

Gäller för: Verksamhet Kirurgi Sahlgrenska, Verksamhet Kirurgi Östra

Giltig från: 2024-10-08

Innehållsansvar: Aida Smirnova, (aidsm), Överläkare

Giltig till: 2026-10-01

Granskad av: Aida Smirnova, (aidsm), Överläkare

Godkänd av: Malin Ragnmark Ek, (malek3), Verksamhetschef

Antibiotika- profylax och behandling vid kirurgi

Revideringar i denna version

Ändrat verksamhetsområde från för Kirurgi Östra från område 2 till område 5.

Arbetsbeskrivning

Riktlinjer för antibiotikaprofylax och -behandling vid verksamhet kirurgi Sahlgrenska och verksamhet kirurgi Östra vid Sahlgrenska Universitetssjukhuset.

Generellt

Vid antibiotikaprofylax ska preparatet ha gått in 30–60 minuter innan incision.

Cefalosporiner och penicilliner har oftast kort halveringstid på 1–2 timmar, varför dessa bör ges inom intervallet 30–60 min före ingreppet.

Trimetoprim/sulfametoxazol och metronidazol har däremot lång halveringstid, >5 timmar, och kan ges på operationsdagens morgon. (Antibiotikaprofylax vid kirurgiska ingrepp, s89, SBU 2010)

Elektiv kirurgi

Typ av kirurgi	Preparat	Preparat vid allergi
Esofagus Obesitas	1. Inf Eusaprim 10 ml i.v. ska ha gått in 30 min innan incision	2. Inj Cefuroxim 1,5 g i.v. ska ha gått in 30 min innan incision
Ventrikel (cancer, ulkus och duodenalsår) Lever-Gallvägar-Pancreas (stasikerus, pankreasresektion)	3. Inf Eusaprim 10 ml i.v.+ inf Metronidazol 1 g i.v. ska ha gått in 30 min innan incision	4. Inj Cefuroxim 1,5 g i.v.+ inf Metronidazol 1 g i.v. ska ha gått in 30 min innan incision
Tunntarm-kolon-rektum (Tunntarms- eller kolonresektion, rektumamputation)	5. Tabl Eusaprim forte 1 tabl + T Flagyl 0,4 g, 3 tabl 2 timmar innan operationen 6. alt 7. Inf Eusaprim 10 ml i.v. + inf Metronidazol 1 g i.v. ska ha gått in 30 min innan incision	8. Inj Cefuroxim 1,5 g i.v. + inf Metronidazol 1 g i.v. ska ha gått in 30 min innan incision
Bukvägsbräck Profylax ges ej rutinmässigt vid ljumskbräckskirurgi, men rekommenderas vid: eksem infektion nedsatt infektionsförsvar ärrbräck och/eller akut operation	9. Tabl Eusaprim forte, 1 tabl 2 timmar innan operationen alt 10. Inf Eusaprim 10 ml i.v. ska ha gått in 30 min innan incision	11. Inf. Cloxacillin 2 g, ska ha gått in 30 min innan incision

<p>Bröst</p> <p>12. Bröst rutin op. 13. Bröstkirurgi med direktrekonstruktion 14. Bröstkirurgi med direktrekonstruktion med dränbehandling.</p> <p>Melanom</p> <p>15. Melanom kirurgi, rutin op.</p> <p>Endokrin hals- binjurekirurgi</p> <p>Profylax ges ej rutinmässigt, men rekommenderas vid:</p> <p>16. Kortisolproducerande binjuretumör 17. Öppen binjurekirurgi 18. Halskirurgi med förväntad operationstid > 3,5 timmar 19. lateral lymfkörtelutrymning 20. akut reoperation av hals 21. njursviktsorsakad sekundär hyperparatyreodism</p>	<p>22. Inf. Cloxacillin 2 g x 1 iv. Skall ha gått in 30 min innan incision. 23. Inf. Cloxacillin 2 g x 3 iv. Skall ha gått in 30 min innan incision. 24. Tabl. Heracillin 1g x 3 under hela dränbehandlingen.</p> <p>25. Inf. Cloxacillin 2 g x 1 iv. Skall ha gått in 30 min innan incision.</p> <p>Halskirurgi:</p> <p>26. Inf Cloxacillin 2 g x 1 iv. Skall ha gått in 30 min innan incision.</p> <p>Bukkirurgi:</p> <p>27. Inf Eusaprim 10 ml iv + inf Metronidazol 1 g iv. Skall ha gått in 30 min innan incision.</p>	<p>28. Inf Dalacin 600 mg x 1 iv. Skall ha gått in 30 min innan incision. 29. Inf Dalacin 600mg x 3 iv. Skall ha gått in 30 min innan incision. 30. Kaps Dalacin 300 mg x 3 under hela dränbehandlingen .</p> <p>31. Inf Dalacin 600 mg x 1 iv. Skall ha gått in 30 min innan incision.</p>
---	---	---

Akut kirurgi

Typ av kirurgi	Preparat	Alternativ vid allergi
<p>Akut laparotomi/-skopi</p> <p>32. ileus utan peritonit 33. trubbig eller penetrerande buk- eller tarmskada <12 tim 34. misstänkt appendicit</p>	<p>37. Inf Eusaprim 10 ml i.v.+ inf Metronidazol 1 g i.v. ska ha gått in 30 min innan incision 38. Vid kolecystit är standard ingen</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Inj Cefuroxim 1,5 g i.v. + inf Metronidazol 1 g i.v. ska ha gått in 30 min innan incision

<p>35. kolecystit 36. laparotomi för blödande ulcus</p>	<p>antibiotikaprofylax , men profylax kan ges vid behov.</p>	
<p>Akut laparotomi/-skopi Behandling (ej profylax) inleds vid: <i>Generell peritonit =intrapitoneal bakteriell infektion.</i> t.ex. vid: 39. perforerat ulkus 40. divertikulit perforerad appendicit perforerad 41. kolecystit <i>Lokal peritonit</i> t.ex. vid: 42. gangränös eller perforerad appendicit/kolecystit <i>Trubbig eller penetrerande buk- eller tarmskada >12 tim</i></p>	<p>Vid stark klinisk misstanke om infektion påbörjas <u>antibiotikabehandling</u> direkt enligt nedan (ej profylax)</p>	

Antibiotikabehandling utifrån source control

Vid tillstånd associerade med kontamination ges inte rutinmässig antibiotikabehandling postoperativt. kirurgi.

appendix.

Kolecystektomi av flegmonös gallblåsa.

Intrapitoneal kontamination med tarm-innehåll i samband med elektiv eller akut

Appendektomi av frisk eller flegmonös

Vid infektion i organ som resecceras ges max 24h postoperativ antibiotikabehandling intravenöst. (Ingen ytterligare per oral behandling).

Appendektomi av gangränös appendix. Kolecystektomi av gangränös gallblåsa. Tarmresektion av ischemisk eller strangulerad tarm utan perforation. Perforerat gastroduodenalt ulkus som opereras inom 12h från symptomdebuten Traumatisk tunntarmsperforation som opereras inom 12h.

Vid begränsad intrapitoneal infektion ges 48h upp till totalt 5 dygn postop antibiotikabehandling intravenöst tills patienten går hem, därefter peroralt (OBS! Total behandlingstid i.v. + p.o = 2–5 dygn). ulkus utan etablerad intraabdominell infektion eller perforerad galla/appendicit.

Intraabdominell infektion av diverse orsaker med lokal ansamling av pus. Sen operation (>12h) av traumatisk tarm-skada, perforerat gastroduodenalt

Vid etablerad intraperitoneal infektion ges upp till totalt 5 dygns antibiotika (i.v. eller i.v. + peroralt) efter adekvat source control-åtgärd.	Diffus och etablerad intraabdominell infektion av olika orsaker.
Svår intraabdominell infektion där källan till infektionen inte enkelt kan kontrolleras, individualiserad behandling i samband med infektionskonsult. Postop intraabdominella infektioner.	T.ex. infekterad pankreasnekros, icke dränerad abscess eller perforation. Svår infektion som behandlas med upprepade laparotomier.

- Förstahandsval: Inj Piperacillin/Tazobactam 4 g x 3 i.v.(innehåller piperacillin = penicillin)
- Andrahandsval: Inj Cefotaxim 1 g x 3 + inf. Metronidazol 1 g x 1 i.v.
- Vid komplicerade/svåra infektioner: Inj Meropenem 1 g x 3 i.v.

Vid allvarlig penicillinallergi: Inf. Ciprofloxacin 400 mg x 2 i.v. + inf. Clindamycin 600 mg x 3 i.v.

Vid peroral terapi: tabl Ciprofloxacin 500 mg x 2 ELLER tabl Amoxicillin-klavulansyra 875/125 mg 1 x 3, i kombination med tabl Flagyl 400 mg x 3 (eller enligt resistensbesked).

Överväg dosering av tabl Flagyl 400 mg x 2 vid långtidsbehandling (>14d).

(OBS! Vid färdigbehandlad infektion med intravenös terapi behövs ej per oral avslutning).

Ansvar

Verksamhetschef, verksamhetsområde Kirurgi Östra, område 5, Sahlgrenska Universitetssjukhuset och verksamhetschef, verksamhetsområde Kirurgi Sahlgrenska, område 5, Sahlgrenska Universitetssjukhuset, ansvarar för att de rutiner och riktlinjer som verksamheten kräver finns tillgängliga och att verksamheten arbetar enligt SOSFS 2011:9.

Uppföljning, utvärdering och revision

Läkemedelsansvarig läkare, verksamhetsområde Kirurgi Östra, område 5, Sahlgrenska Universitetssjukhuset, ansvarar för att detta dokument uppdateras och revideras. Medvetet avsteg från rutinen dokumenteras i Melior om rutinen är kopplad till patient. Övriga orsaker till avsteg från rutinen rapporteras i MedControl PRO.

Relaterad information

[Antibiotikaprofylax vid kirurgiska ingrepp, SBU 2010](#)

.

Strategigruppen för rationell antibiotikaanvändning och minskad antibiotikaresistens, <https://strama.se>

[RAF - Referensgruppen för antibiotikafrågor](#)

<https://www.sls.se/raf>

Dokumentation

Styrande dokument arkiveras i Barium. Redovisande dokument ska hanteras enligt sjukhusets gällande rutiner för arkivering av allmänna handlingar.

Granskare

Emelie Larsson, verksamhetsområde Kirurgi Sahlgrenska, område 5, Sahlgrenska Universitetssjukhuset

Arild Sæther, specialistläkare, verksamhetsområde Kirurgi Östra, område 5, Sahlgrenska Universitetssjukhuset

Arvid Edén, överläkare, verksamhetsområde Infektion, område 2, Sahlgrenska Universitetssjukhuset

Information om handlingen

Handlingstyp: Rutin

Gäller för: Verksamhet Kirurgi Sahlgrenska, Verksamhet Kirurgi Östra

Innehållsansvar: Aida Smirnova, (aidsm), Överläkare

Granskad av: Aida Smirnova, (aidsm), Överläkare

Godkänd av: Malin Ragnmark Ek, (malek3), Verksamhetschef

Dokument-ID: SU9785-1904528390-164

Version: 9.0

Giltig från: 2024-10-08

Giltig till: 2026-10-01