

## Handläggning av septisk artrit i nativ led hos vuxna

### Symtom

Oftast akut insättande värk och svullnad i en led (monoartrit), feber, ev frossa och allmänpåverkan. Oftast stora leder (knä, höft, fot, axel)

### Kliniska fynd

- Svullnad, rodnad, värmeökning
- Vilovärk
- Rörelsesmärta
- Feber och allmänpåverkan

### På akuten

Vid misstanke om septisk artrit är första prioritet att handlägga ev. sepsis.

Därefter eller parallellt handläggs infektionsfokus och i detta fall leden i fråga.

Ledpunktion är av yttersta vikt för att kunna erbjuda effektiv behandling.

Odling och kemiska analyser av ledvätska skall göras.

Vid sparsamt utbyte prioriteras odling.

Patienten sorteras om ortopedpatient på akutmottagningen. Handläggs på akuten av akutläkare eller ortopedläkare. Ledpunktion av akutläkare eller ortoped som konsult.

### Diagnostik

-Blododling med 4 flaskor, två olika stick. Skriv labremiss 2 med anamnes.

-Ledpunktion för odling och kem.lab.

-Odling: Tag 2 ml ledvätska och spruta ner i sterilt plaströr med skruvlock.



Skriv lab.remiss 2 med anamnes.

Vid små mängder så sprutas vätskan ner i pediatrik blododlingsflaska.

-Kemlab: Leukocyter, laktat, glukos, protein, kristaller och direktmikroskopi.  
(ledvätska) EDTA-rör och allmän lab.remiss. (Beställ gärna paketet Septisk artrit-ledv, pkt under Punktioner. Innehåller dessa kemlab-analyser)

-Direktmikroskopi: 1 ml eller mer sprutas ner i sterilt rör med skruvkork.

-Kemlab: CRP, LPK. Urat kan tas, men är inget akutprov.  
(blod)

Både odling och kemlab ledvätska ordineras med elektronisk remiss under labbeställningsgrupp Punktion.

OBS! Skriv anamnestext på pappersremissen för odlingarna. Sjuksköterskan tillhandahåller odlingsremissen.

Ev. radiologi enl. ortopedens rekommendationer. Oftast inte aktuellt i det akuta men skall göras i tidigt skede.

Vi misstanke om septisk artrit i höftled så remitteras patienten till radiologen för ultraljud och om det finns ökad mängd vätska så kan punktion göras i samma seans.

Punktion av höftleden behöver inte alltid göras på jourtid, men senast dagen efter inläggning. Patientens kliniska bild avgör om punktion ska göras under jourtid.

### **Tolkning av provsvar**

-Direktmikroskopi dvs att man i mikroskopet ser bakterier i ledvätskan.

-Leukocyter över 50 varav 90% är neutrofiler talar starkt för infektion.

-Laktat över 10 talar för infektion.

-Glukos under 1,5 eller under 50% av serumglukos talar för infektion.

-Kristaller. Vid kristallartrit kan man mycket väl ha leukocyter över 50.

En sammanvägd bedömning av anamnes, status och provsvar på ledvätska avgör kliniktillhörighet vid inläggning.

### **Flöde**

Akuten:

Patienten sorteras som ortopedpatient på akutmottagningen. Handläggs av akutmottagningens läkare eller ortoped, infektionsjour är konsult per telefon. Om den sammanvägda bedömningen är att det inte rör sig om en septisk artrit görs ett klinikbyte på akutmottagningen till medicin för bedömning och uppföljning av patienten.

#### Vid inläggning:

Inläggning på AVA som infektionspatient. På infektionsavdelning i andra hand. Infektionsläkare kontaktar ortopedbakjour via akut remiss till ortopedmottagningen och första dagen på AVA/infektionsavdelning för att bedöma behovet av förnyad punktion eller artroskopisk spolning. På helger skall remiss skrivas men även telefonkontakt med ortopedbakjour.

När patienten inte längre har behov av ingrepp eller operationer, kan patienten flyttas till infektionsavdelning.

Belastning och rörelse i leden kan ske till smärtgräns.

Tidiga polikliniska kontroller per telefon eller mottagningsbesök sköts av infektionskliniken. Detta för att säkerställa att antibiotikabehandlingen fungerar.

#### **Behandling**

Artroskopisk spolning är en viktig del i behandlingen för att komma åt och dränera ett infektionsfokus. Det sker ingen automatisk överrapportering mellan ortopeder angående patienter som läggs in på infektionskliniken med misstänkt septisk artrit.

Remiss måste därför skickas till ortopedbakjour för bedömning dag 1 på infektionsavdelning.

Förnyad bedömning av ortoped sker antingen på ortopedens initiativ i samband med konsulten dag 1, eller senare på initiativ av infektionsläkare vid försämring.

Vid misstanke om septisk artrit i höftled skall ortoped kontaktas för att bedöma behov av fenestrering. Den bedömningen kan göras efter att punktion är gjord. Fenestrering av ledkapseln görs för att minska på trycket och för att förhindra att leden fylls på snabbt.

Om det är pus i leden när punktion görs på akuten så anmäls patienten för artroskopisk spolning på operation av ortopedläkare. I samband med operationen tas 3 vävnadsodlingar.

Vävnad för PCR tas endast om patienten redan behandlas med antibiotika.

#### **Antibiotika:**

Antibiotika innan odlingssvar finns, skall ges parenteralt initialt.

I första hand inf Ekvacillin 2gx4.

Vid p.c-allergi typ 1 ges klindamycin 600 mg x3.

Vid misstanke om gramnegativ infektion t.ex. E. coli så används cefotaxim 2gx3.

Misstänk gramnegativ infektion om tidigare ledodlingar har visat sådana bakterier eller om septisk artrit debuterar i samband med urinvägsinfektion, kirurgi i tarm eller urinvägar.

#### **Riktad parenteral antibiotikabehandling**

Stafylokoccus aureus	Kloxacillin 2gx3-4
Streptokocker A, B, C, G	
Alfastreptokocker, pneumokocker	Bensylpenicillin 3gx3
Enterobacteriales	Cefotaxim 2gx3
ESBL	Imipenem/Meropenem 1gx3.
Pseudomonas	Piperacillin-tazobactam 4gx3

### Riktad peroral antibiotikabehandling

Man kan övergå till p.o behandling när patienten är stabilt feberfri och CRP sjunker. Oftast 3-4 dagar och sällan längre än 7 dagar.

Stafylokoccus aureus	Flukloxacillin 750 mg 2x3.
Streptokocker, pneumokocker	Amoxicillin 750-1000 mg 1x3.
Enterobacteriales	Ciprofloxacin 500 mg 1x2 Trimetoprim-Sulfametoxazol (160 mg/800 mg) 1x2.
Pseudomonas	Ciprofloxacin 750 mg 1x2.
Anaerober	Metronidazol 400 mg 1x3 Klindamycin 300-450 mg 1x3.

### Etiologi

Vanligast är stafylokoccus aureus till 65%.

Därefter streptokocker grupp A, B, C, G, alfastreptokocker och pneumokocker 30%  
Gramnegativa bakterier som E.coli finns vid 7 %.

### Differentialdiagnoser

Kristallartrit, artrit i samband med artros, malignitet, reumatisk sjukdom, erysipelas, bursit, trauma.

### Behandlingstid

Total behandlingstid med antibiotika är 4 veckor.

### Poliklinisk uppföljning

Vid utskrivningen behöver patienten ha fortsatt sjukgymnastik. Sjukgymnast på avdelningen instruerar patienten om träningen och kan ge patienten ett behandlingsschema.

Telefontid två veckor efter utskrivningen.

Återbesök eller telefontid vid behandlingsslut.

CRP inför telefontiden och behandlingsslut.

Om det då kvarstår ledproblem så remitteras patienten till vårdcentralen för fortsatt sjukgymnastik och om ledproblemen blir långvariga (månader) så skrivs remis från vårdcentralen till ortopedern. Oftast blir patienten helt bra i leden.

Om patienten vårdas på annan klinik så skall infektionsläkare se till att uppföljning sker. I första hand skall uppföljningen ske via infektionsmottagningen.

Ibland är det lämpligare att uppföljningen sker av läkare på SÄBO.

Maria Remén  
Medicinskt ledningsansvarig läkare  
Infektionskliniken

Ulf Nordström  
Verksamhetschef  
Ortopedkliniken MSE KSK

Carl Westholm  
Medicinskt ledningsansvarig läkare  
Medicinkliniken MSE