

Sigvard Mølstad, distriktsläkare, Primärvårdens FoU-enhet, Jönköping (sigvard.molstad@ltjkpg.se)

Malin André, distriktsläkare, Britsarvets vårdcentral och Centrum för klinisk forskning, Falun

Faryngotonsillit: nya riktlinjer kräver nya rutiner

I Läkartidningen pågick våren 2001 en debatt om hur faryngotonsillit skulle handläggas [1-3]. Därför genomfördes på initiativ av STRAMA (Strategigruppen för rationell antibiotikaanvändning och minskad antibiotikaresistens) ett expertmöte i Läke-medelsverkets regi [4]. Hela dokumentet, inklusive bakgrundsdokumentet, finns på www.mpa.se eller www.strama.org. Expertmötet resulterade i följande sammanfattande slutsatser:

»Allvarliga komplikationer som glomerulonefrit och reumatisk feber är idag mycket sällsynt förekommande och motiverar inte i sig behandling av alla halsinfektioner orsakade av *Streptococcus pyogenes* (S.p.).

Många patienter som söker för halsont kan diagnostiseras som troliga virusinfektioner på den kliniska bilden, framförallt om snuva och hosta förekommer. Hos dessa bör etiologisk streptokockdiagnostik, till exempel snabbtest undvikas.

Vid klinisk bild talande för faryngotonsillit och osäkerhet om genes rekommenderas bakteriologisk diagnostik.

Patienter med tydliga symtom och kliniskt eller laboratoriemässigt säkerställd S.p.-orsakad faryngotonsillit erbjuds behandling med penicillin V (PcV) i tio dagar.

Vid recidivinfektion ges cefalosporin alternativt klindamycin.

Vid terapivikt, ifrågasätt diagnosen!

Vid täta recidiv, överväg tonsillektomi, men först efter att ett cefalosporin eller klindamycin har prövats.»

Vid en första anblick kan skillnaderna i ovanstående jämfört med tidigare rekommendationer te sig små, men de kan få stora konsekvenser i det praktiska arbetet.

Följande text och förslag till handläggning (Figur 1 och 2) är författarnas tolkning av hur expertmötets slutsatser inklusive bakgrundsdokumentet kan översättas till nya rutiner vid telefonrådgivning och klinisk praxis i primärvården.

Komplikationer sällsynta numera

Den viktigaste nyheten är att *Streptococcus pyogenes* vid halsinfektioner inte längre är en vanlig orsak till allvarliga komplikationer. Reumatisk feber och glomerulonefrit har blivit mycket sällsynta i västvärlden, och man behöver därför inte leta efter och behandla alla patienter som har halsont orsakat av S pyogenes. Bakterien är fortfarande en av de mest virulenta och kan orsaka en rad allvarliga tillstånd, som sepsis och »streptococcal toxic shock syndrome« (STSS). Dessa

SAMMANFATTAT

Halsont är en av de vanligaste orsakerna till kontakt med primärvården. Rutiner för handläggning och behandling av halsont har därför stor betydelse för vårdcentralernas verksamhet och sjukvårdens kostnader.

Från att ha varit en fruktad infektionssjukdom med allvarliga komplikationer är faryngotonsillit orsakad av *Streptococcus pyogenes* idag en infektion som i hög grad självläker.

Klinisk undersökning och symptomvärdering bör alltid föregå eventuell testning för S pyogenes (snabbtest eller odling).

Om virussyntom (snuva, hosta eller heshet) förekommer eller om halsbesvären är lätta finns sällan skäl till testning eller ett läkarbesök. Det finns heller inte skäl till att patienter skall behöva komma på jourtid.

Testning för S pyogenes utförs på de patienter som har typiska symtom och klinisk bild förenlig med akut faryngotonsillit i syfte att hitta de patienter som kan få nytta av antibiotikabehandling.

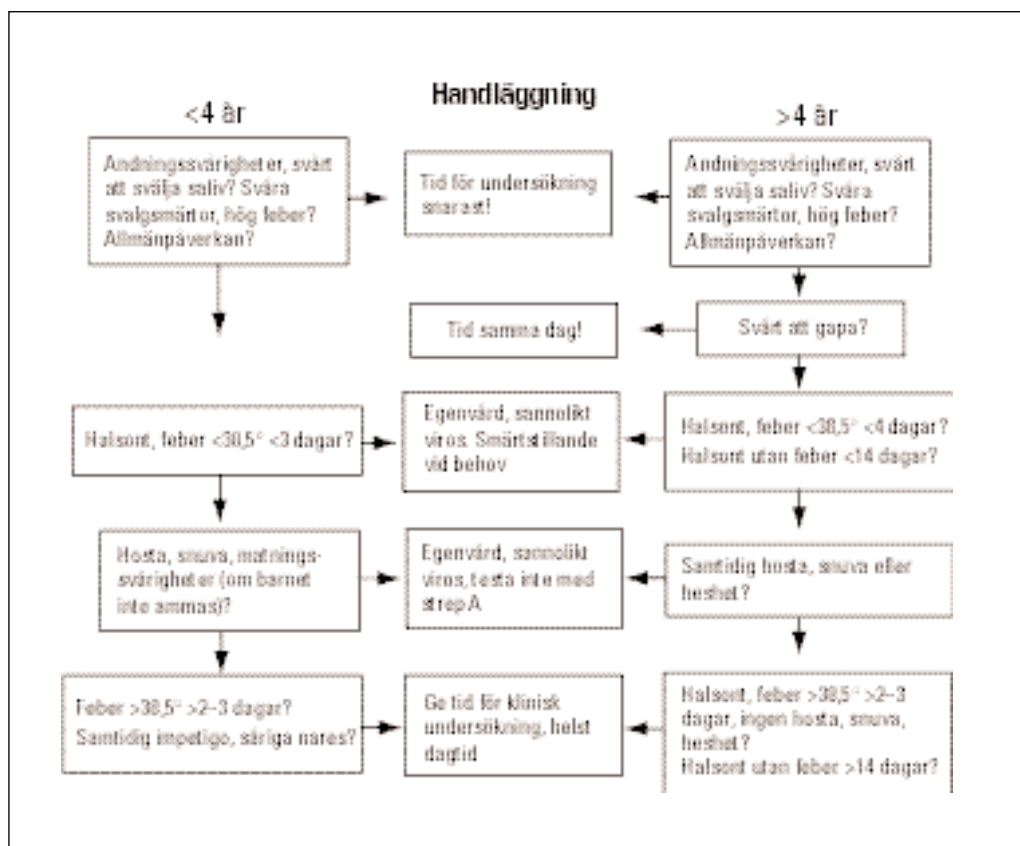
sjukdomar föregås dock sällan av halsinfektioner utan oftare av hud- och mjukdels- eller gynekologiska infektioner.

Peritonsillit är en vanligare men mindre allvarlig komplikation till faryngotonsillit. Den uppträder oftast utan samtidigt fynd av S pyogenes och oftast utan att patienten tidigare sökt för faryngotonsillit.

Snabbtest överanvänds

Patienter med en virusorsakad halsinfektion har förutom halsont ofta hosta, snuva eller heshet. Dessa patienter bör inte utsättas för provtagning, utan anamnesen är tillräcklig för diagnosen.

I denna patientgrupp, med låg förekomst av S pyogenes, har snabbtest lågt positivt prediktivt värde (stor andel falskt positiva svar), varför de bör undvikas. På alltför många lä-



Figur 1. Förslag till schema vid telefonrådgivning för ont i halsen.

karmottagningar har under de senaste åren snabbtest för *S pyogenes* tagits på alla patienter med halsont, i många fall före den kliniska undersökningen. Kanske kan den utbredda användningen av snabbtest förklara varför halsinfektioner blivit den vanligaste orsaken till ett antibiotikarecept, vanligare än akut öroninflammation [5].

Antibiotika bara vid faryngotonsillit och fynd av *S pyogenes*

Eftersom allvarliga komplikationer till faryngotonsillit orsakade av *S pyogenes* idag är sällsynta, är skälet till att använda antibiotika i huvudsak att lindra symtomen. Den symptomlindrande effekten av antibiotikabehandling beror på hur besvärliga patientens symtom är.

Ett antal placebokontrollerade studier visade att symtomtiden förkortades med mindre än ett dygn om de inkluderade patienterna hade verifierad *S pyogenes*-infektion och halsvärta. Däremot kunde symtomtiden förkortas med 1–2,5 dygn om de inkluderade patienterna med verifierad *S pyogenes*-infektion hade mer uttalade symtom, dvs minst tre av de fyra diagnostiska kriterierna: feber $>38,5^\circ$, ömmande lymfkörtlar i käkvinklarna, beläggningar på tonsiller och avsaknad av hosta. Med dessa diagnostiska kriterier har ca 50 procent av patienterna en infektion orsakad av *S pyogenes*, och i denna grupp har snabbtest för *S pyogenes* ett högt positivt prediktivt värde (få falskt positiva svar). Om odling/snabbtest för *S pyogenes* visade negativt resultat påskyndade inte antibiotika tillfrisknandet över huvud taget. Expertmötets slutsats var att med den kunskap vi har idag är det rimligt att erbjuda antibiotika till de patienter som har en tydlig faryngotonsillitbild och fynd av *S pyogenes*.

Antibiotika till barn av epidemiologiska skäl

Ett stort problem är att placebokontrollerade studier på mindre barn saknas. Barn under 4 år får sällan faryngotonsillit, utan *S pyogenes*-infektioner ger förutom feber och halsont

ofta impetigo och såriga näsar. Om virussyntom saknas och misstanke om *S pyogenes*-infektion finns (paronyki, impetigo, såriga näsar) kan testning för *S pyogenes* vara motiverad (Figur 2). Men om barnet samtidigt har virussyntom (hosta, snuva, matningssvårigheter – om barnet inte ammas) talar det emot *S pyogenes*-infektion, och provtagning är då onödig och bör undvikas.

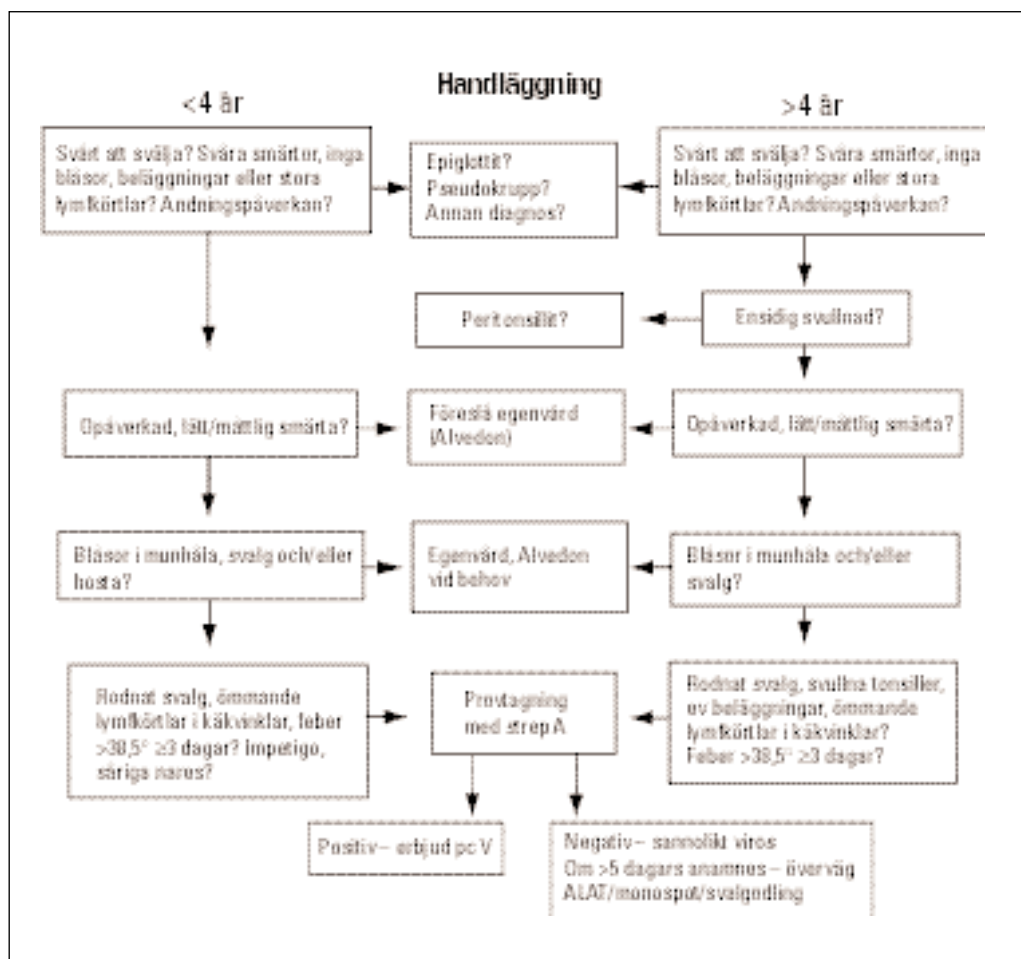
Det kan finnas epidemiologiska skäl att behandla *S pyogenes*-infektioner hos barn med antibiotika. Sådan behandling kan minska smittspridning inom familjen och möjligen i samhället.

Ett återkommande problem är hur *S pyogenes*-infektioner på daghem bäst skall handläggas, men här saknas studier. Socialstyrelsen har i sin handbok olyckligtvis därför givit två förslag på handläggningsrutiner [6]. Viktigast är sannolikt att varje daghem har en kontaktläkare och att smittspridning förebyggs genom mycket utvistelse och med god hygien, dvs pappersnäsdukar, pappershanddukar och regelbunden handtvätt.

Vår tolkning av expertmötets riktlinjer

Det är viktigt att all personal i sjukvården informeras om de nya rekommendationerna för handläggning av faryngotonsillit. Den information som lämnas vid telefonrådgivning och vid läkarbesök måste vara enhetlig och kunna följas av alla yrkeskategorier. Det är viktigt att patienten redan före läkarbesöket informeras rätt och får rätt rådgivning och att de rätta patienterna erbjuds klinisk undersökning.

För att underlätta implementeringen av expertmötets riktlinjer har vi utifrån vår tolkning utarbetat ett förslag till hur ett enkelt schema kan se ut, som sedan kan diskuteras vidare på respektive vårdenhet (Figur 1 och 2). Förekommer snuva, hosta eller heshet kan halsytan diagnostiseras som en trolig virusinfektion, och etiologisk diagnostik bör undvikas. Vid lindriga besvär av en halsinfektion, där antibiotika skul-



Figur 2. Förslag till schema vid klinisk undersökning efter telefonrådgivning för halsont. Observera att faryngotonsillit är ovanlig hos barn <4 år och att det även finns epidemiologiska skäl för provtagning för *S pyogenes*.

le ge mycket liten behandlingsvinst, även om besvären orsakas av *S pyogenes*, finns sällan skäl för etiologisk diagnostik eller läkarbesök. Likaså finns det sällan skäl till att patienten behöver komma på jourtid – om tid kan erbjudas nästa dag.

Den kliniska undersökningen hos äldre barn och vuxna inriktas på att verifiera att anamnes och status stämmer med bilden av akut faryngotonsillit. Om de diagnostiska kriterierna är uppfyllda (minst tre av fyra diagnostiska kriterier: feber >38,5°, ömmande lymfkörtlar i käkvinklarna, beläggningar på tonsiller och avsaknad av hosta) bör etiologin verifieras med snabbtest eller odling för *S pyogenes* innan antibiotikabehandling erbjuds (Figur 2).

Hos mindre barn är sällan faryngotonsillit ett typiskt fynd vid *S pyogenes*-infektion. Om inte typiska virussyntom finns kan t ex förekomst av *S pyogenes*, impetigo eller skarlatini-formt utslag i närmiljön motivera testning för *S pyogenes*. Ett annat vanligt snabbtest, CRP (C-reaktivt protein), har inget värde i diagnostiken av halsinfektioner i det enskilda fallet.

Önskvärt med fungerande register

De nya kunskaperna om faryngotonsillit som sammanfattats i riktlinjerna från Läkemedelsverkets expertmöte bör resultera i nya rutiner i sjukvården och i aktiv information till allmänheten. För att förändra invanda besöks- och behandlingsmönster måste informationen upprepas och göras lättillgänglig för allmänheten. För att kunna utvärdera effekterna av nya terapirutiner skulle inte bara en fungerande diagnosreceptregistrering behövas utan också ett biverknings- och komplikationsregister.

*

Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.

Referenser

1. Flottorp S, Oxman AD, Cooper JG, Hjortdahl P, Sandberg S, et al. Retningslinjer för diagnostik och behandling av sår hals. *Läkartidningen* 2000;97(22):4437-8.
2. Roos K, Prellner K, Holm S, Larsson P, Stjernquist-Desatnik A, Strömberg A, et al. Norska riktlinjer för »sår hals« inget för svenska halsar. *Läkartidningen* 2000;97(45):5144-5.
3. Hoffman S, Kolmos HJ. Antibiotikas effekt på symtom och komplikationer vid halsinfektion. Kommentar till en metaanalys från Cochrane collaboration. *Läkartidningen* 2000;97(22):2730-2.
4. Handläggning av faryngotonsilliter. Uppsala: Läkemedelsverket; 2001. Information från Läkemedelsverket. Workshop. 2001;7/8:44-75.
5. Stålsby Lundborg C, Olsson E, Mölstad S and the Swedish Study Group on antibiotic use. Antibiotic prescribing in out-patients – a one week diagnosis-prescribing study in five counties in Sweden. *Scand J Infect Dis* 2002;34:442-8.
6. Förslag till handläggning av misstänkt streptokockutbrott i barnomsorgen. I: Smitta i förskolan. Kunskapsöversikt. Stockholm: Socialstyrelsen; 2001.