

Gäller för: Verksamhet Medicin barn, Verksamhet Kirurgi barn

Giltig från: 2026-03-20

Innehållsansvar: Pia Löfgren, (pialo2), Sektionschef

Giltig till: 2028-03-17

Granskad av: Sarah Tornberg, (sarka9), Sektionschef

Godkänd av: Cathrine Gatzinsky, (catwi3), Verksamhetschef

Appendicit hos barn – symtom, utredning och behandling

Förändringar sedan föregående version

Omfattande revision. Tagit bort Barn med metabol sjukdom såsom diabetes ska alltid förses med CVK och erhålla fullnutrition redan från början.

Beträffande barn med diabetes ska medicinkonsult kontaktas för pre och postoperativa ordinationer.

Styrdokument “Perforerad appendicit omvårdnad” integrerat i detta dokument.

Bakgrund

Appendicit är vanligaste orsaken till akut operation hos i övrigt friska barn. Man vet att 7 % av befolkningen drabbas någon gång under sin livstid av appendicit. Etiologin är okänd, sannolikt multifaktoriell.

Ställa diagnos

Anamnes

- Feber
- Matleda
- Kräkning
- Buksmärta
- Smärtvandring
- Rörelsesmärta
- Symptomdebut

Status:

- Feber

- Dehydrerad patient?
- Buksmärta hö fossa
- Peritonitretning
- Muskelförsvar?
- Direkt eller indirekt släppömhet
- Rörelsekorrelerad smärta?

Palpation per rektum vid misstanke om appendicit-abscess.

Provtagning på akuten

LPK, neutrofila, CRP och urinsticka. Graviditetstest på menstruerande flickor.

Vid dehydrerad patient tas elektrolyter och eventuellt blodgas.

AIR-score

Risk för appendicit värderas utifrån olika parametrar. Använd länken nedan.

AIR score <4 Låg misstanke om appendicit, obs i hemmet med planerad uppföljning nästa dag vid utebliven förbättring, eller tidigare vid försämring.

AIR score 4–8 Inneliggande obs. Överväg ultraljud, därefter ny bedömning. Om ej säker appendicit, nya prover och bedömning efter 6 timmar, överväg ultraljud om det ej är gjort.

AIR score > 8 Hög misstanke om appendicit. Överväg operation utan föregående radiologi i samråd med husjour/bakjour.

icd.internetmedicin.se/AIR-Score

Utredning

Klinik, status och labprover räcker ibland för att värdera om en patient skall opereras. Om man vill ha stöd i diagnostiken av barn med AIR-score >4 görs ultraljud i första hand. Om ultraljud inte ändrar operationsindikation på kväll/natt, kan det göras påföljande dag.

Menstruerande flickor med låg buksmärta skall bedömas utifrån gynekologiskt perspektiv och ofta diskuteras med gyn-läkare angående ev gyn-undersökning.

DT- buk i utvalda fall efter diskussion med ansvarig kirurg. Det kan vara vid exempelvis lång anamnes och misstänkt abscess.

Appendicit - förberedelse inför operation

Ordinationer vid inläggning:

Akut kortvårdsavdelning Tfn 35617.

Svält (alt klarflyt), iv paracetamol och iv morfin (1 mg/m),vb

Preoperativt: EMLA, PVK, S-Na+S-K, Hb, blodgr+bastest, vätska iv.

Operationsanmälan görs av kirurgens husjour eller av delegerad läkare på akuten. Om utredning inte är klar vid inläggning blir det ompalpation och ev. op-anmälan av husjour på avdelningen.

Operationsanmälan (inom 2 tim om sepsis, 6–8 tim om komplicerad och <24 timmar om okomplicerad). Kontakta bryggan och narkos. Meddela fastetid. Vid dehydrerad patient ges 12,5 ml/kg/h Ringer under 4 timmar.

Läkemedelsordinationer vid inläggning:

Enligt ordinationsmall i melior. Ringeracetat, iv paracetamol, iv morfin.

Antibiotikaprofylax: Eusaprim (trimetoprim+sulfa) och Flagyl (metronidazol) så snart op-beslut är taget. Vid sulfaallergi: Cefuroxim

Kan ges direkt efter man bestämt att barnet skall opereras.

Trim-Sulfa ska upprepas var 12:e timma fram tills operation.

Preparat:	Ålder	Engångsdos:	Styrka efter spädning
Eusaprim:		Intravenös:	
	6 månader- 5 år	65 ml i.v. (40/105mg)	Trimetoprim 0.6 mg/ml och Sulfa 3 mg/ml
	6- 12 år	130 ml i.v. (80/390mg)	
	> 12 år	260 ml i.v. (160/780mg)	
SAMT			
Metronidazol		Inf.20 mg/kg (OBS! engångsdos) Maxdos 1g	5 mg/ml

Vid allergi:		Engångsdos:	Styrka efter spädning
Cefuroxim		30 mg/kg	100 mg/ml
Metronidazol		20 mg/kg (OBS! engångsdos) Maxdos 1g	5 mg/ml

Antibiotikabehandling, postoperativt

Gangrenös appendicit (infektionen begränsad till appendix)

Postoperativ antibiotikabehandling i 1–3 doser. Ingen säker evidens.

Perforerad appendicit:

Postoperativ antibiotikabehandling i 5 dygn (3 iv + 2 po) om utskrivningskriterier är uppfyllda efter 9 postoperativa doser.

Preparatval vid behandling av perforerad/gangrenös appendicit

Preparat	Dosering	Styrka efter spädning
1:a Hand Piperacillin/Tazobactam iv.	100/12,5 mg/kg x3 (Maxdos 4 g/0,5g x3)	200mg/25mg/ml
Vid PC-allergi		
Allergi: Cefotaxim + metronidazol	Se ovan	Se ovan
Allvarlig allergi: Ciprofloxacin 2mg/ml + Metronidazol	10mg/kg x 3 (Max 400 mg x 3) 7,5mg/kg x 3 (Maxdos 400 mg x 3)	2 mg/ml 5 mg/ml

Vid övergång till peroralterapi

Preparat	Dosering
Spektramox +	20mg/kg x 3 Maxdos 500/125 mg x 3 för barn ≥40kg
Metronidazol	7,5mg/kg x 3 alt 20 mg/kg x1 Maxdos 400 mg x 3 alt 1,2 g x 1

Vid peroral terapi och Pc-allergi:

Preparat	Dosering	Styrka efter spädning
Ciprofloxacin	10mg/kg x3 Maxdos 400mg x3	2 mg/ml
Eller		
Klindamycin (Dalacin) + Metronidazol	7mg/kg x 3 Maxdos 600 mg x 3 7,5 mg/kg x3 Maxdos 400 mg x 3	5 mg/ml 5 mg/ml

Postoperativ vård vid perforerad appendicit

Vätska

Patienten får äta och dricka det den önskar.

Smärtlindring och mobilisering

Vätskebehandling vid behov, Plasmalyt tills urinproduktion 1 ml/kg/h

Om KAD, avlägsna denna så snart som möjligt, helst postopdag 1.

TPN endast i undantagsfall ifall patienten inte delvis kan försörja sig inom 3 dygn.

Beträffande barn med diabetes ska medicinkonsult kontaktas för pre och postoperativa ordinationer.

Prover

Om preoperativ elektrolytrubbning Na, K, Krea postop dag 1

Om ej elektrolytrubbning: Crp, LPK på morgonen postop dag 3, efter 9 antibiotikadoser inför hemgång.

Smärtlindring

Paracetamol och morfin, ipren på postop dag 1

Utskrivningskriterier vid perforerad appendicit:

Äter och dricker

Väl smärtlindrad peros

LPK har vänt

Afebril >24 h (perforerad och gangrenös)

Uppföljning

Appendicit

- Ingen planerad uppföljning.
- Idrottskarens 3 veckor
- Inte bada på 10 dagar.

Perforerad appendicit

- Kontakt med kirurgmottagning barn om inte återställd efter 2 veckor. Återbesök kan då bokas in.
- I övrigt som vid icke-perforerad appendicit.

Ansvar

Verksamhetschefen ansvarar för att de rutiner och riktlinjer som verksamheten kräver finns tillgängliga och att verksamheten arbetar enligt SOSFS 2011:9.

Uppföljning, utvärdering och revision

Verksamhetschefen ansvarar tillsammans med alla aktörer som berörs av PM:et, det vill säga använder, utfärdar eller granskar ett PM, för revision/uppföljning av innehållet i rutinen. Medvetet avsteg från rutinen dokumenteras i Melior om rutinen är kopplad till patient. Övriga orsaker till avsteg från rutinen rapporteras i MedControlPRO.

Dokumentation

Redovisande dokument ska hanteras enligt sjukhusets gällande rutiner för arkivering av allmänna handlingar.

Granskare/arbetsgrupp

Pia Löfgren, läkare verksamhet Kirurgi barn, Område 1, innehållsansvarig.

Sarah Tornberg, läkare, verksamhet Kirurgi barn, Område 1, innehållsgranskare.

Marie Studahl, överläkare, verksamhet Infektion, Område 2.

Information om handlingen

Handlingstyp: Rutin

Gäller för: Verksamhet Medicin barn, Verksamhet Kirurgi barn

Innehållsansvar: Pia Löfgren, (pialo2), Sektionschef

Granskad av: Sarah Tornberg, (sarka9), Sektionschef

Godkänd av: Cathrine Gatzinsky, (catwi3), Verksamhetschef

Dokument-ID: SU9774-1570060579-340

Version: 16.0

Giltig från: 2026-03-20

Giltig till: 2028-03-17