

Gäller för: Transplantationscentrum

Innehållsansvar: Andreas Schult, (andsc3), Överläkare

Godkänd av: Niclas Kvarnström, (nickv1), Verksamhetschef

Giltig från: 2025-02-08

Giltig till: 2027-02-06

Spontan bakteriell peritonit, SBP – Diagnostik och behandling

Bakgrund

Spontan bakteriell peritonit (SBP) är en infektion av ascitesvätska utan förekomst av annat infektionsfokus i bukhålan. Patogenesen är en translokation av bakterier via tarmväggen. De vanligaste patogenerna är e.coli, streptokocker och enterokocker. Hos sjukhusvårdade patienter med cirrosascites är prevalensen omkring 10%. SBP bör misstänkas vid klinisk försämring hos cirrospatient med ascites; ex vid encefalopati, infektionstecken, påverkad njurfunktion. Misstanke om SBP ska snarast föranleda diagnostisk laparocentes.

Diagnostik

Ascitesprov tages: Använd 10 ml-spruta och intramuskulär nål om sedvanlig ascitestappning ej skall göras.

Skicka prov för:

- **LPK inkl PMN:** EDTA-rör
- **Odling:** Blododlingsflaskor (en aerob och en anaerob) ska helst fyllas bedside med ny steril nål, baktlab-remiss.

SBP diagnostiseras om ascites-PMN $> 0.25 \times 10^9$ /L. En positiv ascitesodling är inget krav.

Behandling - Antibiotika

Empirisk behandling med Cefotaxim 2 g x 2 i.v. i ≥ 5 dagar, alternativt Ciprofloxacin 500 mg x 2 per oralt i ≥ 5 dagar. Eventuellt antibiotikabyte efter odlingssvar.

Kontroll av ascites-PMN efter 2 dygns behandling rekommenderas. Vid < 25% reduktion eller vid klinisk försämring bör SBP orsakad av resistenta bakterier eller sekundär bakteriell peritonit misstänkas.

Behandling – Albumin

Patienter med SBP löper risk för utveckling av hepatorenalt syndrom. Denna risk och även mortalitet kan minskas genom albuminadministration. Detta gäller ffa patienter med redan påverkad njur- (kreatinin > 88 µmol/L) och leverfunktion (bilirubin > 68 µmol/L).

Albumin ges i dosen 1,5g/kg kroppsvikt vid diagnos och 1 g/kg kroppsvikt dag 3.

Profylax

Primärprofylax: Ges vid cirrosascites och övre gastrointestinal blödning.

Ge i första hand cefotaxim 1-2 g x 2 eller ceftriaxon 1 g x 1, alternativt ciprofloxacin 500 mg x 2, under 5-7 dagar.

Peroral primärprofylax kan också övervägas vid mycket låg ascitesprotein (< 15 g/L).

Sekundärprofylax: Ges om patienten haft SBP.

Evidens finns för Norfloxacin 400 mg x 1 kontinuerligt tills levertransplantation. I nuläget finns dock inget registrerat preparat. Alternativ är Ciprofloxacin 500mg x1 eller Sulfametoxazol/Trimetoprim 800/160mg x1

Referens:

Svensk Gastroenterologisk Förening – Nationell Riktlinje "Ascites och njursvikt vid levercirros"

<https://svenskastroenterologi.se/wp-content/uploads/2017/06/2016-Ascites-och-njursvikt-vid-levercirros.pdf>

Information om handlingen

Handlingstyp: Rutin

Gäller för: Transplantationscentrum

Innehållsansvar: Andreas Schult, (andsc3), Överläkare

Godkänd av: Niclas Kvarnström, (nickv1), Verksamhetschef

Dokument-ID: SU9805-1593997-214

Version: 5.0

Giltig från: 2025-02-08

Giltig till: 2027-02-06