

Tonsillit fallbeskrivning 2013

Reviderat 2017-11-29

En 45-årig man söker vårdcentralen med halsont sedan två dagar tillbaka. Han har ingen hosta eller snuva. Det gör ont när han sväljer men han får i sig dryck och hyggligt med mat. Är tidigare frisk och medicinfri.

Status

AT: Gott och opåverkat. Temp: 38,0°.

Mun och svalg: Rodnade tonsiller med beläggningar. Ingen överskjutning. Kan gapa ordentligt.

Hals: Inga palpabla lymfkörtlar på halsen, ingen palpationsömhet i käkvinklarna.

Hjärta och lungor: Auskulteras ua. Normal andningsfrekvens. Puls 74.

Buk: Mjuk och oöm.

Hur ska vi handlägga denna patient?

- Hur många Centorkriterier har denna patient?
- Ska vi ta några prover?
- Är det aktuellt med antibiotikabehandling? Annan behandling?
- Hur informerar/samråder vi med patienten?

Allmänna frågor att diskutera kring faryngotonsillit

- Vilka är de fyra Centorkriterierna?
- Hur bör man handlägga patienter som har samtidiga virussytom?
- När har man nytta av antibiotika vid faryngotonsillit?
- Kan man utifrån anamnes och status skilja mellan virus- och streptokockorsakad faryngotonsillit? När bör man ta ett snabbtest för streptokocker grupp A (GAS)? Är CRP användbart?
- Kan man hoppa över snabbtestet för GAS om någon i patientens närmiljö har en streptokockinfektion?
- Hur bör man handlägga barn <3 år samt barn 3-6 år?
- Vad föranleder att patienten bör komma tillbaka?
- Terapisvikt på penicillin V?
- Vilka symtom kan indikera allvarlig infektion (med eller utan halsont)?
- Hur för vi ut budskapet om förändrade riktlinjer kring faryngotonsillit i vår befolkning?

Handledarmanual – tonsillit fallbeskrivning

Patienten i fallbeskrivningen har en halsinfektion med två Centorkriterier (avsaknad av hosta samt rodnade tonsiller **med** beläggningar). Vid färre än 3 Centorkriterier finns ingen visad nytta med antibiotika även om streptokocker grupp A (GAS) påvisas. Man bör därför avstå från att förskriva antibiotika. Därför finns det heller inte någon anledning att provta för streptokocker. Symtomatisk behandling ges vid behov. Informera patienten om att det rör sig om en självläkande infektion som blir bra lika fort utan antibiotika.

Vilka är de fyra Centorkriterierna?

Feber $\geq 38,5^\circ$, avsaknad av hosta, förstörade ömmande körtlar i käkvinklarna samt rodnade tonsiller **med** beläggningar.

Hur bör man handlägga patienter som har samtidigta virussyntom?

Samtida symtom som snuva, nästäppa, hosta eller heshet talar starkt för att även halsbesvären är virusorsakade. Eftersom man bör avstå från att förskriva antibiotika finns det heller inte någon anledning att provta för streptokocker. Barn och ungdomar är dessutom ofta symptomfria bärare av streptokocker i svalget.

När har man nytta av antibiotika vid faryngotonsillit?

Vid påvisade streptokocker och minst tre av fyra Centorkriterier reduceras perioden med halssmärta med 1-2,5 dagar vid antibiotikabehandling. Eftersom dessa patienter har nytta av antibiotika bör man erbjuda antibiotikabehandling förutsatt att streptokocker påvisats. Inled alltid med klinisk bedömning. Vid ≥ 3 Centorkriterier tar man ett snabbtest för GAS. Är snabbtestet positivt, förskriver man antibiotika. Är testet negativt, bör man i normalfallet avstå från antibiotika.

Kan man utifrån anamnes och status skilja mellan virus- och streptokockorsakad faryngotonsillit? När bör man ta ett snabbtest för GAS? Är CRP användbart?

Det går inte att se skillnad på virus- och streptokockorsakade faryngotonsilliter. Den kliniska bilden kan vara identisk. Vid ≥ 3 Centorkriterier är ca 50% av dessa faryngotonsilliter streptokockorsakade. Således i nivå med att singla slant. Därför är det viktigt att alltid ta ett snabbtest för GAS innan man bestämmer sig för att förskriva antibiotika.

CRP och LPK saknar värde i diagnostiken av okomplicerad faryngotonsillit då även virusfaryngotonsilliter kan ge förhöjda värden.

Kan man hoppa över snabbtestet för GAS om någon i patientens närmiljö har en streptokockinfektion?

Man kan likväl få en virusinfektion, även om det finns streptokocker i omgivningen. Enligt de nationella tonsillitriktlinjerna ska man därför alltid provta för GAS innan man bestämmer sig för att behandla med antibiotika.

Hur bör man handlägga barn <3 år samt barn 3-6 år?

Hos barn under tre års ålder orsakas inflammation i svalg och eller tonsiller bara i några enstaka procent av streptokocker. Så länge det inte finns verifierad streptokockinfektion i familjen är det oftast inte motiverat att testa små barn.

Barn 3-6 år får ytterst sällan beläggningar på tonsillerna orsakade av streptokocker varför rodnade tonsiller kan användas synonymt med beläggningar i denna åldersgrupp. I övrigt handläggs barn 3-6 år som vuxna.

Vad föranleder att patienten bör komma tillbaka?

Informera alltid patienten om att återkomma vid försämring eller utebliven förbättring inom tre dagar. Om patienten inte förbättras kan man då överväga att ta en svalgodling för att se om det växer streptokocker grupp C eller G (mindre vanliga orsaker till faryngotonsillit).

Terapisvikt på penicillin V?

GAS är alltid känsliga för betalaktamantibiotika (penicilliner och cefalosporiner) varför terapivikt, d.v.s. bristande klinisk effekt under pågående behandling beroende på penicillin- eller cefadroxilresistens, inte förekommer. Vid terapivikt bör därför, utöver annan möjlig etiologi, också patientens följsamhet till behandlingen värderas.

Terapisvikt på grund av makrolid- eller klindamycinresistens kan däremot förekomma och då bör terapibyten ske efter odling och resistensbestämning

Vilka symtom kan indikera allvarlig infektion (med eller utan halsont)?

Kraftig allmänpåverkan, uttalad smärta, svårigheter att svälja, andas, gapa och diarré/kräkningar (toxinpåverkan) bör föranleda akut undersökning då detta kan tyda på allvarlig infektion. Allvarliga differentialdiagnoser kan vara epiglottit, peritonsillit, retro/parafaryngeal abscess, invasiv streptokockinfektion, Lemièrres syndrom och difteri. Vid kraftig allmänpåverkan bör patienten remitteras akut till sjukhus, oberoende av resultat av snabbtest.

Hur för vi ut budskapet om förändrade riktlinjer kring faryngotonsillit i vår befolkning?

Vi har fått mycket ny kunskap om halsfluss på senare år. Vid lindrig halsfluss har man inte någon nytta av antibiotika. Du blir inte frisk fortare. Vid måttlig – svår halsfluss med streptokocker kan antibiotika förkorta symtomtiden med 1-2½ dygn.

Länk till Folkhälsomyndighetens patientinformation:

<https://www.folkhalsomyndigheten.se/publicerat-material/publikationsarkiv/r/rad-och-fakta-om-antibiotikaanvandning-antibiotika-och-halsont/>

Behandlingsrekommendationer vid faryngotonsillit

Behandlingsrekommendationerna avser i första hand patienter utan allvarlig underliggande sjukdom i öppenvård. Patienter med nedsatt immunförsvar kan exempelvis få mindre uttalade symtom. Rekommendationerna är avsedda som beslutsstöd men ersätter inte den kliniska bedömningen av en individuell patient.

Lästips: Läkemedelsverkets behandlingsrekommendation om faryngotonsilliter i öppenvård:

<https://lakemedelsverket.se/malgrupp/Halso---sjukvard/Behandlings--rekommendationer/Behandlingsrekommendation---listan/Faryngotonsilliter-i-oppen-varld/>