

Faktaägare: Ola Lindgard läkare ortopedkliniken, Peter Kidron, överläkare Bild- och funktionsmedicin och Kristofer Lundgren Soldan, överläkare infektionskliniken

Epiduralabscess

Patientflöde och ansvarsfördelning vid handläggning av patienter med misstänkt eller bekräftad epiduralabscess.

Innehåll

Epiduralabscess	1
1 Bakgrund	2
2 Kliniska manifestationer	2
3 MR.....	2
4 Status	2
5 Vid misstänkt rygginfektion	3
5.1 På akuten/AVA	3
5.2 På ortopedden	3
5.3 På infektionskliniken.....	4
6 Om förekomst av neurologiska symptom.....	4
6.1 Ortopeden:	4
6.2 Infektionsläkare:	4
7 Epiduralabscess utan neurologiska symptom.....	5
7.1 På ortopedkliniken	5
7.2 På infektionskliniken.....	5
8 Referenser:.....	6

1 Bakgrund

Epiduralabscess är en infektion i det epidurala rummet i ryggraden eller huvudet som kan leda allvarliga och permanenta svåra neurologiska skador. Snabb diagnos och skyndsamt handläggning är avgörande för att minimera risk för komplikationer. Behandlingen omfattar ofta både antibiotikabehandling och kirurgisk intervention med dränering och dekompression.

Detta dokument syftar i första hand till att klargöra hur patientflödet ska se ut och hur ansvarsfördelningen mellan infektionskliniken och ortopedkliniken är uppdelad.

2 Kliniska manifestationer

En minoritet av patienter med epiduralabscess uppvisar den klassiska symptomtriaden feber, ryggsmärta och neurologiskt bortfall i samband med att man söker akut¹⁻³. Feber förekommer i knappt hälften av fallen¹. Oftast förekommer stegrat CRP och leukocytos. Symptomen kan omfatta:

- Feber
- Sjukdomskänsla
- Ryggsmärta
- Nervrotssmärta
- Motorisk svaghet, känselbortfall, blåsdysfunktion, fecesinkontinens
- Paralys

3 MR

Undersökning ska göras akut av hela ryggraden vid förekomst av neurologiska bortfall. Epiduralabscesser är ofta långsträckta över flera nivåer, och multipla lesioner förekommer. Under jourtid kontaktas röntgenjour. Även om det inte finns någon formell beredskap för MR så kan undersökningen ibland genomföras om man har tillgång till personal med rätt kompetens på röntgen. Målsättningen är att undersökningen ska kunna genomföras tillräckligt snabbt för att patienten ska kunna hinna flyttas till Skåne för att genomgå dekomprimerande kirurgi inom 24 timmar från debut av neurologiska symptom. Detta betyder att ortopedläkare kan behöva kontakta ryggkirurg i Malmö för överflyttning och akut MR i Skåne.

4 Status

I neurologisk undersökning ingår värdering av:

- Motorisk kraft i extremiteter
- Känselbortfall/rubbning
- Reflexer
- Sfinketertonus-, rektalundersökning och värdering av residualurin med Bladderscan

Om patienten utvecklar nya eller försämras i tidigare noterade neurologiska symptom talande för medullpåverkan, ska ansvarig läkare kontaktas direkt.

Symptombilden vid epiduralabscess kan delas upp i olika stadier (ref⁴⁻⁵):

1. Ryggsmärta och ömhet
2. Radikulitsmärta, smärta i nacke. Förändrade reflexer.
3. Påverkad sensorisk, motorisk svaghet. Tarm- och urinblåsedysfunktion
4. Paralys

Vid utveckling/försämring av symptom från punkt 2 och nedåt ska ansvarig läkare kontaktas. Neurologisk status dokumenteras på pappersschema (bilaga) på avdelningen där patienten vårdas. Detta scannas och läggs till journalen i samband med utskrivning.

5 Vid misstänkt rygginfektion

För att undvika permanenta neurologiska bortfall är det av yttersta vikt med skyndsam handläggning. Vid förekomst av symptom talande för medullakompression är målsättningen att patienten genomgår operativ behandling inom 24 timmar. Om patienten har eller utvecklar neurologiska bortfall talande för medullakompression sker handläggning enligt punkt 6.

5.1 På akuten/AVA

Patienter där rygginfektion misstänks handläggs i samråd mellan primärjour/bakjour på ortopeden och infektionskliniken. Inläggning sker i första hand på ortopedkliniken, då epiduralabscess inte kan uteslutas i detta läget. Vid förekomst av sepsis, tecken till endokardit eller annan försvårande faktor kan det vara mer lämpligt att vidare vård sker på infektionskliniken. Om patienten bedöms vara icke-operabel kan det tala för att vård på infektionskliniken är mer lämpligt. Vid avsaknad av neurologiska bortfall planeras för MR inom några dagar. Undersökningens sensitivitet avseende spondylodiskit kan öka om den genomförs efter några dagars symptomduration. Utvecklas neurologiska bortfall, se punkt 6. Om MR visar spondylodiskit utan epiduralabscess sker fortsatt vård på infektionskliniken. Man bör försöka lotsa patienten till rätt vårdavdelning redan från akuten.

5.2 På ortopeden

Ortopedklinikens läkare är huvudansvariga för patienten och ansvarar för att patienten genomgår neurologisk undersökning. Undersökningen görs minst en gång per dag av läkare (se bilaga). Sjuksköterska undersöker dagligen enligt mall i början av sitt pass. Vid progress av neurologiska bortfallssymptom (se punkt 4) ska avdelningsläkare eller jourhavande ortopedläkare kontaktas direkt. Vidare handläggning enligt punkt 6. Infektionskonsulten bistår med daglig konsultation och utformning av antibiotikabehandlingen.

5.3 På infektionskliniken

Under vissa omständigheter är det mer patientsäkert att vården sker på infektionskliniken. Detta gäller om den medicinska situationen kompliceras av andra sjukdomstillstånd, som exempelvis sepsis (allmänpåverkan, tecken till organ dysfunktion, sviktande cirkulation), endokardit, eller meningit. Det kan också finnas faktorer som gör att patienten inte är aktuell för dekomprimerande ryggkirurgi, vilket därmed gör vård på infektionskliniken mer lämplig. Om patienten vårdas på infektionskliniken ansvarar infektionskliniken för daglig neurologisk undersökning förutsatt att kirurgi är ett möjligt behandlingsalternativ. Ortopedkliniken skall bedöma patienten dagligen. Patienterna ska genomgå neurologisk undersökning enligt schema (se bilaga). Undersökningen gör minst en gång per dag av läkare. Sjuksköterska undersöker enligt mall i början av sitt pass. Vid progress av neurologiska bortfallssymptom (se punkt 4) ska ansvarig läkare på ortopedkliniken och ansvarig avdelningsläkare på infektion kontaktas. Jourtid kontaktas infektionsbakjour och ortopedjour. Handläggningen sker därefter enligt punkt 6.

6 Om förekomst av neurologiska symptom

Skyndsamt handläggning är av yttersta vikt. Vid gradvis ökande neurologiska symptom ledande till komplett pares är tiden till permanenta skador inte mer än ungefär 24 timmar.

Ansvar fördelas enligt följande, oavsett var patienten vårdas:

6.1 Ortopeden:

Remiss för akut MR helrygg (epiduralabscesser är ofta utbredda i flera nivåer och multipla lesioner förekommer). Jourtid kontaktar ortopedens jourhavande radiolog för bedömning om undersökning går att genomföra, se punkt 3.

Om undersökning inte går att genomföra kontaktas ortopedkirurgen i Malmö (tel.nr.) för diskussion kring överflyttning för MR undersökning i Skåne. Säkerställ var patienten ska skickas med ambulans då olika avdelningar kan vara aktuella. Understödjande behandling övervägs (högdos steroider iv, KAD, smärtlindring, trombosprofylax). Det finns ett muntligt avtal mellan Christian Granberg (verksamhetschef Infektionskliniken Växjö) och Niklas Mårtensson (ansvarig chef ryggkirurgen Skåne) som låter oss skicka dessa patienter till Skåne när MR inte finns tillgängligt inom rimlig tid i Kronoberg.

Vid påvisad epiduralabscess länkas bilder till ryggkirurgen (neurokirurgen vid cervikalt engagemang) och telefonkontakt initieras. Samråd kring fortsatt handläggning.

Remiss till aktuell instans skrivs, journalkopior, läkemedelslista mm bifogas.

6.2 Infektionsläkare:

Infektionsläkare bör tillfrågas om diagnostik och antibiotikabehandling. Om patienten flyttas till infektionsavdelning i Lund eller Malmö, kan det vara lämpligt med en direktrapport till mottagande infektionsläkare.

7 Epiduralabscess utan neurologiska symptom

Vi förekomst av epiduralabscess föreligger störst risk för symptomprogress tidigt i förloppet. Efter 4–5 dagars effektiv antibiotikabehandling minskar risken för att neurologiska bortfall ska utvecklas.

Patientens vård ska ske på den enhet där det överhängande kliniska problemet bäst handläggs.

Detta betyder att patienten i första hand vårdas på ortopedkliniken i det initiala skedet. När det bedöms som osannolikt att patienten kommer att utveckla neurologiska bortfall är det oftast lämpligt med flytt till infektionskliniken.

7.1 På ortopedkliniken

Här vårdas patienterna initialt vid konfirmerad epiduralabscess. Ortopedläkare rondar patienten och ansvarar för daglig neurologisk undersökning enligt schema (bilaga). Undersökningen görs minst en gång per dag av läkare. Sjuksköterska undersöker dagligen enligt mall i början av sitt pass. Vid progress av neurologiska bortfallssymptom (se punkt 4) ska ansvarig läkare på ortopedkliniken direkt kontaktas. Infektionskonsult bör vara involverad dagligen i den medicinska behandlingen avseende antibiotika och följa sjukdomsförloppet.

När den medicinska situationen stabiliserats med sjunkande CRP och avtagande feber, vanligen efter 4–5 dagars effektiv antibiotikabehandling, kan patienten överflyttas till infektionskliniken för vidare vård.

Vid progress av neurologiska symptom handläggs patienten enligt punkt 6.

7.2 På infektionskliniken

Följande patienter med epiduralabscess kan vårdas på infektionskliniken:

- Epiduralabscess där utveckling av neurologiska symptom bedöms osannolikt då patienten fått effektiv antibiotikabehandling 4–5 dagar
- Epiduralabscess där patienten inte är operabel.
- Samtidig förekomst av andra allvarliga infektionsrelaterade besvär, såsom sepsis, endokardit, meningit.
- Patienter som genomgått dekomprimerande ryggkirurgi behöver oftast ingen specialiserad ortopedisk eftervård och kan därför vårdas på infektionskliniken. Kontakt inför flytt tas med infektionskonsulten.

Patienter där dekomprimerande ryggkirurgi inte är aktuell behöver inte undersökas neurologiskt med syfte att tidigt hitta bortfall.

Infektionsläkare har huvudansvar för patienten och ansvarar för att neurologisk undersökning blir utförd. Bedömning av patienten görs minst en gång per dag av ortopedläkare tills det bedöms osannolikt att neurologisk symptomprogress kommer att ske. Infektionsläkare och ortopedläkare bestämmer tillsammans när man nått den tidpunkten. Sjuksköterska undersöker dagligen enligt mall i början

av sitt pass. Ortopedläkare kan tillfrågas som konsulter, men patientansvar ligger hos infektionsklinikkens läkare.

Vid progress av neurologiska symptom (punkt 4) handläggs patienten enligt punkt 6.

8 Referenser:

1. Spinal epidural abscess due to Staphylococcus aureus: clinical manifestations and outcomes. Chen WC, Wang JL, Wang JT, Chen YC, Chang SC
 - J Microbiol Immunol Infect. 2008; 41(3):215.
2. Spinal epidural abscess: clinical presentation, management, and outcome. Curry WT Jr, Hoh BL, Amin-Hanjani S, Eskandar EN
 - Surg Neurol. 2005; 63(4):364.
3. The clinical presentation and impact of diagnostic delays on emergency department patients with spinal epidural abscess. Davis DP, Wold RM, Patel RJ, Tran AJ, Tokhi RN, Chan TC, Vilke GM
 - J Emerg Med. 2004; 26(3):285.
4. Nontuberculous spinal epidural infections. Heusner AP
 - N Engl J Med 1948; 239:845-54
5. Acute Epidural Abscess. Peterson JA, Paris P, Williams AC
6. Am J Emerg Med 1987; 5:287-90

Vid upptäckt av felaktig information eller länk, vänligen meddela faktaägare

