



Handläggning av faryngotonsilliter (halsfluss) i öppenvård

Ett konsensusdokument utarbetat av ett expertmöte anordnat på regeringens uppdrag av företrädare för Läkemedelsverket och Smittskyddsinstitutet

Publiceringsdatum webb: 14 december 2012

Syfte och målgrupper

- Rekommendationerna gäller i första hand patienter i öppenvård utan allvarlig underliggande sjukdom
- Rekommendationerna är avsedda som beslutsstöd till sjukvård och behandlande läkare men ersätter inte den kliniska bedömningen av en individuell patient

Huvudbudskap – diagnostik

- Undvik streptokockdiagnostik (t.ex. snabbtest) vid misstanke om virusinfektion
- Klinisk undersökning ska alltid föregå snabbtest för svalgstreptokocker
- Snabbtest bör utföras om minst tre Centorkriterier är uppfyllda samtidigt (gäller vuxna och barn ≥ 3 år)
- Överväg annan diagnos än GAS hos barn < 3 år

Huvudbudskap – behandling

- Antibiotikabehandling rekommenderas endast om positivt snabbtest och ≥ 3 uppfyllda Centorkriterier
- Vid negativ snabbtest för GAS: Ge symptomatisk behandling vid behov
- Om kraftig allmänpåverkan: akutremiss till sjukhus, oberoende av snabbtestresultat
- Penicillin V är förstahandsalternativ vid antibiotikabehandling
 - Vid penicillinallergi: klindamycin – fr.a. om risk för typ 1-reaktion
 - Vid recidivinfektioner: klindamycin alternativt cefadroxil
- Om ≥ 3 tonsilliter per år, överväg tonsillektomi efter utvärdering av antibiotikabehandling

Första kontakt med patient (telefonrådgivning)

- Alla patienter bör få:
 - bedömning av sjukdomstillståndet
 - information om förväntat förlopp och symtomlindring
 - upplysning om när de ska ta ny sjukvårdskontakt
- Patienter med akuta symtom på halsont d.v.s. ont vid varje sväljning men ej tecken på en virusinfektion:
 - bör bedömas av läkare inom 1–(2) dygn
- Patienter med kraftig allmänpåverkan (uttalad smärta, svårigheter att svälja, andas, gapa och/eller diarré och kräkningar):
 - bör undersökas akut

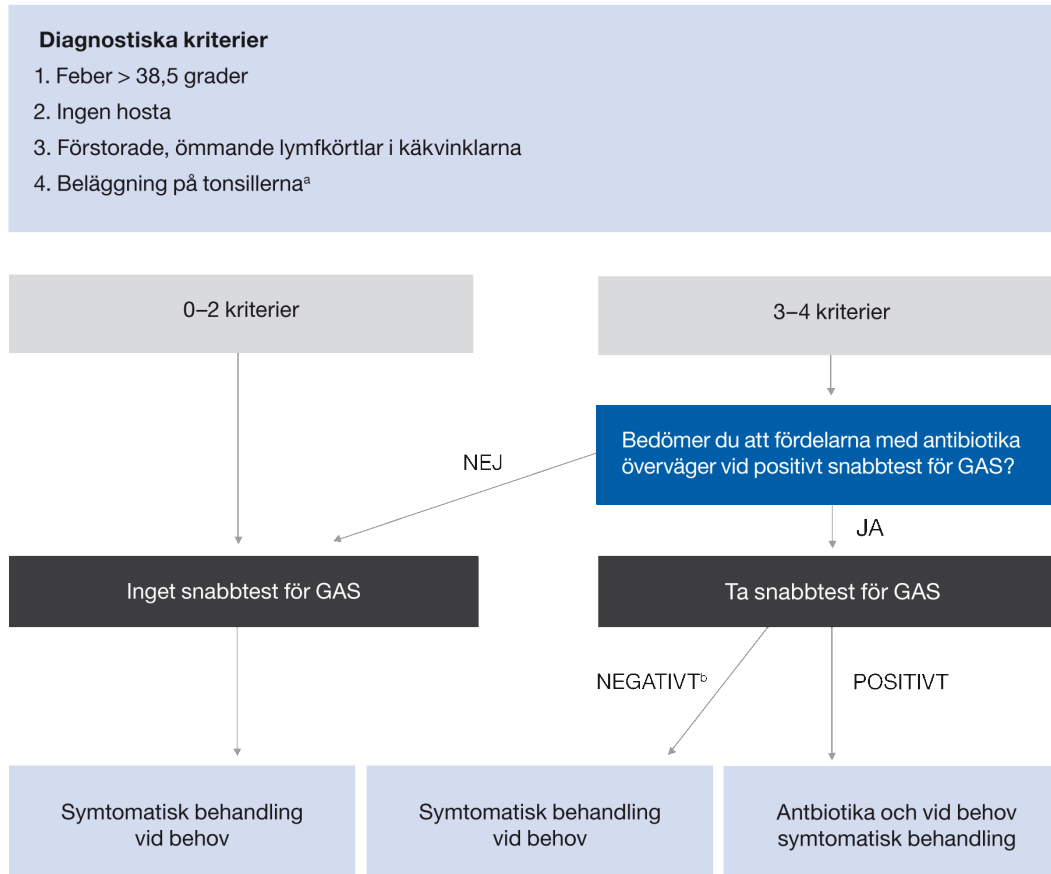
Diagnostik

- Odling är referensmetodik för GAS
- Snabbtest är bra men fångar även symtomlösa bärare (fr.a. förskolebarn)
- CRP och LPK saknar värde i diagnostiken av okomplicerad faryngotonsillit
- LPK, diff. och leverprover kan vara till hjälp i diagnostiken av mononukleos
- Snabbtest för mononukleos har relativt låg sensitivitet, blir positivt 5-7 dagar efter symtomdebut
- Diagnostik för andra virus (ex adenovirus) saknas ofta i rutinverksamhet

Tecken på allvarlig infektion som bör föranleda akut handläggning

- Uttalad allmänpåverkan eller konfusion (invasiv sjukdom)
- Andningssvårigheter och/eller svårighet svälja saliven (epiglottit)
- Ensidig kraftig halssmärta (peritonsillit, retro/parafaryngeal abscess)
- Svår halssmärta men normalt svalgstatus (retro/parafaryngeal abscess, epiglottit)
- Svårt att gapa (peritonsillit, retro/parafaryngeal abscess)
- Mycket svår lokal smärta på hals, bål eller extremiteter (fasciit)
- Buksymtom: diarré och kräkningar (toxinpåverkan av GAS)
- Membraner på och utanför tonsiller (difteri)

Handläggning av patienter (> 3 år) med halsont



^aBarn 3–6 år utvecklar ytterst sällan beläggningar på tonsillerna orsakade av GAS. Rodnade, svullna tonsiller kan användas synonymt till beläggningar i denna åldersgrupp.

^bNegativt test för GAS kan förväntas hos cirka 50 % av patienterna med ≥ 3 Centorkriterier.

Vid försämring eller utebliven förbättring

- Om ingen förbättring inom 3 dagar: ny vårdkontakt
- Vid antibiotikaanvändning:
 - värdera patientens behandlingsföljsamhet
 - GAS är alltid känsliga för betalaktamer (pc, cefalosporiner) – resistens förekommer ej
 - vid makrolid- eller klindamycinbehandling: gör terapibyte efter odling + resistensbestämning
- Om peritonsillit utvecklas: ÖNH-remiss
- Överväg möjligheten av virusinfektion (adenovirus, mononukleos m. fl.)
- Överväg specifik svalgodling vid misstanke om Grupp C-(GCS) eller G-(GGS) streptokocker (mindre vanligt)

Vid försämring eller utebliven förbättring

- Diagnostik för mer ovanlig etiologi:
 - specifik frågeställning på remissen
 - ibland måste speciellt provtagningsmaterial användas
- Gonokockinfektion, syfilis, primär HIV-infektion, malignitet och blodsjukdom kan debutera med faryngotonsillitliknande bild

Tonsillitrecidiv

- Bör verifieras med odling eller snabbtest
- Vid upprepade recidiv: kartlägg eventuella smittkällor i omgivningen
- Penicillin V är olämpligt om patienten följt ordinationen vid primärinfektion: ge klindamycin eller cefadroxil
- Kontrollodla eventuellt misstänkta fall
- Tänk på att streptokocker kan finnas i hudförändringar

Tonsillektomi

- Vid upprepade tonsilliter ($\geq 3/\text{år}$): remiss till ÖNH-specialist för övervägande av tonsillektomi
- Inför ställningstagande till tonsillektomi (verifierad GAS-infektion) ska klindamycin eller cefadroxil ha prövats först
- Indikation när infektionen är så besvärande att patientens förmåga till dagliga aktiviteter är påverkad
- Hög patientnöjdhet och färre nya tonsilliter

Symtomatisk behandling

- Symtomlindring ges vid behov:
 - paracetamol
 - ibuprofen
 - acetylsalicylsyra
 - kortikosteroider rekommenderas inte

Antibiotikabehandling

Tabell I. Antibiotika och rekommenderade doseringsregimer.

Primärinfektion	Recidiv
Penicillin V	Klindamycin
Vuxna: 1 g × 3, 10 dagar	Vuxna: 300 mg × 3, 10 dagar.
Barn: Penicillin V 12,5 mg/kg kroppsvikt × 3, 10 dagar	Barn: Klindamycin 5 mg/kg kroppsvikt × 3, 10 dagar
Vid penicillinallergi	alternativt
Klindamycin:	Cefadroxil, om inte typ 1-allergi föreligger
Vuxna: 300 mg × 3, 10 dagar	Vuxna: 500 mg × 2, 10 dagar
Barn: 5 mg per kg kroppsvikt × 3, 10 dagar	Barn: 15 mg per kg kroppsvikt × 2, 10 dagar

PcV - biverkningar och ekologi

- Mest gynnsam biverkningsprofil
- Minst påverkan på tarmfloran
- Ingen penicillinresistens hos GAS rapporterad

Men

- Stör skyddande normala svalgfloran (alfa-streptokocker), fr.a. vid upprepade kurer
- Inducerar betalaktamasproduktion hos normala svalgbakterier

Bärarskap och smittspridning

- Bärare har låg smittsamhet
- Barn 5–12 år är största smittspridarna
- Smittspridningen störst i barnfamiljer och barngrupper

- Bärare ska normalt ej behandlas
 - Undantag: > 2 recidiv inom familj eller nära kontakt med någon som har reumatisk feber
 - Klindamycin/cefadroxil rekommenderas

Bärarskap och smittspridning

- Vid utbrott i förskola ($>1/3$ av barnen på avdelningen):
 - alla barn med faryngotonsillitsymtom + positivt svalgprov bör behandlas samtidigt
 - hygienråd till förskolan
 - utredning av möjliga smittkällor bör utföras (t.ex. andra streptokocksjukdomar (dermatit, impetigo, vulvit))

Deltagare vid expertmötet

Allmänläkare, docent Malin André, FFoU-enheten, Uppsala

Överläkare, docent Bo Aronsson, Smittskyddsinstitutet

Docent, senior expert Agneta Aust-Kettis,
Läkemedelsverket

Apotekare Sahra Barzi, Läkemedelsverket

Professor Otto Cars, Smittskyddsinstitutet

Kliniks expert, docent Kerstin Claesson, Läkemedelsverket

Molekylärbilog, med. dr. Jessica Darenberg,
Smittskyddsinstitutet

Professor, senior expert Charlotta Edlund,
Läkemedelsverket

Överläkare Mattias Eknefelt, Hälsans vårdcentrum,
Jönköping

Överläkare, docent Margareta Eriksson, Astrid Lindgrens
barnsjukhus, Stockholm

Överläkare, infektionsläkare bitr smittskyddsläkare
Björn K Eriksson, Smittskydd Stockholm

Docent, bitr överläkare Christian Giske, Karolinska Univ lab,
Stockholm

Specialistläkare Thomas Tängdén, Akademiska sjukhuset,
Uppsala

Dr Anita Groth, Lund

Assistent Malika Hadrati, Läkemedelsverket

Med. dr., specialist i allmänmedicin Katarina
Hedin, FoU Kronoberg

Med. dr., ÖNH-specialist Claes Hemlin, Aleris
Specialistvård Sabbatsberg

Professor, Överläkare Birgitta Henriques,
Karolinska Institutet, Stockholm

Överläkare Anna Hermansson,
Universitetssjukhuset, Lund

Professor, överläkare Inga Malmfors Odenholt,
Skånes Universitetssjukhus, Malmö

Professor Sigvard Mölstad, Primärvårdens FoU-
enhet, Jönköping

Distriktsläkare Christer Norman, Salems VC,
Rönninge

Docent, överläkare Kristian Roos, Capio Lundby
Närsjukhus, Göteborg

Leg. apotekare Gunilla Skoog,
Smittskyddsinstitutet

Docent, överläkare Anna Stjernquist-Desatnik,
Skånes Universitetssjukhus, Lund

PhD, läkare Martin Sundqvist, Centrallasarettet
Växjö

Med. dr., infektionsläkare Ulf Törneblad,
Läkemedelsverket