

Gäller för: Barn- och ungdomssjukvård, Avdelning 34 NÄL

Innehållsansvar: Jenny Lövbrand, (jenlo2), Överläkare

Granskad av: Ida Tollmar, (idato3), Överläkare

Godkänd av: Magdalena Åberg, (magst), Verksamhetschef

Giltig från: 2024-12-20

Giltig till: 2026-12-19

Fynd på **BB-rond** och riktlinjer för handhavande

Revidering i denna version

Kort tungband, LKG, Pierre Robins Sekvens, Klavikelfraktur, Navelinfektion, Plexusskada, Höftdysplasi, Hjärtblåsljud, Sacral hudgrop

Sammanfattning/syfte

Vägledning vid avvikande fynd vid barnläkarundersökning på BB

Skalle: **Fostersvulst:** Hudsvullnad pga tryck mot huvudet under förlossningen. Försvinner efter några dagar.

Kefalhematom: Blödning under periostet, dvs överskrider ej suturgränser. Fluktuation vid palpation till skillnad från fostersvulst. Oftast ensidiga och parietala. Försvinner på några veckor. Låker ibland med övergående förkalkning.

VE-märke: Smärtsamt, kan likna kefalhematom till utseendet. Paracetamol liberalt, fr a första dygnet. Vid hudlesion: Håll torrt, ev kompress, håll utkik efter infektion.

Subgalealt hematom: Blödning utanför periostet som ej respekterar suturgränserna. Oftast efter VE. Kan bli mycket stora, rinner ofta ned mot nacken, öronen och i pannan. Kan orsaka anemi och senare

ikterus. Följ barnet tätt första timmen/timmarna fr a. Inläggning neoavd. Kontroll av Hb, puls och blodtryck. Cave: stora subgaleala hematom som snabbt fyller på sig kan vara första tecknet på koagulationsrubbnig. Omlindning har ingen effekt. Ej tidig hemgång.

Hudinfektion efter skalpelektrod: Liten abscess under huden i anslutning till hudlesionen vanligast. Tvätta med sprit. Töm ut pus vid mogen abscess. Vid försämring Heracillin (odla innan) och i vissa fall iv-Ekvacillin indic. Följ status tills symtomfrihet. CRP.

Prematur synostos: Palpabel ”ås” över någon av skullsuturerna. Vanligast -sagittalis (båtskalle). Slåtrtg ej indicerat. Remiss till plastikkir, SU. Fotografera digitalt med bilder tagna framifrån, i profil samt uppifrån. Lägg bilderna i Picsara. Vid tveksamhet, diskutera med neonatolog.

Suturinterkallation: Överlappande skallben med ”svikt” mellan skallbenen vid palpation. Normalt. Vid tveksamhet låt gärna neoläk bedöma, vb kan man palpera om efter några dagar (åb BUM), interkallationen har då ofta gått tillbaka.

Kraniotabes: Mjukt skallben, känns som ping-pongboll vid palpation. Oskyldigt fenomen.

Aplasia cutis: Utstansad huddefekt i epidermis. Oftast vid bakre fontanellen. Låker med ärrbildning. Viss association med trisomi 13 samt andra syndrom. Fler stigmata?

Nevus sebaceus: Hos 3/1000 nyfödda. Medfödd hårlös, välavgränsad gulbrun, knottrig hudförändring. Vanligast på skalpen. Ibland multipla. Remiss hudmott.

Ögon: **Konjunktivit:** Vanligt pga trånga tårkanaler. Oftast räcker frekvent urtorkning med vatten. Vid ilsken infektion med rodnad konjunktiva, uttalad svullnad tas allmänodling, beh med kloramfenikol ögondroppar. Vid ilsken bilat konjunktivit med sen debut (slutet av första levnadsveckan), neg allmänodling, utebliven förbättring av kloramfenikol bör chlamydia/gonorré uteslutas. Disk med ögonklin.

Subkonjunktival blödning: Vanligt, stasbetingat. Ofarligt. Ingen åtgärd.

Avsaknad av röd reflex: Remiss till ögonkliniken för att utesluta bl a **medfödd katarakt/ retinoblastom**. Mörkhyade barn kan ha gråbrun retina och därmed vara svårbedömbara. Remiss ögonkliniken vid tveksamhet.

ÖNH: **Tänder:** Oftast i främre delen av underkäken. Remiss till Pedodontin i Uddevalla för extirpation.

Kort tungband: Var god se Styrdokumet "Kort läpp- och tungband hos spädbarn".

Epstein pearls: Knappnålsstora retentionscystor i hårda gommen. Ofarliga. Ingen åtgärd.

Hemangiom mun: Vanligast under tungan. Kan vid senare tillväxt ge matningssvårigheter. Behandlas pga detta i vissa fall med betablockerare. Diskutera med hemangiominriktad kollega.

LKG: Hos 2/1000 barn. Kan vara enkel- el dubbelsidiga. Utebliven slutning av de maxillära och nasofrontala utskotten (sker i 4:e-8:e gravveckan). Allt från isolerad läppspalt till total läpp-käk-gomspalt. Barnet ska skrivas in som samvård BB. Viktigt med matningsråd av specialkunnig personal. Vg se styrdokument " Vård av nyfödda med läpp-käk-gomspalt (LKG)". Amning kan fungera i vissa fall. BB-mottagningen följer de barn som ej är i behov av V-sond.

Vid gomspalt svårt att suga pga svårighet att uppnå undertryck. Special Needs- napp (tidigare kallad Habermannapp) kan fungera bra genom att ”täppa till” gomspalten.

Remiss logoped, NÄL samt till plastikkirurgens LKG-team, SU. Första op vanligen vid 3-6 mån å. Erbjud kuratorskontakt på BB. Info-broschyr finns på BB-mottagningen. Behöver normalt ej följas på BUM (undantag: kvarstående V-sondbehov el andra medicinska problem. Hos 30% associerat med andra missbildningar, fr a vid **median gomspalt** (mjuka gommen). Vid median gomspalt disk med neoläk.

Pierre Robins Sekvens: Kombination av median gomspalt, **mikrognati** (liten haka), **glossoptos** (tungan faller bakåt), högt gomtak. I vissa fall orsakande högt andningshinder och matningssvårigheter. Kan förekomma enskilt, men kan även vara del i något syndrom. Disk med neoläk.

Facialis pares: Perifer pares oftast förlossningsskada. Oftast god prognos med snabb regress. Om ögat ej kan slutas, remiss ögonklin (fuktkammare indic?). Uppföljning BUM efter 1 mån. Om då kvarvarande pares, remiss ÖNH.

Sned näsa: Vanligt. Tryckorsakat. Brukar rätta till sig första dagarna. Vid misstanke om **septumluxation** (sällsynt), remiss ÖNH.

Preaurikulärt fibrom: Om minimalt, ingen åtgärd, annars remiss till ÖNH för extirpation. Vid bredbasig stjälk samt vid multipla fibrom viss ökad risk för hörselnedsättning.

Preaurikulär fistel: Rest efter gälgång. Ingen åtgärd utom vid recidiverande infektioner. Då remiss ÖNH.

Dysplasi av ytteröron: Ofta associerat med hörselgångsatresi och mellanöremissbildning, med hörselnedsättning som följd. Remiss till ÖNH för utredning.

Halsfistel: Rest efter gälfickor. Ingen åtgärd utom vid sekretion/infektion, i dessa fall remiss ÖNH.

Hemangiom över nästipp/ytteröron: Viss risk finns för påverkan på brosket, disk med hemangiominriktad kollega.

Övre extremitet:

Klavikelfraktur: Vanlig förlossningsskada. Röntgas ej. Ingen åtgärd. Låker på 1-2 veckor. Liberalt med Paracetamol första dagarna, då det gör ont. Barnet bör ej ligga på fraktursidan första dagarna. Ibland i kombination med **plexusskada**, vg se nedan. Därför vid minsta tveksamhet kring rörelseförmåga/asymmetrisk mororeflex – bed av sjukgymnast innan hemgång från BB (remiss, beskriv status/rörelseinskränkning).

Plexus brachialisskada. Vanlig förlossningsskada. Se separat styrdokument, " Plexusskada hos barn i samband med förlossning". Palpera igenom klaviklar och överarmar, fraktur? Liberalt med rtg överarm (dagtid) vid uttalad plexusskada.

Syndaktyli: Sammanvuxna fingrar. Remiss ortopedmottagningen. Oftast ej associerat med andra missbildningar.

Polydaktyli: Extra fingrar. Om det extra fingret innehåller skelett, remiss till ortopedmottagningen. Vid avsaknad av skelett, remiss till barnkirurgen för extirpation. Oftast ej associerat med andra missbildningar.

Reduktionsmissbildningar =Dysmeli. Avsaknad del av eller hela handen, armen, benet el foten. Dessa kan vara transversella (liknande en amputation) eller longitudinella (där man saknar en del av skelettet, ex v ulna). Remiss dysmeli-teamet, DSBS samt till barnhabiliteringen. Disk m neoläk. De longitudinella reduktionsmissbildningarna kan vara kopplade till andra missbildningar.

Thorax: **Hjärtblåsljud:** Vid blåsljud första el andra levnadsdygnet: omausk nästa dag om inga andra symtom talar för hjärtfel (bedöm allmäntillstånd, cirk, andning, femoralispulsar, POX hand och fot).

Vid fortsatt blåsljud vid 48 h å remiss UCG samma dag (må-fre). Barnet kan gå hem under helgen om det passerat 48 h och efter bedömning av barnspecialist. Planera åb till BB-mott nästkommande vardag (om möjligt) för omausk. Om då fortsatt blåsljud, remiss klinfys. UCG görs då som regel samma dag.

Vid blåsljud och något varningssymtom – inläggning avd 34 med POX-övervakning.

Beträffande hantering av olika UCG-fynd, vg se separat styrdokumentet ”Barnkardiologiska rutiner på BB”.

Oregelbunden hjärtrytm/extraslag: Vanligt intrauterint samt under de första levnadsdygnen. I mer sällsynta fall underliggande sjukdom. Om oregelbundenhet vid auskultation, beställ EKG med tolkning från Klin-Fys, ev följt av konsultation med barnkardiolog.

Bradykardi: Är det ett fullgånget barn som sover? Tar mamma några läkemedel som kan ge bradykardi? Stimulera barnet för att bedömma om hjärtrytmen är variabel. Om inte variabel direkt EKG för att utesluta AV-block, annars ingen åtgärd.

Bröstkörtelförstoring: Normalt pga höga hormonnivåer. Häxmjolk kan förekomma.

Rygg: **Sakral hudgrop:** Vanligt. Oftast lågt sittande över coccyx-spetsen.

Remiss för ultraljud rygg på röntgen med frågeställning spina bifida om:

- Gropen i crena ani sitter > 25 mm ovan anus.
- Vid diameter > 5mm
- Vid annan hudförändring i medellinjen: hemangiom, hårtofsar, hudflik, nevus, lipom mm.

- Om hudgropen ej sitter i medellinjen el devierande crena ani, eller vid sekretion i området.
- Vid ortopediska fynd som fotfelställningar/skolios.

Myelomeningocele: Kontakta omgående neoläk.

Buk:

Navelbråck: Vanligt. Ökar oftast första månaderna i storlek. Lugnande besked. Klämmer ej in. Även stora navelbråck brukar gå tillbaka spontant då barnet börjar krypa/får starkare bukmuskulatur.

Rektusdiastas: Vanligt. Ingen åtgärd.

2 kärl i navelsträngen: Ingen vidare utredning om isolerat fynd.

Bukresistens: Leverkanten får palperas 2 tvärfingar nedom höger arcus. Mjältkanten får ej gå nedom vänster arcus. Då remiss ultraljud buk. Även vid annan misstänkt resistens vid palpation.

Utebliven avföring: Mekoniumfärgat fostervatten? Barnet behöver ej ha meckat innan hemgång från BB. Normalt mekoniumavgång inom 2 dygn efter partus. Bukstatus? Kräkningar? Tympanistisk buk? Mynnar anus på rätt plats? Prova termometer rektalt i första hand. Om utebliven effekt NaCl-lavemang. Ställningstagande till tarmutredning med BÖS i första hand. Därefter kontakt med neoläk/barnkirurg.

Utebliven miktion: Barnet behöver ej ha kissat innan hemgång från BB. Normalt miktion inom 1 d å. Intorkning vanligaste orsaken till att barnet ej kissat (dysmatur?). Om barnet välmående kan man avvakta med undersökning tills 2 d å. Därefter säkerställ att det inte föreligger en stor palpabel urinblåsa, normalt mynnande uretra och normalt utseende på yttre genitalia samt ryggslut. Om barnet fortsatt ej kissat görs då snarast ultraljud urinvägar.

Yttre genitalia/anus:

Hypospadi: Meatus mynnar på undersidan av penis. Kluven förhud. Vid djup hypospadioftast kurverad penis. Oftast lindrigt. Remiss till barnkir, DSBS. Beskriv var uretra mynnar och om det förligger normal urinstråle.

Finns palpabla testiklar på plats? Vid grav, perineal hypospadi med andra tecken på bristande virilisering såsom bifid skrotum ska även barnendokrinolog på NÄL alt DSD (Disorders of Sex Development)-teamet, DSBS kontaktas.

Retentio testis:

Ensidig retentio: följes på bvc. Remiss till kir om det kvarstår vid 6 mån ålder.

Bilateral retentio, fr a i kombination med hypospadi: remiss kir direkt från BB. Kontakta då även barnendokrinolog, NÄL el DSD-teamet, DSBS.

Hydrocele: Genomlysbar med ficklampa. Kan ibland vara konsistensökat och svårt att skilja från ljumskbräck kliniskt. Ultraljud och ev kir-remiss vid tveksamhet.

Missfärgad skrotum: testistorsion? Akut ultraljud. Kirurgkontakt.

Klitorishypertrofi: Virilisering av flicka kan orsakas av CAH (medfödd binjurebarkshyperplasi). Ta Na, K, faste-glu, 17-OH-progesteron, kortisol. Om PKU (neonatal screening) redan är taget kan man kontakta PKU-lab för att påskynda analys. Oklart kön? Disk med barnendokrinolog, NÄL alt DSD-teamet, DSBS.

Oklart kön generellt: Ex v kan detta vara svårt att avgöra vid grav perineal hypospadi med bifid skrotum, alt vid förstoring av klitoris samt blygdläppar. Gissa aldrig barnets kön!!! Kontakta barnendokrinolog på NÄL alt DSD-teamet snarast. Även jourtid ska det finnas DSD-kunnig läkare att tillgå på DSBS.

Mikropenis: Penis < 2,5 cm, mäts till roten. Kan ingå som symtom i hypofysinsuff/ GH-brist (kontrollera faste-glu). Kontakta barnendokrinolog.

Vaginal blödning: Normalt (pga hormonpåverkan)

Vaginal hudflik/polyp: Vanligt. Ingen åtgärd.

Mörkpigmenterad skrotum: Normalt om någon av föräldrarna är mörkhyade. Tänk CAH om båda föräldrarna är ljushyade.

Analatresi: Akut kontakt med barnkirurg. Fasta.V-sond. **CAVE CPAP!**

Prenatalt dilaterade urinvägar: se separat styrdokument från DSBS.

Höfter: **Höftdysplasi:** Vid misstanke vg se Styrdokument-”Handläggning av nyfödda med misstänkt höftledsinstabilitet eller luxation.

Nedre extremiteter:

Hälfot (Pes calcaneovalgus): Vanligt. Foten ligger uppslagen mot underbenet. . Ej ärftligt. Orsakas av att foten legat i detta läge intrauterint. Om foten ej är redresserbar till normalläge - remiss ortoped.

Klumpfot (Pes Equino Varus Adductus, PEVA):

Foten i spetsfotsläge, inåtroterad och uppåtinklad. Hälsenan kort. I hälften av fallen bilat. Vanligare hos pojkar. Oftast ej associerat med

andra missbildningar, men detta är ngt vanligare vid bilat klumpfot samt hos flickor. Om foten ej är redresserbar till neutralläge, snabb remiss till ortoped.

Inåtvriden framfot (Metatarsus varus= Pes adductus):

Om framfoten ej kan redresseras till normalläge remiss ortoped.

Syndaktyli: Sammanväxta tår. Om partiell mellan dig 2-3 (vanligast), ingen åtgärd. Om mer omfattande remiss ortopedklin. Opereras som regel ej då man ej vinner något ur funktionssynpunkt. Oftast ej associerat med andra missbildningar.

Polydaktyli: Extra tår. Remiss till ortoped-. Oftast ej associerat med andra missbildningar.

Hud: **Ikterus:** se separat styrdokument.

Erytema toxikum (hormonplitor). Hos 50-70% av alla nyfödda. Kommer vid 1-5 d å. Försvinner inom 3 veckor. Rodnade, oregelbundna utslag med små knottor, sterila pustler. Ingen åtgärd.

Kongenitala naevi: Indelas i små(<1,5cm), medelstora (1,5-20cm), stora (>20cm). Stora och medelstora neavi>10cm i diameter , remiss till hudmottagningen. De små samt medelstora <10cm behöver inte vidareremitteras såvida de inte är oregelbundna till form, färg eller tjocklek. Komplettera med bilder i Picsara.

Hemangiom: Infantilt hemangiom, smultronmärke. Vanligast i ansiktet el på bålen. Finns ej vid födelsen utan visar sig inom några veckor. Tillväxer första 1-2 åren för att därefter succ gå tillbaka. Denna form försvinner vanligen innan 7 å å. Om senare problem med recidiverande blödning eller olämplig lokalisatation (kan betablockadbehandling bli aktuell.

Nevus flammeus = Eldsmärke. Vanligast i ansiktet, men kan även förekomma på bål el extremiteter. Kärlmissbildning som ej spontant går tillbaka. Remiss hudkliniken, bifoga foton i Picsara.

Storkbett: kapillärt hemagiom i hudens plan, oftast lokaliserat till nacke, panna och ögonlock. Bleknar efter hand.

Peteckier: Om enbart i ansiktet – trol sekundärt till stas, ingen åtgärd. Om även på resten av kroppen – kontrollera TPK.

Harlekinfenomen: Övergående rodnad av ena kroppshalvan. P g a autonom instabilitet hos nyfödda. Godartat.

Mongolfläckar: Blåmärkeliknande melanocytansamling som oftast sitter lumbosacralt hos barn med mörkhyade föräldrar. Kan ibland sträcka sig till nedre extremiteter, ibland även rygg och övre extremiteter. Bleknar oftast bort i tonåren men kan ses svagt även hos vuxna.

Blåsor: Sugblåsor (oftast på hand, tumme), ingen åtgärd.

Virusblåsor? Anamnes på herpes?- blåsskrap.

Bakteriell hudinfektion?

Blåsdermatoser: Epidermolysis bullosa. Kongenital bullös iktyos, Inkontinentia pigmenti

Naevi sebaceous: Gulbruna, lätt upphöjda, knottriga hudförändringar, vanligast på skalpen. Enstaka el multipla. Viss malignitetsrisk. Remiss hudmott med bild i Picsara.

Kutan mastocytos: Kan i vissa fall debutera neonatalt. Allt från enstaka till rikligt med svagt brunfärgade fläckar på bålen. Vid

gnuggning uppstår en blek svullnad med röd randzon, ibland små blåsor. Remiss hudkliniken.

Navelinfektion= Omfalit

Rodnad, värmeökad, ofta ömmande rand kring naveln. Ibland varig sekretion. Bakterier (oftast stafylokocker el Grupp B-streptokocker).

Kontrollera infektionsprover frikostigt. Sprittvätta.

Om rodnaden är mycket diskret och opåverkat barn kan sprittvätt och uppföljning räcka som åtgärd.

Vid opåverkat barn, lågt CRP men mer tydlig rodnad/induration: Heracillin. Lokal odling. Följ upp.

Vid allmänpåverkat barn o/e högt CRP: Inläggning. Börja med iv-beh (ex v Kloxacillin). Blododla.

Stigmata:

Mb Down= Trisomi 21: Nedsatt tonus, 4-fingerfåra (kan förekomma normalt), sandalfåra, spelande tunga, rikligt nackskinn. Vid klinisk misstanke tidig föräldrainsom, helst av erfaren läkare. Samvård BB/avd 34 för samordning av prover och undersökningar. Om påverkad cirkulation eller andning inläggning på avd 34. POX hand och fot. UCG (50% har hjärtfel). QF-PCR-analys (begär akutsvar) samt kromosomodling, blodstatusmed diff, thyroideastatus. Remiss barnhabilitering, ÖNH, ögon, specialisttandvård. Uppföljning BUM. Se Vårdprogram för Mb Down.

Sjukdomar och läkemedel hos barnets föräldrar:

Neonatal hypertyreos: Mor med tidigare genomgången hypertyreos: Alla gravida kvinnor provtages med TSH, fritt T4 under tidig graviditet. Om kvinnan tidigare i livet haft hypertyreos tas även TRAK (tyroideareceptorsstimulerande ak).

Om mor har pågående pågående tyreotoxikos med eller utan behandling vg se styrdokument- Nyfödda barn med risk för tyreotoxikos på BB/Neonatalavdelning.

Systemsjukdomar som t ex SLE, Sjögrens syndrom, Myastenia gravis:

Undersök förekomst av ENA (extraherbara nukleära antigen. t ex SS-A och SS-B) hos mamma. Om förhöjda värden har barnet en ökad risk att utveckla neonatal lupus med kardiell fibros, AV-block, leverpåverkan, trombocytopeni och hudpåverkan. Beställ ett EKG med tolkning på klinfys. Överväg inläggning på avdelning. Provtagning med ANA-utredning och ak mot ENA, blod- och leverstatus.

Mamma med ITP: Kontrollera TPK omedelbart postpartum, därefter 1-2 ggr/dygn tills TPK stabiliserats. OBS! Initialt kan TPK vara normalt för att sedan falla inom ett par dygn. Se vårdprogram för Neonatal trombocytopeni.

Mamma behandlas med kortisonpreparat: vg se se styrdokument

Kortisonsubstitution till nyfödda där modern behandlats med kortisonpreparat.

Hepatit B och C: Vg se respektive styrdokument.

HIV: Vg se planeringen i mammas infektionsjournal.

APC-resistens: Ingen utredning om heterozygot. Om homozygot barnutredning vid 11-12 års ålder eller inför stor kirurgi.

TBC: Vanligtvis ingen åtgärd men infektionskliniken ska ha utfört en smittsamhetsbedömning, vg se mammas infektionsjournal. Om det inte finns planering ska kontakt tas med infektionsläkare alt infektionsinriktad barnläkare för fortsatt handläggning.

BCG-vaccination på BVC efter PKU-svar.

Thalassemi: Defekt produktion av Hb, kan sitta i alfa- eller betakedjan, dvs alfa-eller beta- thalassemi. Man ärver 2 anlag till alfa- respektive betakedjor från vardera föräldern.

Provtagning via respektive barnmottagning med Hb-fraktionering och ev genotypning vid 3 mån ålder vid misstanke om alfa-thalassemi och 6 mån vid misstänkt beta-thalassemi.

Sfärocytos: Rekommendation för neonatal- och spädbarnsperioden vid känd ärftlighet:

- Mer än hälften av barnen är inte anemiska och de flesta har ingen splenomegali men kan ha prolongerad ikterus. Uteslut immunhemolys orsakad av maternella antikroppar.
- Tag MCV och MCHC. Nyfödda med HS har oftast högt MCHC och (för åldern) lågt MCV. $MCHC > 360$ g/L har 82% sensitivitet och 98% specificitet för HS. Alternativt kan en $MCHC/MCV$ -kvot $> 0,36$ kan indikera HS hos nyfödda. (Christensen RD)
- EMA (band-3-analys) har liknande sensitivitet/specificitet i nyföddhetsperioden som hos äldre barn.
- Oklar nytta av erytropoetinbehandling.

Favism/Glukos-6-fosfatdehydrogenasbrist: Brist på enzymet G-6-PD. X-bunden nedärvning, familjer med ursprung i länder runt medelhavet. Kan orsaka uttalad prolongerad ikterus utan samtidig hemolys. Kan orsaka svår hemolys vid oxidativ stress som vid intag av favabönor, vissa läkemedel, vissa kemikalier samt vid vissa infektioner.

Provtagning: Blodprov för G6PD-aktivitet.

Information om handlingen

Handlingstyp: Rutin

Gäller för: Barn- och ungdomssjukvård, Avdelning 34 NÄL

Innehållsansvar: Jenny Lövbrand, (jenlo2), Överläkare

Granskad av: Ida Tollmar, (idato3), Överläkare

Godkänd av: Magdalena Åberg, (magst), Verksamhetschef

Dokument-ID: NU10035-986315719-93

Version: 5.0

Giltig från: 2024-12-20

Giltig till: 2026-12-19