

Minifall Multiresistenta bakterier 1 a-c

2020-09-04, reviderat senast 2023-05-17, kollat 2024-08-22

Om ni har valt Minifall Multiresistenta bakterier 1 som del av ert självdeklarationsarbete, ska ni diskutera alla de tre korta journalanteckningarna (1a-c). Är diagnosen adekvat? I förekommande fall: Var provtagning, behandling och smittspårning och övrig handläggning adekvat? Har riktlinjerna följts? Är det uppgifter som saknas?

Minifall Multiresistenta bakterier 1 a:

Siv 81 år

Kontakttyp	Mottagningsbesök planerat
Kontaktorsak	Bensår med rodnad
ANAMNES	
Hälso- och sjukdomshistoria	Hypothyreos sedan -82, op lap-galla -98. Återkommande depressioner. Djup ventrombos vänster ben -08. Sedan ett halvår bensår ovan mediala malleolen vä ben. Smärre varicer. Utredning inklusive duplex på klin fys har visat enbart djup insufficiens. Går hos distriktssköterska för omläggning.
Aktuellt	För 4 dagar sedan konstaterade dsk att det var rodnat runt såret när patienten kom för omläggning och därför togs en såroddling som det nu kommer svar på. Den visar växt av MRSA. Tätare omläggningar har gjorts och man har använt Prontosan och varit noga med kompressionen. Dsk har mätt rodnaden som ser väsoförändrad ut idag jämfört med för 4 dagar sen. Ingen värk.
STATUS	
Allmäntillstånd	Pigg och opåverkad. Temp 37,4°C.
Hud	På vänster underben ett 3,5 x 4,5 cm stort, lätt gulsmetigt sår med en omkringliggande rodnad som sträcker sig drygt 2 cm ut.
BEDÖMNING/ ÅTGÄRD	Lokal bensårsinfektion. Odling visar MRSA, känslig för klindamycin. Får därför en Dalacin-kur. Remiss till infektionsklinik för vidare handläggning. Anmäles i Sminet. Pat har inte varit utomlands.
DIAGNOS ENL ICD-10-SE	Venös insufficiens (kronisk) (perifer) I872 Andra specificerade lokala infektioner i hud och underhud L088

Minifall Multiresistenta bakterier 1 b:

Sofie 18 år

ANTECKNING

Kontakttyp Mottagningsbesök oplanerat

Kontaktorsak Oro för MRSA

ANAMNES

Hälsa- och sjukdomshistoria Tidigare väs frisk.

Aktuellt Pat söker då hon är orolig för att ha smittats med MRSA. Hennes bästa kompis har fått en sårinfektion med MRSA efter en knäoperation i Italien. Sofie är orolig för smitta och vill ta prov. Inga symtom, inga sår.

STATUS

Allmäntillstånd Opåverkad, afebril.

Hud: Intakt hud.

BEDÖMNING/ÅTGÄRD Får ta odling (näsa, svalg, perineum). Telefonkontakt om svaret.

DIAGNOS ENL ICD-10- SE Kontakt med och exponering för andra smittsamma sjukdomar Z208

TEL-KONTAKT Odling från näsa visar MRSA. Information muntligt och skriftligt enligt Smittskyddsblad. Jag ringer upp inf klin, som kommer att kalla patienten.

DIAGNOS ENL ICD-10-SE Bärare av andra specificerade patogena bakterier Z223

Minifall Multiresistenta bakterier 1 c:

Sadira 43 år

ANTECKNING

Kontakttyp Mottagningsbesök oplanerat

Kontaktorsak Miktionsbesvär

ANAMNES

Hälsa- och sjukdomshistoria Tidigare haft akut cystit vid 3 - 4 tillfällen med glesa mellanrum, senast för 5 år sen.

Aktuellt

Sedan igår intensiv sveda vid miktion och känner sig konstant kissnödig. Mikterar 1 - 2 gånger per timma. Ingen feber eller värk i ryggen. Inga genitåla symtom. Ingen läkemedelsallergi. Kom hem från en resa till Iran för en vecka sen. Ej gravid.

STATUS

Allmäntillstånd Opåverkad, temp 37,1°C.

Buk U.a. Ingen dunkömhet över njurloger.

BEDÖMNING/ ÅTGÄRD

Akut cystit. Urinodling tagen eftersom hon nyligen varit utomlands. Svåra besvär och får därför tabl Furadantin 50 mg 1x3 i fem dagar. Tel-kontakt om odlingssvaret föranleder någon åtgärd.

DIAGNOS ENL ICD-10-SE N300 Akut cystit

Tel-kontakt

Urinodlingen visar växt av E coli med ESBL, S för nitrofurantoin. Pat är mycket bättre. Ingen ytterligare åtgärd.

”Facit” till Minifall Multiresistenta bakterier 1 a-c

Minifall Multiresistenta bakterier 1a MRSA – Siv 81 år

- Siv har ett venöst bensår med en lokal bensårsinfektion. Rätt handläggning är i första hand tätare omläggningar, sårrengöring med ljummet vatten, mekanisk debridering och eventuellt antibakteriell lokalbehandling, t.ex. Prontosan samt **adekvat kompressionsbehandling**, precis som man gjort. Utvärdera efter 14 dagar. Om det inte har blivit bättre: Överväg sårodling och peroral antibiotika. Om såret kraftigt försämras under de två veckorna med intensivare lokalbehandling, får man givetvis ta ställning till sårodling och antibiotika tidigare.
- I detta fall förelåg det inte någon indikation för sårodling så tidigt i förloppet.
- Det förelåg heller inte någon indikation för antibiotika eftersom adekvat lokalbehandling endast hunnit fortgå i fyra dagar och såret inte hade försämrats. Att odlingssvaret visar MRSA är i sig ingen indikation för antibiotikabehandling. Vid behov av antibiotikabehandling vid klinisk infektion med misstanke om stafylokockgenes i framtiden, bör sårodling alltid tas och diskussion ske med infektionsläkare.
- Det är nu viktigt att Siv får nödvändig information (både muntligt och skriftligt) om sjukdomen och dess smittvägar samt förhållningsregler. MRSA sprids genom kontaktsmitta. Information om MRSA finns i Smittskyddbladen: : [Läkarinformation](#) och [Patientinformation](#). Smittskyddsbladen är översatta till [flera språk](#).
- Den som har tagit provet som är positivt för MRSA är behandlande läkare enligt smittskyddslagen och har ansvar för smittspårning och information till den smittade till dess ansvaret övertagits av en annan kollega. Patienten remitteras till infektionsklinik för uppföljning samt eventuell provtagning av hushållskontakter.
- Inledande smittspårning behöver göras. Var kan Siv ha förvärvat MRSA och vilka kan ha exponerats? Hon hade inte varit utomlands. Vårdkontakter? Kontakt med djur? Tidigare episoder med misstänkt stafylokockinfektion hos patienten, hos personer i samma hushåll eller i den nära omgivningen? Övrig provtagning sker utifrån anamnestiska uppgifter och bedömning av smittrisk. Kom ihåg att det tyvärr förekommit spridning av MRSA mellan bensårspatienter på vårdcentral. Om du misstänker att smittspridning har skett, kontakta Smittskydd för vidare åtgärder. Infektionskliniken bedömer om personer som delar samma hushåll ska provtas för MRSA-bärarskap.
- Dokumentera MRSA-bärarskapet i patientens journal.
- I appen Strama Nationell föreslås diagnosen L089 *Lokal infektion i hud och underhud, ospecificerad* som tillägg till grunddiagnosen (etiologisk diagnos).

Minifall Multiresistenta bakterier 1 b MRSA – Sofie 18 år

- Anmälan måste göras. MRSA är en allmänfarlig och smittspårningspliktig sjukdom. Den är anmälningspliktig enligt Smittskyddslagen. Anmälan görs i SmiNet. Anmälan ska göras senast dagen efter diagnos.
- Den som har tagit provet som är positivt för MRSA är behandlande läkare enligt smittskyddslagen och har ansvar för smittspårning och information till den smittade till dess ansvaret övertagits av en annan kollega. Patienten remitteras till infektionsklinik för uppföljning samt eventuell provtagning av hushållskontakter.
- Inledande smittspårning måste göras. Det förefaller sannolikt att Sofie förvärvat MRSA från sin kompis, men finns det någon annan möjlighet? Vilka kan hon i sin tur ha exponerat för

smitta? Om flera fall med misstänkt smittsamband uppdagas utanför hushållet, kontakta smittskydd snarast för ställningstagande till om mer omfattande smittspårning bör utföras.

- Ge Sofie nödvändig information (både muntligt och skriftligt) om MRSA. Smittskyddbladen: [Läkarinformation](#) och [Patientinformation](#). Smittskyddsbladen är översatta till [flera språk](#).
- Dokumentera MRSA-bärarskapet i patientens journal. Vid behov av antibiotikabehandling vid klinisk infektion med misstanke om stafylokockgenes i framtiden, bör diskussion ske med infektionsläkare. Även om patienten bär/har varit bärare av MRSA så betyder det inte att det alltid är dessa som orsakar en eventuell kommande infektion. Försök undvika systemantibiotika. Störning av normalfloran gynnar MRSA. MRSA-bärarskap kan inte behandlas bort med systemantibiotika.

Minifall Multiresistenta bakterier 1 c ESBL – Sadira 43 år

- Gradera alltid patientens besvär vid diagnosen akut cystit hos kvinnor: Är de lindriga, måttliga eller svåra? Om patienten **upplever** svåra besvär samt minst 2 symtom (sveda vid miktion, täta trängningar, frekventa miktationer), erbjud antibiotikabehandling direkt. Vid måttliga besvär: symtomlindrande behandling, ökat vätskeintag samt antibiotikarecept i reserv. Vid lindriga besvär rekommenderas exspektans, ökat vätskeintag och symtomlindrande behandling (=smärtlindrande receptfria läkemedel). Här är det uppenbart att Sadira har svåra besvär.
- Eftersom Sadira nyligen varit utomlands i en del av världen där det är en ökad risk för att drabbas av en infektion med resistent bakterier, föreligger indikation för urinodling.
- ESBL-bildande tarmbakterier (med undantag för ESBLcarba-producerande bakterier) anmäls endast av det mikrobiologiska laboratoriet. Klinisk anmälan behövs alltså inte.
- Patienten ges inga förhållningsregler enligt smittskyddslagen och har ingen informationsplikt gentemot anhöriga, arbete eller skola/barnomsorg, men informera patienten noggrant om vikten av att meddela nya vårdgivare om ESBL-bärarskap när antibiotikabehandling, sjukhusvård eller kirurgiskt ingrepp är aktuellt. Använd gärna Smittskyddsläkarnas smittskyddsblad ([Läkarinformation](#) och [Patientinformation](#)) för skriftlig information. Smittskyddsbladen är översatta till [flera språk](#).
- I en stor holländsk studie av bärarskap efter utlandsresa var 50% bärare > 1 månad och cirka 10% var bärare efter ett år. Det finns ingen accepterad rutin för att med säkerhet avgöra när en person inte längre är bärare. Kontroll av avföringsprov behövs inte. Vid ett eventuellt recidiv av urinvägsinfektion är det som alltid viktigt att odla. Sannolikheten är stor för att ett efterföljande recidiv inom 6 månader orsakas av samma stam, d.v.s. den ESBL-bildande E.coli-stammen.
- Vid behov av antibiotikabehandling kan infektionsläkare kontaktas för diskussion om antibiotikaval. Ta relevanta odlingar innan antibiotikabehandling påbörjas. E. coli med ESBL är i de flesta fall känsliga för nitrofurantoin och pivmecillinam. Däremot är de ofta resistent mot kinoloner och trimetoprim. Väljer man att behandla med pivmecillinam rekommenderas numera (nya riktlinjer från infektionsläkarföreningen) att ge 400 mg x 3 i sju dagar för båda könen om patienten har en akut cystit där E. coli med ESBL påvisats i odling.
- Dokumentera bärarskapet i patientens journal.
- Vid diagnosklassificering anges först diagnoskod för typ av infektion, därefter kod för bakterieart och sist U822 *Resistens på grund av betalaktamaser med utvidgat spektrum*. Om

patienten endast har ett bärarskap utan klinisk infektion anges Z221 *Bärare av andra patogena tarmbakterier*.

Referenser:

[Behandlingsrekommendationer för vanliga infektioner i öppenvård \(Regnbågshäftet\).
Folkhälsomyndigheten](#)

[Läkemedelsbehandling av bakteriella hud och mjukdelsinfektioner i öppenvård –
behandlingsrekommendation](#), Läkemedelsverket 2018

[Smittskyddsläkarnas smittskyddsblad om MRSA](#)
[Smittskyddsläkarna smittskyddsblad om ESBL-bildande tarmbakterier](#)

[Vårdprogram Urinvägsinfektioner hos vuxna 2020 Svenska Infektionsläkarföreningen](#)