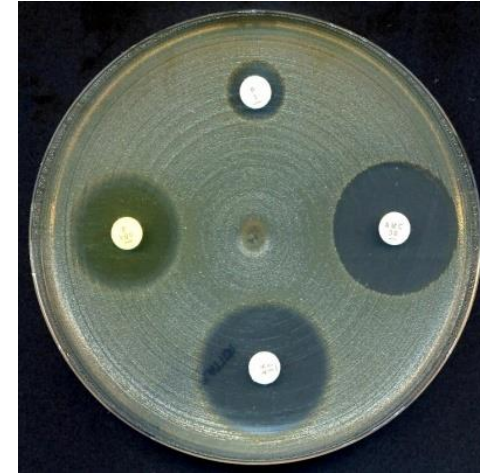


Odlingssvar och resistensbestämningar - hur ska man tänka?



Stramas lunchwebbinarie
26 mars 2026

Tinna (Christina) Åhrén

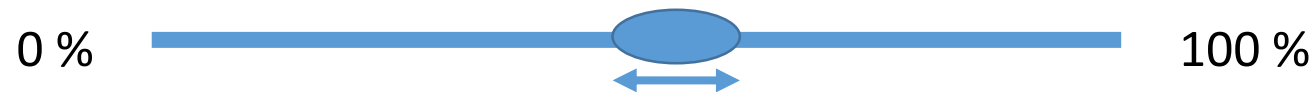
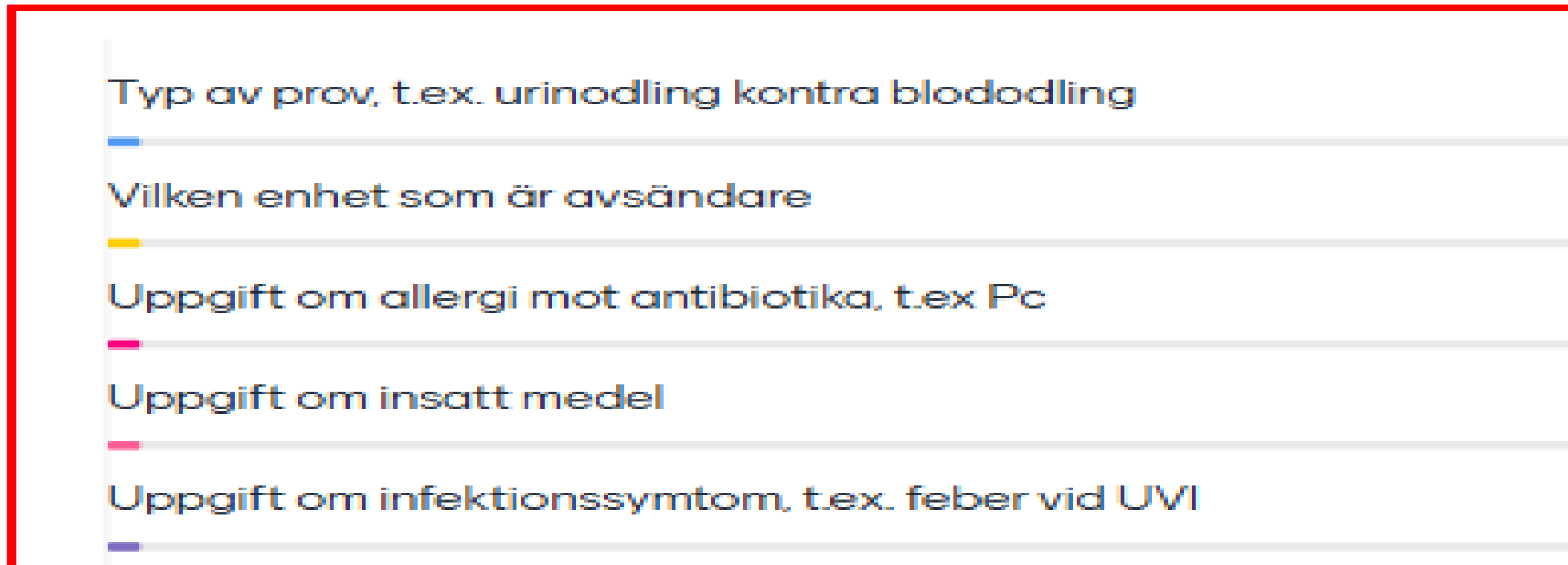
Strama Västra Götaland

christina.ahren@vgregion.se

www.vgregion.se/strama



Vilka remissuppgifter påverkar val av testade antibiotika?



Vad syftar diagnostiken primärt till?

- Bekräfta, förkasta infektionsdiagnos
 - utifrån fynd och provtagningslokal
- Identifiera behandlingsalternativ
 - Bakteriefynd och provtagningslokal
 - provtagen patient och dess sjukdomsbild
 - provtagande enhet
 - allergi och insatt behandling



Remissuppgifter är viktiga!

ODLING BLOD 902*10584		Provtagningsdatum: 170320
Provtagningsmaterial: BLOD		Ankomstdatum: 170320
Remissuppgifter: (uppgifter från originalremiss)		Utskriftsdatum: 170323
insatt på meronem efter odling		
grundsjukdom: infektion, aktuell antibiotika: ciprofloxacin		
** Svaret ersätter/kompletterar tidigare svar daterat 170322 **		
Resultat:		
Odling: Växt av		
<i>E. coli</i>	Preliminärsvär:	170321
<i>E. coli</i>	Slutsvär:	170322
<i>E. coli</i>	Tilläggsvär:	170323
Nytt	MIC mecillinam : 0.125 mg/L.	
Nytt	Resistensbestämningen enligt SIR för mecillinam avser behandling vid okomplicerad urinvägsinfektion.	
Cefotaxim	S	S
Ceftazidim	S	S
Meropenem	S	S
Tobramycin	R	S
Ciprofloxacin	R	R
Pipera/tazobactam	S	S
Trim-sulfa		S
Ceftibuten		S
Mecillinam		S

(S=känslig, I=nedsett, R=resistent)

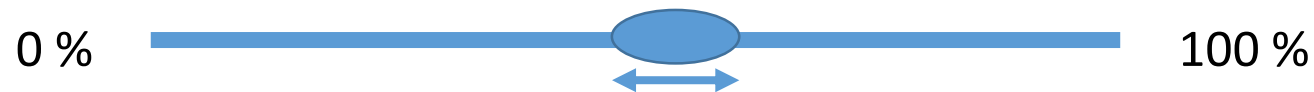
Ibland svaras bara enstaka antibiotika ut. Håller du med om dessa påståenden?

Grupp A-streptokocker kan anses känsliga för penicillin

S. aureus som är isoxa-pc-känsliga testas oftast bara för det

Fyndet förefaller inte vara relevant, så inget testas

Det krävs kliniska studier som bekräftar att ett antibiotika fungerar för att det ska svaras ut



Gerda 80 år

Gerda har långvarigt bensår vid vristen. Såret har försämrats med ökad sekretion, lätt rodnad runt sårkanten och nytillkommen smärta från såret. Måttlig bensvullnad. Ingen feber. Sårodling har redan tagits och svaret har kommit!

Två alternativa sår men samma anamnes – vad gör du?

A)



B)

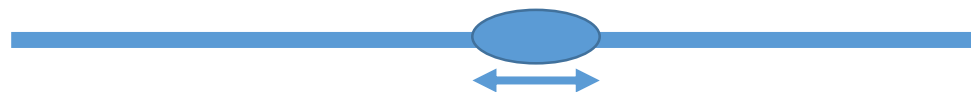


Skulle du behandla patienten med sår A med antibiotika utifrån följande svar?

- Växt av Staph. aureus, med resistens-bestämning, samt hudflora
- Om det också stod "kliniskt relevant fynd?"
- Växt av hudflora med inslag av S. aureus utan resistensbestämning



0 %



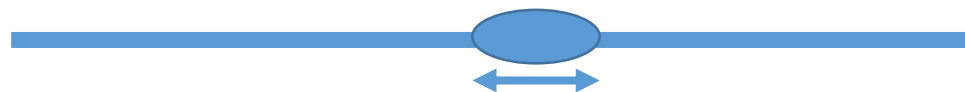
100 %

Skulle du behandla patienten med sår B med antibiotika utifrån följande svar?

- Växt av pseudomonas, med resistens-bestämning samt gramnegativ blandflora
- Om det också stod ” kliniskt relevant fynd? ”
- Växt av hudflora med inslag av pseudomonas utan resistensbestämning

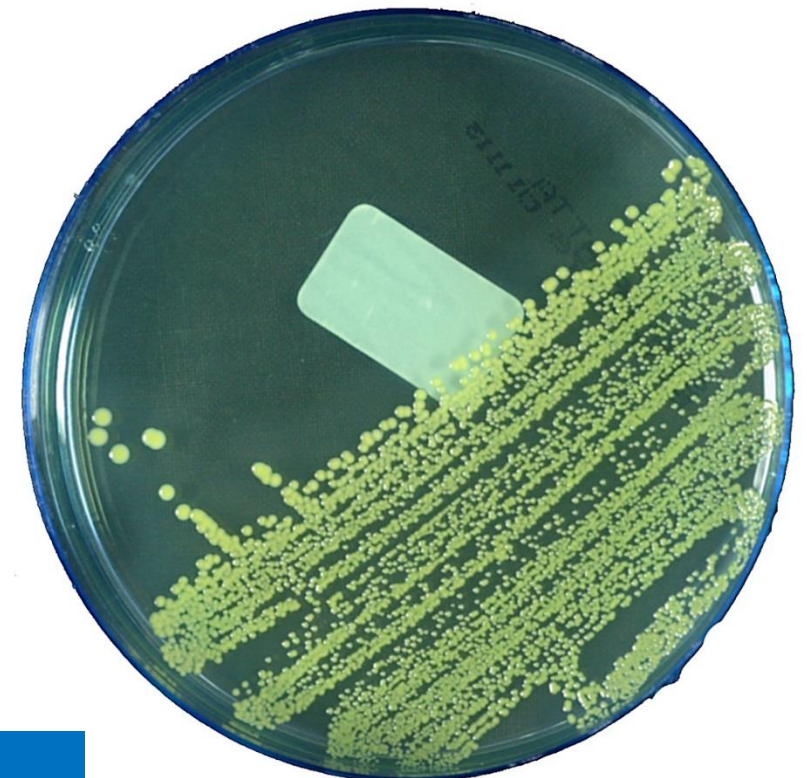
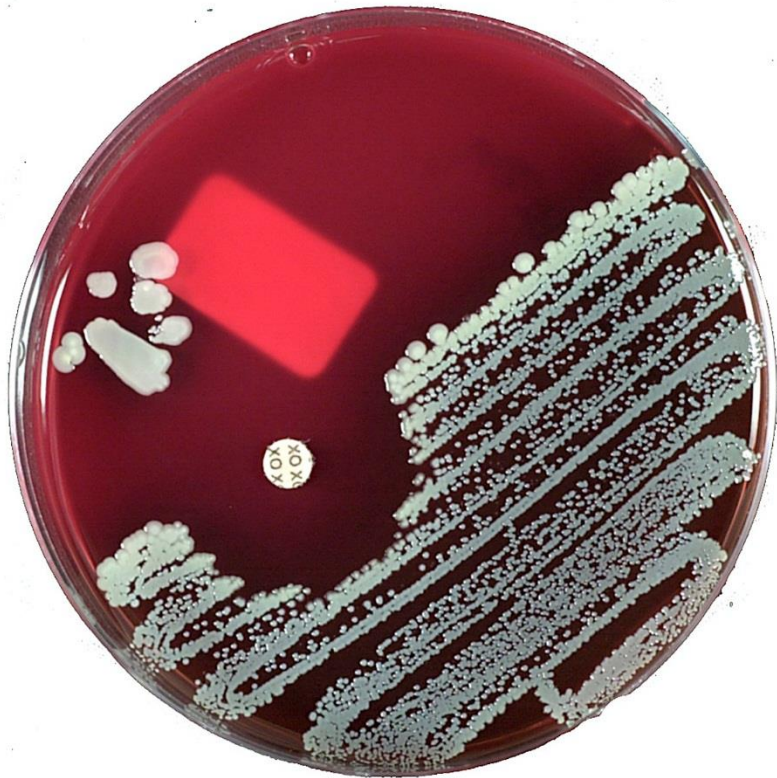


0 %



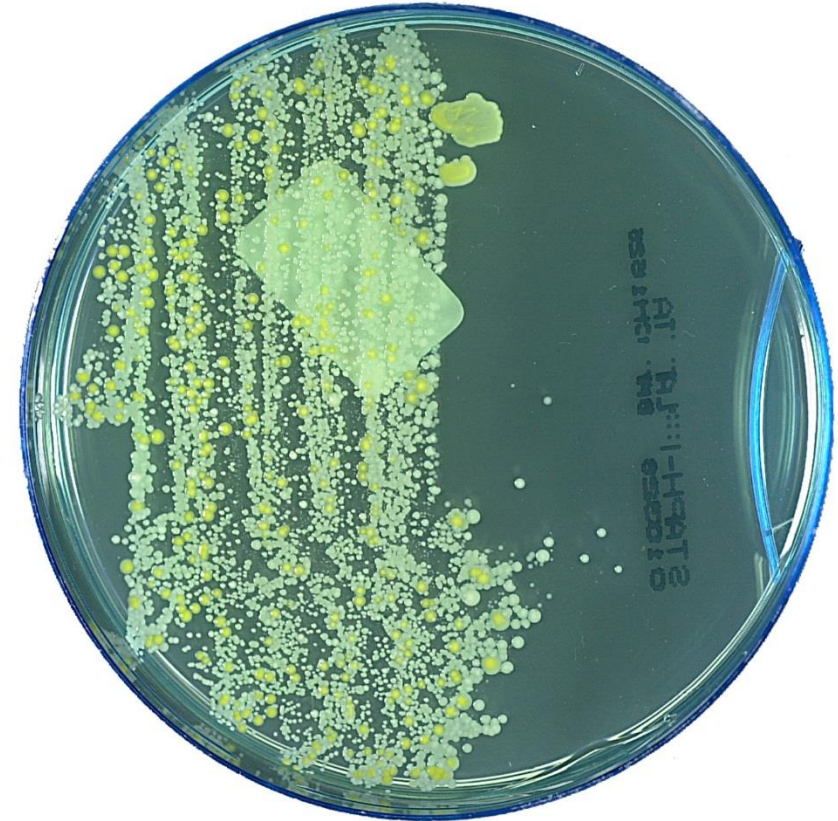
100 %

Odling från sår med *S. aureus* i renkultur!



Infektion

Odling från sår A

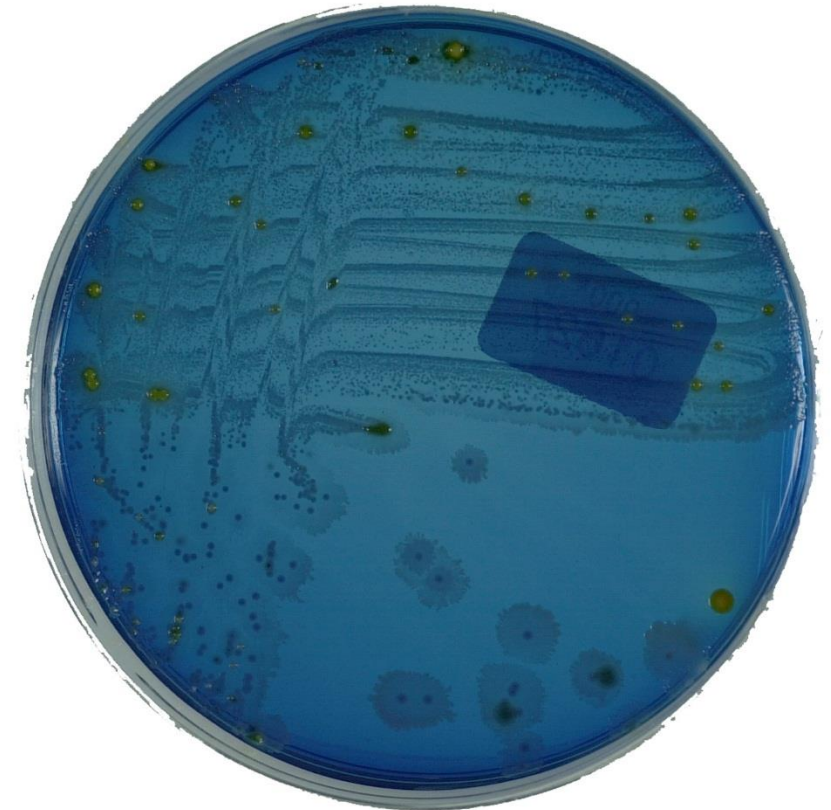
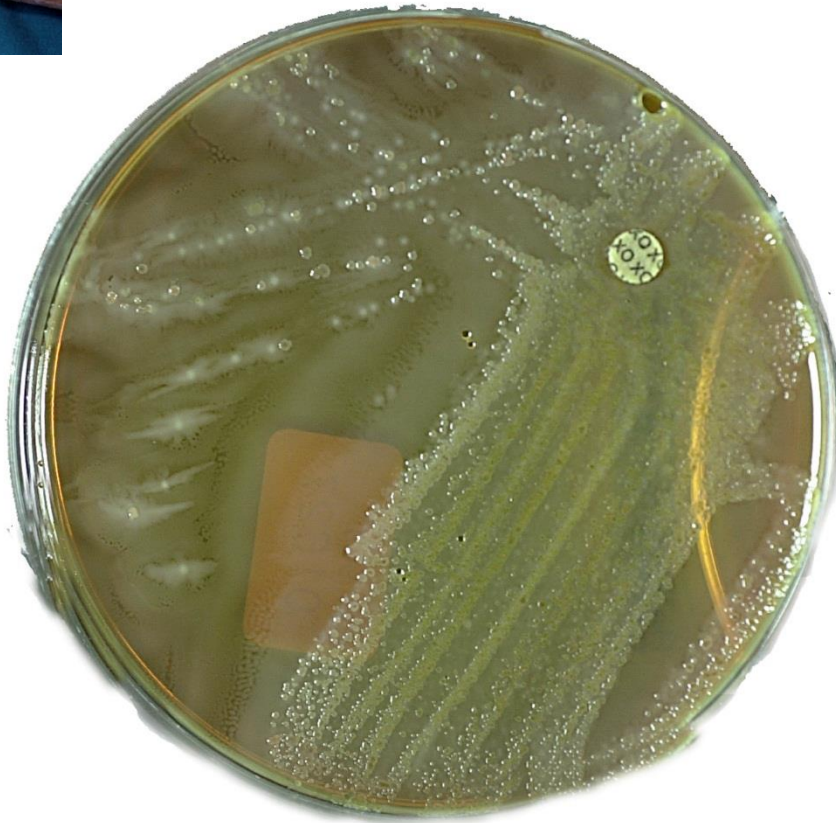


Normal hudflora



Odling från sår B

Pseudomonas + gramnegativ blandflora!



kolonisationsflora

Barbro 75 år

- Recidiverande cystiter
- Utredd, har lokalt östrogen
- Nu svår sveda vid miktion, mikterar
1-2 ggr/timma, urinträngningar 1 gg/timma
- Ingen feber, genitala symtom eller ryggvärk, varit i Sydafrika för 2 mån sen
- Du beställer urinodling och förskriver nitrofurantoin



Du får ett preliminärsvår från lab: Klebsiella med ESBL i urin

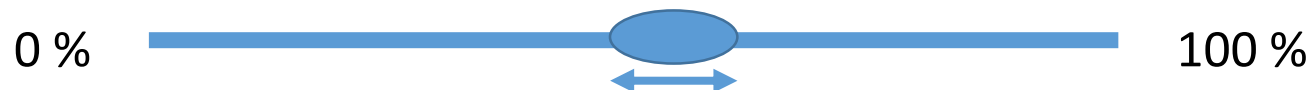
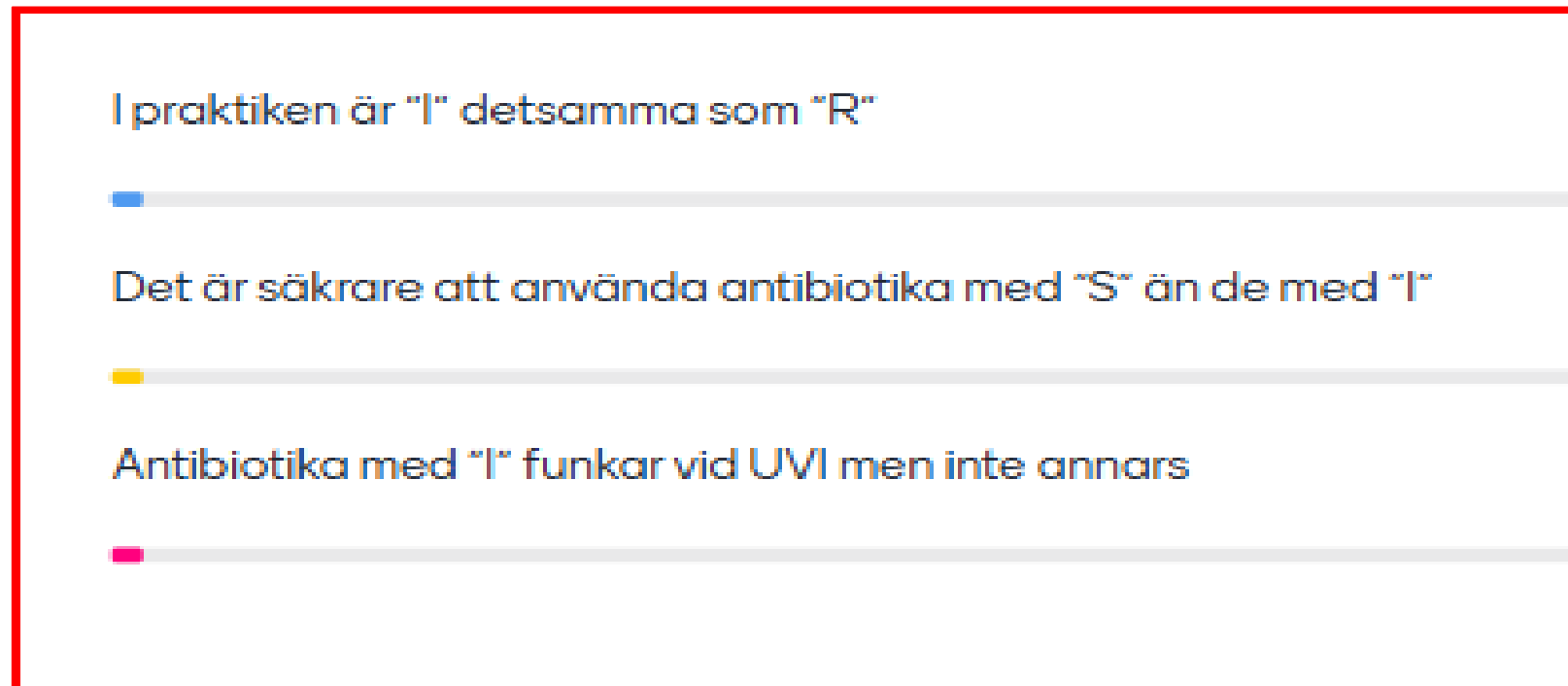
Vilket av nedanstående preparat skulle kunna vara ett behandlingsalternativ i detta fall?

1. Cefadroxil
2. Ciprofloxacin
3. Trimetoprim
4. Mecillinam
5. Nitrofurantoin

Obs!
För E. coli med ESBL:
Nitrofurantoin fungerar
sannolikt

Hur ska man tänka runt "I" i ett resistens-besked?

Håller du med om dessa påståenden?



“Ny” definition för S, I och R

- **S** – som det alltid har varit, man använder standarddos som regel
- **I → en variant av “S”**
 - Preparatet fungerar men **kräver adekvat dosering**
 - vissa bakterier och AB blir aldrig S, bara “I” som bäst för vissa preparat
- **R** – som det alltid har varit, fungerar inte oavsett dosering

Vi får fler behandlingsalternativ!

Dosering för S (normaldos) och I (högdos)

Doseringar finns på RAFs hemsida – uppdateras årligen (RAFs hemsida: www.sls.se/raf > resistensbestämning))

Dosering

	Normaldos (dos för S)	Högdos (dos för I)	Dos vid okomplicerad UVI	Särskilda överväganden
Bensylpenicillin	1 g x 3 i.v.	3 g x 4-6 i.v.		Meningit: 3 g x 4 iv Endokardit: 3 g x 4-6 iv
Ampicillin	2 g x 3 i.v.	2 g x 4 i.v.		Meningit: 3 g x 4 iv Endokardit: 3 g x 4-6 iv
Amoxicillin p.o.	500 mg x 3 p.o.	750 mg x 3 p.o.	500 mg x 3 p.o.	<i>H. influenzae</i> : endast högdos
Amoxicillin-klavulansyra p.o.	500 mg/125 mg x 3	875 mg/125 mg x 3	500 mg/125 mg x 3	<i>H. influenzae</i> : endast högdos
Fenoximetylpenicillin (PcV)	1 g x 3 p.o.	Saknas		
Piperacillin-tazobaktam	4 g/0,5 g x 3 vid urinvägs-, buk- och hud-/mjukdelsfokus. Vid övriga infektioner eller resistens mot cefalosporiner (t ex ESBL) 4 g/0,5 g x 4.	4 g/0,5 g x 4 (överväg förlängd infusion vid svåra infektioner)		<i>Pseudomonas spp.</i> : endast högdos

Det går bra, ibland t.o.m. bättre, att använda AB med "I" kräver bara att man har koll på doseringen – "tänk!"