

MIKROBILÄÄKE- HOITO-OPAS

Sisällys

Lukijalle	4
1 Yleisinfektio/Sepsis	5
1.1 Sepsiksen tunnistus ja alkuhoito	5
1.2 Resistentin mikrobin riskitekijät	6
1.3 Epäillyn infektiotokuksen mukainen empiirinen hoito	6
1.4 Aloitusantibiootti yleisinfektiossa, kun infektiotokos ei ole tiedossa	6
1.5 Aloitusantibiootti yleisinfektiossa, kun potilaalla on MRSA/ESBL-kantajuuus tai sen epäily	6
1.6 Yleisimpien mikrobilääkkeiden kirjo	7
1.7 Mikrobilääkityksen kohdennus	8
1.7.1 Kohdennuksen yleisiä periaatteita	8
1.7.2 Mikrobiologisen löydöksen perusteella	8
1.8 Mikrobilääkityksen kesto	12
1.9 Mikrobilääkkeiden pitoisuusmääritykset	12
1.10 Herkkyysmäärityksen I-vastauksen vaikutus mikrobilääkeannostukseen	13
2 Virtsatieinfektiot	15
3 Keuhkokuume	17
3.1 Kotona alkaneen keuhkokuumeen empiirinen hoito	17
3.2 Sairaalakeuhkokuume	19
3.3 Empeema	20
4 Vatsan alueen kirurgiset infektiot	21
5 Iho- ja pehmytkudosinfektiot	23
6 Diabeetikon jalkainfektio	28
7 Spondylodiskiitti ja epiduraaliabskessi	29
8 Märkäinen niveltulehdus	31
9 Tekonivelinfektio	32
10 Bakteerimeningiitti	33
11 Enkefaliitti	35
12 Endokardiitti, tahdistininfektiot	36

12.1 Endokardiitti.....	36
12.2 Tahdistininfektiot	39
13 Clostridioides difficile -infektion (CDI) hoito	40
14 Neutropeenisen kuumepotilaan empiirinen hoito	41
15 Hammasperäiset paiseet	43
16 Pneumocystis keuhkokuume (pcp)	44
17 Borrelioosi	46
18 Ohjeita mikrobiologisten näytteiden ottamisesta	49
19 Penisilliiniallergia.....	51
20 Infektiosairauksien profylaksiohjeita (linkit)	52
21 Antibioottipumppuopas	53
22 Hoitoon liittyvien infektioiden torjuntaohjeet, (linkit)	53
Infektioidentorjuntayksikön yhteystiedot	53
23. HIV-estolääkitys (PEP, post exposure prophylaxis) päivystyksessä ja infektiopoliklinikalla	53
24 Dientamoeba fragilis -infektion (A07.8) toimintaohje.....	57
25 Malaria	58
Lisämateriaalit	61
<i>S. aureuksen</i> aiheuttaman bakteremian vaikeusasteen arviointi.....	61
Spondylodiskiitti	62
Tekonivelinfektiot	63
Enkefaliitti.....	64
Immunosuppressiopotilaan keuhkoinfektiot	67

Lukijalle

Käytössäsi on HUS-sairaaloiden mikrobilääkehoito-opas. Tämä opas on koottu yhteistyössä HUSin infektiolääkäreiden, muiden klinikkolääkäreiden ja mikrobiologian erikoislääkäreiden kanssa. Siihen on koottu keskeisimpien infektiotyyppien mikrobilääkehoitosuosituksia.

Suosituksien tavoitteena on tehokas ja vastuullinen mikrobilääkekäyttö. Oikein valittu, annosteltu ja viiveettömästi aloitettu mikrobilääke voi pelastaa potilaan hengen ja suojata komplikaatioilta. Mikrobilääkkeisiin voi kuitenkin liittyä sivuvaikutuksia ja yhteisvaikutuksia muiden lääkkeiden kanssa. Runsas mikrobilääkkeiden käyttö ja tarpeeseen nähden turhan laajakirjoiset ja pitkäkestoiset hoidot lisäävät myös moniresistenttien bakteerien yleistymisen ja *Clostridioides difficile* -infektion riskiä.

Suosituksissa on pyritty ohjeistamaan sekä aloitus- että kohdennusmikrobilääkehoito, jos relevanttia, ja myös hoidon pituus. Aloitusmikrobilääkkeen valintaan vaikuttaa useissa suosituksissa infektiofokuksen lisäksi infektion vaikeusaste ja resistentin taudinaiheuttajan todennäköisyys. Muutamisissa ohjeissa on linkin takana lisämateriaalia.

Mikrobilääkehoito-opas on ollut käytössä v. 2016 lähtien^{*)}. Kiitämme kaikkia ohjeiden laatimiseen osallistuneita lääkäreitä. Opasta päivitetään jatkuvasti ja se on laajasti päivitetty 12/23–5/24 aikana.

Mikrobilääkkeiden asianmukainen käyttö on keskeinen osa tehokasta ja turvallista potilashoitoa. Toivomme, että mikrobilääkehoito-opas koituu potilaidemme parhaaksi ja samalla helpottaa lääkäreiden työtä.

HUSissa toukokuussa 2024

HUSin mikrobilääkehoito-oppaan toimituskunta:

Kirsi Skogberg, osastonylilääkäri (pj)

Mari Ala-Houhala, erikoislääkäri

Timi Martelius, osastonylilääkäri

Laura Pakarinen, apulaisylilääkäri

Asko Järvinen, ylilääkäri

^{*)} Toimituskunta v. 2016

Timi Martelius (pj), Mari Kanerva, Asko Järvinen

1 Yleisinfektio/Sepsis

Päivitetty 17.2.2025 Kirsi Skogberg, Timi Martelius, Juha Suhonen, Keiju Kontula, Jukka Torvikoski, Anu Pätäri-Sampo, Mikael Kajova

Tämä ohje on suunnattu lähinnä sairaalapäivystykseen ja vuodeosastoille. Ohjeeseen kirjatut mikrobilääkehoidon annokset koskevat potilaita, joilla on normaali munuaisfunktio (annosta ei kuitenkaan tule redusoida vielä ensimmäisenä hoitovuorokautena, vaikka potilaalla todettaisiin akuutti munuaisten vajaatoiminta).

Tämä ohje ei koske immuunipuutteisen potilaan tai tropiikin matkailijan vaikeaa yleisinfektiota.

1.1 Sepsiksen tunnistus ja alkuhoito

Tunnista sepsis ja septinen shokki ripeästi: arvioi potilaan verenkiertoa, hengitystä ja tajuntaa.

Bakteerin aiheuttaman yleisinfektion tyypioireita/löydöksiä:

- kuume/alilämpöisyys
- takykardia
- tihentynyt hengitys
- leukosytoosi tai leukopenia, suurentunut CRP-pitoisuus (CRP voi myös olla normaali nopeasti alkaneessa taudissa)

Sepsis = epäilty tai varmennettu infektio ja elintoimintahäiriö

- verenkierron häiriö (matala verenpaine, lämpöraja raajoissa, iho marmoroitunut tai laikukas)
- hengityksen vajaus (alentunut happisaturaatio, kohonnut hengitysfrekvenssi $>22/\text{min}$, lisääntynyt hengitystyö)
- sahaava kuume, horkka, heikentynyt yleistila
- tajunnanhäiriö (esim. nopeasti alkanut sekavuus)
- akuutti munuaisten vajaatoiminta
- petekkiat, verenpurkaumat

Septisessä sokissa sepsikseen liittyy vaikea verenkiertovajaus

- Laktaattitaso koholla ($> 2 \text{ mmol/l}$) ja hypotensio, joka ei vastaa asianmukaiseen nesteytykseen, vaan vaatii vasopressorilääkitystä

Mitä teet, jos epäilet sepsistä:

- Ota kahdet veriviljelynäytteet eli kaksi pulloparia (aerobi- ja anaerobipullot); yht 4 pulloa (Apotissa veriviljelyt-paneeli määräykset pikalistalla)
- Anna ensimmäinen (täysi) annos antibioottia heti veriviljelyiden oton jälkeen jo ennen muiden kokeiden valmistumista
- Aloita ripeästi nestehoito ja tarvittaessa elinhäiriöiden tukihoito
- Ota tarpeelliset muut laboratoriotutkimukset (ml. laktaatti), viljelynäytteet sekä kuvantamistutkimukset
- Konsultoi teho-osaston lääkäriä
- Etsi infektiotoksuja, tarvittaessa pyri näiden saneeraukseen ja hallintaan (esim. dreneeraus tai operatiivinen hoito).

1.2 Resistentin mikrobin riskitekijät

- Edeltävä sairaalahoito/hoitoon liittyvä infektio
- Laajakirjoinen mikrobilääkitys edeltävän 3 kuukauden aikana
- Tiedossa oleva moniresistentin mikrobin kantaja/perheenjäsen
- Huumeiden käyttäjillä MRSA riski (erityisesti iho- ja pehmytkudosinfektiot)
- Edeltävä ulkomainen sairaalahoito (vuoden sisällä)

1.3 Epäillyn infektiotokuksen mukainen empiirinen hoito

Jos todetaan selkeä infektiotokus, valitaan hoito aina tokuksen mukaisesti!

1.4 Aloitusantibiootti yleisinfektiossa, kun infektiotokus ei ole tiedossa

Tarkista, onko aiemmissa viljelyvastauksissa vähintään edeltävän vuoden ajalta resistenttejä taudinaiheuttajia (esim. ESBL, MRSA), jos kyllä, ks. kappale 1.5. Jos muun moniresistentin mikrobin kantaja, konsultoi herkästi infektiolääkärää.

	Kotialkuinen, ei kefuroksiimille resistentin mikrobin riskitekijöitä	Terveystenhoitoon liittyvä tai muita kefuroksiimille resistentin mikrobin riskitekijöitä
Hyvä yleistila (ei elintoimintahäiriötä)	Kefuroksiimi 1,5 g x 3 iv	Kefuroksiimi 1,5 g x 3 iv* tai Piperasilliini-tatsobaktaami 4 g x 3–4 iv
Sepsis (elintoimintahäiriö)	Kefuroksiimi 1,5 g x 4 iv**	Piperasilliini-tatsobaktaami 4 g x 4 iv** tai Meropeneemi 1 (-2) g x 3 iv**

*Varhainen (<7 vrk sairaalaan tulosta) sairaalasyntyinen infektio ilman edeltävää antibioottihoitoa

** Älä viivyttelö alkuannosta ja älä redusoi annosta ensimmäisenä vuorokautena, vaikka potilaalla olisi akuutti munuaisten vajaatoiminta. Jos kyseessä on septinen shokki, konsultoi välittömästi teholääkärää. Teholla on oma ohje septisen shokin mikrobilääkehoidosta.

HUS Apteekki/Ohjeita osastoille

- Huomioi mahdolliset yksikkökohtaiset ohjeet (esim. hematologia, teho-osasto, dialyysi ym.).

1.5 Aloitusantibiootti yleisinfektiossa, kun potilaalla on MRSA/ESBL-kantajuuus tai sen epäily

	MRSA-kantaja/ merkittävä riskitekijä kantajuudelle*	ESBL-kantaja
MRSA/ESBL katetaan hoidossa, jos se on mahdollinen/todennäköinen aiheuttaja.	<i>S. aureus</i> todennäköinen aiheuttaja: erityisesti iho- ja pehmytkudosinfektioissa	Enterobakteeri todennäköinen aiheuttaja: pallean alapuoliset infektiot, GI-kanava, virtsatiet

Hyvä yleistila	Vankomysiini 1 g x 2 iv +Kefuroksiimi 1,5 g x 3 iv	Ertapeneemi 1 g x 1 iv
Sepsis (elintoimintahäiriö)	Vankomysiini 1 g x 2 iv +kefuroksiimi 1,5 g x 4 iv (Piperasilliini-tatsobaktaami 4 g x 4 iv tai meropeneemi 1 (-2) g x 3 iv sairaalasyntyisessä in- fektiossa)	Meropeneemi 1 g x 3 iv

*) esim. iv-huumeita käyttävä henkilö

1.6 Yleisimpien mikrobilääkkeiden kirjo

Alla mainituille mikrobilääkkeille herkkien verikantojen osuus HUSissa, jos annos riittävä (S ja I)

Mikrobin osuus vv-positiivisista	Penisilliini	Klok- sasilliini	Vanko- mysiini	Kefurok- siimi	Fluoroki- noloni	Piperasilliini- tatsobaktaami	Ertape- neemi	Mero/Imi- peneemi	Metroni- datsoli
<i>E.coli</i> 25 %				~90 %	~90 %	~95 %	99 %	100 %	
<i>S.aureus</i> 13 %		96 %	100 %	96 %					
Beetahemol. Strepto-kokit (A,B,C,G) 8 %	100 %	100 %		100 %					
Pneumokokki 4 %	99 %*			~95 %	Levo 100 %			100 %	
<i>K.pneumoniae</i> 4 %				~90 %	~90 %	~90 %	99 %	99 %	
<i>E.faecalis</i> 3 %	Ampisilliini 99 % **		100 %			99 %		Imi 99 %***	
<i>P. aeruginosa</i> 2 %					Sipro ~95 %	95 %		~95 %	
Anaerobit ml. <i>B. fragilis</i> - ryhmä 6 %						90 %			99 %

Taulukon solujen taustavärien merkitys:

Ei tehoa – valkoinen

Todennäköisesti tehoa, tarkista herkkyys – vihreä

Ei optimaalinen tai turhan laajakirjoinen – harmaa

*muissa kuin keskushermostoinfektioissa. Vrt. tarkemmin mikrobilääkehoito-oppaan kohta 1.6

**kannoista 99 % ampisilliinille S. Peruspenisilliinit (G- ja V-penisilliini) eivät tehoa

***kannoista 99 % on imipeneemille herkkiä. Meropeneemillä ei riittävää tehoa.

Katso kohta 1.10 Herkkyysmäärityksen I-vastauksen vaikutus mikrobilääkeannostukseen, muutos 17.5.2021 alkaen

1.7 Mikrobilääkityksen kohdennus

1.7.1 Kohdennuksen yleisiä periaatteita

- Onko kyseessä infektio (uusi arvio 2–4 vrk kohdalla)?
- Mikä on infektiotokos ja onko se hallinnassa?
 - kirurgia ym.
- Bakteerin herkkyudet
 - antibiootin kohdentaminen, yleensä kaventaminen
 - kombinaatiohoidosta monoterapiaan
- Kliininen vaste

1.7.2 Mikrobiologisen löydöksen perusteella

Vastausten aikataulu:

	Vastaus käytettävissä veriviljelyn otosta
Mikrobin alustava tunnistus*	½–1 vrk
Herkkyysmääritys*	½–4 vrk

* Uusille löydöksille tehdään PCR-testi mikrobin ja mahdollisten resistenssigeenien tunnistamiseksi, vrt. tarkemmin testin tunnistamat mikrobit:

[HUSLABin ohjekirja: Monianalyysi-PCR-testin käyttö veriviljelyissä ja sen tunnistamat mikrobit ja resistenssigeenit](#)

Antibioottihoito mikrobiologisen diagnoosin perusteella

Gramvärjäys on ensimmäinen mikrobin tunnistuksen vaihe. Uusille veriviljelylöydöksille tehdään gramvärjäyksen ohella PCR-testi, jolla lajitunnistus on mahdollista jo n. 2 tunnin sisällä gramvärjäysvastauksesta. **Muista tarkastaa veriviljelyvastaus alkuvaiheessa tiheään.** Mikäli PCR-testillä ei saada lajia tunnistettua, harkitse harvinaisemman taudinaiheuttajan mahdollisuutta ja tarv. konsultoi infektiolääkärää tai mikrobiologian laboratoriota.

Huomioi infektiotokos. Jos bakteerille on jo tehty herkkyysmääritykset, valitse antibiootti sen mukaan.

1. Gram-negatiiviset sauvat

Bakteeri	Hoito	Huomioi
<i>E. coli</i> <i>Proteus mirabilis</i> <i>Klebsiella pneumoniae</i> , <i>oxytoca</i>	Kefuroksiimi 1,5 g x 3 iv	Jos herkkä fluorokinoloneille, siprofloksasiini iv tai po on hyvä vaihtoehto
ESBL	Ertapeneemi 1 g x 1 iv Meropeneemi 1 g x 3 iv	
Salmonellat	Keftriaksoni 2 g x 1 iv	

<i>Pseudomonas aeruginosa</i>	Keftatsidiimi 2 g x 3 iv (ensisijainen) tai piperasilliini-tatsobaktaami 4 g x 4 iv tai meropeneemi 1 g x 3 iv Vaikea sepsis tai neutropeeninen pofilas: liitä edellisiin tobramysiini 4–7 mg/kg x 1 iv tai siprofloksasiini 400 mg x 2–3 iv kunnes herkkyys vastattu	• Konsultoi infektiolääkärää • Kun herkkyys tiedossa, 1 lääke (beetalaktaami) yleensä riittää. • (Tobramysiini: pitoisuusmittaukset! 0-pitoisuus tavoite: "ei mitattavissa".)
<i>Enterobacter cloacae</i> <i>Enterobacter aerogenes</i> (<i>Klebsiella aerogenes</i>) <i>Citrobacter freundii</i> <i>Serratia marcescens</i>	Kefepiimi 2 g x 3 iv tai ertapeneemi 1 g x 1 iv tai meropeneemi 1 g x 3 iv	• Älä hoida pelkällä kefalosporiinilla (pois lukien kefepiimi) herkästi indusoituvan resistenssin takia • Jatkohoito tarvittaessa herkkyysien mukaan esim. siprofloksasiinilla tai sulfa-trimetopriimilla
<i>Bacteroides fragilis</i> (anaerobi)	Metronidatsoli 500 mg x 3 iv (Piperasilliini-tatsobaktaami, mero- ja ertapeneemi tehoavat myös)	• Usein viite <u>sekainfektioista</u> • Fokus usein vatsa • Gram-negatiivista aerobi-puolta ainakin alkuun hyvä kattaa

2. Gram-negatiivinen diplokokki

Bakteeri	Hoitto	Huomioi
<i>Neisseria meningitidis</i> (meningokokki)	keftriaksoni 2 g x 2 iv tai G-penisilliini 4 milj ky x 6 iv	• Profylaksia lähikontakteille • Ks. Meningiittiohje

3. Gram-positiivinen ketjukokki

Bakteeri	Hoitto	Huomioi
Beetahemolyyttiset streptokokit (A-G)	G-penisilliini 4 milj ky x 6 iv /jatkuva infuusio*	• Toksinen shokki: lisää klindamysiini 600 mg x 3–4 iv/po
Alfahemolyyttiset streptokokit (mm. <i>Viridans</i>)	G-penisilliini 4 milj ky x 6 iv/jatkuva infuusio*	• Endokardiitti? ECHO
Enterokokokit	Ampisilliini 2 g x 6 iv (yl. <i>E. faecalis</i>) Jos resistentti ampisilliinille tai penisilliiniallergia: Vankomysiini 1 g x 2 iv (yl. <i>E. faecium</i>)	• Pitkittynyt kuume-endokardiitti? • Vatsan alueen fokus: piperasilliini-tatsobaktaami, jos herkkä • VRE: konsultoi infektiolääkärää
<i>Streptococcus pneumoniae</i> (pneumokokki)	G-penisilliini 4 milj ky x 6 iv/jatkuva infuusio* tai Keftriaksoni 2 g x 1–2 iv (ulkomaat tai alentunut penisilliiniherkkyys)	• Ei meningiittiä: Penisilliiniherkkyys S tai I: penisilliini ensisijainen • Meningiitti: ks. meningiittikapale

--	--	--

*20 IU/24 h, vaikeissa infektioiden aluksi 4 UI latausannos (toteutetaan kahdella 12 h infuusiolla, apotista löytyy määräyspohja). Ks. tarkemmin ohje: [Jatkuva infuusio osastolla](#)

4. Gram-positiivinen ryhmäkokki

Bakteeri	Hoitto	Huomioi
Staphylococcus aureus (herkkä kloksasilliinille) Päivitetty 22.2.2024 Erik Forsblom, Mikael Kajova, Eeva Ruotsalainen	Kloksasilliini 2 g x 6 iv tai 12 g/vrk jatkuva infuusio (kotisairaalaan infuusiopumppu) Penisilliiniallergia: Kefuroksiimi 1,5 g x 4 iv, tilanteen stabiloiduttua 1,5 g x 3 iv Rifampisiini lisälääkkeenä (lähinnä vierasesineinfektiot, infektiolääkärin konsultaatio)	• Infektiolääkärin konsultaatio aina • Kontrolliveriljelyt jtp, kunnes ne eivät mene jatkoviljelyyn • Infektioportin etsintä ja poisto: ◦ esim. infektoitunut verisuonikatetri • Syviä infektiopesäkkeitä etsitään aktiivisesti: ◦ sydämen ultraäänitutkimus ◦ ensisijaisesti vartalon TT ¹ ◦ muu kohdennettu kuvantaminen kliinisen tilanteen mukaan (esim. MRI) ² ◦ <u>pysyvien vierasesineiden infektoitumisen arvioitava</u>, etenkin verivirrassa olevat (esim. tekoläppä, tahdistin, verisuoniproteesi) • Syviä infektiopesäkkeitä poistetaan, esim. ◦ abskessien dreneeraus ◦ purulentin artriitin lavaation harkinta ◦ kipeytynyt tekonivel: → AINA tekonivelkirurgin konsultaatio pikaisesti • Hoitoaika vähintään 4 viikkoa iv ◦ komplisoitunut taudinkuva³ (syvät infektiopesäkkeet) • Hoitoaika 2 viikkoa iv ◦ komplisoitumaton taudinkuva³

¹ Vaihtoehtoisesti PET-TT-kuvantaminen erityistilanteissa (neuvottele infektiolääkärin kanssa). Nuorilla potilailla säderasituksen minimoimiseksi vartalon TT-kuvaus matalan sädeannoksen infektiotekniikalla

² Esim. selkärangan MRI (uusi tai akutisoitunut selkäkipu)

³ [Staphylococcus aureus -bakteremian taudinkuvan vaikeusasteen arviointi](#)

Staphylococcus aureus (MRSA)	Vankomysiini 1 g x 2 iv (tai linetsolidi 600 mg x 2, tai daptomysiini 6–10 mg/kg x 1 iv tai keftaroliini 600 mg x 3 iv) Rifampisiini lisälääkkeenä (lähinnä vierasesineinfektiot, infektiolääkärin konsultaatio)	• Infektiolääkärin konsultaatio aina • Ks. yllä. • Vankomysiini: pitoisuusmittaukset! • Rifampisiini ei koskaan ainoana lääkkeenä! Huomioi runsaat lääkeaineinteraktiot
Staphylococcus lugdunensis		Hoidetaan kuten <i>Staphylococcus aureus</i> , ks. edellä

Staphylococcus epi-dermidis/ muu koagulaasi-negatiivinen stafylokokki Päivitetty 22.2.2024 Mikael Kajova, Tommi Oilinki	Kontaminaatio: ei hoitoa. Vankomysiini 1 g x 2 iv (tai linetsolidi 600 mg x 2 tai daptomysiini 6 mg/kg x 1 iv) Herkkä oksasilliinille: kloksasilliini 2 g x 6 iv tai jatkuva infuusio 12 g/vrk	7 vrk hoitoaika, jos komplisoitumaton bakteremia: - kanyyli/keskuslaskimokatetri poistettu - hyvä hoitovaste - ei verenkierrossa olevaa vierasesinettä - ei epäilyä syvästä fokuksesta - Pidempi hoitoaika, jos endokardiitti, muu syvä fokus tai vierasesineinfektio (ks. ko infektion hoito-ohjeet) - Verenkierrossa oleva vierasesine (verisuoni- /läppäproteesi, tahdistin, keskuslaskimokatetri), jota ei poisteta: infektiolääkärin konsultaatio
--	---	--

5. Gram-positiivinen sauva

Suuri osa löydöksistä on propionibakteereita tai difteroideja, jotka ovat usein kontaminaatioita. Konsultoi herkästi infektiolääkärää!

Bakteeri	Hoito	Huomioi
Listeria monocytogenes	Ampisilliini 2 g x 6 iv Penisilliiniyliherkkä: meropeneemi, sulfatrimetopriimi	

6. Kandidemia

6a. Aloitushoito potilaalla, jolla veriviljelyssä hiiva:

Yleistila hyvä ja ei aiempaa sienilääkettä/todennäköisesti flukonatsolille herkkä hiiva (<i>C. albicans</i> , <i>C. parapsilosis</i> , <i>C. tropicalis</i>)	Flukonatsoli 400 mg x 1 iv (aloitusannos 800 mg iv)
Sepsis, aiempi flukonatsoli tai todennäköisesti flukonatsolille resistentti hiiva (<i>C. krusei</i> , <i>C. glabrata</i> , <i>C. auris</i>)	Anidulafungiini * lataus 200 mg iv ylläpito 100 mg x 1 iv TAI kaspofungiini iv lataus 70 mg iv, ylläpito 50 mg x 1 iv (< 80 kg) 70 mg x 1 iv (> 80 kg) TAI mikafungiini 100 mg x 1 iv

* Valitaan se ekinokandiini, joka määritetty peruslääkkeeksi HUSin peruslääkevalikoimassa

6b. Kandidemian hoito lopullisen veriviljelyvastauksen perusteella

Hoito	Huomioi
• Herkkyysmäärittelyn mukaan • Konsultoi infektiolääkärinä • Veriviljelyssä kasvava kandida edellyttää aina hoitoa.	• Infektiolääkärin konsultaatio • Verisuonikatetri/vierasesineet tulee vaihtaa • Kontrolliveriviljelyt jtp kunnes eivät mene jatkoviljelyyn • Hyvä hoitovaste, ei syviä fokuksia: hoidon kesto 2 viikkoa ensimmäisestä negatiivisesta veriviljelystä • Sydämen ultraäänitutkimus • Silmänpohjien tutkimus

1.8 Mikrobilääkityksen kesto

Jos hoitovaste on hyvä ja ei ole saneeraamatonta tulehduspesäkettä, yleisinfektion/bakteremian tavomainen kesto on 7–10 vrk. Jos potilaalla on tiedossa oleva tulehduspesäke, katso fokuksen mukaiset suositukset.

Tämä ei koske *S. aureus* -infektioita, kandidemioita tai tilanteita, joissa epäillään endokardiittia (esimerkiksi viridans streptokokki, enterokokki ilman tiedossa olevaa infektiokokusta).

1.9 Mikrobilääkkeiden pitoisuusmääritykset

Oppaan mikrobilääkeannokset on tarkoitettu aikuisille, joilla on normaali munuaisten ja maksan toiminta. Munuaisten vajaatoiminnassa katso esimerkiksi: [Terveysportti](#)

Pitoisuusmäärittämisistä	Jäännöspitoisuustavoitteet (0-pitoisuus)
Vankomysiini	Lievät ja keskivaikeat infektiot 10–15 mg/l * S-van 3277 Vakavat erityisesti MRSA:n aiheuttamat infektiot (esim. endokardiitti, keskushermostoinfektio) 15–20 mg/l ** Jatkuissa vankomysiini-infuusioissa (pumppuhoito), ks. erillinen Antibioottipumppuopas
Gentamysiini	0 ug/ml (kerran päivässä annostelu) S-genta 1450 <2 ug/ml (3 x päivässä annostelu)
Tobramysiini	0 ug/ml (kerran päivässä annostelu) S-tob 2744

Ensimmäinen S-VAN o-pitoisuus otetaan yleensä ennen 4. vankomysiiniannosta. Vankomysiinipitoisuutta yleensä seurataan hoidon aikana vähintään n. 3 vrk välein. Vankomysiinihoidon aikana tulee seurata myös kreatiniinia.

*Erityisesti nuorilla S-VAN o-pitoisuudet jäävät usein annoksesta riippumatta < 10 mg/l ja jos hoitovaste on hyvä, ei annosta tarvitse nostaa.

**Konsultoi infektiolääkärinä

1.10 Herkkyysmäärittelyn I-vastauksen vaikutus mikrobilääkeannostukseen

Kaikki herkkyystulkintarajat, joita mikrobiologian laboratorio käyttää antaessaan bakteerin mikrobilääkeherkkyuden S/I/R-tulkinnat, perustuvat mikrobilääkkeen tiettyyn annostukseen/antotapaan. Aikaisempi I-tulkinta (intermediate) sisälsi mm. teknistä epävarmuutta, joka on uudessa I-tulkinnassa poistettu.

Bakteeri on testatulle lääkkeelle

S = Herkkä normaaliannostuksella (standardi annostus)

I = Herkkä tehokkaimmalla annostuksella (tiheä tai suuri annos)

R = Resistentti (vastustuskykyinen)

I-tuloksen saanutta lääkettä voidaan käyttää potilaan hoidossa, jos lääkkeen annostelu on riittävän tehokas (tiuha annostelu tai korkea annos lääkkeestä riippuen).

Esimerkiksi beetalaktaameilla (penisilliinit, kefalosporiinit, karbapeneemit) tulisi ensisijaisesti käyttää tihennettyä annostelua.

Alla olevissa annostustaulukossa kuvataan ne annostukset, joihin I-tulkinnat perustuvat mikrobilääkkeillä, joilla voi yleisimmin tulla I-vastauksia.

Annostukset on sovitettava yksittäiselle potilaalle ottaen huomioon infektion tyyppi ja potilaan ominaisuudet, esim. munuaisten toiminta, infektiotoksinen, infektion vaikeusaste, muut lääkitykset ja ikä.

Nämä taulukon annostukset ovat sopivia normaalin munuaistenfunktion omaavan vuodeosastotasaisen potilaan hoitoon.

Annostustaulukko perustuu [EUCAST \(European Committee on Antimicrobial Susceptibility Testing\) -taulukon versioon 11.0.](#)

Hoitokäytäntöjen yhtenäistämisen vuoksi, EUCAST:n antamasta annostuksista on poikettu **punaisella** merkityissä kohdissa.

	Bakteerilaji, jota tulkinta koskee	Annostus S-tulkinnalle	Annostus I-tulkinnalle	Erityistilanteet
Bentsyylipenisilliini (G-penisilliini)	<i>Streptococcus pneumoniae</i>	2–4 milj. IE x 4–6 iv	4 milj. IE x 6 iv	Meningiitti katso hoito kappale 10 S- tulokselle meningiitissä annostus 4 milj. IE x 6 iv I-tulokselle: R
	<i>Streptococcus viridans</i> -ryhmän invasiiviset infektiot	2–4 milj. IE x 4–6 iv	4 milj. IE x 6 iv	Endokardiitti katso hoito kappale 12
Ampisilliini	<i>Enterococcus</i> -lajit <i>Streptococcus viridans</i> -ryhmä	2 g x 4–6 iv	2 g x 4–6 iv	Endokardiitti katso hoito kappale 12
	<i>Streptococcus pneumoniae</i>	1 g x 3–4 iv käytä mieluummin G-penisilliiniä, ks yllä	2 g x 4–6 iv	Meningiitti katso hoito kappale 10 S- tulokselle meningiitissä annostus 2 g x 4–6 iv I-tulokselle: R
Amoksisilliini po	<i>Streptococcus pneumoniae</i>	500 mg x 3 po	750 mg-1 g x 3 po	
	<i>Haemophilus influenzae</i>	–**	750 mg-1 g x 3 po	
Amoksisilliini-klavulanihappo po	<i>Haemophilus influenzae</i>	–**	875mg/125 mg x 3 po	
Piperasilliini-tatsobaktaami	<i>Pseudomonas</i> - lajit	–**	4 g/500 mg x 4 iv (3 h infusio)	Tehohoito potilaat katso tehohoidon opas.
Kefepiimi	<i>Enterobacterales</i> * <i>Aeromonas</i>	2 g x 3 iv	2 g x 3 iv	

	<i>Pseudomonas</i> - lajit	-**	2 g x 3 iv	
Keftatsidiimi	<i>Enterobacteriales</i> * <i>Aeromonas</i>	2 g x 3 iv	2 g x 3 iv	Tehohoitopotilaat katso tehohoidon opas.
	<i>Pseudomonas</i> - lajit	-**	2 g x 3 iv	
Keftriaksoni	<i>Enterobacteriales</i> * <i>Streptococcus pneu-</i> <i>moniae</i> <i>Moraxella catarrhalis</i>	2 g x 1 iv	2 g x 2 iv	Meningiitti katso hoito kappale 10
Kefuroksiimi iv	<i>Streptococcus pneu-</i> <i>moniae</i>	1,5 g x 3 iv	1,5 g x 3–4 iv	
	<i>E.coli</i> <i>Klebsiella</i> - lajit <i>Raoultella</i> - lajit <i>Proteus mirabilis</i>	-**	1,5 g x 3–4 iv	

	Bakteerilaji, jota tulkinta koskee	Annostus S-tulkinnalle	Annostus I-tulkinnalle	Erityistilanteet
Imipeneemi	<i>Enterococcus</i> -lajit	-**	1 g x 4 iv Konsultoi infektiolääkäriä	
Meropeneemi	<i>Pseudomonas</i> -lajit <i>Enterobacteriales</i> * <i>Acinetobacter</i> - lajit <i>Achromobacter xy-</i> <i>losoxidans</i>	1 g x 3 iv (30 min infuusio)	2 g x 3 iv (3 h infuusio)	Meningiitti: 2 g x 3 iv (30 min tai 3 h infuusio)

Siprofloksasiini	<i>Pseudomonas</i> - lajit <i>Acinetobacter</i> - lajit Difteroidit <i>Bacillus</i> -lajit	- ** - **	750 mg x 2 po tai 400 mg x 3 iv	
	<i>Neisseria gonorrhoeae</i> <i>Aeromonas</i> - lajit	500 mg x 2 po tai 400 mg x 2 iv	750 mg x 2 po tai 400 mg x 3 iv	
Levofloksasiini	<i>Staphylococcus</i> - lajit <i>Streptococcus pneu-</i> <i>moniae</i> Betahemol.streptokokit (A,B,C,G-ryhmät)	- **	500 mg x 2 po tai iv tai 750 mg x 1 po tai iv	Stafylokokki-infektioissa ei yleensä ai- noana antibioottina
	<i>Acinetobacter</i> -lajit	500 mg x 1 po tai iv	500 mg x 2 po tai iv tai 750 mg x 1 po tai iv	

Klaritromysiini	<i>Helicobacter pylori</i>	250 mg x 2 po	500 mg x 2 po	
Klindamysiini	<i>Staphylococcus</i> - lajit	300 mg x 3–4 po tai 450–600 mg x 3 po tai 600 mg x 3–4 iv	vähintään 300–450 mg x 4 po tai 600 mg x 4 iv	Annostus pääosin infektion vaikeus- asteen mukaan

Doksisykliini	<i>Staphylococcus</i> - lajit <i>Streptococcus pneu-</i> <i>moniae</i> <i>Haemophilus influen-</i> <i>zae</i> <i>Moraxella catarrhalis</i>	150 mg x 1 po tai 100 mg x 2 po	200 mg x 1 po tai 100 mg x 2 po	Ei verivijelypositiivisen tai systeemi-in- fektion hoitoon
---------------	---	------------------------------------	------------------------------------	---

Rifampisiini	<i>Staphylococcus</i> - lajit Difteroidit	600–900 mg x 1 po tai iv	600 mg x 2 po tai iv Konsultoi infektiolääkäriä	Käytetään vain kombinaatiohoi- dossa.
Trimetopriimi-sul- fametoksatsoli (esim. Cotrim)	<i>Acinetobacter</i> - lajit <i>Staphylococcus</i> - lajit <i>Streptococcus pneu-</i> <i>moniae</i> <i>Haemophilus influen-</i> <i>zae</i> <i>Moraxella catarrhalis</i> <i>Aeromonas</i>	160 mg/800 mg x 2 po tai iv esim. Cotrim forte: 1 x 2 po	240 mg/1.2 g x 2 po tai iv esim. Cotrim forte: 1.5 x 2 po	Ei käytetä ensisijaisena lääkkeenä, jos muita vaihtoehtoja.
	<i>Stenotrophomonas</i> <i>maltophilia</i>	-**	esim. 70 kg:sen annostus Cot- rim/Bactrimel: 3 ampullia x 2–4 iv Konsultoi infektiolääkäriä	Annostus pääosin infektion vaikeus- asteen mukaan

* Enterobacterales = *E.coli*, *Klebsiella*, *Raoultella*, *Proteus*, *Enterobacter*, *Citrobacter*, *Serratia*, *Morganella*, *Salmonella* jne.

** Uuden EUCAST-määritelmän mukaan herkkyyttä ei vastata S:nä, vaan vain I tai R.

2 Virtsatieinfektiot

Päivitetty 31.1.2024 Maarit Helén, Kirsi Skogberg, Mari Ala-Houhala

Oireeton bakteriuria

Oireetonta bakteriuriaa ei tule etsiä eikä hoitaa. Poikkeuksena raskausaika ja ennen urologisia toimenpiteitä.

Oireeton bakteriuria on yleistä eri potilasryhmissä. Vaihtelu on nuorten naisten parista prosentista laitosvanhusten yli 50 prosenttiin ja sitä ilmenee lähes kaikilla rakon tyhjenemisongelman omaavilla ja kestokatetripotilailla. Oireettomaan bakteriuriaan liittyy varsin usein myös leukosyytilöydös virtsanäytteessä (pyuria). Suhtaudu kriittisesti virtsan bakteeriviljelytulokseen, positiivinen viljely ei välttämättä selitä potilaan infektio-oireita.

Kystiitti

Huomioi aiemmat virtsalöydökset, erityisesti ESBL-kantajuuus.

Viljelyä ei tarvita	Viljely aiheellinen
Avohoitoperäinen kystiitti perusterveellä, eiraskaana olevalla 18–65-vuotiaalla naisella	Viitteitä sukupuolitaudista tai gynekologisesta tulehduksesta Pitkittyneet tai uusiutuvat oireet Äskettäinen sairaalahoito tai toimenpide Äskettäinen mikrobilääkekuuri tai ulkomaanmatka Miehen infektioepäily

Kystiitin hoito

		Hoidon kesto
Nainen	Trimetopriimi 160 mg x 2 Nitrofurantoiini 75 mg x 2 Pivmesillinaami 200–400 mg x 3 Fosfomysiini 3 g	3 vrk Kerta-annos
ESBL:n aiheuttama kystiitti	Aloituser antibiootti valitaan aiempien herkkyysmääritysten mukaan. Nitrofurantoiini 75 mg x 2 Pivmesillinaami 400 mg x 3 Fosfomysiini 3 g	3 vrk Kerta-annos
Mies	Trimetopriimi 160 mg x 2 Sulfa-trimetopriimi 160/800 mg x 2	7 vrk

Jos prostata ei arista	Nitrofurantoiini 75 mg x 2 Fosfomysiini 3 g	7 vrk Kerta-annos
Prostata-infektion mahdollisuus	Siprofloksasiini 500 mg x 2 Levofloksasiini 500–750 mg x1	

Pyelonefriitin hoito

Ei resistentin mikrobin riskitekijöitä*	Siprofloksasiini 500 mg x 2 ** Levofloksasiini 500–750 mg x 1	Naiset: 5–7 vrk Miehet: 10–14 vrk (prostatiitti 2–4 vk)
Sairaalaan jääville vaihtoehtona:	Kefuroksiimi 1,5 g x 3 iv *** toissijaisesti sulfametoksatsoli + trimetopriimi 160/800 mg x 2	10–14 vrk Naiset 7–10 vrk Miehet 10–14 vrk
Resistentin mikrobin riskitekijä*		
• Hoitoon liittyvä infektio ilman edeltävää antibioottihoitoa	Kefuroksiimi 1,5 g x 3 iv	Hoidon kesto vasteen ja käytetyn antibiootin mukaan
• Edeltävä antibioottihoito****	Ertapeneemi 1 g x 1 iv tai piperasilliini-tatsobaktaami 4 g x 3–4 iv	
• Prostatabiopsian jälkeen	Ertapeneemi 1 g x 1 iv	
• ESBL-bakteerin aiheuttama pyelonefriitti/epäily*****	Ertapeneemi 1 g x 1 iv Meropeneemi 1 g x 3 iv (kriittisesti sairas tehopotilas)	

* Riskitekijät: hoitoon liittyvä infektio/ virtsasta on äskettäin eristetty tavanomaiselle lääkitykselle vastustuskykyisiä bakteereita/ äskettäin fluorokinolonien tai iv-beetalaktaamien käyttö/ matkailu Euroopan ulkopuolella

** Fluorokinolonit annostellaan aina po, jos ei imeytymisongelmia

*** Suonensisäinen aloitushoito vaihdetaan fluorokinoloniin, jos aiheuttaja on sille herkkä

****Huomioi aiemmat viljelyvastaukset antibiootin valinnassa

***** Aikaisempi ESBL-kannan eristys/edeltävä matkailu Euroopan ulkopuolella

- Tarkista lopullinen hoito herkkyysvastauksen perusteella.
- Virtsatiekatetripotilaat: virtsakatetri poistetaan, näyte otetaan keskisuihkuvirtsasta tai, jos jatkuva katetointi on tarpeen, virtsanäyte otetaan uudesta katetrasta näytteenottoportin kautta.
- Kontrollinäytteitä ei tarvita, jos oireet eivät uusi.

Teholla on oma ohje septisen sokin mikrobilääkehoidosta. Septisessä sokissa konsultoi tehollääkäriä.

[Virtsatieinfektioiden Käypä hoito -suositus](#)

[Terveyskylä PRO \(terveyskyla.fi\): Raskaana olevan virtsatieinfektio ja oireeton bakteriuria](#)

3 Keuhkokuume

3.1 Kotona alkaneen keuhkokuumeen empiirinen hoito

Päivitetty 27.5.2024, Katariina Kainulainen, Asko Järvinen

- Antibioottihoito aloitetaan pneumoniaan tai sen epäilyyn. Keuhkoputkitulehduksen hoidossa antibiootista ei ole hyötyä.
- Epäilyyn tai todetun keuhkokuumeen vaikeusaste arvioidaan DS-CRB-65-työkalulla:
 - D = liitännäissairaudet (sydänvika, krooninen munuaisten vajaatoiminta, krooninen maksasairaus, aivoverenkiertosaireaus tai muu krooninen neurologinen sairaus tai syöpä)
 - S = happikyllästeisyys (raja-arvo 90 %)
 - C = tajunnantaso/sekavuus
 - R = hengitystaajuus (raja-arvo 30)
 - B = verenpaine (raja-arvo alle 90/60) ja
 - 65 = ikä (raja-arvo 65 vuotta)
 - Tulkinta: Jokaisesta poikkeavasta löydöksestä tulee 1 piste, eli maksimipistemäärä on 6. Jos keuhkokuumepotilaan DS-CRB-65-pistemäärä on 0, keuhkokuume on lievä ja potilas voidaan yleensä hoitaa kotona turvallisesti.
 - Huom: 50-vuotiailla ja nuoremmilla hengitystiheys $\geq 25/\text{min}$ ja happikyllästeisyys $\leq 93\%$ viittaa vaikeaan taudinkuvaan.
- Hoitovaste on arvioitava viimeistään 3 päivän kuluttua
- Potilaan tila voi heiketä nopeastikin
- Kotona hoidettava potilasta on rohkaistava ottamaan yhteyttä tilan heiketessä ja uusi arvio voi olla aiheen vielä saman vuorokauden aikana
- Antibiootihoidon kesto vähintään 5 vrk, ennen mikrobilääkehoidon lopettamista potilaan tulee olla 2–3 vuorokautta kuumeeton
- Jos potilas kuumeilee vielä 7 vrk antibiootihoidon jälkeen, tarvitaan uusi kliininen arvio diagnoosin tarkistamiseksi/komplikaatioiden poissulkemiseksi
- Yli 50-vuotiaille ja kaikenikäisille tupakoiville potilaille suositellaan keuhkojen seurantaröntgenkuvausta 6–12 viikon kuluttua diagnoosista.

	Hoito	Huomautukset
Kotona hoidettavat	Amoksisilliini 1 g x 3 po Vaihtoehdot penisilliiniallergiselle: • doksisykliini 100 mg x 2 jos lievä keuhkokuume (pneumokokin resistenssi lisääntynyt) • moksifloksasiini 400 mg x 1 po • levofloksasiini 500 mg x (1-2), 750 mg x 1 po	- Amoksisilliini ei kata keuhkoklamydiaa tai mykoplasmaa (harkitaan makrolidin tai doksisykliinin liittämistä, jos potilaan tila ei parane kolmen päivän kuluessa tai paikkakunnalla epidemia) - Levofloksasiinia/ moksifloksasiinia harkitaan myös, jos saanut muuta mikrobihoitoa kolmen edellisen kuukauden aikana, tehnyt ulkomaanmatkan tai on vaikea perussairaus

Vuodeosastolla hoidettavat	G-penisilliini 4 milj IU x (4–) 6 iv (tai 20 milj IU/vrk jatkuva infuusio kotisairaalassa)	- Työikäinen potilas, jolla lohkopneumonia eikä kroonista keuhkosairautta, immunosuppressiota tai resistentin mikrobin riskitekijöitä - Jos em. riskitekijöitä, konsultoi herkästi infekti- tai keuhkolääkäriä - G-penisilliini vaihdetaan kefuroksiimin tilalle, jos pneumokokki varmistuu aiheuttajaksi
	Tai Kefuroksiimi 1,5 g x 3–4 iv	Erityisesti jos: • infektiotfokus epävarma • krooninen keuhkosairaus
	Lisää penisilliinin/kefuroksiimin rinnalle tarvittaessa atyyppisten taudinaiheuttajien kattamiseksi: • roksitromysiini 150 mg x 2/ 300 mg x 1 • doksisykliini 100 mg x 2	Erityisesti jos: • mykoplasmaepidemia • < 50-v. potilaat • ei hoitovastetta beetalaktaamille (keuhkokuumeen dg varmistettava)
Teho-osastolla hoidettavat	Kefuroksiimi 1,5 g x 3–4 iv tai keftriaksoni 2 g x 1 iv yhdessä moksifloksasiinin 400 x 1 iv/ po tai levofloksasiinin 500 mg x 2 tai 750 mg x 1 iv/ po kanssa tai makrolidin kanssa	Vaikeassa hapetushäiriössä, 24 h teholla tulosta harkitaan glukokortikoidihoitoa (tehoilla erillinen ohje) - Siirry po lääkitykseen heti, kun mahdollista

Kroonisesti keuhkosairas potilas	Kuten yllä, mutta huomioitava aiempien yskösviljelyiden mikrobilöydökset ja edeltävät anti-mikrobihoidot.	Ks. Käypä hoito -suositus Keuhko-ahtaumataudin hoito Keuhkolääkärin tai infektiolääkärin konsultaatio tarvittaessa
---	--	---

Keuhko-ahtaumatauti Käypä hoito -suositus

3.2 Sairaalakeuhkokuume

Päivitetty 27.2.2024 Kirsi Skogberg, Laura Lehtola, Suvi Niku

Keuhkokuume, joka ilmaantuu aikaisintaan 48 h kuluessa sairaalaan tulosta ja ei ole ollut itämässä sairaalaan tullessa.

Vuodeosastolla hoidettava, ei alla mainittuja riskitekijöitä	kefuroksiimi 1,5 g x 3–4 iv ¹
Vuodeosastolla hoidettava, riskitekijöitä: - potilas on saanut edeltävästi 2. tai 3. polven kefalosporiinia - moniresistentin mikrobin kantajuus hengitysteissä (esim MRSA, tai pseudomonas) - potilas on voimakkaasti immuunipuutteinen	Vaihtoehtoja: levofloksasiini ¹ 750 mg x 1 po (tai iv) kefepiimi 2 g x 3 iv ^{1,2} piperasilliini-tatsobaktaami 4 g x 4 iv ³ Konsultoi infektiolääkärä (lisätutkimukset ks. lisäateriaali)
Vaikea keuhkokuume (vaikea happeutumishäiriö tai sepsis) Kata aluksi <i>S. aureus</i> ja pseudomonas. Huomioi edeltävät hengitysteiden viljelyvastaukset. Vaikea immuunipuutos/moniresistentin mikrobin kantajuus/edeltävä pseudomonasbeetalaktamilääkitys (vieressä mainitut, lisäksi keftatsidiimi)	kefepiimi 2 g x 3 iv ^{1,2} piperasilliini-tatsobaktaami 4 g x 4 iv + siprofloksasiini 400 mg x 3 iv/ 750 mg x 2 po/iv (meropeneemi 1 g x 3 iv) legionellaepäily: lisää levofloksasiini 750 mg x 1 po/iv tai korvaa siprofloksasiini levofloksasiinilla Konsultoi infektiolääkärä (lisätutkimukset ks. lisäateriaali)

¹Ei kata anaerobeja, fekaaliaspiraatiassa lisää metronidatsoli 500 mg x 3 iv/ 400 mg x 3 po.

²Tarkista annostelu, jos GFR < 50 ml/min neurotoksisuuden vuoksi. Käytä varoen iäkkäillä, erityisesti jos munuaisten vajaatoimintaa/vaihteleva munuaisfunktio.

³Käytä varoen, jos edeltävää kefalosporiinihoitoa ja vaikea infektio. Teho epävarma erityisesti, jos aiheuttajana amp C-beetalaktamaasia tuottava enterobakteeri.

Suuntaa hoito aiheuttajamikrobin mukaan. Arvioi ylähengitystienäytteiden kliininen merkitys.

Esim. hiivalöydös useimmiten kolonisaatiota, ei kliininen infektio.

Arvioi diagnoosi uudelleen 3 vrk kuluttua. Jos muu diagnoosi, lopeta mikrobilääkehoito. Hoidon kesto n. 7 vrk, jos hoitovaste on hyvä.

3.3 Empyeema

Päivitetty 28.11.2023 Lasse Lönnqvist, Hanna-Riikka Kreivi

- Pleuratilaan syntyvä märkäkeräymä
- Kehittyy yleisimmin keuhkokuumeen/ keuhkoabskessin/ keuhkomaligniteetin komplikationa
- Muita mahdollisia syitä:
 - Infektion leviäminen naapurielimistä (maksat, ruokatorvi, välikarsina) tai kauempana sijaitsevista elimistä verenkierron välityksellä
 - Trauma (ilmarinta, veririnta)
- Empyeemat ovat lisääntymässä
- Tärkein altistava tekijä alkoholismi ja muiden päihteiden käyttö
- Lähtöisin usein huonokuntoisista hampaista

Aiheuttajat:

- Keuhkokuumeen/ keuhkoabskessin aiheuttajabakteeri (pneumokokki, *S. aureus*, gram neg sauvat)
- Lisäksi usein mukana anaerobi (ad 75 % tapauksista)
- Atyyppiset keuhkokuumeen aiheuttajat (mykoplasma, keuhkoklamydia, legionella) EIVÄT yleensä aiheuta empyeemaa

Oireet/ löydökset:

- Kuume, pleuraalinen kipu, yskä, yskökset
- Kuumeilun pitkittyminen tai tulehdusparametrien laskun pysähtyminen/uudelleen nousu esim. keuhkokuumetta hoidettaessa

Diagnostiikka:

- Keuhkojen rtg-kuva
- Diagnostinen keuhkopussin UÄ, pleuranesteen punktio/ dreneeraus, näytteiden otto ja tyhjennys
- Keuhkojen TT-kuva (harkinnan mukaan)
- Pleuranesteestä tutkitaan:
Ulkonäkö (märkäinen?), Pf-Leuk+diffi, pH, Pf-Prot (samalla S-Prot), Pf-Gluk, Pf-LD, sytologia, Pf-ADA (samalla S-ADA) jos epäily tuberkuloottisesta pleuriitista
Mikrobiologinen diagnostiikka: Pf-BaktVr + Vi, Pf-BaktNhO, Pf-TbVrVi ja TbNhO.
- Usein bakteriologiset löydökset negatiiviset (pt saanut jo ab-hoitoa jne.)

Hoito

- Konsultoi herkästi keuhkolääkäriä tai thoraxkirurgia
- Pleuradreeni ja pleuratilan tyhjennys
- Fibrinolyttinen hoito (alteplasi + domaasialfa) dreenin kautta tarvittaessa

- Tarvittaessa leikkaushoito (VATS)

Mikrobilääkehoito: (ks. myös viljelylöydös)

Ab-hoito (subakuutissa empyeemassa katettava myös anaerobit!):

- Kefuroksiimi 1,5 g x 3–4 iv tai keftiaksoni 2 g x 1 iv + metronidatsoli 400 mg x 3 po/ 500 mg x 3 iv tai klindamysiini 300–600 mg x 3–4 po/iv
- Piperasilliini-tatsobaktaami 4 g x 3–4 iv
- Moksifloksasiini 400 mg x 1 po/iv tai levofloksasiini 750 mg x 1 po/iv + klindamysiini 300–600 mg x 3–4 po/iv
 - HUS-piirissä kliinistä kokemusta
 - Myös suun kautta
- Hoitoaika määräytyy yksilöllisesti vasteen (kliininen ti-la/kuvantaminen/laboratoriolöydökset) mukaan, yleensä 4–6 viikkoa
- Jos empyeema komplisoi herkän pneumokokin aiheuttamaa pneumoniam, voidaan hoitoa jatkaa G-penisilliinillä. Märkäkertymän dreneeraus ratkaiseva.

Kirjallisuusviitteet:

- UpToDate, DynaMed
- Addala et al.; Clin Chest Med 42 (2021) 637–647

4 Vatsan alueen kirurgiset infektiot

Päivitetty 14.6.2024, Suvi Niku, Elisa Kortela, Juha Suhonen, Hanna Lampela, Panu Mentula

- Muista veriviljelyt, muut tarvittavat mikrobiologiset näytteet ja arvio kirurgisen infektiosaneerauksen tarpeesta.
- Tarkista potilaan aiemmat mikrobilöydökset.
- Empiirinen lääkitys on usein tarpeettoman laajakirjoinen. Kohdenna mikrobilääkitys etiologian selvittyä, tarvittaessa infektiolääkäreä konsultoiden.
- Pienennä tarvittaessa mikrobilääkeannoksia toisena hoitopäivänä (munuaisten tai maksan vajaatoiminta).

Pieni resistentin taudinaiheuttajan riski:

Ei edeltävää sairaalahoitoa tai laajakirjoista antibioottihoitoa (esim kefuroksiimi) 3kk kuluessa

Vakaavointinen potilas		Peritoniitti ja septinen sokki (Lakt >2, vasopressorin tarve)
ylä-GI-peräinen	kefuroksiimi 1,5 g x 3–4 iv <i>ESBL kantaja:</i> ertapeneemi 1 g x 1 iv	piperasilliini-tatsobaktaami 4 g/30 min latausannos, jatkoon 4 g/6 h x 4 iv <i>ESBL kantaja tai penisilliiniallergia:</i> meropeneemi 2 g/ 1 h latausannos, jatkoon 1 g/ 3 h x 4 iv <i>esofagus/ventrikkelperforaatio:</i> lisää flukonatsoli (latausannos 600–800 mg iv, jatkoannostelu painon, munuaisten ja maksan toiminnan mukaan)
Ohut-/pak-susuoliperäinen	kefuroksiimi 1,5 g x 3–4 iv + metronidatsoli 500 mg x 3 iv (tai 400 mg x 3 po) <i>ESBL kantaja:</i> ertapeneemi 1 g x 1 iv	meropeneemi 2 g/ 1 h latausannos, jatkoon 1 g/ 3 h x 4 iv

Kohtalainen/korkea resistentin taudinaiheuttajan riski:

Edeltävä sairaalahoito (eritt > 1 vk/tehoahoito) tai laajakirjoinen antibioottihoito (esim kefuroksiimi) 3kk kuluessa

Vakaavointinen potilas	Peritoniitti ja septinen sokki (Lakt >2, vasopressorin tarve)
piperasilliini-tatsobaktaami 4 g x 4 iv <i>ESBL-kantaja tai penisilliiniallergia:</i> meropeneemi 1 g x 3 iv <i>Edeltävä anaerobitehoinen antibiootti:</i> harkitse flukonatsolin lisäämistä	meropeneemi 1 g x 4 iv + flukonatsoli (latausannos 600–800 mg x 1 iv, jatkoannostelu painon, munuaisten ja maksan toiminnan mukaan) tai kaspofungiini 70 mg x1 iv, jos edeltävä flukonatsolihoito

Viitteellinen hoidon kesto immunokompetentilla potilaalla, jolla infektiotfokus on saatu hyvin saneerattua ja vointi on vakautumassa:

- lievä kolekystiitti, ei perforaatiota tai gangreenaa: preop. profylaksi riittävä
- komplisoitumaton (ei perforaatiota tai abskessia) appendisiitti: preop. profylaksi riittävä
- komplisoitunut appendisiitti, laparoskooppinen leikkaus: 2 vrk
- komplisoitunut appendisiitti ja avoleikkaus: 4(-7) vrk
- suoli-iskemia ilman perforaatiota: max. 24 h
- päivystyksellinen tyräleikkaus, suoliresektio ja verkko: 2 vrk
- kolangiitti, sappiteiden avaamisen jälkeen: 3 vrk
- peritoniitti ei-kriittisesti sairaalla potilaalla: 4 vrk
- peritoniitti kriittisesti sairaalla potilaalla (esim tehoahoito): 7 vrk
- veriviljelyt positiiviset: konsultoi tarvittaessa infektiolääkärä. Konsultoi infektiolääkäri aina, jos veressä *Enterococcus* -laji, *S. aureus*, *Candida*-laji tai *Pseudomonas*.

5 Iho- ja pehmytkudosinfektiot

Päivitetty 28.8.2024, Iiro Jääskeläinen, Laura Lehtola, Erik Forsblom

Ruusu/selluliitti = ruusutulehdus

- Ruusu ja selluliitti ovat yleensä beeta-hemolyyttisten streptokokkien aiheuttamia.
- Stafylokokin aiheuttama infektio liittyy lähinnä haavainfektiin, paiseeseen tai ihon lävistämään vammaan.
- Muut aiheuttajat tulevat kyseeseen erityistilanteissa: purema (pasteurella), neutropenia (Gram-negatiiviset sauvat), vesivammat (aeromonas, vibrio).
- Peroralliseen lääkitykseen voidaan siirtyä, kun paikallisoireet ovat paranemassa ja potilas on ollut vuorokauden kuumeeton. Mikrobilääkitys voidaan lopettaa, kun punoitus on (lähes) hävinnyt.
- Ei-diabeetikoilla voidaan paranemisen jouduttamiseksi käyttää lyhyttä kortikosteroidi-kuria (esim. Prednisolon 40 mg x 1 viikon ajan).

Lievä Ei yleisoireita	fenoksimetyylipenisilliini 1–1,5 MIU x 3–4 po (ei epäilyä muusta aiheuttajasta kuin streptokokki) flukloksasilliini 750 mg x 3–4 po (epäily stafylokokista) kefaleksiini 500–750 mg x 3–4 po (penisilliiniallergia, ei anafylaksia) klindamysiini 300 mg x 4/ 450 mg x 3 po (penisilliini- ja kefalosporiiniallergia) hoitoaika vähintään 5 vuorokautta hoitovasteesta riippuen	
Keskivaikea Yleisoireet, mutta potilas ei septinen	G-penisilliini iv 8–24 MIU/vrk jaettuna 4–6 antokertaan tai jatkuva infuusio (5–10 MIU x 2 iv), tyypillisin annostus sairaalassa 2–4 MIU x 4 iv tai kotisairaalassa 10 milj IU/vrk jatkuva infuusio antibioottipumpulla • (+/- 2–4 milj IU latausannos ppkl:lla) • (ei epäilyä muusta aiheuttajasta kuin streptokokki) kloksasilliini 2 g x 4–6 iv tai jatkuva infuusio 6 g x 2 tai kotisairaalassa 12 g/ vrk jatkuva infuusio • (+/- 2 g iv latausannos ppkl:lla) • (epäily stafylokokista) kefuroksiimi 1,5 g x 3–4 iv (penisilliiniallergia, ks. luku 19) klindamysiini 600 mg x 3–4 iv/po (penisilliini- ja kefalosporiiniallergia)	Ota veriviljelyt Jos potilas on MRSA-kantaja ja epäillään stafylokokki-infektiota, liitetään hoitoon yleensä vankomysiini iv hoitoaika vähintään 7 vuorokautta riippuen hoitovasteesta Jatkuvat infuusiot ks. tarkemmin antibioottipumpuopas

Vaikea Septinen potilas tai neutropenia	antibioottihoidon suhteen katso nekrotisoivat infektiot (ei klindamysiinia beetalaktaamin oheen)	
--	--	--

Nekrotisoivat infektiot

- Epäile jos suhteeton kipu ja turvotus affisioituneen ihoalueen ulkopuolella ja/tai toksiset yleisoireet,
- tarvittaessa pieni diagnostinen koevilto.
- Ensisijainen hoito on infektoituneen kudoksen kirurginen revisio.
- Ota veriviljelyt ja operaatiossa bakteeriviljely ja –värjäys. Jos bakteerivärjäysvastaus halutaan päivystysaikaan, näytteestä soitetaan laboratorioon. Värjäyksen tulkinta:

Gram+ ketjukokki: streptokokki

Gram+ ryhmäkokki: stafylokokki

Gram+ sauva: *Clostridium*-lajit

Aiheuttaja ei tiedossa	piperasilliini+tatsobaktaami jatkuva infuusio (4 g latausannos + 16 g/vrk) meropeneemi 1–2 g x 3 iv (penisilliiniallergia) hoitoon liitetään yleensä klindamysiini 600 mg x 4 iv (MRSA-epäilyssä linetsolidi 600 mg x 2 iv)
A-streptokokki tai kaasukuolio (clostridium)	G-penisilliini jatkuva infuusio (4 MIU latausannos + 20 MIU/vrk) + klindamysiini 600 mg x 4 iv Harkitse immunoglobuliinihoitoa, jos potilaalla on vaikea sokki tai A streptokokki-infektioon sopivia toksiinivälitteisiä oireita tai löydöksiä. Tarkempi annostelu tehon ohjeissa.
Aeromonas (ma-kean veden vamma)	hoitoon liitetään siprofloksasiini 400 mg x 2 iv
Vibrio (suolaisen veden vamma)	hoitoon liitetään doksisykliini 100 mg x 2 iv

Paise

Paiseen avaus on tärkein ja useimmiten riittävä hoito.

Antibioottihoito vain, jos: yleisoireinen potilas, immunosuppressio, multippelit paiseet, infektiouusii avauksesta huolimatta tai paise on kasvojen alueella tai vierasesineen lähellä.

Ei yleisoireita	flukloksasilliini 750 mg x 3 po kefaleksiini 500–750 mg x 3–4 po (penisilliiniallergia, ei anafylaksia)	Ota märkäviljelynäyte, jos aloitat mikrobilääkityksen, toistuvissa paiseissa myös StauPVL
------------------------	--	---

	klindamysiini 300 mg x 4/ 450 mg x 3 po (penisilliini- ja kefalosporiiniallergia)	
	Hoitoaika vähintään 5 vrk	
Yleisoireinen infektio	Pään, vartalon ja raajojen alue: • kloksasilliini 2 g x 4 iv • kefuroksiimi 1,5 g x 3–4 iv (penisilliiniallergia, ei anafylaksia) • klindamysiini 600 mg x 3–4 iv/po (penisilliini- ja kefalosporiiniallergia) Nivusen, kainalon, sacrumin ja perineumin alue: • kefuroksiimi 1,5 g x 3 – 4 iv ± metronidatsoli 500 mg x 3 iv/po Hoitoaika vähintään 5 vuorokautta	Ota märkäviljelynäyte, toistuvissa paiseissa myös StauPVL

Leikkaushaavan infektio

Ompeleiden poisto, haavan avaus ja dreneeraus useimmiten riittävä hoito lievässä infektiossa. Systeeminen antibioottihoito, jos yleisoireinen potilas tai yli 5 cm punoitus haavan ympärillä.

HUOM! Vierasesine-operaation jälkeisessä infektiossa hoitoperiaatteet ovat erilaiset, konsultoi AINA leikannutta yksikköä ennen antibiootihoidon aloitusta.

Pään, vartalon ja raajojen alue	kloksasilliini 2 g x 4–6 iv kefuroksiimi 1,5 g x 3–4 iv (penisilliiniallergia, ei anafylaksia) klindamysiini 600 mg x 3–4 iv/po (penisilliini- ja kefalosporiiniallergia)	ota bakteeriviljely ja veriviljelyt MRSA-kantajalla hoitoon liitetään yleensä vankomysiini iv
Kainalon ja perineumin alue, ruoansulatuskanavan tai gynekologisen kirurgia	kefuroksiimi 1,5 g x 3 – 4 iv + metronidatsoli 500 mg x 3 iv/po	

Posttraumaattinen haavainfektio

Haavan puhdistus ja tarvittaessa kirurginen hoito tärkeää. Antibiootin valinnassa on tarvittaessa huomioitava haavan luonne.

Konsultoi herkästi infektiolääkäreä, jos kyseessä on esim. vesivamma tai maaperäkontaminaatio.

Ei yleisoireita	flukloksasilliini 750 mg x 3 po kefaleksiini 500–750 mg x 3–4 po (penisilliiniallergia, ei anafylaksia)	ota bakteeriviljely (yleisoireisessa infektiossa myös veriviljelyt) ja kohdenna hoito sen mukaan
------------------------	--	--

	klindamysiini 300 mg x 4/ 450 mg x 3 po (penisilliini- ja kefalosporiiniallergia)	tetanustehoste tarvittaessa ks. THL-ohje
	Hoitoaika vähintään 5 vrk	MRSA-kantajalla antibiootin valinta herkkyysmäärittelyn mukaan (ensisijaisesti klindamysiini po / vankomysiini iv)
Yleisoireinen infektio	piperasilliini+tatsobaktaami 4 g x 3–4 iv meropeneemi 1 g x 3 iv (penisilliiniallergia) klindamysiini 600 mg x 4 iv/po + siprofloksasiini 400 mg x 2–3 iv/ 500–750 mg x 2 po (beetalaktaamiallergia) hoitoaika vähintään 10 vuorokautta	

Purema (koira, kissa tai ihminen)

Profylaksia 3-5vrk (indikaatiot kt. alla*) ja lievän infektion hoito:	- amoksisilliini-klavulaanihappo 500/125 mg x 3 po - doksisykliini 100 mg x 2 po + metronidatsoli 400 mg x 3 po (penisilliiniallergia)	Haavan puhdistus ja kirurginen hoito tärkeää Ota bakteeriviljely ja yleisoireisilta myös veriviljely
Yleisoireisen infektion hoito:	- kefuroksiimi 1,5 g x 3–4 iv ± metronidatsoli 500 mg x 3 iv/po - ertapeneemi 1 g x 1 iv (kefalosporiiniallergia) - moksifloksasiini 400 mg x 1 iv/po (beetalaktaami-allergia) - ihmisen puremassa ertapeneemi tai moksifloksasiini	tetanustehoste tarvittaessa ks. THL-ohje Rabies-estohoidon tarpeen arvio (lähinnä ulkomailla tapahtuneet puremat), ks. HUS rabiesohje Apinan puremassa <i>Herpes simiae</i> –profylaksi valasikloviiri 1 g x 3 14 vrk

*Profylaksi-indikaatiot:

Aina, jos hoitoon tulon aikaan yli 8 t ikäisen haava

Alle 8 t ikäinen haava jos:

-kissan tai ihmisen purema

-vaikea purema

-jos purema on kädessä, kasvoissa, lähellä genitaaleja tai vaurio yltää luuhun tai niveleen

-purema-alueen veren- tai imunestekierron häiriö

-immuunipuute, pernan puutos, maksan vajaatoiminta

Kroonisen haavan infektio

Aloituserantibiootin valinnassa (erityisesti vaikeat/ uusiutuvat infektiot) voidaan hyödyntää viimeaikaisia viljelyvastauksia.

Muista vierasesineinfektion mahdollisuus, jos haava/fisteli sijaitsee vierasesineen välittömässä läheisyydessä.

Lievä Pinnallinen haavainfektio < 2 cm punoitus haavan ympärillä (ellei muu syy kuin infektio) Ei infektion yleisöireita	Pelkkä paikallishoito TAI antibioottihoito, joka kattaa <i>S. aureuksen</i> ja streptokokit: • flukloksasilliini 750 mg x 3 po • kefaleksiini 500–750 mg x 3–4 po • klindamysiini 300 mg x 4 / 450 mg x 3 po (beetalaktaami-allergia) • MRSA-kantajalla antibiootin valinta herkkyysmäärityksen mukaan (ensisijaisesti klindamysiini tai sulfatrimetopriimi)	Hoidon kesto tyypillisesti 5–7 vrk Ota viljelynäyte vain jos: uusiutunut infektio, runsaasti edeltäviä antibiootteja tai tiedossa oleva/epäilty MRSA-kantajuus, preoperatiivisesti ennen plastiikkakirurgista operaatiota
Keskivaikea Haava ulottuu ihonalaisiin kudoksiin tai luuhun > 2 cm punoitus haavan ympärillä Lieviä yleisöireita voi esiintyä	Pään, vartalon ja raajojen haavat (streptokokit ja <i>S. aureus</i>): • kloksasilliini 2 g x 4–6 iv • kefuroksiimi 1,5 g x 3–4 iv • klindamysiini 600 mg x 3 iv/po (beetalaktaamiallergia) Nivusen (enterobakteerit) ja sacrumin/perineumin (anaerobit) alue: • kefuroksiimi 1,5 g x 3–4 iv ± metronidatsoli 500 mg x 3 iv/po	Ota viljelynäyte MRSA-kantajalla hoitoon liitetään yleensä vankomysiini iv Hoidon kesto yksilöllinen, yleensä vähintään 7 vrk
Vaikea Septinen potilas Infektio pahenee antibioottihoitosta huolimatta Neutropenia	<i>S. aureuksen</i> ja streptokokkien lisäksi myös resistentit Gram-negatiiviset bakteerit (esim. pseudomonas) ja anaerobit kattava hoito: • piperasilliini+tatsobaktaami 4 g x 4 iv • meropeneemi 1 g x 3 iv • beeta-laktaamiallergiassa klindamysiini 600 mg x 4 iv/po + siprofloksasiini 400 mg x 2–3 iv / 500–750 mg x 2 po	Ota viljelynäyte Viiveetön kirurginen hoito tärkeää MRSA-kantajalla hoitoon kombinoidaan yleensä vankomysiini iv Hoidon kesto yksilöllinen, yleensä vähintään 10 vrk

Kroonisen haavan infektion antibioottihoito tulee kohdentaa klinisen vasteen ja viljelylöydösten perusteella mm. seuraavia periaatteita noudattaen:

- Antibioottihoitossa katetaan aina *Staphylococcus aureus* ja beetahemolyttiset streptokokit

- Pinnallisesta haavaviljelystä vastataan rutiinisti vain kliinisesti merkitykselliseksi arvioidut mikrobit (yl. *S. aureus* ja streptokokit). Lisäinformaatiota bakteerien nimistä ja herkkyysistä voi saada soittamalla mikrobiologialle viikon sisällä näytteen otosta.
- Gram-negatiiviset bakteerit (esim. enterobakteerit, pseudomonas ja stenotrophomonas) ja enterokokit edustavat yleensä kroonisen haavan ja aiemman antibiootihoidon valikoimaa kolonisaatiota. Näiden mikrobien kattamista antibiootihoidossa harkitaan, jos ovat ainoita löydöksiä ennen antibioottihoitoa otetussa viljelynäytteessä tai infektiota pahenee stafylo- ja streptokokkeihin suunnatun hoidon aikana
- Ihon normaaliflooran bakteerien kuten koagulaasinegatiivisten stafylokokkien, difteroidien (*Corynebacterium*), *Micrococcus*-, *Bacillus*-, *Propionibacterium*-lajien kattaminen antibiootihoidossa on tarpeen vain poikkeustapauksissa
- Jos kliininen vaste on hyvä, ei kaikkia viljelynäytteessä havaittuja bakteereja tarvitse kattaa antibiootihoidossa (erityisesti jos kyseessä on pinnallinen näyte antibiootihoidon aikana)
- Jos hoitovaste on huono, on mietittävä sekä antibioottikirjoa ja kirurgisen hoidon riittävyyttä sekä verenkierron tilaa
- Keskivaikeassa ja vaikeassakin infektiossa voidaan antibioottihoitoa kohdentaa, jos viljelyvastaukset ovat yksiselitteisiä (esim. edustavissa näytteissä vain *S. aureus* ja/tai beetahemolyttinen streptokokki)
- Syvien märkänäytteiden löydökset (erityisesti ennen antibiootihoidon aloitusta otetut) ovat antibiootihoidon valinnassa kaikkein merkittävimpiä, antibiootihoidon aikana otetut pinnalliset näytteet vähiten merkityksellisiä
- *S. aureuksen* (ei MRSA) hoidossa suositetaan stafylokokkipenisilliinejä (kloksasilliini iv, flukloksasilliini po), MRSA-infektion hoidossa suositellaan infektiolääkärin konsultaatiota

6 Diabeetikon jalkainfektiot

Päivitetty 27.2.2024 Iiro Jääskeläinen, Inka Romo

On nilkan distaalipuolinen infektiot, johon liittyy haava tai joka on kehittynyt ilman näkyvää haavaa (harvoin).

Diabeetikon muita ihoinfektioita voidaan pääsääntöisesti hoitaa kuten ei-diabeetikoilla. Diabeettisen jalkainfektion ohjetta voidaan soveltaa myös iskeemisiin jalkaterähaavoihin liittyvissä infektioidissa. Kirurginen arvio (revision tarve, verenkierron tila) tarvitaan yleensä, keskivaikeassa ja vaikeassa infektiossa päivystyksellisesti.

Aloitusbiootti

Lievä Pinnallinen haavainfektiot < 2 cm punoitus haavan ympärillä (ellei muu syy kuin infektiot) Ei infektiot yleisöireitä	<i>S. aureuksen</i> ja streptokokit kattava hoito: • flukloksasilliini 750 mg x 3–4 po • kefaleksiini 500–750 mg x 3–4 po • klindamysiini 300 mg x 4/ 450 mg x 3 po (beeta-laktaamiallergia) • amoksisilliini-klavulaanihappo 500/125 mg x 3 po (jos halutaan kattaa gram-negatiivisia bakteereita)	Ota bakteeriviljely MRSA-kantajalla antibiootin valinta herkkyysmäärityksen mukaan (ensisijaisesti klindamysiini po tai sulfatrimetopriimi po) Hoidon kesto tyypillisesti 1–2 viikkoa
--	--	---

Keskivaikea Haava ulottuu ihonalaisiin kudoksiin tai luuhun > 2 cm punoitus haavan ympärillä Lieviä yleisoireita voi esiintyä	<i>S. aureuksen</i> ja streptokokkien lisäksi Gram-negatiiviset sauvat (ja anaerobit) kattava hoito: • kefuroksiimi 1,5 g x 3–4 iv (+metronidatsoli 500 mg x 3 iv/po iskemiassa) • ertapeneemi 1 g x 1 iv Yllä mainittujen bakteerien lisäksi pseudomonaksen kattava hoito (jos edeltäviä mikrobilääkityksiä): • piperasilliini-tatsobaktaami 4 g x 4 iv • beeta-laktaamiallergiassa klindamysiini 300–600 mg x 3–4 iv/po + siprofloksasiini 500–750 mg x 2 po tai 400 mg x 2–3 iv	Ota bakteeriviljely MRSA-kantajalla hoitoon liitetään yleensä vankomysiini iv Hoidon kesto tyypillisesti 10–14 vuorokautta, osteomyeliitissa ks. hoidon kesto alta
Vaikea Septinen potilas Infektio pahenee antibiootihoidosta huolimatta Neutropenia	piperasilliini-tatsobaktaami 4 g x 4 iv meropeneemi 1–2 g x 3 iv beeta-laktaamiallergiassa klindamysiini 600 mg x 4 iv/po + siprofloksasiini 400 mg x 2–3 iv/ 500–750 mg x 2 po	Ota bakteeriviljely MRSA-kantajalla hoitoon liitetään yleensä vankomysiini iv Hoidon kesto tyypillisesti 2–3 viikkoa, osteomyeliitissa ks. hoidon kesto alta

Kohdenna antibiootti, kun viljelyvastaukset käytettävissä:

- Antibiootihoidon kohdennuksen suhteen viljelyvastausten valmistuttua ks. kroonisen haavan infektion ohje (yllä)

Antibioottihoito ja sen kesto osteomyeliitissa:

- Hoidon suuntaus luusta otetun viljelyn perusteella
- Ihon normaaliflooran bakteerien (ks. kroonisen haavan infektio) kattaminen antibioottihoitossa on tarpeen vain poikkeustapauksissa
- Infektoitunut kudos on poistettu kirurgisesti, 2–5 päivää
- Jäljellä infektoitunutta pehmytkudosta, 1–2 viikkoa
- Jäljellä infektoitunutta luuta (viljely tai PAD), 3 viikkoa
- Ei kirurgista hoitoa, 6 viikkoa

[Käypä hoito -suositus: Diabeetikon jalkaongelmat](#)

[IDSA Guidelines on the Diagnosis and Treatment of Diabetes-related Foot Infections](#)

7 Spondylodiskiitti ja epiduraaliabskessi

Päivitetty 27.2.2024 Iiro Jääskeläinen, Perttu Hiisivuori

- Aiheesta on niukalti vertailevaa tutkimustietoa, joten ohje perustuu suurelta osin asiantuntijoiden suosituksiin ja kokemukseen.

- Keskeisinä tavoitteina on taudinaiheuttajan löytäminen ja neurologisten komplikaatioiden aktiivinen etsintä ja hoito.
- Para/tetrapareesissa tavoitteena on operatiivinen hoito 6–12 tunnin sisällä pareesin kehittymisestä.
- Hoito pääsääntöisesti infektioklinikassa tai infektiolääkärin ohjaamana.

Diagnostiikka

Veriviljelyt x 2		Pitkä kasvatus, jos epäillään bruselloosia
TT-ohjattu näyte nikamasta, välilevystä tai absessista (Siltasairaalan röntgen)	Bakt Vi 1156 Bakt Vr 1159 BaktNhO 4381	Biopsia-saalis on usein niukka, otettavien näytteiden tärkeysjärjestys on hyvä määrittellä tapauskohtaisesti.
Veriviljelyt otetaan myös 1 tunti näytteenoton jälkeen (biopsia voi aiheuttaa bakteremian)	TbVrVi 8569 TbNhO 4490 SienNhO 21 087 PAD 4054	Jos veriviljelyssä uskottava patogeeni (tai <i>S. aureus</i> veressä 3 kk edeltävästi), voidaan biopsiasta luopua.
Kuvantaminen	MRI paras Natiivikuva	Alkuvaiheessa kuvantamistutkimukset voivat olla normaalit Erotusdiagnoosi, myöhäiskomplikaatiot
Status	Lihaskuivat, tunto, refleksi, virtsaretention arviointi, peräaukon sulkiilihaksen tonus	Aluksi status päivittäin neurologisten komplikaatioiden etsimiseksi

Taudinaiheuttajat

<i>Staphylococcus aureus</i>	yli 50 %
Gram-negatiiviset sauvat	
Streptokokit, enterokokit	
Koagulaasinegatiiviset stafylokokit	25 % spinaalikirurgian jälkeisistä spondylodiskiiteistä
Tuberkuloosi	Anamneesi, kuvantamislöydökset (infektio useammassa kuin yhdessä nikamavälissä, leviäminen anteriorista ligamenttia pitkin)
Bruselloosi	Oleskelu endeemisellä alueella
Sienet	1 %, riskitekijöinä immunosuppressio, CV-katetri, IV-huumeet
Sekainfektiot	2,5 %

Hoito

Tavoitteena on mikrobilääkityksen aloitus vasta, kun taudinaiheuttaja on tiedossa!

Empiirisen mikrobi-lääkehoidon aiheet	- potilas on septinen - potilaalla on neurologisia oireita tai epiduraaliabskessi - potilas on neutropeeninen
Empiirisen mikrobi-lääkityksen vaihtoeh-toja	- Kefuroksiimi 1,5 g x 3 iv - Kloksasilliini 2 g x 6 iv + levofloksasiini 750 mg x 1 po/iv - Klindamysiini 600–900 mg x 3 iv + levofloksasiini 750 mg x 1 - Postoperatiivisessa infektiassa vankomysiini 1 g x 2 iv+ kefuroksiimi 1,5 g x 3 iv

Kirurgin konsultaation aiheet (Neurokirurgi tai ortopedi)

neurologiset puutosoireet (päivystyksellinen konsultaatio) laajat pehmytkudosabskessit selän epävakaas tai vaikea virheasento huono hoitovaste vierasesineinfektio	para/tetrapareesissa tavoitteena operaatio 6–12 tunnin sisällä paree- sin kehittymisestä
---	---

Lisätietoa

8 Märkäinen niveltulehdus

Päivitetty 8.12.2023 Kaisa Huotari, Tiina Mlangeni

Diagnostiikka

- Nivelnestenäyte:
 - Sy-solut,
 - bakteeriviljely ja -värjäys,
 - kiteet (erotusdiagnostiikka)
- Mikäli mikrobilääke on jo aloitettu ennen nivelnestenäytettä, niin em. tutkimusten lisäksi otetaan myös BaktNhO
- Veriviljely x 2
- CRP, PVK, krea
- Lisäksi anamneesin ja statuksen perusteella arvioituna bakteeriviljelynäytteet mahdollisista infektiolähtökohdista: nielu, iholeesiot, virtsa, uloste
- Infektioon vahvasti viittaavat tekijät
 - Valkosolujen suuri määrä punktionesteessä: $> 20\,000\text{--}50\,000 \times 10^6/\text{l}$
 - Suuri polymorfonukleaaristen leukosyyttien osuus: yli 75 %, usein yli 90 %
 - Tekonivelinfektiossa nivelnesteeseen valkosolujen raja-arvot ovat selvästi matalampia (yli 6 kk vanhassa tekonivelessä nivelnesteessä leuk $> 2000\text{--}3000 \times 10^6/\text{l}$ ja polymorfonukleaariset yli 65 %)

Hoito

- Hoito aloitetaan kliinisen epäilyn perusteella
 - *Staphylococcus aureus* ja streptokokit aiheuttavat aikuisella yli 80 % märkäisistä niveltulehduksista

- Empiirinen aloitusantibiootti joko kefuroksiimi 1,5 g x 3 iv, kloksasilliini 2 g x 6 iv tai klindamysiini 600 mg x 4 iv
- Kun bakteeriviljelyjen tulokset on saatu, mikrobilääkehoito suunnataan aiheuttajabakteerin ja sen lääkeherkkyyksien mukaan.
- Tulehtunut nivelneste poistetaan tarvittaessa toistetuilla punktioilla tai nivel huuhdellaan artroskooppisesti
- Hoidosta kannattaa konsultoida infektiolääkärää.
- Iv-antibiootin kesto on usein noin 2 viikkoa, mikäli hoitovaste on hyvä ja on käytettävissä hyvin imeytyvä po-mikrobilääke (esim. klindamysiini).
- Kokonaishoitoaika antibiootilla 4 viikkoa, komplisoituneessa tilanteessa pidempään.
- Mikäli potilaalla on samanaikainen bakteremia, se huomioidaan hoidon keston suunnittelussa.

9 Tekonivelinfektio

Päivitetty 8.12.2023 Kaisa Huotari, Mari Ala-Houhala

- Postoperatiivisten tekonivelinfektioiden diagnostiikka kuuluu leikkaneeseen sairaalaan
 - Leikkaneessa sairaalassa arvioidaan kaikki leikkausalueen infektiot: myös pinnalliselta vaikuttavat haavatulehdukset tai muut haavanparanemisongelmat
- **Bakteeriviljelynäytteiden ottaminen ennen antibiootin aloittamista on erittäin tärkeää**, jotta diagnoosi varmistuu ja mahdollinen tuleva pitkä antibioottihoito voidaan suunnata oikein
- Ortopedin konsultaatio keskeistä: hoito usein kirurginen

Diagnostiikka

- Jos haava erittää, niin otetaan haavasta bakteeriviljely
- Mikäli tekonivelinfektion epäily on vahva ja aina ennen antibiootin aloittamista, otetaan tulehtumattoman alueen kautta punktionäyte nivelestä: bakteeriviljely ja Sy-solut. Punktio tehdään tarvittaessa UÄ-ohjauksessa.
- Poikkeustapauksessa antibiootti voidaan aloittaa ennen punktionäytettä (vakava infektio, punktion saatavuus)
- Mikäli antibiootti on jostain syystä jouduttu aloittamaan ennen nivelnestenäytteen ottamista, niin nivelnesteestä pyydetään myös BaktNho
- Ainakin kuumeisilta potilailta sekä infektion vuoksi sairaalaan otettavilta potilailta: veriviljelyt x2
- Peruslaboratoriokokeet: CRP, PVK, ntp, ALAT
- Muiden infektiotokusten poissulku: usein esim. thorax-röntgen ja virtsanäyte suositeltavia

Hoito

Suunnitellaan tapauskohtaisesti ortopedin ja infektiolääkärin yhteistyönä

Aloitusantibiootti

- **ÄLÄ ALOITA ANTIBIOOTTIA KONSULTOIMATTA LEIKANNUTTA YKSIKKÖÄ**
- Yleensä aloitusantibiootti kefuroksiimi 1,5 g x 3 iv

[Lisätietoa](#)

10 Bakterimeningiitti

Päivitetty 19.12.23 Juha Suhonen, Johanna Kaartinen, Elisa Kortela, Inka Romo

- Vakavasti sairaalla potilaalla tutkimusten ja hoidon kiireellisyysjärjestys bakterimeningiittiä epäiltäessä on: 1) veriviljelyt, 2) deksametasoni, 3) mikrobilääke, 4) pään TT, 5) likvor
- Deksametasoni 0,15 mg/kg x 4 iv, ensimmäinen annos 15 min ennen antibioottia
- Tyypilliset likvorlöydökset baktee- ja virusmeningiitissä ks. [Akuuttihoito-opas](#)
- Konsultoi infektiolääkärää värjäysvastausten valmistuttua sekä uudelleen mikrobin nimen selvittämiseksi.

Mikrobilääkitys empiirisessä vaiheessa sekä värjäystulosten valmistuttua

Värjäystulos	Mikrobilääkitys
Empiirinen hoito, gramvärjäys negatiivinen tai vielä vastaamatta ≤ 50 v eikä muita Listeria-infektion riskitekijöitä*	Keftriaksoni 2 g x 2 iv
Empiirinen hoito, gramvärjäys negatiivinen tai vielä vastaamatta > 50 v tai muita Listeria-infektion riskitekijöitä*	Keftriaksoni 2 g x 2 iv + ampicilliini 2 g x 6 iv
Grampositiivinen kokki	Keftriaksoni 2 g x 2 iv Jos MRSA-kantaja/ iv-huumeiden käyttäjä, keftriaksonin lisäksi vankomysiini 15 mg/kg x 2 iv
Gramnegatiivinen kokki	Keftriaksoni 2 g x 2 iv
Grampositiivinen sauva	Ampicilliini 2 g x 6 iv

*Immunosuppressio, alkoholiriippuvuus.

- Immuunipuutteisen potilaan, kaukomatkailijan sekä aivoleikkauksen jälkeen ilmenevässä meningiitissä konsultoi infektiolääkärää.
- Aivoleikkauksen jälkeisessä meningiitissä empiirisenä mikrobilääkehoitona voidaan usein käyttää vankomysiiniä 15 mg/kg x 2 iv + keftriaksonia 2 g x 2 iv (S-vankomysiinin o-pitoisuusmääritys 48 h päästä aloituksesta ennen seuraava annosta otettuna, tavoitepitoisuus 10–15).
- Varmistetuissa ja todennäköisissä meningokokkitaudeissa estolääkitys annetaan vain lähi-kontakteille, tarkista lähikontaktien määritelmä ja estolääkitys [THL:n toimenpideohjeesta koskien estolääkitystä ja rokotuksia meningokokkitapauksissa](#).

Mikrobilääkitys aiheuttajamikrobin selvittyä

***Streptococcus pneumoniae* (= pneumokokki)**

Penisilliini-MIC < 0,1 mikrog/ml	G-pen 4 milj. ky × 6 iv
	Penisilliiniallergiselle potilaalle keftriaksoni 2 g × 2 iv
	Kefalosporiiniallergiselle potilaalle moksifloksasiini 400 mg × 1 iv
Penisilliini-MIC 0,1–1,0 mikrog/ml	Keftriaksoni 2 g × 2 iv
	Kefalosporiiniallergiselle potilaalle moksifloksasiini 400 mg × 1 iv

***Neisseria meningitidis* (= meningokokki)**

Penisilliini-MIC < 0,1 mikrog/ml	G-pen 4 milj. ky × 6 iv
	Penisilliiniallergiselle potilaalle keftriaksoni 2 g × 2 iv
	Kefalosporiiniallergiselle potilaalle moksifloksasiini 400 mg × 1 iv
Penisilliini-MIC ≥ 0,1 mikrog/ml,	Keftriaksoni 2 g × 2 iv
	Kefalosporiiniallergiselle potilaalle moksifloksasiini 400 × 1 iv

Listeria monocytogenes

	Ampisilliini 2 g x 6 iv
Penisilliiniallergia	Meropeneemi 2 g x 3 iv
Beetalaktamaasiallergia	Trimetopriimi-sulfametoksatsoli 5 mg/kg trimetopriimiä × 3 iv (Esim. 70 kg painavalle 4 ampullia Bactrimel/Cotrim x 3 iv

Staphylococcus aureus

	Kloksasilliini 2 g x 6 iv
Penisilliiniallergia	Keftriaksoni 2 g x 2 iv
MRSA-kantaja/ iv-huumeiden käyttäjä	Kloksasilliinin lisäksi vankomysiini 15 mg/kg x 2 iv (S-vankomysiini 0-pitoisuusmääritys 48 h päästä aloituksesta otettuna ennen seuraavaa annosta, tavoitepitoisuus 15–20, mikäli on todettu MRSA-meningiitti). Mikäli selviää, että likvorista/ verestä viljelty <i>S. aureus</i> ei ole MRSA, vaan herkkä kanta, voidaan tavallisesti jatkaa pelkkää kloksasilliinia; konsultoi infektio lääkäriä.

E. coli

	Keftriaksoni 2 g x 2 iv
Kefalosporiiniallergia	Moksifloksasiini 400 mg x 1 iv, jos kanta fluorokinoloniherkkä
ESBL-kanta (ESBL-kantajalla myös herkkyksiä odotellussa)	Meropeneemi 2 g x 3 iv

Mikrobilääkityksen kesto meningiitin aiheuttajan mukaan

Meningokokki	7 vrk
Pneumokokki	10–14 vrk
Listeria	21 vrk

Lähteet:

11 Enkefaliitti

Päivitetty 16.11.2023 Elisa Kortela, Juha Suhonen, Inka Romo

Keskushermoston aivokudoksen infektio.

Kyseessä voi myös olla meningoenkefaliitti, jolloin infektio on sekä aivoissa että aivokalvoissa. Tällöin myös likvorlöydös on selvempi.

Yleisimpiä ja hoidollisesti merkittävimpiä akuutin enkefaliitin aiheuttajia ovat **herpesvirukset HSV1 ja VZV**. Nämä on aina katettava empiirisessä aloitushoidossa.

Oireet

- kuume
- päänsärky
- aistiharhat
- persoonallisuuden muutokset
- tajunnan tason lasku
- kouristukset
- motoriset tai sensoriset puutokset

Tutkimukset

- Pään TT/MRI
- Likvor: solut, prot, gluk, **HHVNH2 17731**, BaktVr, BaktVi, Li-TBEAb (varsinkin, jos saanut TBE-rokotteita).
- Seerumia ja likvoria talteen (S-vara 18198 ja Li-Vara 18197)
- S-TBEAb, S-HIVAgAb
- EEG
- Mikäli vahva enkefaliittiepäily ja Li-HHVNh negatiivinen, ota uusi likvornäyte 3–7 vrk:n kuluessa, jolloin herpesvirusten osalta likvorin herkkyys on parhaimmillaan.

Harkinta aivobiopsiasta, jos aivokudosmuutoksen syy on epäselvä, epäily aivoabsessista tai maligniteetista.

Aloitushoito

- Asikloviiri 10 mg/kg x 3 (max 1000 mg x 3) iv, kun herää kliininen epäily enkefaliitista.
- +Doksisykliini 100 mg x 2 iv, jos hengitystieoireet (mykoplasma- tai keuhkoklamydia), troppiinkin matka (riketsia) tai borreliaepäily.
- Jos bakteerimeningiitti on mahdollinen, aloita keftriaksoni 2 g x 2 iv ja potilaalle, jolla on listeriainfektion riskitekijöitä lisäksi ampisilliini 2 g x 6 iv ks. [10 Bakteerimeningiitti](#).
- Jos herpesenkefaliitti varmistuu, voidaan bakteerilääkkeet lopettaa. Herpesenkefaliitissa viruslääkityksen kesto 14–21 vrk.
- Jos Li-HHVNh negatiivinen 3–7 vrk kuluttua kontrollilikvorissa, eikä taudinkuva ole tyypillinen herpesenkefaliitti, voi asikloviirin lopettaa.

- Jos borrelioosienkefaliitti varmistuu, hoitona keftriaksoni 2 g x 1 iv.

Lisätietoa

12 Endokardiitti, tahdistininfektiot

Päivitetty 3.11.23 Juha Suhonen, Mika Halavaara, Lasse Lönnqvist

12.1 Endokardiitti

- Vegetatio tai uusi läppävuoto ultraäänitutkimuksessa + kasvua veriviljelyssä
- Toisinaan emboliset komplikaatiot (mukaan lukien aivoinfarkti) ensimmäinen oire
- 3–4 veriviljelyä ennen antibiootin aloitusta
- **Aina infektiolääkärin ja kardiologin konsultaatiot**
 - Lähtötilanteessa
 - Spesifin aiheuttajan selvittyä tai veriviljelyjen jäädessä negatiivisiksi 3–4 vrk kuluttua.
 - Tarvittaessa pitkä viljely
 - Hoidon kestosta päätettäessä
- Tarvittaessa sydänkirurgin konsultaatio
- Ongelmatilanteissa (esim. leikkausharkinta rajatapauksissa) endokardiittitiimin konsultaatio
- Etsi systeemisen embolisaation merkkejä
 - erityisesti aivoverenkiertohäiriö
- Seurantaveriviljelyitä tulee ottaa antibiootin aloituksen jälkeen. Hoidon kesto lasketaan ensimmäisistä negatiivisista veriviljelyistä alkaen; mikäli kuitenkin läppäleikkauksessa otetussa viljelynäytteessä on vielä kasvua, hoidon kesto lasketaan leikkauksesta alkaen
- Hoidon aloitus aina i.v. sairaalaoaloissa
- Yleisimmät endokardiitin aiheuttajat: *S. aureus* (ad 74 %, etenkin i.v. huumeita käyttävillä henkilöillä), viridans-streptokokit (ad 38 %, etenkin avohoidon ei-iv-huumeita käyttävillä), sekä enterokokit, yl. *E. faecalis* (ad 21 %, etenkin hoitoon liittyvissä endokardiiteissa).

Natiiviläppä, empiirinen hoito

Stabiili potilas:	Kefuroksiimi 1,5 g x 3–4 iv	Kefuroksiimi ei tehoa enterokokkeihin
Septinen/huonokuntoinen potilas ja/tai menossa lähipäivinä läppäleikkaukseen tai MRSA-kantaja/riskiryhmäläinen (mm. i.v. huumeidenkäyttäjät):	Kefuroksiimi 1,5 g x 3–4 iv + vankomysiini 1 g x 2 iv	*ks. lääkepitoisuustavoite alla olevasta taulukosta
Beetalaktaamiallergia (todellinen):	Vankomysiini 1 g x 2 iv	*ks. lääkepitoisuustavoite alla olevasta taulukosta

Tekoläppä, aikainen IE (<12kk leikkauksesta), empiirinen hoito

Kunnes viljelyvastaus käytössä	Kefuroksiimi 1,5 g x 4 iv + vankomysiini 1 g x 2 iv	*ks. lääkepitoisuustavoite alla olevasta taulukosta Hoidon suunnittelu yhdessä infektiolääkärin kanssa, herkästi endokardiittitiimin konsultaatio
--------------------------------	---	--

Tekoläppä, myöhäinen IE (> 12 kk leikkauksesta), empiirinen hoito

Sama empiirinen hoito kuin natiiviläppän endokardiitissa.	Hoidon suunnittelu yhdessä infektiolääkärin kanssa, herkästi endokardiittitiimin konsultaatio
---	---

Natiiviläppä, suunnattu hoito

Viridans-streptokokit - Penisilliini S - Penisilliini I - Penisilliini R	1. G-penisilliini 4 MU x 6 iv (tai 4 MU latausannoksen jälkeen jatkuva infuusio 20 MU/vrk iv)	4 viikkoa	*ks. lääkepitoisuustavoite alla olevasta taulukosta
	2. Keftriaksoni 2 g x 1 iv	4 viikkoa	
	3. G- penisilliini (tai keftriaksoni) + gentamysiini 3 mg/kg x 1 iv	Molemmat 2 viikkoa	
	G-penisilliini (tai keftriaksoni) + gentamysiini 3 mg /kg x 1 iv	4 viikkoa 2 viikkoa	
	Vankomysiini 1 g x 2 iv	4 viikkoa	*ks. lääkepitoisuustavoite alla olevasta taulukosta
S. aureus (herkkä)	Kloksasilliini 2 g x 6 iv (tai jatkuva infuusio 12 g/vrk iv)	4–6 viikkoa	
MRSA -S. aureus/ Metisilliini-R koagulaasinegatiiviset stafylokokit/ Vakava penisilliiniallergia tai Kefuroksiimiallergia	Vankomysiini 1 g x 2 iv	4–6 viikkoa	*ks. lääkepitoisuustavoite alla olevasta taulukosta Lievä penisilliiniallergia: kefuroksiimi käy
Enterokokit (ampisilliini S)	Ampisilliini 2 g x 6 iv + keftriaksoni 2 g x 2 iv	6 viikkoa 6 viikkoa	Ampisilliini + keftriaksoni käy vain <i>E. faecalis</i> en hoitoon Gentamysiini ei käy, jos Genta HI on R
	tai		
	Ampisilliini 2 g x 6 iv +gentamysiini 3 mg/kg x 1 iv	6 viikkoa 2 viikkoa	

Jos ampicilliini R tai penisilliiniallergia:	Vankomysiini 1 g x 2 iv +gentamysiini 3 mg/kg x 1 iv	6 viikkoa 2 viikkoa	*ks. lääkepitoisuustavoite alla olevasta taulukosta Munuaistoksisuus!
---	---	------------------------	---

Tekoläppä, suunnattu hoito

S. aureus (herkkä)	Kloksasilliini 2 g x 6 iv + gentamysiini 3 mg/kg x 1 iv + rifampisiini 300 mg x 3 po tai iv	≥ 6 viikkoa 2 viikkoa ≥ 6 viikkoa	*ks. lääkepitoisuustavoite alla olevasta taulukosta Rifampisiini: Toksisuus ja interaktiot!
MRSA ja koagulaasineg. stafylokokit	Vankomysiini 1 g x 2 iv + gentamysiini 3 mg/kg x 1 iv + rifampisiini 300 mg x 3 po tai iv	≥ 6 viikkoa 2 viikkoa ≥ 6 viikkoa	*ks. lääkepitoisuustavoitteet alla olevasta taulukosta Munuaistoksisuus! Rifampisiini: Toksisuus ja interaktiot!
Muut aiheuttajat	Kuten natiiviläppä, mutta hoidon kesto vähintään 6 viikkoa		

*Vanko- ja gentamysiinin lääkepitoisuuksien mittaus		Tavoitepitoisuus (0-pitoisuus) endokardiittia hoidettaessa
Vankomysiini	S-VAN (0-pitoisuus) ensimmäinen pitoisuus mitataan 48 h hoidon jälkeen (eli ennen 4. lääkeannosta)	Empiirinen hoito: tavoite 10–15 Koag. neg stafylokokit: tavoite 10–15 MRSA: tavoite 15–20
Gentamysiini	S-genta (0-pitoisuus) ensimmäinen pitoisuus mitataan 24 h hoidon jälkeen (eli ennen 2. lääkeannosta)	0 ug/ml (tavoite mittausrajan alittava pitoisuus)

- Stabiilissa tilanteessa voidaan harkita infektiolääkärin ja kardiologia konsultoiden iv-hoidon jatkamista kotisairaalassa aikaisintaan 10 vrk päästä hoidon aloituksesta /7 vrk päästä mahdollisesta läppäleikkauksesta.
- Po-hoitoon siirtymistä endokardiitin hoidossa voidaan 2023 ESC-endokardiitti-hoitosuosituksen mukaan joskus harkita infektiolääkärin konsultoiden iv-alkuvaiheen jälkeen (aikaisintaan 10 vrk hoidon alusta /7vrk mahdollisen läppäleikkauksen jälkeen). Tällöin 1) potilaan tulee täyttää asetut tiukat kriteerit (mm. vointi stabiili, ajankohtainen esofagus-ECHO-kontrolli tehtynä) ja 2) potilaalle tulee pystyä järjestämään tiivis seuranta (päivittäinen hoitajan seuranta, 2–3 kertaa viikossa lääkärin seuranta). Tulee myös huomioida suositeltujen po-antibioottiyhdistelmien (2023 ESC guidelines for management of infective endocarditis, Supplementary data) laajakirjoisuus sekä runsaat lääkeaineinteraktiot verrattuna etenkin streptokokkien ja *S. aureuksen* hoidossa vaihtoehtoisena tarjoutuviin, kotisairaalan toteuttamiin iv-penisilliinipumppuhoitoihin.

12.2 Tahdistininfektiot

- Tahdistintaskun infektiot
- Veriviljelypositiivinen infektiot
- Johtoon liittyvä endokardiitti

Tavallisimmat aiheuttajat

- *S. aureus*
- *S. epidermidis*

Hoito

Metisilliiniherkät stafylokokit	Generaattorin ja johtojen poisto	Kloksasilliini 2 g x 6 iv (+Infektiolääkärin harkinnan mukaan rifampisiini 300 mg x 3 po tai iv, mikäli täydelliseen vieras-materiaalin poistoon ei päästä) -mikäli mukana on tekoläppäendokardiitti, ks. edellinen taulukko
Metisilliiniresistentit stafylokokit	Generaattorin ja johtojen poisto	Vankomysiini 1 g x 2 iv *ks. lääkepitoisuustavoite yllä olevasta taulukosta (+Infektiolääkärin harkinnan mukaan rifampisiini 300 mg x 3 po tai iv, mikäli täydelliseen vieras-materiaalin poistoon ei päästä) -mikäli mukana on tekoläppäendokardiitti, ks. edellä oleva taulukko

Hoidon kesto

Tahdistintaskun infektiot	10–14 vrk
Endokardiitti	4–6 viikkoa riippuen aiheuttajasta

Lähteet:

2023 Akuuttihoito-opas, Duodecim

2023 European Society for Cardiology (ESC) guidelines for management of infective endocarditis (+Supplementtiosia)

2016 European Heart Rhythm Association (EHRA) international consensus document on how to prevent, diagnose, and treat cardiac implantable electronic device infections

13 Clostridioides difficile -infektion (CDI) hoito

Päivitetty 31.1.2024 Suvi Niku, Laura Pakarinen

Ensimmäinen CDI (ei edeltävää CDI 3 kk kuluessa)

Taudin vaikeus-aste	Kriteeri	Hoito	Hoidossa huomioitavaa
Oireeton	Oireet väistyneet F-CIdTNhO testin valmistuttua	Ei hoitoa	
Oireinen, lievä	Ulosteen löysyys tai lievä ripuli, ei kuumetta ja yleistila hyvä	Dysbioosiin johtaneen antibiootin lopetus, jos mahdollista -> 48 h kuluttua arvio CDI-antibiootin tarpeesta	
Oireinen, keskivaikea	Merkittävä ripuli, ei täytä vaikean tai fulminantin taudin kriteerejä	< 65-v. immunokompetentti: metronidatsoli 400 mg x 3 po 10 vrk	Interaktio varfariinin kanssa ja antabusreaktio alkoholin kanssa. Jos ei vastetta 3–5 vrk kuluessa, vaihda vankomysiiniin.
		≥ 65-v., merkittävä immuunivajavuus* tai sairaalahoitoa vaativa CDI: vankomysiini 125 mg x 4 po 10 vrk**	
Oireinen, vaikea	Vaikea ripuli ja jokin seuraavista: kuume, B-Leuk >15 tai merkittävä kuivuma	< 65-v. immunokompetentti: vankomysiini 125 mg x 4 po 10 vrk**	<u>Fidaksomisiini</u> : Pieniempi relapsiriski kuin vankomysiinilla, mutta kallis. Peruskorvattava reseptimerkinnällä "Vakava Clostridioides difficile-infektio".
		≥ 65-v. tai merkittävä immuunivajavuus*: fidaksomisiini 200 mg x 2 po 10 vrk (tai vankomysiini jos fidaksomisiini ei käy)	
Fulminantti	Sepsis, toksinen megakoolon (ileus!) tai pseudomembranoottinen koliitti	vankomysiini 250 mg x 4 po + metronidatsoli 500 mg x 3 iv, ileuksessa vankomysiinin annostelu 500 mg x 4 pr *** Gastrokirurgin konsultaatio!	Septiselle potilaalle lisätään myös suolen aerobiflooran kattava antibiootti. Konsultoi infektiolääkärinä hoidosta ja relapsin estosta.

* Esim. syövän solunsalpaajahoito tai tuore elinsiirto

** Nielemisvaikeudessa voidaan 125 mg infuusiokuiva-ainetta liuottaa 10 ml:aan steriiliä vettä ja antaa po/NML/PEG. Lisää ruiskuun tarvittava määrä steriiliä vettä, jotta annostelu NML/PEG-letkuun onnistuu. Ei S-VAN mittauksen tarvetta.

*** Vankomysiinin infuusiokuiva-ainetta liuotetaan 10 ml:aan steriiliä.

Ensimmäinen relapsi (3 kk kuluessa ensimmäisestä CDI:sta)

Vankomysiini 125 mg x 4 po 10 vrk

Lisäksi harkinta kuurin aikana annettavasta betslotoksumabista (Zinplava 1000 mg iv, joka puolittaa relapsiriskin, jos relapsiriskitekijöitä: ikä ≥ 65 -v. / merkittävä immuunivajavuus / vaikea CDI / sairaalahoito tai antibioottihoito jatkuu vankomysiinikuurin jälkeen).

(Toissijaisena vaihtoehtona: fidaksomisiini 200 mg x 2 10 vrk; kallis lääke, ei selkeää osoitusta pienemmästä relapsiriskistä.)

Toinen relapsi (3 kk kuluessa ensimmäisestä relapsista)

Vankomysiini 125 mg x 4 po 10 vrk

Lisäksi ulosteensiirto (lähete gastroenterologian pkl:lle, siirto pyritään ajoittamaan pari päivää vankomysiinikuurin loppumisesta).

Jos ulosteensiirto ei mahdollinen: betslotoksumabi vankomysiinin lisäksi (tai pitkä vankomysii-nikuuri: 125 mg x 4 1 vko, 125 mg x 2 1 vko, 125 mg x 1 1 vko, 125 mg joka toinen päivä 1 vko).

14 Neutropeenisen kuumepotilaan empiirinen hoito

Päivitetty 27.2.2024 Mari Eriksson, Mari Ala-Houhala

Neutropeenisen syöpäpotilaan kuume

Merkittävä neutropenia: B-Neut $<0,5 \times 10^9/l$ (tai $<1,0 \times 10^9/l$ ja laskeva)

Kuume: Korvalämpö $\geq 38,0^\circ C$

Jos kuumetta alentava lääkitys (esim. iso glukokortikoidiannos), pelkkä huonokuntoisuus riittää infektioepäilyyn.

Neutropeenisen potilaan infektioriskin arvio:

Arvioi, kuuluuko potilas matalan vai korkean riskin ryhmään

Vaikeiden infektioiden riski on suurin syvässä ja pitkässä neutropeniassa (esim. akuutin leukemian hoito). Sytostaattihoitojen jälkeinen GI-kanavan limakalvojen huonokuntoisuus lisää riskiä vaikealle infektiolle. Mikäli neutropenian kesto on lyhyt (esim. kiinteän kasvaimen solunsalpaajahoido) ja potilas on hyväkuntoinen, vaikean bakteeri-infektion riski on pienempi.

Alla kuvatulla riskiluokituksella pyritään tunnistamaan ne potilaat, joilla vaikean bakteeri-infektion riski on suuri, ja jotka siten tarvitsevat laajakirjoista empiiristä antimikrobihoitoa. Jos riskiluokista ei voida määrittää, hoito aloitetaan suuren riskin mukaisesti. Riskinarvion tukena voi käyttää MASCC-pisteytystä:

Täyttyvätkö molemmat ehdot?

- Neutropenian oletettu kesto ≤ 1 viikko
- MASCC-pisteet ≥ 21 p

Kyllä

Ei

Pieni riski

Suuri riski

MASCC-pisteytys

Tekijä	Pisteet
Neutropeenisen kuumeen aiheuttama yleistilan lasku	
- vähäinen	5
- kohtalainen	3
- merkittävä	0
Ei hypotensiota (systolinen verenpaine > 90 mmHg)	5
Ei suonensisäistä (i.v.) nesteytystä vaativaa kuivumaa	3
Ei oireista tai vaikeaa COPD:tä	4
Ei aiempaa systeemistä sieni-infektiota	4
Avohoitopotilas	3
Ikä < 60 vuotta	2

Kotihoidon kriteerit:

- Asuu toisen aikuisen kanssa alle tunnin matkan päässä sairaalasta
- Ei ole saanut fluorokinolonia viimeisen viikon kuluessa
- Ei vatsakipua, ripulia, oksentelua tai nielemisvaikeutta
- Ei katetri-infektiota, vaikeaa pneumoniaa tai keskushermostoinfektiota
- Ei merkittävää maksan tai munuaisten vajaatoimintaa
- Ei aiempaa *Pseudomonas*, *Stenotrophomonas*- tai *Acineto*-bakteerin aiheuttamaa infektiota tai kolonisaatiota
- Ei resistentin mikrobin (MRSA, ESBL, VRE, CPE) kantajuutta
- Välitön mahdollisuus palata sairaalaan yleistilan huonotessa tai kuumeen jatkuessa yli 2 vuorokautta

Empiirisen mikrobilääkkeen valinta vakaavointisella potilaalla:

Mikrobilääkitys aloitetaan neutropeenista kuumetta epäiltäessä heti veriviljelyiden oton jälkeen. Mikrobilääkityksestä konsultoidaan infektiolääkäriä, jos potilas on septinen tai hänellä on tiedossa resistentin tai vaikeahoitoisen mikrobin kantajuus (esim. MRSA, VRE, ESBL, CPE, *Pseudomonas*, *Stenotrophomonas* ja *Acinetobacter*).

	PIENI RISKI (yleensä kiinteän kasvaimen solun-salpaajahoito, potilas ei ole septinen)	SUURI RISKI
Aloituseräantibiootti:	Kefriaksoni 2 g x 1 iv (Harkitse laajakirjoisempaa mikrobilääkettä (esim. kefepiimi), jos potilas on ollut sairaalahoidossa tai saanut laajakirjoista mikrobilääkehoitoa edeltävän 3 kk aikana.	Kefepiimi 2 g x 3 iv Jos GI-alueen oireita: piperasilliini-tatsobaktaami 4 g x 3–4 iv tai meropenemeemi 1–2 g x 3 iv
Beetalaktaami- allergiselle:	Siprofloksasiini 400 mg x 3 iv + vankomysiini 1 g x 2 iv	Atstreonaami 2 g x 3 iv + vankomysiini 1 g x 2 iv
Lisää tarvittaessa:	-Metronidatsoli, jos nielun, suolen tai perianaalialueen infektio -Vankomysiini, jos verisuonikatetri-infektio	-Vankomysiini, jos verisuonikatetri-infektio

Pienen riskin potilaan kotihoito (kotihoiton kriteerien täyttyessä):

Antibioottihoito aloitetaan edellä ohjeistetusti ja potilasta seurataan sairaalassa vähintään neljän tunnin (mutta mieluiten 12–24 tunnin) ajan. Jos potilaan vointi säilyy vakaana eikä infektiotoksuja ole löydetty, potilas voidaan kotiuttaa po-mikrotilääkityksellä esim: **siprofloksasiini 750 mg x 2 ja amoksisilliini-klavulaanihappo 875/125 mg x 3 po.**

Granulosyyttikasvutekijän käyttö

G-CSF käyttöä neutropenisen kuumeen aikana ei pääsääntöisesti suositella vähäisen hyödyn vuoksi. Sen aloittamista voidaan harkita vaikeassa infektiossa. Esimerkiksi filgrastiimin annos on 0,5 MU/kg x1 sc, pyöristettynä lähimpään ampullikokoon. Hematologisilla potilailla konsultoi kasvutekijän käytöstä hematologia.

Mikrotilääkityksen kesto

Neutropenian korjaantuessa (B-Neut >0,5 X10⁹ ja nouseva) infektiot oireet yleensä väistyvät, jolloin mikrotiläkehoito voidaan lopettaa kuumeettomassa vaiheessa, mikäli potilaalla ei ole todettua bakteerimaa tai syviä infektiopesäkkeitä. Neutropenian jatkuessa voidaan mikrotilääkityksen lopettamista harkita kolmen kuumeettoman päivän jälkeen, mikäli potilas on hyväkuntoinen, infektiot oireet ja löydökset ovat hävinneet ja potilaan limakalvot ovat ehjät. Mikäli kuume uusii, laajakirjoinen mikrotiläkehoito aloitetaan uudelleen heti veriviljelyiden ottamisen jälkeen.

15 Hammasperäiset paiseet

Päivitetty 17.2.2025 Hannamari Välimaa, Inka Romo

Paiseen avaus ja hampaan poisto ovat keskeinen osa infektion hoitoa.

- Infektion vaikeusasteen mukaan potilas lähetetään joko potilaan oman terveyskeskuksen suusairauksien päivystykseen tai vakavan infektion kyseessä olleen Meilahden siltasairaalan leukakirurgiapäivystykseen (p. 050 427 1460)
- Myös puolustuskykyä vakavasti heikentävä sairaus tai lääkitys voi olla syy hoitaa hammasinfektio sairaalaolosuhteissa.

Vakavan hammasperäisen infektion tunnusmerkkejä:

- laaja ja leviävä turvotus leukojen alueella,
- yleistilan lasku, kuume, septinen taudinkuva,
- nielemis-, puhe- tai hengitysvaikeudet
- suun avauksen selkeä rajoittuminen.

Ellei potilas ole septinen, aloitetaan antibioottihoito vasta paiseen avauksen yhteydessä.

- Kliinisen tilan salliessa antibioottihoito aloitetaan mikrobiologisten näytteiden oton jälkeen paiseenavauksen yhteydessä

Mikrobiologiset näytteet:

- bakteeriviljelynäyte paisemärästä
- veriviljely x2 ennen antibiootin aloitusta (yleistilan lasku, septinen tai kuumeileva)

Hammasperäiset paiseet ovat yleensä suun normaaliin mikrobistoon kuuluvien aerobisten ja anaerobisten bakteerien aiheuttamia sekainfektioita.

Leukojen alueen paise

Ensisijainen antibiootti	G-penisilliini 2–4 milj yks. x 4–6 iv + metronidatsoli 500 mg x 3 iv
Penisilliiniallergia (ei anafylaksiaa)	Kefuroksiimi 1,5 g x 3 iv + metronidatsoli 500 mg x 3 iv
Penisilliiniallergia (anafylaksia)	Klindamysiini 600 mg x 3–4 iv

Kaulan alueelle levinnyt syvä infektio tai syvästi immuunivajeinen potilas

Piperasilliini-tatsobaktaami 4 g x 3–4 iv.

16 Pneumocystis keuhkokuume (pcp)

Päivitetty 7.11.2024 Mari Eriksson

- Aiheuttajana Pneumocystis jirovecii
- Henkeä uhkaava opportunistinen sieni-infektio immunosuppressoiduilla potilailla

Riskitekijät

- HIV, erityisesti, jos CD4 alle $0,200 \times 10^9/l$
- Hematologiset ja muut maligniteetit
- Elinsiirto
- Glukokortikoidit tai muu riskiä lisäävä immunosuppressiivinen lääkitys, esimerkiksi prednisoni yli 20 mg päivässä yli kuukauden ajan

Diagnoosi

- Riskitekijät
- Oireet: kuume, kuiva yskä, hengenahdistus
- Keuhkojen TT/HRTT (mattalasimuutokset)
- Ex-PncanHo (4446) tai BAL
- Tyypiriskitekijät, oireet ja TT-löydös indisoivat empiirisen hoidon aloituksen, vaikkei ysköksiä nousisi tai potilas ei ole bronkoskopiakuntainen – älä viivästyä hoitoa!
- Cotrim-profylaksi oikein käytettynä on erittäin tehokas, muut heikompia.
- Hoidon indikaatio arvioitava yksilöllisesti infektiolääkärin konsultoiden, jos PncanHo on heikosti tai erittäin heikosti positiivinen ja riskitekijät ja muut löydökset ovat vähäiset.

Hoito

Hoidon kesto on 21 päivää.

Lievä taudinkuva	TMP-SMX (Cotrim forte) 160/800 mg 2x3	
Vaikea taudinkuva, hypoksemia, lisääntynyt hengitystaajuus	TMP-SMX 15–20 mg/kg/vrk iv TMP-komponentin mukaan laskettuna jaettuna kolmeen tai neljään annokseen. Kliinisen tilanteen mukaan voidaan usein siirtyä jossain vaiheessa po. 30 min ennen ensimmäistä iv ab-annosta aloitetaan kortisoni Prednison 40 mg x 2 5 päivää, 40 mg x1 5 päivää, 20 mg x1 11 päivää	Yleensä TMP-SMX 3-4 ampullia x 4 iv Valmisteet: -Cotrim-ratiopharm 400 mg SMX/5 ml ampulli + 80 mg TMP/5 ml ampulli -Bactrimel 96 mg/ml sisältää saman määrän TMP + SMX/5 ml ampulli
Vaihtoehtoja	Klindamysiini lievässä 300–450 mg po tai vaikeassa 600 mg iv x 3-4 + primakiini 15–30 mg x 1 po Atovakoni 750 mg x 2 po (Pentamidiini 4 mg/kg/vrk, hyvin harvoin käytetty, potentiaalisesti hankalia sivuvaikutuksia, konsultoi infektiolääkäriä)	

Profylaksi

Indikaatio	Profylaksin kesto
Ly-T-CD4 <0,2 x10 ⁹ >1 kk	kunnes Ly-T-CD4 >0,2 x10 ⁹ 3 kk HIV: kunnes Ly-T-CD4 >0,1-0,2 x10 ⁹ <u>JA</u> HIV1Nh < 200 kop/ml >3–6 kk
Aiemmin sairastettu PJP ja syöpähoito (tai muu vastaava immunosuppressiivinen hoito)	syövän hoidon (tai immunosuppressiivisen hoidon) ajan
ALL	induktiohoidon alusta ylläpitohoidon loppuun
Allogeeninen kantasolusiirto	12 kk (tai ≥3 kk immunosuppression lopetuksesta)
Autologinen kantasolusiirto	6 kk
Kiinteän elimen siirto	6 kk, kauemmin jos rejektio, suolensiirron jälkeen 1 v, keuhkonsiirron jälkeen vähintään 5 v
Elinsiirtopotilaan solunsalpaajahoido	hoidon ajan ja 3–6 kk hoidon lopetuksesta
Glukokortikoidihoito >1 kk vastaten prednisoni-annosta >40 mg/vrk	käytön ajan (ja lymfopenian korjaantumiseen asti*)
Glukokortikoidihoito >1 kk vastaten prednisoni-annosta >20 mg/vrk <u>JA</u> muu immunosuppressio (esim. syöpä tai toinen immunosuppressiivinen lääke)	käytön ajan (ja lymfopenian korjaantumiseen asti*)
Fludarabiini, kladribiini, bendamustiini tai alemtumsumabi	käytön ajan ja 6 kk lopetuksesta
Idelalisibi	käytön ajan ja 2–6 kk lopetuksesta

Temotsolomidi	käytön ajan ja lymfopenian korjaantumiseen asti*
CAR T-soluhoido	6 kk
Lymfosyytti-immunoglobuliini (ATG)	3–6 kk
	* B-Ly $\geq 0,5 \times 10^9$ / Ly-T-CD4 $> 0,2 \times 10^9$

Lisäksi yksilöllisen harkinnan mukaan seuraavissa tilanteissa:

- Muut immunosuppressiiviset solunsalpaajahoidot
- Primaarit immuunipuutokset
- Glukokortikoidihoito >1kk vastaten prednisoni-annosta 20–40 mg/vrk. PJP-riski vaikuttaa olevan suurehko ANCA-vaskuliiteissa ja autoimmuunimyosiiteissa (etenkin jos potilaalla on keuhkofibroosi tai lymfopenia) ja pieni mm. tulehduksellisissa suolisairauksissa.

Ensisijainen profylaksi	TMP-SMX 80 mg (Cotrim) x 1 TMP-SMX 160 mg (Cotrim forte) x 1 kolme kertaa viikossa	Tehossa ei eroa näiden välillä
Vaihtoehtoja	Pentamidiini 100–300 mg inhalaatio 4 viikon välein Atovakoni 750 mg x 2 tai 1500 mg x 1 Dapsoni 50 mg x2 tai 100 mg x1	

[Lisätietoa: immuunipuutteisen keuhkoinfektiot](#)

17 Borrelioosi

Päivitetty 16.11.2023 Elisa Kortela

Aihe	Lääke ja annos	hoidon kesto	Huomattava
Varhaiset ihomuutokset:			
Erythema migrans (EM) ilman yleisoireita ja lymfocytooma	Amoksisilliini 500 mg x 3–4 po Doksisykliini 100 (-150) mg x 2 po*	2 viikkoa	4 kertaa päivässä annostelu on todennäköisesti tehokain, kun hoidetaan laaja-alaista tautimuotoa.

	Vain allergisille: Atsitromysiini 500 mg x 1 po Kefuroksiimiaksetiili 500 mg x 2 po	6 vrk 2 viikkoa	Atsitromysiinillä on raportoitu hoidon epäonnistumisia. Pidentää QT-aikaa. Huomioi interaktiot. Erityislupavalmiste (Tamro 2250488 Cefuroxim AL 250, 250 mg). Kefuroksiimiaksetiilillä suolihaittoja. Kefaleksiini ei tehoa borreliooseihin.
Varhainen leviäminen:			
Multippeli EM ja EM + yleisoireet: art- ralgia, myalgia, päänsärky, lämpöily	Doksisykliini 100 (-150) mg x 2 po* Amoksisilliini 500 mg x 3–4 po (Allergisille: ks yllä)	2 (–3) viikkoa	Doksisykliini ensisijainen aikuisilla.
Kasvohermo- tai muu aivohermohalvaus, neuriitti, radikuliitti, meningiitti	Doksisykliini 100 (-150) mg x 2 po* tai Keftriaksoni 2 g x 1 iv	2 (–3) viikkoa	Doksisykliini po on yhtä tehokas kuin keftriaksoni iv.
Enkefaliitti, aivovaskuliitti	Keftriaksoni 2 g x 1 iv	2–3 viikkoa	
Kardiitti: Lievä, I asteen AV-blokki, PR-aika <300ms Vakava, II-III asteen AV-blokki, PR-aika ≥300ms	Doksisykliini 100 (-150) mg x 2 po* Amoksisilliini 500 mg x 3–4 po Allergisille: kefuroksiimiaksetiili 500 mg x 2 po Keftriaksoni 2 g x 1 iv	2–3 viikkoa	Sairaalahoito, tilapäinen tahdistin voi olla tarpeen. Kun tila stabiloituu, antibiootiksi voidaan vaihtaa doksisykliini tai amoksisilliini.
Silmäoireet: Konjunktiviitti, episleriitti	Doksisykliini 100 (-150) mg x 2 po*	2 viikkoa	

Keratiitti, skleriitti, uveiitti, retiniitti	Keftriaksoni 2 g x 1 iv	3 viikkoa	Doksisykliini penetroituu huonosti intraokulaarisesti.
Myöhäisoreet:			
Enkefaliitti, myeliitti	Keftriaksoni 2 g x 1 iv	3 viikkoa	Hoitoaika 3 vkoa, kun oireiden kesto yli 6 kk.
Perifeerinen neuropatia	Doksisykliini 100 (-150) mg x 2 po* Keftriaksoni 2 g x1 iv	3 viikkoa	
Acrodermatitis chronica atrophicans (ACA)	Doksisykliini 100 (-150) mg x 2 po* tai Amoksisilliini 500 mg x 3–4 tai	3–4 viikkoa	
Artriitti	Doksisykliini 100 (-150) mg x 2 po* Amoksisilliini 500 mg x 3–4 po Allergisille: Kefuroksiimiaksetiili 500 mg x 2 po	4 viikkoa	Uusiutuvassa artritissa uudelleen po-lääkitys 4 viikkoa tai vaikeaoireisessa keftriaksoni 2 g x 1 i.v. 2–4 viikkoa

* Doksisykliinin standardiannos on 100 mg x 2. Aloitusannos 2 tbl eli 200(–300) mg. Doksisykliiniä ei suositella gravidoille. Imetyksen aikana doksisykliiniä voidaan käyttää.

Puutiaisen pureman yhteydessä ei suositella antibioottiestolääkitystä (profylaksiaa). Tämä koskee myös raskaana olevia.

Erythema migrans on kliininen diagnoosi. Vasta-aineita ei tarvitse tutkia.

Puutiaisenpisto ja EM ovat voineet jäädä huomaamatta, joten niiden puuttuminen ei poissulje borrelioosia. Vasta-ainetutkimus (S-BorrAb) tehdään, mikäli epäillään levinnyttä borrelioosia. Vasta-ainetutkimusta ei tule ottaa oireettomalta potilaalta.

Neuroborrelioosin tyypillisin oirekuva on kivulias radikuliitti, joka ilmenee paikkaa vaihtavina (esim. raaja, selkä, vatsa) voimakkaina kipuina erityisesti yöllä, ihon tuntoherkistymänä sekä kasvohermon tai muun aivohermon halvauksena. Myös muiden perifeeristen hermojen halvauksia voi esiintyä. Enkefaliitti ja aivosuonten vaskuliitti ovat hyvin harvinaisia neuroborrelioosin ilmentymiä.

Neuroborrelioosia epäiltäessä otetaan yleensä diagnoosin varmistamiseksi tai poissulkudiagnostiikka varten likvor-tutkimus (solut, prot, CXCL13, BorrAb). Samana päivänä otetuista seerumi- ja likvornäytteistä määritetään BorrAb. Näiden perusteella lasketaan intratekaalisen vasta-ainetuotannon indeksi, joka koholla ollessaan tukee neuroborrelioosidiagnoosia. Li-CXCL13 merkkiaine korreloi neuroborrelioosin aktiivisuuteen ja nousee ennen vasta-ainetuotannon alkamista. Jos viikkoja oireilulta potilaalta ei löydy vasta-aineita seerumista eikä likvorista, potilaan oireiden syy on todennäköisesti muu.

Nivelborrelioosissa tyypillistä on yksittäisen tai joskus harvemmin muutaman kantavan nivelen, erityisesti polvinivelen, toistuva hydrops. Nivelkivut ilman nivelturvotusta eivät ole merkki nivelborrelioosista.

Pitkitetyistä tai toistuvista antibioottihoidoista ei ole osoitettu olevan hyötyä myöhäisborrelioosin jälkioireiden hoidossa taulukossa lueteltujen hoitojen jälkeen.

18 Ohjeita mikrobiologisten näytteiden ottamisesta

Päivitetty 28.8.2024 Jukka Torvikoski

1. Käytettävissä olevat HUSLAB:n ohjeet

Tutustu HUS Diagnostiikkakeskuksen ohjeisiin:

[Näytteenotto-ohjeet](#)

[Tutkimusohjekirja](#)

2. Yleisiä periaatteita

Konsultoi laboratoriota tutkimuksen indikaatioihin ja näytteenottoon liittyvissä kysymyksissä. Tutkimusohjekirjasta löytyvät tutkimuskohtaiset asiantuntijoiden yhteystiedot ja päivystysaikaiset puhelinnumerot.

- Tilaa tutkimukset harkitusti:
 - Arvioi ovatko suunnitellut tutkimukset indisoituja ja soveltuuko otettava näytemateriaali tilattavaan tutkimukseen.
 - Onko näytteenottokohta oikea potilaan infektiota ajatellen?
 - Onko näytteenoton ajankohta oikea (esim. serologia, parasiittinäytteet)?
 - Ainutkertaisten näytteiden kohdalla konsultoi infektiolääkärää tilattavista tutkimuksista (esim. aivobiopsia, TT-ohjattu biopsia nikamasta, proteesi-infektiot, läppäleikkaus).
 - -BaktNhO ja -SienNhO tutkimukset soveltuvat vain steriilin alueen näytteille.
- Täytä tutkimuspyynnön esitiedot tarkkaan:
 - Kuvaava mistä kohtaa näyte on otettu ja mitä näytemateriaali on (näytelaatu)
 - Mikä on työdiagnoosi tai mitä infektiota epäilet? Tämä on erityisen tärkeää epäiltäessä hidaskasvuisen mikrobin aiheuttamaa infektiota (esim. aktinomykoosi, nokardi-
oosi).
- Huomioi laboratorion työturvallisuus:
 - Laboratorion työntekijöille riskin muodostavia tauteja ovat mm. Ebola, MERS, lintuinfluenza, rabies, rutto, pernarutto, bruselloosi, melioidoosi, tularemia, histoplasmoosi, coccidioidomykoosi, paracoccidioidomykoosi, blastomykoosi
 - **Epäiltäessä edellä kuvattuja infektiota ota yhteys laboratorioon ennen näytteenottoa!**
- Kiinnitä huomiota näytteenottoon - onnistunut näytteenotto tukee potilaan hoitoa:
 - Noudata HUS Diagnostiikkakeskuksen ohjeita ja käytä tutkimusohjekirjassa kuvattuja näyteastioita.
 - Varmista riittävä näytemäärä:
 - Tarkista tutkimusohjekirjasta kuinka paljon näytettä tarvitaan.
 - Jos näytettä on niukasti, arvioi mitkä tutkimukset voi tarvittaessa jättää tekemättä.

- Varmista etukäteen, että oikeat välineet ja näyteputket ovat paikalla esim. leikkaussalissa tai röntgenissä.
- Viljelytutkimuksissa näytteenotto on tehtävä mieluiten ennen mikrobilääkkeen aloitusta, koska viljelynäytteet voivat jäädä virheellisesti negatiivisiksi antibiootin vaikutuksesta.
 - **Älä kuitenkaan viivästyä kriittisesti sairaan potilaan mikrobilääkkeen aloitusta tämän takia yli 30 min!**
- Toimita näytteet mahdollisimman nopeasti laboratorioon. Huomioi tutkimuskohtaiset ohjeet näytteiden säilytyksessä.

3. Näytteenoton indikaatioista yleisimmissä näytelaaduissa, erityishuomioita

Erityishuomioita virtsaviljelyistä

- Oireetonta bakteriuriaa ei tule etsiä eikä hoitaa. Poikkeuksena raskausaika ja ennen urologisia toimenpiteitä.
- Virtsakatetripotilailla on lähes aina virtsanäytteessä bakteeri. Jos oireista infektiota epäillään, ensi sijassa keskisuihkunäyte katetrin poiston jälkeen/uuden katetrin näytteenottoportin kautta.
- kontrollinäytteitä ei tarvita, jos oireet eivät uusi.

Ks. tarkemmin [Virtsatie-infektiot ja näytteenotto-ohjeet](#)

Erityishuomioita haavanäytteistä:

- Haavainfektion diagnoosi on kliininen ja **bakteeriviljelyitä (-BaktVi) tulee ottaa vain infektoituneista haavoista.**
- Epästeriilin alueen näytteissä kolonisoivan mikrobiston päätymistä näytteeseen tulee välttää ja tämä on erityisen tärkeää otettaessa bakteeriviljelynäytettä infektoituneesta haavasta.
- **Infektoituneissa kroonisissa haavoissa välttä pinnallisia tikkunäytteitä.** Ota näytteeksi kudospala hyvin puhdistetusta haavan pohjasta.
- Moniresistenttien bakteerien seulontaviljelyissä (-MRSaVi, -MDRSVi, -VREVi) ei näytteenottoa puhdisteta, koska näytteeksi halutaan aluetta kolonisoivaa mikrobistoa.

Erityishuomioita veriviljelyistä:

- Määrää Apotti-ympäristössä veriviljely-paneeli
 - tähän sisältyy veriviljelyt x 2 (yhteensä 4 pulloa).
- Näytteenotto samasta pistokohdasta. **ÄLÄ OTA NÄYTTEITÄ KANYYLEISTA!**
- Pyri ottamaan näytteet ennen mikrobilääkkeen aloitusta.
- Jos epäilet vakavaa infektiota ja aiot aloittaa siihen iv-antibiootin, ota veriviljelyt, vaikka potilaalla ei olisikaan kuumetta.
- Veriviljelyt tulevat seulontaposiitiviseksi tyypillisesti 1. vuorokauden sisällä näytteenotosta, jos kyseessä on tavanomainen taudinaiheuttaja.
- Veriviljelynäytteitä käsitellään HUS Diagnostiikkakeskuksessa ympärivuorokautisesti, joten seuraa tuloksia aktiivisesti.
- Harkitse kontaminaation mahdollisuutta, jos kyseessä on ihon normaaliflooraan sopiva bakteeri (esim. koag.neg.stafylokokki, difteroidi, *Bacillus*-laji) yhdessä pullossa. Konsultoi infektio lääkäriä herkästi, jos löydös on useammassa kuin yhdessä pullossa.

Päivitetty 31.1.2024 Laura Lehtola, Johanna Mandelin

Penisilliiniallergia: testaus, ristireaktiot ja allergiatiedon merkitseminen Apottiin

Epäily penisilliiniallergiasta voi estää penisilliiniryhmän antibioottien käyttöä. Aiempi vanha allergiaepäily voidaan usein osoittaa aiheettomaksi. IgE-välitteisen reaktion (urtikarian ja anafylaksian) riski väistyy 80 %:lla 10 vuodessa.

Allergiatiedon poisto ilman testausta

Jos reaktio on ollut ei-allerginen reaktio, kuten päänsärky, vatsakipu, huimaus tai ilman ihottumaa esiintyvä kutina, reaktio ei yleensä toistu ja penisilliiniä voi käyttää.

Testiannos penisilliiniallergian uudelleenarvioimiseksi

- Penisilliiniallergiaepäilyssä voi antaa **testiannoksen amoksisilliiniä (250 mg), silloin kun kyseessä on ollut makulopapulaarinen tai muu lievä, epäselväksi jäänyt ihottuma yli 10 vuotta sitten.**
 - Koeannoksen voi antaa tarpeen mukaan jo vuoden kuluttua reaktiosta, jos reaktio oli lievä makulopapulaarinen viivästynyt ihottuma. Jos on epäilyä välittömästä IgE-välitteisestä ihoreaktiosta (urtikariasta) <10 vuoden sisällä, suositellaan ensin Prick-testiä.
 - Testi voidaan tehdä sairaalaolosuhteissa myös suonensisäisellä hoitolääkkeeksi aiotulla penisilliinillä antamalla siitä ensin 1/10 annos ja seuraamalla vointia 30–60 min sen jälkeen, ennen loppuannoksen antamista.
- **Toteutus**
 - Testit tehdään potilaan kanssa sopien joko osastohoidon aikana, poliklinikalla tai avohoidossa.
 - Potilaalle annetaan lääke, ja hoitaja seuraa vointia vähintään tunnin ajan ja mittaa tarvittaessa verenpaineen
 - Saatavilla tulee olla allergisen reaktion varalta antihistamiinia ja anafylaksian* varalta adrenaliinia, esim. adrenaliiniautoinjektori 0,3 mg (yli 30 kg painavan annos).
 - Jos reaktiota ei tule, aiheeton allergiariskitietomerkintä tulee poistaa. Viivästynyt iho-reaktio voi tulla esiin vasta muutaman päivän kuluttua.
- **Testiannosta EI tule antaa**
 - **hemodynaamisesti labiilille tai muuten huonokuntoiselle potilaalle.**
 - **jos potilaalla on menossa toinen antibiootti (tulkintavaikeus).** Tästä voidaan kuitenkin poiketa erillisen harkinnan perusteella.
 - jos aiempi reaktio on ollut anafylaksia tai muu vakava sairaalahoitoon johtanut reaktio, iho- tai yleisreaktio (AGEP, SJS/TEN, DRESS) tai elinvaurio (interstitielli nefriitti, maksavaurio).
 - Jos penisilliinin tarve on kuitenkin ilmeinen, tulee konsultoida allergologia.

Voiko penisilliiniallergisella käyttää kefalosporiineja, karbapeneemejä tai atstreonamia?

- Jos penisilliini olisi potilaan hoidossa ensisijainen lääke, penisilliiniallergia-anamneesi tulee aina tarkistaa ja harkita tarvittaessa testiannosta (ks. yllä). Potilas saattaa siis sietää penisilliiniä.

- Penisilliinistä **lievän allergisen ihoreaktion** saaneet potilaat yleensä sietävät
 - **kefaleksiiniä**. Ristiallergian mahdollisuus on noin 2–3 %. Suurin riski (10 %) liittyy amoksisilliiniallergiaan.
 - **kefuroksiimia**, sekä III ja IV –polven kefalosporiineja ja karbapeneemejä (ristiallergian mahdollisuus <1 %).
 - huom. myös kefaleksiiniallergiset sietävät yleensä korkeamman polven kefalosporiineja, kuten kefuroksiimia, III ja IV polven kefalosporiineja ja karbapeneemejä, ja päinvastoin, koska kefaleksiinin R1-sivuketju eroaa rakenteeltaan em ryhmien sivuketjuista. Sen sijaan kefuroksiimin, III ja IV polven kefalosporiinien välillä on ristiallergiaa.
- **Jos potilas on saanut penisilliineistä anafylaktisen reaktion***,
 - I polven kefalosporiinien antamista ei suositella ennen kuin on tutkittu ihotestit (Prick-testi).
 - II, III tai IV-polven kefalosporiinia ja karbapeneemejä voidaan antaa, mutta ensin suositellaan 1/10 annosta ja siitä 30–60 min kuluttua infusoidaan loput.
- Atstreonaamia (tehoaa gram-negatiivisiin) voi käyttää penisilliiniallergisilla.

Anafylaksian määritelmä

Anafylaksialla tarkoitetaan oireistoa, jolla on akuutti alku (minuuteista tunteihin allergeenialtistuksen jälkeen jälkeen), ja oireita on joko **iholta** (urtikaria, punoitus ja kutina) tai **limakalvoilta** (turvonnut huulet, kieli tai uvula) ja **lisäksi joko hengitysoire** (hengenahdistus, hengityksen vinkuminen, (bronchospasmi tai stridor), hypoksemia) **tai verenpaineen lasku** (aikuisella <90 mmHg tai 30 mmHg lasku normaalitasosta) tai sitä vastaava oire, kuten kollapsi, syncope tai äkillinen inkontinenssi **tai voimakkaat suolioireet** (voimakkaat vatsakivut tai -krampit, oksentelu, ripuli). **Joskus (noin 10 %:lla) iho- ja limakalvo-oireet voivat myös puuttua kokonaan ja oire voi olla pelkkä verenpaineen lasku tai verenpaineen laskun lisäksi on vain suolioireita.**

Katso anafylaktisen reaktion hoito [Terveystieteen Lääkärin käsikirjasta](#) tai [Akuuttihoito-oppaasta](#).

Allergiatiedon merkitseminen Apottiin

- Ilmoita lääkkeen vaikuttavan ainesosan mahdollisimman tarkka geneerinen tai kauppanimi (ei pelkkää lääkeluokkaa)
- Ilmoita reaktion oireet alaselvitykseltä mahdollisimman kuvaavasti, esim. urtikaria, äkillinen ihon punoitus, anafylaksia
- Reaktion vakavuus
- Reaktion toteutuspäivä (nyt tai ”noin” päivä menneisyydessä)
- Reaktion tyyppi ja varmuusaste, sekä tiedon lähde
- Ilmoita kommenttikenttään, oliko yli vai alle 10 vuotta sitten, joutuiko sairaalahoitoon, mitä mahdollisia beetalaktaamiryhmän lääkkeitä tai muita antibiootteja on sittemmin sietänyt.

20 Infektiosairauksien profylaksiohjeita (linkit)

Löytyy koottuna Eetterin infektion torjuntaohjeista:

[Mikrobilääkeprofylaksiohjeet](#)

(Intrassa: Potilaan hoito/ Infektion torjuntaohjeet/Mikrobilääkeprofylaksiohjeet)

21 Antibioottipumppuopas

[Mikrobilääkkeiden annostelu- ja pumppuohjeita](#) (Eetterissä Antibioottipumppuopas)

22 Hoitoon liittyvien infektioiden torjuntaohjeet, (linkit)

Ohjeet koottu Eetterin: [Infektioidentorjuntaohjeet](#)

1. Varo- ja eristystoimet
2. Infektioidentorjuntayksikön ohjeet
3. Hoitoon liittyvien infektioiden ilmoittaminen
4. Toiminta verialtistustilanteissa

Infektioidentorjuntayksikön yhteystiedot

Eetterissä:

[Infektioidentorjuntayksikön yhteystiedot](#)

Muista tehdä Apottiin ilmoitus hoitoon liittyvästä infektiosta!

mm.

- Leikkausalueen infektiot
- Verisuonikatetreihin liittyvät infektiot

23. HIV-estolääkitys (PEP, post exposure prophylaxis) päivystyksessä ja infektiopoliklinikalla

Päivitetty 27.2.2024 Inka Aho, Pia Kivelä, Jussi Sutinen

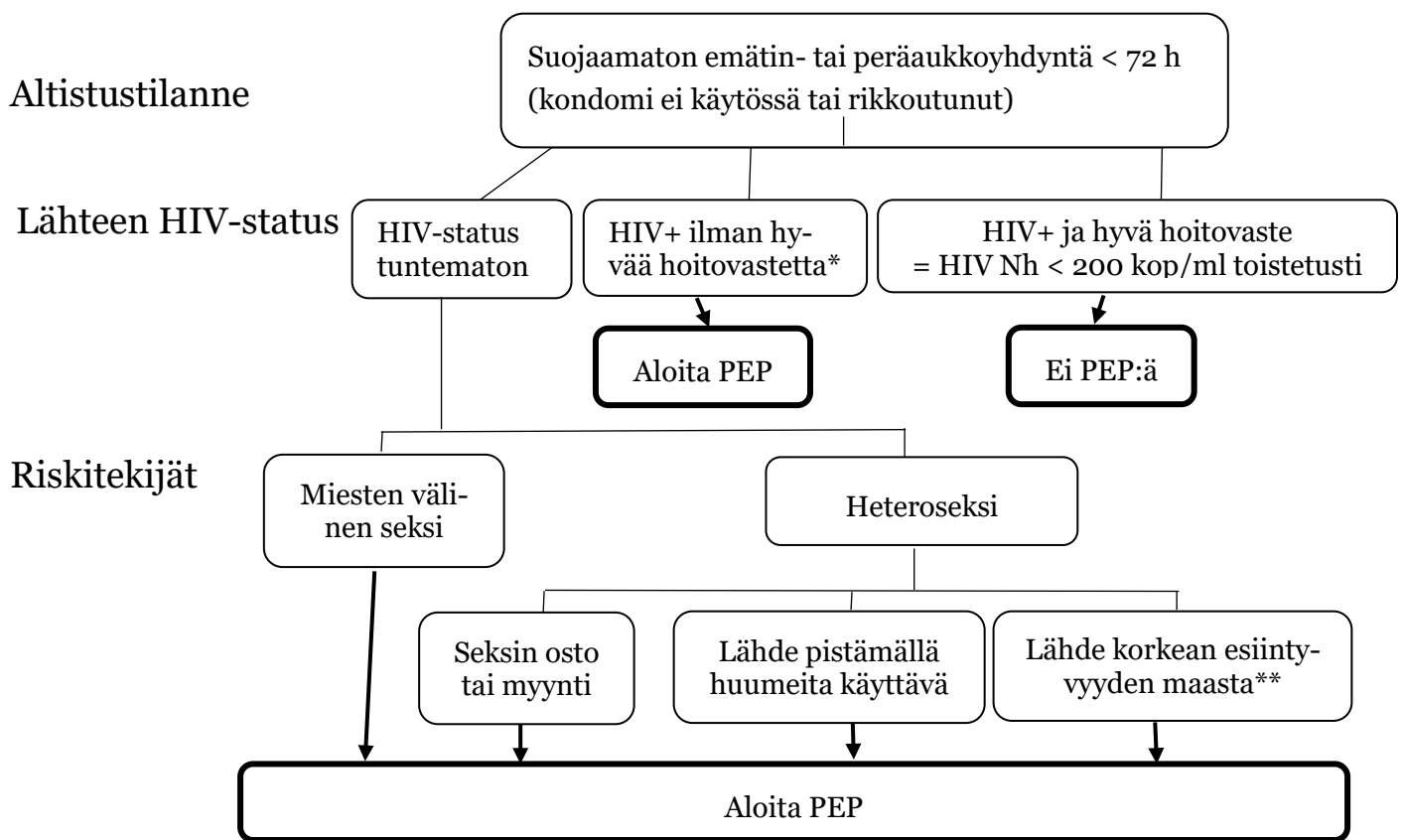
Tavoitteena aloittaa PEP-lääkitys mahdollisimman nopeasti, mieluiten 2 h sisällä altistuksesta. Hoidon aloittamisesta ei enää hyötyä, jos altistuksesta kulunut yli 72 tuntia.

PEP-lääkityksenä käytetään emtrisitabiini / tenofoviiridisoproksiili -yhdistelmävalmistetta ja dolu-tegraviiria kuukauden ajan. Lääkkeitä voi käyttää myös raskauden ja imetyksen aikana.

Seksuaaliväkivallan uhrin ohjataan sukupuolesta riippumatta suoraan SERI-tukikeskukseen Nais-tenklinikalle (päivystyspuhelin 24 h 040-701 8446), jossa nämä potilaat hoidetaan.

PEP-hoidon tarpeen arviointi seksialtistuksissa

Suuseksissä tai kondomilla suojatuissa yhdynnöissä HIV-tartuntariski on niin pieni, että PEP-hoidon indikaatio ei täyty. Suojaamaton heteroyhdyntä indisoi PEP- hoidon vain, jos siihen liittyy kaa-viossa listattuja riskitekijöitä. Pienenkin riskin tapahtumissa suositellaan kuitenkin seksitautien ml HIV:n testaamista esim. omalla terveysasemalla ja uusimaan HIV-testi 3 kk kuluttua altistuksesta.



* Ei käytössä HIV-lääkkeitä tai sen aikana viimeisin HIV-Nh >200 (resistenssiriski, konsultoi infektio lääkäriä).

** Saharan eteläpuoleinen Afrikka. Huom. esim. venäläinen tai virolainen lähdehenkilö indisoi PEP-hoidon vain, jos mukana kaaviossa mainittuja riskitekijöitä. Maan HIV-prevalenssin voi tarkistaa [UNAIDS:n verkkosivuilta](#). PEP-hoito katsotaan aiheelliseksi ilman yllä listattuja riskitekijöitäkin, jos aikuisväestön hiv-prevalenssi on luokkaa 2 %.

Tietoa tartuntariskin suuruudesta eri altistuksissa: [HIV Risk Behaviors](#) | [HIV Risk and Prevention Estimates](#) | [HIV Risk and Prevention](#) | [HIV/AIDS](#) | [CDC](#)

PEP-hoidon tarpeen arviointi neulanpistotapaturmissa

Työperäisissä pistotapaturmissa konsultoi infektio lääkäriä (HUS Infektioidentorjuntayksikön ohje).

Pistämällä huumeita käyttävien HIV-tartunnat ovat pääkaupunkiseudulla lisääntyneet, jonka vuoksi PEP-hoitoa suositellaan ei-ammattillisissa pistotapaturmissa myös silloin, kun lähdehenkilö on suomalainen.

Neulanpistotapaturma ns. ”löytöneulalla” ei ole PEP-aloituksen aihe.

Mahdolliset veri-veri –kontaktit (tappelu, liikenneonnettomuus jne.) arvioidaan kuten neulanpistotapaturmat. Virtsa, hiekkä, kyynelitä ja sylkeä (mukaan lukien puremaa) ei pidetä tartunnanvaarallisenä.

Vaikka PEP-hoitoa ei nähtäisi aiheelliseksi, suositellaan joka tapauksessa arkena HIV-, HBV- ja HCV-tutkimuksia esim. omalla terveystasemalla ja uusimaan ne 3 kk kuluttua.

Tutkimukset lähdehenkilöstä (seksi- tai neula-altistus)

Jos altistuksen lähdehenkilö on tavoitettavissa, pyydetään hänestä päivystyksensä:

”Neulanpistotapaturman lähde” -paneeli: HIVAgAb (4814), HBVPAK (17602), HCVAb (3815), HCVNhO (4314). Tätä paneelia käyttämällä HUSLAB tekee seuraavana arkipäivänä HCVNhO-tutkimuksen, jos henkilön HCVAb on positiivinen. Päivystysnäytteiden ottamisesta sovittava erikseen viirusopin päivystävän laboratoriohoitajan kanssa: arkisin klo 08–15 puh. 050-427 2169 ja virka-ajan ulkopuolella 040-837 4010 tai 040-837 4011. Tulokset saadaan parin tunnin sisällä ja päätös PEP-hoidosta voidaan tehdä sen jälkeen.

Päivystävän lääkärin tehtävät PEP-lääkityksen aloituksessa (seksi- tai neula-altistus):

- **altistuneesta alkukokeet:** ”Neulanpistotapaturman kohde” -paneeli [HIVAgAb (4814), HBVPAK (17602), HBsAb (1608), HCVAb (3815)] ja erikseen tilattavat PVK, Krea, ALAT (PEP-hoidon seuranta varten). Näytteet otetaan päivystyspoliklinikalla, mutta niitä ei tarvitse analysoida päivystyksensä
- anna potilaalle päivystyspoliklinikalta **4 päivän aloituspakkaus** (pitkien pyhien aikana toiseen arkipäivään saakka): emtrisitabiini 200 mg / tenofoviiridisoproksiili 245 mg –yhdistelmätabletti (Truvada tai geneerinen valmiste) 1 tabl x1 ja dolutegraviiri 50 mg (Tivicay) 1 tabl x1. Aloituspakkauksessa on potilaalle lyhyt ohje estolääkkeistä suomeksi ja englanniksi
- naisille tarvittaessa **ohje jälkiesiintymisestä** (Norlevo 1x1 alle 72 h yhdynnästä tai Ellaone 1x1 alle 120 h yhdynnästä; molemmat reseptivapaita lääkkeitä)
- **varmista potilaan puhelinnumero**, johon Infektiopoliklinikka ottaa yhteyttä ennen PEP-aloituspakkauksen loppumista
- merkitse **diagnoosiksi Z20.6**
- Päivystyskäynnin **sairauskertomus -teksti pikaisesti lähetteenä Infektiosairauksien pkl:lle** HUS LÄH INFEKTIOSAIR (tunniste 100059). Infektiopoliklinikka huolehtii jatkoreseptin ja seurannan.

Infektiopoliklinikan tehtävät:

- varataan vastaanottokäynti lääkärille tai sairaanhoitajalle 4 vrk:n sisällä, jolloin tarkistetaan tutkimusten tulokset ja kirjoitetaan 1 kk reseptit emtrisitabiini / tenofoviiridisoproksiilista ja dolutegraviirista.
- harkitaan hepatiitti B rokotusten tarve
- tilataan klamydia/GC näytteet n viikon kuluttua altistuksesta -> piilosoitto. Positiiviset löydökset hoitoon IAS:iin.
- ohjelmoidaan normaali PEP-hoidon seuranta:
 - 4 viikon kuluttua TVK, ALAT, HIVAgAb, HBsAg, HBcAb, HCVAb, TrpaAb -> hoitopuhelu tai piilosoitto

- 4 kk kuluttua HIVAgAb, HBsAg, HBcAb, HCVAb, TrpaAb -> hoitopuhelu tai piilo-soitto
- SERI-keskuksen kautta tulevat potilaat: tarkista alkukokeet ja kirjoita kuukauden PEP-lääkereseptit. SERI-tukikeskus hoitaa rokotukset ja muun seurannan

Erilaisiin altistustapahtumiin liittyvä HI-viruksen tartuntariski, kun HIV-positiivinen henkilö ei saa HIV-lääkitystä (lähde CDC):

Estimated Per-Act Probability of Acquiring HIV from an Infected Source, by Exposure Act*

Type of Exposure	Risk per 10,000 Exposures
Parenteral	
Blood Transfusion	9,250
Needle-Sharing During Injection Drug Use	63
Percutaneous (Needle-Stick)	23
Sexual	
Receptive Anal Intercourse	138
Insertive Anal Intercourse	11
Receptive Penile-Vaginal Intercourse	8
Insertive Penile-Vaginal Intercourse	4
Receptive Oral Intercourse	Low
Insertive Oral Intercourse	Low
Other^	
Biting	Negligible
Spitting	Negligible
Throwing Body Fluids (Including Semen or Saliva)	Negligible
Sharing Sex Toys	Negligible

* Factors that may increase the risk of HIV transmission include sexually transmitted diseases, acute and late-stage HIV infection, and high viral load. Factors that may decrease the risk include condom use, male circumcision, antiretroviral treatment, and pre-exposure prophylaxis. None of these factors are accounted for in the estimates presented in the table.

^ HIV transmission through these exposure routes is technically possible but unlikely and not well documented.

Source

- Patel P, Borkowf CB, Brooks JT. Et al. Estimating per-act HIV transmission risk: a systematic review. AIDS. 2014. doi: 10.1097/QAD.0000000000000298.
- Pretty LA, Anderson GS, Sweet DJ. Human bites and the risk of human immunodeficiency virus transmission. Am J Forensic Med Pathol 1999;20(3):232-239.

24 Dientamoeba fragilis -infektion (A07.8) toimintaohje

Päivitetty 31.1.2024 Ville Holmberg, Mari Eriksson

Ensilinjan hoito

- *Dientamoeba fragilis* -kantajuus on yleinen ja sen merkitys patogeenina on kiistanalainen. Kantajuus todetaan F-DifrNhO-tutkimuksella. Osa potilaista kokee oireiden lievittyvän onnistuneella häätohoidolla.
- Ennen hoitoa suljetaan pois muut syyt oireiden taustalla (esim. F-ParaNhO, F-Calpro, F-HepyNhO, S-KeliSeu, S-TSH, S-HIVAgAb, CRP, PVK+TKD, ALAT, AFOS, lasko).
- Jos kolonoskopian indikaatiot täyttyvät, tulisi tutkimus tehdä riippumatta *Dientamoeba fragilis* -tilanteesta.
- Oireiden pitkittyessä lääkehoito voidaan antaa oireisille aikuisille (ripuli, löysä vatsa, vatsakipu, vatsan turvotusta, vessakiire), joilla F-DifrNhO tutkimuksessa *Dientamoeba fragilis* on positiivinen eikä muita syitä oireille löydy.
 - Ensisijaisena hoitona on metronidatsoli 400 mg x 3 po 10 päivän kuurina.
 - Kontrollinäytettä hoidon jälkeen ei ole syytä ottaa.
- Lapsilla mikrobilääkehoitoa ei suositella. Katso Lääkärin käsikirjan kappale ”Dientamebiaasi lapsilla”.

Toisen linjan hoito

- Metronidatsolin jälkeen oireiden lievittymiseen voi mennä kuukausia. Jos muut syyt on pois-suljettu ja oireet jatkuvat hankalina, voidaan F-DifrNhO kontrolloida. Mikäli *Dientamoeba fragilis* on edelleen positiivinen, voidaan toisen linjan hoitona määrätä paromomysiiniä.
 - Paromomysiini (Humatin) 250 mg 2 x 3 po annetaan 7 päivän kuurina.
 - Paromomysiini on erityislupavalmiste, joten sen määräämisen yhteydessä täytetään potilaskohtainen erityislupahakemus, jonka potilas toimittaa apteekkiin paperisen reseptin kanssa. Hakemuksen perustelussa maininta: ”Dientamoeba fragilis -infektio, metronidatsolihoitoon jälkeen oireet jatkuvat ja nho-tutkimus positiivinen”
<https://fimea.fi/apteekit/erityisluvut/erityisluvan-hakeminen-tietoa-laakkeen-maaraajalle>
 - Paromomysiini on aminoglykosidi, joka ei imeydy suolistosta. Haittavaikutuksia: pahoinvointi, vatsakipua, ripulia.

Paromomysiinihoidon jälkeinen oireilu

- Toistetut hoidot samalla lääkkeellä ei katsota hyödylliseksi. Muita lääkkeitä kuin metronidatsoli ja paromomysiini ei suositella käytettäväksi.
- Arvioidaan kolonoskopian ja gastroenterologin konsultaation tarve.
- Hankalissa tilanteissa voidaan infektiolääkärää konsultoida.
- Siirrytään IBS-tyyppiseen oireenmukaiseen hoitoon.

25 Malaria

Päivitetty 7.11.2024 Ville Holmberg, Mari Eriksson

Malarian diagnostiikka

- Malaria tulee päivystyksellisesti poissulkea henkilöllä, jolla on
 - kuume tai muita malariaan sopivia oireita ja
 - on kolmen kuukauden sisällä oleskellut malaria-alueella (<https://www.terveyskirjasto.fi/mato0185/malarian-esiintymisalueet-ja-alueet-joille-ei-tule-matkustaa-ilman-malarian-laake-ehkaisya>)
- Riski on selvästi suurin, jos on oleskellut Saharan etelänpuoleisessa Afrikassa ilman asianmukaista estolääkitystä.
- Jos on oleskellut matalan riskin alueella ja jokin muu diagnoosi on selvästi todennäköisempi, harkitaan malarianäytteen tarpeellisuutta tapauskohtaisesti.
- Kuumeen puuttuminen tai asianmukaisen estolääkityksen käyttö eivät poissulje malariaa.
- Itämisaika
 - *Plasmodium falciparum*: yleensä 6–28 päivää, voi olla kuukausia
 - *Plasmodium vivax*: yleensä alle 2 kuukautta, voi olla yli vuoden
 - *Plasmodium ovale*: yleensä alle 2 kuukautta, voi olla yli vuoden
 - *Plasmodium malariae*: alle 3 kuukautta
 - *Plasmodium knowlesi*: alle 2 viikkoa

Oireet ja löydökset

- yleisimmät oireet ovat horkka, päänsärky, lihaskivut, pahoinvointi, vatsakivut, ripuli ja yskä
- malariaan liittyy usein trombosytopeniaa, leukopeniaa ja anemiaa
- CRP on yleensä kohtalaisesti suurentunut (20–200 mg/ml)
- ALAT ja Krea ovat usein suurentuneet

Malarian päivystystutkimus

- Malarian epäilyssä pyydetään B-Plas-O (2315) päivystyksellisesti.
- HUSLAB tekee näytteistä ympäri vuorokauden nukleiinihapon osoitustutkimuksen (E-Plas-NhO) LAMP-menetelmällä (loop-mediated isothermal amplification). Yksi negatiivinen E-PlasNhO tulos poissulkee luotettavasti akuutin malarian, eikä toistettuja näytteitä yleensä tarvita.
- Positiiviseksi todetut näytteet mikroskopoidaan parasitemia-asteen ja Plasmodium-lajin määrittämiseksi.
- Jos yhden negatiivisen E-PlasNhO tuloksen jälkeen malarian kliininen epäily on edelleen vahva, voidaan B-Plas-O-tutkimus toistaa 1–2 päivän kuluttua.

Kuumeilevan matkailijan muut päivystystutkimukset harkinnan mukaan

- RR, syke, hengitystiheys, saturaatio, lämpö, GCS
- Jos vakavan malarian tai sepsiksen epäily: veriviljelyt, verikaasuanalyysi
- CRP, PVK, ALAT, AFOS, Bil, Krea, K, Na, Gluk
- S-HIVAgAb, S-DenAgAb, -pocABRC
- F-BaktNhO, U-BaktVi, U-Solut, U-KemSeul
- Huomioi erotusdiagnostisesti myös: verenvuotokuumeet (jos 21 päivän sisällä ollut epidemia-alueella), lintuinfluenssa, MERS, lavantauti, meningiitti, enkefaliitti

Vakavan malarian hoito

- Jos malariaan liittyy elintoimintahäiriö, on kyseessä vakava malaria ja kuolleisuus on 10–20 %. Nämä potilaat hoidetaan teho- tai valvontaosastolla.
- Jos yksikin alla olevista WHO:n kriteereistä täyttyy aikuisella, on potilaalla vakava malaria:
 - Kouristuksia tai alentunut tajunnan taso (GCS < 11)
 - Verenkiertohäiriö (systolinen verenpaine < 80)
 - Hengitysvajaus (happisaturaatio < 92 % tai hengitystiheys > 30)
 - Asidoosi (BE < -8 mmol/l) tai laktatemia (> 5 mmol/l)
 - Hypoglykemia (< 2,2 mmol/l)
 - Munuaisten vajaatoiminta (Krea > 265 µmol/l tai Urea > 20 mmol/l)
 - Anemia (Hb < 70 g/l)
 - Ikterus (bilirubiini > 50 mmol/l)
 - Parasitemia > 10 %
 - Merkittävä verenvuoto
- Hoitona aloitetaan artesunaatti iv 2,4 mg/kg, joka toistetaan 12 ja 24 tunnin kuluttua. Tämän jälkeen annos toistetaan kerran vuorokaudessa, kunnes p.o. lääkitykseen voidaan siirtyä.
 - Sama hoito annetaan myös raskaana oleville ja munuaisten tai maksan vajaatoiminnassa.
 - Alle 20 kg painaville lapsille annos on 3 mg/kg.
- Kolmen iv-annoksen jälkeen pyritään siirtymään suun kautta lääkitykseen, jota annetaan 6 annoksen kuurina artemeetteri-lumefantriini (Riamet, ks. annostelu seuraavassa kappalessa).
- Iv-hoidolla aloitetaan myös, jos potilas oksentaa tai ei pysty nielemään tabletteja.

Komplisoitumattoman malarian hoito

- Mikäli vakavan malarian kriteerit eivät täyty, on kyseessä komplisoitumaton malaria ja hoidoksi aloitetaan artemeetteri-lumefantriini po (Riamet)
 - Yli 35 kg painaville 4 tablettia (25–35 kg 3 tabl., 15–24 kg 2 tabl., 5–14 kg 1 tabl.), siten sama annos 8, 24, 36, 48 ja 60 tunnin kuluttua, yhteensä 6 annosta.
 - Otetaan ruuan tai maidon kanssa.
- Jos ensimmäinen parasitemiavastaus on yli 5 % arvioidaan potilaan vointia ja harkitaan siirtymistä iv-hoitoon, mikäli vointi ei ole stabiili ja parempaan suuntaan menossa.
- Lajin varmistumisen jälkeen non-falciparum malarian hoito jatkuu Akuuttihoito-oppaan ohjeiden mukaisesti.

Hoidon seuranta

- Lääkehoidon aloittamisen jälkeen pyydetään päivittäin B-Plas-O kunnes mikroskopointi vastataan negatiivisena (HUSLAB tekee näytteestä pelkästään mikroskopoinnin mikäli E-Plas-NhO on vastattu positiivisena 2 viikon sisällä)
 - 1 vrk hoidon aloituksesta parasitemia tulisi olla matalampi kuin ennen hoitoa
 - 2 vrk kohdalla parasitemia tulisi olla hyvin matala
 - 3 vrk kohdalla parasitemia tulisi olla negatiivinen (muuten pitää epäillä alentunutta artemisiiniherkkyyttä ja pitkittää hoidon kestoa 5 vuorokauteen)
 - Gametosyyttejä voi löytyä mikroskopiassa onnistuneen hoidon jälkeen.
 - Jos kuume jatkuu negatiivisen mikroskopi tuloksen jälkeen, on syytä etsiä toista diagnoosia.
- Potilas voidaan yleensä kotiuttaa kolmen päivän lääkehoidon jälkeen, jos yleistila on hyvä eikä ole viitteitä komplikaatioista tai huonosta hoitovasteesta.
- Korkeaan parasitemiaan ja artemisiinihoitoon voi liittyä viivästynyt hemolyysi. Tämän vuoksi kontrolloidaan PVK 14 päivää hoidon päättymisestä, jos potilaalla on ollut vakava malaria, on saanut iv-artesunaattia tai parasitemia on ollut yli 5 %.
- Vakavan malarian jälkeen voi jäädä pitkäaikaisia tai pysyviä elinvaurioita, joiden seuranta ja hoito on tärkeä.
- Jos potilaalle nousee kuume tai tulee muita malarian oireita kahden kuukauden sisällä hoidon päättymisestä, pyydetään B-Plas-O päivystyksellisesti.
- Kotiutumisvaiheessa tulisi neuvoa potilasta malarian ehkäisystä ja tarvittaessa kirjoittaa estolääkitysresepti valmiiksi seuraavaa matkaa varten (atovakoni+proguanili, doksisykliini tai meflokiini).

Muut veriparasiitit

- Koska B-Plas-O -pyynnöistä mikroskopoidaan nykyään vain E-PlasNhO -positiiviset, pitää muita veriparasiitteja epäiltäessä pyytää erillistutkimuksia.
 - Trypanosomiaasi (B-Tryp-O, -TrypNa)
 - Leishmaniaasi (-LeisNhO)
 - Filariaasi (B-MiFi)
 - Borrelia recurrentis (B-BorecVr)
 - Babesia (soita parasitologian laboratorioon)

Lisämateriaalit

S. aureuksen aiheuttaman bakteremian vaikeusasteen arviointi

Päivitetty 27.2.2024 Erik Forsblom, Mikael Kajova, Eeva Ruotsalainen

Taudin vaikeusaste

1. Komplisoitumaton taudinkuva ¹
 - Kuumeettomaksi 72 h aikana (tehoavan antibiootihoidon aloituksesta)
 - Kontrolliveriviljelyt negatiiviset 48–96 h sisällä tehoavan antibiootihoidon aloituksesta
 - Syvät infektiopesäkkeet poissuljettu
 - Ei endokardiitin epäilyä (sydämen ultraäänitutkimus vapauttava)
 - Ei verivirrassa olevia vierasesineitä esim. sydämen keinoläppiä
2. Komplisoitunut taudinkuva ¹
 - Pitkittynyt kuumeilu (> 72 h) tehoavasta antibiootihoidosta huolimatta
 - Positiiviset kontrolliveriviljelyt (> 48–96 h) tehoavasta antibiootihoidosta huolimatta
 - Todettu/epäilty endokardiitti
 - Muut syvät infektiopesäkkeet
 - Verivirrassa olevia vierasesineitä esim. sydämen keinoläppä

¹Liu et al. 2011 (IDSA-kriteerit, ohjeet muokattu vierasesineiden osalta)

”Infektiolääkärille – osio”

- Suurimmalle osalle potilaista 6 viikon hoitoaika suonensisäisellä tai hyvin suun kautta imeytyvällä mikrobilääkityksellä riittää (IDSA guideline 2015).
- [2015 IDSA vertebral osteomyelitis guidelines](#)
- Hyvin luukudokseen penetroituvia mikrobilääkkeitä ovat fluorokinolonit, klindamysiini, fusidiinihappo, sulfa-trimetopriimi, rifampisiini, linetsolidi, metronidatsoli sekä doksisykliini.
- Tuberkuloosin aiheuttamassa spondylodiskiitissa hoitoaika on yleensä 12 kuukautta
- Jos aiheuttaja ei löydy, harkinnan mukaan voidaan tutkia Teikab, ASTA, AST, StrDNAb, TbINFg, BrucAb.
- Varhaisessa vierasesineinfektiossa (<30 vrk) suositellaan debridementia ja suonensisäisen hoidon jälkeen kuukausien kestoista (tai pysyvää) peroraalista supressiohoitoa, myöhäisessä vierasesineinfektiossa (>30 vrk) on pyrittävä vierasesineen poistoon, mikäli mahdollista.
- Suurilla parenteraalisilla beetalaktaamiannoksilla saavutetaan riittäviä luupitoisuuksia, mutta suun kautta otetuilla annoksilla pitoisuudet jäävät pieniksi ja joidenkin auktoriteettien mielestä oraalisia beetalaktaameja ei tulisi käyttää (ehkä poislukien amoksisilliini streptokokkien ja enterokokkien hoidossa). Toisaalta oraalisten beetalaktaamien käytöstä on pitkä kokemus näiden infektioiden jatkohoidossa.
- Ranskalaisessa tutkimuksessa (mikrobietiologia tiedossa ja noin puolet sai rifampisiini + fluorokinoloni-yhdistelmähoitoa) havaittiin 6 viikon hoidon olevan yhtä tehokas kuin 12 viikon hoito. [Bernard et al. Lancet 2015; 385:875-82](#)
- Tukiliivi tai – kauluri ja fysioterapeuttinen ohjaus, potilasta ohjataan välttämään raskasta ponnistelua ja matalalla istumista.
- Hoitovastetta arvioidaan ensisijaisesti selkäkivun ja tulehdusarvojen perusteella neljä viikkoa hoidon alusta. Hoitovasteen ollessa hyvä ei kuvantaminen ole välttämätöntä. MRI-kuvasta arvioidaan pehmytkudosmuutoksia (abskessit), inflammaatiomuutokset luukudoksessa ja välilevyssä säilyvät pitkään ja voivat olla jopa lisääntyä huolimatta positiivisesta hoitovasteesta.

Päivitetty 14.6.2024 Kaisa Huotari, Mari Ala-Houhala

Infektiolääkärille -osio

- Empiirinen aloituslääke yleensä kefuroksiimi. Näytevastausten mukaan hoidon suuntaaminen. Kaikki nivelnäytteissä kasvaneet mikrobit katetaan yleensä.
- Leikkausmuodon päättää kirurgi

A) Puhdistusleikkaus ja irto-osien vaihto = DAIR (oireita alle 3 vkoa)

- Mikrobilääkkeen kokonaiskesto 3 kk
- *Staphylococcus aureus*:
 - o Kloksasilliini 2 g x 6 iv tai pumppuhoito 12 g/vrk
 - kesto yl. 2 vkoa, bakteremiassa 4 vkoa
 - o Rinnalle rifampisiini 600–900 mg x 1 po DAIR:in jälkeen
 - o Po: rifampisiini 600–900 mg x 1 + levofloksasiini 750 mg x 1/ 500 mg x 2/500 mg x 1 tai klindamysiini 600 mg x 3–4
- Streptokokit:
 - o G-penisilliini 4 milj IU x 6 iv tai pumppuhoitona 20 milj IU/vrk
 - kesto 4 vkoa
 - o Po: amoksisilliini 1 g x 3
- Gram-negatiiviset
 - o Iv minimi 2 vkoa
 - o Po: fluorokinoloni (voi aloittaa jo iv-beetalaktaamin rinnalle esim. 1 vkon kohdalla)

B) 1-vaiheinen proteesin vaihto (HUS-alueella tehdään vain Peijaksessa)

- Mikrobilääkkeiden valinta kuten DAIRissa, mutta mikrobilääkkeiden kokonaiskesto 2 kk
- Biofilmlääke mukaan (stafylokokkeihin rifampisiini ja gram-negatiivisiin fluorokinoloni)

C) 2-vaiheinen proteesin vaihto (HUS-alueella tehdään vain Peijaksessa)

- Spacer-sementeistä ohje leikkausosastolla: infektiolääkäri merkitsee: gram-positiivinen/gram-negatiivinen/tuntematon. Jos sieni tai mykobakteeri, räätälöity sementtiohje
- Mikrobilääkkeen kokonaiskesto poiston jälkeen 6–8 vkoa
- Biofilmlääke ei välttämätön
- 2–4 vko tauko ilman mikrobilääkitystä ennen reprotetisaatiota
- Reprotetisaation yhteydessä laajakirjoinen mikrobilääkeprofylaksi (vähintään ertapeneemi + daptomysiini, minkä lisäksi katetaan alkuperäinen infektion aiheuttanut mikrobi). Postoperatiivisesti jatketaan alkuperäisen infektion aiheuttaneeseen patogeeniin suunnattua mikrobilääkettä, kunnes leikkauksessa otetut mikrobiologiset näytteet on vastattu. Kotiin ei antibioottia.

”Infektiolääkärille-osio”

Enkefaliitin aiheuttajia:

- Yleisimpiä aiheuttajia ovat **herpesvirukset HSV1 ja VZV**, mitkä on katettava empiirisessä aloitushoidossa.
- Potilaan altistuksesta ja alttiudesta riippuen aiheuttajia voivat olla myös
 - arbovirukset kuten TBE, Inkoo
 - borrelia
 - tuberkuloosi, EBV ja varsinkin lapsilla enterovirukset
 - immuunipuutteisilla CMV, listeria, toksoplasma, polyoomavirukset, kryptokokki
 - HIV, syfilis
 - matkailijoilla lähdemaasta riippuen virukset esim. West Nile (WNV), Japanin enkefaliitti (JPE) ja lukuisa joukko muita harvinaisempia endeemisiä tai epideemisiä viruksia (mm. Toscana, La Crosse, St Louis, Murray Valley).
 - rabies
- Enkefaliitti voi syntyä myös osittain tai kokonaan immunologiselta pohjalta
 - virustaudin tai hengitystieinfektion jälkeen: adeno, influenssa, tuhkarokko, mykoplasma, keuhkoklamydia
 - virusinfektion tai rokotuksen jälkeen voi ilmaantua akuutti disseminoitunut enkefalomyeliitti (ADEM), jota hoidetaan kortikosteroidilla ja immunoglobuliinilla
 - autoimmuunienkefaliitti, jossa voidaan tunnistaa vasta-aineita hermosolujen sisäisiä tai pinnalla olevia rakenteita kohtaan esim. NMDARAb, on todettu herpesvirusten jälkeen jopa yhdeksi yleisimmistä enkefaliitin aiheuttajista. Taudinkuva on usein limbinen tai aivorunkoenkefaliitti.
- Monien yleisinfektioiden yhteydessä voi olla enkefaliitti tai yksittäisiä sen tyyppisiä keskushermosto-oireita
 - myyräkuume, septiset bakteeri-infektiot
 - tropiikista palaavilla alueesta riippuen malaria, lavantauti, Denguekuume, Chikungunya, bruselloosi, leptospira, riketsioosi, Q-kuume, trypanosomiaasi, melioidoosi
 - bakteremiaan, fungemiaan tai pään alueen paikalliseen infektion leviämiseen liittyvä meningiitti tai aivoabsessi.
 - Fokaalisia tai rengasmaisia lesioita aiheuttavat usein parasiitit kuten cysticercus (T. soliumin toukka), ekinokokki, skistosoma japonicum ja immuunipuutteisilla toksoplasma.
 - Eosinofiilista meningiittia aiheuttavia matoja ovat mm. Angiostrongylus, Baylisascaris procyonis ja Gnathostoma.
- Epäselvissä tilanteissa on hyvä konsultoida herkästi infektiolääkärinä näytteidenotosta.

Tutkimuksia keskushermostoinfektioiden diagnostiikassa:

Tutkimus	Lyhenne	Tutkimus nro	Tarvittava likvor, ml	Huom
Solut	Li-Solut	2655	1	Solut, gluk ja prot voidaan ottaa samaan putkeen, yhteensä vähintään 1 ml
Proteiini	Li-Prot	2514	0,5	
Glukoosi	Li-Gluk	1470	0,5	Pyydä samanaikaisesti B-Gluk. Likvor/veri –suhde <0,3–0,6 on poikkeava
Sytologia	Li-Syto	4059	1–2	Maligniteettiepäily
Bakteerivärjäys ja viljely	Li-BaktVr Li-BaktVi	1157 1154	1	
Yleisbakteeri PCR	Li-BaktNhO	8816	1	Erityisesti, jos potilas on ehtinyt jo saada antibiootteja
Herpes simplex 1 ja 2 sekä Varicella zoster osoitus	Li-HHVNh2	17731	1–2	Akuutissa enkefaliitissa voi olla negatiivinen < 72 h oireiden alusta.
Herpes simplex 1 ja 2, Varicella zoster ja HHV-6	Li-HHVNh1	17730	1–2	Akuutissa enkefaliitissa voi olla negatiivinen < 72 h oireiden alusta.
Tuberkuloosi	Li-ADA Li-TbVrVi Li-TbNhO	3661 8569 4490	1 1 1	Tbc-epäilyssä (prot korkea ja gluk matala) likvornäytteitä on hyvä ottaa toistetusti (x 3)
Sieni	Li-SienNhO Pu-SienVi	21087 3508	0,5	
Syfilis	S-TrpaAb Neurosyf-paketti	4942 21785		Neurosyf -pakettiin kuuluu sekä seerumi- että likvornäyte. Laboratorio tekee paketista tarvittavat tutkimukset ml. kardiolipiini, TPHA ja tarvittaessa FTAAbs ja laskee näistä intratekaalisen vasta-ainetuotannon.
Enterovirusten osoitus	Li-EvirNhO	6328	1–2	Enterovirusinfektioita esiintyy loppukesällä ja syksyllä, yl. meningiitti
Borrelia	S-BorrAb Li-BorrAb Li-BorrNhO Li-CXCL 13	3552 3975 4202 6424	 0,5 0,5 0,5	Vasta-aineet sekä seerumista että likvorista samana päivänä
Puutiaisenkefaliitti	S-TBEAb Li-TBEAb	3756 1926	0,5–1	Vasta-aineet sekä seerumista että likvorista samana päivänä. Kontrollinäyte 7–14 vrk:n kuluttua, jos vahva epäily ja ensimmäinen näyte neg. Jos TBEV-IgM halutaan päivystyksenä, soita laboratorioon virka-aikana 050 427 2164 ja päivystysaikana 040 837 4010.

West Nile virus	S-WNVAb Li-WNVAb	6037 6044	1–2	Vasta-aineet sekä seerumista että likvorista samana päivänä, endeemisellä alueella matkustaneet
JPE-virus	S-JPE	4318		Endeemisellä alueella matkustaneet.
Ebstein-Barr virus	P-EBVNH Li-EBVNH S-EBVAb	4775 4776 1335	1	Immunopuutteisilla, mutta voi aiheuttaa myös akuuttin taudin immunokompetentilla
Sytomegalovirus	P-CMVNH Li-CMVNH S-CMVAb	4777 1715 2727	1	Immuunipuutteiset potilaat
Adenovirus	P-AdenNH Li-AdenNH	6316 4897	0,5	Samanaikaiset hengitystieinfektio-oireet, nuoret
Mykoplasma	Li-MypNH	4439	1	
Keuhkoklamydia	Li-ChpNH	4384	1	
Toksoplasmoosi	Li-ToxoNH S-ToxoAb	1730 3907	0,5	Hoidon aloitus empiirisesti, konsultoi infektiolääkäriä.
Kryptokokki	S-CrneAg Li-CrneAg	6464 6463	0,5	Immuunipuutteiset potilaat (CD4-solut < 200)
Nokardioosi	Li-NocaVi	2403		Immuunipuutteiset potilaat
JCV-virus	P-JCVNH Li-JCVNH	6318 6319	3	Immuunipuutteiset potilaat

Immunosuppressiopotilaan keuhkoinfektiot

Päivitetty 27.2.2024 Suvi Niku, Kirsi Skogberg, Laura Lehtola

Immunosuppressiopotilaan keuhkokuumeen hoito voidaan aloittaa avohoito- tai sairaalakeuhkokuumeen ohjeiden mukaisesti, mikäli taudinkulku on bakteeripneumonialle tyypillinen eikä anamneesi tai radiologiset löydökset viittaa epätyypilliseen aiheuttajaan. Huomioi mahdollinen neutropeenia, aiemmat mikrobilöydökset ja edeltävä mikrobilääkehoito. Konsultoi herkästi infektiolääkärää.

[Pneumocystis-epäilyssä katso kappale 16.](#)

Kun immunosuppressoidulla potilaalla epäillään epätyypillistä keuhkokuumetta, aggressiivinen mikrobiologinen diagnostiikka on tärkeää:

- Keuhkojen TT-kuvaus on yleensä aiheellinen
- Soveltuvien osien (immunosuppressiotilasta*, taudinkuvasta ja löydöksistä riippuen) seuraavia näytteitä:
 - virtsa: U-StpnAg, U-LepnAg
 - veri: S-AspeAg, P-CMVNh, P-VZVNH, B-TbIFNg/Ly-TbIFN, (S-LegiAb, S-CrneAg)
 - yskös: -PncanHo, -TbVrVi, -TbNhO
- Tarvittaessa
 - bronkoalveolaarinen lavaatio (BAL)**
 - TT-ohjattu biopsia näytteineen (PAD, mikrobiologiset näytteet infektiolääkärin ohjein)

Konsultoi infektiolääkärää empiirisestä hoidosta.

* Eri immuunosuppressiotilat altistavat erilaisten mikrobien aiheuttamille keuhkoinfektioille:

Neutropenia	Bakteerit Rihmasienet (Aspergillus, Mucorales)
T-lymfosyyttivajaus	Respiratoriset virukset Herpesryhmän virukset Pneumocystis Mykobakteerit Legionella Nocardia Rihmasienet Toxoplasma (Kryptokokki, Histoplasma, yl. ulkomaalaistausta)
B-lymfosyyttivajaus pernan poisto komplementtipuutos	<i>S. pneumoniae</i> , <i>H. influenzae</i> , <i>N. meningitides</i>

** BAL mikrobiologiset näytteet:

-BaktVi, Pu-SienVi, -TbVrVi, -TbNhO, LegiNhO, MyHeCp, RespNhO, PncanHo, AspeAg, NocaVi, ToxoNhO, HSVNhO, VZVNH (tarv -CMVNH, -BopeNhO, BaktNhO ja SienNhO, kaksi viimeistä vaativat soiton laboratorioon)