



Erysipelas

Webbinarium 2024-08-29

Gunnar Jacobsson

Strama VGR



Kontroverser

- När behöver staff aureus täckas in?
- Dubbelbehandling med pcV och flukloxacillin?
- Skillnad på erysipelas och cellulit?
- Bilateral erysipelas underben?
- Behov av iv behandling?
- Risk för iGAS?
- Behandlingstid?
- Hur sköta recidiv?
- Ansiktserysipelas?





© DERMIS.NET

Läkemedel vid bakteriella hud- och mjukdelsinfektioner - behandlingsrekommendation

Publicerad: 18 juni 2018

Senast uppdaterad: 18 juni 2018

Kategori: Läkemedel för människa, Barn och ungdomar, Vuxna

Status: Aktuell

Denna rekommendation omfattar initial handläggning och antibakteriell behandling av hud- och mjukdelsinfektioner i öppenvård. Generellt gäller att om behandling med antibiotika krävs ska i första hand betalaktamantibiotika användas samt att streptokocker är fullt känsliga för penicillin V.

Epidemiologi – vanligt!

- Hud- och mjukdelsinfektioner utgör 11 – 16 % av infektioner i primärvården

(Diagnos- och förskrivningsstudier i primärvården 2008–2013)

- Incidens 180 per 10^5 invånare och år
- 12 per 10^5 inv och år med vård på sjukhus
- Kraftigt ökande incidens hos patienter över 65 år (Nederländerna 2006)



Riskfaktorer

- Ålder, lokala faktorer som lymfödem, venös insufficiens, hudsjukdomar, traumatiska sår eller kroniska bensår
- Vanligt med underliggande sjukdomar som malignitet, hjärtsjukdom, diabetes, obesitas med BMI > 30, alkoholism
- Tidigare infektion!



Etiologi

- Betahemolytiska streptokocker, grupp A och G. Vid infektion i underbenen dominerar grupp G.
- En klinisk bild liknande erysipelas kan ibland orsakas av andra agens, exempelvis *S. aureus* och, mycket sällsynt, gramnegativa bakterier (*Influenzae haemophilus* med blålila bild).



Klinisk bild

- Akut, välavgränsad, indurerad (vallartade kanter ibland, upphöjd), rodnad, värmeökad, smärtsam (ömhet) hudförändring.
- Oftast allmänpåverkan och feber/frossa med minst 38 °C.
- Illamående/kräkningar kan förekomma.
- Infektionen är begränsad till dermis.
- Blåsbildning samt även abscessutveckling vid svårare infektion.



Cellulit kontra erysipelas

- Diffus avgränsning av rodnaden/
infektionen vid cellulit
- Infektionen går djupare, ner i subkutis
- Inte vallartade kanter
- Oftare samtida sår
- Oftare förekomst av staff aureus
- Båda begreppen anses dock spegla en
liknande infektionsprocess



Klinisk bild

- Ofta underben men alla lokaler kan drabbas
- Gradvis utbredning av rodnad och svullnad, ibland satellitutslag
- Ibland föregår feber lokala symtom, kan försena diagnosen



Diagnos

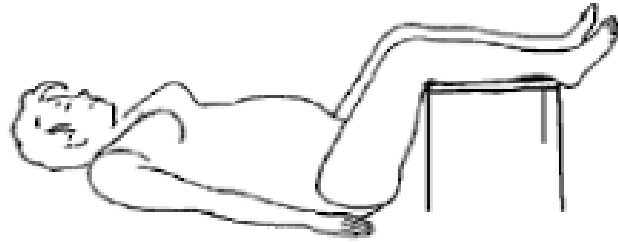
- Klinisk
- Rita!
- Såroding i enstaka fall
- Vid sjukhusfall blododling

Differentialdiagnos

- Bilaterala hypostatiska, rodnade förändringar på underbenen vid venös insufficiens.
- Arteriell insufficiens med rodnad distalt på nedre extremiteter
- Kontaktallergier
- Djup ventrombos
- Fokala inflammationer med omgivande hudrodnad, till exempel gikt
- "Cellulit"

Komplikationer

- Recidiv! 25 % får minst en ytterligare infektion inom 3 år
- Långvarig svullnad
- Abscessutveckling
- Lokal hudnekros
- Ovanligt: septisk artrit i knä, gangränutveckling
- Bakteriemi ca 5 %
- Låg mortalitet



Behandling

- Motverka ödem: högläge och kompression
- Penicillin V 1g x 3, vid vikt över 90 kg 2g, i 10 dagar
- Om staff aureus misstänks, isoxazolympenicillin 1g x 3, ej nödvändigt med dubbelbehandling pcV och flukloxacillin
- Vid penicillinöverkänslighet klindamycin
- Vid recidiv (2 recidiv inom 3 år enligt LMV) PcV 1g x 2 (vid vikt över 90 kg: 1 + 0 + 2 g) i 3 till 6 månader

Behandling

- Is i magen: förbättring av lokalstatus dröjer ofta några dagar efter insatt antibiotikabehandling.
- Antiödemterapi!
- Vid recidiv; hitta ev utlösande faktorer: ödem, försämrad lymfcirkulation, sår, svampinfektion.



Sjukhusfall?

- Vid allmänpåverkan, iGAS!
- Se Tecken till allvarlig infektion i Regnbågshäftet
- Ansiktserysipelas – diskutera med barn/infektionsklinik! Speciellt infektion kring öga/näsa – cellulit? Risk för septisk spridning intrakraniellt? Sinuscavernosustrombos?

Extra

- I en fransk sjukhusbaserad fall-kontrollstudie av erysipelas i nedre extremiteten påvisades följande oberoende riskfaktorer: brott i hudbarriären (såsom bensår, fissurer, intertrigo, trycksår, hudsjukdom eller fissurer mellan tår) OR 23,8 (10,7–52,5), venös insufficiens OR 2,9 (1,0–8,7), **lymfödem OR 71,2** (5,6–908), benödem OR 2,5 (1,2–5,1), övervikt OR 2,0 (1,1–3,7). Inget samband påvisades med diabetes, alkohol eller rökning