

		Foretaksnivå			Kliniske fagprosedyrer
Endometritt postpartum eller sårinfeksjon Føde/Barsel SSHF					Side 1 av 2
Dokumentplassering: I.3.9.1.3-4	Godkjent dato: 07.11.2023	Revideres innen: 07.11.2027	Sist endret: 07.11.2023	Revisjon: 3.01	

Foretaksnivå/Fagspesifikke prosedyrer/Fødselshjelp og kvinnesykdommer/Gynekologi/Fellesprosedyrer Obstetrikk/Barsel SSHF
 ENDRINGER FRA FORRIGE VERSJON: Forlenget gyldighet til 07.11.2027

HENSIKT

Optimalisere felles diagnostikk og behandling av endometritt og sårinfeksjon etter fødsel

MÅLGRUPPE

Postpartum - kvinner med endometritt/sårinfeksjon

ANSVAR

Jordmor og gynekolog

FREMGANGSMÅTE

Definisjon: Infeksjon i endometriet inntil 6 uker postpartum (eller etter abort). Feber $>38^{\circ}\text{C}$, samt ømhet over uterus og illeluktende fluor/renselse

Etiologi: Retinerte graviditetsprodukter i cavum uteri som blir infisert. Vanligste mikrober er streptokokker, enterokokker, anaerobe bakterier og andre tarmbakterier, men også stafylokokker, gonokokker og chlamydia kan være medvirkende. Gruppe A Streptokokker er mest fryktede.

Risikofaktorer: Stor sårflate i uterus, vaginale us x flere, dilatert cervix, episiotomi, rifter, VA, sectio. Oppstår gjerne 2-10 dager etter fødsel.

Diagnostikk:

Diagnosen stilles ved klinisk/gynekologisk undersøkelse supplert med ultralyd- og laboratorieundersøkelse (Hb, LPK, CRP)

Bakteriologisk prøve fra cervix tas kun ved mistanke om seksuelt overførbare sykdommer (SOS): penselprøve fra cervix til undersøkelse på Chlamydia trachomatis og Gonokokker.

Man tar prøve av hinnerester eller uterinaspirat ved hjelp av pipelle. Dette sendes i steril beholder uten tilsetning. I tillegg tas penselprøve av materialet.

Ved klinisk sepsis tas minst to blodkulturer.

Infeksjonen overvåkes klinisk (temperatur, CRP, LPK og Hb)

Pasienten legges inn dersom det påvises intrauterint vev som må fjernes kirurgisk, dersom pasienter har feber og / eller smerter og stor blødning.

Benzylpenicillin (Penicillin®) 3 g iv x 4

+ Klindamycin (Clindamycin®) 600 mg iv x 3-4

+ Eventuelt Gentamicin (Gentamicin®) 5 mg/kg x 1 iv (behandling monitoreres med serumkonsentrasjonsmålinger, unntak; behandlingstid < 3 dager og normal nyrefunksjon).

Lengde av behandling vurderes individuelt. Det kan være aktuelt med behandlingstid opp til 10 – 14 dager.

Utarbeidet av: Benedicte Sandhaug Nygaard, Janne Rossen	Fagansvarlig: Seksjonsoverlege Føde/barsel SSK, Bente Maltby	Verifisert av: 09.11.2020 - Bente Maltby	Godkjent av: For fagdirektør, overlege Per Kristian Hyldmo	Dok.nr: D47826
---	--	--	--	--------------------------

		Endometritt postpartum eller sårinfeksjon Føde/Barsel SSHF			Side: 2 Av: 2
Dokument-id: I.3.9.1.3-4	Utarbeidet av: Benedicte Sandhaug Nygaard, Janne Rossen	Fagansvarlig: Seksjonsoverlege Føde/barsel SSK, Bente Maltby	Godkjent dato: 07.11.2023	Godkjent av: For fagdirektør, overlege Per Kristian Hyldmo	Revisjon: 3.01

Foretaksnivå/Fagspesifikke prosedyrer/Fødselshjelp og kvinnesykdommer/Gynekologi/Fellesprosedyrer Obstetrik/Barsel SSHF

Ved penicillin straksallergi:

Klindamycin (Clindamycin®) 600 mg iv x 3-4 10-14 dager

Gentamicin (Gentamicin®) 5 mg/kg x 1 iv.

Overgang til peroral behandling ved klinisk bedring.

Ved mistanke Gruppe A streptokokker: [Helsedirektoratet: Nasjonal faglig retningslinje: Antibiotika i sykehus](#)

Vakuumaspirasjon/Curretage i antibiotikadekke er nødvendig ved mistanke om retinert vev, men endometriet skal ikke skrapes ned til basalis, pga risiko for synekier/Asherman syndrom.

Postpartum sårinfeksjon i sectioarr eller episiotomiarr:

Ved sårinfeksjon tas bactus fra sårveske. Vasker såret sterilt, evt. skylle med kvinnekateter. Tilstrekkelig smertestillende, NSAIDS (Ibuprofen®, NaproxenC, Diklofenac®) og Paracetamol (Panodil®, Paracet®, Paracetamol®) anbefales. Unngå obstipasjon, bruk for eksempel Laktulose (Duphalac®, Laktulose®) 15 ml x 2 i 2 uker.

Standard antibiotikavalg ved mindre alvorlig og overfladisk infeksjon:

Dikloksacillin (Dicloxacillin®) po 0,5-1 g x 4

Ved penicillin straksallergi (type I):

Klindamycin (Clindamycin®) iv/po 600-900 / 300-600 mg x 3-4

+ evt. ciprofloxacin (Ciprofloxacin®) iv 400-600 mg x 2

Alternativt antibiotikavalg:

Ciprofloxacin (Ciprofloxacin®) po 500-750 mg x 2 der Gram-negative bakterier er mistenkt.

Standard antibiotikavalg ved alvorlig og dyp infeksjon:

Cefotaksim (Cefotaksim®) iv 2 g x 3 + evt. metronidazol (Flagyl®) iv 1,5 g x 1 første døgn, deretter 1 g x 1 i 7-10 dager eller

Piperacillin/tazobactam (Piperacillin/Tazobactam®) 4 g x 3-4 i 7-10 dager

Overgang til peroralt ved klinisk bedring.

+ evt. metronidazol (Flagyl®) po/iv 400-500 mg x 3/1,5 g x 1 første døgn, deretter 1 g x 1.

Kryssreferanser

Eksterne referanser

Norsk gynekologisk forening: Veileder i fødselshjelp (2020): Infeksjoner. Hentet fra:

<https://www.legeforeningen.no/foreningsledd/fagmed/norsk-gynekologisk-forening/veiledere/veileder-i-fodselshjelp/> (07.10.20)

[Helsedirektoratet: Nasjonal faglig retningslinje for bruk av antibiotika i sykehus. Kapittel 11. Genitalia. Avsnitt Barselfeber \(puerperal sepsis\).](#) Hentet fra: <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/antibiotika-i-sykehus/genitalia#barselfeber-puerperal-sepsis> (07.10.20)