

Periorbital nekrotiserande fasciit

Förändringar sedan föregående version

Nytt dokument

Innehållsförteckning

Periorbital nekrotiserande fasciit.....	1
Förändringar sedan föregående version	1
Innehållsförteckning	1
Bakgrund och syfte	3
Ansvarsfördelning.....	3
Orsaker.....	3
Riskfaktorer	3
Utlösande faktorer	4
Symtom	4
Utredning/diagnostisering.....	4
Status.....	4
Differentialdiagnoser	5
Handläggning	5
Operationsanmälan	5
Efter operation.....	6
Laboratorieprover	7

Behandling	7
Kirurgi	7
Antibiotikabehandling	7
Uppföljning	8
Komplikationer	8
Arbetsgrupp	8
Källförteckning	9

Bakgrund och syfte

Syftet med riktlinjen är att skapa en lokal rutin för utredning, behandling och uppföljning av patienter med periorbital fasciit.

Nekrotiserande fasciit (NF) är en snabbt progredierande nekrotiserande infektion av den superficiella muskelfascian med sekundär nekros av överliggande hud och fettväv. Den kan förekomma var som helst i mjukvävnaden. Denna riktlinje behandlar NF periokulärt. Vävnadsskadan orsakas av bakteriella nekrotoxiner som sannolikt också är upphovet till glomerulonefrit, endokardit, toxisk chock och död.

Ansvarsfördelning

Ögon är primärt ansvariga för patienter med NF periorbitalt. ÖNH hjälper till med bedömning och kirurgi vid behov. Om patienten vårdas på IVA så rondas patienten av ögonläkare, ÖNH-läkare samt ansvarig IVA-läkare dagligen. På vårdavdelning rondas patienten primärt av ögonläkare samt ÖNH-läkare vid behov där kontakt med ÖNH får tas av ögonläkare. Snabbt omhändertagande är avgörande för prognosen. Direktkontakt mellan ögon- och ÖNH-jour är av största vikt.

Orsaker

Den vanligaste patogenen är hemolytiska streptokocker Grupp A (GAS) som står för cirka hälften av sjukdomsfallen. Därefter följer *Pseudomonas aeruginosa*, *Stafylokokkus aureus*, blandinfektioner med olika bakterier och en stor mängd ovanligare bakterie- och svampinfektioner. Även anaeroba bakterier förekommer som agens.

Riskfaktorer

Immunosuppressiv behandling, missbruk, diabetes mellitus, autoimmuna sjukdomar, malnutrition, hjärt-kärlsjukdomar och andra pågående infektioner.

Cirka hälften av sjukdomsfallen av NF inträffar hos i övrigt helt friska individer utan predisponerande faktorer.

Utlösande faktorer

Trauma, kirurgi, tandinfektion, pågående infektion i sinus samt pågående infektion i och omkring ögat.

Symtom

- Svår smärta (oproportionellt svår smärta) i ett område med svullen, rodnad, varm och ömmande hud/mjukvävnad. Hudrodnad med utseende som erysipelas/flegmone eller blek hud med missfärgning.
- Eventuellt förekommer redan vid diagnosen hudnekroser och blåsor i huden.
- Allmänpåverkan med sjukdomskänsla, illamående, svettning och feber är vanligt.

Utredning/diagnostisering

Utredningen och behandlingen av NF är mycket brådskande.

Sjukdomen har ett snabbt förlopp, ibland kan det gå enbart ett par timmar mellan insjuknande och död. Snabb handläggningen har högsta prioritet.

Fotodokumentation underlättar utvärdering samt vid kontakt med SU, det skall dock ej fördröja behandling.

Status

- Allmäntillståndet är ofta påverkat.
- Feber kan förekomma.
- Tecken på inflammation och eventuellt hudnekros av det angripna området. Själva ögat är vanligen opåverkat.
- **Orbitastatus** (visus, pupillreaktioner, motilitet, proptos, inflammationstecken på eller i ögat) bör göras för att differentiera mot preseptal och orbital cellulit.
- Vid palpation av området kan man ibland höra krepitationer subkutan. Luft subkutan kan ses på röntgenbilder.
- Mätning av vitala funktioner som puls, blodtryck, syremättnad och kroppstemperatur.

Differentialdiagnoser

Orbital cellulit, preseptal cellulit, dacryocystit samt infektion med herpesvirus.

Handläggning

Diagnosen ställs vanligen utifrån det kliniska utseendet enligt ovan.

Vid eventuell tveksamhet är det lämpligt att via utforskande incision undersöka om infektionen breder ut sig längs fasciaplanet utanför det angripna hudområdet. Kirurgisk exploration ger definitiv diagnos och skall utföras diagnostiskt och terapeutiskt så snart som möjligt. CT ingår inte i den primära handläggningen, men kan bli aktuell i ett senare skede.

Vid svullnad eller rodnad periorbitalt kontaktas ögonjour via växeln (om ingen ögonjour finns på SkaS kopplas man då till regionala ögonbakjouren som får bedöma kring vidare handläggning och inkallande av lämplig ögonkompetens). Vid hög misstanke om NF söker ögonjour snarast ögonbakjouren. Om ögonprimärjouren (även bakjour om denna finns i Skövde) inte har kirurgisk kompetens kontaktas ÖNH-jour via växeln (som konsulterar ÖNH-bakjour). Även infektionsjour och narkosjour bör kontaktas. Om behov finns ska Ögon och ÖNH bedöma patienten tillsammans. Ansvarig ögonläkare på plats (alternativt regional ögonbakjour) ansvarar för direktkommunikation med övriga berörda specialiteter. Skyndsam handläggning är av största vikt.

Operationsanmälan

Inför operation behöver patienten operationsanmälas i Orbit till C-op med 2h-prioritering samt operationskoordinator tel: 32952 kontaktas för att möjliggöra omgående salsutrymme. Säg att det handlar om en nekrotiserande fasciit. Om svårigheter att operationsanmäla till C-op, be om hjälp av annan kollega från opererande specialitet på akuten.

I Orbit, ändra enhet till SkaS S Anestesi-Operation uppe i vänstra hörnet och ta bort krysset för filtrering. Anmäl på operationskort QAB05 Sårrevision i huvud- och halsregion och diagnos M726 Nekrotiserande fasciit. Kommentera i fältet "Information

anestesi/operation” nere till höger vilken sida och markera området med markeringspenna.

Efter operation

Efter kirurgisk åtgärd bör patientens fall diskuteras med Tryckkamarjouren SU för att bedöma om hyperbar syrgasbehandling är aktuell, kontakt kan ske av antingen ögon- eller ÖNH-jour. Detta är aktuellt om det inte går att få kontroll på infektionen genom endast kirurgi och antibiotika. Om hyperbar syrgasbehandling är aktuell tar ÖNH-jouren kontakt med ÖNH SU för överrapportering. Ögonjour tar vid behov kontakt med ögonjouren i Göteborg. Om hyperbar syrgasbehandling inte är aktuell så bör patienten läggas in på IVA om patienten är instabil. Om patienten är stabil får diskussion ske mellan narkos, infektion, ÖNH och ögon vilken vårdavdelning som lämpar sig bäst i det aktuella fallet.

Patienten ska rondas gemensamt av ÖNH och ögon dagligen i det akuta skedet. Om endast ögat/periorbitalt är drabbat ansvarar ögonkliniken för administration kring patienten och dess vårdtid (läkemedel, operationsanmälan osv). Om större del av ansiktet är drabbat och kräver omhändertagande via ÖNH så är ÖNH-kliniken ansvariga för administrationen fram tills annat blir överenskommet.

Då en patient med periorbital NF är inneliggande i Skövde ska ögonkliniken utse en beredskapsjour som är ansvarig för patienten dygnet runt och som kan kontaktas även utanför ordinarie verksamhetstid för att säkerställa korrekt omhändertagande av patienten. Detta ansvar åligger läkare alternativt verksamhetschefen på ögonkliniken SkaS.

Frekvensen av planerade kontroller av ögonläkare bestäms individuellt utefter patientens tillstånd och dokumenteras i Melior. Dessa kontroller kan behöva omvärderas snabbt om patientens kliniska tillstånd försämrats. Initialt krävs ofta täta kliniska kontroller för att bedöma eventuell försämring av fasciiten och ny kirurgisk åtgärd kan behöva ske skyndsamt.

Laboratorieprover

- **Preoperativt**

- Lab: Infektionsrutin (Blod-, el- och leverstatus, CRP samt blodgas)
- Odling: Blododling (aerob och anaerob) x2, svalg samt NPH (kan tas av sjuksköterska på akuten). Om möjligt Strep-A test samt odling från sår.

- **Perioperativt**

1. Odling från sår, gärna i randzonen mot frisk vävnad.
 - Snabb Strep A-test från såret.
2. Eventuella vävnadsbitar skickas i sterila rör för odling (eventuellt direktmikroskopi).

Samtliga odlingar skickas till Mikrobiologen, Unilabs med svar till Ögonkliniken. Skriv att det finns misstanke om nekrotiserande fasciit.

Behandling

NF kräver multidisciplinärt samarbete mellan Ögon, ÖNH, Infektion och Intensivvården samt vid behov ÖNH SU och Ögonplastikteamet SU. Stödjande intensivvårdsbehandling behövs ofta och hyperbar syrgasbehandling i tryckkammare kan övervägas i svårare fall.

Antibiotikabehandling ska ej fördröjas i väntan på peroperativa odlingar eller att kirurgi ska påbörjas. Blododling kan tas men har begränsat värde och får inte fördröja igångsättande av behandling.

Kirurgi

Kirurgisk debridering av all nekrotisk vävnad är den viktigaste behandlingen. Detta måste vanligen upprepas, ofta dagligen, till dess att infektionen är under kontroll och inga nya nekrotiska områden bildas. Infektionens utbredning på hudnivå kan markeras med en penna för att följa eventuell progress eller regress. Så länge det är aktuellt med operation i narkos ska patienten hållas fastande.

Gällande odlingar, se ovan

Antibiotikabehandling

Intravenös behandling med antibiotika i högdos riktad mot sannolik eller odlingsverifierad patogen är obligat. Empirisk behandling (innan

odlingssvar) inleds. Vid hög misstanke om MRSA ges kombinationsbehandling med vancomycin istället för klindamycin.

- **Vuxna:** meropenem 1g x 3 intravenöst + klindamycin 600 mg x 3 intravenöst (iv)
Hög misstanke om GAS-infektion: Bensylpenicillin 3 g x 4 iv + Dalacin 600 mg x 3 iv
- **Barn:** meropenem 20 mg/kg x 3 intravenöst + klindamycin 10 mg/kg x 3 intravenöst.
Vid misstanke om allvarlig invasiv streptokockinfektion, speciellt vid "streptococcal toxic shock syndrome" bör intravenöst gammaglobulin ges efter kontakt med infektionsjour.
Gammaglobulin ges 1g/kg (max 50 g). Ge 4 g första halvtimmen och därefter 16 g/tim.

Uppföljning

På ögonklinik och eventuellt på plastikkirurgisk klinik. Omfattande rekonstruerande kirurgiska åtgärder kan behövas efter utläkt infektion. NF är en sällsynt diagnos med ett variabelt förlopp varför vården måste individualiseras.

Komplikationer

På ögonklinik och eventuellt på plastikkirurgisk klinik. Omfattande rekonstruerande kirurgiska åtgärder kan behövas efter utläkt infektion. NF är en sällsynt diagnos med ett variabelt förlopp varför vården måste individualiseras.

Arbetsgrupp

Innehållsansvariga: Kateryna Nawaia, specialistläkare Ögon och Liselotte Walsund, specialistläkare ÖNH.

Granskat av: Martin Oscarsson, överläkare ÖNH och Mimmi Lindqvist, överläkare Ögon.

Källförteckning

Nationellt programområde ögonsjukdomar. Periorbital nekrotiserande fasciit [Internet]. Kliniskt kunskapsstöd för vårdpersonal 1177; 2021 [citerad 2026-03-12]. Hämtad från: https://vardpersonal.1177.se/Vastra-Gotaland/kunskapsstod/kliniska-kunskapsstod/periorbital-nekrotiserande-fasciit/?selectionCode=profession_specialiserad_vard

Styrdokument Skaraborgs sjukhus. Mjukdelsinfektion, nekrotiserande fasciit - infektionssjukvård [Internet]. 2024 [citerad 2026-03-12]. <https://mellanarkiv-offentlig.vgregion.se/alfresco/s/archive/stream/public/v1/source/available/safia/skas9706-602381042-53/surrogate/Mjukdelsinfektion%2c%2onekrotiserande%2ofasciit%20-%20infektionssjukv%c3%a5rd.pdf>

Information om handlingen

Handlingstyp: Rutin

Gäller för: VE Ögon ÖNH Käk Log

Innehållsansvar: Kateryna Nawaia, (katna2), Specialistläkare

Godkänd av: Cecilia Andersson, (cecan1), Verksamhetschef

Dokument-ID: SKAS9725-959466179-135

Version: 1.0

Giltig från: 2026-07-07

Giltig till: 2028-07-07