

## Spondylodiskit hos vuxna

Symtom talande för spondylodiskit är:

- **Ryggsmärtor** med kort anamnes (utan misstanke om pyelonefrit)
- **Feber** dvs temp över 38,5 grader

### Flöde på akuten

Patienten handläggs på akutmottagningen av ortopedjour, akutläkare eller medicinjour.

För inläggning på **Infektionskliniken** om följande har uppfyllts:

Ryggsmärtor  
Feber uppmätt på akuten  
Kort anamnes (dvs kortare än 1 vecka)  
Ej neurologisk påverkan  
Ej föregående trauma  
Ej postoperativ infektion

För inläggning på **Ortopedkliniken** om följande har uppfyllts:

Ryggsmärtor  
Ingen uppmätt feber på akuten  
Lång anamnes (dvs längre än 1 vecka)  
Neurologisk påverkan  
Föregående trauma  
Postoperativ infektion

Oavsett vilken kliniktilhörighet patienten får, så är AVA bästa avdelningen pga. tillgång till både infektions- och ortopedläkare.

### Utredning

#### Blod- och urinodling

## Radiologi

**MR** är den modalitet som är bäst för att ställa diagnosen. Radiologi behöver i normalfallet ej göras akut (förutom vid neurologisk påverkan), utan kan genomföras subakut inom ett par dagar. Obs! Vid kort symtomduration kan undersökningen vara normal trots att spondylodiskit föreligger. Om man ej har möjlighet att göra MR utförs istället **DT med kontrast**.

## Biopsi av kota, disk eller abscess

Prov tas för både **odling** och **cytologi**. Görs via **DT-ledd punktion**. Odling blir oftast positiv även fast antibiotika har givits. I utvalda fall tas även PCR (16S-rRNA) och PAD. Den som remitterar patienten för punktion är också ansvarig för att skicka adekvata remisser. Kommunicera vid behov med radiologen om vilken typ av punktion (och därmed diagnostik) som är möjlig att genomföra. Om sparsamt utbyte av provmaterial prioriteras odling.

*Vid misstanke om tuberkulos som bakomliggande orsak utreds patienten av Infektionskliniken.*

## Antibiotika

Avvakta med antibiotika hos **opåverkad patient med stabila parametrar** tills blododlingssvar erhållits eller punktion har kunnat genomföras. Diskutera med infektionsjour vid behov.

Påbörja omedelbart (efter att blod- och urinodlingar tagits) empirisk intravenös antibiotikabehandling hos patient som är **cirkulatoriskt instabil eller har neurologisk påverkan**.

### Empirisk behandling:

**Cefotaxim 2 g x 3**

### Riktad behandling efter odlingssvar:

S aureus                      **Kloxacillin 2 g x 3–4 iv**  
                                      **Flukloxacillin 750 mg 2 x 3 po**

Streptokocker                **Bensylpenicillin 3g x 3 iv**  
                                      **Amoxicillin 1 g x 3 po**

Enterobacteriaceae        **Piperacillin/tazobactam 4 g x 3 iv**  
                                      **Ciprofloxacin 750 mg 1 x 2 po**  
                                      alt **Bactrim forte 1 x 3 po**

Intravenös behandling ges tills klinisk förbättring och sjunkande infektionsvärden, därefter byte till uppföljande peroral behandling. Total behandlingstid (iv + po) i 3 månader.

### **Uppföljning**

Ej rutinmässig radiologisk kontroll. Röntgenologiska förändringar finns kvar under lång tid oavsett kliniska symptom. Räkna med att patienten kan ha smärtor under veckor-månader. Återbesök till den klinik som har vårdat patienten. Efter vård på Infektionskliniken sker återbesök med kontroll av CRP efter 6 veckor. Vid 12 veckor kan det räcka med enbart provtagning och telefonkontakt.

### **Poliklinisk utredning av misstänkt spondylodiskit**

Vid konsultation/remiss om polikliniska patienter där man under någon form av utredning har fått ett radiologiskt svar att det finns misstanke om spondylodiskit ska man bedöma infektionsmisstanken utifrån de kliniska kriterierna som beskrivs ovan. Infektionskliniken handlägger patienten vid ryggsmärta, feber samt kort anamnes utan neurologisk påverkan. Vad gäller övriga patienter får läkaren som har beställt undersökningen ta ställning till vidare handläggning.

---

Maria Remén  
Medicinskt ledningsansvarig läkare  
Infektionskliniken

---

Ulf Nordström  
Verksamhetschef  
Ortopedkliniken MSE-KSK