# Infektioner inom gynekologi

## Innehåll

Bakgrund ..... 1
Allmänna principer ..... 1
Sepsis, svår allmänpåverkan på kvinnosjukvården ..... 2
Sårinfektion efter laparatomi ..... 2
Infektion i vaginaltoppen efter hysterektomi ..... 2
Infektion i rafin efter prolapsplastik ..... 3
Endometrit efter legal abort - mindre än fyra dagar efter abort ..... 3
Spiralrelaterade infektioner ..... 3
Spiralendometrit ..... 3
Actinomycesinfektion och spiral ..... 3
Salpingit ..... 4
Tuboovarial abscess ..... 4
Myomnekros ..... 4
Okomplicerad klamydia ..... 4
Mycoplasma genitalium ..... 4
Referenser ..... 5
Dokumenthistorik ..... 5

# Bakgrund

## Allmänna principer

Odla från cervix, sår, urin, vid behov svalg och vid septisk påverkan eller intravenös behandling blododling två gånger, innan antibiotikabehandling insätts.

För att få ett uttömmande svar är det viktigt att vederbörande läkare anger relevanta kliniska data, epidemiologi samt frågeställning på odlingsremissen. Personer som vistats i utomnordiskt land kan vara bärare av multiresistenta bakterier.

Eventuell aktuell antimikrobiell behandling och specificerat anatomiskt provtagningsställe bör anges. Patientens allmäntillstånd kan vara betydelsefullt för hur resistensbedömning vid odling utformas. Allmän odling från cervix ska i princip endast tas i samband med

graviditet, post partum eller möjligen hos icke gravid med terapiresistenta infektioner och då med riktad frågeställning.

# Sepsis, svår allmänpåverkan på kvinnosjukvården

Vid frossa, hög feber och eventuellt fokala symtom: Odla från blod vid två tillfällen, urin, vaginalt sekret, eventuella sår, se allmänna principer. Snabbtest för streptokocker från vaginala sår kan vara av värde.

Blodtryck, puls, saturation, andningsfrekvens för fortlöpande bedömning av allmäntillstånd samt blodgas med laktat 48 gånger per dygn, initialt täta kontroller som glesas ut när tillståndet är stabilt.

Intravenös nål, vätska och antibiotika intravenöst inom 45 minuter.

Lämpligt förstahandsval: Piperacillin/tazobactam 4 g, 3–4 gånger per dygn, alternativt imipenem 1 g, 3 gånger per dygn eventuellt en extra dos efter halva dosintervallet plus eventuellt aminoglykosid, Gensumycin 5–7 mg/kg i engångsdos. Koncentrationsbestämning av Gensumycin efter åtta timmar. Beroende på klinisk bild kan ytterligare dos efter ett dygn övervägas.

Om Pc-allergi ges infusion klindamycin 600 mg, 3 gånger per dygn samt infusion ciprofloxacin 400 mg, 2 gånger per dygn samt aminoglykosid som ovan.

Kontakta CIVA om instabil patient, infektionskonsult och plastikkirurg om fasciitmisstanke. Nektrotiserande fasciit uppkommer inte alltid i kombination med sepsis. Smärtkaraktären ofta mer uttalad än det kliniska utseendet.

# Sårinfektion efter laparatomi

Odla från såret och om patienten har en mogen abscess debriderar man och odlar även härifrån. Såret hålls öppet så länge pus rinner.

Vid lindrigare fall ges till exempel flukloxacillin 750 mg–1,5 g, 3 gånger per dygn peroralt alternativt klindamycin 300 mg, 3 gånger per dygn peroralt vid penicillinallergi. Vid svårare fall bör intravenös antibiotika ges, till exempel kloxacillin 2 g, 3 gånger per dygn. Behandlingslängd vanligen sju till tio dagar, om streptokocker i odling behandla tio dagar. Vid utebliven förbättring kontakta infektionskonsult.

# Infektion i vaginaltoppen efter hysterektomi

Större infekterade hematom bör dräneras vaginalt. Tillägg av peroral antibiotikabehandling är oftast tillräcklig om enbart vaginaltoppsinfektion.

Behandling i väntan på odlingssvar med till exempel ciprofloxacin 500 mg, 2 gånger per dygn i kombination med klindamycin 300 mg, 3 gånger per dygn per os.

# Infektion i rafin efter prolapsplastik

Se vaginaltoppsinfektion.

# Endometrit efter legal abort - mindre än fyra dagar efter abort

Vid lindrig till låggradig feber, peroral behandling efter odling: Amoxicillin–klavulansyra 500/125 mg, 3 gånger per dygn eventuellt med tillägg av metronidazol 400 mg, 3 gånger per dygn i två veckor. Vid penicillinallergi ges moxifloxacin 400 mg, en gång per dygn eventuellt med tillägg av metronidazol som ovan.

Vid hög feber, takykardi, peritonit med mera: Blod- och cervixodling samt intravenös antibiotika enligt stycket om sepsis, svår allmänpåverkan ovan.

Patienter som ska genomgå förnyad exeres eller är högfebrila bör behandlas parenteralt med antibiotikainfusion minst en dos innan exeres utförs. Gå över till peroral behandling snarast möjligt.

# Spiralrelaterade infektioner

## Spiralendometrit

Odla alltid före antibiotikainsättning, förutom cervixodling, odla gärna från spiralen. Genital infektion hos spiralbärare kan som regel behandlas med spiralen på plats.

Anaerober, streptokocker, gramnegativa stavar vanligt förekommande agens.

Senare insjuknande talar för sexuellt överförbar sjukdom (STI), ej IUD i sig.

Behandling: Ofta peroral vid måttliga symtom: Amoxicillin–klavulansyra 500/125 mg, 3 gånger per dygn eventuellt med tillägg av metronidazol 400 mg, 3 gånger per dygn i två veckor. Vid penicillinallergi ges moxifloxacin 400 mg, en gång per dygn eventuellt med tillägg av metronidazol som ovan.

## Actinomycesinfektion och spiral

Risken ökar vid lång användningstid, i genomsnitt åtta år. Infektionen kan debutera även efter uttagande av spiral. Tidiga symtom: Endometrit.

Senare differentialdiagnoser: Tuboovarial abscess, tumor, endometrios.

Diagnostik: Biopsi med odling före antibiotikainsättning. Actinomyces frågeställning ska tydligt anges på remissen.

Vid verifierad diagnostik ges behandling med penicillin G 3 g, 3 gånger per dygn intravenöst i två veckor, därefter penicillin V 1 g, 3 gånger per dygn peroralt alternativt amoxicillin 500 mg, 3 gånger per dygn i sex till tolv månader.

Vid penicillinallergi: Erytromycin 500 mg, 4 gånger per dygn eller doxycyklin 100 mg, 2 gånger per dygn.

# Salpingit

Viktigt att odla eller ta PCR för specifikt agens vid misstanke om STI.

Ge doxycyklin 200 mg, en gång per dygn per os, alternativt vid låg misstanke om STI amoxicillin/klavulansyra 500/125 mg, 3 gånger per dygn. Vid misstanke om anaerob komponent i tillägg av metronidazol 400 mg, 3 gånger per dygn. Behandlingslängd 10–14 dagar.

Vid svårare fall ges parenteral behandling första dygnet med infusion cefotaxim 2 g, 3 gånger per dygn, eller doxycyklin 200 mg, en gång per dygn och metronidazol 1,5 g första dygnet, därefter 1g, en gång per dygn.

Vid påvisad eller misstänkt gonorré bör behandling ske i samråd med venerolog.

# Tuboovarial abscess

Efter sedvanliga odlingar ge intravenös piperacillin/tazobactam 4 g, 3 gånger per dygn, alternativt imipenem 1 g, 3 gånger per dygn, alternativt cefotaxim 1g, 3 gånger per dygn + metronidazol 1,5g, en gång per dygn, därefter 1g, en gång per dygn.

Vid pc-allergi ges ciprofloxacin 400 mg, 2 gånger per dygn plus metronidazol 1,5 g första dygnet, därefter 1 g, en gång per dygn.

Kirurgi så som salpingektomi eller ultraljudslett dränage vaginalt är angeläget om dålig klinisk effekt efter två till tre dygns antibiotikabehandling. Förnyad odling.

# Myomnekros

Detta är ofta en aseptisk och väl avstängd process. Ge antiinflammatorisk behandling. Utifrån kliniken får eventuell antibiotikabehandling övervägas.

# Okomplicerad klamydia

Innefattar cervicit, uretrit och asymtomatisk klamydia. Ge doxycyklin 200 mg, en gång per dygn första dagen därefter 100 mg, en gång per dygn per os, totalt tio tabletter.

Alternativ: Azitromycin 1 g per os som engångsdos.

# Mycoplasma genitalium

Misstänk detta agens om det föreligger klamydianegativ och terapiresistent cervicit eller uretrit.

Provtagning för PCR med samma pinne och medium som för klamydiadiagnostik. Azitromycin 250 mg 2 tabletter en gång per dygn dag 1, därefter 1 tablett en gång per dygn per os, totalt sex tabletter.

# Referenser


UpToDate – Evidence-based Clinical Decision Support | Wolters Kluwer

www.smittskyddsinstitutet.se.

Folkhälsomyndigheten — Myndigheten för folkhälsofrågor (folkhalsomyndigheten.se).

www.infektion.net.

Läkemedelsverket - Antikonception_behandlingsrekommendation (lakemedelsverket.se).

Knut Gjelland, MD, et al: Transvaginal ultrasound-guided aspiration for treatment of tubo-varian abscess; A study of 302 cases, American Journal of Obstetrics and Gynecology (2005) 193, 1323-.


# Dokumenthistorik

Författare:

I Wikström, G Wikstrand, G Goscinski, A Hallén, Karin Glimskär Stålberg.

Granskare:

Björg Jonsdottir och ämnesområdesgruppen för infektioner inom pediatrik, obstetrik och gynekologi på VO infektion, Akademiska sjukhuset.

Gudlaug Sverrisdottir, Karin Stålberg.

Datum:

2022-06-20: Reviderat i sin helhet.

2025-02-22: Vilhelm Arvhult. Dokumentet har tillgänglighetsanpassats.

2025-06-13: Aktualitetsgranskat utan ändringar.