

# Meningit, akut bakteriell

Gäller för: Region Kronoberg

Faktaägare: Anna Wimmerstedt, infektionskliniken  
 Christian Romin Blomkvist, smittskydd Kronoberg

## Innehåll

1	Inledning.....	1
2	Behandling.....	1
2.1	Prehospitalt omhändertagande .....	1
2.2	Initial handläggning på sjukhus.....	2
3	Utvidgade synpunkter på behandling.....	2
3.1	Kontraindikationer mot akut lumbalpunktion .....	2
3.2	Likvoranalyser .....	3
4	Relaterade dokument .....	3
4.1	Interna länkar.....	3
4.2	Externa länkar .....	3

## 1 Inledning

Diagnosen akut bakteriell meningit (ABM) bör övervägas vid samtliga fall av akut neurologisk påverkan eller oklar allvarlig infektion. Förloppet kan vara fulminant, snabb och korrekt handläggning är avgörande för prognosen. Den klassiska triaden; feber, huvudvärk och nackstyvhet indikerar tydligt att ABM kan föreligga, särskilt om insjuknandet är snabbt. Det är dock viktigt att vara medveten om att denna symptomtriad saknas i drygt hälften av fallen med ABM. [Läs mer i infektionsläkarföreningens vårdprogram bakteriella CNS-infektioner.](#)

**Grundprincip: diagnostik och övrig handläggning får aldrig fördröja adekvat behandling!**  
 Målet är att antibiotika ska vara givet inom 30 minuter efter ankomst till akutmottagningen oavsett om lumbalpunktion har kunnat utföras eller inte.

## 2 Behandling

### 2.1 Prehospitalt omhändertagande

- Bedömning enligt A-B-C-D-E
- Syrgas
- Vätska: Ge Ringer-Acetat 1000 ml iv
- Värdera vitalparametrar enligt NEWS2
- **Snabb transport** till akutmottagningen, ring och meddela att patienten är på väg. Eftersom vi i Kronoberg har förhållandevis korta vänte- och transporttider ska inte antibiotika ges prehospitalt.

## 2.2 Initial handläggning på sjukhus

- **Bedömning enligt A-B-C-D-E:** Fokus på medvetandegrad (RLS/GCS), neurologstatus, ev nackstyvhet, ev petekier
- **Syrgas**
- **Vätska:** ordinera Ringer-Acetat
- **Odlingar:** Blod x 2, nasofarynx och ev hörselgång
- **Lumbalpunktion:** Gör LP omedelbart om inga kontraindikationer (se nedan). Ta minst 5 rör. Mät gärna likvortrycket med stigrör. Om LP riskerar att fördröja behandlingsstart orimligt lång tid ska antibiotika ges före LP (dock efter blododlingar). Målsättningen är att antibiotika ska vara givet inom 30 min efter ankomst till sjukhus.
- **Steroider:** Betametason (Betapred) 0,12 mg/kg x4 iv, max 8 mg per dos, före start av antibiotika.
- **Antibiotika:** Meropenem 2g x3 iv (alt cefotaxim 3g x4 i kombination med doktacillin 3g x4). Barndoser samt preparatval vid tidigare allvarlig allergisk reaktion finns beskrivna på internetmedicin, länk nedan.
- **Rutinprover:** Blod-, el-, leverstatus, CRP, troponin, PK, APTT, u-sticka, P-glukos
- **Arteriell blodgas inkl laktat**
- **Vårdnivå:** Bedöm om patienten ska vårdas på intensivvårdsavdelning (IVA), neurokirurgisk IVA eller på infektionsklinik.
- **MIG team och infektionsläkare** ska kontaktas frikostigt för råd och bedömning. Vid orolig patient kan man med fördel kontakta anesthesi för att diskutera sedering i samband med lumbalpunktion.

## 3 Utvidgade synpunkter på behandling

### 3.1 Kontraindikationer mot akut lumbalpunktion

Absoluta
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kliniska tecken till fokal expansiv intrakraniell process, såsom hjärnabscess: Lång (&gt;3 dagar) eller atypisk anamnes, speciellt om centralnervösa fokalsymptom noteras. Vid kort anamnes om tydliga motoriska bortfallssymtom av typ hemipares.</li> <li>• Kliniska tecken till pågående cerebral inklämning: Medvetslös patient med sträckkramp.</li> <li>• Infektion på planerat stickställe.</li> <li>• Pågående behandling med Non-vitamin K-beroende Orala AntiKoagulantia (NOAK). LP betraktas som högriskingrepp och ska ej utföras förrän 2 dygn efter sista tablettintag. Vid njursvikt (e-GFR 15-30) gäller istället 3 dygn för Eliquis, Lixiana, Xarelto och 4 dygn för Pradaxa. För ytterligare info och råd vid behov av akut ingrepp se "Kliniska råd vid behandling med NOAK" från Svenska Sällskapet för trombos och hemostas, <a href="#">länk</a>.</li> </ul>
Relativa
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Koagulations-/blödningsrubbning: LP bör undvikas om PK-INR &gt;1,6 eller vid Tpk &lt;30x10<sup>9</sup>/l. Man behöver dock inte invänta svar på koagulationsanalyser innan LP utförs vid septisk chock. Om patienten står på warfarin, kontrollera INR före LP och ta ställning till reversering. Vid annat koagulationshämmande läkemedel exempelvis lågmolekylärt heparin läs mer på <a href="#">ssth.se</a> eller kontakta vid behov koagulationsjour.</li> <li>• Pågående behandling med perorala trombocythämmare som ticagrelor eller clopidogrel får betraktas som relativ kontraindikation där nytta av akut diagnostik får vägas mot risk. Läs mer på <a href="#">ssth.se</a>.</li> <li>• Pågående kramp av epileptisk natur.</li> <li>• Misstänkt ryggmärgskompression.</li> </ul>

### 3.2 Likvoranalyser

Ta 5 sterila rör (vit kork) som fylls till konen. För utförlig beskrivning av analyser se särskild riktlinje, [länk](#). Ring alltid mikrobiologen för akut analys av likvorprovet, 7460.

#### Sammanfattningsvis gäller:

Rör 1: Frysning (klin mikro)

Rör 2: Celler + glukos (klin kemi)

Rör 3: Laktat (klin kemi)

Rör 4: Odling (klin mikro)

Rör 5: Akut multiplex meningit-encefalit panel (klin mikro)

Kontrollera P-glukos samtidigt. Frysröret kan användas för kompletterande analyser avseende direktmikroskopi, 16srDNA-analys, pneumokockantigen etc.

## 4 Relaterade dokument

### 4.1 Interna länkar

[Lumbalpunktion, medicinska riktlinjer](#)

### 4.2 Externa länkar

[Infektionsläkarföreningens vårdprogram bakteriella CNS-infektioner.](#)

[Internetmedicin: Meningit-bakteriell](#)

[Svenska Sällskapet för trombos och hemostas](#)

**Vid upptäckt av felaktig information eller länk, vänligen meddela faktaägare**