

Gäller för: VE Kard Inf Hud Njur Gastro

Giltig från: 2025-01-22

Innehållsansvar: Margareta Rydström, (marry11), Överläkare

Giltig till: 2027-01-13

Granskad av: Anna Wärme, (annwa49), Processchef

Godkänd av: Andreas Lestander Melin, (andle15), Verksamhetschef

Exit site-infektion i peritonealdialys (PD) kateter - njursjukvård

Revideringar i denna version

Ändring under "Infektion" samt hänvisningsändring under rubrik "Normal exit site".

Syfte

Att beskriva hur exit site-infektion behandlas i normalfall (vid misstanke om tunnelinfektion mer intensiva åtgärder).

Ansvar

Sjuksköterska eller undersköterska som upptäcker infekterad exit site hos patient med PD-kateter rapporterar till läkare som bedömer vilka åtgärder som ska vidtas.

Arbetsbeskrivning

Normal exit site

Hel fin hud (hudfärgad, rosa eller violett), krusta kan förekomma liksom seröst sekret eller blödning efter drag i katetern. Viktigaste förebyggande faktorn är fixering! (Jämför styrdokument "Exit site PD-kateter omläggning - njursjukvård" SKAS9715-1834850575-116).

Symtom på exit site-infektion: Rodnad, pus, värmeökning, ömhet och svullnad runt exit site.

Begynnande infektion

Rodnad hud kring kateteringång. Eventuellt lite blödning och eller seröst sekret.

- ✓ Daglig **omläggning**. Rengör med t ex 70 % sprit (eller klorhexidinsprit, eller alsolsprit).
Alternativt Descutan två gånger i veckan, övriga dagar med fysiologisk NaCl lösning. Omläggning eventuellt kompletterad med Sorbact. Alternativt Biopatch eller Tegaderm CHG (finns på HD:n) (ska sitta minst 3 dagar, helst 1 vecka).
- ✓ Dokumentera exit site-utseendet på omläggningsprotokoll/foto.
- ✓ **Inspektion** av PD-sköterska 1 gång per vecka tills normalisering skett.
- ✓ Kontakt med PD-mottagningen + ta odling **om ej förbättring eller försämring sker**. (Antibiotikabehandling framför allt om staph aureus eller pseudomonas. KNS troligen inte infektion om ej pus och tydliga infektionstecken enligt nedan uppkommer).

Infektion

Kraftig rodnad runt kateteringång, svullnad, ömhet, sekretion av pus, eventuellt med blödning.

1. **Daglig omläggning**, rengör med t ex 70 % sprit (eller klorhexidinsprit eller alsolsprit).
Alternativt Descutan två gånger i veckan, övriga dagar med fysiologisk NaCl lösning. Omläggning eventuellt kompletterat med Sorbact eller Prontosan (upprensning och hämmar bakterieväxt, se kopia på PD-mottagningen från sårwebben VGR) eller vid pseudomonas** ättiksyralösning (se kopia från sårwebben, VGR på PD-mottagningen).
2. Dokumentera exit site-utseendet på omläggningsprotokoll/foto.
3. Antibiotika, i första hand tablett **Heracillin** 1 g x 3 eller kapsel **Dalacin** 300 mg x 2 (-3) i väntan på odlings svar. (Vid illamående kan dosen Dalacin ändras till 150 mg x 4).
Vid Heracillin-behandling (utsöndras renalt men stor terapeutisk bredd): Om behandlingstid mer än 2 veckor, särskilt liten patient och dålig rest-GFR, eller biverkningar: dosreduktion till 1 g x 2.
4. Behandling i minst två veckor. Man ska ha sett en klar förbättring sedan minst en vecka innan antibiotika utsätts. Vid förlängd behandling (minst en vecka i taget) fortsatt värdering av exit site veckovis. Se även ytterligare möjliga åtgärder nedan* vid dåligt svar på behandling.

5. Inspektion av PD-sköterska 1 gång per vecka för att utvärdera effekten av behandlingen.
6. Rekommendera någon probiotika t.ex. Proviva eller receptfria preparat från apoteket (dock ej Precosa!) i samband med antibiotikabehandling för om möjligt bättre gastrointestinal tolerans och eventuellt minskad risk Clostridium difficile-diarré.

*** Om dåligt svar på ett antibiotikum och/eller svårare/djupare/mer utbredd infektion/sent upptäckt infektion/recidiv efter utsatt behandling, särskilt om staph aureus/(KNS):**

- ✓ Dalacin-behandling där dosen ökas till 300 mg x 3 om god tolerans. Penetrerar bättre in i biofilm än penicillin.
- ✓ Mer potenta alternativ för bättre penetration in i biofilm:
- ✓ Tillägg (till Heracillin) av tablett Fucidin 250 mg 2 x 3.
- ✓ Tillägg (till Dalacin) av kapsel Rimactan 150 mg 2 x 2 eller tablett Fucidin 250 mg 2 x 3.
- ✓ Kombinera kapsel Rimactan 150 mg 2 x 2 och tablett Fucidin 250 mg 2 x 3.

OBS! Ge aldrig Fucidin eller Rimactan som monoterapi!

Fucidin:

- Gastrointestinala biverkningar vanliga på Fucidin.
- Eventuell statinbehandling utsätts till och med 7 dagar efter avslutad Fucidin-behandling (risk för rabdomyolys).

Rimactan:

- Ej så bra kombinera med betalaktamantibiotika, då de kan motverka varandra.
- Leverpåverkan kan ses av Rimactan. Ingen åtgärd om ASAT/ALAT ej överstiger 3. Vanligt med interaktioner på Rimactan, minskar bl.a. effekten av ciklosporin, tacrolimus och fenytoin.
- ✓ Överväg Vancomycin 15 mg/kg i tillägg som bolusdos iv (eller i nödfall intraperitonealt – ger dock lägre s-koncentration).
- ✓ Överväg även andra antibiotikaregimer och åtgärder vid behov. **
- ✓ Behandlingstid minst 4 veckor.
- ✓ Kateterbyte aldrig fel, helst alltid om andra recidiv eller ej tydligt terapisvar inom 3 veckor.

** Vid Pseudomonas-infektion:

- ✓ 2 antibiotika kombineras enligt resistensmönster i 4 veckor.
- ✓ Lokalbehandling företrädesvis med ättiksyrelösning.

- ✓ Kateterbyte efter första recidiv eller om dåligt terapivar.

Tunnelinfektion

Ömhet, svullnad eventuell rodnad och värmeökning motsvarande tunnel/kuff. Eventuellt kan pus pressas ut vid tryck över kuffen. Ökad risk för övergång till peritonit!

- ✓ Kateterbyte på vida indikationer. Oftast svårt/omöjligt kurera med enbart långtidsantibiotika.

Granulom

Kan lapoliseras, men bör först odlas och vid behov antibiotikabehandlas annars stor risk att infektion blossar upp efter lapoliseringen.

Information om handlingen

Handlingstyp: Rutin

Gäller för: VE Kard Inf Hud Njur Gastro

Innehållsansvar: Margareta Rydström, (marry11), Överläkare

Granskad av: Anna Wärme, (annwa49), Processchef

Godkänd av: Andreas Lestander Melin, (andle15),
Verksamhetschef

Dokument-ID: SKAS9715-1834850575-41

Version: 11.0

Giltig från: 2025-01-22

Giltig till: 2027-01-13