

Kommentar

Diagnostikk av sepsis hos nyfødte

Ved nyfødteseptis kan diagnostikken være vanskelig, og behandling med bredspektrert antibiotika blir ofte startet før en infeksjon er verifisert når det foreligger klinisk mistanke. Symptomene er uspesifikke – det kan like gjerne være hypotermi som feber eller pustestopp (apné) som rask pust (takypné) – «Det er noe galt med denne ungen». I ettertid kan det vise seg at det i stedet for infeksjon foreligger for eksempel hjerneblødning. Påvisning av bakteremi hos disse barna begrenses av mengde blod og antall kulturer som det er mulig og forsvarlig å ta. Konvensjonell infeksjonsdiagnostikk, som leukocytter med differensialtelling og CRP i blod, er mål på en akutfasereaksjon og kan også være forhøyet ved andre tilstander enn infeksjon. Den infeksjonsutløste leukocytreaksjonen er heller ikke nødvendigvis som forventet. En umoden beinmarg kan hos noen nyfødte vise en ineffektiv granulopoese som gir leukopeni i stedet for leukocytose, muligens fordi beinmargen er «uttømt». Det er derfor ikke vanskelig å forstå at sepsis hos nyfødte gir legene «hodebry».

Det er alltid viktig å finne fokus for infeksjonen. Hos nyfødte er det ofte vanskelig, men vanligvis er fokus i lungene eller i urogenitalsystemet, sjeldnere i skjelettet eller i bløtdelene. Det er meget sjelden at et kefalhematom er det aktuelle infeksjonsfokus, selv om enkelte kasuistikker er publisert (1). En viktig årsak til dette er nok den gode gjennomblødningen i skalpområdet. Men, som ellers – ingen regel uten unntak.

Hos pasienten var det en gradvis økning i totalt antall hvite blodceller opp til $44 \cdot 10^9/l$ uten feber før man fant løsningen på problemet. I en slik situasjon er det viktig å tenke på andre muligheter enn infeksjon. Føtal eller neonatal leukemi, oftest forbigående, er en sjelden sykdom som vanligvis finnes hos pasienter med trisomi 21 (2). Ved denne tilstanden er alvorlige infeksjoner ikke sjeldne. Benign, tidsbegrenset økning av totalt antall hvite blodceller uten at det foreligger en infeksjon (en leukemoid reaksjon) forekommer også, særlig hos barn som er født før termin (3). Det kan være vanskelig å skille mellom en infeksjonsreaksjon, en leukemoid reaksjon og en leukemi. Derfor sier det seg selv at man må følge pasienten nøye inntil man har en klar diagnose.

I puss fra det infiserte kefalhematomet hos den aktuelle pasienten ble det funnet *Proteus vulgaris* og *Morganella morganii*, bakterier som finnes i jord, kloakkvann og gjødsel. Dessverre er de begge patogener ved nosokomiale infeksjoner, særlig etter instrumentering, og spesielt proteusspesies er blitt isolert ved hjerneabscesser hos nyfødte (4). Det er nærliggende å tro at abscessdanningen i kefalhematomet kan føres tilbake til vakuumelekstraksjonen. Spørsmålet blir da om dette skal klassifiseres som en sykehusinfeksjon som kanskje kunne vært unngått ved andre rutiner.

Tore G. Abrahamsen

t.g.abrahamsen@medisin.uio.no
Barneklubben
Rikshospitalet-Radiumhospitalet
0027 Oslo

Manuskriptet ble godkjent 20.4. 2006.

Oppgitte interessekonflikter: Ingen

Litteratur

1. Fan HC, Hua YM, Juan CJ et al. Infected cephalhematoma associated with sepsis and scalp cellulitis: a case report. *J Microbiol Immunol Infect* 2002; 35: 125–8.
2. Massey GV. Transient leukemia in newborns with Down syndrome. *Pediatr Blood Cancer* 2005; 44: 29–32.
3. Calhoun DA, Kirk JF, Christensen RD. Incidence, significance, and kinetic mechanism responsible for leukemoid reactions in patients in the neonatal intensive care unit: a prospective evaluation. *J Pediatr* 1996; 129: 403–9.
4. Darby CP, Conner E, Kyong CU. *Proteus mirabilis* brain abscess in a neonate. *Dev Med Child Neurol* 1978; 20: 366–75.