# 

# Riktlinje, Intrakraniell tryckstegring - Barn

**Definition**

Det intrakraniella trycket varierar med åldern. Intrakraniell tryckstegring bedöms föreligga om trycket är över 20 cm vatten och i kombination med akut påkomna symtom krävs omedelbar handläggning i samförstånd med neurokirurg.

**Orsak**

Meningit/abscess, diabetes ketoacidos, trauma, blödning, hydrocefalus/shuntstopp, tumör m.m.

**Klinisk bild**

Svår huvudvärk, illamående, kräkningar, irritabilitet, motorisk oro, förvirring, sjunkande medvetandegrad, balanssvårigheter och dubbelseende kan förekomma.

Titta efter ögonmuskelpareser (abducens-/okulomotoriuspares). Papillödem tar ca 4-5 dagar att utveckla.

Hos spädbarn förekommer spänd fontanell, ökad venteckning på huvudet, ökande huvudomfång, solnedgångsfenomen och failure to thrive.

**Hotande inklämning** (När patienten dessutom har något av följande symtom):

1. Kraftig psykomotorisk oro

2. Sjunkande medvetandegrad

3. Progredierande fokala cerebrala symtom

4. Generella kramper

6. Cirkulatorisk påverkan

**OBS! LP kontraindicerat!!**

**Utredning**

**Snabb anamnes och status** (temp, hjärta, lungor, blodtryck, medvetandegrad, nackstelhet, pupillreaktion, petechier, perifer cirkulation)

**Fullt övervak** med saturation, EKG-monitorering, upprepade blodtryck. Fortlöpande kontroll av medvetandegrad och pupillreaktion.

Provtagning: CRP, B-glukos, blodstatus, koagulationsstatus, blodgas, elektrolyter och kreatinin. Vid meningitmisstanke: blododla x 2 före insättande av antibiotika.

Neuroradiologi ingår i utredningen och utförs när patienten stabiliserats. Rådgör med bakjour och neurokirurg.

**Behandling**

**IV-infarter. Höjd huvudända.**

**Intubera vb** dvs om pat är starkt motoriskt orolig eller har sjunkande medvetandegrad . Den effektivaste metoden att omedelbart sänka trycket är med hjälp av pCO2-sänkning. Överdriven hyperventilation leder dock till vasokonstriktion med cerebral ischemi.Eftersträva normoventilation till lätt hyperventilation med **PCO2 ca 4,5. PaO2 >13kPA.** Förhindra hypoventilation och hypoxi.

Vätska, **RingerAcetat** ges enligt minimilistan. Natrium ska hållas normalt till lätt förhöjt, dvs >140. Normalt Hb och P-albumin eftersträvas, blod/albumin ges vid behov.

Ta ställning till antibiotika och antiviral behandling.

**Vid hotande inklämning:** Ge omgående **Mannitol** (Mannitol behöver ges helst inom 10 min efter tecken på hjärnödem för bästa effekt). **Samråd med neurokirurg!**

**Mannitol 150 mg/mL**: 7 ml/kg av 150 mg/mL lösningen (= 1g/kg), intravenös infusion på 15 minuter. Ger reboundeffekt, upprepa därför dosen, dvs 7 ml /kg, med infusionstid 2-3 timmar. Startas i direkt anslutning till den första dosen. Kontrollera att S-Na är >140 mmol/l.

OBS urinkateter måste sättas vid Mannitolbehandling!

Fortsatt kontakt med **neurokirurg** föreventuellt inläggande av tryckmätare intrakraniellt (vilket är enda sättet att följa trycket) och vidare omhändertagande. Narkosläkare ska vara med under transporten.

**ICD 10 kod**

G93.6 Hjärnödem

**Medförfattare**: Bengt Gustavsson, Helena Demetriades, Maud Eriksson

**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 | 161202 | Administrativ flytt till nytt FO | Malin Ryd Rinder |
|  |  |  |  |