OBS! Utskriven version kan vara ogiltig. Verifiera innehållet.

Gäller för: Södra Älvsborgs Sjukhus
Innehållsansvar: Afshin Shahnavaz, (afssh), Överläkare
Granskad av: Afshin Shahnavaz, (afssh), Överläkare
Godkänd av: Jerker Nilson, (jerni1), Chefläkare
Giltig från: 2026-11-12
Giltig till: 2028-11-10

Encefalit, infektiös. Akut utredning av vuxna, SÄS

Förändringar sedan föregående version

Ändringar har gjorts av likvoranalyser som ska skickas.

Sammanfattning

Rutinen beskriver handläggning vid misstanke om encefalit, hantering av likvorprover samt övrig provtagning, utredning och behandling av vuxna patienter.

Innehållsförteckning

Förändringar sedan föregående version 1
Sammanfattning 1
Innehållsförteckning 1
Bakgrund och syfte 1
Förutsättningar 1
Utförande 2
Källförteckning 5

Bakgrund och syfte

Handläggning och utredning av akut infektiös encefalit.

Förutsättningar

Diagnosen övervägs hos alla patienter med ett eller flera av följande symtom:

VÄSTRA GÖTALANDSREGIONEN

- Medvetandesänkning.
- Huvudvärk.
- Kramper.
- Personlighetsförändring/nytillkommen förvirring.
- Neuropsykiatriska symptom som hallucinationer eller agitation.
- Fokalneurologiska bortfall.
- Eventuellt samtidig feber, som inte har annan uppenbar förklaring.

Utförande

- Ta grundlig anamnes: tidpunkt för symtomdebut, dubbelinsjuknande, vattkoppor/bältros, herpesanamnes, fästingbett, djurkontakt, reseanamnes, omgivningsanamnes, sexualanamnes, vaccinationer, läkemedelsbehandling, immunosuppression.
- Status tas med tonvikt på neurologi.
- Kontrollera om det finns kontraindikationer för genomförande av lumbalpunktion eller om patienten behandlas med antikoagulantia.
- Radiologisk undersökning, CT-hjärna med kontrast eller MRT.
- Radiologisk undersökning får dock inte fördröja fortsatt utredning och behandling.
- Tidig administrering av intravenöst Aciklovir är avgörande för prognos vid herpesencefalit.
- Kontakta alltid infektionskonsult eller jourtid infektionsbakjour vid encefalitmisstanke.

Lumbalpunktion (LP)

Se Vårdhandboken, avsnitt Lumbalpunktion för tillvägagångssätt.

- Kontraindicerat vid kliniska tecken till fokal expansiv intrakraniell process till exempel abscess eller tumör.

- Tecken på ökat intrakraniellt tryck med symtom som snabbt sjunkande medvetandegrad, kraftig psykomotorisk oro, medvetslöshet RLS ≥4, pågående kramper, nytillkommen hemipares, centralnervösa symtom (ögonmuskelpares, ljusstela pupiller, staspapill, stigande blodtryck med bradykardi och/eller oregelbunden andning).
- Infektion på planerat stickställe.
- Pågående antikoagulantia eller blödningsrubbning (INR>1.6, TPK <30x109), se riktlinje Antikoagulantia och- eller trombocythämmare vid akut-halvakut kirurgi inom 24 timmar.

Se vårdprogram Vårdprogram bakteriella CNS-infektioner gällande kontraindikationer för akut lumbalpunktion samt avsnitt om lumbalpunktion och blödningsbenägenhet/antikoagulantia.

Mät likvortrycket

Mät gärna likvortrycket (cm H2O) med stigrör vid lumbalpunktion.

Förbered 4 sterila plaströr

- **Rör 1**; extrarör (eventuellt fler rör) minst 2 ml, skickas till mikrobiologen i Borås för frysning i -20 grader. Använd mikrobiologremiss, i anamnesrutan noteras ”Tacksam frysning X-rör likvor i två månader”.
- **Rör 2**; analys med snabb-PCR. Begär ”CNS-infektioner, snabb-PCR”, cirka 2 ml, skickas till mikrobiologen Borås. Skriv med anamnes i remissen.
- **Rör 3**; bakterieodling 2 ml, till mikrobiologen Borås. Om laboratoriet är stängt sprutas också cirka 1 ml likvor i aerob blododlingsflaska och lämnas till mikrobiologen. I väntan på transport förvaras rör i rumstemperatur eller 37° värmeskåp (ej kyl). Om direktmikroskopi önskas, bifogas likvor i provrör som sätts i kyl.
- **Rör 4**; sp-cellräkning, sp-albumin, sp-glukos och sp-laktat, cirka 2 ml (glöm inte prov för p-glukos analys). Skickas till

laboratorium för klinisk kemi inom 30 minuter. Begär akutsvar.

Provtagning

- P-glukos
- CRP
- Hematologistatus
- P4
- HIV-prov
- Ställningstagande till TBE-serologi i serum (IgM/IgG)
- Luftvägsblock till virologen SU (om luftvägssymtom eller mykoplasmamisstanke)
- Extrarör serum till mikrobiologen Borås för frysning i två månader (akutserum för framtida serologiska analyser vid behov).

Neuroradiologisk undersökning

Bör göras snarast för att bekräfta encefalitdiagnos samt ur differentialdiagnostisk synpunkt. CT-hjärna med kontrast blir oftast den undersökning som kan utföras i akutläget. Radiologisk undersökning utförs före LP om fokalneurologi och/eller kliniska tecken till förhöjt intrakraniellt tryck.

MRT är dock överlägsen DT vid encefalitdiagnostik.

EEG

Rekommenderas på vida indikationer i tidigt skede vid misstanke om herpesencefalit. Akut EEG är dock sällan indicerat, aktuellt vid kramper eller misstanke om icke-konvulsiv epilepsi.

Behandling

Aciklovir ges 10-15 mg/kg x 3 intravenöst, dosanpassa utifrån patientens njurfunktion (dosrekommendationen 15 mg/kg x 3 ges främst till yngre och njurfriska patienter). Ordinera parallellt Ringer-Acetat för adekvat rehydrering samt övriga njurpåverkande läkemedel granskas.

Steroider ges inte rutinmässigt vid herpesencefalit men kan vara aktuellt i akutskedet vid symtom på uttalat hjärnödem, diskutera med infektion-/neurologspecialist.

Uppföljning

Patient med misstänkt infektiös encefalit bör vårdas på infektionsavdelning och vid svåra fall intensivvården.

Remissinstans (utgåva 1)

Verksamhetschefer, SÄS

Källförteckning

- Vårdhandboken, avsnitt lumbalpunktion www.vardhandboken.se/undersokning-och-provtagning/biopsier-och-punktioner/lumbalpunktion/oversikt/
- Antikoagulantia och/eller trombocythämmare vid akut/halvakut kirurgi inom 24 timmar. Sjukhusövergripande riktlinje, SÄS https://insidan.vgregion.se/forvaltningar/sodra-alvsborgs-sjukhus/styrdokument
- Vårdprogram infektionsläkarföreningen ”CNS-infektioner, virala Vårdprogram virala CNS-infektioner
- Vårdprogram infektionsläkarföreningen ”CNS-infektioner, bakteriella Vårdprogram bakteriella CNS-infektioner

OBS! Utskriven version kan vara ogiltig. Verifiera innehållet.

Information om handlingen

Handlingstyp: Rutin

Gäller för: Södra Älvsborgs Sjukhus

Innehållsansvar: Afshin Shahnavaz, (afssh), Överläkare

Granskad av: Afshin Shahnavaz, (afssh), Överläkare

Godkänd av: Jerker Nilson, (jerni1), Chefläkare

Dokument-ID: SAS9642-738863596-251

Version: 6.0

Giltig från: 2026-11-12

Giltig till: 2028-11-10