

## Epiglottit hos barn Anestesikliniken

**Gäller för:** Anestesikliniken

**Utförs på:** Anestesikliniken Växjö

**Faktaägare:** Joakim Ahvenainen, medicinskt ledningsansvarig läkare IVA Växjö

### Innehåll

Epiglottit hos barn Anestesikliniken .....	1
1 Allmänt .....	1
2 Klassisk anamnes .....	1
3 Diagnostik .....	2
4 Omhändertagande.....	2
5 Intubation.....	2
6 Åtgärder på IVA.....	3
7 Monitorering.....	4
8 Övervakning av luftvägen.....	4
9 Förberett för reintubation.....	5
10 Extubation.....	5

## 1 Allmänt

Barneepiglottit orsakas nästan uteslutande av en septisk infektion med *Hemofilus influenzae* typ B (Hib), (*Hemofilus* orsakar även meningit). Efter införd allmän vaccination (1993) av spädbarn mot denna patogen har epiglottit hos barn blivit mycket ovanlig. Både i septiska och icke septiska fall kan andningsvägen obstrueras på ett livshotande sätt.

## 2 Klassisk anamnes

Inom ett eller ett par dygn påkommande hög feber, oftast över 39°, associerat med ÖLI-symtom/halsont. Dysfagi och saliv/sekret ansamling är vanligt. Speciellt svårighet att svälja saliv är ett typiskt symtom vid epiglottit. I septiska fall

påverkat allmäntillstånd. I regel påverkat, grötigt tal men vanligen ingen heshet. Små barn vill sitta upp eller hänga lätt framåtlutade på en axel. Inom loppet av några timmar kan symtom på högt andningshinder utvecklas med inspiratorisk stridor.

### 3 Diagnostik

Inspektion av larynxingången.

Vid svårigheter att svälja annat än flytande föda bör epiglottit uteslutas med inspektion av larynxingången, om en uppenbar orsak till sväljningsbesvären inte påträffas i svalget.

### 4 Omhändertagande

1. Alla patienter med luftvägshinder skickas till akutmottagningen oavsett tid på dygnet (Ej barn- eller öronmottagningen). Förvarna sjuksköterska på akutmottagningen så snabbt som möjligt.
2. Öron- och anestesi-jour möter på akutmottagningen.
3. Sjuksköterska på akutmottagningen kontaktar jourhavande öronläkare och ansvarig IVA-läkare. Under jourtid kontaktar icke-specialistkompetent primärjour sin bakjour.
4. Om patientens luftväg är hotad, direkt transport till IVA.
5. I annat fall verifieras diagnosen av öronläkare, varefter patienten överföres till akutrummet på IVA.
6. Vid intertransport medtages transportabel syrgas, Laerdalballong, laryngoskop samt tub och ledare. Lämpliga droger är Atropin samt Ketalar.
7. Alla barn bör intuberas.
8. Epiglottit hos barn är alltid specialistfall på såväl öron- som anestesi-kliniken.

### 5 Intubation

1. Intravenös ingång säkras, om möjligt, innan nedsövning påbörjas.
2. Sedan beslut om intubation fattats sövs patienten i halvsittande eller sittande ställning med Sevoflurane och syrgas på mask. OBS! att högt andningshinder är

en i det närmaste en **absolut kontraindikation mot Celocurin**, som alltså inte får användas. Övertrycksventilation på mask vid höga andningshinder kan vara svårt eller omöjligt att utföra.

3. Barnet intuberas först oralt, eventuellt görs sedan reintubation med nasalt. Före intubation ska det finnas framtaget och upppackat dels den tub man avser börja med, dels även framtaget, men ej upppackat, samtliga tubstorlekar mellan 2,5 och 5,0 mm.

4. Odling från svalg och blod

5. Tuben kontrolleras och klipps vid behov så att den räcker högst 1 cm utanför näsborren. Tuben skall vara fixerad ytterst väl, t ex med en liten säkerhetsnål genom tubgodset (får dock ej hindra sugning) och genom denna linneband, som knytes runt nacken och fixeras med plasthäfta. Annan likvärdig fastsättning kan användas. På naso-trakealtubens utstick-ande del kan en kort (1-2 cm) bit av en tub 1-2 nummer större träs vilket minskar risken för att tuben dras ut av misstag.

## 6 Åtgärder på IVA

1. Enkelrum.

2. Ständig övervakning. Eventuellt kan behov av dubbelt vak föreligga.

3. Patientens armar skall vid behov vara fixerade.

4. Barnet får aldrig lämnas utan uppsikt.

5. Befuktad inandningsluft och vid behov syrgastillägg.

6. Patienten vårdas om möjligt halvsittande i t.ex. bilbarnstol; annars liggande med höjd huvudända för att minska venös stas och underlätta avsvullnad av epiglottis.

7. Röntgen pulm (kontroll av tubläge, atelektaser? parenkymförändringar?)

8. Behov att ventileras barnet med respirator föreligger normalt inte vid okomplicerad epiglottit.

9. Intravenös vätsketillförsel enl PM för barn.

10. Antibiotika: Cefotaxim 50 mg/kg x 3. (Från 12 år 1gx3) Vid misstanke på tidigare anafylaktisk reaktion vid pcbe-handling kan, efter diskussion med infektionsläkare, Kloramfenikol 100 mg/kg/dygn fördelat på 4 doser, vara

aktuellt.

11. Steroider ges ej rutinmässigt.

12. Som smärtstillande används i första hand paracetamol som kompletteras med NSAID om inte kontraindikation föreligger.

13. Normalt sugning endast vid behov. Läkare kan dock ordinera annat sugschema.

14. Sederig efter behov. Oro och huvudrörelser ökar riskerna för larynx- och trakealskador av tuben samt för oavsiktlig extubation.

## 7 Monitorering

- Pulsoximetri.
- Andningsfrekvens varje kvart till halvtimme till timme.
- Temp-kontroller fyra gånger/dygn (väck dock ej patienten nattetid för detta).
- EKG och NIBP

## 8 Övervakning av luftvägen

Huvudsakligen 2 risker föreligger:

A) Stopp i tuben, t ex som följd av dålig befuktning; kan också uppkomma till följd av upphostat sekret. Omedelbar sugning. Om barnet visar tecken på andningssvårigheter och man trots spolning och kortvarigt försök med sugning inte kan komma igenom tuben, skall sjuksköterska dra ut tuben, såvitt läkare ej är omedelbart till hands. Därefter barnet i sittande, helst något framåtlutad. Ge syrgas på mask. Tillkalla läkare.

B) Oavsiktlig extubation. Sätt barnet upp. Ge syrgas på mask. Läkare skall omedelbart tillkallas för att avgöra behov av, och eventuellt utföra reintubation.

I varje enskilt fall skall vid eftermiddagens överlämningsrund beslut fattas huruvida bakjour skall finnas tillgänglig på sjukhuset under jourtid.

## 9 Förberett för reintubation

I omedelbar närhet till patienten skall finnas:

- Narkosapparat, kontrollerad, klar att använda med Sevoflurane påfylld.
- Intubationsbricka för barn.
- Farmaka: Atropin och Dormicum tillgängligt.

## 10 Extubation

Behovet av trakealtub är oftast korrelerat till infektionens svårighetsgrad. Första dygnet har patienten oftast feber och är mer eller mindre allmänpåverkad. Efter 1-2 dygn då patientens temperatur gått ned, kan han i allmänhet extuberas. Vid osäkerhet, eller om epiglottiten vid intubationen bedömts som svår, sövs patienten med Sevoflurane och (lustgas)/ syrgas, och man kan med laryngoskopets hjälp inspektera epiglottis och larynx. Tuben dras och kan, om patienten har andningssvårigheter, sättas ned igen (eller bytas).

Efter extubation observeras patienten ytterligare minst 6 timmar innan han överföres till vårdavdelning.

**Vid upptäckt av felaktig information eller länk, vänligen meddela faktaägare.**