

Osteomyelit, akut hematogen, Barn

Hitta i dokumentet

[Sammanfattning](#)

[Akutfas](#)

[Utredning och bedömning](#)

[Behandling](#)

[Uppföljning/avslut](#)

[Uppdaterat från föregående version](#)

Sammanfattning

Etiologi

Akut hematogen osteomyelit är en lokal manifestation av septikemi och är oftast orsakad av *staphylococcus aureus*, därnäst *hemofilus influenza* (barn <3 år). Den är vanligen lokaliserad i metafysen kring de stora lederna i distala eller proximala femur, proximala tibia eller proximala humerus.

Akutfas

Diagnos

Ofta akut insjuknade med allmänpåverkan, hög feber, CRP/SR förhöjning.

Nedsatt funktion i extremiteten. Vilovärk inkl nattsmärtor. Ibland uttalad lokal palpationsömheter, svullnad, värmeökning och rodnad.

Äldre barn uppvisar ej sällan en primär kronisk typ med smygande symtom och mera blygsamt lokalstatus.

Diagnosen är rent klinisk och säkerställs vanligen laboratoriemässigt och röntgenologiskt först efter några dygns behandling.

Differentialdiagnoser

Akut reumatoid artrit

Akut reumatisk feber

Coxitis simplex

Reaktiv artrit

Gc artrit

TBC artrit

Utredning och bedömning

Utredning

Lab: Vita, Diff, SR, CRP, AST, ASTA, Gc, Yersinia, RA

Bakteriologi: Blododlingar x 3, samt, när det är tillämpligt, odling från näsa och svalg, urin, infektiösa hudförändringar, navelsträngsstumpen hos nyfödda, ev ledexsudat, subperiostal intraossiös pussamling.

Röntgen: göres akut för att utesluta t ex fraktur eller tumor. Normalt finner man osteolytiska förändringar först efter 10 dagar. Insätts behandlingen tidigt ses aldrig röntgenologiska förändringar.

Scintigrafi: Efter 4 dygn kan ofta diagnosen säkerställas. Scintigrafi är ofta falskt negativt de första 2-3 dygnen.

Ultraljud: kan användas för att påvisa subperiosteal abscess.

Behandling

Kirurgi

Det är viktigt att sätta in behandling på den kliniska diagnosen. Osteomyelit kan i det initiala skedet oftast med framgång behandlas enbart med antibiotika.

Vid en anamnes under 2 dygn kan man normalt tillåta sig något dygns antibiotikabehandling innan man fenestrerar skelettet. (Fenestrering ansågs tidigare obligatoriskt hos alla). Vid distinkt palpationsömheter eller då redan röntgenologiska förändringar föreligger utföres dekompression av det aktuella området (dränage av subperiosteal abscess med multipla borrhål genom periostet alternativt fenestrering och utskrapning av ossiös förändring).

Vid måttlig ömheter kan man provaspirera för att se om det föreligger någon subperiosteal abscess, som i så fall skall opereras.

Immobilisering med sängläge och gipsskena ger smärtlindring.

Initial antibiotikabehandling

Barn > 3år

Ekvacillin + Bensylpencillin intravenöst. (Modifieras efter odlings/ resistenssvar.)

Barn <3 år

(Haemofilus vanligt därför ampicillin)

Ekvacillin+ Ampicillin intravenöst. (Modifieras efter odlings/resistenssvar.)

Pc allergi

I Dalacina

II Fucidinsyra

Rekommenderade antibiotika doser:

Parenterala preparat:

Bensylpenicillin 150mg/kg/dag 4 doser /dygn iv (<1mån ålder 50mg, 1- 12 mån ålder 100 mg /kg/dag)

Ekvacillin 100mg/kg/dag 3 doser/dygn iv

Doktacillin 100-200 mg/kg/dygn 3 eller 4 doser/dygn iv

Dalacin 25 mg/kg/dygn 3 doser/dygn iv

Fucidin 20mg/kg/dygn 3 doser/dygn iv

Zinacef 75mg/kg/dygn 3 doser/dygn

Perorala preparat:

Kåvepenin 50mg/kg/dygn 2 doser/dygn

Heracillin 50mg/kg/dygn 3 doser/dygn

Pondocillin 50mg/kg/dygn 2 doser/dygn

Dalacin 20mg/kg/dygn 3 doser/dygn

Fucidin 30 mg/kg/dygn 2 doser/dygn

Cefamox 50mg/kg/dygn 2 doser/dygn

Fortsatt antibiotikabehandling

justeras efter odlingsvar. Vid gramnegativa infektioner byt till Zinacef. Antibiotika ges intravenöst tills temperatur och CRP normaliserats samt patienten är smärtfri, dock minst 7 dygn. Härfter ges peroral behandling upp till 3 månaders total behandlingstid. Lokalstatus och SR skall vid behandlingens slut vara normala.

Uppföljning/avslut

Kontroller

Kontroll av SR och röntgenbild vid behandlingen avslutande samt efter 6 månader. SR och klinisk kontroll en månad efter behandlingens slut. Infektionen respekterar inte alltid fysen (tillväxtzonen) varför en tillväxtstörning är möjlig. Vid misstanke på fysengagemang bör därför kontroll med röntgen ske efter ytterligare 6 månader och 1 år (ev 2 år) för att utesluta behandlingsbar postinfektös fyseodes.

Uppdaterat från föregående version

Utgåva 2. Ersätter 1991-05-07