

## Norska riktlinjer för ”sår hals” inget för svenska halsar!

I *Läkartidningen* 40/00 (sidorna 4437-48) har, under vinsten Månadens Nordiska Artikel, norska kolleger fått tillfälle att på 8 sidor framföra sin syn på »Retningslinjer for diagnostikk og behandling av sår hals». Man bygger sina rekommendationer på 49 utvalda referenser, och artikeln är tidigare publicerad i *Tidsskrift for Den norske laegeforening*.

Den norska och svenska uppfattningen om diagnostik och behandling av faryngotonsillit skiljer sig åt i väsentliga avseenden.

De norska författarna anser att patienter med symtomgivande faryngotonsilliter som orsakats av beta-hemolytiska streptokocker grupp A inte behöver antibiotikabehandlas. Man kan dock överväga behandling vid allvarliga fall (?) eller om patienten önskar det (!). Vår bestämda uppfattning är att streptokockorsakad faryngotonsillit skall antibiotikabehandlas.

I sina riktlinjer säger man att patienter

med ont i halsen inte behöver uppsöka läkare. Vi anser att man då riskerar att ett ökat antal patienter med allvarlig streptokockinfektion eller epiglottit kommer att komma för sent till vård.

### Är komplikationer sällsynta ?

Författarna hävdar att komplikationer till streptokocktonsillit är sällsynta, trots att en av de referenser man hänvisar till [1] pekar på en hög frekvens peritonsillit vid obehandlad streptokockorsakad faryngotonsillit (13 procent i placebogrupperna fick avbryta studien på grund av komplikationer av halsinfektionen, framför allt begynnande peritonsillit; av dem med positiv halsodling avseende streptokocker som fullföljde studien utvecklade ytterligare 4,3 procent i placebogrupperna peritonsillit!). De som skrivit denna studie (den enda placebokontrollerade som utförts under de senaste decennierna) drar själva slutsatsen att streptokocktonsillit skall behandlas, och de motsätter sig trenden att inte behandla.

### Diagnostik och snabbtest

De norska författarna anser också att den kliniska bilden i svalget är avgörande för etiologin till svalginfektionen. Svårigheterna att utifrån svalgstatus avgöra etiologin till en faryngotonsillit är väl dokumenterad. Snabbtest bör enligt de norska kollegerna användas sparsamt. Snabbtest är mycket använt i Sverige som en hjälp vid diagnostiken vad avser etiologin då vi med hjälp av snabbtest kan minska antibiotikaförskrivningen.

Författarna till den norska artikeln anser inte att behandling av patienter med symtom minskar smittspridningen, trots att man refererar till en av de få studier som finns på detta område och som övertygande visar att just tidig behandling minskar spridningen inom syskonskaran [2]. Det torde också vara den allmänna uppfattningen i Sverige att sjuka smittar och att smittorisken minskar genom adekvat behandling.

### Penicillinets biverkningar

Bland nackdelarna av penicillinbehandling tas biverkningar upp. I den enda moderna placebokontrollerade

”Det tycks angeläget med en kritisk genomgång utifrån ett svenskt perspektiv av detta problemkomplex, förslagsvis i SBU:s regi.”

studien som finns [1] anges biverkningar som leder till avbrytande av behandlingen till en frekvens på endast 0,8 procent.

Författarna tar upp problemet med recidiv och uppskjuten behandling. De hävdar att penicillinbehandling ökar antalet recidiv. Denna uppfattning bygger man bl a på en nära 50 år gammal studie på scarlatina [3], vilken är helt irrelevant. I den placebokontrollerade studien [1] sågs inte färre recidiv i placebogrupperna än i behandlingsgruppen.

Den norska och svenska uppfattningen om handläggning av akut svalginfektion och behandling av streptokockorsakad faryngotonsillit skiljer sig uppenbart åt på flera viktiga punkter, varav enbart några tagits upp här. Det borde inte vara okänt för författarna att detta problemkomplex varit föremål för ett antal ingående kliniska studier i Sverige under de senaste decennierna, och att resultaten av dessa framlagts bl a i ett flertal doktorsavhandlingar.

### Torde bli fäld i HSN

Läkartidningen tar på sig ett stort ansvar när man presenterar detta förslag

### Författare

KRISTIAN ROOS

docent, öron-, näs- och halskliniken, Lundby sjukhus, Göteborg

KARIN PRELLNER

professor, öron-, näs- och halskliniken, Universitetssjukhuset, Lund

STIG HOLM

professor emeritus, institutionen för klinisk mikrobiologi, Umeå

PETER LARSSON

docent, klinisk bakteriologi, Sahlgrenska Universitetssjukhuset, Göteborg

ANNA STJERNQVIST-DESATNIK

docent, öron-, näs- och halskliniken, Universitetssjukhuset, Lund

ANDERS STRÖMBERG

docent, infektionskliniken, Södra Älvsborgs Sjukhus, Borås.

som kan få betydende konsekvenser, då man inte samtidig med artikeln låter svensk expertis kommentera denna.

Det finns anledning att tro att en läkare i Sverige som ser en patient som søker for ont i halsen och befinner seg i akut streptokokktonsillit, men där läkaren väljer att ikke behandle og där patienten får en komplikasjon, kommer att drabbas av någon form av disciplinär påföljd vid en anmälan till Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd.

Det måste stå klart, även för en i ämnet inte insatt medicinsk redaktör, att de framförda åsikterna i den norska artikeln är av mycket kontroversiell art. Framförallt bör en artikel som införs som Månadens Artikel granskas noga. Det är uppenbart att Läkartidningens granskningssystem ikke fungerer i detta fall.

### En oppgitt for SBU

Vi är positiva till att kritiska granskningar gjennomføres av medisinske behandlingsrutiner og vordprogram. Evidensbasert medisin är en sådan möjlighet.

Det finns ett antal aspekter som ikke tagts opp, eller alltför kort diskutert, av våra norske kolleger, eksempelvis alternativ till penicillinbehandling, vordet av tonsillektomi, opprepade tonsilliter inom familj/daghem og allvarlige streptokokkinfeksjoner.

Det tycks angeläget med en kritisk gjennomgang utifrån ett svenskt perspektiv av detta problemkompleks, forslagsvis i SBUs regi.

### Referenser

1. Zwart S, Sachs AP, Ruijs GJ, Gubbels JW, Hoes AW, de Melker RA. Penicillin for acute sore throat: randomised double blind trial of seven days versus three days treatment or placebo in adults. *BMJ* 2000; 320: 150-4.
2. Breese BB, Disney FA. Factors influencing the spread of beta hemolytic streptococcal infections within the family group. *Pediatrics* 1956; 17: 32-5.
3. Ström J. Penicillin treatment and immunity to scarlatina. *Acta Paediatr* 1954; 43: 267-79.

Replik:

## Våre anbefalinger brukbare også for svenske halser

**Vi takker for at vår artikkel om sår hals ble publisert som »Månadens Nordiske Artikel» i Läkartidningen [1]. Vi konstaterer at artikkelen vekker kraftige reaksjoner [2], og vi setter pris på denne muligheten til å kommentere spørsmålene i brevet fra en rekke fremtredende svenske eksperter.**

Våre anbefalinger er basert på et omfattende og systematisk litteratursøk som resulterte i en stor mengde artikler. En del av artiklene ble ekskludert på grunnlag av de kriteriene vi hadde satt for validitet og relevans [3]. Vi hadde opprinnelig drøyt 100 artikler på referanselisten, men denne måtte reduseres.

Vår ambisjon har vært å presentere evidensbaserte og praktiske retningslinjer for allmennpraktikere, basert på systematisk litteratursøk og kritisk vurdering av dokumentasjonen. Vi har gradert nivået på dokumentasjonen og styrken på anbefalingene for å gjøre det tydeligere at det er en usikkerhet knyttet til slike retningslinjer, slik at klinikeren og eventuelt pasienten selv kan vurdere gyldigheten av anbefalingene.

*»Vi har kommet fram til anbefalingene etter en kritisk og samlet vurdering av eksisterende dokumentasjon. Vi mener at våre norske anbefalinger er brukbare også for svenske halser.»*

Den oppmerksomme leser vil se at ingen av anbefalingene har fått grad A. De fleste av anbefalingene er basert på meget god dokumentasjon, men vi har likevel kun gitt anbefaling grad B – moderat anbefaling. Dette avspeiler at det er en viss usikkerhet knyttet til avveiningene av fordelene og ulempene ved antibiotikabehandling ved sår hals, se Tabell 1 [1].

### Svensk og norsk oppfatning

Vi er ikke sikre på hva Roos og medarbeidere mener med »den norske» og »den svenske» oppfatningen om diagnostikk og behandling av sår hals. Det er stor variasjon i praksis, og det er stor variasjon i anbefalingene både nasjonalt og internasjonalt.

I norsk allmennpraksis har vi inntrykk av at utstrakt bruk av hurtigst har ført til at det har blitt gitt penicillin til pasienter med positiv streptokokk hurtigst, men med sparsomme symptomer og funn. Vår konklusjon etter vurderingen av dokumentasjonen er altså at vi ikke finner grunnlag for å anbefale rutinemessig bruk av antibiotika ved streptokokktonsillitt.

Våre formuleringer er mer nyanserte enn slik de er formulert i lesebrevet [2]. Vi sier: »Pasienter med sår hals skal vanligvis behandles symptomatisk uten antibiotika.» Våre anbefalinger fikk bred tilslutning i en høringsprosess

### Författare

SIGNE FLOTTORP

ANDREW D OXMAN

Seksjon for helsetjenesteforskning, Statens institutt for folkehelse, Postboks 4404 Torshov, 0403 Oslo

JOHN G COOPER

Medisinsk avdeling, Sentralsykehuset i Rogaland, 4069 Stavanger

PER HJORTDAHL

Institutt for allmenn- og samfunnsmedisinske fag, Universitetet i Oslo, Postboks 1130 Blindern, 0317 Oslo

SVERRE SANDBERG

Laboratorium for klinisk biokjemi, Haukeland Sykehus, 5021 Bergen

LARS H VORLAND

Mikrobiologisk avdeling, 9038 Regionsykehuset i Tromsø.

blant norske eksperter, og vi har ikke mottatt noen kritikk av anbefalingene etter at de ble publisert i Tidsskrift for Den norske lægeförening i juni i år.

## Hovedinvendingen

Vi forstår Roos og medarbeidere slik at hovedinnvendingen mot våre anbefalinger er frykt for økt forekomst av peritonsillitt, og frykt for at et økt antall pasienter med alvorlig streptokokkinfeksjon eller epiglottitt skal komme for sent til behandling.

Vi sier ikke at pasienter med vondt i halsen aldri skal oppsøke lege, men: »Det er derfor som regel ikke nødvendig for pasienter med sår hals å oppsøke lege.» Vi sier også eksplisitt at pasienter bør vurderes av lege »hvis sår hals er ledsaget av pustevansker eller stridor, dårlig allmenntilstand, kraftige halssmerter eller symptomer som har vart mer enn en uke».

Det vil alltid være en utfordring i primærhelsetjenesten å ikke overse de alvorlig syke, men det er neppe mange som vil hevde at alle som har vondt i halsen bør oppsøke lege for å finne ut om det er streptokokker der.

## Risikoen for peritonsillær abscess

Når det gjelder risikoen for peritonsillær abscess eller halsbyll ved ubehandlet sår hals, viser vi til at det er vanskelig å finne god oppdatert informasjon om dette [1]. Cochrane-oversikten viser en risiko for halsbyll innen to måneder på 2 prosent [4], mens nyere placebokontrollerte studier viser en lavere risiko [5-7].

Funnene til Zwart og medarbeidere gjelder en selektert gruppe pasienter med sår hals, og resultatene kan derfor ikke uten videre generaliseres til en selektert pasientgruppe med sår hals [7]. Denne studien inkluderte kun pasienter med minst tre av de fire Centor-kriteriene (feber >38,5°C, fravær av hoste, forstørrede og ømme fremre halsglandler og belegg på tonsillene). Pasientene var randomisert til tre grupper: behandling med penicillin i dose 250 mg tre ganger daglig i syv dager, tre dager og placebo.

Behandlingskoden ble brutt pga.

vedvarende smerter, truende abscess eller en komplikasjon hos 2 prosent av pasientene som fikk penicil-

**Oppfattningarna** om hur halsfluss («sår hals») bör behandlas skiljer sig av någon anledning åt mellan läkare i Sverige och Norge. (Illustration: Airi Iliste.)

lin i 7 dager, 4 prosent av pasientene som fikk penicillin i tre dager, og 13 prosent av pasientene som fikk placebo. Det var altså ikke slik at 13 prosent hadde peritonsillitt i placebogruppen. Tre av 177 placebobehandlede pasienter fikk halsbyll, en av disse hadde oppvekst av gruppe A streptokokker, de to andre hadde henholdsvis gruppe B og G streptokokker.

Det er feil at studien til Zwart er den eneste placebokontrollerte studien som er utført de seneste decenniene. Ni av studiene i Cochrane-oversikten er fra 1981 og seinere.

## De nederlandske retningslinjene

Det er heller ikke riktig at Nederlandene anbefaler behandling for alle streptokokktonsillitter. De nederlandske retningslinjene som er grunnlag for studien til Zwart og medarbeidere anbefaler penicillin i 7-10 dager for pasienter med fire positive Centor-kriterier, men ingen antibiotika til pasienter med

mindre enn tre Centor-kriterier [8]. Denne anbefalingen er primært basert på at antibiotika forkorter sykdomsforløpet med 1-2 dager, og ikke for å forebygge komplikasjoner: »Complications are rarely seen nowadays and longer duration of treatment would probably lead to no compliance, at least in the Netherlands.»

Vi har ikke som Nederlandene valgt kun å bruke kliniske kriterier ved diagnostikk av sår hals. Vi bruker kliniske kriterier for å skille ut pasienter med høy sannsynlighet for streptokokktonsillitt som eventuelt kan behandles uten hurtigtest, og pasienter med lav sannsynlighet for streptokokktonsillitt som verken bør testes eller behandles,

se ramme 2 [1].

Bivirkninger fører sjelden til seponering av penicillin, men milde til moderate bivirkninger rapporteres ganske ofte [1]. I studien til Zwart forekom kvalme (40 prosent) og magesmerter (26 prosent) hyppigere i penicillingruppen enn i placebogruppen (henholdsvis 16 prosent og 15 prosent) [7].

Vi har ikke gitt uttrykk for at behandling med penicillin ikke reduserer smittespredning, men vi har ikke funnet god dokumentasjon om eventuell smitteforebyggende effekt av behandling [1].

## Risikoen for residiv

Når det gjelder spørsmålet om risiko for residiv, er vi uenige i at studien til Ström er irrelevant fordi den er 50 år gammel og handler om scarlatina [9]. Vi har imidlertid ikke benyttet denne observasjonelle studien som grunnlag for å vurdere risikoen for residiv. Dette er vurdert på grunnlag av to kontrollerte studier som sammenliknet forsinket versus tidlig oppstart av penicillinbehandling, og en placebokontrollert studie [5, 10, 11]. Zwart og medarbeidere viste en ikke signifikant økning av reinfeksjon i gruppen som ble penicillinbehandlet, men denne studien omfattet

**ANNONS**

også pasienter som ikke hadde streptokokktonsillitt [7].

### Brukbare for svenske halsar!

Vi er kjent med flere gode svenske kliniske studier. Dersom vi skulle ha oversatt viktige studier som fyller våre inklusjonskriterier i forhold til de spørsmål vi har søkt etter svar på, vil vi gjerne bli gjort oppmerksom på dette.

Vi er enige i at det er mange viktige spørsmål som vi ikke har drøftet eller som vi har diskutert svært kortfattet.

Vi har kommet fram til anbefalingene etter en kritisk og samlet vurdering av eksisterende dokumentasjon. Vi mener at våre norske anbefalinger er brukbare også for svenske halsar.

### Referenser

1. Flottorp S, Oxman AD, Cooper JG, Hjortdahl P, Sandberg S, Vorland LH. Retningslinjer for diagnostikk og behandling av sår hals. *Läkartidningen* 2000; 97: 4437-48.
2. Roos K, Prellner K, Holm S, Larsson P, Stjernqvist-Desatnik A, Strömberg A. Norske retningslinjer for sår hals inget for svenske halsar! *Läkartidningen* 2000; 97: 5144.
3. Oxman A, Flottorp S, Cooper JG, Hjortdahl P, Sandberg S, Vorland LH. Nivået av dokumentasjonen og styrken av anbefalingene i kliniske retningslinjer. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2000; 120: 1791-5.
4. Del Mar C, Glasziou PP, Spinks AB. Antibiotics for sore throat. (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*, Issue 1, 2000. Oxford: Update Software, 2000.
5. Dagnelie CF, van der Graaf Y, de Melker RA. Do patients with sore throat benefit from penicillin? A randomized double-blind placebo-controlled clinical trial with penicillin V in general practice. *Br J Gen Pract* 1996; 46: 589-93.
6. De-Meyere M, Mervielde Y, Verschraegen G, Bogaert M. Effect of penicillin on the clinical course of streptococcal pharyngitis in general practice. *Eur J Clin Pharmacol* 1992; 43: 581-5.
7. Zwart S, Sachs AP, Ruijs GJ, Gubbels JW, Hoes AW, de Melker RA. Penicillin for acute sore throat: randomised double blind trial of seven days versus three days treatment or placebo in adults. *BMJ* 2000; 320: 150-4.
8. de Melker RA, van Balen FAM. Antimicrobial treatment of upper respiratory tract infections from the Dutch perspective. *International Journal of Antimicrobial Agents* 1997; 9: 43-8.
9. Ström J. Penicillin treatment and immunity to scarlatina. *Acta Paediatr* 1954; 43: 267-79.
10. Pichichero ME, Disney FA, Talpey WB, Green JL, Francis AB, Roghmann KJ et al. Adverse and beneficial effects of immediate treatment of Group A beta-hemolytic streptococcal pharyngitis with penicillin. *Pediatr Infect Dis J* 1987; 6: 635-43.
11. el-Daher NT, Hijazi SS, Rawashdeh NM, al-Khalil IA, Abu-Ektaish FM, Abdel-Latif DI. Immediate vs. delayed treatment of group A beta-hemolytic streptococcal pharyngitis with penicillin V. *Pediatr Infect Dis J* 1991; 10: 126-30.

Kommentar från STRAMA:

## Motstridiga norska retningslinjer om behandling av halsfluss

I *Läkartidningen* 40/00 (sidorna 4437-48) återges norska retningslinjer för behandling av svalginfektion («sår hals») vilka utvecklats som del av ett projekt finansierat av Kvalitetssikringsfond I i Den norske lægeforening [1].

Retningslinjerna bygger på en analys av källor hämtade från bl a Medline och The Cochrane Library och mynnar ut i en huvudrekommendation att sådana infektioner ej skall antibiotikabehandlas. Ett av skälen till dessa ställningstaganden är att effekten av penicillin på symtomduration är liten.

### Dansk kritik mot metaanalyser

Nyligen publicerades i *Läkartidningen* ett inlägg från Danmark under vinjetten evidensbaserad medicin som kritiserar metaanalyser från Cochrane Collaboration avseende antibiotikas effekt på symtom och komplikationer vid halsinfektion [2]. Kritiken riktar sig främst mot att dessa metaanalyser inte lägger vikt vid skillnader i förhållanden mellan streptokokkbetingade och virusorsakade infektioner, och man menar att grupp A-streptokocker är virulenta och potentiellt livsfarliga bakterier som bör behandlas med penicillin när de påvisas hos patienter med kliniskt relevanta symtom, t ex halsinfektion.

### Skillnader tonas ned

I de norska retningslinjerna nedtonas dessa skillnader. Visserligen omnämns en nyligen publicerad placebokontrollerad studie av halsfluss som visar signifikant kortare symtomduration efter penicillinbe-

”Med tanke på den debatt om behandling av svalginfektioner som nu initierats i *Läkartidningen* planerar STRAMA att i samverkan med Läkemedelsverket anordna en workshop i denna fråga under våren 2001.”

linbehandling, men man lyfter inte fram det viktigaste resultatet av denna studie nämligen att penicillinbehandlade patienter blev symtomfria hela 2,5 dagar tidigare än patienterna i placebogruppen [3].

### Annan arbetsgrupp i Norge kom till andra slutsatser

Det är också särskilt intressant att konstatera att en annan arbetsgrupp i Norge, tillsatt av Statens Helsetilsyn, nyligen utgivit en handbok om antibiotika i allmänpraxis [4]. I denna handbok rekommenderas att halsinfektioner förorsakade av grupp A-streptokocker skall antibiotikabehandlas, och man är av den uppfattningen att penicillinbehandling av kraftiga tonsilliter reducerar antalet suppurativa och immunologiska komplikationer.

Av ovanstående är det uppenbart att uppfattningarna inom Norden skiljer sig åt, och att det inte heller i Norge råder konsensus om hur evidensen om

### Författare

För STRAMAs nationella ledningsgrupp:

#### OTTO CARS

adjungerad professor, STRAMA, Smittskyddsinstitutet, Solna

#### SIGVARD MÖLSTAD

docent, Primärvårdens FoU-enhet, Vårdcentralen, Mjölby.