

 HELSE BERGEN Haukeland universitetssjukehus	<h2 style="margin: 0;">Akutt bekkeninfeksjon (PID)</h2>	
Kategori: Pasientbehandling/Fagprosedyrer/Annet/Annet 3	Gyldig fra/til: 23.03.2023/23.03.2025	
Organisatorisk plassering: Helse Bergen HF/Kvinneklinikken/Gynekologisk seksjon generell	Versjon: 3.00	
Godkjenner: Albrechtsen, Susanne	Retningslinje	
Dok. ansvarlig: Heidi Thornhill	Dok.id: D36552	

Generelt

- Akutt bekkeninfeksjon er oftest forårsaket av en oppadstigende infeksjon fra endocervix. Kan forårsake endometritt, salpingitt, parametritt, ooforitt, tuboovariell abscess, bekkenperitonitt og perihepatitt
- Sjelden under graviditet
- P-piller synes å beskytte mot PID

Etiologi

- Chlamydia (30-40 %) - >22.000 registrerte tilfeller årlig i Norge
- Mykoplasma (0-10 %)
- Anaerobe, spesielt BV-mikrober
- Gonoré (meget sjelden)
- Ofte udiagnostisert agens, blandingsinfeksjon

Risikofaktorer

- Hyppig partnerskifte, ny partner (siste tre mnd.)
- Alder (75 % under 25 år – sjelden før menarche, etter menopause og ved graviditet)
- Brutt cervixbarriere (abort, abrasio, hysteroskopi, (IUD første uke etter innsetting))
- Tidligere STI

DIAGNOSTIKK

Klinikk

- Underlivssmerter bilateralt er hovedsymptom, men PID kan være asymptomatisk
- Utflod, purulent, iblant blodtilblandet. Rustrød fluor er patognomonisk
- Ruggeømheter av uterus
- Feber (20-50 % har temp over 38 °C)

- Smerter under høyre kostalbue kan tyde på perihepatitt (Fitz-Hugh-Curtis-syndrom)
- Intermenstruell vaginalblødning ved endometritt
- Postkoital sporblødning ved cervicitt
- Fravær av purulent cervixsekret har negativ prediktiv verdi på 95 %

Laboratorieundersøkelser

- Forhøyet CRP og leukocytter
- Mikrobiologiske prøver fra cervix og ved laparoskopi
- Blodkultur x 2 ved høy feber/frostanfall
- Urin-stix og -hCG (for å utelukke ektopiske svangerskap)

Andre undersøkelser

- Vaginal ultralyd evt MR/CT ved mistanke om pyosalpinx eller abscess
- Laparoskopi gir størst diagnostisk sikkerhet, kan være negativ i tidlig fase.
Dersom laparoskopi utføres tas våtprøve av puss fra tuber og fossa Douglasi til direkte gramfarging og mikroskopi samt penselprøve til både aerob og anaerob dyrkning

Differensialdiagnoser

- Ekstrauterin graviditet
- Akutt appendicitt ("høyresidig salpingitt" krever laparoskopisk verifisering, hvis ikke appendektomert)
- UVI/pyelonefritt
- Ovarial cyste med torsjon, ruptur eller blødning
- Endometriose

Behandling

- Fjerning av IUD. Kan unntaksvis vurdere å beholde ved svært mild sykdom og god respons på behandling.
- Peroral behandling ved lett infeksjon
- Intravenøs antibiotika ved alvorlig infeksjon. Ved synlig tuboovariell abscess er UL-veiledet transvaginal tapping en svært effektiv behandling. Konferer med lege på UL-lab..
- Gratis antibiotikabehandling ved PID eller mistenkt PID. "Blå resept § 4", Smittevernloven
- Sengeleie i akutt fase

Behandling (nasjonale retningslinjer fra januar 2023)

	Medikamenter	Dosering	Varighet	Kommentar
Mild sykdom: Peroral behandling poliklinisk	Doksisyklin po + metronidazol po	100 mg x 2 400/500 mg x 2 2	2 uker 2 uker	Må behandles for gonorre ved positiv prøve; da iv Ceftriakson
Allmennsymptomer: Standardbehandling ved innleggelse	Ceftriakson iv + Doksisyklin iv + Metronidazol iv etterfulgt av Metronidazol iv	1 g x 1 100 mg x 2 1,5 g x 1 1 g x 1	Til klinisk bedring og dyrkningssvar	Overgang til peroral medikasjon som ovenfor
Ved påvist Mycoplasma genitalum	Moksifloksacin po	400 mg x 1	2 uker	
Ved stormende forløp eller toksisk sjokk syndrom	Klindamycin iv + Piperacillin og tazobaktam iv 4/0,5 g x 1ladningsdose etterfulgt av Piperacillin og tazobaktam iv	900 mg 4	Til klinisk bedring og dyrkningssvar	Overgang til peroral medikasjon som ovenfor

4/0,5 g x 4 - Ladningsdosen gis over 30 min. Neste dose startes umiddelbart etter ladningsdosen. Denne og videre doser gis over 3 timer			
---	--	--	--

Oppfølging etter behandling

- Smitteoppsporing og behandling av partner er viktig hos alle som behandles for PID. Det kan gå lang tid før forhøyet CRP og ev. infiltrater forsvinner og det er ikke nødvendig å fortsette antibakteriell behandling til alt er normalisert. Dersom pasienten behandles ambulant, bør hun kontrolleres etter 4 dagers behandling og deretter etter 4 uker. Sengeleie anbefales ved smerter/feber, men er ellers av usikker verdi. Sykmelding etter behov. Kirurgi kan bli aktuelt ved persisterende bekkeninfiltrater, særlig hos kvinner over 40 år. Kontroll og behandling av partner viktig! Husk partnerutredning, men det er IKKE lov å gi ut resept til partner. En må avtale med pasienten at hun gir beskjed til partner(e) innen de 6 siste mnd for at de skal få utført diagnostikk og behandling, evt kan lege/sykepleier gjøre det.

Prognose

- Fertilitetsprognose avhenger av alvorlighetsgrad og eventuelt tidligere PID, trolig ikke vesentlig nedsatt ved førstegangs PID, tidlig behandling og rask klinisk respons. Risiko for redusert fertilitet ca. doubles ved hver påfølgende PID
- Ved abscess, redusert fertilitet
- Absolutt risiko for ektopisk graviditet er lav, ca 1 %
- Kroniske underlivssmerter, av varierende grad, hos ca. en tredel etter PID

Eksterne referanse

[Gynekologiske og obstetriske infeksjoner - Helsedirektoratet](#)