

Akutt bekkeninfeksjon (PID - pelvic inflammatory disease)

Sist oppdatert: 08.01.2025

Utgiver: Norsk gynekologisk forening

Versjon: 1.3

Forfattere: Astrid Rygh, Sedina Atic Kvalvik, Liv Rimstad Moksnes, Anny Spydslaug

Revisjon august 2025: Liv Rimstad Moksnes, Sedina Atic Kvalvi og Kjerstine Røe

DEFINISJON OG ETIOLOGI

Akutt bekkeninfeksjon (PID) skyldes oftest en oppadstigende infeksjon fra endocervix til øvre genitaltraktus og kan lede til endometritt, salpingitt, parametritt, ooforitt, tuboovarial abscess, bekkenperitonitt, og perihepatitt eller kombinasjoner av disse. Vanlige agens er klamydia (30-40 %), mykoplasma (10 %) og anaerobe bakterier. Gonokokker og bakterier fra tarm- og vaginalfloraen (streptokokker, stafylokokker, E.coli og hemophilus influenzae) kan også gi PID. PID er ofte en blandingsinfeksjon, og agens blir i mange tilfeller ikke påvist. Bekkeninfeksjoner pga actinomyces er sjelden og omtales ikke.

Se ref. nr. ¹.

RISIKOFAKTORER

- Partnerskifte siste tre måneder.
- Alder under 25 år (75 %).
- Intrauterine prosedyrer siste 6 uker: kirurgisk abort, innsetting av IUD, hysteroskopi.
- PID er sjelden før menarche, under graviditet og postmenopausalt.

SYMPTOMER

- Lave, ofte bilaterale magesmerter, unormal utflod, nyoppstått dyp dyspareuni, irregulære blødninger, smerter under høyre kostalbue (pga. perihepatitt).
- Noen pasienter er symptomfrie.

DIAGNOSTIKK

- Gynekologisk undersøkelse med transvaginal ultralydundersøkelse.
- Test for klamydia, gonokokker og mykoplasma (NAT/dyrkning).

- Dersom tilgang på puss, sendes dette på separat sterilt glass til dyrkning og evt. direkte PCR med spørsmål om bakterie-DNA (16s rRNA)².
- Tenk på opportunistiske mikrober hos immunsupprimerte pasienter³.
- Avklaring om rett diagnose/TOA ved gjentatt ultralydundersøkelse, laparoskopi eller CT abdomen/bekken kan være nødvendig.

FUNN

- Palpasjonsømheter i nedre abdomen, ruggeømer uterus/adnex.
- Palpasjonsømer under høyre costalbue.
- Feber > 38,0°C (20 %).
- Forhøyete leukocytter/CRP.

DIFFERENSIALDIAGNOSER

- Gynekologiske: Ekstrauterin graviditet, rumpert/torkvert ovarialcyste, blødende corpus luteum, endometriose.
- Kirurgiske: Appendisitt, divertikulitt, irritabel tarm, funksjonelle smerter, intraabdominal blødning.

BEHANDLING

- Henvis til sykehus ved alvorlig infeksjon, usikker diagnose, usikker compliance eller ved manglende respons på 2-3 døgns behandling.
- Behandling utenfor sykehus (rettet mot klamydia og anaerobe bakterier): Doksycyklin (Doxylin®) 100 mg x 2 po. og metronidazol 500 mg x 2 po i 14 dager.
- Behandling i sykehus: Doksycyklin (Doxylin®) 200 mg daglig i minst 2 uker og metronidazol (Flagyl®) 400-500 mg x 2 daglig i minst 10 dager. Intravenøs behandling første døgn eller til bedring.
- Ceftriaxone (Ceftriaxon®) 1g im som engangsdose i tillegg til standardbehandling ved mistanke om, eller påvist gonorré.
- Moxifloksacin (Avelox®) 400 mg x 1 i 14 dager ved mykoplasma (se avsnitt om mykoplasma).
- Ved rikelige intrauterine rester eller manglende respons av antibiotika behandling og rester etter spontan abort/abort anbefales revisio

Ved dårlig effekt av standardregimet

Ceftriaxon im/iv 1g x 1 i 2 uker pluss metronidazol iv 1,5 g i første dose, så Flagyl 1 g x 1 i 2 uker. Med tillegg av Azitromycin 500 mg x 1 i 5 dager (alternativt doksycyklin 100mgx2 i en uke) for å dekke for klamydia (eller inntil klamydiasvar foreligger)

Alternativt: Gentamicin iv 5 mg/kg x 1 pluss klindamycin iv 900 mg x 3, med overgang til klindamycin po 450 mg x 4. Behandling i tilsammen 2 uker.

Se ref. nr. ⁴⁵⁶.

ENDRINGSLOGG

REFERANSER

1. Brunham RC, Gottlieb SL, Paavonen J. Pelvic inflammatory disease. New England Journal of Medicine. 2015;372:2039-2048.
2. Reller LB, Weinstein MP, Petti CA. Detection and identification of microorganisms by gene amplification and sequencing. Clinical infectious diseases. 2007;44:1108-1114.
3. Kvalvik SA, Skarstein I, Veddeng A et al. An immunocompromised woman in her twenties with abdominal pain and vaginal discharge. Tidsskr Nor Laegeforen. 2020;140.
4. Savaris RF, Fuhrich DG, Maissiat J et al. Antibiotic therapy for pelvic inflammatory disease. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2020.
5. [Helsedirektoratet - Antibiotika i sykehus.](#)
6. Up to Date: Pelvic inflammatory disease: Treatment in adults and adolescents