

Nya principer från amerikanska barnläkarföreningen:

Utredningen av små barn med njurbäckeninflammation behöver förnyas

■ Röntgenutredningen av barn som har haft en akut pyelonefrit är ett mycket kontroversiellt område. Hur många undersökningar ska vi göra? Ultraljud, miktionsuretrocytografi (MCUG) och njurskintigrafi (DMSA)? Behövs alla dessa undersökningar eller kan vi rutinmässigt göra färre?

För fyra år sedan presenterade jag i Läkartidningen nya riktlinjer utformade av den brittiska organisationen NICE (National Institute for Health and Clinical Excellence) [1]. Innehållet mötte kritik från mina svenska kolleger, som i Läkartidningen svarade att engelska riktlinjer inte var något för barn i Sverige [2].

I höst har den inflytelserika amerikanska barnläkarföreningen (American Academy of Pediatrics, AAP) presenterat sina nya riktlinjer för behandlingen av urinvägsinfektioner i septembernumret av Pediatrics [3].

De amerikanska riktlinjerna överensstämmer i stort sett med de brittiska. När det gäller de omdiskuterade röntgenundersökningarna är huvudprincipen att de bör minskas kraftigt.

Jag presenterar här de nya amerikanska riktlinjerna eftersom jag vill bidra till att hålla diskussionen i Sverige levande. Min inställning är att de svenska principerna bör ändras för att barn i Sverige inte ska få en omodern vård.

Den amerikanska barnläkarföreningen gör sju så kallade action statements. Två av dem handlar om vilka undersökningar som barn med akut pyelonefrit bör genomgå.

Action statement 5 rekommenderar att alla barn med febril urinvägsinfektion bör genomgå undersökning med

ultraljud. Enligt AAP leder dock dessa undersökningar i ytterst få fall till behandling, mellan 1 och 2 procent. Det gäller speciellt om en sen prenatal ultraljudsundersökning ingår i rutinen. Syftet är emellertid att hitta de barn som behöver vidare utredning för en eventuell urologisk åtgärd.

AAP rekommenderar att ultraljud görs inom två dygn i de fall när sjukdomen är ovanligt allvarlig eller när ingen påtaglig förbättring sker. Hos majoriteten av barn som har ett normalt förlopp av sin febrila urinvägsinfektion ska undersökningen göras senare. Ett för tidigt utfört ultraljud kan nämligen vara missledande och ge onödiga reversibla fynd, betonar AAP.

Nuklearmedicinska undersökningar som njurskintigrafi anses inte viktiga nog för att få ett eget kapitel. AAP betecknar njurskintigrafi som »användbar för forskning» men att undersökningen »sällan påverkar det akuta kliniska omhändertagandet ... och inte rekommenderas som en del av rutinundersökningen av små barn med sin första febrila urinvägsinfektion». Stråldosen är ett viktigt skäl till att vara försiktig.

Action statement 6 avråder från rutinmässig miktionsuretrocytografi efter febril urinvägsinfektion. Anledningen är att den reflux som miktionsuretrocytografi kan visa oftast saknar klinisk betydelse. »Miktionsretrocystografi bör utföras vid fynd på ultraljudsundersök-



Foto: Colourbox

Hur långt har Sverige kommit med att förnya utredningen av små barn med febril urinvägsinfektion? frågar sig Kjell Tullus.

ningen eller om infektionen är atypisk eller komplex.« Barn med en recidiverande febril urinvägsinfektion bör också genomgå miktionsuretrocytografi.

Enligt AAP:s utförliga beräkningar tvingas 100 barn genomgå miktionsuretrocytografi för att man ska hitta ett enda barn med en reflux som kan betecknas som betydelsefull. Om man väntar med miktionsuretrocytografi till efter ett återfall kommer endast 10 av dessa 100 barn att behöva röntgas.

Övriga action statements är riktlinjer som vi nog alla är överens om: AAP betonar att ett prov med påsurin löper stor risk att kontamineras samt att en blåspunktion bör vara rutin vid urinprov hos små barn. De betonar vikten av att ta urinprov hos små barn med hög feber utan lokaliserade symtom. Urinen

ska testas för både vita blodkroppar och nitrit samt odlas. Peroral antibiotikabehandling är lika effektiv som intravenös, förutom hos barn som inte tar emot medicinen eller där det finns en klinisk misstanke om sepsis. Det är också viktigt att föräldrarna förstår att söka vård inom 48 timmar, om barnet får en ny febril infektion.

Den internationella trenden är tydlig: utredningarna av barn som haft en okomplicerad pyelonefrit minskar drastiskt. Många barn riskerar annars att utsättas för undersökningar som är onödiga, ofta plågsamma och som dessutom skapar oro. Den italienska barnläkarföreningen har för övrigt också nyligen publicerat sina riktlinjer (ännu bara på italienska) med motsvarande innehåll.

Hur långt har Sverige kommit med att förnya utredningen av små barn med febril urinvägsinfektion?

Kjell Tullus

MD, PhD, FRCPCH, consultant paediatric nephrologist, Great Ormond Street Hospital for Children, London
kjell.tullus@gosh.nhs.uk

REFERENSER

1. Tullus K. Barn med urinvägsinfektion – nya riktlinjer för utredning och uppföljning. Läkartidningen. 2007;104:3359-60
2. Jodal U, Hansson S, Swerkersson S, Berg UB, Herthelius M, Abelson Storby K. Engelska riktlinjer – inget för barn med urinvägsinfektion i Sverige. Läkartidningen. 2008;105:1753-6.
3. Subcommittee on urinary tract infection, steering committee on quality improvement and management. Urinary tract infection: clinical practice guideline for the diagnosis and management of the initial UTI in febrile infants and children 2 to 24 months. Pediatrics. 2011;128(3):595-610.