

Gäller för: Verksamhet Medicin barn, Verksamhet Kirurgi barn, Verksamhet Hud- och könssjukvård

Giltig från: 2025-03-24

Giltig till: 2027-03-24

Innehållsansvar: Annika Malmgren, (annma177), Specialistläkare

Granskad av: Zeynep Tüysüz Tjörnvik, (zeytj1), Specialistläkare

Godkänd av: Joanna Pestalozzi, (joape14), Verksamhetschef

# Staphylococcal Scalded Skin Syndrome (SSSS)

## Förändringar sedan föregående version

Ersätter tidigare publicerad version. Layout är delvis förändrad.

Antibiotikaval är uppdaterade.

## Bakgrund och syfte

Syftet med denna rutin är att standardisera behandlingen av barn med misstänkt eller bekräftad SSSS på Drottning Silvias barnsjukhus.

## Utförande

Medvetet avsteg från rutinen dokumenteras i journalsystemet om rutinen är kopplad till patient. Övriga orsaker till avsteg från rutinen rapporteras i MedControl PRO.

## PATOGENES

Staphylococcal Scaled Skin Syndrome (SSSS) orsakas av epidermolytic exotoxin (exfoliatin) A och B, producerade av *Staphylococcus aureus*. Själva infektionsfokuset är inte alltid uppenbart. Tiden från infektion till SSSS är vanligtvis 1–10 dagar.

Toxinerna sprids hematogent, vilket förklarar den extensiva utbredningen. De riktar sig mot förankringsproteinet desmoglein-1 vilket kopplar samman keratinocyter i stratum granulosum. Desmoglein-1 uttrycks huvudsakligen i huden och i mycket lägre utsträckning i slemhinnor. Slemhinnorna är därför inte engagerade vid SSSS.

Sjukdomen drabbar huvudsakligen barn under 5 år. Nyfödda är en speciell riskgrupp. Bara undantagsvis förekommer det hos äldre barn och vuxna, då

framför allt i samband med svår sjukdom alternativt vid bakomliggande riskfaktorer så som immunsuppression eller njursvikt.

## SYMPTOM

### Första tecken:

- Ofta förekommer irritation runt ögon och mun som utvecklas till smetiga sprickor
- Feber kan förekomma
- Prodromalfas med allmän sjukdomskänsla kan förekomma
- Inflammatoriska parametrar är initialt opåverkade

### Under närmaste dagarna:

- Snabbt progredierande smärtsam rodnad i huden (makulärt erytem) som sprider sig från huvud- och halsregionen, ljumskar, axiller. Rondaden kan komma och gå, och är speciellt svår att upptäcka hos barn med pigmenterad hy.
- Rodnaden övergår i hudavlossning (epidermolys) med tunna blåsor som lätt går sönder, ibland över stora ytor. Intakta blåsor ses sällan.
- Smärta i huden påverkar barnets allmäntillstånd; de ogillar att man tar i dem
- Hos barn under 1 år kan huden, speciellt i ansiktet, svullna
- Ingen påverkan på slemhinnor (jämför med Stevens-Johnson syndrom (SJS) / Toxisk epidermal necrolysis (TEN))

### Förbättring/läkning

- Genom antibiotikabehandling kan förloppet stoppas och huden börja förnyas. Rodnad, hudavlossning och smärta kan dock kvarstå flera dagar trots adekvat antibiotikabehandling, troligtvis på grund av kvarhängande toxin.
- Det blir ofta en uttalad fjällning av huden, som kan behandlas med vaselin
- Huden läker inom 2 veckor utan ärrbildning

Säsongsvariation verkar förekomma, med peak under sommar och höst. Det verkar inte vara skillnad i incidens mellan pojkar och flickor.

## DIAGNOSTIK

Diagnosen baseras på klinisk bedömning. Hudförändringarna vid SSSS är initialt sterila, eftersom de orsakas av toxin som sprids hematogent från annat fokus. Det kan dock vara av värde att ta bakterieodlingar från misstänkt infekterade hudområden (t.ex. hud, konjunktiva, nasopharynx). Vid tveksamhet tillkalla hudkonsult för ev. hudbiopsi.

## DIFFERENTIALDIAGNOS

- Bullös impetigo (stafylokokinfektion)
- Scarletina (streptokokinfektion)
- Stevens-Johnson syndrom (SJS) / Toxisk epidermal necrolysis (TEN)  
(OBS läkemedelsanamnes, slemhinnor påverkade)
- Virusexanthem

### Ovanliga differentialdiagnoser hos nyfödda:

- Epidermiolysis bullosa
- Kongenital bullös iktyosis

## MEDICINSK VÅRD

Barnet **ska initialt behandlas inneliggande på barnkliniken**. Barn med utbredd och svår SSSS-sjukdom kan behöva intensivvård.

Behandlingen innefattar eradikering av stafylokokerna, smärtlindring, minimering av komplikationer samt behandling av ökad vätskeförlust.

- Ge antibiotika:
  - Initialt: **kloxacillin 50 mg/kg x 4 iv**, max 2 g x 4.
  - Vid misstänkt sepsis, följ [checklista för sepsis hos barn, med eller utan chock](#)
  - Vid allergi mot penicillin, inklusive anafylaxi: ge cefotaxim 50 mg/kg x 3 iv, max 2 g x 4.
  - Vid allergi mot cefalosporin, inkl anafylaxi: ge klindamycin 10 mg/kg x 3 iv, max 600 mg x 3.
  - Vid misstänkt MRSA, ge vancomycin 10 mg/kg x 3 iv, max 670 mg/kg x 3.
  - Efter 2–3 dagar iv-behandling och klinisk förbättring: byt till **heracillin 25 mg/kg x 3**, max 1 g x 3.
  - Vid allergi mot penicillin, inklusive anafylaxi: ge klindamycin 7 mg/kg x 3, max 300 mg x 3.
  - Vid MRSA, ge: klindamycin 7 mg/kg x 3, max 300 mg x 3.
  - Total behandlingstid 10–14 dagar
- Överväg intravenös vätsketillförsel vid dåligt vätskeintag. Undvik övervätskning.
- Förband skall begränsas: de kan skapa friktion och således skada huden när de avlägsnas.

- Smärtlindra: irritationen i huden är mycket smärtsam.
- När smärtan släpper: Lokalbehandla med vitt vaselin, Decubal kräm eller Essex kräm på huden. Fortsätt när huden blir torr och fjällig för att dämpa klåda. Applicera flera gånger dagligen.
- Om ögonen är irriterade, använd ögonsalva Occulentum simplex.

## OMVÅRDNADSÅTGÄRDER

- Använd plastofilm (Gladpack) istället för Tegaderm vid applicering av EMLA.
- Om barnet har öppna avgränsade sår i hudkostymen kan man använda Mepilex transfer. Detta förband är lämpligt för vätskande sår med stora ömtåliga sårytor. Förbandet transporterar bort vätska från såret och har också en smärtstillande effekt genom att det skyddar sårytan. Se produktbeskrivning angående applicering och användning.
- Se till att lakanen är släta! Allt känns som skav i huden.
- När huden börjar läka och blåstendensen slutat kan barnen bada eller duscha på vanligt sätt. Badolja kan användas men ofta går det bra med enbart vitt vaselin efteråt.

## UTSTÄDNING

Vanlig städrutin gäller.

## Källförteckning

- Debutsymtom svårtolkade vid staphylococcal scalded skin syndrome - trots snabb, adekvat behandling kan tillståndet bli livshotande, Broberg A et al., läkartidningen nr 15 2008 volym 105 ([länk](#))
- Staphylococcal Scalded Skin Syndrome – A Pediatric Dermatological Emergency, Kathleen S. Jordan; Advanced Emergency Nursing Journal, 2019 Vol. 41, No. 2, pp. 129-134, ([länk](#))
- [Staphylococcal scalded skin syndrome - UpToDate](#) Läst 2025-03-19

# Information om handlingen

**Handlingstyp:** Rutin

**Gäller för:** Verksamhet Medicin barn, Verksamhet Kirurgi barn,  
Verksamhet Hud- och könssjukvård

**Innehållsansvar:** Annika Malmgren, (annma177),  
Specialistläkare

**Granskad av:** Zeynep Tüysüz Tjörnvik, (zeytj1), Specialistläkare

**Godkänd av:** Joanna Pestalozzi, (joape14), Verksamhetschef

**Dokument-ID:** SU9774-1570060579-582

**Version:** 10.0

**Giltig från:** 2025-03-24

**Giltig till:** 2027-03-24