

# Gynækologiske Infektioner

Work-shop Hindsgavl 2009

Rikke Bek Helmig

# Tidligere guideline

- ”Gynækologiske infektioner. Udvalgte emner” 2002
  - Bakteriel vaginose
  - Antibiotikaprofylakse
  - Vaginal candidose
- HPV og vulvodyni 2005
- HPV og atypi 2008
- ”Behandling af tuboovarierel absces”. 2009

# Gynækologiske Infektioner

## nedre genitaltractus

- Tilstande med inflammation eller påvirkning af pladeepithelceller
  - vulvitis, vaginitis, kolpitis
- Tilstande med påvirkning hovedsagligt af cylinderepithelceller
  - cervicitis, uretritis, Bartholonitis (SOI)
- Tilstande med ændring af sekret uden inflammation
  - vaginose

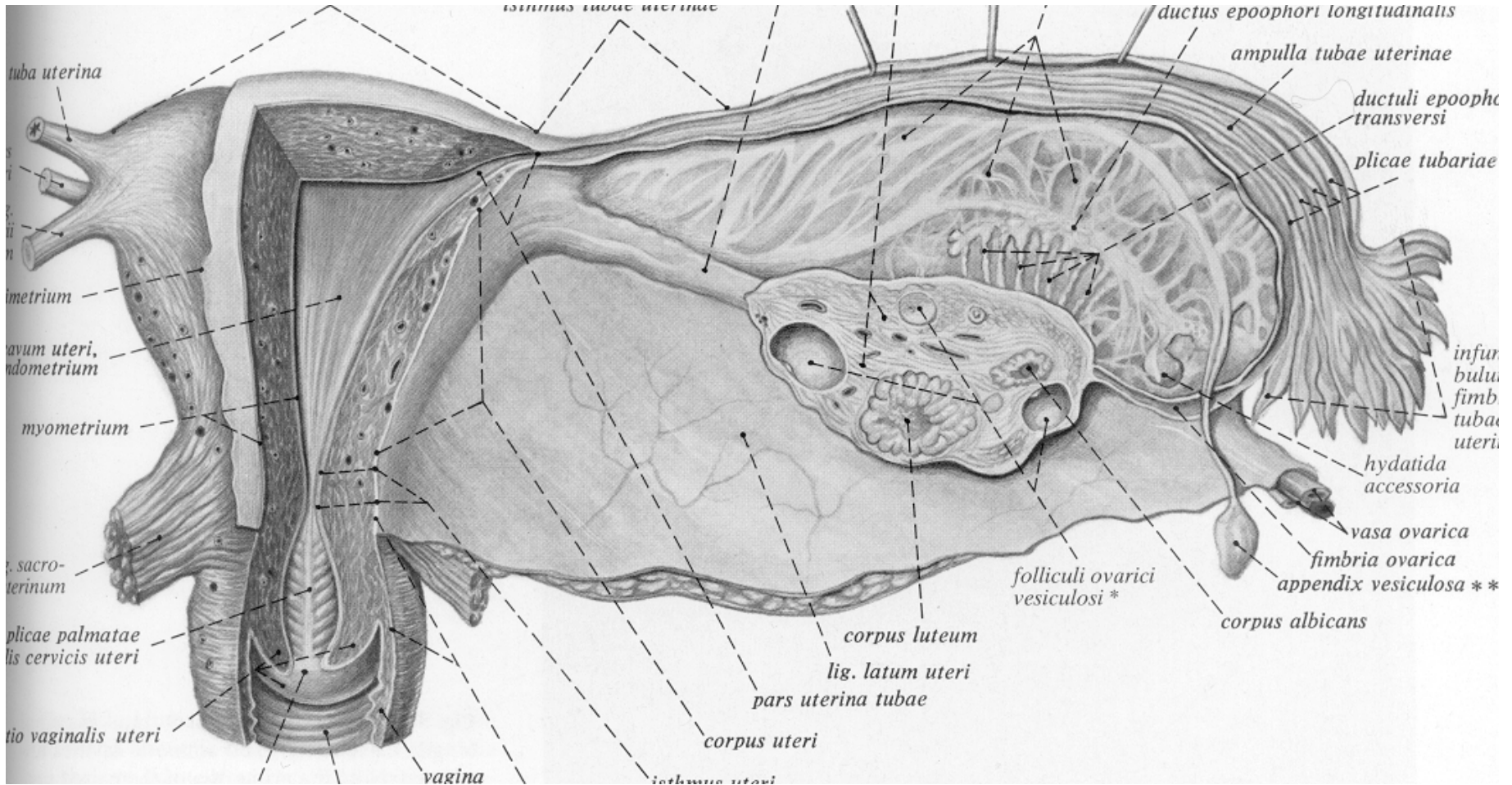


# Gynækologiske Infektioner

## øvre genitaltractus

- PID (Pelvic Inflammatory Disease)  
Adneksinflammation: Fællesbetegnelse for
  - endometritis
  - salpingitis
  - oophoritis
  - parametritis

# Anatomi adnex



# Forslag til arbejdsgang

- Jeg er tovholder på projektet til 2010
- Beslutte hvilke emner vi skal se på i 2010
- Lave "under-arbejdsgrupper" for disse
- Deadline for 1. udkast
- Samle alle udkast i en guideline
- Lave appendix med "øst" og "vest" rekommendationer til guideline

# **APPENDIX til Sandbjerg Guideline**

## **”Puerperale infektioner, endometritis, mastitis mm”**

### **2007**

- Vores guideline har derfor været sendt til 2 forskellige kliniske mikrobiologiske afdelinger i Danmark til kommentar før Sandbjerg mødet. Overlæge Jens Kjørseth Møller, Klinisk Mikrobiologisk afdeling, Aarhus Universitetshospital, Skejby (vest) angiver sig selv som meget konservativ i sit antibiotika valg, mens overlæge Helle Krogh Johansen og overlæge Michael Tvede fra Klinisk Mikrobiologisk afdeling, Rigshospitalet (øst), er mere bredspektrede i deres valg.
- Nedenfor er angivet de forskellige bud på deres anbefalinger til behandling i Danmark, baseret på de resistensforhold vi har i landet og på deres kliniske erfaring. I tabellen er angivet ”øst” og ”vest”.
- Det skal nævnes, at der muligvis selv indenfor Danmark, kan komme andre anbefalinger fra andre kliniske mikrobiologer, hvorfor det altid er fornuftigt at spørge den lokale ekspert til råds i tvivlstilfælde.

# Behandling endometritis

	”ØST”	”VEST”
1. Valgs behandling	Cefuroxim 1.5 gr x 3 iv + metronidazol 500 mg x 3 iv eller 1,5 gr x 1 iv Evt suppleret med gentamicin 240 mg x 1 iv	Cefuroxim 1.5 gr x 3 iv + metronidazol 1 gr x 1 iv (1. dosis herefter evt som supp) Evt + gentamicin 240 mg x 1 iv
Alternativ til cefuroxim	Clindamycin 600 mg x 3 iv Eller Meropenem 1 gr x 3 iv	Clindamycin 600 mg x 3 iv
Alternativ ved tidligere type 1 reaktion imod penicillin	Cefuroxim 1,5 gr x 3 iv	Meropenem 1 gr x 3 iv
Ved manglende respons på initiale behandling efter 48 t	Skift til meropenem 1 gr x 3 iv	Fokussanering Skift til meropenem 1 gr x 3 iv

# Behandling endometritis

- Ved infektion 3-4 dage efter fødslen, hvor patienten ikke klinisk er medtaget kan der ofte gives peroral behandling f.eks. pindocillin og metronidazol i 7 dage
- Ved klinisk dårlig patient gives intravenøs behandling. Peroral antibiotika behandling er generelt ikke nødvendigt efter succesfuld parenteral terapi.
- "Øst" og "vest" er enige om at begrænse brugen af makrolider og ampicillin, da de ikke er specielt egnede ved puerperale infektioner og pgraf resistensproblematik med disse antibiotika

# Forslag til emner 2010 guideline

- Revision af del af guideline fra 2002
  - antibiotikaproylakse ved kirurgi
- Udredning af akut, febril peritoneal patient
- SOI – Seksuelt overførte infektioner
  - Chlamydia
  - Gonoré og syfilis
  - Mycoplasma genitalium
- Actinomyces, diagnostik og behandling

# Forslag til emner 2010 guideline

# Arbejdsgrupper

SLUT for nu !!