

Uppdaterade riktlinjer för akut faryngotonsillit ger bra stöd

Men mer forskning behövs om *Fusobacterium necrophorum*



RONNY GUNNARSSON, docent, James Cook University, Cairns, Australien
ronny.gunnarsson@jcu.edu.au



SIGVARD MÖLSTAD, professor i allmänmedicin, Lunds universitet, Sverige

Läkemedelsverket publicerade 2012 uppdaterade riktlinjer för handläggning av faryngotonsilliter i öppenvård [1]. Riktlinjerna rekommenderar behandling med penicillin V av de patienter som uppfyller ≥ 3 Centor-kriterier och har ett positivt snabbtest för betahemolytiska grupp A-streptokocker (GAS).

Kritik har riktats mot att riktlinjerna medför ökad risk för spridning av GAS i samhället och fler fall av allvarliga GAS-infektioner om inte alla med halssymtom behandlas [2] (se också artikel av Britt-Marie Eriksson et al i detta nummer av Läkartidningen).

Förutom de som söker vård och behandlas för en halsinfektion finns många individer med lätta eller subkliniska halsinfektioner, utöver alla asymtomatiska bärare av GAS. Det är därför inte sannolikt att en mer frikostig antibiotikabehandling vid lättare infektioner skulle medföra påtagligt minskad smittspridning eller minskat antal allvarliga infektioner.

Majoriteten av allvarliga fall av GAS-infektion föregås inte av läkarbesök för halsinfektion. Den ökning av antalet allvarliga infektioner som noterats de senaste 2 åren beror troligen på att en ny virulent stam spritts i samhället [3]. Samma problematik uppstod under slutet av 1980-talet när förskrivningen av antibiotika var betydligt högre.

Läkemedelsverkets riktlinjer har lagt stor vikt vid att beskriva symtom på allvarlig infektion: »Kraftig allmänpåverkan, uttalad smärta, svårigheter att svälja, andas, gapa och/eller diarré och kräkningar, bör föranleda akut undersökning då det kan tyda på allvarlig infektion.«

Vidare: »Vid kraftig allmänpåverkan

bör patienten remitteras akut till sjukhus, oberoende av resultat av snabbtest.« Detta är en tydlig signal att inte stirra sig blind på förekomst av halssymtom eller Centor-kriterier, utan att bedöma patientens allmäntillstånd oavsett riktlinjer kopplade till en specifik diagnos.

Kritiker anser även att riktlinjerna inte tar tillräcklig hänsyn till halsinfektioner orsakade av andra bakterier än GAS, framför allt *Fusobacterium necrophorum*. Den sistnämnda är en anaerob bakterie som kan orsaka faryngotonsillit och peritonsillit, framför allt hos tonåringar och unga vuxna [4]. Bakterien kopplas även till Lemmieres syndrom, en mycket ovanlig men allvarlig komplikation.

Förslag har framkastats om att alla patienter som uppfyller 4 av de 4 Centor-kriterierna och som saknar andra tecken på virusinfektion skulle få antibiotika direkt utan föregående snabbtest för att även täcka in *F necrophorum*.

Det är i dag inte klarlagt huruvida antibiotikabehandling av patienter med faryngotonsillit, där tecken på allvarlig sjukdom saknas, minskar incidensen av Lemmieres syndrom. Det är inte heller klarlagt om penicillin V har tillräcklig klinisk effekt mot *F necrophorum*, och behandlingstudier av faryngotonsillit saknas. Man kan fråga sig om det är rimligt att förskriva ytterligare 10 000-tals antibiotikarecept innan vi vet detta [5].

Penicillin V ger individuella biverkningar och orsakar ekologiska störningar i sval-, hud- och tarmflora. Betydelsen av penicillin V för selektion och spridning av resistens i ett vidare perspektiv är dåligt studerad. Om det finns nackdelar med frikostig förskrivning, krävs att vi inte vidgar indikationerna innan vi säkert vet att det ger större nytta än skada.

Det är ett diagnostiskt och kliniskt problem när en potentiellt mycket virulent bakterie, GAS, förekommer utbrett i befolkningen i form av bärarskap och som orsak till halsinfektioner, hudinfektioner och ibland invasiva infektioner.

Vi har i dag ganska god kunskap om

faryngotonsillit orsakad av GAS. Det behövs dock studier som fokuserar på epidemiologi, behandlingseffekter och möjlighet att förebygga komplikationer vid faryngotonsillit orsakad av *F necrophorum*.

I avvaktan på dessa resultat är det rimligt att vid klinisk bild av faryngotonsillit hålla sig till Läkemedelsverkets riktlinjer och att vid tecken på allvarlig sjukdom inte stirra sig blind på Centor-kriterierna eller resultatet av ett snabbtest för att påvisa GAS.

■ *Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.*

■ *Sigvard Mölsted är medlem i Stramarådet och deltog i Läkemedelsverkets expertmöte om handläggning av faryngotonsilliter i öppen vård 19–20 september 2012.*

REFERENSER

1. Handläggning av faryngotonsilliter i öppenvård – ny rekommendation. Information från Läkemedelsverket. 2012;(6):18-25.
2. Strömberg A, Roos K, Hagberg L. Kan antalet fall av invasiv streptokockinfektion minskas? Läkartidningen. 2013;110:CEFH.
3. Tegnell A, Tegmark Wisell K, Erntell M. Replik från Smittskyddsinstitutet och dess Stramaråd: Vi stödjer aktuell rekommendation avseende faryngotonsillit. Läkartidningen. 2013;110:CEFY.
4. Ludlam H, Howard J, Kingston B, et al. Epidemiology of pharyngeal carriage of *Fusobacterium necrophorum*. J Med Microbiol. 2009;58(Pt 9):1264-5.
5. Gunnarsson MS, Sundvall PD, Gunnarsson R. In primary health care, never prescribe antibiotics to patients suspected of having an uncomplicated sore throat caused by group A beta-haemolytic streptococci without first confirming the presence of this bacterium. Scand J Infect Dis. 2012;44(12):915-21.

■ SAMMANFATTAT

Läkemedelsverkets uppdaterade riktlinjer för behandling av faryngotonsillit i öppenvård, som publicerades 2012, ger god vägledning och säkerhet vid handläggning av akuta halsinfektioner.

Den stora majoriteten av allvarliga infektioner med betahemolytiska streptokocker grupp A föregås inte av läkarbesök för halsinfektion.

Vid tecken på allvarlig infektion bör patienten remitteras akut till sjukhus.