

Bekkeninfeksjon/PID - Prosedyre SSHF

Side 1 av 3

 Dokument ID:
1.4.8.5-3

 Godkjent dato:
22.10.2024

 Gyldig til:
22.10.2026

 Revisjon:
8.00

Fagspesifikke prosedyrer\Fødselshjelp og kvinnesykdommer/Gynekologi\Prosedyrer Gynekologi

Omfang

Prosedyren omhandler pasienter med PID (inklusive Gonoré og Actinomyces)

Hensikt

Sikre at pasienter med PID får forsvarlig og god behandling.

Ansvar

Enhetsleder har ansvar for at prosedyren er tilgjengelig og kjent i avdelingen. Lege, sykepleier og hjelpepleier med ansvar for pasienter med PID har ansvar for å følge prosedyren.

Bakgrunn

Bekkeninfeksjon (PID = pelvic inflammatory disease) omfatter et spektrum av betennelsestilstander i øvre genitalia, omfattende endometriet, tuber, ovarier og evt. bekkenperitoneum.

Etiologi

Chlamydia (30-40 %), Mycoplasma (0-10 %), Anaerobes, spesielt BV-mikrober, Gonoré (sjelden); Ofte udiagnostisert agens, blandingsinfeksjon. OBS. ved langvarig IUD: actinomyces.

Risikofaktorer: partnerskifte siste tre måneder, alder under 25 år (utgjør 75 % av pasientene), intrauterine prosedyrer siste 6 uker (kirurgisk abort, innsetting av IUD, hysteroskopi). Bekkeninfeksjon er sjelden før menarke, under graviditet eller postmenopausal.

UTREDNING OG BEHANDLING

Symptomer	<ul style="list-style-type: none"> Lave, ofte bilaterale magesmerter er vanligst, men PID kan være asymptomatisk Smerter under høyre kostalbue kan tyde på perihepatitt (Fitz-Hugh-Curtis-syndrom) Utfloed, purulent, ofte blodtilblandet. Nyoppstått dyp dyspareuni Intermenstruell vaginalblødning ved endometritt Postkoital sporblødning ved cervicitt Ruggeømheter av uterus og adnex Feber, ses vanligvis bare ved alvorlig forløp Ved IUD over 5 år: Tenk Actinomycosis. Se under
Diagnostikk	<ul style="list-style-type: none"> GU med vaginal UL Bakt us. fra cervix og ved evt. Laparoskopi (lilla kork) Test for klamydia, mycoplasma og gonokokker til PCR (gul kork) CRP og leukocytter Blodkultur x 2 ved frostrier eller ved mistanke om abscess. Urin-stix og -hCG Evt. laparoskopi Eventuelt: MR /CT ved mistanke om tuboovariell abscess
Behandling:	<p>Poliklinisk behandling:</p> <ul style="list-style-type: none"> Doxycyklin 100 mg x2 p.o og metronidazol 500 mg x2 i 14 dager <p>I sykehus:</p> <ul style="list-style-type: none"> Doxycyklin 100 mg x 2 i.v + metronidazol 1,5 g x 1 i.v første dag (siden 1g x 1). Deretter per oral behandling som ovenfor Intravenøs behandling bør kontinueres i 24 timer etter klinisk bedring Samlet behandlingstid 14 dager

 Utarbeidet av:
Christin Melzer-Gunnes/ Morten Kvellø/ Ingvild Vistad

 Fagansvarlig:
Jeanne Mette Goderstad/ Ingvild Vistad/ Eberhard Ruff

 Godkjent av:
Ingvild Vistad

		Bekkeninfeksjon/PID - Prosedyre SSHF			Side: 2 Av: 3
Dokument-id: I.4.8.5-3	Utarbeidet av: Christin Melzer-Gunnes/ Morten Kvello/ Ingvild Vistad/	Fagansvarlig: Jeanne Mette Goderstad/ Ingvild Vistad/ Eberhard Ruff	Godkjent dato: 22.10.2024	Godkjent av: Ingvild Vistad	Revisjon: 8.00

Fagspesifikke prosedyrer\Fødselshjelp og kvinnesykdommer\Gynekologi\Prosedyrer Gynekologi

	<ul style="list-style-type: none"> • Ved mistanke om eller påvist gonore: Ceftriakson 1g i.m som engangsdose i tillegg til standardbehandling • Ved påvist mykoplasma: Moxifloksacin 400 mg x1 i 14 dager. Fås på registreringsfritak. • Ved dårlig effekt av standardregime eller ved alvorlig forløp <ul style="list-style-type: none"> ○ Ceftriaxon 1 g x1 i.v/i.m + doksycyklin 100 mg x2 i.v + metronidazol 1.5 g iv første dag (siden 1 g x1) ○ Alternativt gentamicin 5 mg/kg x1 iv og klindamycin 900 mg x3 i.v, med overgang til klindamycin 450 mg x4 p.o. Behandling i til sammen 2 uker. <p>Tubeovarial abscess:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Parenteral antibiotikabehandling alene kan være effektivt, men effekten er mindre ved større abscesser. Bedring bør inntre innen 48 - 72 timer, ellers bør abscessen dreneres • Alle abscesser med diameter >2 cm bør dreneres • Ceftriakson 2 g x 1 iv + metronidazol 500 mg x 2 iv/po daglig (eller klindamycin 900 mg x 3 iv daglig). Med tillegg av azitromycin 500 mg x 1 i 5 dager (eller inntil klamydiasvar foreligger) • Etterfølgende peroral behandling avhenger av mikrobe(r) og resistensforhold • Doxycyklin (Doxilin®) 200 mg x 1 + metronidazol (Flagyl®) 400-500 mg x 2 i minst 14 dager ved klamydia pluss anaerob • Trimetoprim sulfamethoxazol (Bactrim®) (80 mg/400 mg) 2 tabletter x 2 + metronidazol (Flagyl®) 400-500 mg x 2 i minst 14 dager ved grampositiv, gramnegativ og anaerob infeksjon • Ultralydveiledet drenasje i kombinasjon med antibiotika er effektivt uansett størrelse på abscessen. Transvaginal ultralydveiledet drenasje er førstevalg fordi den er effektiv, minimalt invasiv, gir umiddelbar smertelindring og innebærer kortere behandlingstid/sykehusopphold sammenliknet med antibiotika alene. Hos kvinner i reproduktiv alder bør alle abscesser dreneres for å forebygge infertilitet. Drenasjen bør utføres så tidlig som mulig i forløpet. Gjentatt drenasje er aktuelt etter 2-4 dager basert på ultralydfunn og klinisk bilde <ul style="list-style-type: none"> ○ Utstyr: Nåål 14-Gauge med lumen 1,3 mm. Med nåål med dobbelt lumen kan man skylle med 0.9 % NaCl og lettere å tømme abscessen • Transkutan ultralyd- eller CT-veiledet drenasje med innleggelse av dren er et alternativ, spesielt hvis abscessen ikke er tilgjengelig for effektiv tømming via vagina. • Kirurgi i kombinasjon med antibiotika. Laparoskopi har fordeler fremfor laparotomi, blant annet kortere liggetid. Inngrepet skal sikre adekvat drenasje av abscessen, men målet er ikke reseksjon av skadet/nekrotisk vev. Omfattende kirurgi er komplisert og forbundet med høy risiko for komplikasjoner, blant annet tarmskader <p>Bekkeninfeksjon og IUD</p> <ul style="list-style-type: none"> - Spiral fjernes ikke rutinemessig ved mistanke om/påvist bekkeninfeksjon. Ved manglende effekt av standardbehandling eller ved tuboovarial abscess fjernes spiralen og sendes til dyrkning - Ved IUD i over 5 år og mistanke om actinomyces fjernes spiral og sendes til dyrkning med spørsmål om acintomyces, se under. <p><u>Gratis antibiotikabehandling ved PID eller mistenkt PID. "Blå resept", Smittevernloven § 4. Pas. skal ikke betale egenandel på poliklinikken ved mistenkt/bekreftet PID.</u></p>
Oppfølging	<ul style="list-style-type: none"> • Pasienten bør følges inntil symptomfrihet, og inntil normalisering av infeksjonsparametre. • Coitusforbud er aktuelt så lenge behandlingen pågår. • Smitteoppsporing og ev. behandling av sikre smitteksponerte ved påvist klamydia og/eller

		Bekkeninfeksjon/PID - Prosedyre SSHF			Side: 3 Av: 3
Dokument-id: I.4.8.5-3	Utarbeidet av: Christin Melzer-Gunnes/ Morten Kvello/ Ingvild Vistad/	Fagansvarlig: Jeanne Mette Goderstad/ Ingvild Vistad/ Eberhard Ruff	Godkjent dato: 22.10.2024	Godkjent av: Ingvild Vistad	Revisjon: 8.00

Fagspesifikke prosedyrer\Fødselshjelp og kvinnesykdommer/Gynekologi\Prosedyrer Gynekologi

	gonore <ul style="list-style-type: none"> • Gi pasienten pasientinformasjonen: Bekkenbetennelse - Pasientinformasjon SSHF
Kjent agens	<ul style="list-style-type: none"> • Chlamydia: Se Chlamydia trachomatis - Prosedyre SSHF og Chlamydia trachomatis - Pasientinformasjon SSHF • Actinomyces: se under

A42.8 Annen spesifisert aktinomykose	
Etiologi	Actinomyces israelii penetrerer ikke intakte slimhinner. Ved skader i mucosa kan bakterien invadere og gi sykdom, oftest som del av en blandingsinfeksjon. Må mistenkes hos kvinner som utvikler infeksjonstegn og bekkentumor og har hatt spiral i lang tid.
Symptomer	<ul style="list-style-type: none"> • Feber • Magesmerter • Vekttap • Utflod • Forhøyede infeksjonsparametre • Ofte multiple abcesser • Tumorforandringer. Cystiske/faste. Ca-125 er som regel normal • Fisteldannelse forekommer
Diagnostikk	<u>Påvisning av bakterien:</u> <ul style="list-style-type: none"> • Bakterien kan være vanskelig å påvise. Påvisningen av Actinomyces i cytologisk prøve fra cervix er uspesifikk. Ved mistanke: Fjern spiral og send til bakt.us. Spør spesielt etter Actinomyces. Dyrkes i 2 uker, leses av fortløpende. <u>Billediagnostikk: CT/MR</u> <ul style="list-style-type: none"> • Typisk funn er tykkveggede, cystiske tumorer med dårlig avgrensning til omkringliggende vev.
Behandling	<ul style="list-style-type: none"> • Medikamentell behandling: <ul style="list-style-type: none"> ○ Penicillin G: doser på opptil 6 - 12 g i døgnet de første 4 - 6 uker, etterfulgt av penicillin V 2 - 4 g/døgn eller Amoksisicillin i 6 - 12 måneder. Tetrasykliner og Erytromycin er adekvate alternativer ved penicillinallergi. • Kirurgisk inngrep: Kan være risikofyllt på grunn av uttalte fibrøse adheranser og utbredte vevsskader. Indisert ved tilfeller der det foreligger større abscesser som bør dreneres.

Koding

N70.0 Akutt salpingitt og ooforitt (inkl pyosalpinx og tuboovariell abscess) Husk: Kode for agens

Kryssreferanser

[I.4.8.5-2](#)

[Chlamydia trachomatis - Prosedyre SSHF](#)

[I.5.1.7-9](#)

[Bekkenbetennelse - Pasientinformasjon SSHF](#)

[I.5.3.6-2](#)

[Chlamydia trachomatis - Pasientinformasjon SSHF](#)

Eksterne referanser

[9.11 Veileder i generell gynekologi 2020 \(https://www.legeforeningen.no/foreningsledd/fagmed/norsk-gynekologisk-forening/veiledere/veileder-i-gynekologi/gynekologiske-infeksjoner-og-vulvovaginitt/#pid\)](https://www.legeforeningen.no/foreningsledd/fagmed/norsk-gynekologisk-forening/veiledere/veileder-i-gynekologi/gynekologiske-infeksjoner-og-vulvovaginitt/#pid)

Uptodate: [Pelvic inflammatory disease: Pathogenesis, microbiology, and risk factors - UpToDate](#)

Uptodate: [Pelvic inflammatory disease: Clinical manifestations and diagnosis - UpToDate](#)