

Gäller för: VO5 Ortopedi Ögon Öron näsa hals
Innehållsansvar: Kateryna Nawaia, (katna2), Underläkare, ST
Granskad av: Flera granskare finns - se eftersättsblad
Godkänd av: Cecilia Andersson, (cecan1), Verksamhetschef

Giltig från: 2024-12-02

Giltig till: 2026-12-02

Orbital cellulit

Förändringar sedan föregående version

Ny rutin.

Bakgrund och syfte

Syftet med rutinen är att förbättra och säkerställa handläggningen av orbital cellulit hos vuxna. Gällande handläggning av etmoidit hos barn och preseptal cellulit, se separata styrdokument.

Ansvarsfördelning

Ögonkliniken är primärt patientansvariga för patient med svullnad kring ögat och ansvarar för att sätta in behandling och diagnosticera grundorsak.

ÖNH-kliniken är primärt ansvariga vid konstaterad sinuitorsakad intraorbital svullnad eller vid intraorbital abscess på grund av annan ÖNH-orsak.

Ögonkliniken agerar konsulter.

Ögonkliniken är huvudansvariga vid intraorbital abscess av annan orsak än ÖNH-orsak. ÖNH-kliniken agerar konsulter, exempelvis vid kontakt med ÖNH, SU.

Vid handläggningen är det viktigt med direktkontakt mellan ögon- och ÖNH-jour.

Arbetsbeskrivning

Orbital cellulit är en infektion orsakad av företrädesvis bakterier eller svamp i orbita respektive mellanansiktet runt själva orbita. Det är ett allvarligt tillstånd med risk för kompartmentsyndrom med permanent synnedläggning och spridning intracerebralt. Som följd kan betydande funktionsförlust uppstå men även död.

Infektioner inom området klassificeras enligt Chandler in i fem grupper efter allvarlighetsgrad:

1. Preseptal cellulit (PC) = infektion begränsad till mjukdelarna framför septum orbitale.
2. Orbital cellulit (OC) = diffus infektion i orbita med inflammation av det orbitala fettet.
3. Subperiostal abscess = ansamling av pus mellan periostet och den beniga orbitaväggen.
4. Orbital abscess = ansamling av pus i orbitan, innanför periostet
5. Trombos i sinus cavernosus.

Riskfaktorer

OC är vanligare hos barn än hos vuxna. Riskfaktorer är nyligen genomgången övre luftvägsinfektion, ålder samt nedsatt immunförsvar.

Utlösande faktorer

Rinosinuit, tandinfektion, dakryocystit, sepsis, trauma eller komplikation till preseptal cellulit.

Symtom/status

- Rodnad, svullnad, smärta, värmeökning och palpationsömheter av ögonlocken samt området runt ögat.
- Proptos.
- Rodnad och svullnad i konjunktiva.
- Synnedsättning, försämrat färgseende och dubbelseende kan förekomma.
- Feber, sjukdomskänsla eller allmänpåverkan.

Symtomen är mildare hos immunsupprimerade patienter och högre grad av misstanke krävs då av klinikern. Symtom som kan tala för att OC är en komplikation till sinuit kan vara nästäppa, snuva, hosta, feber samt dubbelinsjuknande.

Handläggning

Kontakt med ögonjour telefonledes vid fynd som kan tala för OC (tel. 32131). Misstanken föranleder akut bedömning.

Öron-näsa-halsstatus ska utföras vid misstänkt rinosinuit. Kontakt tas telefonledes med ÖNH-jour (dagtid tel. 31918, jourtid tel. 0500-431000 växel). Kontakten sker företrädesvis efter genomförd bilddiagnostik. DT orbita/ansikte bör genomföras vid misstanke om rinosinuit för att säkerställa

genes till OC. ÖNH-bedömningen behöver inte ske jourtid om det inte påverkar handläggningen i övrigt.

Lab: CRP, blodstatus och krea. Blododling samt NPH-odling. Vid synligt sår, ta odling samt Strep-A test. Vid misstanke om sinusit tas odling från mellersta näsgången.

Röntgen: Indikation bestäms efter bedömning av ögonjour, vid behov diskussion med ÖNH-jour. DT orbita/ansikte alternativt MR hjärna/orbita.

Differentialdiagnoser

- Preseptal cellulit.
- Nekrotiserande fasciit (ofta med oproportionerligt svår smärta).
- Dakryocystit.
- Dakryoadenit.
- Blödning i orbita.
- Orbital inflammatorisk sjukdom (OID).
- Orbital tumör.
- Tyroideaassocierad oftalmopati.

Behandling

OC är alltid ett fall för ineliggande vård. Antibiotika ska ges så tidigt som möjligt, även om genesen inte är fastställd.

- Injektion Cefotaxim 3 g x 3 iv + Metronidazol 1 g x 1 iv (första dagen 1,5 g x 1).
- Vid misstanke om infektion med Pseudomonas ges i stället för Cefotaxim injektion Meropenem 2 g x 3 iv.

Vid oklarheter kring antibiotikaval tas kontakt med infektionskonsult för diskussion.

Orbitastatus ska bedömas var 4:e timme av ögonläkare tills klinisk förbättring.

En säkerställd orbital abscess genomgår i princip alltid kirurgisk behandling och då ska även odling tas. Vid behov av utrymning av intraorbital abscess (om kirurgisk kompetens inte finns på SkaS) kontaktar ÖNH-jour SkaS motsvarigheten på SU för övertag och åtgärd av patienten.

Vid tecken på orbitalt kompartmentsyndrom ska trycket i orbita avlastas akut genom klippning av de laterala kollateralligamenten i ögonlocken. En effekt av lateral kantotomi kan märkas genom påtaglig sänkning av ögontrycket. Lateral kantotomi ska göras akut av den läkare som träffar patienten. Dock bör ögonjour kontaktas telefonledes för att säkerställa att

kompartmentssyndrom troligen föreligger och lateral kantotomi är indicerat.
Se instruktion nedan:

[Lateral-kantotomi-och kantolys.pdf](#)

Om det inte föreligger orbitalt kompartmentssyndrom kan man avvakta 24–48 timmar med kirurgi av eventuell abscess under noggrann övervakning.

Komplikationer

Bestående synnedsättning, intraokulär infektion, spridning av infektionen via vensystemet kan ge trombos i sinus cavernosus, meningit, cerebral infektion, tillståndet kan leda till döden.

Arbetsgrupp

Innehållsansvariga: Liselotte Walsund, Specialistläkare ÖNH-kliniken, VO5 och Kateryna Nawaia, ST-läkare Ögonkliniken, VO5.

Innehållsgranskare: Martin Oscarsson, ÖL ÖNH-kliniken, VO5 och Mimmi Lindqvist, ÖL Ögonkliniken, VO5.

Källförteckning

Nationellt programområde ögonsjukdomar. Periorbitala och orbitala infektioner [Internet]. Kliniskt kunskapsstöd för vårdpersonal 1177; 2022 [citerad 2024-11-12]. Hämtad från:

https://vardpersonal.1177.se/Vastra-Gotaland/kunskapsstod/kliniska-kunskapsstod/periorbitala--och-orbitala-infektioner/?selectionCode=profession_specialiserad_vard

S:t Eriks Ögonsjukhus AB/Svensk Ögonläkarförening. Lateral kantotomi och kantolys [Internet]. Solna: 2022 [citerad 2024-11-12]. Hämtad från:

<https://swedeye.org/wp-content/uploads/2022/10/Lateral-kantotomi-och-kantolys.pdf/10/Lateral-kantotomi-och-kantolys.pdf>

Information om handlingen

Handlingstyp: Rutin

Gäller för: VO5 Ortopedi Ögon Öron näsa hals

Innehållsansvar: Kateryna Nawaia, (katna2), Underläkare, ST

Granskad av: Mimmi Lindqvist, (mimli), Överläkare, Liselotte Walsund, (liswa21), Specialistläkare

Godkänd av: Cecilia Andersson, (cecan1), Verksamhetschef

Dokument-ID: SKAS9725-959466179-123

Version: 2.0

Giltig från: 2024-12-02

Giltig till: 2026-12-02