		Fagspesifikke prosedyrer		Prosedyre
Septisk artritt.SSK				Side 1 av 5
Dokument ID: I.3.21.1.1-4	Godkjent dato: 03.11.2023	Gyldig til: 03.11.2025	Revisjon: 8.00	

Fagspesifikke prosedyrer/Revmatologi/Diagnostikk/Akuttveileder

Bakgrunn

Infeksiøs eller septisk artritt er en **øyeblikkelig hjelp** situasjon som krever rask oppstart med adekvat antibiotika og eventuelt adekvat dreناسje. Utredning og behandling vil ofte kreve et tverrfaglig samarbeid og vil kunne involvere indremedisiner, infeksjonsmedisiner, mikrobiolog, ortoped og revmatolog.

Prosedyren gjelder for leger som arbeider ved medisinsk, ortopedisk avdeling og barne- og ungdomsavdelingen som tar imot og vurderer pasienter henvist med spørsmål om septisk artritt. Septisk artritt er definert som en infeksjonsmedisinsk problemstilling

Det er viktig å sikre prøvemateriale for å kunne påvise det infeksiøse agens.

Derfor er det viktig at man får tatt ut leddveske, om mulig også synoviabiopsi for bakteriologisk undersøkelse før antibiotikabehandling blir iverksatt.

Disponerende faktorer for infeksiøs artritt er: Revmatoid artritt, artrose, leddprotese, intravenøs stoffmisbruk, alkoholisme, diabetes, hudsår eller –infeksjon, intra artikulær steroidinjeksjon.

Symptomer: Feber hos 2/3. Akutt hevelse, smerte, ev rødme. Symptomer kan være sparsomme og atypiske. Hos 10 – 20% er mer enn ett ledd affisert. Funn av krystaller i leddvæske utelukker nødvendigvis ikke infeksjon.

Den hyppigste bakterien hos voksne er staph. aureus, dernest streptokokker, gram negative bakterier og pneumokokker. Ved kronisk infeksiøs artritt skal mykobakterier, sopp eller virusinfeksjon utelukkes. Borreliaartitt omtales i eget dokument.

Viktige differensialdiagnoser (kun 10% av akutte artritter er bakterielle):


- Krystallartritt (arthritis urica og pyrofosfatartritt) kan være umulig å skille fra infeksiøs artritt og sees hyppigere.
- Reaktiv artritt og andre immunologiske artritter.
- Bursitt/cellulitt/nekrotiserende faciitt.
- Hemartros/traumatiske skader.

Mottak av voksne pasienter med mistenkt infeksiøs artritt:

Ved SSK:

- Pasienter med postoperative infeksjoner eller infeksjoner etter skader og åpne infeksjoner skal alltid primærvurderes av ortoped. Revmatolog kan ved behov bistå med UL undersøkelse
- Pasienter som henvises til SSK med mistanke om infeksiøs artritt tas imot i akuttmottaket og primærvurderes av indremedisinsk vaktlege.
- Vakthavende indremedisiner har hovedansvar for å stille diagnose og vurderer behov for leddpunksjon/kirurgisk skylling og at leddvesken håndteres riktig. Videre at den blir vurdert og undersøkt i henhold til prosedyre (Se egen prosedyre for leddpunksjon, håndtering og undersøkelse av leddveske).
- Når revmatolog er tilstede (tlf 3387) kan denne kontaktes og bistå i utredning og diagnostisering f.eks gjøre ultralyd, artrocentese (leddpunksjon/tapping) og mikroskopering av leddvæske.
- Når revmatolog ikke er tilstede kan ortoped bistå i diagnostisering inkludert bistå leddpunksjon.

Utarbeidet av: Inger Johanne W Hansen/Glenn Haugeberg	Fagansvarlig: Glenn Haugeberg/ Ole Rysstad /Øystein Berg/Kåre Danielsen	Godkjent av: Glenn Haugeberg	
---	---	--	--

		Septisk artritt.SSK			Side: 2 Av: 5
Dokument-id: I.3.21.1.1-4	Utarbeidet av: Inger Johanne W Hansen/Glenn Haugeberg	Fagansvarlig: Glenn Haugeberg/ Ole Rysstad /Øystein Berg/Kåre Danielsen	Godkjent dato: 03.11.2023	Godkjent av: Glenn Haugeberg	Revisjon: 8.00

Fagspesifikke prosedyrer/Revmatologi/Diagnostikk/Akuttveileder

- Dersom artroskopi er indisert bør dette gjøres før antibiotikabehandlingen igangsettes for å sikre ytterligere materiale (synoviabiopsier) til dyrkning.
- Ved lav sannsynlighet for infeksøs artritt kontaktes revmatolog med ØH-funksjon (tlf 3387) når denne er tilgjengelig for videre undersøkelse eller henvises revmatologisk seksjon for videre poliklinisk utredning.
- **Pasienter med infeksøs artritt skal fortrinnsvis ligge på infeksjonsposten, oppfølging av behandling skal ivaretas av medisinsk avdeling.**
- Ved septisk sykdomsbilde og multiorgansvikt for eksempel hos transplanterte pasienter og hos dårlig regulerte diabetikere må man vurdere nøye hvorvidt pasienten skal legges på intensiv avdeling i stedet.

Mottak av barn med mistanke om infeksøs artritt:

Ved SSK:


- Alle barn skal være innlagt barneavdelingen, barnelege undersøker barnet primært og er ansvarlig behandler. Det bør tilstrebes å bruke multidisiplinært team bestående av barnelege, ortoped og revmatolog.
- For dosering av Antibiotika: Følg akuttveileder i Pediatri:
<https://www.helsebiblioteket.no/pediatriveiledere?menuitemkeylev1=6747&menuitemkeylev2=6513&key=150732>
- Ortoped og pediater må samhandle og drøfte tiltak umiddelbart ved forverring eller manglende behandlingseffekt
- Når revmatolog er tilstede (tlf 3387) kan denne kontaktes og bistå i utredning og diagnostisering f.eks gjøre ultralyd, artrocentese (leddpunksjon/tapping) og mikroskopering av leddvæske.
- Alle pasienter der man mistenker infeksøs artritt skal forelegges **vakthavende ortoped** (mandag - fredag kl 1700 - 0800, lørdag/søndag/helligdag) og ortoped bistår da med leddpunksjon.
- Vakthavende pediater har ansvar for at leddvæsken blir vurdert og håndtert riktig.

Oppfølging av pasient ved utskrivelse

- Hovedregelen er at pediater følger opp pasienten poliklinisk etter septisk artritt. Dersom det er behov for oppfølging av ortoped, skal det avtales spesifikt.

Kryssreferanse til pediatriveileder:

<https://www.helsebiblioteket.no/pediatriveiledere?menuitemkeylev1=6747&menuitemkeylev2=6513&key=150732>

 SØRLANDET SYKEHU		Septisk artritt.SSK			Side: 3 Av: 5
Dokument-id: I.3.21.1.1-4	Utarbeidet av: Inger Johanne W Hansen/Glenn Haugeberg	Fagansvarlig: Glenn Haugeberg/ Ole Rysstad /Øystein Berg/Kåre Danielsen	Godkjent dato: 03.11.2023	Godkjent av: Glenn Haugeberg	Revisjon: 8.00

Fagspesifikke prosedyrer/Revmatologi/Diagnostikk/Akuttveileder

Utredning:

Det er viktig å sikre leddvæske til diagnostikk før behandling igangsettes!

Leddundersøkelse inkl. UL-undersøkelse.

["Sjekkliste utredning akutt artritt"](#) kan evt. skrives ut å brukes som huskeliste.

Leddpunksjon og leddvæskeundersøkelse. Se [prosedyre for leddpunksjon](#)

Leddvæskeundersøkelse: Mikroskopi med polarisert lys mht krystaller ved revmatolog.

- preparat kan lages straks
- evt. leddvæske i EDTA-glass (lilla kork) sendes til revmatologisk poliklinikk enten samme dag eller neste morgen sammen med henvisningsskriv eller telefon til revmatolog med ØH funksjon – 3387. Oppbevares romtemperert.
- Celletelling (min 2ml leddvæske på EDTA-glass (Lilla kork)) til klinisk kjemisk
- I figuren under finner dere en oversikt over vanlige celletall som sees ved ulike tilstander med hydrops. Det er imidlertid viktig å være klar over at overgangene er flytende.

	normal	degenerativ	inflammatori sk	krystallbeten nelse	septisk	blod
Celletall (G/L)*	< 0,2	0,2-2	2-10	2-40	>50	0,2-2
PMN(%)	<25	<25	>50	>50	>75	50-75


*G/L=Giga(10⁹)/Liter

- Grampreparat (sterilt glass (hvit kork))
- Dyrkning
 - Det ideelle: barneblodkulturmedium aerob og anaerob
 - Eventuelt sterilt glass (hvit kork)
 - Ved sparsomt materiale på vattpinne i dyrkningsmedium
- PCR undersøkelse (min 0,5ml på sterilt glass (hvit kork))
 - Borrelia
 - 16S/18SrRNA-gen – kan være nyttig dersom neg dyrkning
 - K. kingae, viktig hos barn < 2 år
- Ved artroskopi skal også synovialvev sendes til dyrkning og PCR.
- Ved mistanke om tbc, dyrkning mikroskopi (Ziehl Neelsen) mht syrefaste staver og aller helst synoviabiopsi i tillegg

Lab: SR, CRP, hvite m/diff, Hb, trc, Kreatinin, leverenzym, urinsyre, borrelia serologi, blodkultur og videre prøver etter behov. Procalcitonin kan være nyttig, men er ofte lett forhøyet også ved krystallartritter og ved inflammatoriske artritter.

Baktus: I tillegg til leddvæske, blodkultur, urindyrkning og avhengig av klinikk; halsutstryk, patogene tarmbakterier, uretrasekret, sår, pustler.

Supplerende undersøkelser vurderes etter behov: Rtg Thorax, Rtg av affisert ledd med kontralateral referansebilde (evt MR av affisert ledd hos barn med usikkert funn), Ecco cor.

 SØRLANDET SYKEHU		Septisk artritt.SSK			Side: 4 Av: 5
Dokument-id: I.3.21.1.1-4	Utarbeidet av: Inger Johanne W Hansen/Glenn Haugeberg	Fagansvarlig: Glenn Haugeberg/ Ole Rysstad /Øystein Berg/Kåre Danielsen	Godkjent dato: 03.11.2023	Godkjent av: Glenn Haugeberg	Revisjon: 8.00

Fagspesifikke prosedyrer/Revmatologi/Diagnostikk/Akuttveileder

Behandling

Antibiotikabehandling voksne:

Nasjonale retningslinjer: <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/antibiotika-i-sykehus/ben-og-leddinfeksjoner#septisk-artritt>

Kontakt infeksjonsmedisinere for diskusjon av varighet av intravenøs behandling og senere overgang til peroral behandling. 2 ukers intravenøs behandling er oftest tilstrekkelig før overgang til peroral behandling.

Antibiotikabehandling barn:

Se [pediatriveileder](#):

Ved persisterende artritt

Ortopedisk behandling:

Dersom vedvarende hissige inflammasjon eller problemer med å få aspirert ut leddvæske skal pasienten henvises til ortoped med tanke på *ny* artroskopisk skylling. Revmatolog/indremedisiner bør i samarbeid med ortoped vurdere videre behov for drenasje av leddet.

Revmatolog:

Lege på infeksjonsposten kan kontakte **revmatolog på tlf 3387**, dersom behov for revmatologisk vurdering.

- Dersom man er usikker på diagnosen skal pasienten henvises for revmatologisk vurdering.
- Pasienter med vedvarende artritt til tross for adekvat antibiotikabehandling bør henvises for revmatologisk vurdering og disse bør også følges ved revmatologisk poliklinikk etter utskrivelsen.

Annen behandling:

Avlastning, analgetika, fysioterapi, eventuelt NSAID

Oppfølging/kontroll:

Dersom vedvarende synovitt bør pasientene kontrolleres etter utskrivelse. Dette må avtales med revmatolog.

Kryssreferanser

[I.3.21.1.1-5](#)

[Sjekkliste utredning akutt artritt Revmatologisk avdeling SSHF](#)

[I.3.21.1.2-2](#)

[Leddpunksjon Revmatologisk seksjon. SSHF](#)

[I.5.2.6.2.6-5](#)

[Antibiotikabruk i sykehus - nasjonal veileder, godkjent i SSHF.](#)

Eksterne referanser

<https://www.helsebiblioteket.no/pediatriveiledere?menuitemkeylev1=6747&menuitemkeylev2=6513&key=150732>

<https://www.legeforeningen.no/contentassets/17680701898944129b38d3540d917518/septisk-artritt-oktober-2015.pdf>

Litteratur:

- Catherine J Mathews, Bacterial septic arthritis in adults Lancet 2010; 375: 846–55
- Coakly G. et al: BSR & BHP, BOA, RCGP and BSAC guidelines for management of the hot swollen joint in adults. Rheumatology 2006;45:1039–1041
- John J Ross, Septic Arthritis of Native Joints, Infectious Disease Clinics of North America, 2017-06-01, Volume 31, Issue 2, Pages 203-218,

Dokument-id:
I.3.21.1.1-4Utarbeidet av:
Inger Johanne W
Hansen/Glenn HaugebergFagansvarlig:
Glenn Haugeberg/ Ole
Rysstad /Øystein
Berg/Kåre DanielsenGodkjent dato:
03.11.2023Godkjent av:
Glenn HaugebergRevisjon:
8.00

Fagspesifikke prosedyrer/Revmatologi/Diagnostikk/Akuttveileder