# 

# Akut trombocytopeni, framförallt ITP - BARN

**Definition**

TPK <150 × 109/L *utan påverkan på övriga poeser*. TPK ≥20 × 109/L medför sällan risk för blödning, medan vid TPK <20 × 109/L är risken för blödningar i olika former uppenbar.

**Orsak**

Immuntrombocytopeni (ITP) är den vanligaste orsaken beroende på en immunmedierad ökad nedbrytning av trombocyter. Andra orsaker (ökad nedbrytning eller nedsatt produktion) är leukemi, HLH, HUS, systemsjukdom, viroser (CMV, EBV, hiv mfl), hypersplenism och olika benmägssvikter. Läkemedel (t ex antibiotika och heparin) och levande vacciner (MPR) kan utlösa trombocytopeni. ITP är en uteslutningsdiagnos baserad på anamnes och symptomatologi.

**Klinisk bild**

Petekier, blåmärken och slemhinneblödningar ses ffa vid TPK <20 × 109/L. Akut ITP är vanligast hos förskolebarn, ofta efter nyligen genomgången infektion. Barnet är opåverkat och afebrilt utan hepatosplenomegali eller förstorade lymfkörtlar. Blodbild frånsett TPK är normal (ev lågt Hb pga blödning). Oftast godartat förlopp med självläkning inom veckor till månader. 15-20% blir kroniska fall. Typisk symtombild räcker för ITP-diagnos efter genomförd utredning med avseende på differentialdiagnoser. I enstaka fall kan tecken på utlösande infektion samtidigt föreligga, t ex mononukleos eller vattkoppor.

**Utredning**

På akuten: blodstatus (Hb, MCV, MCH, TPK, LPK, B-celler (diff), retikulocyter, kreatinin, ASAT, ALAT, bilirubin, CRP, u-sticka, (APT-tid, PK-INR). DAT vid misstanke om hemolys och då även utstryk för påvisning av schistocyter (microangiopati?). Blodgruppering och BAS vid blödning.   
  
På avdelning/mottagning (ej akut och ej nödvändigt i okomplicerade typiska fall): virusserologier, utvidgad immunologisk diagnostik (elfores, ANA).

Det anses inte längre obligat med benmärgsundersökning inför insättning av kortikosteroider i helt okomplicerat fall med normal blodbild och avsaknad av malignitetsmisstanke. Diskutera med hematolog.

**Behandling**

Uppföljning i öppenvård (t ex BUMM): lindrig purpura (få blåmärken och petekier utan slem-hinneblödning) med TPK >20 × 109/L hos ett stillsamt barn behöver inte behandlas. Noggrann, lugnande information viktig.

Observation inneliggande: hastig debut och uttalad purpura. Blodblåsor i munslemhinna och hematuri är förenat med ökad risk för inre och intrakraniella blödningar, som dock är ovanligt (<1%). Småbarn bör få skyddshjälm.

**Behandling vid trolig immuntrombocytopeni**:

* Vid slemhinneblödning, rikliga hudblödningar (TPK understiger då vanligen 10× 109/L) ge ivIgG (Kiovig, Privigen) 0.8-1 g/kg enligt särskilt upptrappningsschema (finns i läkemedelsmodul el på avdelningen) som upprepas påföljande dag om fortsatt TPK <20 × 109/L. Avrunda dos till närmaste hela flaskstorlekar. *Obs: patienten skall vara adekvat hydrerad inför behandling!*
* Perorala kortikosteroider (t.ex. prednisolon 2 mg/kg/d i 1 v, 1 mg/kg/d i 1 v och 0,5 mg/kg, max 180 mg/d i 1 v och därefter utsättning oavsett TPK) kan användas, framförallt i skolåldern istället för ivIgG. Har en långsammare effekt än ivIgG.
* I svåra fall kan ivIgG och hög dos kortikosteroider (t ex Solu-Medrol 30 mg/kg, max 1 g) kombineras. Ev tillägg av cyklokapron 10 mg/kg x 3 iv. Vid grav anemiserande blödning eller ffa CNS-blödning(IVA-fall) ges dessutom dubbla mängden trombocytkoncentrat 20-25 ml/kg/ 30 min, upprepa vb och erytrocytkoncentrat 15 ml/kg, Solu-Medrol ökas till 30 mg/kg under noggrann kontroll av vätskebalans och BT. Svårstillade näsblödningar kan behöva tamponeras av ÖNH-läkare!

**Behandling vid andra och oklara former av trombocytopeni:**

\* Diskutera alltid med hematologkonsult

**Undvik**: ASA/NSAID-behandling absolut kontraindicerad, intubation, im injektioner, temperaturtagning rektalt, lavemang och nasogastrisk sond vid trombocytopeni

**Mer information.** VPHs vårdprogram om ITP på BLFs hemsida

**ICD 10 kod**D69.3 ITP  
D69.6 Trombocytopeni, ospecificerad

PM utformat av: Mikael Sundin

Faktagranskat, reviderat 2015-10-11 av: Jacek Winiarski

**Versionshistorik**

Varje dokument bör innehålla en historik som för varje version talar om vad som ändrats, vem som gjort ändringen och när ändringen gjordes.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Version** | **Datum** | **Förändring och kommentar** | **Ansvarig** |
| 2 | 141013 | Carina Ekberg |  |
|  | 151011 | Faktagranskat/reviderat | Jacek Winiarski |
|  | 151013 | Faktagranskat/reviderat | Mikael Sundin |
| 6 | 170829 | Flyttat dokumentet till temastrukturen | Nina Perrin |