

Hud og bløtdelsinfeksjoner

Eivind Damsgaard

Bergen Legevakt

Legevaktkonferansen 2017

Hud og bløtdelsinfeksjoner

- abscesser
- Ikke-abscederende infeksjoner
- Infeksjoner i fingre og tær

Generelle prinsipper-1

DIAGNOSTIKK

- Inflammasjonstegn
 - Tumor
 - Calor
 - Rubor
 - Dolor
 - Functio laesa
- Annen årsak til inflammasjon?

Generelle prinsipper -2

- CRP
- Hvite
- Bakterie us.
- Andre prøver

Generelle prinsipper-3

BEHANDLING

- Immobilisering
- Elevasjon
- Lokal behandling ,evt lokal antibiotika
- Systemisk antibiotika
- Kirurgiske prosedyrer

Abscess (verkebyll)-1

- Ikke-anatomisk hulrom fylt med puss
- Puss: flytende nekrotisk innhold
- Klassiske inflammasjonstegn
- Kan ha fluktuasjon evt kun indurasjon
- Ofte gule stafylokokker

Abscess-2

- Oppstår i
 - Via skadet hud (eksem, sprøtestikk, hudavskrap, kutt, sår)
 - Svettekjertler, hårsekker
 - Atherom (talg)
 - Ved fremmedlegeme
- Av og til ikke fluktuasjon, kun indurasjon (bomskudd, tvilling)

Abscess-3

- Behandling generelt:
 - Incisjon
 - Tømning
 - Ikke antibiotika rutinemessig

Abscess-4

- DD:
 - Hematom
 - Lymfeknute (spesielt lyske, hals, axille), evt abscederende lymfeknute
 - Steril bursitt
 - Urinsyregikt (tofi eller akutt anfall)
- Husk beskyttelse
 - Briller, frakk, munnbind, hansker
- Baktusprøve (tas alltid før en evt begynner med antibiotika. Helst fra abscessvegg og ikke selve pusset.)

Abscess-5

- Behandling:
 - Incisjon
 - om mulig incisjon i hudlinjer
 - Lokalanestesi i abscesstak eller rett i abscesshulen (la virke noen minutter)
 - Incider bredt i abscesstak med et rett snitt som oftest skal være minst en cm (avhengig av lokalisasjon)
 - Sprike i abscess med piang (for å ødelegge septa)

Abscess-6

- Behandling (fortsetter):
 - Presse med fingre på sidene / på abscess for å få tømt den.
 - Baktus
 - Skylle rikelig med saltvann
 - Evt legge inn dren
 - Kontroll om en dag (evt to) ,så videre kontroll etter klinikk.

Abscess-7

- Abscess skal granulere fra bunnen, ikke sys

Abscess-8

- Hvilke abscesser skal henvises videre?
 - Preaurikulære abscesser (facialis, fistler)
 - Perianalabscesser
 - Mammaabscesser
 - Labia majora (Bartolinitt): henvises gynekolog for marsupialisering, evt incidere på Legevakt hvis første gang
 - Store abscesser (?)
 - Pasienter med feber (?)

Abscess-9

- Påvirket allmenntilstand
- Regional lymfadenitt (?)
- Ansiktsabscesser (?)
- Obs spesielle lokalisasjoner:
 - Lyske, axille, hals, ansikt
- I allmennpraksis:
 - Sacralabscesser og de fleste hudabscesser

Abscess-10

- Skal abscesser ha antibiotika?
 - Generelt ikke antibiotika
 - Hvis feber, påvirket allmenntilstand eller stor abscess: vurdere antibiotika , evt innleggelse.
 - Ansiktsabscesser bør gis antibiotika
 - Diclocil eller Dalacin

Ikke-abscederende infeksjoner

1. Erysipelas

- Rosen
- Akutt bakteriell overfladisk hudinfeksjon
- Gr A streptokokker
- Velavgrenset rubor mot vanlig hud
- Oftest ansikt / legger
- Kan ha feber og nedsatt allmenntilstand
- Varm, rød og spent hevelse
- Behandling: penicillin
- Innleggelse ? Ansikt, påvirket allmenntilstand, evt feber

2. Cellulitt

- Dypere infeksjon som involverer hud og subcutant vev. Uskarp avgrensning, ofte mer hevelse enn erysipelas
- Ofte komplikasjon til sår, sprekke i huden eller bitt
- ofte gule stafylokokker, men kan skyldes også andre bakterier
- Behandling: Dikloksacillin

3. Nekrotiserende Fasciitt

- Alvorlig nekrotiserende dyp bløtdelsinfeksjon med hurtig progresjon, Livstruende
- Gr A streptokokker vanligst
- Lite rubor, sparsomme hudforandringer, men svært smertefullt og palpasjonsømt
- Diffus avgrensning mot frisk hud
- Kan få det etter varicella, sprøytestikk, små rifter
- Kan ha initialt OK allmenntilstand, men rask forverring . Kan utvikle septisk sjokk med hypotensjon i løpet av timer

- Etter hvert høy oftest høy feber, redusert allmenntilstand og høy CRP (obs ikke obligat i tidlig fase)
- Rask innleggelse Sykehus

4.Lymfangitt (”blodforgiftning”)

- Infeksjon som sprer seg langs lymfebaner
- Rød, øm strek i huden, vanligvis proksimalt for et sår på en ekstremitet
- Tyder på dyp bakterieinfeksjon
- Skal ha systemisk antibiotikabehandling
- Streptokokker? Stafylokokker?
- Palpere lymfeknuter
- Immobilisere ekstremitet
- Innleggelse? Vurdere ved feber og /eller nedsatt allmenntilstand

Infeksjoner hånd/ fot

- Pulpitt finger
- Inngrodd negl tå (oftest stortå)
- Infeksjon finger /negl
- Bakteriell tendovaginitt hånd

Purulent tendovaginitt

- Infeksjon i bøyeseneskjeden i finger
- Lett flektert, smertefullt å flektere
- Hevelse
- Ømhet over seneskjeden
- Smerter ved passiv ekstensjon
- BEH: ØH innleggelse Plastikkir for spalting av seneskjede med gjennomskylling og iv antibiotika

Viktige poeng

- Ikke stole blindt på lab.prøver (CRP , Hvite)
- Obs mye smerter eller dårlig pasient og lite å se (tenk alvorlig dyp infeksjon)
- Gi alltid pas beskjed om å ta kontakt hvis verre og spesifiser (generelt dårlig, mer smerter, spesielt hvis i ro, evt feber, evt mer hevelse), evt avtal i tillegg kontroll neste dag og skriv alt dette i journalen.
- Er du i tvil, konferer infeksjonsmedisiner eller mer erfaren kollega der du jobber