

Akut mediaotit – AOM

Rinosinuit hos vuxna och barn

Faryngotonsillit

Akut bronkit och pneumoni hos vuxna och barn

Sporadisk nedre UVI hos kvinnor/Asymtomatisk bakteriuri

Impetigo/Erysipelas/Sårinfektioner/Infekterade bensår

Infekterade katt- och hundbett/Erythema migrans

Behandlingsrekommendationer för vanliga infektioner i öppenvård

Om denna broschyr

Denna broschyr innehåller sammanfattningar av behandlingsrekommendationer för vanliga infektioner i öppenvård, sammanställda av Strama och LäkeMedelsverket hösten 2010. Målsättningen är att broschyren ska vara ett stöd för behandlande läkare i handläggningen av dessa infektioner.

Sammanfattningarna är gjorda utifrån de fullständiga behandlingsrekommendationer för otit, rinosinuit, faryngotonsillit, nedre luftvägsinfektioner, nedre urinvägsinfektioner hos kvinnor samt hud- och mjukdelsinfektioner som tagits fram vid expertmöten.

Mer information och fullständiga behandlingsrekommendationer går att läsa på:
www.lakemedelsverket.se eller www.strama.se

Akut mediaotit – AOM

Bakgrund

AOM hos barn läker oftast bra utan antibiotikabehandling. Allvarliga komplikationer som mastoidit är ovanliga. Antibiotikabehandling minskar, men utesluter inte, risken för mastoidit.

Diagnos

Diagnostiska kriterier:

- Snabbt insättande symtom, till exempel öronsmärta, skrikighet, irritabilitet, feber, försämrad aktivitet/aptit/sömn, oftast under pågående ÖLI.
- Fynd av trumhinneinflammation och pus i mellanöra eller hörselgång.

Diagnostiska hjälpmedel

- Använd pneumatisk otoskopi med Siegles tratt, (otoskop med lufttät tratt, lupp + ballong) eller otomikroskopi, helst i kombination med tympanometri.

Värdering av kliniska fynd vid symtom på AOM

| | |
|------------|---|
| Säker AOM | Purulent sekretion och/eller perforerad/chagrinerad trumhinna, eller buktande, ogenomskinlig, färgförändrad, orörlig trumhinna |
| Osäker AOM | Ogenomskinlig, färgförändrad, orörlig, ej buktande trumhinna, eller trumhinnan kan inte bedömas |
| Ej AOM | Färgförändrad rörlig trumhinna eller genomskinlig, indragen eller normalställd, orörlig trumhinna (= SOM) |

Handläggning

Läkarbedömning bör erbjudas inom ett dygn, sällan finns medicinska skäl för undersökning kvälls- och natttid. Om patienten blir besvärsfri under väntetiden behöver ingen undersökning göras. Erbjud smärtstillande paracetamol (alternativt ibuprofen till barn över 6 månaders ålder). Rekommendera högläge.

Vid läkarbesöket ges information om normalförlopp och eventuella komplikationer att uppmärksamma (www.strama.se/patientinfo). Rekommendera nytt läkarbesök efter 2–3 dagar vid utebliven eller tveksam förbättring samt omgående vid försämring, oavsett antibiotikabehandling eller ej.

Patienten bör undersökas snarast och remitteras akut till ÖNH-specialist eller pediatrik akutklinik vid allmänpåverkan (till exempel slöhet, oförmåga till normal kontakt eller till att skratta och le, irritabilitet) eller vid minsta tecken på mastoidit (rodnad, svullnad, ömhet bakom örat eller utstående ytteröra).

Aktiv exspektans rekommenderas för:

- Barn 1–12 år med säker AOM utan komplicerande faktorer.*
- Patienter oavsett ålder med osäker AOM utan komplicerande faktorer.*

Vid säker AOM rekommenderas antibiotikabehandling för:

- Barn 1–12 år med AOM och komplicerande faktorer.*
- Barn < 1 år samt ungdomar > 12 år och vuxna.
- Barn < 2 år med bilateral AOM liksom alla med perforerad AOM oavsett ålder.

*Komplicerande faktorer vid AOM

- Svår värk trots adekvat analgetikabehandling
- Infektionskänslighet på grund av annan samtidig sjukdom/syndrom eller behandling
- Missbildningar i ansiktsskelett eller inneröra
- Tillstånd efter skall- eller ansiktsfraktur
- Cochleaimplantat
- Känd mellanöresjukdom eller tidigare öronoperation (avser inte plaströr)
- Känd sensorineural hörselnedsättning

Antibiotikabehandling

| | Förstahandsval | Recidiv | Terapisvikt |
|--------------|--|---|-------------------------------------|
| Barn | PcV 25 mg/kg x 3 i 5 dagar Vid penicillinallergi: Erytromycin oral suspension 10 mg/kg x 4 (alternativt 20 mg/kg x 2) i 7 dagar | PcV 25 mg/kg x 3 i 10 dagar alternativt amoxicillin 20 mg/kg x 3 i 10 dagar | Amoxicillin 20 mg/kg x 3 i 10 dagar |
| Vuxna | Penicillin 1,6 g x 3 i 5 dagar. Vid penicillinallergi ges vuxna och barn > 35 kg Erytromycin enterokapslar 250 mg x 4 (alternativt 500 mg x 2) i 7 dagar | | |

Recidiv = ny akut mediaotit inom en månad med symtomfritt intervall.

Terapisvikt = oförändrad, förvärrad eller på nytt uppblossande akut mediaotit trots minst tre dygns antibiotikabehandling. Nasofarynxodling och ev. odling från hörselgången vid perforation.

Recidiverande AOM (rAOM)

Minst tre episoder av AOM under en sexmånadersperiod eller minst fyra episoder under ett år. Om det gått minst sex månader sedan senaste otiten, ska en ny otit betraktas som en sporadisk AOM.

Handläggning

Barn med rAOM bör remitteras till ÖNH-specialist. Nya episoder behandlas med PcV x 3, alternativt amoxicillin i 10 dagar.

Behandling av rinnande "rörotit"

Lokalbehandling med örondroppar (Terracoril med Polymyxin B) används i första hand under 5–7 dagar (2–3 droppar 2–3 gånger dagligen) om patienten för övrigt är opåverkad.

Uppföljning

Uppföljning av AOM och sekretorisk mediaotit (SOM)

Målsättningen med uppföljning är att hitta barn med hörselnedsättning och erbjuda behandling. Patienter med kvarvarande symtom så som värk, kraftigt tryck eller lockkänsla, öronflytning eller balanspåverkan, bör erbjudas tidigare läkarbedömning.

Ingen kontroll

Barn och vuxna med ensidig okomplicerad AOM med normalt status på andra örat.

Barn och vuxna med ensidig SOM utan symtom på hörselnedsättning eller andra besvär från örat.

Kontroll

Barn < 4 år med dubbelsidig AOM eller ensidig AOM och SOM på andra örat bör kontrolleras efter tre månader.

Vid dubbelsidig SOM med symtom på hörselnedsättning under minst tre månader rekommenderas remiss till ÖNH-specialist.

Vid dubbelsidig SOM utan symtom på hörselnedsättning rekommenderas ny uppföljning efter ytterligare tre månader.

Rinosinuit hos vuxna

Allmänt råd

Ge alltid rökare råd om rökstopp i samband med luftvägsinfektion!

Bakgrund

Varje förkylning ger rinosinuit och kan därmed ge värk från bihålor, slem och snuva. De flesta bakteriella rinosinuit läker spontant. Besvären är ofta långvariga, 2–3 veckor, oavsett antibiotikabehandling eller ej. Allvarliga komplikationer är ytterst sällsynta.

Diagnostik

ÖLI \leq 10 dagar med färgad snuva, lätt till måttlig värk i maxillarområdet – egenvård och expektans.

ÖLI $>$ 10 dagar med färgad snuva, svår värk i maxillarområdet, ibland med försämring efter 5–7 dagars förkylning – läkarbesök för bedömning.

Symtom och undersökningsfynd vid bakteriell rinosinuit där antibiotika kan ha effekt

Varig snuva – ensidiga symtom – uttalad smärta – dubbelinsjuknande.

- Om tre av dessa fyra symtom/tecken är uppfyllda är en bakteriell rinosinuit sannolik.
- Om $<$ 3 symtom/tecken, överväg röntgen alternativt expektans.

Vargata i epifarynx/mellersta näsgången är ett ovanligt men säkert tecken på bakteriell rinosinuit.

Röntgen med fynd av vätska/heltät sinus = sannolik bakteriell rinosinuit (slemhinnesvullnad räcker ej för diagnos).

Svåra besvär

Patienter med svår värk, lokal svullnad eller hög feber – omhänderta akut för ställningstagande till behandling och remiss till sjukhus.

Långdragna bihålebesvär

Många olika orsaker finns som allergier, tandinfektioner, polyper, upprepade infektioner genom barn och barnbarn med mera. Överväg remiss till ÖNH-specialist, särskilt vid ensidiga besvär $>$ 3–4 veckor.

Behandling vuxna

PcV 1,6 g x 3 i 7–10 dagar. Vid penicillinallergi – doxycyklin.

Utvärdera tidigast efter fem dagar. Ompröva diagnosen vid terapivikt. Överväg punktion. Antibiotikabyte motiverat endast vid säker diagnos. Vid terapivikt eller recidiv inom fyra veckor: Amoxicillin 0,5 g x 3 i 7–10 dagar.

Rinosinuit hos barn

Bakgrund

Barn har årligen 6–8 ÖLI. Detta är ett viktigt led i uppbyggnaden av immunförsvaret. Barn kan ha missfärgad snuva, även under lång tid, utan att behandlingskrävande rinosinuit behöver misstänkas.

Barn med okomplicerad rinosinuit har inte nytta av antibiotikabehandling. Misstänk främmande kropp vid ensidig, varig snuva.

Akuta, svåra besvär

Akut debut med svår värk, lokal svullnad, hög feber, allmänpåverkan inklusive slöhet, föranleder misstanke om etmoidit eller frontalsinuit. Dessa patienter ska omhändertas akut för ställningstagande till behandling och remiss till barn/ÖNH-specialist.

Faryngotonsillit

Bakgrund

Faryngotonsillit orsakas i knappt hälften av fallen av beta-hemolytiska streptokocker grupp A. Flertalet av dessa patienter blir symtomfria inom en vecka oavsett om antibiotika ges eller ej. Patienter med uttalade symtom orsakade av streptokocker har nytta av antibiotikabehandling.

Majoriteten av peritonsilliter föregås inte av en streptokockorsakad faryngotonsillit. Komplikationerna reumatisk feber och glomerulonefrit är sällsynta.

Hos små barn < 4 år är virusetiologi vanligast. Bärarskap av streptokocker kan vara mycket hög i denna åldersgrupp.

Diagnostik

Diagnostik sker stegvis

1. Halsont och samtidig snuva, hosta eller heshet är sannolikt virus. Provtagning för streptokocker är onödig.
2. Patienter med halsont men utan samtidig snuva, hosta eller heshet bör utredas kliniskt utifrån de 4 Centorkriterierna för bedömning av antibiotikabehovet.

- Feber $\geq 38,5$
- Ömmande lymfkörtlar i käkvinklarna
- Beläggning på tonsillerna
- Frånvaro av hosta

0–1 Centorkriterier, opåverkad patient med lätta/måttliga besvär = trolig virusinfektion. Avstå från provtagning och antibiotika.

2–4 Centorkriterier = möjlig infektion med streptokocker grupp A. Ta snabbtest. Vid positivt test, erbjud antibiotikabehandling. Sjukdomstiden kan då förkortas med 1–2,5 dygn. Vid negativt test, undvik antibiotikabehandling.

4 Centorkriterier + ett tilläggskriterium* = sannolik infektion med streptokocker grupp A. Ta eventuellt snabbtest för verifiering. Erbjud antibiotikabehandling.

* Tilläggskriterier: Streptokocker grupp A i närmiljö, paronyki, impetigo, smultrontunga och skarlatiniformt utslag.

Hos små barn med feber och halsont kan impetigo och skarlatiniformt utslag motivera snabbtest.

CRP och LPK saknar diagnostiskt värde vid faryngotonsillit.

Behandling

Vuxna: PcV 0,8–1 g x 3 i 10 dagar

Barn: PcV 12,5 mg/kg x 3 i 10 dagar

Vid överkänslighet eller recidivinfektion (inom 4 veckor) rekommenderas 10 dagars behandling med ett cefalosporin (om ej typ 1-allergi förekommer) eller klindamycin.

Vid terapisivikt ifrågasätt orsak till infektionen.

Akut bronkit och pneumoni hos vuxna

Allmänt råd

Ge alltid rökare råd om rökstopp i samband med luftvägsinfektion.

Vid hosta > 4–6 veckor, överväg spirometri och lungröntgen.

Akut bronkit

Opåverkad patient med hosta utan känd KOL, kronisk bronkit eller astma.

Vanliga symtom och fynd: Spridda liksidiga biljud, färgade upphostningar och lätt obstruktivitet.

Hostan är ofta besvärlig och pågår i genomsnitt i tre veckor.

CRP behövs inte för diagnos.

Behandling

Antibiotika har ingen effekt oavsett genes (bakterier, virus eller mykoplasma). Ge gärna skriftlig information om naturalförlopp, finns till exempel på www.strama.se/patientinfo

Pneumoni

Påverkad patient som ofta har takypné > 20/min eller takykardi > 120/min och symtom/fynd enligt nedan:

Vanliga symtom: Feber, hosta, dyspné, nyttillkommen uttalad trötthet och andningskorrelerad bröstsmärta.

Vanliga fynd: Fokalt nedsatta andningsljud, fokala biljud (rassel/ronki) eller dämpning vid perkussion.

CRP är inte nödvändigt vid kliniskt klar pneumoni. Lungröntgen behövs vanligen inte.

Behandling

Gör en allvarighetsbedömning för beslut om vårdnivå.

Förstahandsval: PcV 1 g x 3 i 7 dagar. Initial täckning mot mykoplasma behövs inte då självläkningen är hög. Vid terapivikt eller Pc-allergi: doxycyklin i 7 dagar, 200 mg dag 1–3 därefter 100 mg x 1.

Uppföljning

Klinisk kontroll (telefon eller besök) efter 6–8 veckor.

Oklar nedre luftvägsinfektion

Vid mindre tydlig klinisk bild med till exempel hosta, feber, subjektiva andningsbesvär och viss allmänpåverkan kan CRP ge vägledning men måste bedömas i relation till sjukdomsduration.

- CRP > 100 mg/L + klinik talar för pneumoni, överväg antibiotika.
- CRP < 20 mg/L efter > 24 tim utesluter med hög sannolikhet pneumoni, avstå från antibiotika.
- Symtom > 1 vecka + CRP > 50 talar för pneumoni, överväg antibiotika.

Behandling vid kvarstående osäkerhet: I första hand aktiv expektans. Överväg lungröntgen alternativt recept i reserv.

Akut bronkit och pneumoni hos barn

Akut bronkit

Opåverkat barn utan takypné med besvärlig hosta och ibland feber.

Vanliga fynd: Liksidiga biljud.

CRP behövs inte för diagnos.

Behandling

Antibiotika har ingen effekt oavsett genes (bakterier, virus eller mykoplasma).

Ge råd att återkomma vid påverkat allmäntillstånd, ökande andningsbesvär eller svårigheter att få i sig vätska. Ge luftrörsvidgande vid obstruktivitet.

Pneumoni

Påverkat barn med feber, takypné och ibland hosta

Vanliga symtom och fynd: Takypné och påverkat allmäntillstånd. Hosta och andra luftvägssymtom kan saknas.

Takypné är ett viktigt tecken på pneumoni: > 50/min hos barn < 1 år resp. > 40/min hos barn > 1 år eller subjektiva andningsbesvär (äldre barn).

CRP är inte nödvändigt vid kliniskt klar pneumoni.

Behandling

Gör allvarlighetsbedömning för beslut om vårdnivå.

Förstahandsval är PcV eller hos de minsta barnen amoxicillin. Initial täckning mot mykoplasma behövs inte då självläkningen är hög. Vid Pc-allergi ges erytromycin.

Dosering

| PcV | Erytromycin |
|--|---|
| < ca 5 år PcV oral susp 20 mg/kg x 3 i 7 dagar eller amoxicillin oral susp 15 mg/kg x 3 i 5 dagar. | Barn < 35 kg: Oral susp 10 mg/kg x 4 i 7 dagar. |
| > ca 5 år PcV-tabl 12,5 mg/kg x 3 i 7 dagar. | Barn > 35 kg: Enterokapslar 250 mg x 4 i 7 dagar. Tabl och oral susp 500 mg x 4 i 7 dagar. |

Uppföljning

Telefonkontakt inom tre dagar. Vid utebliven förbättring efter tre dagar gör ny bedömning och eventuell lungröntgen. Vid misstanke om mykoplasma överväg byte till erytromycin.

OKlar nedre luftvägsinfektion

Hos barn med viss allmänpåverkan och feber, som är trötta men inte slöa, och som har lätt förhöjd andningsfrekvens men inte takypné kan CRP ge vägledning men måste bedömas i relation till sjukdomsduration.

CRP > 80 + klinik talar för pneumoni, överväg antibiotika.

CRP < 10 efter > 24 tim utesluter med hög säkerhet pneumoni, avstå från antibiotika.

Behandling vid kvarstående osäkerhet

I första hand aktiv exspektans, alternativt recept i reserv. Håll kontakt (telefon eller återbesök).

Sporadisk nedre UVI hos kvinnor

Bakgrund

Sporadisk nedre UVI hos kvinnor kan vara besvärlig, men är i de flesta fall ofarlig.
30 % blir besvärsfria utan behandling inom en vecka. Behandling förkortar tiden med symtom.
Nedre UVI övergår sällan till övre UVI (pyelonefrit).

Diagnos

Symtom: sveda, täta trängningar och frekventa miktationer.

Sannolikheten för akut cystit är mycket hög och empirisk diagnos kan ställas, hos icke gravid kvinna, utan ytterligare provtagning om

- minst två av ovanstående symtom föreligger,
- vaginala symtom, feber och flanksmärta saknas.

Ta prov för STI vid misstanke om sexuell smitta.

Feber >38°C eller flanksmärta kan vara akut pyelonefrit.

Ta urinodling vid: graviditet, behandlingssvikt, recidiv, nylig vistelse på sjukhus eller utomlands.

Behandling

- Erbjud möjlighet att avvakta (med recept i reserv) vid lindriga besvär.
- Kort behandling, 3–5 dygn räcker.
- Använd **INTE** kinoloner.

Förstahandsval: nitrofurantoin, pivmecillinam

Andrahandsval: trimetoprim

Dosering

| Nitrofurantoin | Pivmecillinam* | Trimetoprim |
|--------------------|---|--|
| 50 mg × 3 i 5 dygn | 400 mg × 2 i 3 dygn 200 mg × 3 i 5 dygn 200 mg × 2 i 7 dygn | 160 mg × 2 i 3 dygn 300 mg × 1 i 3 dygn |

* Kvinnor över 50 år och de med recidiverande cystit bör behandlas i fem till sju dygn med pivmecillinam.

Asymtomatisk bakteriuri (ABU)

Definition

Förekomst av samma bakterie i signifikant mängd i två upprepade urinodlingar utan att patienten har symtom.

Rekommendationer

ABU ska inte behandlas utom hos gravida

Behandling ökar risken för reinfektion med mer virulenta och resistenta bakterier.

ABU hos äldre är mycket vanligt

Förekommer hos äldre kvinnor i särskilda boenden i 25–50 %.

Patienter med kvarkateter (KAD) har alltid ABU.

Basala hygienrutiner hos personal minskar risken för smittspridning.

Skilj på symtomgivande UVI och ABU hos äldre

Symtom som trötthet, förvirring, oro och nedsatt aptit hos äldre är inte specifika för UVI och bör därför inte föranleda urinprovstagning annat än efter omsorgsfull klinisk bedömning där andra orsaker till symtomen övervägts.

Starkt luktande urin eller pyuri är ingen indikation för antibiotikabehandling.

Nyttillkomna lokala symtom – sveda, täta trängningar, inkontinens – bör föranleda provtagning och handläggas som möjlig UVI.

Misstanke om UVI bör handläggas av ordinarie läkare på dagtid.

Gravida kvinnor med ABU ska alltid antibiotikabehandlas på grund av ökad risk för pyelonefrit.

Mer information

Mer information om etiologi, diagnostik, recidiverande UVI och behandling vid graviditet finns på www.strama.se och www.lakemedelsverket.se

Impetigo

Bakgrund

Icke bullös (krustbildande form) – oftast *S. aureus* och/eller β -hemolytiska streptokocker grupp A.
Bullös form – oftast toxinbildande *S. aureus*.

Behandling

1. **Rengör** med tvål och vatten. Komplettera med klorhexidinlösning.
2. **Lokal antibiotikabehandling.** Då lokal rengöring inte är tillräckligt. Retapamulin (Altargo 1 % salva) 2 gånger dagligen i 5 dagar. Mupirocin (Bactroban) skall reserveras för behandling av MRSA. Undvik fusidinsyra på grund av hög resistens.
3. **Peroral behandling med antibiotika** vid utbredd och/eller progredierande impetigo, ofta den bullösa formen, samt impetigo som inte svarat på lokalbehandling.

Dosering barn

Förstahandsval: flukloxacillinmixtur 50–75 mg/kg/dygn fördelat på tre doser i 7 dagar eller cefadroxil-mixtur 25–30 mg/kg/dygn fördelat på två doser i 7 dagar.

Vid penicillinallergi: klindamycin 15 mg/kg/dygn fördelat på tre doser i 7 dagar.

Erysipelas

Diagnostik

Erysipelas (rosfeber) är en akut debuterande, välavgränsad, värmeökad eventuell smärtsam hudrodnad som gradvis breder ut sig. Oftast samtidig allmänpåverkan och feber/frossa. Orsakas av streptokocker, framför allt grupp A och G. Det finns inget stöd för att *S. aureus* orsakar erysipelas. Allmäntillståndet förbättras ofta inom ett par dagar. Efter insatt behandling kan hudrodnaden initialt öka och sedan försvinna långsamt.

Bedöm allvarlighetsgrad och behov av sjukhusvård.

Behandling vuxna

Förstahandsval: PcV 1 g \times 3 i 10–14 dagar. Dubblerad dos PcV 2 g \times 3 i 10–14 dagar vid vikt 90–120 kg.

Sårinfektioner

Bakgrund

Akuta sårskador och infekterade sår tvättas rena med tvål och vatten. I det normala läkningsförloppet förekommer rodnad och sekretion utan att infektion föreligger.

Behandling

Antibiotikabehandling är bara indicerad vid tecken på spridd infektion som erysipelas eller då djupare vävnader är involverade. Kliniska tecken på infektion: rodnad, svullnad, värme och nyttillkommen smärta.

Sårödlas när antibiotikabehandling övervägs, framför allt om patienten nyligen vistats i miljö med hög förekomst av multiresistenta bakterier. Abscesser och inflammerade aterom behandlas med incision och dränage.

Dosering

Dosering vuxna

Isoxazolylpenicillin 750–1 000 mg x 3 i 7 dagar. Vid erysipelas är förstahandsval PcV.

Dosering barn

Förstahandsalternativ: flukloxacillinmixtur 50–75 mg/kg/dygn fördelat på tre doser i 7 dagar eller cefadroximixtur 25–30 mg/kg/dygn fördelat på två doser i 7 dagar. Vid penicillinallergi: klindamycin 15 mg/kg/dygn fördelat på tre doser i 7 dagar.

Infekterade bensår

Bakgrund

Svårläkta sår är så gott som alltid koloniserade av bakterier, som i de flesta fall inte förhindrar sårhäkning. Detta gäller även stafylokocker. Enbart sårodling kan därför inte användas som diagnostiskt instrument. Diabetiska fotsår och fotinfektioner kräver i allmänhet multifaktoriellt och multidisciplinärt omhändertagande.

Diagnostik

Lokal sårinfektion är en klinisk diagnos grundad på nyttillkommen/ökad smärta, ökad/ändrad sekretion, ökad rodnad och illaluktande sår.

Behandling

- 1 Intensifierad lokalbehandling med täta omläggningar varje/varannan dag och kompression av ev. ödem är förstahandsåtgärd. Vid utebliven förbättring inom 2–3 veckor: tag ställning till sårodling och annan lokalbehandling.
- 2 Vid försämring och tecken på spridd infektion: sårodling och tag ställning till ev. antibiotika.
- 3 Systemisk antibiotika är endast indicerad vid erysipelas, odlingsfynd av streptokocker grupp A, allmänpåverkan, feber och spridd infektion.

Dosering vuxna

PcV 1g x 3 i 10 dagar (streptokocker).

Isoxazolylpenicillin 750–1 000 mg x 3 i 10 dagar (stafylokocker).

Vid penicillinallergi: klindamycin 150–300 mg x 3 i 10 dagar.

Infekterade katt- och hundbett

Bakgrund

Överväg antibiotikabehandling vid tecken på infektion såsom rodnad mer än två centimeter runt bettstället, svår smärta eller purulent sekretion. Remittera till sjukhus vid feber och allmänpåverkan eller tecken på djupare infektion så som svårighet att röra en led.

Infektion vid kattbett av *Pasteurella multocida* debuterar oftast med rodnad och smärta redan efter 2–4 timmar och behandlas med PcV. Isoxazolylpenicillin, klindamycin och perorala cefalosporiner saknar effekt på *P. multocida*.

Vid sent debuterande symtom vid kattbett (> 2 dygn) samt vid alla hundbett ökar förekomsten av *S. aureus*. Dessa infektioner behandlas med amoxicillin-klavulansyra.

Behandling

| Betttyp | Antibiotikum | Dos vuxna | Dos barn |
|----------|---|-----------------------|-------------------------|
| Kattbett | Förstahandsalternativ: fenoximetylpenicillin | 1 g × 3 i 10 dagar | 25 mg/kg × 3 i 10 dagar |
| Kattbett | Sent debuterande (> 2 dygn) amoxicillin-klavulansyra | 500 mg × 3 i 10 dagar | 20 mg/kg × 3 i 10 dagar |
| Hundbett | amoxicillin-klavulansyra | 500 mg × 3 i 10 dagar | 20 mg/kg × 3 i 10 dagar |

Erythema migrans

Bakgrund

Erythema migrans (EM) är den vanligaste manifestationen av borreliainfektion. För diagnos krävs erytem > 5 cm i diameter. Erytetet kan variera i utseende och vara "klassiskt ringformat", homogen rodnad eller ha ett mer atypiskt utseende. Vanligaste tidpunkten för diagnos är 14 dagar efter bettet. Tidigare i förloppet kan EM vara svårt att skilja från en reaktion på fästingbettet.

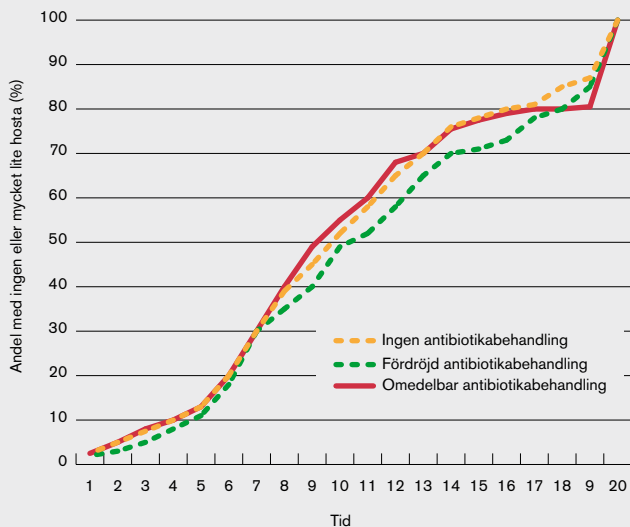
Fullständig rekommendationstext för behandling av borreliainfektioner finns på www.lakemedelsverket.se

Diagnostik och behandling

Diagnosen av okomplicerad EM är klinisk. Serologiska tester har inget värde för diagnos.

| Behandling vuxna | Behandling barn |
|---|--|
| Förstahandsval: fenoximetylpenicillin 1 g × 3 i 10 dagar | Förstahandsval: fenoximetylpenicillin 25 mg/kg × 3 i 10 dagar |
| Vid penicillinallergi: doxycyklin 100 mg × 2 i 10 dagar. (Ej till gravida sista 2 trimestrar) | Vid penicillinallergi: azitromycin, 10 mg/kg × 1 dag 1 och 5 mg/kg × 1 dag 2–5 |

Effekt av antibiotika vid akut luftrörskatarr



Detta diagram bygger på en studie som jämför antibiotikabehandling mot ingen antibiotikabehandling hos patienter med akut bronkit och visar efter hur många dagar hostan har försvunnit.

Underlaget till diagrammet kommer från:

Little P, Rumsby K, Kelly J, et al. Information leaflet and antibiotic prescribing strategies for acute lower respiratory tract infection: a randomized controlled trial. *JAMA* 2005 Jun 22;293(24):3029–35.

Diagrammet är inte framtaget i samband med Stramas och Läkemedelsverkets expertmöten.