

Septisk artrit hos barn

Framtaget av

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

Septisk artrit är en bakteriell infektion i en led.

De vanligaste bakterierna som orsakar septisk artrit

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

Symtom

Relativ snabb påkommen smärta och feber, allmänpåverkan, rörelseinskränkning både aktivt och passivt, rodnad, svullnad (fluktuation), värmeökning, palpationsömheter

Differentialdiagnos

Reaktiv artrit, virusrelaterad artrit, borreliaartrit, kristallartrit, JIA
Malignitet
Intraartikulär skada (fraktur, osteokondrit, korsbandsskada)
TB

Utredning

Lab: LPK med neutrofiler, SR, CRP, BGLuc, Blododling, (vid fokus även urinodling, svalgodling, sårodling)

Röntgen: uteslut skelettskada och tecken till malignitet

Ultraljud akut, framför allt höft

MR (akut) om det finns misstanke om samtidigt föreliggande osteomyelit

I första hand klinisk diagnos. Ultraljud för att bekräfta ökad mängd ledvätska. Vid klinisk misstanke ska leden dräneras.

Ledpunktion/ Prover

Odling

Direkt mikroskopi

Leukocyter, laktat, kristaller, sockerkvot, glukos

PCR 16-s-rna

(IggBorrelia i serum vid monoartrit i knä)

Komplikationer

Chondrolyt, avaskulär nekros, tidig artrosutveckling

Handläggning

Viktigt med gemensamt omhändertagande barnkliniken/ortopedkliniken.

På akuten

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

Om behandlande läkare på akuten misstänker septisk artrit ska hen

1. ordinera provtagning + röntgen enligt ovan, beställa akut ultraljud (höft)
2. kontakta jour/bakjour på den andra kliniken
3. ortoped tar ställning till behov av kirurgisk åtgärd

LEDEN SKA DRÄNERAS ÖPPET VID SEPTISK ARTRIT I HÖFTLEDEN. I ÖVRIGT ARTROSKOPISK ELLER MED ARTROCENTES. SPOLA MED KOKSALT

4. lägga in barnet på avd 34,
5. inleda behandlingen

På avdelningen

Behandling och eventuell vidare utredning ska dagligen stämmas av mellan avdelningsansvarig barnläkare och barnortoped/ortopedbakjour. Spolning av leden kan behöva upprepas. MR ska göras vid misstanke om samtidig osteomyelit.

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

Övergång till peroral antibiotika vid hemgång, behandlingstid 6 veckor.

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)

Peroralt

Val styrs av odlingssvar

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 och remisser i TakeCare

Uppföljning

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

Efter 6 veckor till ortopedmottagningen för klinisk kontroll samt infektionsprover,

Efter 8 veckor infektionsprover,

Efter 6 månader ortopedmottagningen för klinisk kontroll och röntgen.