

Typfall T9 RU (ledande student)

Rubrik: Ahmad 5 månader med feber

Termin: T9

Tema: RU

Ansvarig för fallet: Barbro Hedin Skogman

Ingress: En 5 månaders pojke inkommer (med sina båda föräldrar) till akuten med feber sedan i går kväll. Han är gnällig, trött och tagen och har 40 graders feber utan givet Alvedon.

Fallet del 1.

Du börjar med lite anamnes. Föräldrarna berättar att Ahmad 5 månader vanligtvis är ett förnöjsamt spädbarn som huvudsakligen ammar. Graviditet, förlossning och BB-tid har varit normala och på BVC har sjuksköterskorna varit nöjda. Idag har han inte velat ta bröstet som vanligt och blöjan har varit torr under dagen.

Ingen annan i familjen är sjuk. Ahmad har en storasyster Asma som är 3 år gammal och går på förskola, men hon är inte förkyld och har inte feber. Både Ahmad och Asma har fått sina vaccinationer enligt nationella vaccinationsprogrammet.

Ahmad har tidigare haft feber kortvarigt vid ett tillfälle ihop med en diskret förkylning, men då sökte man inte sjukvård och han förbättrades spontant. Han har aldrig varit så här sjuk enligt föräldrarna.

Fallet del 2.

Det är dags att undersöka Ahmad. Han protesterar direkt men det går, med hjälp av föräldrarna att lugna honom lite. Han är lite blek och irritabel vid beröring. Du noterar att hans puls är 150, han bukandas med 70 andetag per minut och har en kapillär återfyllnad på 3 sekunder. Saturation O2 är 92%. Han har inga tecken på meningism. Du inspekterar hela hudkostymen utan att se några utslag. Hjärta auskulteras ua. Lungor med sidlika normala andningsljud, ingen dämpning vid perkution. Buk ua. Yttre genitalia ua. Mos ua. Öron ua. Ytliga lymfkörtlar ua.

Fallet del 3.

Du bestämmer dig för en snabb och effektiv handläggning. Ahmad får lite extra syrgas på mask, han får snabbt en venös infart och du ordinerar prover, en blododling och en bolus NaCl bolus 10 mL/kg. Ahmad får också febernedsättande Alvedon och Ipren rektalt. Du planerar en kontroll av allmäntillstånd, puls och kapillär återfyllnad efter 30 minuter.

Ahmad får en plats på barnavdelningen och du går med sjuksköterskan, Ahmad och hans föräldrar till avdelningen för att där kunna göra en ny klinisk bedömning enligt plan.

Fallet del 4.

När du gör din nya bedömning på avdelningen så är Ahmad fortfarande irritabel men har en lägre puls på 110 och en kapillär återfyllnad på 2 sekunder. Sjuksköterskorna på avdelningen föreslår kontroll PEWS en gång per timma.

Du får svar på dina ordinerade prover: Hb 115, LPK 12 varav neutrofila 11. CRP 170.

Du börjar fundera på differentialdiagnoser.

Fallet del 5.

Du misstänker bakteriell infektion/sepsis och ordinerar antibiotika intravenöst (Cefotaxim iv 50 mg/kg x 3). Du ordinerar också en sedvanlig uppvätskning med Ringeracetat iv 12,5 mL/kg in på 4 timmar och sedan en Plasmalyte iv som underhållsdropp.

Du funderar över fokus för infektionen. Febril UVI? Pneumoni? Du förbereder för en blåspunktion men Ahmad kissar på skötbordet och ni lyckas fånga ett rent mittståleprov för urinsticka och urinodling.

Urinstickan visar 2+ vita, 1+ röda, 1+ alb, Nitrit pos.

Du fundera över hur du ska tolka urinstickan och hur du ska göra med valet av antibiotika.

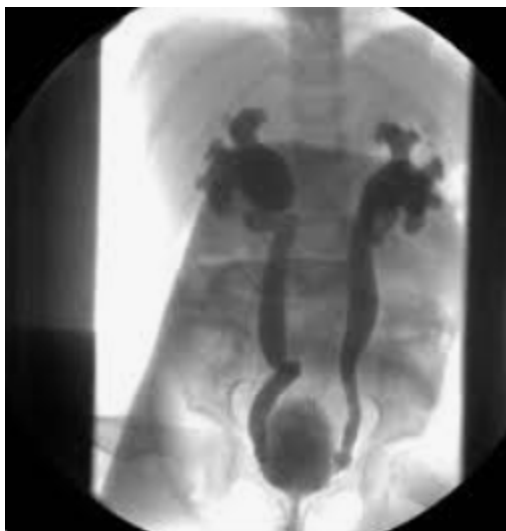
Fallet del 6.

Ahmad mår succesivt bättre på avdelningen, men behöver stanna kvar några dagar. Blododlingen är negativ men det växer rikligt med E. Coli (utan resistens mot cefalosporin eller trimetoprim) i urinen. När CRP har vänt ned ordentligt sätts han över på ett peroralt trim-sulfa (Eusaprim). Du tolkar hans infektion som en febril UVI.

Ultraljud njurar och urinvägar utförs under vårdtiden visar bilateral hydronefros med anterioposteriort (AP) -mått på 10 mm höger sida och 15 mm vänster sida. En subakut DMSA-scint utförs (medan han har en PVK) och visar parenkymdefekter bilateralt.

Totalt får Ahmad en antibiotikabehandling på 10 dagar och därefter insätts han på peroralt antibiotika-profylax Trimetoprim 1-2 mg/kg x 1 (för att inte få ny UVI).

En senare poliklinisk miktionsureterocystografi (MUC) visar att Ahmad har versikoureteral reflux (VUR) grad 4 höger och grad 3-4 vänster, men ingen uretravalvel. Detta förklarar att han fått en tidig febril UVI.



Ahmad följs upp med en DMSA-scint (för ärrdiagnostik) efter 6-12 månader och en ny MUC vid 1 års ålder. Om dilaterad VUR kvarstår blir det aktuellt med deflux-operation via barnkirurgerna.