

Doknr. i Barium 12755	Dokumentserie su/med	Giltigt fr o m 2019-08-07	Version 1
RUTIN			
Spontan bakteriell peritonit, SBP - Diagnostik och behandling			
Innehållsansvarig: Maria Castedal, Överläkare, Läkare transplantation (marca66) Godkänd av: Per Lindnér, Verksamhetschef, Verksamhetsledning (perli10) Denna rutin gäller för: Verksamhet Transplantation			

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

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 resistent bakterier eller sekundär bakteriell peritonit misstänkas.

Profylaktisk behandling

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.

Sekundärprofylax : Ges om patienten haft SBP.

Ge Norfloxacin 400 mg x 1 kontinuerligt tills levertransplantation.