

Kontraproduktivt att inte behandla streptokockorsakad halsinfektion

Det breder alltmer ut sig en uppfattning att streptokocktonsillit inte alltid behöver behandlas. För detta synsätt finns absolut inget stöd i vetenskapen och inte heller i våra konsensusbeslut.

Man möter allt oftare påståendet att patienter med en streptokockorsakad faryngotonsillit, framför allt de med måttliga besvär, inte behöver behandlas. Denna restriktiva inställning motiveras med att vinsten i form av patientens subjektiva tillfrisknande är begränsad och att en lägre förskrivning av penicillin till dessa patienter skulle ha en avgörande betydelse för resistensläget. Vi tycker att denna inställning är märklig och kan ha en rad negativa effekter.

Fakta om smittspridning av streptokocker är något som man sällan eller aldrig möter vid diskussioner om att avstå från behandling vid streptokockinfektioner i svalget. Men streptokocker smittar! Det är därför vi har våra epidemier på daghem och förskolor och »pingpong«-infektioner i familjen. Den infekterade smittar oavsett graden av sjukdom. Med behandling avdödas streptokocker effektivt, och smittorisken avtar. Det har visats att en överväldigande majoritet av patienter med påvisad streptokockorsakad faryngotonsillit var negativa i svalgodlingen redan efter tre penicillindoser [1].

Att avstå från att behandla dem med måttliga symtom är, ur smittsynvinkel, felaktigt.

KRISTIAN ROOS

docent i öron-, näsa- och hals-sjukdomar, överläkare, Capio Lundby Sjukhus, Göteborg
Kristian.Roos@capio.se

ANDERS STRÖMBERG

docent i infektionssjukdomar, Primärvården, Göteborg

Cirka hälften av de som har en symtomgivande snabbtest- och odlingsverifierad streptokocktonsillit har normal kroppstemperatur eller bara måttlig feber [2]. Det är kanske just de med måttliga symtom som smittar mest eftersom dessa patienter kommer att gå till dagis, skola och arbete i större utsträckning än de som har mer uttalade besvär. Om man väljer att inte behandla en patient med streptokockorsakad faryngotonsillit, vad får i så fall patienten för besked om hur länge hon/han smittar?

Obehandlad anses en streptokockorsakad faryngotonsillit läka ut på en vecka om inga komplikationer tillstöter. I en placebokontrollerad studie visades att symtomen försvann 2,5 dagar fortare i den penicillinbehandlade gruppen än i den placebobebehandlade [3]. Behandlingen i denna studie sattes in i genomsnitt 3 dagar efter symptomdebut. Vid en tidigare insatt behandling hade effekten således blivit än mer uttalad. Vår kliniska erfarenhet är att patienterna snabbt blir bra på insatt behandling. I en behandlingsstudie [4] kunde man påvisa ett snabbt tillfrisknande och feberfrihet hos en majoritet av patienterna redan två dygn efter påbörjad behandling.

Halsböld uppkommer bl a efter streptokocktonsillit. I en placebokontrollerad studie på barn med streptokocktonsillit sågs en ökad frekvens komplikationer, bl a peritonsillit, i den obehandlade gruppen [5]. Dessutom hade ett antal barn med mer uttalade symtom och begynnande Halsböld (»imminent quincy«) exkluderats, varför behandlingseffekten sannolikt blivit ännu tydligare om alla inkluderats.

Den ökade spridningen av streptokocker, som uppkommer om vi avstår från att behandla patienter med streptokockorsakad faryngotonsillit, kan också ge en ökning av andra streptokockorsakade infektioner som mediaotit och sinuit. Dessa vanliga infektioner är i dag sällan orsakade av streptokocker. En ökad spridning av streptokocker kan komma att innebära att vi kanske måste ompröva vår restriktiva behandlingspolicy vid dessa sjukdomar. Man kan också anta att vi vid en ökad spridning av streptokocker kommer att se en ökning av de allvarliga, och ibland livshotande, streptokockinfektionerna. De övre luftvägarna är faktiskt en inte helt ovanlig inkörsport för dessa infektioner [6].

Man kan inte heller helt utesluta möjligheten av att sjukdomar som reumatisk feber och poststreptokockglomerulonefrit, i dag mycket sällsynta, kan återkomma.

Förstahandsmedel vid streptokockorsakad faryngotonsillit är fenoximetylpenicillin (pcV). Penicillinresistenta streptokocker har aldrig beskrivits. Tidigt insatt penicillinbehandling minskar smittrisken, sjukdomstiden och risken för komplikationer.

Vi måste vara tydligare vad avser olika antibiotikas förmåga att vara resistensdrivande. PcV är, jämfört med de flesta andra antibiotika, betydligt mindre resistensdrivande. Den framgångsrika »svenska penicillinmodellen«, dvs pcV som förstahandsmedel vid antibiotika-krävande bakteriella övre luftvägsinfektioner, har i hög grad bidragit till att vårt resistensläge är förhållandevis gott jämfört med det i många andra länder.

Bör behandlas?



Foto: Colourbox

Vi anser att en ökad spridning av streptokocker i samhället kommer att bli följden av en mer restriktiv behandling av patienter med streptokockorsakad faryngotonsillit. Detta kan få påtagliga negativa konsekvenser, och vi ser allvarliga risker med detta.

Vi tror också att förhoppningen om ett förbättrat resistensläge genom en minskad förskrivning av penicillin på indikationen streptokockorsakad faryngotonsillit inte kommer att infrias. Risken finns att vi tvärtom kommer att tvingas till en ökad förskrivning av antibiotika mot fler, och allvarligare, streptokockinfektioner.

■ *Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.*

REFERENSER

1. Strömberg A, Schwan A, Cars O. Bacteriological and serological aspects of group A streptococcal pharyngotonsillitis caused by group A streptococci. *Eur J Clin Microbiol Infect Dis.* 1988;7:172-4.
2. Roos K. Acute streptococcal tonsillitis. The diagnostic value of symptoms and signs in acute tonsillitis in children and the age of 10 and in adults. *Scand J Infect Dis.* 1985;17:259-67.
3. Zwart S, Sachs A, Ruijs G, Gubbels J, Hoes A, de Melker R. 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.
4. Strömberg A, Schwan A, Cars O. Five versus ten days treatment of group A streptococcal pharyngotonsillitis: A randomized controlled clinical trial with phenoxymethylpenicillin and cefadroxil. *Scand J Infect Dis.* 1988;20(1):37-46.
5. Zwart S, Rovers M, de Melker R, Hoes A. Penicillin for acute sore throat in children: randomised, double blind trial. *BMJ.* 2003;327:1324-7.

Läs mer Fullständig referenslista Lakartidningen.se