OBS! Utskriven version kan vara ogiltig. Verifiera innehållet.

Gäller för: Verksamhet Kirurgi Sahlgrenska, Verksamhet Kirurgi Östra
Innehållsansvar: Aida Smirnova, (aidsm), Överläkare
Granskad av: Arvid Edén, (arved1), Överläkare
Godkänd av: Malin Ragnmark Ek, (malek3), Verksamhetschef
Giltig från: 2026-10-16
Giltig till: 2028-10-16

Antibiotika - profylax och behandling vid kirurgi

Revideringar i denna version

- Ändrat antibiotika profylax vid Retroperitoneal minimalinvasiv binjurekirurgi (robotassisterad). samt antibiotika-indikatiion vid lever-Gallvägar-Pancreas (nyligen genomgången akut kolecystit, koledokussten, stasikterus, pankreasresektion, duodenalsår öppen kirurgi)

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)

VÄSTRA GÖTALANDSREGIONEN

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*** *(nyligen genomgången akut kolecystit, koledokussten,* stasikterus, pankreasresektion, öppen kirurgi)	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 alt 6. Inf Eusaprim 10 ml i.v. + inf Metronidazol 1 g i.v. ska ha gått in 30 min innan incision	7. Inj Cefuroxim 1,5 g i.v. + inf Metronidazol 1 g i.v. ska ha gått in 30 min innan incision
Bukväggsbråck Profylax ges ej rutinmässigt vid ljumskbråckskirurgi, men rekommenderas vid: eksem infektion nedsatt infektionsförsvar ärrbråck och/eller akut operation	8. Tabl Eusaprim forte, 1 tabl 2 timmar innan operationen alt 9. Inf Eusaprim 10 ml i.v. ska ha gått in 30 min innan incision	10. Inf. Cloxacillin 2 g, ska ha gått in 30 min innan incision

Bröst 11. Bröst rutin op. 12. Bröstkirurgi med direktrekonstruk-tion 13. Bröstkirurgi med direktrekonstruktion med dränbehandling. ***Melanom*** 14. Melanom kirurgi, rutin op. ***Endokrin hals- binjurekirurgi*** Profylax ges ej rutinmässigt, men rekommenderas vid: 15. Kortisolproducerande binjuretumör 16. Öppen binjurekirurgi 17. Halskirurgi med förväntad operationstid> 3,5 timmar 18. lateral lymfkörtelutrymning 19. akut reoperation av hals 20. njursviktsorsakad sekundär hyperpara-tyreodism 21. Retroperitoneal minimalinvasiv binjurekirurgi (robotassisterad)	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. 25. Inf. Cloxacillin 2 g x 1 iv. Skall ha gått in 30 min innan incision. Halskirurgi: 26. Inf Cloxacillin 2 g x 1 iv. Skall ha gått in 30 min innan incision. Bukkirurgi: 27. Inf Eusaprim 10 ml iv + inf Metronidazol 1 g iv. Skall ha gått in 30 min innan incision. 28. Inf Cloxacillin 2 g x 1 iv. Skall ha gått in 30 min innan incision	29. Inf Dalacin 600 mg x 1 iv. Skall ha gått in 30 min innan incision. 30. Inf Dalacin 600mg x 3 iv. Skall ha gått in 30 min innan incision. 31. Kaps Dalacin 300 mg x 3 under hela dränbehandlingen . 32. Inf Dalacin 600 mg x 1 iv. Skall ha gått in 30 min innan incision.

Akut kirurgi

Typ av kirurgi	**Preparat**	**Alternativ vid allergi**
Akut laparotomi/-skopi 33. ileus utan peritonit	38. Inf Eusaprim 10 ml i.v.+ inf Metronidazol 1 g i.v. ska ha gått in	• Inj Cefuroxim 1,5 g i.v. + inf Metronidazol 1 g i.v. ska ha gått in

34. trubbig eller penetrerande buk- eller tarmskada <12 tim 35. misstänkt appendicit 36. kolecystit 37. laparotomi för blödande ulcus	30 min innan incision 39. Vid kolecystit är standard ingen antibiotikaprofylax , men profylax kan ges vid behov.	30 min innan incision
Akut laparotomi/-skopi ***Behandling (ej profylax)*** inleds vid: G*enerell peritonit =intraperitoneal bakteriell infektion.* t.ex. vid: 40. perforerat ulkus 41. divertikulit perforerad appendicit perforerad 42. kolecystit *Lokal peritonit* t.ex. vid: 43. gangränös eller perforerad appendicit/kolecystit *Trubbig eller penetrerande buk- eller tarmskada >12 tim*	Vid stark klinisk misstanke om infektion påbörjas antibiotikabehandling direkt enligt nedan (ej profylax)	

Antibiotikabehandling utifrån source control

Vid tillstånd associerade med kontamination ges inte rutinmässig antibiotikabehandling postoperativt, intraperitoneal kontamination med tarminnehåll i samband med elektiv eller akut kirurgi, appendektomi av frisk eller flegmonös appendix samt kolecystektomi av flegmonös gallblåsa.

Vid infektion i organ som reseceras 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 intraperitoneal infektion ges 48h upp till	Intraabdominell infektion av diverse

totalt 5 dygn postop antibiotikabehandling intravenöst eller peroralt tills patienten går hem, därefter peroralt (OBS! Total behandlingstid i.v. + p.o = 2–5 dygn). Peroralt kan ges så länge pat har fungerande magtarm-passage och det finns adekvata perorala alternativ.	orsaker med lokal ansamling av pus. Sen operation (>12h) av traumatisk tarm-skada, perforerat gastroduodenalt ulcus utan etablerad intraabdominell infektion eller perforerad galla /appendicit.
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 = penicillinliknande
- Andrahandsval: Inj Cefotaxim 1 g x 3 + inf. Metronidazol 1 g x 1 i.v.
- Vid komplicerade/svåra infektioner vid samhällsförvärvad infektion" 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.

"Perorala kombinationer som kan övervägas, diskutera gärna med infektionskonsult:

Ciprofloxacin 500 mg x 2 po och metronidazol 400 mg x 3 po

eller

Amoxicillin/klavulansyra 875/125 mg x 3 po och metronidazol 400 mg x 3 po

eller

Trimetoprim/sulfametoxazol 160/800 mg x 2 och metronidazol 400 mg x 3 po"

ev dosminskning av flagyl vid >14 d

(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

Arvid Edén, överläkare, verksamhet Infektion Östra, område 6, Sahlgrenska Universitetsjukhuset

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

Hans Axelsson överläkare, verksamhetsområde Kirurgi Östra, område 5, Sahlgrenska Universitetssjukhuset

OBS! Utskriven version kan vara ogiltig. Verifiera innehållet.

Information om handlingen

Handlingstyp: Rutin

Gäller för: Verksamhet Kirurgi Sahlgrenska, Verksamhet Kirurgi Östra

Innehållsansvar: Aida Smirnova, (aidsm), Överläkare

Granskad av: Arvid Edén, (arved1), Överläkare

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

Dokument-ID: SU9785-1904528390-164

Version: 11.0

Giltig från: 2026-10-16

Giltig till: 2028-10-16