

Gäller för: VE Kard Inf Hud Njur Gastro

Giltig från: 2026-02-27

Innehållsansvar: Ida Pontén, (idapo1), Enhetschef

Giltig till: 2028-02-27

Granskad av: Anna Wärme, (annwa49), Processchef

Godkänd av: Kerstin Larsson, (kerla9), Verksamhetschef

Peritonit vid peritonealdialys, njursjukvård - handläggning

Innehåll

Revideringar sedan föregående version	2
Syfte.....	2
Arbetsbeskrivning	2
Symtom	2
Logistik.....	2
Provtagning och utredning	2
Diagnoskriterier, 2 av 3 rækker	2
Akut behandling	3
Fortsatt behandling	3
Kateterbyte	3
Icke biofilmsproducerande bakterier	3
Biofilmbildande bakterier	4
Behandlingsval efter odlings svar	4
Antibiotikas hållbarhet och blandbarhet i PD-påsar.....	5
Antibiotikadosering	5
Associerade vårdbehov och komplikationer	5
Arbetsgrupp.....	5

Revideringar sedan föregående version

Totalrevidering och omstrukturering av hela dokumentet. Ändring i arbetsgrupp.

Syfte

Beskriva handläggning vid misstänkt peritonit under peritonealdialys (PD).

Arbetsbeskrivning

Symtom

- Buksmärta, ofta diffus och utan klassiska peritonittecken
- Grumlig dialysvätska (ska normalt vara klar)
- Feber, diarré, kräkningar, allmän sjukdomskänsla
- Försämrad ultrafiltration

Logistik

- **Vardagar 07–16:** Patienten kontaktar PD-mottagningen för snabb bedömning.
- **Jourtid:** Patienten går via Akutmottagningen för akut bedömning och behandling. Njurbakjour informeras. Prioriterad handläggning på Akutmottagningen.
- Patienten ska ta med urtappad grumlig påse. Ny PD-vätska kan fyllas på för odling.

Provtagning och utredning

- Celler i PD-vätska ($>100 \times 10^6/L$ och $>50\%$ poly indikerar bakteriell peritonit)
- Odling på nytappad PD-vätska
- Blododlingar x2 vid feber $\geq 38,5^\circ C$ eller sepsismisstanke
- Blodstatus, elektrolyter, leverprover, CRP, P-glukos
- U-odling vid misstanke om urinvägsinfektion
- EKG och inspektion av exit-site och katetertunnel

Diagnoskriterier, 2 av 3 räcker

- Buksmärta/grumlig PD-vätska
- Celler $>100 \times 10^6/L$ (50% poly)
- Positiv odling

Akut behandling

- Starta antibiotika utan fördröjning.
- **Vancomycin:** <70 kg: 1 g i.p. ≥70 kg: 1,5 g i.p. >100 kg: 2 g i.p.
- **Ceftazidim:** 1 g i.p. (vid penicillinallergi: Azactam 1 g i.p)
- **Vid sepsis:** Ge antibiotika i.v.
- Heparin 500 IE/L PD-vätska vid kraftigt grumlig påse.
- APD-patienter bör tillfälligt gå över till CAPD för bättre behandlingskontroll och av logistiska skäl.

Fortsatt behandling (i avvaktan på odlings svar)

- **Vancomycin:** 25 mg/L PD-vätska i varje PD-byte.
- **Ceftazidim:** 125 mg/L PD-vätska i varje PD-byte (eller Azactam 250 mg/L vid penicillinallergi).
- Vid Peritonitbehandling får alla patienter CAPD 2000 ml x 4 av logistiska skäl oavsett ordinarie behandling.
- *Dessa koncentrationer ges oavsett patientens fyllnadsvolym (1500–2500 ml).*
- Aggregatbyte skall ske då dialysvätskan klarnat upp, senast på dag 8.

Vid Terapiresistens dag fem eller misstanke om recidiv

- Direktmikroskopi och ny odling.
- Överväg svamp- eller tuberkulosinfektion.
- Kemisk eller aseptisk peritonit vid oklar diagnos.

Kateterbyte

Kateterbyte är aldrig fel. Kan göras direkt vid relaps, upprepad peritonit eller refraktär exit-site-infektion om odling är negativ och cellantalet normaliserat. Vid terapieresistent peritonit, tarmfokus, svampinfektion eller samtidig exit-site/tunnelinfektion görs byte efter fördröjning.

- **Relaps:** Samma bakterie eller negativa odlingar inom 4 veckor efter avslutad behandling
- **Repeated peritonitis:** Samma bakterie >4 veckor efter behandling.
- **Recurrent peritonitis:** Ny bakterie inom 4 veckor.

Icke biofilmsproducerande bakterier, antibiotikabehandling och behandlingstid

- Alfa-streptokocker, Anaeroba bakterier, pasteurella, Grundregeln är två veckors behandling. Det gäller också vid odlingsnegativ peritonit. Fortsätt med Vancomycin och Ceftazidim och skicka PCR-analys.

Biofilmsbildande bakterier och antibiotikabehandling

Biofilmsbildande bakterier som **S. aureus, KNS, Candida, Pseudomonas, enterokocker och acinetobakter**, kräver särskild behandlingsstrategi. Dessa bakterier är mer resistenta mot antibiotika och är mer benägna att orsaka recidiv. Undvik betalaktamantibiotika vid biofilmsbildning. Två antibiotika kan kombineras. En behandlingsduration på tre veckor eller mer rekommenderas generellt vid biofilmproducerande bakterier. Trots en längre behandlingstid kan kateterbyte bli aktuellt vid terapivikt.

- **S. aureus och KNS:** kombination av Cloxacillin/Vancomycin och Rifampicin/Fucidin.
- **Pseudomonas:** Kombinationsterapi (till exempel Ceftazidim + Tobramycin/Ciprofloxacin).

Behandlingsval efter odlingssvar

- **KNS/Corynebakterier:** Byt till Cloxacillin om möjligt. Annars Vancomycin. Vid stabilt tillstånd dag 7–10, överväg per os Klindamycin + eventuellt Fucidin.
- **S. aureus:** Cloxacillin. Vid relaps, tillägg av Klindamycin/Fucidin. MRSA-behandlas enligt resistensmönster.
- **Alfa-streptokocker:** Bensylpenicillin ip, alternativt per os Kåvepenin eller Dalacin.
- **Enterokocker:** Doktacillin ip, eventuellt Amoxicillin. Vid ampicillinresistens, Vancomycin. Vid VRE, kontakta infektionsklinik.
- **Gramnegativa bakterier:** Tobramycin eller enligt resistensmönster.
- **Pseudomonas/Stenotrophomonas/Acinetobacter:** Kombinera två preparat (till exempel Ceftazidim + Tobramycin/Ciprofloxacin).
- **Pasteurella:** Ceftazidim ip eller Amoxicillin/klavulansyra per os.
- **Anaeroba bakterier:** Metronidazol iv initialt, sedan per os.
- **Bacteroides/Multipla agens:** Misstänk enterisk peritonit. Kontakta kirurgbakjour akut.

Svamp: Kateterbyte om ej förbättring inom 5 dagar. Efter byte, fortsatt svampbehandling 14 dagar.

Antibiotikas hållbarhet och blandbarhet i PD-påsar

- **Minst 4 dygn:** Vancomycin, Tobramycin, Ceftazidim.
- **2 dygn:** Kloxacillin.
- **Max 12 timmar:** Meropenem, Cefotaxim, Bensylpenicillin.
- **Blandbarhet:** Aminoglykosider, Vancomycin och Cefalosporiner kan blandas i PD-påse.
Ej kompatibelt: Bensylpenicillin + aminoglykosider.

Antibiotikadosering vid peritonit

- **Ampicillin (Doktacillin):** 1 g ip, sedan 125 mg/l PD-vätska.
- **Ceftazidim:** 1 g ip, sedan 125 mg/l PD-vätska.
- **Ciprofloxacin:** 500 mg x 1 per os. Vid svår infektion 750 mg x1.
- **Flukonazol:** 400 mg ip/iv första dagen, sedan 100 mg x 1 per os.
- **Fucidin:** 250 mg 2 x 3 per os. Kontraindicerat med statiner.

Associerade vårdbehov och komplikationer

- Smärtlindra patienten vid behov Xylocain 5 mg/ml, 5 ml intraperitonealt till varje påsbyte.
- Patienten som står på väntelistan för njurtransplantation, meddela TX-koordinator SU 031–3427040 eller SU-växeln 031–3421000, notera i journalen att patienten står inom parentes på väntelistan.
- Överväg risken för Clostridium difficile enterit efter genomgången antibiotikabehandling.
- Bedöm peritoneums ultrafiltrationsförmåga efter avslutad peritonitbehandling. Risken för ultrafiltrationssvikt ökar med antalet peritonittillfällen.
- Erbjud patienten möjlighet till poliklinisk behandling. Två antibiotika kan blandas i samma påse. Patienten kan läras upp att tillsätta antibiotika själv. Närsjukvårdsteamet kan engageras för stöd och hjälp i behandlingen. Se även stycket blandbarhet och hållbarhet av antibiotika.

Arbetsgrupp

Innehållsansvarig

Ted Millberg, Överläkare, Njurmedicinska kliniken, SkaS Skövde

Maria Johansson, Sjuksköterska, PD-mottagningen, SkaS Skövde

Ann Karlsson, Sjuksköterska, PD-mottagningen, SkaS Skövde

Åsa Andersson, Sjuksköterska, PD-mottagningen, SkaS Skövde

Information om handlingen

Handlingstyp: Rutin

Gäller för: VE Kard Inf Hud Njur Gastro

Innehållsansvar: Ida Pontén, (idapo1), Enhetschef

Granskad av: Anna Wärme, (annwa49), Processchef

Godkänd av: Kerstin Larsson, (kerla9), Verksamhetschef

Dokument-ID: SKAS9715-1834850575-91

Version: 15.0

Giltig från: 2026-02-27

Giltig till: 2028-02-27