

Appendicit hos barn

Berörda enheter

Avdelning 44, barnmedicin och habilitering, Sunderby sjukhus.
Kirurgmottagningen och akutmottagningen Sunderby sjukhus.

Incidens

Drabbar ca 8% av befolkningen med incidensmaximum runt 10-15 års ålder. Kan ha snabbare och lömskare förlopp hos barn än hos vuxna. Peritonit hos 25% av barnen i skolåldern. Leder oftare till perforation, 70-80% av barnen under 4 år.

Processbeskrivning

Symtom

Buksmärta, ofta med smärtvandring från epigastriet till höger fossa, illamående eller kräkningar, feber. Viktigt att ta upp i anamnes är tidpunkt för senaste avföring och ev tidigare sjukdomar och allergier.

Status

- Temp
- Barnets rörlighet
- Bukstatus: Förekomst av peritonit (defens, släppömhet) bekräftas eller negetas. Det kan vara svårt för barn att lokalisera smärtan, förläggs oftast till naveltrakten. Eftersom barn har sämre utvecklad bukmuskulatur än vuxna detekteras muskelförsvar lättast vid försiktig palpation. Om appendix ligger retrocektalt eller medialt bakom urinblåsan kan buken palperas mjuk och relativt oöm i början av förloppet.
- Förstoppning är en mycket vanlig diff-diagnos. Vid misstanke var frikostig med rektal palpation och Klyx! Ny bedömning av bukstatus efteråt.
- Ibland kan man identifiera appendicit med ultraljud. DT bör undvikas, utom vid atypiskt förlopp och inkonklusivt ultraljud.

Lab

- Urinsticka (Vid appendicit kan man se mikroskopisk hematuri och leukocyturi p g a närhet till hö uretär och blåsan, men negativ nitrit.)
- CRP, blodstatus inkl elektrolyter för att värdera vätskestatus, samt B-glukos. Appendicit är osannolikt i frånvaro infektionstecken.
- Förnyade prover och ny klinisk bedömning efter 6 timmar kan vara värdefullt för bedömningen.
- Blodgruppering och bastest vid verifierad appendicit.

Huvudprocess Barnkirurgi	Ansvarig Therese Sundbom	Processledare Sara Björn	Sida 1 av 3
Dokumenttyp Vårdrutin	Dokument-id VARD-5-4455	Godkänt datum 2025-10-06	Version 11.0

Handläggning

- Inläggning

- Vätska: Fastande barn inför op: **Uppvätskning** med Ringer-acetat motsvarande 5% av kroppsvikten under de första 4 timmarna. Om barnet är cirkulatoriskt påverkat/septiskt kan Ringer-acetat 10-20 ml/kg ges som bolus första timmen. Därefter **underhållsbehandling** med Glukos 5% med elektrolyter enl "Medellista" som finns på avd 44.

- Smärtlindring med IV Paracetamol 15 mg/kg iv till barn > 10 kg och 7,5 mg/kg till barn < 10kg. All ordination ska ske skriftligen i VAS.

- Beslut om operation tas på basen av bukstatus, tidsförlopp, lab och eventuellt ultraljud.

- Appendektomi laparoskopiskt eller öppet beroende på patientens ålder.

- Vid appendicitabscess: I de flesta fall konservativ regim med antibiotika enl nedan, eftersom operation i det skedet kan leda till tarmresektion. Abscesser > än 5 cm bör dräneras rektalt eller ultraljudslett.

Infektionsprofylax

Preoperativt ges Eusaprim 0,2 ml/kg (max 10 ml) IV + Flagyl 20 mg/kg IV. OBS! Vid sulfaallergi ges Claforan 50 mg/kg IV (max 1 g) istället för Eusaprim.

Fortsatt antibiotikabehandling?

- Vid fynd av gangränös appendicit ges ytterligare 1 dos Eusaprim IV.
- Vid perforation eller uttalat gangrän med grumlig vätska i buken ges 3 dygns antibiotikabehandling, preparat enl ovan. IV till en början, byte till p o så fort barnet kan äta (Eusaprim + Flagyl).
- Vid appendicitabscess ges IV Eusaprim x 2 + Flagyl x 1 (dos enl ovan) tills infektionsparametrar vänt och allmäntillståndet förbättrats. Vid terapivikt görs en infektionskonsultation. Så fort barnet kan äta ges p o antibiotika Eusaprim + Flagyl. Den totala behandlingstiden vid abscess är ca 2 veckor.

OBS! Tips vid dosering till barn: <http://eped.sll.sjunet.org/eped/>

Huvudprocess Barnkirurgi	Ansvarig Therese Sundbom	Processledare Sara Björn	Sida 2 av 3
Dokumenttyp Vårdrutin	Dokument-id VARD-5-4455	Godkänt datum 2025-10-06	Version 11.0

Uppföljning

Efter vanlig appendektomi – ingen uppföljning.

Vid appendicitabscess – prover och telefonuppföljning med sköterska på barnsektionen efter 2-3 veckor. (skicka Jo20 med epikris).

Mottagningsbesök + eventuellt ultraljud endast om misstanke om terapisivikt.

Vid appendicitabscess är risken för ny abscess inom ett år ca 10%.

Elektiv appendektomi kan övervägas i särskilda fall där man misstänker att appendix varit inflammerad vid flera tillfällen.

Diffdiagnoser

- Lymfadenitis mesenterica (körtelbuk)
- Gastroenterit
- Förstoppning
- Inklämt bråck
- Ovarialcysta (torstion)
- UVI
- Pneumoni
- Akut terminal ileit
- Invagination
- Inflammatorisk tarmsjukdom
- Diabetes mellitus

Huvudprocess Barnkirurgi	Ansvarig Therese Sundbom	Processledare Sara Björn	Sida 3 av 3
Dokumenttyp Vårdrutin	Dokument-Id VARD-5-4455	Godkänt datum 2025-10-06	Version 11.0