

Kvalitetsregistret för ledprotesinfektioner och nativa ledinfektioner 2011

Ledprotesinfektioner är fortsatt en stor diagnostisk och terapeutisk utmaning för behandlande läkare och medför en betydande kostnad för sjukvården. Intresset för ledprotesinfektioner är fortsatt stort, från såväl mikrobiologer, infektionsläkare och ortopedier och ämnet avhandlades under 2012 både på Mikrobiologiskt vårmöte i Linköping och på Infektionsläkarföreningens vårmöte i Stockholm.

Under det gångna året kan en glädjande ökning av antalet inrapporterade fall till Infektionsläkarföreningens kvalitetsregister noteras vilket på sikt förhoppningsvis kan bidra med ökad kunskap, där viktiga frågeställningar är handläggning och optimal antibiotikabehandling av tidiga ledprotesinfektioner där utbytesoperation ej utförs utan målsättningen är protesbevarande behandling. Tyvärr saknas fortfarande ett knappt 10-tal infektionskliniker som ej rapporterat något fall under 2011.

Septisk artrit - ledprotes

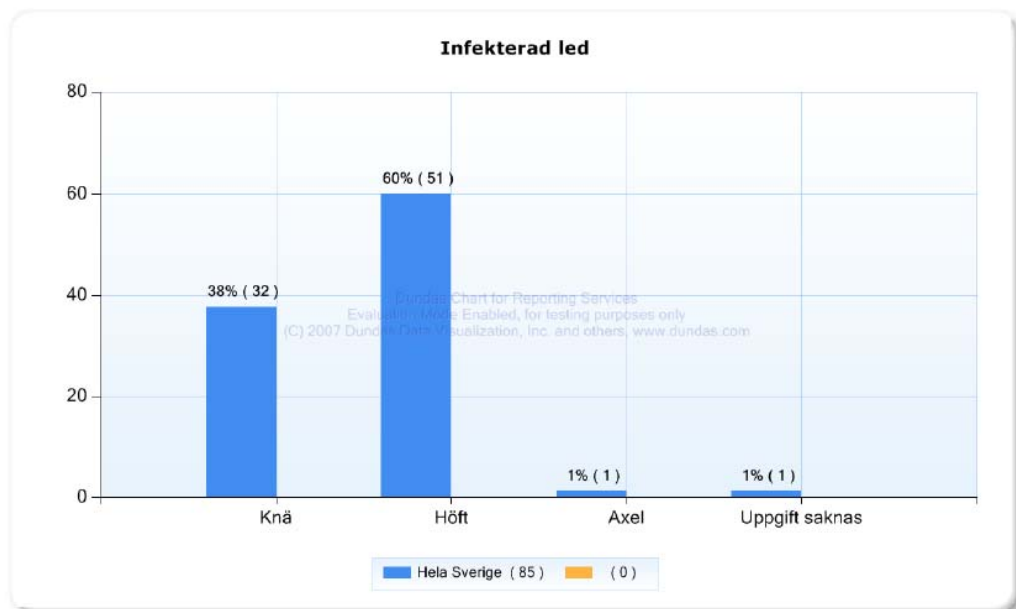
Diagnostiserad ledprotesinfektion under 2011 har inrapporterats hos 153 patienter från 17 Infektionskliniker i Sverige, vilket innebär nästan en fördubbling av antalet inrapporterade fall jämfört med föregående år. Av dessa är ett mindre antal av dessa formulär avslutade vilket givetvis förklaras av de långa förloppen men det är givetvis viktigt att samtliga formulär avslutas efter långtidsuppföljning för att handläggning och behandling skall kunna utvärderas. I Sverige opereras ca 30 000 primärplastiker i höft och knä årligen och infektionsfrekvensen har tidigare uppfattats vara högre för knän (ca 1%) jämfört med höfter (0,5%). Antalet ledprotesinfektioner kan därför mycket grovt uppskattas till ca 200 per år. De till registret inrapporterade ledprotesinfektionerna engagerande höft i 88 fall och knä också i 54 fall, **figur 1**. Medelåldern för höftpatienterna är 74 år. Tidigare har en majoritet av de rapporterade var män men för 2011 är fördelning jämn mellan kvinnor och män. Medianen för symptomduration har varit 7 dagar med en spridning från 1 till 700 dagar. Det vanligaste angivna etiologiska agens är Staphylococcus där S. aureus är dubbel så vanligt förekommande som KNS men även flera andra agens noteras såsom hemolytiska streptococci, alfa-streptococci, gram-negativa tarmbakterier samt även polymikrobiell etiologi, se **figur 2**. Hittills dominerar fall där debridering utförts men proteserna lämnats kvar, vilket skett i 62 fall med höftinfektion. När peroperativa vävnadsodlingar har tagits har oftast fler än 5 prover tagits och majoriteten av dessa har visat växt. Spridningen var dock stor, 0–13. Antibiotikabehandlingen kan inte fullt ut värderas eftersom få patienter är avslutade men rifampicin har givits i åtminstone 45 fall och då i vanligen kombination med kinoloner men även klindamycin, fusidinsyra, trimetoprim-sulfa och linezolid. Även kombinationen rifampicin + beta-laktam-antibiotika har givits, en kombination som bör undvikas pga risk för resistensutveckling. Möjligen föreligger även en antagonism mellan trimetoprim-sulfa och rifampicin. Av de 37 formulär som är avslutade framgår att 21 patienter ha sitt primärimplantat kvar. Medelåldern för patienter med ledinfektioner som drabbat protesknä var 71 år. Fler män än kvinnor (32 vs 22) har drabbats av ledprotesinfektion i knäled. Medianen för symptomduration var 4 dagar med en spridning från 1 till 136 dagar. Höger knä (dominant sida?) är som alltid (dominant sida?) oftare drabbat än vänster. Det vanligaste angivna etiologiska agens är staphylococci med domoinans för S. aureus men även flera andra agens noteras såsom hemolytiska streptococci, alfa-streptococci, gram-negativa tarmbakterier, enterococci samt även polymikrobiell etiologi. Debridering har utförts med kvarlämnande av proteserna har utförts i 43 fall med knäprotesinfektion. Multipla vävnadsodlingar förefaller dock endast vara tagna i 30 fall och majoriteten av dessa uppvisar växt. I fall med staphylococci-etiologi har med få undantag antibiotikabehandling med rifampicin kombination givits. I de 17 fall där avslutat formulär förelåg hade 10 patienter sitt primärimplantat kvar.

Septisk artrit - nativ led

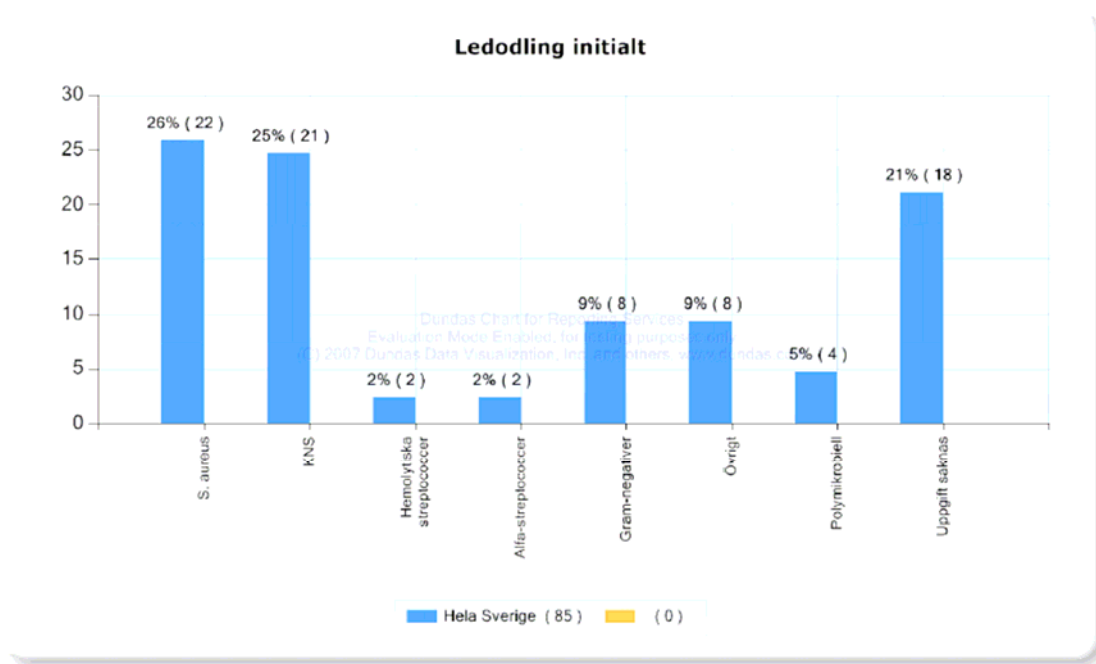
Ledinfektion i nativ led har under 2011 inrapporterats hos 95 patienter, en ökning jämfört med föregående år. Incidensen i litteraturen rapporteras dock vara minst 5 fall per 100.000 person-år varför en betydande underrapportering torde föreligga. Endast 17 av Sveriges Infektionskliniker har rapporterat patienter med bakteriell artrit. Hos de rapporterade patienterna är medelåldern 62 år. Män fortsätter att vara mer drabbade och de utgör i år 65%. Den led som vanligen drabbats är knäled med 33 fall men även många andra ledar drabbas, se **figur 3**. Medianvärdet för symptomdurationen var i 3 dagar innan diagnos med en spridning från 1 dag till 300 dagar. Dominerande patogen var S. aureus med 41 fall av rapporterade 95 vilket kan tolkas som att andra etiologier till nativ ledinfektion är vanlig hos de fall som rapporteras, se **figur 4**. I 42 fall finns led-vita angivet och medelvärdet är $72 \times 10^9/l$ (range 3 – $>300 \times 10^9/l$). CRP vid diagnos var i medeltal 219 mg/L (range <5 till 463). Den initiala intravenösa antibiotikabehandlingen har tidigare

dominerats av cefalosporiner men hade förra året ersatts med isoxazolyl-Pc. Nu är vi tillbaka i gamla hjulspår med 34 versus 37 initiala behandlingar med isoxa resp. cefalosporiner. Intravenöst antibiotika gavs i medeltal i 4 dagar (range 1 – 46 dagar) jämfört med 6 dagar 2010. Uppföljande peroralt antibiotika gavs i medeltal i 37 dagar (range 1 – 203 dagar). Steroider hade givits i endast 3 fall. Kirurgisk behandling med artroskopi utfördes i 23 fall och synovektomi i 15 fall. Upprepade artrocenteser utfördes i 25 fall och spol-sug drän behandling användes fortfarande i 19 fall, **figur 5**. Av de patienter som långtidsuppföljts uppvisar 55 patienter inte någon form av komplikation medan 12 patienter drabbas av någon form av komplikation såsom t ex skelettengagemang eller bestående funktionsnedsättning.

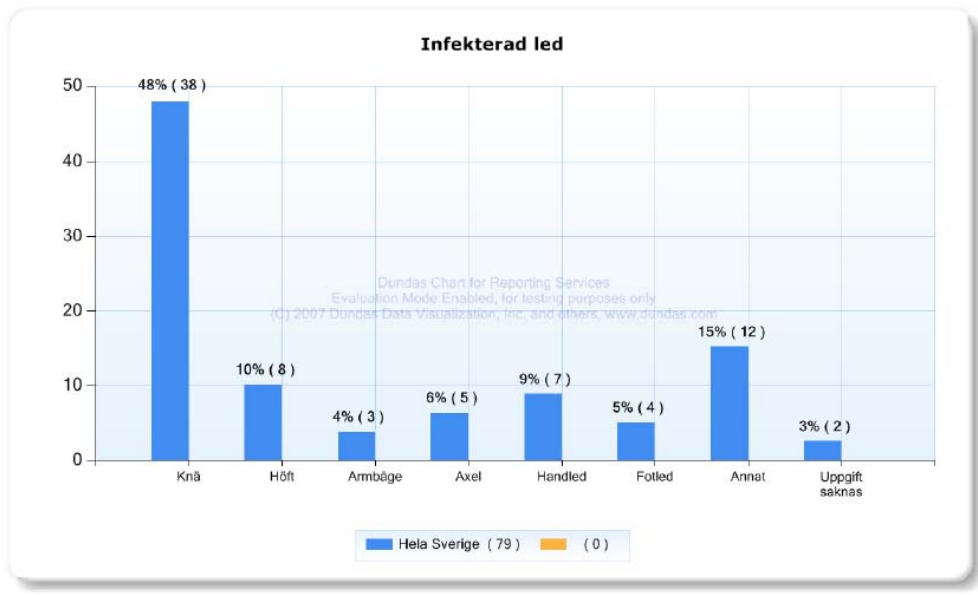
Figur 1



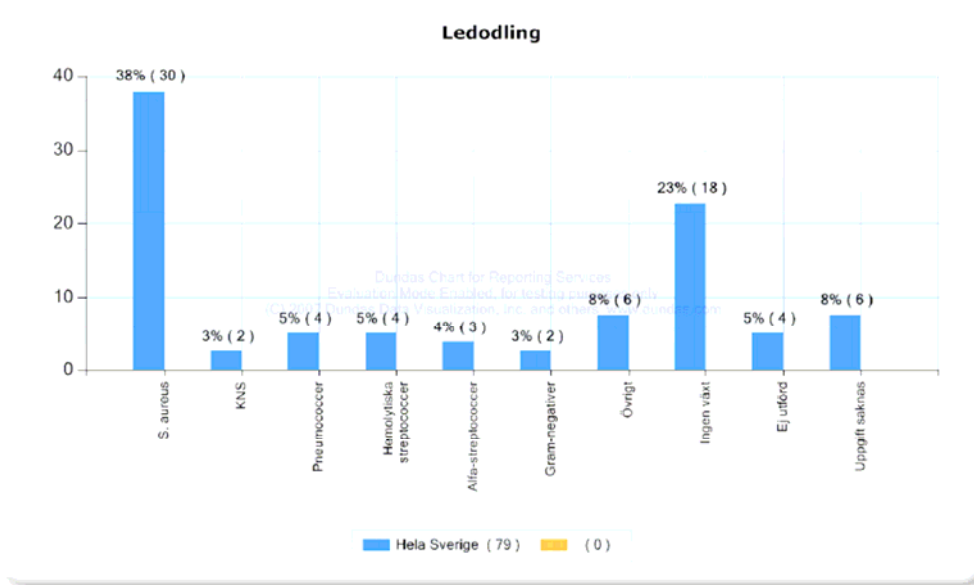
Figur 2



Figur 3



Figur 4



Figur 5

Kirurgisk behandling

