Gastroenteriter - diagnostik och behandling

Innehåll

Syfte och omfattning 2
Symtom 2
Specifika anamnestiska frågor 2
Provtagning 2
Hygienaspekter 3
Kostråd 3
Behandling 3
Empirisk behandling 4
Behandling efter odlingssvar (i de fall det anses indicerat) 4
Septisk salmonellos/Tyfoidfeber 4
Behandlingstid 5
Salmonellaenterit 5
Salmonellos med fokala manifestationer 5
Asymtomatiskt bärarskap av Salmonella 5
Campylobacterios 6
Shigellos 7
Yersinios 7
Kolera 7
EHEC 7
Parasitsjukdomar 8
Komplikationer 8
Smittskyddsaspekter 8
Kontrollodling 8
Dokumenthistorik 9

Syfte och omfattning

Dokumentet omfattar diagnostik och behandling av misstänkta och bekräftade bakteriella gastroenteriter. Informationen gäller för vuxna patienter över 18 år. Vid allmänpåverkad patient med påverkade vitalparametrar måste alltid sepsis och septisk chock övervägas. Handläggning av dessa diagnoser beskrivs inte i detta dokument.

Symtom

Gastroenteriter brukar principiellt delas upp i två kategorier beroende på patogenes. **Tunntarmsengagemang** Ger huvudsakligen frekventa vattentunna och voluminösa diarréer utan blod eller slem. Oftast ingen feber. Orsakas av t.ex. virus, enterotoxinbildande E. coli (ETEC), Vibrio cholera samt Giardia.

Vid övervägande kräkningar som symtom, misstänk i första hand viral, alternativt toxinutlöst genes om mycket kort anamnes.

Tjocktarmsengagemang Ger huvudsakligen frekventa diarréer ofta med blod eller slem. Vanligen feber och tenesmer. Orsakas av t.ex. Campylobacter, Shigella, enterohemorragiska E. coli (EHEC), Clostridioides difficile samt Entamöba histolytica.

Specifika anamnestiska frågor

Enligt följande:

- Fall i nära omgivning? Misstänk framför allt virala gastroenteriter men även Shigella och EHEC pga. liten smittdos.
- Utlandsresa?
- Egen brunn? t.ex. Cryptosporidium.
- Djurkontakt? t.ex. EHEC, Cryptosporidium, Campylobacter, Salmonella.
- Risk för vätskebalansstörning? Behandling med ACE-hämmare/angiotensin II-hämmare, diabetes, tarmstomi, äldre, gravida.
- Bad i bassäng eller sjö? t.ex. EHEC, Cryptosporidium.
- Riskyrke eller arbete på förskola?

Provtagning

Mikrobiologisk diagnostik tas av två olika anledningar.

1. Behandlande läkare är enligt Smittskyddslagen ålagd att provta vid misstanke om smittsam allmänfarlig sjukdom, vilket oftast är svårt att utesluta hos patient som söker med nytillkomna diarréer, för att undvika smittspridning i samhället. Det är framför allt viktigt att provta patienter med riskyrke, t.ex. livsmedelshantering, sjukvårdsarbete samt arbete i förskola, samt vid misstanke om vårdrelaterad smitta, t.ex. norovirus.

2. Ur klinisk synvinkel bör provtagning ske vid:
    - Utlandsvistelse.
    - Blodiga diarréer och/eller hög feber.
    - Påverkat allmäntillstånd.
    - Nedsatt immunförsvar.
    - Långvariga eller återkommande diarréer, inför eventuell annan gastroenterologisk utredning.

PAKET – Gastroenterit bakterier + parasiter, PCR Salmonella, Shigella, Campylobacter, Yersinia, EHEC, ETEC, Vibrio samt Plesiomonas. Dessutom fås parasiter: Cryptosporidier sp, Giardia intestinalis samt Entamoeba histolytica: PCR-metod med bättre sensitivitet än odling. Vid negativt svar och kvarstående symtom bör man ändå överväga upprepad provtagning ffa vid misstanke om parasiter (t.ex. vid blodiga diarréer efter långvarig utlandsvistelse). Vid positiv PCR utförs odling för Salmonella, Shigella, Yersinia och EHEC automatiskt.

Feces- gastroenterit bakterier uppföljningsprov, PCR Uppföljning av tidigare konstaterad bakteriell gastroenterit (PCR för parasiter utförs ej)

Blododling x 2 tas vid hög feber och septiskt tillstånd.

Feces- Clostridioides difficile tas vid antibiotikabehandling inom ca 3 månader alternativt nylig sjukhusvård, även utan antibiotikabehandling. Oftast är ett prov tillräckligt då det påvisar toxiner med PCR. För övrig handläggning se Vårdprogram cdi, Svenska infektionsläkarföreningen.se (pdf).

Hygienaspekter

Se Smittskyddsläkarföreningens smittskyddsblad för olika diagnoser: Smittskyddsblad - Smittskyddsläkarföreningen, Sveriges läkarförbund.se (pdf).

Kostråd

Generella kostråd utifrån bra randomiserade kontrollerade studier saknas. Gastroenteriter leder dock ofta till övergående laktosmalabsorption varför laktosinnehållande produkter kan avstås initialt. Kost med högt fettinnehåll kan också undvikas initialt.

Behandling

Indikation för antibiotikabehandling föreligger sällan p.g.a. den höga graden av spontan utläkning. Den viktigaste åtgärden initialt är att ersätta eventuella vätske- och elektrolytförluster. De flesta patienter kan gå hem efter några timmars vätsketerapi.

Antibiotikabehandling skall ges till septiskt sjuk patient med misstanke om gastroenterit och bör övervägas vid immunosuppression, uttalad komorbiditet och vid

tecken till svår tarminflammation (t.ex. blodiga diarréer, uttalad buksmärta, höga inflammationsparametrar).

P.g.a. en ökande global resistensproblematik hos tarmpatogener skall alltid resistensbestämning begäras då antibiotikabehandling blir aktuell. Särskilt skall kinolonresistenta stammar misstänkas hos resenärer som återvänder från Asien.

För behandling av gastroenteriter orsakade av parasiter hänvisas till Parasitsjukdomar, terapirekommendationer, Region Uppsala.se (pdf).

Empirisk behandling

Vid sjukhusvård ges något av följande preparat:

- Inj Cefotaxim 1gx3.
- Inf/T Azitromycin 500 mgx1. OBS! Hög resistens i Afrika och Sydamerika.

Vid icke sjukhusvård:

- T Azitromycin 500 mgx1. OBS! Hög resistens i Afrika och Sydamerika.
- T Ciprofloxacin 500mgx2. OBS! Hög resistens i Asien.

Överväg uppehåll med vissa läkemedel:

- ACE-hämmare (t.ex. enalapril), angiotensin II-hämmare (t.ex. losartan, candesartan). Iakttag även försiktighet med diuretika samt per orala antidiabetikum.
- Motilitetshämmande läkemedel: Bör ej ges vid feber eller blodiga diarréer. För andra patienter kan det övervägas, men bör ges med försiktighet.

Behandling efter odlingssvar (i de fall det anses indicerat)

Septisk salmonellos/Tyfoidfeber

Alla fynd av S. typhi och S. paratyphi skall behandlas. Vid septiska tillstånd bör behandlingen inledas med intravenös antibiotika. Till opåverkade patienter kan per oral behandling ges direkt. Observera att cefalosporin-resistenta stammar förekommer, framför allt i Asien.

Behandling:

- Inj Cefotaxim 1gx3.
- Inf Ceftriaxon 2gx1.
- Inf/T Ciprofloxacin 400 mg x 2 i.v. eller 500 x 2 p.o. OBS! Hög resistens i Asien.
- Inj/T Azitromycin 500 mgx1. OBS! Hög resistens i Afrika och Sydamerika.

Behandlingstid

Vanligen 10-14 dagar. Vid behandling med Azitromycin räcker 7 dagars behandling pga. lång halveringstid.

Salmonellaenterit

En ökad indikation för antibiotikabehandling föreligger vid nedsatt immunförsvar, förekomst av proteser/kärlgraft, känt aneurysm eller vid samtidig icke-infektiös inflammatorisk tarmsjukdom, t.ex. Mb Crohn eller ulcerös colit. Behandling bör även övervägas till äldre.

Behandling:

- T Ciprofloxacin 500 mg x 2 i 5 dagar. OBS! Hög resistens i Asien.
- T Azitromycin 500mgx2 i 3 dagar. OBS! Hög resistens i Afrika och Sydamerika.
- T Trimetoprim/sulfametoxazol 160mg/800mg x 2 i 5 dagar.

Till immunosupprimerade ges minst 2 veckors behandling.

Salmonellos med fokala manifestationer

Behandling som vid Septisk salmonellos/Tyfoidfeber men med varierande behandlingstid beroende på manifestation.

Asymtomatiskt bärarskap av Salmonella

Mediantiden för smittbärarskap hos samtliga åldersgrupper efter tillfrisknande är ca 5 veckor. Ett fåtal (0,2-0,6% hos icke-tyfoid Salmonella och 1-6% hos tyfoid Salmonella) av i övrigt friska patienter kan utveckla ett långvarigt bärarskap där Salmonella kan påvisas i avföring 1 år efter sjukdomstillfället. Grupper som löper ökad risk för långvarigt smittbärarskap är äldre och patienter med gallvägsabnormaliteter/gallsten. Smittbärarskap med tyfoid Salmonella skall behandlas med tanke på smittrisk. I ovanliga fall kan eradikeringsbehandling även bli aktuell (vissa riskyrken, svår immunsuppressiv sjukdom hos familjemedlem) mot icke-tyfoid Salmonella. Optimal behandlingsstrategi för icke-tyfoid Salmonella finns ej studerad. Vid långvarigt bärarskap skall alltid utredning avseende gallfokus övervägas.

Vid behandling i första hand:

- T Ciprofloxacin 500 mg x 2 i 3 veckor.

I andra hand:

- T Trimetoprim/sulfametoxazol 160mg/800mg x 2 i 1-3 månader.

Campylobacterios

I normalfallet självläkande infektion där antibiotikabehandling har marginell effekt. Mindre studier har visat att antibiotika endast minskat durationen av tarmsymptom med 1,3 dagar.

Antibiotika skall endast ges till svårt sjuk patient med tecken till svår tarminflammation (blodiga diarréer, uttalad buksmärta, höga inflammationsparametrar) eller patienter med uttalade symptom >1 vecka.

Behandling i första hand:

- T Azitromycin 500 mg x 1 i 3 dagar.
- T Erytromycin 1g x 2 i 5-7 dagar.

I andra hand:

- T Ciprofloxacin 750 mg x 2 i 3 dagar. OBS! Hög resistens ffa i Sydostasien.

Behandling skall även övervägas till äldre, immunosupprimerade och gravida. Vid immunosuppression kan längre behandlingstid övervägas, 7-14 dagar.

Shigellos

Är självläkande men antibiotikabehandling bör övervägas med tanke på låg smittdos och således smittrisk till omgivningen. Kinoloner har sedan länge varit förstahandsval med god effekt på symptom och smittbärarskap. I dagsläget ses dock en ökande resistens mot kinoloner, trimetoprim/sulfametoxazol och azitromycin varför resistensbestämning alltid skall begäras i samband med initial empirisk behandling.

Behandling i första hand:

- T Azitromycin 500 mg x 1 i 3 dagar.
- T Ciprofloxacin 500 mg x 2 i 3 dagar.

I andra hand:

- T Trimetoprim/sulfametoxazol 160mg/800mg x 2 i 5 dagar.

Yersinios

Det finns inga kontrollerade studier som talar för att antibiotikabehandling har effekt på vare sig okomplicerad enterokolit eller senkomplikationer i form av reaktiv artrit. Invasiv sjukdom med sepsis skall behandlas. Vid svår enterokolit eller enterokolit hos immunsupprimerad kan behandling övervägas.

Behandling i första hand:

- T Ciprofloxacin 500 mg x 2 i 10 dagar.

I andra hand:

- T Doxycyklin 200 mg x 1 första dagen, följt av 100 mg x 1 i 9 dagar.
- T Trimetoprim/sulfametoxazol 160mg/800mg x 2 i 10 dagar.

Kolera

Vätske- och elektrolyttillförsel är absolut viktigast vid akut omhändertagande. Antibiotikabehandling är aktuell endast till svåra fall och först efter adekvat rehydrering och avtagande kräkningar.

Behandling:

- T Doxycyklin 300 mg p.o som engångsdos.
- T Ciprofloxacin 500 mg 2x1 som engångsdos.
- T Azitromycin 500 mg 2x1 som engångsdos.

EHEC

Inga kontrollerade studier har visat effekt av antibiotikabehandling och det är fortfarande oklart huruvida det finns ett kausalt samband mellan antibiotikabehandling och ökad risk att utveckla HUS även om vissa studier tyder på

detta. HUS ses hos 6-9% av alla patienter och hos 15% av barn <10 år med påvisad EHEC. Vissa kombinationer av virulensfaktorer är associerade med HUS där **stx2** och **eae** i kombination ger den allvarligaste infektionen och **stx1** den mildaste.

Behandling skall inriktas på vätske- och elektrolyttillförsel och noggrann övervakning av njurfunktion, blodbild och CNS-påverkan. Finns en stark misstanke på EHEC skall man avstå initial empirisk behandling och är patienten redan insatt på antibiotikabehandling skall denna seponeras då ett positivt EHEC-svar inkommer.

Vid utveckling av HUS kan ibland dialys bli aktuell och vid CNS-påverkan skall IVA-vård övervägas.

Parasitsjukdomar

För behandling av parasitinfektioner se Parasitsjukdomar, terapirekommendationer, Region Uppsala.se (pdf).

Komplikationer

Leverabscess Misstänk Entamoeba histolytica. Tag serologi samt om möjligt PCR på abscessmaterial, skickas till Folkhälsomyndigheten.

Reaktiv artrit Uppträder efter några procent av alla gastroenteriter. De vanligaste utlösande agens är: Yersinia, Campylobacter samt Shigella.

Serologi kan övervägas om mikrobiologisk provtagning är negativ.

IBS Efter en gastroenterit får 5-10% IBS-liknande symtom som kan fortgå i månader-år.

Smittskyddsaspekter

Smittskyddsanmälan ska göras skyndsamt (senast dagen efter) vid fynd av PCR-positivt prov för Campylobacter, Salmonella, Shigella/enteroinvasiva E. coli (EIEC), Yersinia, Vibrio sp., EHEC, Cryptosporidium sp., Entamoeba samt Giardia. Tillgänglig PCR-metod kan ej skilja på Shigella och EIEC. Bakterierna är svårodlade så även om Shigella ej kan bekräftas odlingsmässigt ska det handläggas som Shigella. Främsta orsaken till odling är resistensbestämning.

Se Smittskyddsläkarföreningens smittskyddsblad för olika diagnoser: Smittskyddsblad - Smittskyddsläkarföreningen, Sveriges läkarförbund.se (pdf).

Kontrollodling

Patienter med riskyrken och fynd av Salmonella (ej S. typhi och S. paratyphi), Shigella eller EHEC (enbart om stx2 eller koppling till HUS) ska lämna ett negativt kontrollprov (Feces- gastroenterit bakterier uppföljningsprov, PCR) innan återgång till arbete. Kontrollprov tas 1-2 veckor efter symtomfrihet alternativt 1 v efter sista antibiotikados.

Vid riskyrke och fynd av Shigella i de fall antibiotika inte givits krävs tre negativa fecesprover i följd (max ett per dag) för smittfrihet.

Vid riskyrke och fynd av S. typhi eller S. paratyphi ska tre negativa fecesprover (max ett per dag) lämnas innan återgång i arbete.

Dokumenthistorik

Författare:

Erik Skog, David Lennebratt, infektionsläkare.

Datum:

2024-11-18 Nytt dokument.