

Peritonitt - Spontan bakteriell infeksjon

D50132

Utgave:
1.01

Gjelder fra:
08.08.2022

Side 1 av 2

Hensikt og omfang

- Forebygge og behandle peritonitt
- Gjelder voksne pasienter

Ansvar/målgruppe

- Behandlende lege
- Sykepleier på sengepost

Generelt

- Spontan bakteriell peritonitt (SBP) er vanlig komplikasjon til cirrhose
- Spontan infeksjon i ascitesvæske uten intraabdominell kirurgisk behandlbar årsak
- Insidens 10-30 % av hospitaliserte cirrhose-pasienter med ascites
- SBP helt asymptomatisk hos 10 %
- 70 % av de som overlever SBP ett år, får residiv innen ett år
- SBP predikerer 50 %, 2 års mortalitet

Symptomer

Magesmerter, feber, encefalopati, diarre, septisk sjokk, oppkast, forverring av leversvikt, perifer leukocytose, endret mental status, hypotensjon og paralytisk ileus.

Handling

Diagnose

- Diagnostisk tapping med dyrkning bedside **før** antibiotika. (1 dose ab i.v. medfører ingen vekst hos 86 %)
- Granulocytter (PMN) over 250 celler/mm³ (0,25 x10⁹ pr. liter) (Tidligere har 400-500 totalhvite og av og til 500 nøytrofile (PMN) blitt brukt som grense)
- LD ratio ascites/serum mellom 0,4-1
- Glukose vanligvis over 2,8 mmol/l ved SBP
- Albumin Gradient serum-ascites albumin større enn 11 indikerer portal hypertensjon som årsak til ascites
 - Jo lavere ascites albuminverdi jo større risiko for SBP
- Dyrkning: 20-40 % med SBP vurdert utifra celletall og klinikk har negativ ascitesdyrkning. Disse pasientene har imidlertid samme tegn, symptomer og mortalitet. Således like viktig med behandling.
 - Agens.
 - Vanligvis E-coli (inntil 80 %), Klebsiella pneumoniae, Streptococcus pneumoniae
 - Aerobe gram pos: Streptococcus viridans, Stafylococcus aureus, Enterococcus faecalis

- Anaerobe gir sjelden SBP.
- Ny diagnostisk tapping: behovet er omdiskutert, men vanligvis ikke indisert med mindre vedvarende symptomatisk pasient eller tvil om diagnosen initielt (for eksempel grense celletall med neg dyrkning)
- Skille SBP fra sekundær peritonitt:
 - Obs. kirurgisk årsak ved kritisk dårlig pasient
 - Manglende effekt av behandling
 - Glukoseverdier i ascites under 2,8 (ofte nær 0)
 - Kritisk høye celletall
 - Oppvekst av mange typer bakterier (inkl. sopp og enterokokker)
 - LD ascites/serum ratio over 1

Behandling

- Cefotaxim 2g x 3 i.v. i minst 5 dager
- Ved usikkerhet om sekundær SBP:
 - Legge til Flagyl 1,5g x 1
- Hos pasienter uten oppkast, sjokk encefalopati, økt krea eller tidligere quinolonbruk:
 - Gi Ciproxin 500mg x 2 i 7 dager (vurdere videre profylakse.)
- Albumin: 1,5g/kg ved diagnose SBP og 1g/kg etter 48 timer.
(<https://bestpractice.bmj.com/topics/en-gb/793/treatment-algorithm>)

Forebygging SBP

- Ved GI blødning hos pasienter med cirrhose og ascites:
 - Gi Ciproxin 500mg x 2 i 7 dager oralt, sonde eller i.v. eller Ceftriaxone 1g x 1 i 7 dager.
- Hos pasienter med tidligere SBP kan man vurdere langtidsbehandling:
 - Ciproxin 500mg x 1.
- Hos pasienter med cirrhotisk ascites kan man vurdere som primærprofylakse:
 - Ciproxin 500mg x 1 om ascites alb under (10)15g/l +
(krea>=106/urea>=9/s-Na<130 eller Child Pugh>=9 med bilirubin>=51)

Eksterne referanser

Bruce A Runyon, MD. Spontaneous bacterial peritonitis in adults: Treatment and prophylaxis [internett]
[Oppdatert 21.mars 2022; hentet 24.mars 2022] Tilgjengelig fra:

<https://www.uptodate.com/contents/spontaneous-bacterial-peritonitis-in-adults-treatment-and-prophylaxis>

BMJ BestPractice. Spontaneous bacterial peritonitis. [Oppdatert 5.nov 2021; hentet 11.mars 2022]
Tilgjengelig fra:

<https://bestpractice.bmj.com/topics/en-gb/793/treatment-algorithm>