

Rygg, Spondylit

Hitta i dokumentet

[Sammanfattning](#)
[Definitioner](#)
[Processbeskrivning](#)
[Utredning och bedömning](#)

[Behandling](#)
[Uppföljning/avslut](#)
[Uppdaterat från föregående version](#)

Sammanfattning

Definitioner

En infektiös process som engagerar kotkropp och oftast angränsande disk. Infektionen kan spridas epiduralt och till paravertebrala mjukdelar.

Processbeskrivning

Spridningsvägen är oftast hematogen.
Predisponerande faktorer innefattar diabetes mellitus, kronisk alkoholism, malignitet, njursvikt, immunsuppression inklusive steroider, intravenöst missbruk, endokardit, andra infektioner samt trauma.

Utredning och bedömning

Fokal konstant ryggvärk och rörelsesmärta, perkussionssmärta och stelhet ses hos nästan alla patienter och hos cirka hälften dessutom feber och rotsmärta.

Diagnostik

- Kemi
SR, CRP, LPK och kreatinin.
- Mikrobiologi
Blododling x 2, urinodling och eventuell PUNKTIONSODLING från kota.
- Röntgen
MR har en sensitivitet och specificitet på 93 - 97%. Vid positivt MR-fynd bör CT-ledd punktion göras med prov för odling, cytologi, bakteriespecifik PCR/16S rRNA och eventuellt (om material finns) tb- och svampodling. Finnålspunktion är oftast tillräcklig för odling, PCR och cytologi. Diskutera gärna diagnostikplaneringen med infektionsläkare.

Behandling

Om patienten är septisk insättes initialt cefotaxim (Claforan) 2 g x 3 intravenöst efter blododlingar, i övriga fall ges 1 g x 3 i.v. Vid allvarlig penicillinallergi ges klindamycin (Dalacin) 600 mg x 3.

Vid mindre akuta tillstånd avvaktas med antibiotika tills punktion gjorts.

Intravenös antibiotikabehandling ges 1 - 4 veckor tills klinisk och laborationsmässig förbättring. Total behandlingstid blir i regel 3 månader, helst 4 - 6 veckor efter normaliserat CRP. Antibiotikaval och doser som vid posttraumatisk och postoperativ osteomyelit (utan kvarvarande osteosyntesmaterial).

Vid neurologiska bortfallssymtom sker akut handläggning i samråd med ryggortoped eller neurokirurg. Överväg Betapred 8 - 16 mg x 2 intravenöst, nedtrappning under 5 dagar. Indikationer för kirurgi är utebliven/otillräcklig effekt på konservativ behandling i form av neurologisk påverkan, svår invalidiserande smärta, ingen reaktion på laboratorieparametrar eller skelettmässig destruktion med risk för instabilitet.

Under den initiala intravenösa antibiotikabehandlingen har patienten oftast plant sängläge tills ryggsmärtan och laboratorieparametrar förbättrats. Därefter successiv mobilisering med korsett.

Uppföljning/avslut

Poliklinisk uppföljning inkluderande översiktsröntgen och infektionsparametrar, men är beroende av klinisk bild. Se vårdprogram: [Led- och skelettinfectioner](#)
MR bör undvikas då positiva fynd kvarstår långt efter det att infektionen läkt.

Tb-spondylit

Typiskt är ett långdraget, kroniskt förlopp med initialt intermittent och senare konstant ryggsmärta som ofta pågått i månader till år innan patienten sökt läkare. Gibbus kan också vara ett symptom som föranleder läkarbesök, liksom kalla abscesser i lumsken eller på låret. Behandlingen är samma som vid pulmonell tuberkulos.

Uppdaterat från föregående version

Ersätter 2017-03-17.

Ändring gjord under rubrikerna: Utredning och uppföljning, Behandling, Uppföljning/avslut samt Tb-spondylit.