

Osteomyelit hos barn

Framtaget av:

Överläkare Matilda Hedlund, Ortopediska kliniken, Falu lasarett
Överläkare Yvonne Hildebrand, Ortopediska kliniken, Falu lasarett

Osteomyelit (OM) är en infektion i skelettet. Pojkar drabbas oftare än flickor. Vanligaste lokalisation är metafysen i femur och tibia. Hos barn är hematogen bakteriell spridning den vanligaste orsaken; posttraumatisk eller postoperativ infektion i skelettet kan dock förekomma.

Hos spädbarn kan bakteriemi leda till multipla nerslag och ledengagemang är vanligare.

De vanligaste bakterierna som orsakar osteomyelit

1. Staphylococcus aureus (80%)
2. Streptococcus pneumoniae + Streptococcus pyogenes (GrA; betahemolytisk))
3. Kingella kingae
4. Hemophilus influenzae, E.coli, Pseudomonas (immunsupprimerade patient)

Symtom

Relativt snabbt påkommen smärta och feber, allmänpåverkan, pseudoparalys (rörelseinskränkning), rodnad, svullnad, värmeökning, palpationsömheter

Differentialdiagnos

Artrit
Fraktur
Malignitet

Utredning

Lab

LPK med neutrofiler, SR, CRP, Hb, TPK, Blododling, (vid fokus även urinodling, svalgodling, sårodling)

Röntgen

Uteslut fraktur, tecken till OM synliga efter cirka 10 dagar, tecken till malignitet

MR (akut): frågeställning OM OCH septisk artrit. Ska dock ej fördröja behandling.

Eventuell benbiopsi

Väntan på denna får dock inte fördröja behandlingen.

Komplikationer

Sekundär septisk artrit, frakturrisk, tillväxtstörning

Handläggning

Viktigt med gemensamt omhändertagande barnkliniken/ortopedkliniken.

På akuten

Barnet triageras till den klinik som handlägger de mest framträdande symtomen, (feber och allmänpåverkan – barnkliniken och vid smärta och rörelseinskränkning - ortopedkliniken).

Om behandlande läkare på akuten misstänker osteomyelit ska hen

1. ordinera provtagning + röntgen enligt ovan, beställa akut MR
2. kontakta jour/bakjour på den andra kliniken
3. lägga in barnet på avd 34, helst fastande tills MR-svar finns och ortoped har tagit ställning till behov av kirurgiskt åtgärd. MR ska göras under helger, men ska ej fördröja behandling.
4. inleda behandlingen

På avdelningen

Behandling och eventuell vidare utredning ska dagligen stämmas av mellan avdelningsansvarig barnläkare och barnortoped/ortopedbakjour. Antibiotikaval justeras efter odlingssvar och/eller i samråd med infektionskliniken

Intravenös antibiotikabehandling cirka 1 vecka eller tills normalisering av CRP. Smärtbehandling enligt smärt-PM, sätt även in NSAID.

Kontroll av infektionsprover cirka varannan dag, temp 3 ggr dagligen.

Vid positiv blododling ställningstagande till hjärteko

Avlastning av drabbad extremitet, rörelseträning. Sjukgymnast bör kopplas in.

Övergång till peroral antibiotika vid hemgång, 6 veckors sammanlagd behandling.

Indikation för kirurgisk behandling

1. ledengagemang (odla och spola)
2. subperiostal abscess + sequester
3. utebliven förbättring 48 h efter påbörjad behandling (gör en ny akut MR).

Vid alla punktioner och öppna biopsier ska vävnadsbiopsier (minst 3, helst 5 ojämnt antal) tas såväl som cytologi och prov för PCR

Val av antibiotikaIntravenöst

Till och med 5 år + >5år och kraftig allmänpåverkan: Cefotaxim 50 mg/kg x 3

>5år: Cloxacillin (täcker ej Pneumococcus, Kingella, Haemophilus, Salmonella) 100mg/kg/dygn fördelat på 4-6 doser.

Peroral

Val styrs av odlingssvar. Om immunsupprimerad patient- överväg annan behandling.

Utskrivning och uppföljning av barnortoped.Att tänka på vid utskrivning

Recept för antibiotika och analgetika

Intyg för befrielse från skolidrott 3 mån

Eventuellt taxiintyg

Kryckor, eventuell rullstol

Bokning av återbesök

Brev till vårdcentralen för provtagning samt remisser för provtagning i

TakeCare

Uppföljning

1 vecka efter hemgång med LPK/ CRP/ SR (vårdcentralen med svar till ortopedmott),

Efter 6 veckor till ortopedmottagningen för klinisk kontroll och infektionsprover.

Efter 8 veckor infektionsprover

Efter 6 månader ortopedmottagningen för klinisk kontroll och röntgen.