

Gäller för: Ögonsjukvård

Giltig från: 2026-06-24

Innehållsansvar: Tobias Dahlgren, (tobda), Enhetschef

Giltig till: 2028-06-24

Godkänd av: Martin Thiel, (marth43), Verksamhetschef

Bakteriell keratit

Definition:

Avgränsad, unilateral infektion på kornea, oftast infiltrat med/utan epiteldefekt.

De flesta keratiter behandlas utan konsekvenser men ibland kan de leda till synförlust på grund av korneal ärrbildning och topografisk irregularitet. Obehandlade eller svåra keratiter kan leda till perforation och även utvecklas till endoftalmit. Denna process kan ske hastigt och således optimal handläggning kräver snabb undersökning och insättning av behandling. Därför skall man vid keratitmisstanke kalla patient till ögonjouren inom samma dag.

Risk faktorer:

- Kontaktlinsebärare
- Trauma (främmande kropp, kemiska skador osv.)
- Tidigare okulär- eller ögonlockskirurgi
- Läkemedels-associerade skador (steroider, kronisk droppbehandling, NSAIDS o s v)
- Immunosuppression (lokalt och systemiskt)
- OSD (ocular surface disease), onormal ögonlocksanatomy, trikiasis, blefarit.

Diagnos:

- Anamnes
 - o Okulära symptom
 - o Kontaktlinsebärare
 - o Tidigare ögonanamnes (torra ögon, HSV, trauma, kirurgi osv)
 - o Aktuell droppbehandling
 - o Läkemedelsallergi
- Ögonundersökning
 - o Visus
 - o Undersökning av yttre delarna (ögonlock, hud, orbita, kornea sensibilitet)
 - o Slit lamp-undersökning

Utredning:

De flesta av samhälle´s keratiter läker med empirisk behandling och kan bli behandlade utan odling.

Fundera på odling om:

- Infiltratet ligger centralt
- Infiltratet är stort (>1mm)
- Infiltratet sträcker sig in i stromat
- Atypiskt utseende (tänk på acantamoeba, svamp)
- Resistens mot antibiotika

Prov för odling:

- konjunktival odling (allmänt rör, orange kork)
- vid kontaktlinsebärare ska linsen sparas och skickas till lab för odling i ett odlingsrör ifall patienten inte reagerar på behandlingen
- korneal odling

Lokal bedövning med Tetrakain-droppar. Med ett sterilt instrument (t.ex. jeweler´s blad, främmande kropps instrument) tas material från kanterna av det infekterade området. Proceduren görs två gånger (en för aeroba och en för anaeroba, använd respektive buljonger). Skickas till lab direkt med ifyllda blanketter. Glöm inte att markera rören med pat namn och personnummer!

* Vid uteblivet positivt odlingsfynd och progredierande keratit rekommenderas utsättning av pågående behandling i helst 2 dygn, varefter förnyad provtagning görs med utvidgade frågeställningar t.ex. svamp, mycobakterier och Nokardia

Om PCR – analys ska göras skrapas kanten med främmandekroppsinstrumentet tills material fastnat på bladet. Vispa ner det uppfångade materialet i koksalttröret (fyll spetsen av microtuberöret med steril koksaltlösning).

Behandling

Principen för antibiotikabehandling är att initialt droppa intensivt minst 1 gång i timmen med koncentrerade antibiotikadroppar som har effekt mot både Grampositiva och Gramnegativa organismer. I praktiken innebär det vanligtvis att två olika preparat ges parallellt, t ex klindamycin eller cefuroxim och en aminoglykosid (gentamicin eller tobramycin).

Fluoroquinolon-preparat (ciprofloxazin, norfloxacin ofloxacin) har på senare år blivit kommersiellt tillgängliga som ögondroppar och har använts framgångsrikt som monoterapi.

Förslag:

Om keratiten är mindre än 2 mm i diameter, om den inte är centralt belägen och om patienten kan sköta behandlingen själv eller få hjälp →

- **Oftaquix x 16** (uppladdning med en droppe var 15:e minut första timmen varje dag).
- Ev tillägg av **Chloromycetinsalva** (särskilt vid epiteldefekt) **x 3**.
- **Atropin x 2** vid inre retning.

Återbesök efter 1-7 dagar beroende på svårighetsgraden. Täta kontroller i början tills patienten stabiliserar sig och sedan kan man glesa ut kontrollerna.

Om svåra keratiter ska patienterna läggas in och behandlas enligt nedan:

- **Oftaquix x 24** (uppladdning med en droppe var 15:e minut första timmen)
- **Zinacef 5% x 24** (uppladdning med en droppe var 15:e minut första timmen)
- **Atropin x 2** vid inre retning.

Systemisk antibiotika behandling behövs i regel inte. Fundera på det ifall att infektionen sprider sig till närliggande vävnader t ex sklera eller om det finns risk för perforation. Nödvändigt om gonococcal keratit.

Steroider (lokalt): Det finns ingen vetenskaplig evidens att steroider ändrar keratitförloppet. Kan ändå användas aktsamt i vissa fall där det finns inflammation eller risk för synhotande ärrbildning.

Använd lokala steroider 2-3 dagar efter progressiv förbättring med antibiotika droppar och efter identifiering av patogen (och svamp/HSV är uteslutet).

Vid insättande av lokala steroider ska patienten kontrolleras 1-2 dagar därefter. Även IOP ska mätas.

Terapiändring:

Behandlingen kan ändras och det beror på odlingssvaret och ifall patienten inte förbättras. Om patienten förbättras så behövs inte terapiändring, även om odlingssvaret visar; inte känslighet mot given behandling.

Dubbel behandling däremot kan ändras till effektiv monoterapi så snart mikroorganismen är isolerad.

Kriterier för keratit behandling:

- Minskning av värk
- Inget var/slem
- Ingen främre kammaretning
- Läkt epiteldefekt
- Minimera korneaärrbildning och vaskularisation
- Återställa synen

REFERENSER:

OBS! Utskriven version kan vara ogiltig. Verifiera innehållet.

- Bacterial Keratitis PPP-2013, AAO Cornea/External Disease PPP Panel, Hoskins Center for Quality Eye Care .
- Rutin "Bakteriell keratit- riktlinje för jourläkare", SU/Möln dal.
- State of Art " Infektiös keratit orsakad av bakterier, svamp eller protozoer, feb 2002", ögonläkarförenings websida.

Information om handlingen

Handlingstyp: Rutin

Gäller för: Ögonsjukvård

Innehållsansvar: Tobias Dahlgren, (tobda), Enhetschef

Godkänd av: Martin Thiel, (marth43), Verksamhetschef

Dokument-ID: NU10102-675416934-43

Version: 10.0

Giltig från: 2026-06-24

Giltig till: 2028-06-24