

# Behandling av gynekologiska infektioner och infektioner postpartum

## Syfte

Säkerställa att behandling av infektioner i gynekologisk öppen och sluten vård följer nationella riktlinjer och rekommendationer från t ex STRAMA.

## Omfattning

Samtliga enheter inom VO Obstetrik och Gynekologi. Rutinen kan också fungera som stöd för mottagningar inom Primärvården.

## Bakgrund

För [generella riktlinjer](#) kring antibiotikaanvändning och [generella rekommendationer för behandling av olika infektioner](#), v g se STRAMAS sidor på NLL+ samt [STRAMA-appen](#) (tillgänglig även på webben).

Nedanstående bygger på detta och på rekommendationer från [janusinfo.se](#).

## Generella rekommendationer vid antibiotikabehandling

- Odling bör alltid eftersträvas innan antibiotika sätts in .
- Dos och dosintervall kan behöva anpassas vid exempelvis nedsatt njurfunktion.
- Indikationen för fortsatt behandling eller byte till smalare terapi bör utvärderas dagligen under sjukhusvård.
- Antibiotikaval bör snarast anpassas efter odlingssvar och klinisk utveckling.
- Intravenös terapi byts till oral så snart som det är kliniskt möjligt.

## Rekommenderad provtagning vid olika infektionsfrågeställningar

**Postoperativ feber** behöver inte alltid vara infektion; tänk även trombos, mindre hematom. Det kan ibland vara bättre att avvakta någon dag för säk-rare diagnos innan antibiotika sätts in.

Infektionstyp	Åtgärd, preparat
<b>Sepsis med misstänkt bukfo-kus</b>	<p>ALLTID blododling (2 flaskpar) före antibiotika. Urin-odling. Övriga odlingar beroende på symtom, men får inte fördröja antibiotika. Kontrollera även blodgas inkl laktat. Source control – finns abscess eller urinvägsfokus?</p> <p><b>Antibiotikabehandling:</b>  Inf Piperacillin+Tazobaktam 4 g x 4 med extrados efter 3 timmar (läs mer på <a href="#">STRAMA-rek för sepsis</a>)</p>

	<p>Vid risk för utveckling av septisk chock: tillägg av Tobramycin eller Gentamicin 5 – 7 mg/kg iv. OBS koncentrationskontroller!</p> <p><b>Övrig behandling:</b> Vätska (ringer-acetat), syrgas. KAD, timdiures. Kontakt med infektionsläkare, narkosjour. Behandlingsmål efter 1 timme: Antibiotika givet, SBT <math>\geq 90</math> mmHg, SaO<sub>2</sub> <math>\geq 93\%</math>.</p> <p>Individualiserad behandlingstid utifrån fynd och förlopp.</p>
<b>Svår postoperativ buk-infektion, tuboovarialabscess</b>	<p>Blododling (2 flaskpar) innan behandling. Urinodling. <b>Source control</b> – finns abscess som behöver dräneras? Ta hänsyn till riskfaktorer för ESBL vid antibiotikaval!</p> <p><b>Behandling:</b> Inf Piperacillin+Tazobaktam (Tazocin®) 4 g x 3 eller Cefotaxim 1g x 3 + Metronidazol 1,5 g x 1 iv dag 1, där- efter 1 g x 1. Vid allvarlig pc-allergi: Ciprofloxacin 400 mg x 2 i.v. + Klindamycin 600 mg x 3 i.v.</p> <p>Fortsatt peroral behandling: T Amoxicillin+Klavulansyra 500 mg x 3 + T Metronidazol 500 mg x 2 Vid pc-allergi: Ciprofloxacin 500 mg x 2 + Klindamycin 300 mg x 3 p.o.</p> <p>Behandlingstid 10 dagar eller individualiserat beroende på fynd och förlopp.</p>
<b>Postpartum-endometrit</b>	<p>Feber i kombination med blödning eller onormalt riklig flytning. Kontrollera att kaviteten är tom! Vid <b>tidig/allvarlig</b> endometritbild är det viktigt med snabbt omhändertagande och att säkerställa täckning för betahemolytiska streptokocker (GAS!) i behandlingen. Säkra blododling, urinodling, ev cervixodling och om stark misstanke GAS även svalgodling, om tidigt postpartum.</p> <p><b>Behandling:</b> Inf Piperacillin+Tazobaktam (Tazocin®) 4 g x 3 Vid allvarlig pc-allergi: Ciprofloxacin 400 mg x 2 i.v. + Klindamycin 600 mg x 3 i.v. (Ciprofloxacin har lika god tillgänglighet p.o. som i.v. – kan ges p.o. om patienten bedöms ha adekvat magtarmfunktion).</p>

	<p>Peroralt alternativ: T Amoxicillin+Klavulansyra 500 mg x 3 + T Metronidazol 500 mg x 2 Vid pc-allergi: K Klindamycin 300 mg x 3.</p> <p>Total behandlingstid 10 dagar.</p>
<b>Endometrit efter abort</b>	<p>Feber i kombination med blödning eller onormalt riklig flytning. Kontrollera att kaviteten är tom!</p> <p>Behandling: T Doxycyklin 200 mg x 1xII, sedan 100 mgx1xVIII + T Metronidazol 500 mg x 2x VII</p> <p>Högfebril patient eller inför exaeres hos febril patient: Inf Cefotaxim 1 g (x 3) + inf Metronidazol 1 g x 1.</p> <p>Total behandlingstid 10 dagar.</p>
<b>Djup sårinfektion</b>	<p>I första hand <b>adekvat debridering och omläggningar</b>. Vid utebliven förbättring eller försämring, eller i särskilt svåra fall, ska odling säkras (se nedan) innan antibiotika sätts in. Sårödling som ovan. Vid tidigt debuterande (&lt; 3 dygn postop) sårinfektion med kraftig rodnad, misstänk GAS, odla tidigt, behandla tidigt.</p> <p><b>Vid behov av antibiotikabehandling:</b> Flukloxacillin 1g x 3 p.o eller Kloxacillin 2 g x 3 i.v. Vid allvarlig pc-allergi: Klindamycin 300 mg x 3 p.o eller Klindamycin 600 mg x 3 i.v.</p> <p>Behandlingstid 7 dagar. Behandlingen ska inte fortsätta när infektionen läkt, även om såret finns kvar.</p>
<b>Ytlig sårinfektion/ hudinfektion</b>	<p><b>I första hand sårvård.</b> Om utebliven spontanläkning eller försämring: Sårödling som tas vid övergång mot frisk hud före noggrann rengöring, innan antibiotika övervägs (behövs sällan).</p>
<b>Postoperativ infektion vaginaltopp</b>	<p>Ta odling innan behandling – ange att det är en <b>sårödling</b> och inte ”vaginalodling”. Dränera ev hematoma?</p> <p>Behandling vid kvarstående feber och tilltagande smärta:</p> <p>T Amoxicillin+Klavulansyra 500 mg x 3 + T Metronidazol 500 mg x 2 (Vid pc-allergi: T Ciprofloxacin 500 mg x 2 +</p>

	T Metronidazol 500 mg x 2)
<b>Postoperativ infektion kolporafi</b>	<p>Om opåverkad patient och lindriga fynd rekommenderas i första hand expektans eller möjligen lokal behandling med klindamycin. Dränera ev hematoma?</p> <p>I svårare fall (feber, smärta):  T Amoxicillin+Klavulansyra 500 mg x 3 +  T Metronidazol 500 mg x 2  (Vid pc-allergi: T Ciprofloxacin 500 mg x 2 +  T Metronidazol 500 mg x 2) alternativt  T Sulfa+Trimetoprim (Bactrim Forte/Eusaprim Forte) 1 x 2.</p>
<b>Bartholinit och andra abscesser i vulva</b>	<p>I första hand <b>dränage</b>, t ex med särskild kateter.</p> <p>Antibiotika är bara indicerat vid allmänpåverkan och feber, samt vid djup infektion och abscesser som inte kan dräneras. I de fallen väljs samma preparat som för djup sårinfektion.</p>
<b>Salpingit</b>	<p>Vid måttlig infektion, sedan klamydia/gonorré-odling säkrats (se särskild rutin) och ev andra agens övervägts (gammal spiral?):  T Doxycyklin 200 mg x 1xII, sedan  100 mgx1xVIII + T Metronidazol 500 mg x 2xVII</p> <p>Vid svår infektion: i.v. behandling som vid tuboovarialabscess ovan.</p> <p>Total behandlingstid 10 dagar.</p>
<b>Infektiös mastit</b>	<p><b>Amningshjälp</b> (barnmorska) under några dagar. Vid fortsatt feber och allmänpåverkan som talar för infektiös mastit (CRP kan vara förhöjt vid både infektiös och inflammatorisk mastit) skall odling på bröstmjölk och från ev sår på bröstvårtan säkras innan antibiotika sätts in. Vid misstanke om bröstböld utförs ultraljud av bröstet och första handsbehandling är <b>dränage</b> (rem till kirsklin).</p> <p>Behandling med antibiotika ges vid svårläkt mastit och uttalade kliniska symtom. Rikta om möjligt behandlingen efter odlingssvaret:</p> <p>Vid Staf. Aureus:  T Flukloxacillin 1g x 3 i 10 dagar.  Vid pc-allergi K Klindamycin 150 - 300 mg x 3.</p> <p>Vid streptokocker grupp A eller B:</p>

	<p>T Fenoximetylpencicillin 1g x 3 i 10 dagar.</p> <p>Vid blandinfektioner ges i första hand Flukloxacillin som ovan.</p> <p>Behandlingstid 7 – 10 dagar beroende på svårighetsgrad.</p>
<b>Infektiös mastit, septisk</b>	Som sepsis ovan. Kontakt med infektionsläkare.
<b>Genital herpes</b>	<b>Primärinfektion:</b> T Valaciclovir 500 mg 1 x 2 i 10 dagar (kan behövas längre, iterera receptet). Ta herpes-serologi. Säkerställd sekundärinfektion (be patienten söka hälso-central för provtagning vid förekomst av blåsor): Skriv ut T Valaciclovir 500 mg 1 x 2, patienten behandlar i någon – några dagar vid första tecken till skov/prodromalt symptom.
<b>Övriga STI</b>	För Klamydia/Gonorré, se särskild rutin. För samtliga STI finns regiongemensamma riktlinjer på <a href="#">STI-portalen</a> .