknade för 3 månader sedan efter en förkylning med lösa avföringar, som ibland är blodtillblandade, ej sett slem. Ibland smärta innan tarmtömning som går över efter toabesöket. Inga nattliga tarmtömningar. Blivit tröttare efter skolan. Mor har misstänkt högre kroppstemperatur vid vissa tillfällen, men inte kollat detta. Provtagningar på vårdcentral visar förhöjd sänka och trombocytos, avföringsprov för odling och cystor har varit ua. Man har prövat komjölksfri kost i 4 veckor utan effekt.

**Hur handlägger du detta?**

Misstanke kring IBD p.g.a debuterade efter infektion/i samband med infektion. högt SR, trombocytos och avföringsanamnes med varningstecken.

Efterfråga - feber, öv symtom. Ordentlig status: Hud, ögon, ledengagemang - ledbesvär, hudbesvär, aftösa sår i munnen, uveit/irit, perianala smärtor, viktkurva, gör det ont efter matintag?

Illocecal chron - hö sidig (fossa) smärta 20min efter matintag.

Prover: Blodstatus med diff, sr/crp, f -calprotectin, albumin, transglutaminas, transmainaser, krea, ferritin om det ger utslag → gastro o koloskopi.

Varför sitter inflammationen ileocekalt? Tunntarm sterilt område, där bryter du ned och tar upp. Tjocktarmen tar hand om det som inte kan brytas ned i tunntarmen.

Crohns sjukdom behandling: Flytande kost i 6v. (Näringsdrycker) Lik effektivt som kortison. Sen går man vidare med immundämpande lkm. Tidigare var kirurgi den dominerande behandlingen.

Höga halter av F-kalprotektin i faeces talar för inflammation i tarmen. Kan ses vid gastroenteriter också. IBD pat brukar ha över 500mg/kg.

7. En pappa söker med sin 13 mån gamla flicka som skrikit mkt under det senaste dygnet. Klockan är 03,30 och du har precis kommit upp till jourrummet när sköterskan ringer. När du ser flickan leker hon fint i väntrummet och man kan undra varför de just varit tvungna att söka nu. Flickan börjar dock plötsligt skrika, slänger sig i pappas famn och verkar faktiskt ha ont. Efter 4 min leker hon igen. Det hela upprepas efter c:a 20 min efter att du har undersökt den ganska stillsamma flickan. Hon har ingen feber, har kräkts 3-4 ggr under dagen och har haft en liten lös avföring. Druckit bra, ätit sämre. Ngt blek, bukstatus u a.

**a) Vad gör du nu?**

Anamnes: Övriga symptom: Haft såhär tidigare? Ätit något nytt? Nyligen insatta läkemedel? Tid opererats? Överkänslighet? Hur ser avföringsvanorna ut? Förstoppad?

Beställer ett akut ultraljud med frågeställningen invagination?

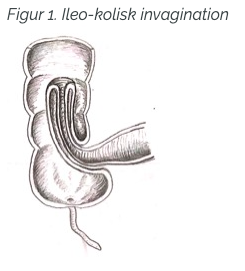
Blodprover: Hb, CRP, LPK, peritoneal retning? Syra/Bas, laktat, blodgrupp/bas test (inför ev op)

V-sond pga kräkningar?

Om det inte föreligger peritonitstatus eller fri gas på BÖS behandlas invagination i första hand med reponeringsförsök via röntgen, s k koloningjutning med ingjutning av kontrast via ändtarmen.

Invagination uppstår när ett proximalt tarmsegment (invaginat) teleskoperar in i ett mer distalt beläget tarmsegment. Vanligaste formen är ileokolisk, distala delen av ileum dras in i kolon.

Tarmen dras in i det följande tarmsegment med peristaltiska rörelser. Allt eftersom tarmen matas längre in komprimeras mesenteriet och det venösa avflödet och tarmväggen blir ödematös. Om invaginatet inte reponeras uppstår efterhand arteriell insufficiens, ischemi och slutligen tarmnekros.



b) **Varför**?

Med tanke på anamnes på intervallartad buksmärta,kräkningar hos en 13mån barn, invagination behövs uteslutas.

**c) Differentialdiagnoser?**

Akut ljumskbråck, förstoppning, Akut appendicit,

Kräkningar och buksmärta

- Gastroenterit

- Appendicit

- Andra orsaker till ileus (volvulus, adherensileus)

Kräkningar och rektal blödning

- Blödande Meckels divertikel (kan även ses tillsammans med invagination)

- Bakteriell kolit

- Malrotation med tunntarmsvolvulus

Trött och taget barn

- Trauma

- Infektion, sepsis, meningit

- Metabol derangering

- Intoxikation

8. Wilma 2 år gammal påstås av mamma ha en ”minst plommonstor” klump till vä i buken som hon kände för första gången igår. Wilma är en mycket bestämd 2-åring som vägrar låta dig undersöka henne.

**a) Vad gör du?**

Anamnes: Buksmärta? Feber? Hematuri? Frisk i övrigt? Andra symptom? Förstoppning? Mjältförstoring? (fråga om näsblod, blåmärken)

Varje resistens i buken ska betraktas som malign tills motsatsen är bevisad. Akut remiss till barnklinik. I förstahand görs ett ultraljud. På barnonkologiskt centrum gör man sedan DT eller MR av buken. Samt lungrtg, eftersom metastaser vanligtvis sätter sig där.

**b) Diffdiagnoser? Banalt eller farligt?**

Misstanke om wilms tumör som nästan alltid följder denna anamnes - upptäcks av förälder som känner ngt i buken - **ska ej förekomma knölar hos barn i buken!** Ultrajud om tydlig beskrivning o 2 åringen vägrar us. Dexdor/clonidin kan ges inför undersökning.

Wilms tumör, undvik att palpera. Sitter intrarenalt.

9. Kräkningar är ett av de vanligaste symptomen att ta ställning till hos barn.

Ange trolig/möjlig orsak för var och en av nedanstående korta fallbeskrivningar.

**a) Gustaf, 6 veckor, med tilltagande kraftiga kräkningar utan gallfärg**. **Viktnedgång c:a 500g senaste 2 veckorna.**

* Pylorusstenos. Har barnet kraftiga kaskadliknande kräkningar kan det bero på pylorusstenos. Det är en förträngning i magens nedre magmun som gör att maten delvis hindras från att passera vidare till tarmen. När magsäcken försöker tömma sig så vänds maginnehållet i stället uppåt och barnet kräks, ofta kraftigt.
* Man föds ej med pylorusstenos utan det utvecklas när man exponeras för mat. Lätt att åtgärda. Görs laparoskopiskt. Klassiska är att barnen söker kring 6v.
* Kräkningarna börjar när barnet är mellan två veckor och två månader. Till en början är det små kräkningar, men de blir kraftigare med tiden. Andra symtom är att barnet inte går upp i vikt som hen ska, och att hen är trött och ointresserad av omgivningen.
* Komjölksallergi?
* lågt k+ o låg cl - hyoklorem,hypokalem metabol alkalos.

**b) Theodor, 3 månader, med sporadiska kräkningar utan gallfärg. Viktuppgång 500 g senaste 2 veckorna.**

Den vanligaste formen av kräkningar hos barn under ett år är så kallade **överskottskräkningar**. Det är när barn får i sig mer mat än de klarar av att smälta. Barnet kräks då upp överskottet av mat direkt efter måltiden, ofta i samband med en rapning. Vissa barn kräks ibland, andra barn kräks efter varje måltid. Barnet mår annars bra och **växer som hen ska.**

**c) Alva, 8 månader, med 2 dagars kräkningar. Idag allt mer smärta som kommer och går, ingen diarré men tilltagande kräkningar, letargi och synbart blodig avföring.**

Intervallartad smärta, kräkningar, blodig avföring. = Invagination.

Bakteriell gastroenterit

**d) Muhammed, 10 månader, som kräkts i 2 dagar + diarré. Kräkningarna hade i stort sett upphört, men nu börjat om. Endast fått vätskeersättning, ingen mat. Na 145, K 4,3, Cl 101.**

Gastroenterit? Ge ORS på akuten, stanna några timmar och se utvecklingen.

**e) Päivi, 9 år, med torticollis, dvs håller huvudet på sned, som sedan 1 vecka vid flera tillfällen kräkts oprovocerat före frukost och vid något tillfälle kräkts på natten. På dagen välmående, inget illamående.**

Varför håller han huvudet på sned? Andra symptom ataxi, yrsel? Intrakraniell expansivprocess. Gå vidare med DT. Barn med torticollis “högre” risk för expansivprocess.

10. Aitan, 4 v gammal, har skött sig fint sedan hemkomsten från BB. Ammas. På e m i dag fick han feber och sög dåligt vid amning. Han verkar trött tycker mor och man söker på akuten, Du finner en ngt stillsam gosse, som dock skriker lite då du undersöker honom men somnar sen till. Mor väcker honom och försöker amma men han somnar strax vid bröstet. Han har inga fokala infektionstecken, ej nackstel, inga utslag, lite blek, men annars gott hull. Temp 39,5.

Modern är lugnare nu och vill gå hem med barnet, eftersom hon tror att det går lättare med matningen nu hemma och dessutom finns en 4-årig syster med grannen som barnvakt.

**Hur handlägger du detta?**

Somnolent o ej äter - 4v gammal => lägg in patienten - Vanligt med viros, pyelonefrit eller sepsis. Måste utesluta allvarlig infektion. CRP, lpk, diff, vitalparametrar.

Feber hos 4v gammal bebis, trött, måste utesluta infektion.

Vitalparametrar?

CRP, blodstatus med diff, LPK.

Urinsticka?

Vid den här ålder misstänk: E-coli, GBS infektioner (meningit) som de fått vid födseln.