



HMAS - Behandling av dokumentert infeksjon hos sterkt immunkompromitterte pasienter

D42688

 Utgave:
3.00

 Gjelder fra:
05.05.2021

Side 1 av 3

Hensikt og omfang

Sørge for at behandling iverksettes så raskt som mulig ved dokumentert infeksjon hos pasienter som er sterkt immunkompromittert etter gjennomgått cytostatikabehandling/gjennomgått kondisjonering og/eller autolog og allogen stamcelletransplantasjon

Ansvar/målgruppe

Helsepersonell

Handling

Bakteriell infeksjon

Ved dokumentert bakteriell infeksjon ved dyrkning:

- Ordiner behandling i henhold til resistensbestemmelse
- Dersom det påvises grampositiv mikrobe hos nøytrophen pasient, skal den **empiriske behandlingen** mot gram negativ mikrobe fortsette og vice versa

Lege - ved dokumentert bakteriell infeksjon ved dyrkning

Dersom bruk av vankomycin

- obs husk metningsdose ved vankomycin (første dose 25-30 mg/kg i.v., deretter 15 mg/kg x 3)
- vankomycin skal ikke gis om pasienten har nyresvikt, er eldre eller får andre nefrotoksiske **medikamenter**
- rekvirer aktuelle serumkonsentrasjonsmålinger i DIPS og justerer doseringen i *pasientkurven* etter serumkonsentrasjon
- rekvirer 0-prøve rett før 4. eller 5. dose, videre 1-2 ganger i uken eller etter doseendring (etter 3-4 doser)
- NB: maks døgndose er 4 g på grunn av toksisitet. Dersom man ikke oppnår adekvate konsentrasjoner bør man velge et annet middel

Alternativ til vankomycin

(ved kontraindikasjoner eller ikke adekvate konsentrasjoner) er linezolid eller tidezolid

Dersom bruk av gentamicin

- Gentamicin doseres 7 mg/kg x 1 i.v., se *fullstendig beskrivelse* i se [Empirisk antibakteriell og antifungal behandling ved nøytrophen feber](#)
 - Gentamicin skal ikke gis til pasienter som gjennomgår HMAS for myelomatose eller diffus systemisk sklerose, har kjent nyresvikt, får andre nefrotoksiske medikamenter eller er eldre
 - Rekvirerer aktuelle serumkonsentrasjonsmålinger i DIPS og justerer doseringen i *pasientkurven* etter serumkonsentrasjon
 - 8-timers prøve (fra oppstart av infusjon) tas etter første dose, og videre til tiltrekkelig konsentrasjon er oppnådd

Utgave: 3.00	HMAS - Behandling av dokumentert infeksjon hos sterkt immunkompromitterte pasienter	D42688 Side 2 av 3
-----------------	--	-----------------------

- 0-prøve rett før 2. dose. Videre tas 0-prøve 2-3 ganger i uka eller etter doseendring

Dersom bruk av meropenem

- anbefalt dosering er 2 g x 3, hver dose administreres over 3 timer. Fortynnes med NaCl 9 mg/ml på grunn av holdbarhet. 1 g administreres over 1,5 time
- er oppmerksom på oto- og nefrotoksiske bivirkninger ved behandling med vankomycin og aminoglykosid og vurderer indikasjonsstillingen fortløpende
- konferer infeksjonsmedisiner
- ordinerer måling av serumkreatinin, karbamid og eventuelt cystatin minst 3 ganger pr uke

Antibakterielle midler, seponering av behandling

- ved verifisert bakteriemi opprettholdes optimal antibiotikabehandling i minst 7 døgn
- ved dokumentert bakteriemi med mikrobe med kjent følsomhet bør bred empirisk dekning beholdes i minst 48 timer og revurderes daglig - se [Empirisk antibakteriell og antifungal behandling ved nøytpen feber](#)

Soppinfeksjon

Antifungale midler, oppstart av behandling

- ved dokumentert soppinfeksjon bør infeksjonsmedisiner konfereres

Ved dokumentert invasiv Candida-infeksjon

- til pasienter som står på profylakse; erstatter primærprofylaksen (flukonazol eller posakonazol) med intravenøs *echinokandin. Overgang til peroral behandling etter resistensforhold (ev. p.o. vorikonazol)

Ved dokumentert Aspergillus-infeksjon

- ordinerer isavukonazol 200 mg x 2 i.v. første to døgn, deretter 200 mg x 1 (vurder å kontrollere serumkonsentrasjon)
- alternativt ordineres vorikonazol 6 mg/kg x 2 i.v. første døgn, deretter 4 mg/kg x 2, senere eventuelt p.o. vorikonazol 200 mg x 2 når pasienten er stabil
- serumkonsentrasjon av vorikonazol (0-prøve) tas etter 5 dagers behandling. 0-prøve skal ligge mellom 1- 5 mg/L.
 - rekvirerer aktuelle serumkonsentrasjonsmålinger i DIPS
 - justerer doseringen etter serumkonsentrasjon
- er oppmerksom på interaksjoner mellom azoler (vorikonazol eller isavukonazol) og kalsineurinhemmere, vinkrinstin og sirolimus
- behandlingsslengde er minst en måned og helst med regress av funn før det eventuelt startes opp ny
 - kjemoterapi eller kondisjonering før allogene stamcelletransplantasjon

Ved dokumentert Mucor-infeksjon

- ordinerer liposomalt amfotericin B 5-10 mg/kg x 1 i.v., alternativt isavukonazol 200 mg x 3 i.v. første to døgn, deretter 200 mg x 1

Utgave: 3.00	HMAS - Behandling av dokumentert infeksjon hos sterkt immunkompromitterte pasienter	D42688 Side 3 av 3
-----------------	--	-----------------------

- kontakt kirurg og infeksjonsmedisiner snarest

Referanser

[SI/17.14-01](#)

[Vancomycin - Dosering til voksne, flytskjema](#)

[SI/17.14-02](#)

[Voksne - Gentamicin, dosering og konsentrasjonsmålinger,
aminoglykosider](#)

Felleskatalogen 2020. AmBisome liposomal. [hentet 2021-03-01]. Tilgjengelig fra:

<https://www.felleskatalogen.no/medisin/ambisome-liposomal-gilead-545993?markering=1>

Oslo Universitetssykehus, Ehåndboken. Behandling av dokumentert infeksjon. [hentet 2021-03-01].

Tilgjengelig fra: <https://ehandboken.ous-hf.no/document/1716>

Oslo Universitetssykehus, Ehåndboken. **Empirisk antibakteriell og antifungal behandling ved nøytropen feber**. Tilgjengelig fra: <https://ehandboken.ous-hf.no/document/1713>