

Gäller för: VE Barn o Kvinna

Giltig från: 2026-03-20

Innehållsansvar: Mårten Sjödel, (marsj79), Specialistläkare

Giltig till: 2028-03-31

Granskad av: Emelie Ottosson, (emery1), Enhetschef

Godkänd av: Marie Hufvudsson, (marjo100), Verksamhetschef

# Gynekologiska infektioner

## Revideringar i denna version

Helt omarbetat styrdokument inklusive titeln (tidigare Antibiotika-behandling inom gynekologi).

## Bakgrund, syfte och mål

Behandlingsrutin gällande behandling vid gynekologiska infektioner.

## Arbetsbeskrivning

Handläggning av olika gynekologiska infektioner

## Antibiotikabehandling på avdelningen

I samband med ordination av antibiotika ska detta dokumenteras och motiveras i journal tillsammans med val och dosering av antibiotika. Relevanta odlingar ska tas innan start av behandling.

## Allmänt om penicillinallergi och andra reaktioner på antibiotika

Det är vanligt att patienter uppger allergi mot antibiotika och särskilt mot penicillin. Då allergi mot antibiotika är mycket ovanligt är det viktigt göra en utredning för att klargöra om orsaken till reaktionen är allergisk eller inte då andrahandsalternativen generellt är dyrare och ger mer biverkningar.

Man ska aldrig sätta en slutgiltig diagnos på antibiotikaöverkänslighet utan att patienten fått genomgå en adekvat utredning i infektionsfritt skede.

Se sammanfattning på Janusinfo [Penicillinallergi – ingen folksjukdom](#).

## Sepsisbehandling

Hos septiskt påverkade patienter ska behandling påbörjas omgående. Två grova infarter för vätska och antibiotika. Blod-, urin- och eventuell sår- eller cervixodling bör tas men får inte fördröja start av antibiotikabehandling.

### Behandlingsalternativ vid sepsis

- Piperacillin/Tazobactam 4 g x 3
- Cefotaxim 2 g x 3–4 + Metronidazol 500 mg x 3/1500 mg x 1
- Meropenem 1 g x 4

Överväg extrados av vald betalaktamantibiotika efter 3–4 timmar.

Om patienten går in i en septisk chock kan tillägg av aminoglykosid ges, dock inte om patienten får Meropenem.

Om patienten är gravid eller befinner sig i puerperiet behövs högre doser antibiotika på grund av den ökade plasmavolymen.

- Piperacillin/Tazobactam 4 g x 4
- Cefotaxim 2 g x 4 + Metronidazol 500 mg x 3/1500 mg x 1
- Meropenem 1 g x 4

Då patienten är stabil, afebril och infektionsprover börjat vända kan man övergå till per oral behandling, ofta finns vägledande odlingssvar.

## Neutropen feber

Vid cytostatikabehandling finns risk för neutropen feber. Handläggning av dessa sker enligt styrdokument [Cytostatikabehandling – behandling av benmärgsdepression](#).

## Postoperativa infektioner

Behandling baseras på patientens status och typ av infektion. Vid postoperativ abscess är enbart antibiotika sällan tillräckligt utan dessa måste dräneras. Fördröjning av dränage för att påbörja antibiotikabehandling ger inte snabbare utläkning.

## Infekterade hudsår efter abdominell kirurgi

Ter sig oftast i form av värmeökning, rodnad, sårsekretion och ömhet kring såret. Vanligaste patogenen är *S. aureus*. Efter sårodling rekommenderas:

## Behandling

- Flukloxacillin 1 g x 3 i 10 dagar
- Vid pc-allergi: Klindamycin 300 mg x 3 i 7 dagar

## Infektion i vaginaltopp eller i rafi efter prolaps-operation

Ger vanligen symtom i form av avvikande/purulent flytning, feber och/eller ökad postoperativ smärta. Abscesser behöver dräneras men ofta har rafi öppnats och dränage påbörjat spontant.

## Behandling

- Trimetoprim/sulfametoxazol 800 mg/160 mg x 2 + Metronidazol 400–500 mg x 3 i 10 dagar

### *Vid sulfaallergi*

- Amoxicillin/Klavulansyra 875 mg/125 mg x 3 + Metronidazol 400–500 mg x 3 i 10 dagar

## Preoperativ antibiotikaprofylax

Minskar risken påtagligt för postoperativa infektioner. Endosprofylax är lika bra som upprepad profylax och rekommenderas till alla operationer där buken öppnas via vagina och/eller främmande material appliceras.

## Antibiotikaval

- 2 x Trimetoprim/&sulfametoxazol 800 mg/160 mg + 2 x Metronidazol 500 mg

Patienter med bakteriell vaginos har en ökad infektionsrisk vid vaginala operationer varför denna bör behandlas inför operationen med Klindamycin vagitorier eller ges förlängd antibiotikaprofylax.

## Endometrit efter abort

Feber och/eller feber efter genomgången abort. Kan även finnas riklig flytning. Starkt associerad med klamydia varför denna behöver täckas.

- Amoxicillin/Klavulansyra 825 mg/125 mg x 3 + Doxycyklin 200 mg x 1 i 7 dagar
- Vid pc-allergi: Trimetoprim/sulfametoxazol 800 mg/160 mg x 2 + Doxycyklin 200 mg x 1 i 7 dagar

Vid instabil patient ska sepsisbehandling ges. Om rester bör dessa avlägsnas via VEX. Denna kan utföras omgående utan att invänta effekt av antibiotika.

## Salpingit (PID)

Infektion i äggledare som i stor utsträckning orsakas av STI (85 %) men även av övre luftvägspatogener som grupp A-streptokocker eller hemofilus influenzae kan ligga bakom (15 %). Även anaeroba bakterier kan ligga bakom, men det är svårt att differentiera kliniskt.

Symtom ofta i form av konstant värk som förvärras vid rörelse, feber, varig flytning eller blödningsrubbnig. Vid undersökning ömhet vid palpation över gynorgan, ruckömhet över cervix, förhöjt CRP.

STI-odling och cervixodling ska tas vid misstanke om salpingit.

### Behandling

- Doxycyklin 200 mg x 1 i 10 dagar
- Vid misstänkt anaerob infektion tillägg av Metronidazol 400–500 mg x 3 i 10 dagar

## Tuboovarialabscess

Abscess i lilla bäckenet som engagerar tuba, ovarie och ibland även tarm. Beskrivs ofta som en komplikation till PID men så måste inte alltid vara fallet. Tuboovarialabscess kan även orsakas av underliggande appendicit, divertikulit, annan inflammation i tarm eller till följd av hematogen spridning. Hos postmenopausala kvinnor finns även en koppling till malignitet i lilla bäckenet.

Symtom är vanligen lågt sittande buksmärter, ömhet över uterus och/eller adnexa och diagnosen stärks vid förhöjda infektionsparametrar, purulent flytning eller vaginal blödning. Vid ultraljud ses fynd av abscess som kan motsvara ett ömmande palpatoriskt fynd.

Blododling, STI-odling och cervixodling tas. Om patienten har spiral ska denna avlägsnas och skickas på analys med frågeställning ”Actinomyces?”.

### Behandling

Behandling av tuboovarialabscesser beror på dess storlek och patientens kliniska tillstånd. Om patienten är stabil och abscessen < 6 cm i diameter finns god möjlighet att endast antibiotika är tillräckligt för utläkning. Om utebliven förbättring på behandling efter 48 timmar ska dock kirurgisk

åtgärd övervägas. Undantaget är postmenopausala patienter då det finns risk för underliggande malignitet varför kirurgisk åtgärd bör utföras.

Hos patient med sepsisbild eller vid abscesser  $\geq 6$  cm är kirurgiskt eller ultraljudslett dränage nödvändigt tillsammans med antibiotikabehandling.

### **Antibiotika**

- Piperacillin/Tazobactam 4 g x 3
- Vid pc-allergi: Cefotaxim 2 g x 3 + Metronidazol 500 mg x 3 alternativt Meropenem 1 g x 3

### ***Uppföljande per oral behandling***

- Amoxicillin/Klavulansyra 875 mg/125 mg x 2 + Metroonidazol 500 mg x 3
- Vid pc-allergi: Klindamycin 300 mg x 3 + Ciprofloxacin 500 mg x 2

Total behandling 14 dagar vid endast antibiotikabehandling eller vid kvarvarande större abscess efter punktion. Efter fullständig dränering och välmående patient räcker 7–10 dagars behandling.

## **Genital herpes**

Orsakar smärta i underlivet och kliniskt ses typiska blåsor och senare i förloppet även sår. Ofta ger primärinfektioner mer uttalade besvär. Diagnosen är klinisk men PCR bör tas för att bekräfta diagnosen vid osäkerhet eller om det är första gången patienten har besvär.

Blåsorna är smärtsamma och kan ibland leda till urinretention varpå KAD är nödvändigt för att undvika blåsskada.

### **Behandling**

#### ***Vid primärinfektion***

- Valaciklovir 500 mg x 2 i 10 dagar

#### ***Vid recidiv***

- Valaciklovir 500 mg x 2 i 5 dagar

Behandling bör påbörjas så snart som möjligt efter symtomdebut men kan ges även efter 72 timmar ifrån symtomdebut om patienten har uttalade besvär. Om återkommande besvär kan man med fördel skriva ut ett recept så att patienten kan påbörja behandling direkt vid symtomdebut.

## Genital Candida

Vid akuta infektioner och enstaka skov ses ofta typiska symtom med klåda, tjock vitaktig flytning och rodnade slemhinnor. Vid återkommande infektioner domineras bilden dock mer av vulvit med rodnade, glansiga slemhinnor, klåda och framför allt sveda och torra slemhinnor samt smärta vid samlag. Sprickbildning kan uppstå.

Diagnosen ställs främst via klinisk bild men även via wet smear och odling. Wet smear har dock inte mer än 60 % sensitivitet även om undersökaren är van. Odling bör tas i alla svårbehandlade fall och alltid innan långtidsbehandling ges. Viktigt att odling tas då patienten har besvär och inte använt någon behandling de senaste 2–3 veckorna.

### Behandling

Den vanligaste behandlingen är med Flukonazol. Denna interagerar dock med flertalet mediciner vilket behöver ses över innan start av långtidsbehandling. Som alternativ finns Borsyra som har få biverkningar men kan ge upphov till lokal sveda.

#### *Vid enstaka skov av akut candidavulvovaginit*

- I första hand lokalt med Clotrimazol (Canesten) eller Econazol (Pevaryl) alternativt Flukonazol 150 mg i engångsdos

#### *Behandling under graviditet*

- Clotrimazol rekommenderas. Längre tids behandling kan dock behövas och måste ofta upprepas. Econazol kan användas men vid återkommande besvär är viss återhållsamhet motiverad.
- Borsyrevagitorier ska inte användas under graviditet

#### *Recidiverande candidavulvovaginit*

Minst 3 skov på 12 månader varav minst en är odlingsverifierad.

- Flukonazol 150 mg var tredje dag i 1 vecka (3 doser), följt av 150 mg en gång per vecka i 6 månader som förebyggande behandling
- Vid resistens mot Flukonazol eller interaktion/biverkningar kan Borsyra användas. Borsyrevagitorier 600 mg alternativt sköljning med Borsyrelösning 3 % till natten i 14 dagar. Underhållsbehandling med ett vagitorium två gånger per vecka i 4–8 veckor.

## Referenser

[SFOG-råd Vulvovaginala svampinfektioner](#)

STRAMA

Styrdokument SU [Tuboovarialabscess](#)

## Arbetsgrupp

Mårten Sjäddell, kvinnokliniken och Fredrik Melin, infektionskliniken.

# Information om handlingen

**Handlingstyp:** Rutin

**Gäller för:** VE Barn o Kvinna

**Innehållsansvar:** Mårten Sjödel, (marsj79), Specialistläkare

**Granskad av:** Emelie Ottosson, (emery1), Enhetschef

**Godkänd av:** Marie Hufvudsson, (marjo100), Verksamhetschef

**Dokument-ID:** SKAS9716-1940753776-50

**Version:** 10.0

**Giltig från:** 2026-03-20

**Giltig till:** 2028-03-31