



2025-12-02

Behandlingsmetoder och evidens vid akut paronyki – en kartläggande litteraturöversikt

Författare:
Elisabet Löndahl, ST-läkare
Centrumpraktiken, Kungälv

Rapport: 286009 (rapportnr FoU i VGR), 2025

Litteraturstudie 2025

FoU i VGR: LÄNK <https://www.researchweb.org/is/vgr/project/286009>

Utförd under ST i allmänmedicin
inom Grundläggande forskningsmetodik för ST-A

Kursort: Göteborg

Handledare:

Andrea Mikkelsen, Med dr, leg dietist, universitetslektor. Specialist
Folkhälsa/Barnhälsovård och Födoämneöverkänslighet/Pedatrik Avd för
invärtesmedicin och klinisk nutrition. Sahlgrenska akademien vid Göteborgs
universitet

Robert Eggertsen Distriktsläkare, professor adj, FoU primär och nära vård
Göteborg och Södra Bohuslän, Allmänmedicin

Studierektor:

Amir Hoshiargar, specialist i allmänmedicin

Sammanfattning

Bakgrund

Akut paronyki är en infektion i nagelbandet som varat kortare tid än 6 veckor. Det är den vanligaste handinfektionen i Sverige och handläggningen sköts oftast i primärvården. En skada i huden mellan nagelbandet och nagelplattan gör det möjligt för bakterier att få fäste och därmed orsaka en infektion. Främst drabbas patienter som biter på naglarna, gjort manikyr, har en hudflik vid nagelbandet, suger på fingrarna eller har en inåtväxande nagel. I första hand behandlas infektionen konservativt med lokalbehandling med olika omslag samt topikal antibiotika och/eller topikal steroid. Enligt de svenska riktlinjerna ska antibiotika undvikas.

Syfte

Syftet med denna litteraturöversikt är att kartlägga evidens och olika behandlingsmetoder, som är tillämpbara på en vårdcentral, som finns beskrivna i litteraturen vid akut paronyki på fingrar hos vuxna.

Metod

Denna studie är utformad som en kartläggande litteraturstudie (scoping review) enligt Arksey & O'Malley. Litteratursökningen har genomförts i Pubmed och Embase.

Resultat

Sökningen resulterade i sex stycken artiklar som uppfyllde studiens inklusions- och exklusionskriterier. Dessa utgjordes av tre narrativa översikter, en förenklad översikt, en icke-randomiserad öppen interventionsstudie och en prospektiv studie.

Konklusion

Denna litteraturöversikt visar att det inte finns någon vetenskaplig evidens bakom de behandlingar som rekommenderas vid akut paronyki. Baserat på beprövad erfarenhet rekommenderas lokalbehandling med någon form av omslag och eventuellt tillägg av topikalt antibiotikum och/eller topikal steroid. När en abscess har utvecklats kan dränering utföras. Användning av antibiotika bör begränsas både vid frånvaro och närvaro av abscess. Det är främst till immunsupprimerade och allmänpåverkade patienter som antibiotika kan vara aktuellt. Mer forskning behövs för att undersöka den mest effektiva behandlingsmetoden.

Nyckelord

Akut paronyki, behandling, primärvård

Bakgrund

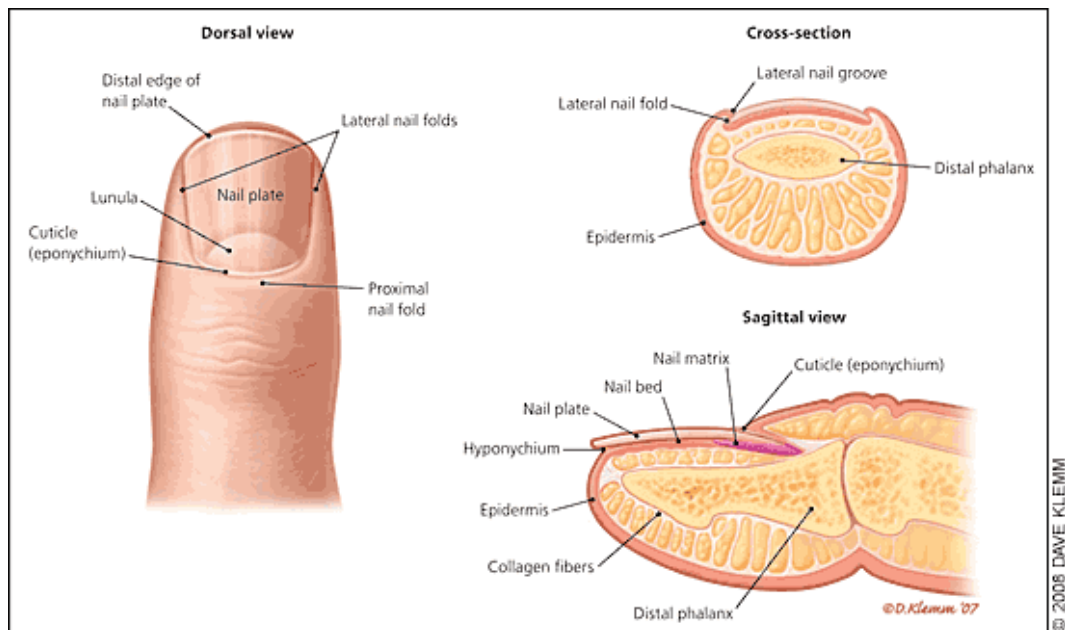
Paronyki, nagelbandsinfektion, är en infektion kring nagelbandet som kan vara akut (<6 veckor) eller kronisk (>6 veckor). Det är en av de vanligaste handinfektionerna (1) och drabbar kvinnor tre gånger oftare än män(2).

Paronyki orsakas oftast av bakterier i hudfloran. *Staphylococcus aureus*, *Streptococcus pyogenes* och *Pseudomonas* är vanliga patogener (3). I andra länder är *Meticillinresistent Staphylococcus aureus* (MRSA) en vanlig bakterie som måste tas i beaktande. I en studie i USA med 1500 patienter som genomgick incision och dränering av handinfektioner hade 458 (30,5%) positiva odlingar. Drygt hälften av dessa hade MRSA (4). Detta kan jämföras med en incidens på 2,4 % MRSA från alla hud- och mjukdelsinfektioner i Sverige år 2023 (5). Andra mer ovanliga orsaker till akut paronyki är herpes simplex och jästsvampen *Candida albicans* (1).

Differentialdiagnoserna pemfigus vulgaris, pustulär psoriasis och reaktiv artrit kan också yttra sig som akut paronyki och även läkemedel som till exempel systemiska retinoider och vissa cytostatika kan orsaka akut paronyki(2).

Anatomi, riskfaktorer och symtom

Fingernageln skyddar fingertoppen, reglerar temperaturen och möjliggör ökad känsel i fingerblomman genom att ge ett mottryck till känselorganen i fingerblomman (6). Nageln består av fem huvudkomponenter; nagelmatrix (nail matrix), nagelplatta (nail plate), nagelbädd (nail bed), nagelband (cuticle, eponychium) och nagelvallar (nail fold) (Figur 1). Nagelbandet är en utväxt av den proximala nagelvallen som håller huden och nagelplattan samman. Paronychium, eller nagelbandsområdet, är huden som omger nageln på sidorna och vid nagelns bas (6). Tillsammans skapar dessa strukturer ett skydd mot yttre påverkan (3).



Figur 1 Nagelns anatomi (3)

Akut paronyki kan uppstå efter en skada i huden framförallt om det är mellan det proximala nagelbandet och nagelplattan (7). Riskfaktorer är till exempel nagelbitning, manikyr, hudflik vid nagelbandet, arbete med händer i vatten, främmande kropp som till exempel en flisa eller tagg, fingersugning eller en inåtväxande nagel. En sådan liten skada gör det möjligt för bakterier att få fäste och kan därmed orsaka en infektion (3,8).

Akut paronyki uppkommer ofta relativt snabbt, drabbar oftast ett finger och ger symtom som svullnad, rodnad och smärta (7). Komplikationer till akut paronyki inkluderar bland annat abscess under nageln som kan leda till att nagelplattan reser sig och djupare infektioner som kan orsaka osteomyelit, det vill säga en infektion i skelettvävnaden. Även nageldystrofi kan uppkomma (2).

Akut paronyki är den vanligaste handinfektionen i Sverige (5) och handläggningen sker i första hand inom primärvården (9). Behandlingen är primärt konservativ med alsolsprit, Pevisone eller Terracortril (9,10). Lokalbehandling är oftast tillräckligt och enligt Läkemedelsverkets behandlingsrekommendation bör systemisk antibiotika inte ges (11). Det är inte ovanligt att patienter efterfrågar antibiotika när effekten av upplevs som långsam. Antibiotikabehandling kan uppfattas som harmlöst och förskrivs ofta trots att det inte är rekommenderat vilket kan leda till onödiga biverkningar och resistensutveckling (12). Denna litteraturöversikt undersöker vilka behandlingsmetoder som finns beskrivna i litteraturen så att primärvården kan ta ställning till hur akut paronyki kan behandlas på ett korrekt sätt.

Syfte

Syftet med denna litteraturöversikt var att kartlägga evidens och olika behandlingsmetoder, som är tillämpbara på en vårdcentral, som finns beskrivna i litteraturen vid akut paronyki på fingrar hos vuxna.

Metod

Studiedesign

Denna studie är utformad som en kartläggande litteraturöversikt (scoping review) enligt Arksey och O'Malley (13). Genom att göra en kartläggande litteraturöversikt är det möjligt att kartlägga ett område och på så sätt ge en överblick av ett ämnesområde. Att bedöma kvaliteten på de inkluderade studierna ingår inte i en scoping review (13). PRISMA Guidelines (14) har använts för att erhålla reproducerbarhet.

Identifiering av forskningsfråga

En PICO modell som modifierats till PIC-modell (P=population, I=intervention, C=Context) användes för att identifiera forskningsfrågan.

P: Vuxna patienter med akut paronyki

I: Olika behandlingsmetoder

C: Primärvård

Studieurval

Inklusionskriterier

1. Språk: Studier skrivna på svenska eller engelska
2. Publikationsår: 2000–2025
3. Akut paronyki på fingrar
4. Deltagare ≥ 18 år
5. Artiklar som handlar exklusivt om paronyki

Exklusionskriterier

1. Artiklar som ej kunde erhållas i fulltext
2. Artiklar som fokuserar på MRSA eller antibiotikaresistenta bakterier
3. Studier med fokus på kirurgiska tekniker där behandling skett inom specialiserad sjukvård

I ovan inklusionskriterier är publikationsår valda för att ge en aktuell syn på behandlingen av akut paronyki.

Artiklar med MRSA och antibiotikaresistens ingår i exklusionskriterierna eftersom antibiotikaresistensen i Sverige är låg jämfört med många andra länder. Studier med fokus på kirurgiska tekniker där behandling skett inom specialiserad sjukvård är exkluderade då det inte är intressant ur ett allmänläkarperspektiv. En studie (3) exkluderades då det fanns en annan artikel som uppdaterat den föregående (15).

Datainsamling och analys

Litteratursökningen gjordes 2025-09-16 i databaserna Pubmed och Embase. Som referenshanteringsprogram användes Zotero. Flera pilotsökningar gjordes och söksträngarna stämdes av med en vetenskaplig bibliotekarie vid Biomedicinska biblioteket på Göteborgs universitet.

Den söksträng som användes i Pubmed och Embase var:

```
((("Acute paronychia") OR (Felon)) OR ("Fingertip infection")) AND  
(((treatment) OR (therapeutics)) OR (therapy))
```

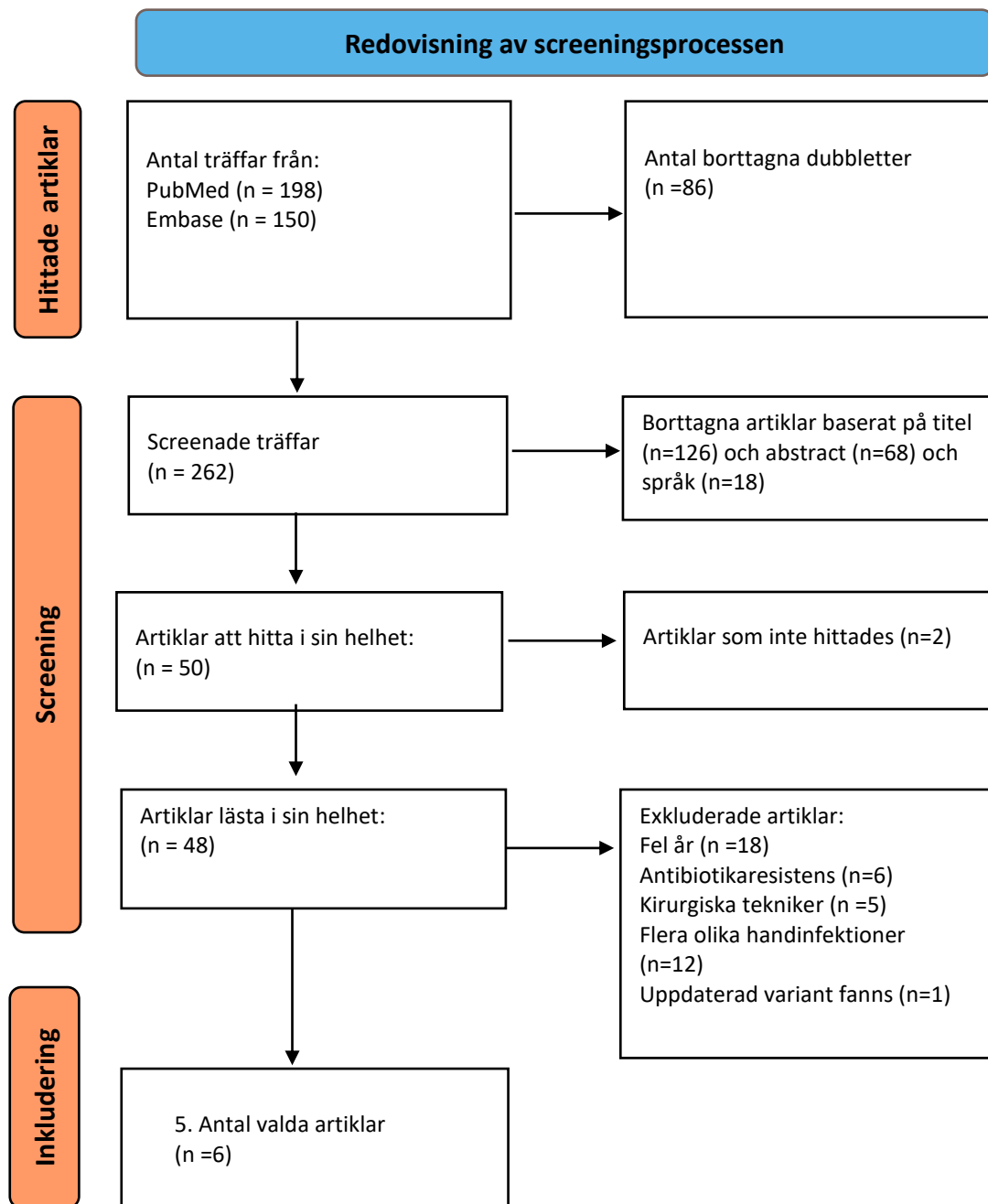
Sökträffarna selekterades utifrån på förhand definierade inklusion- och exklusionskriterier enligt ovan. Data extraherades från artiklarna och sammanställdes i en tabell (tabell 1) samt syntetiserades i textformat.

Etiska överväganden

Eftersom denna artikel är en kartläggande översikt som baseras på redan publicerade artiklar så är etiskt godkännande inte nödvändigt.

Resultat

Resultatet av sökningarna i de två databaserna Pubmed och Embase gav 198 respektive 150 träffar, sammanlagt 348 artiklar. Efter att dubletter tagits bort kvarstod 86 artiklar. Efter genomgång av titel och abstract, utifrån aktuella inklusions- och exklusionskriterier kvarstod 48 artiklar att läsa i sin helhet. Av dessa togs en artikel bort då den hade uppdaterats och ersatts av en annan artikel. 42 artiklar togs bort baserat på inklusions- och exklusionskriterier. De kvarstående sex artiklarna uppfyllde inklusionskriterierna. Figur 2 visar flödesdiagrammet enligt PRISMA för urvalsprocess av artiklar inkluderade i studien.



Figur 1. Flödesdiagram av urvalsprocessen enligt PRISMA(14)

De sex studier som inkluderades var publicerade mellan år 2001–2022. Två var från USA (15,16) och övriga var en vardera från Indien (2), Tyskland (17), England (18) och Nigeria (19). Se tabell 1 för full sammanställning. Tre av studierna var narrativa översikter (2,15,16), en var en förenklad litteraturöversikt (18), en var en icke-randomiserad öppen interventionsstudie (17) och en var en prospektiv studie (19). Studien av *Wollina* (17) inkluderade tjugo deltagare med medelålder på 40 år. Studien av *Ogunlusi et al* (19) inkluderade åtta deltagare med tio fall av paronyki i åldern 3-49 år, medelvärde $24,1 \pm 14,7$ år.

Etisk prövning redovisades inte för någon av studierna. För de tre översiktsartiklarna krävs ingen etisk prövning. Två av studierna, *Wollina* (17) samt *Ogunlusi et al* (19), nämnde inget om etikprövning. Dessa studier inkluderades ändå i översikten eftersom de uppfyllde inklusionskriterierna.

Behandling utan abscess

De tre översiktsartiklarna beskrev behandling vid frånvaro av abscess. Författarna ansåg att varma vattenbad, utan att närmare beskriva hur dessa ska utföras, bör rekommenderas som förstahandsåtgärd. *Leggit* (15) beskriver att de behandlingsmetoder som bör användas består av varma vattenbad, topikal antibiotika med eller utan topikal steroid eller en kombination av topikala terapier såsom tillägg av aluminiumacetatlösning (Burows lösning) och/eller ättiksyra i kombination med varma vattenbad. *Relhan et al* (2) redogör för en behandlingstrappa där steg 1 är varma vattenbad i kombination med aluminiumacetatlösning, ättiksyra, jod eller klorhexidin. Som steg 2 läggs topikal antibiotika och/eller topikal steroid till och som steg 3 systemiskt antibiotikum. Som topikal behandling rekommenderar *Relhan et al* (2) och *Leggit* (15) Mupirocin, Gentamicin¹ och fluorokinolon², vid misstanke om pseudomonas. *Relhan et al* (2) rekommenderar även Bacitracin/polymyxin B³. *Ritting et al* (16) förespråkar behandling med varma saltvattenbad i kombination med systemiskt antibiotikum riktat mot *S. aureus*. Enligt *Leggit* (15) och *Ritting et al* (16) stöds ingen av de beskrivna lokalbehandlingarna av stark evidens.

Wollina (17) utvärderade en behandling i öppenvård av okomplicerad bakteriell paronyki i en icke-blindad studie. En grupp behandlades med enbart topikal antibiotika, *gentamicin*, och den andra gruppen behandlades med topikal antibiotika i kombination med topikal steroid, *fusidinsyra/betametason*. Rodnad, svullnad, exsudat och smärta rankades från 0–10. Gruppen som fick kombinationsbehandling hade en 50% minskning av symtom efter $3,5 \pm 2$ dagar jämfört med $5,1 \pm 3,1$ dagar i gruppen som enbart fick topikal antibiotika. Efter två veckor var resultaten likvärdiga för båda grupperna då samtliga deltagare hade 0 eller 1 poäng.

Systemisk antibiotikabehandling

Relhan et al (2) och *Leggit* (15) anser att antibiotikaanvändningen vid akut paronyki bör begränsas och riktas mot den mest sannolika patogenen.

¹ Avregistrerat i Sverige

² Finns ej som topikal behandling i Sverige

³ Finns ej som topikal behandling i Sverige. Jämförbart med Terracortril med polymyxin B(20).

Antibiotika ska övervägas till patienter med uttalad infektion, som är allvarligt sjuka eller immunosupprimerade. *Ritting et al* (16) och *Ogunlusi et al* (19) använde systemisk antibiotika i hög utsträckning utan att ange skäl för detta.

Som systemisk antibiotikabehandling rekommenderas enligt *Ritting et al* (16) och *Relhan et al* (2) cefalexin⁴, klindamycin eller amoxicillin/klavulansyra. Dessa antibiotika täcker de flesta patogener som orsakar akut paronyki men jämförande studier mellan dessa preparat saknas (16). Båda forskargrupperna anser att Trimetoprim-sulfa bör övervägas i områden med hög incidens av MRSA. *Relhan et al* (2) och *Leggit* (15) listar antibiotika för olika bakterier och betonar vikten av att lokala resistensmönster beaktas vid val av antibiotika (2,15).

Behandling vid abscess (dränering)

Vid abscess är *Leggit* (15), *Ritting et al* (16), *Relhan et al* (2), *Ogunlusi et al* (19) samt *Wollina* (17) överens om att en kirurgisk åtgärd för att dränera området bör ske. *Relhan et al* (2) beskriver flera kirurgiska metoder varav två oftast kan utföras utan bedövning. Den ena metoden utförs med en liten skalpell som förs in vid övergången mellan den laterala och proximala nagelvallen för att möjliggöra spontan dränering. Den andra metoden är en teknik som heter DAREJD som *Ogunlusi et al* (19) har studerat (se nedan). De övriga metoder som beskrivs av *Relhan et al* (2) anses inte relevanta för denna litteraturöversikt då de är svåra att utföra i primärvården. *Ritting et al* (16) nämner några olika enkla kirurgiska metoder där ett alternativ är dränering med en nål, likt DAREJD-tekniken. *Leggit* (15) menar att den kirurgiska behandlingen bör individualiseras beroende på den kliniska situationen och den behandlande läkaren eftersom inga randomiserade kontrollerade studier har jämfört olika dräneringsmetoder.

Ritting et al (16) och *Ogunlusi et al* (19) behandlade med antibiotika efter dränering. *Leggit* (15) och *Relhan et al* (2) anser att antibiotika i allmänhet inte bör ges efter dränering eftersom prospektiva studier har visat att tillägg av systemiskt antibiotikum inte förbättrar läkningsfrekvensen (2,15).

Ogunlusi et al (19) genomförde en prospektiv studie med syftet att möjliggöra tidig diagnos och att identifiera en enkel dräneringsteknik, DAREJD, för paronyki. Tekniken innebär att den infekterade nagelbädden delvis lyfts upp med hjälp av en nål för att möjliggöra passiv dränering av var. För att nå full dränering kunde ett lätt tryck läggas mot nagelbädden.

⁴ Avregistrerat i Sverige

Efter dränering lades såret om och alla patienter fick antibiotika i fem dagar, ingen uppgift om vilket antibiotikum som användes redovisas. Samtliga patienter hade läkt inom två dagar och inga återfall eller komplikationer rapporterades efter sex månader.

Shaw et al (18) genomförde en litteratursökning för att utvärdera om incision och dränering är att föredra framför systemiskt antibiotikum vid akut paronyki. Författarna identifierade inga relevanta studier eller artiklar som utvärderat detta och drog slutsatsen att en väl designad jämförande studie behövs för att reda ut om traditionell kirurgi leder till bättre resultat. *Ritting et al* (16) upprepade samma sökning som *Shaw et al* (18) sex år senare men identifierade inga nya studier.

Tabell 1. Sammanställning av inkluderade artiklar

Författare, år, titel	Land	Studiedesign	Population	Intervention	Beskrivning av metod	Slutsats
<i>Ritting, A.W. et al 2012</i> Acute Paronychia (16)	USA	Narrativ översikt	Ej relevant	Ej relevant	<p>Utan abscess: Lokalbehandling med varma saltvattenbad 3–4 gånger dagligen och oral antibiotika mot <i>S. aureus</i></p> <p>Vid abscess: Incision och dränering med 21G eller 23G nål, steril kompress i 48 timmar och därefter varma saltvattenbad. Antibiotika efter odlingssvar.</p>	Mer forskning behövs, ingen evidens finns för den föreslagna behandlingen
<i>Leggit, J.C. 2017</i> Acute and Chronic Paronychia (15)	USA	Narrativ översikt	Ej relevant	Ej relevant	<p>Ingen abscess: Varma vattenbad. Topikal antibiotika med eller utan topikal steroid. Aluminiumacetatlösning + ättiksyra + varma vattenbad. Begränsa användning av antibiotika</p> <p>Vid abscess: Lokalbehandling 2–3 dagar därefter dränering. Efter dränering omslag med eller utan aluminiumacetatlösning eller ättiksyra 2–3 gånger per dag 2–3 dagar. Begränsa användning av antibiotika</p>	
<i>Relhan, V. et al 2022</i> Acute and Chronic Paronychia Revisited: A Narrativ Review (2)	Indien	Narrativ översikt	Ej relevant	Ej relevant	<ol style="list-style-type: none"> varma vattenbad 3–4 gånger om dagen + en av aluminiumacetatlösning eller ättiksyra eller klorhexidin eller utspädd povidonjod Lägg till topikal antibiotika och/eller topikal steroid Systemiskt antibiotikum <p>Vid abscess: Dränering om lokalbehandling inte hjälper. Tekniken ska utgå ifrån den kliniska situationen och läkarens erfarenhet.</p>	

Författare, år, titel	Land	Studiedesign	Population	Intervention	Beskrivning av metod	Slutsats
<i>Shaw, J. et al 2005</i> Incision and drainage preferable to oral antibiotics in acute paronychia nail infection? (18)	England	Förenklad litteraturoversikt			Inga artiklar hittades	Det finns inga bevis för att oral antibiotika är bättre eller sämre än incision och dränering av akut paronyki.
<i>Wollina, U. 2001</i> Acute paronychia: comparative treatment with topical antibiotics alone or in combination with corticosteroid (17)	Tyskland	Icke-randomiserad, öppen interventionsstudie	Patienter med akut paronyki N=20 Kvinnligt kön 75% Ålder 22-63 år	Grupp A: fucidinsyra + betametason (Fucicort). Grupp B gentamicin (Sulmycin). Båda grupperna behandlade själva hemma. Undersöktes 2 gånger de kommande två veckorna.	50 % minskning av smärta efter 3,5 +/-2 dagar i grupp A vs 5,1+/- 3,1 dagar i grupp B. Alla utläkta efter 2 veckor.	Kombinationen fucidinsyra + betametason är säkert och effektivt vid okomplicerad akut paronyki och verkar bättre än enbart topikal antibiotika
Ogunlusi, J.D. et al 2005 DAREJD simple Technique of Draining Acute Paronychi (19)	Nigeria	Prospektiv studie	Patienter med akut paronyki N=8 Kvinnligt kön 62,5% Ålder 3-49 år	Dränering utan lokalbedövning genom att lyfta den infekterade nagelbädden från nageln med hjälp av en 23G/21G nål. Därefter 5 dagars antibiotika	Läkning inom 2 dagar med normal fingerfunktion. Inga återfall eller komplikationer efter 6 månader.	DAREJD är en effektiv teknik, som regel smärtfri och enkel att utföra

Diskussion

I denna litteraturöversikt har sex studier granskats med avseende på behandlingsmetoder vid akut paronyki: tre narrativa översikter, en förenklad litteraturöversikt, en öppen interventionsstudie och en prospektiv studie. De tre narrativa översikterna beskrev alla en behandlingstrappa som bör inledas med varma vatten- eller saltvattenbad, aluminiumacetatlösning eller ättiksyra och därefter topikal antibiotika och/eller topikal steroid. Som ett sista steg kan systemiskt antibiotikum användas. När en abscess har utvecklats bör dränering utföras. De behandlingsmetoder som beskrivs i de inkluderade studierna visar att behandlingen baseras på beprövad erfarenhet och att evidensstyrkan är låg.

I Sverige används ättiksyra främst vid kroniska sår där misstanke finns om förekomst av *P. aeruginosa* i såret (21). En prospektiv studie visade att 1 % ättiksyrelösning snabbare än koksaltlösning kunde eliminera förekomst av *P. aeruginosa* vid kroniska sår (22). Ättiksyrelösning har även visat sig ha bakteriedödande effekt mot flera olika bakterier både vid in vitro-studier (23) och hos patienter med infekterade sår (24). Burow's lösning, som kan liknas vid alsollösning, har i en in vitro-studie visat sig ha en antimikrobiell effekt mot *S. aureus* och *P. aeruginosa* genom att orsaka skador på cellväggen (25). Dessa resultat, tillsammans med studierna som inkluderats i denna artikel, tyder på att det finns viss evidens för att lokalbehandling med ättiksyra och Burow's lösning har effekt vid bakteriell mjukdelsinfektion. En väl genomförd randomiserad kontrollerad studie som jämför dessa behandlingar med placebo skulle behöva utföras för att säkerställa detta.

När det gäller antibiotikabehandling råder det delade meningar. Enligt författarna *Pierrat et al* (26) har ingen studie påvisat någon nytta av antibiotika efter excision, ändå förskrivs antibiotika både systemiskt och empiriskt. *Ritting et al* (16) och *Ogunlusi et al* (19) behandlade frikostigt med antibiotika medan *Leggit* (15) och *Relhan et al* (2) rekommenderade en mer återhållen användning av antibiotika. På senare år har inställningen till antibiotika blivit mer restriktiv på grund av spridningen av multiresistenta bakterier. WHO tog fram en global handlingsplan för antimikrobiell resistens 2015 (27). Sverige har en strategi för arbetet mot antibiotikaresistens i vilken ansvarsfullt användande av antibiotika är ett av målen (28). Möjligtvis är *Ritting et al* och *Ogunlusi* mer liberala med antibiotika eftersom deras studier är från 2005 respektive 2012, jämfört med *Leggit* och *Relhan et al* vars studier är från 2017 och 2022.

En metaanalys som undersöker om antibiotika hjälper vid okomplicerade hudabscesser drog slutsatsen att antibiotika ger en måttlig minskning av risken för terapivikt. Enligt studien bör lokala resistensmönster, eventuella biverkningar av behandlingen samt patientens allmäntillstånd beaktas innan beslut fattas om antibiotikaanvändning (29). Detta stämmer väl överens med *Leggit* (15) och *Relhan et al* (2) som rekommenderar användning av antibiotika hos immunsupprimerade och allvarligt sjuka patienter.

En studie med 46 patienter på en handkirurgisk mottagning med paronyki eller pulpainfektion visade att 45 av 46 patienter läkte ut utan postoperativ antibiotikabehandling efter en bred excision då all infekterad vävnad togs bort (26). Samtidigt visar *Shaw et al* (18) att det inte finns några studier som jämför incision med systemisk antibiotikabehandling vid akut paronyki. Således går det inte att säga om incision är den mest effektiva behandlingsmetoden.

En randomiserad kontrollerad studie jämförde behandling med trimetoprim-sulfametoxazol med placebo hos patienter med en okomplicerad hudabscess som behandlats med dränering. Studien visade att en majoritet (73,6%) av patienterna uppnådde klinisk läkning med hjälp av enbart dränering. Behandling med antibiotika gav en högre andel klinisk läkning (80,5%) men resultaten tyder på att dränering i sig är effektivt vid okomplicerad hudabscess.

Antibiotikaresistens har kallats för den tysta pandemin (31). Den ökade användningen av antibiotika har gett bakterier större möjligheter att utveckla resistens. Utifrån detta kan dränering enligt till exempel DAREJD metoden vara ett bättre behandlingsalternativ även om evidens saknas för att det är en mer effektiv behandling än antibiotika.

Styrkor och svagheter

Denna litteraturöversikt är reproducerbar eftersom sökningen gjordes i två databaser och en systematisk metod användes för att ta fram ett urval. Endast en person gjorde screeningen och artikelgranskningen, vilket är en svaghet. Sökningen gjordes i endast två databaser och artiklar som inte hittades i fulltext eller var skrivna på ett annat språk än svenska och engelska exkluderades, vilket kan innebära att relevanta resultat kan ha missats.

De sex inkluderade studierna är från Nordamerika, Asien, Europa och Afrika, vilket kan bidra till en ökad generaliserbarhet. Det är ändå viktigt

att ta hänsyn till de lokala riktlinjerna gällande behandling, framförallt när det gäller resistensmönster och antibiotikaanvändning.

Det finns betydande svagheter i de inkluderade studierna. De tre narrativa översikterna saknar metod, resultat och diskussion, och det går inte att bedöma om författarna omedvetet eller medvetet stödjer en viss hypotes eller synpunkt. De tre översikterna är dock i stora drag överens om vilka behandlingsmetoder som kan användas och de är medvetna om att det inte finns någon evidens för dessa behandlingsmetoder.

Wollina (17) och *Ogulusi et al (19)* har båda utfört studier på mycket små populationer, vilket gör att det är svårt att dra några långtgående slutsatser av deras resultat. Dessutom har ingen etisk prövning rapporterats.

Då ingen av de inkluderade studierna visar på stark evidens, går det inte att dra några slutsatser kring vilken behandling som är mest effektiv. De riktlinjer som finns är baserade på beprövad erfarenhet och fler väl genomförda kontrollerade studier behövs för att säkerställa den bästa behandlingsmetoden för akut paronyki.

Konklusion

Denna litteraturöversikt visar att det inte finns någon vetenskaplig evidens bakom de behandlingar som rekommenderas vid akut paronyki. Baserat på beprövad erfarenhet rekommenderas lokalbehandling med någon form av omslag och eventuellt tillägg av topikalt antibiotikum och/eller topikal steroid. När en abscess har utvecklats kan dränering utföras. En metod (DAREJD) är att använda en nål och lyfta den infekterade nagelbädden för passiv dränering av var. Användning av antibiotika bör begränsas både vid frånvaro och närvaro av abscess. Det är främst till immunsupprimerade och allmänpåverkade patienter som antibiotika kan vara aktuellt. Dessa rekommendationer stämmer väl överens med svenska riktlinjer och baseras på beprövad erfarenhet snarare än evidens. Mer forskning behövs för att undersöka den mest effektiva behandlingsmetoden.

Referenslista

1. Rockwell PG. Acute and chronic paronychia. *Am Fam Physician*. 2001;63(6):1113–1117.
2. Relhan V, Bansal A. Acute and chronic paronychia revisited: a narrative review. *J Cutan Aesthetic Surg*. 2022;15(1):1–16.
3. Rigopoulos D, Larios G, Gregoriou S, Alevizos A. Acute and chronic paronychia. *Am Fam Physician*. 2008;77(3):339–348.
4. Fowler JR, Ilyas AM. Epidemiology of adult acute hand infections at an urban medical center. *J Hand Surg Am*. 2013;38(6):1189–1193.
5. Janusinfo, Region Stockholm. Behandla okomplicerade paronykier och subkutana abscesser med alsolsprit och kirurgi i första hand – inte antibiotika [Internet]. 2025 [citerad 2025-09-16]. Tillgänglig vid:
<https://janusinfo.se/behandling/expertgruppsutlatanden/infektionssjukdomar/infektionssjukdomar/behandlaokompliceradeparonykierochsubkutanaabscessermedalsolspritochkirurgiiforstahandinteantibiotika.5.5c7a3f5716f095a0fee134cb.html>
6. Zook EG. Anatomy and physiology of the perionychium. *Hand Clin*. 2002;18(4):553–559.
7. DermNet. Paronychia (nail fold infection): causes, images, treatment, and more [Internet]. 2023 [citerad 2025-09-16]. Tillgänglig vid: <https://dermnetnz.org/topics/paronychia>
8. Hochman LG. Paronychia: more than just an abscess. *Int J Dermatol*. 1995;34(6):385–386.
9. Viss – Vårdinformation i Region Stockholm. Nageltrång och paronyki [Internet]. 2023 [citerad 2025-09-24]. Tillgänglig vid: <https://www.viss.nu/kunskapsstod/varprogram/nageltrang-och-paronyki>
10. Praktisk Medicin. Paronyki, nagelbandsinflammation [Internet]. 2024 [citerad 2025-09-24]. Tillgänglig vid: <https://www.praktiskmedicin.se/sjukdomar/paronyki-nagelbandsinfektion/>
11. Läkemedelsverket. Behandlingsrekommendation - Läkemedelsbehandling av bakteriella hud- och mjukdelsinfektioner i

öppenvård [Internet]. 2018 [citerad 2025-09-24]. Tillgänglig vid: <https://www.lakemedelsverket.se/globalassets/dokument/behandling-och-forskrivning/behandlingsrekommendationer/behandlingsrekommendation/behandlingsrekommendation-hud-och-mjukdelsinfektion.pdf>

12. Handley N, Unger A. Antibiotic overuse and paronychia: a teachable moment. *JAMA Intern Med.* 2016;176(1):19–20.
13. Arksey H, O'Malley L. Scoping studies: towards a methodological framework. *Int J Soc Res Methodol.* 2005;8(1):19–32.
14. Tricco AC, Lillie E, Zarin W, O'Brien KK, Colquhoun H, Levac D, et al. PRISMA extension for scoping reviews (PRISMA-ScR): checklist and explanation. *Ann Intern Med.* 2018;169(7):467–473.
15. Leggit JC. Acute and chronic paronychia. *Am Fam Physician.* 2017;96(1):44–51.
16. Ritting AW, O'Malley MP, Rodner CM. Acute paronychia. *J Hand Surg Am.* 2012;37(5):1068–1070.
17. Wollina U. Acute paronychia: comparative treatment with topical antibiotic alone or in combination with corticosteroid. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2001;15(1):82–84.
18. Shaw J, Body R. Incision and drainage preferable to oral antibiotics in acute paronychia nail infection? *Emerg Med J.* 2005;22(11):813–814.
19. Ogunlusi JD, Oginni LM, Ogunlusi OO. DAREJD simple technique of draining acute paronychia. *Tech Hand Up Extrem Surg.* 2005;9(2):120–121.
20. FASS – Patientinformation. Terracortril med polymyxin B (Ögon-/öronsalva) • Bipacksedel [Internet]. [citerad 2025-10-08]. Tillgänglig vid: <https://www.fass.se/LIF/product?userType=2&nplId=19640629000012>
21. Internetmedicin. Bensår, venösa [Internet]. 2025 [citerad 2025-10-15]. Tillgänglig vid: <https://www.internetmedicin.se/hud-och-konssjukdomar/bensar-venosa>
22. Madhusudhan V. Efficacy of 1% acetic acid in the treatment of chronic wounds infected with *Pseudomonas aeruginosa*: prospective randomised controlled clinical trial. *Int Wound J.* 2016;13(6):1129–1136.

23. Mama M, Abdissa A, Sewunet T. Antimicrobial susceptibility pattern of bacterial isolates from wound infection and their sensitivity to alternative topical agents at Jimma University Specialized Hospital, South-West Ethiopia. *Ann Clin Microbiol Antimicrob.* 2014;13(1):1–10.
24. Agrawal KS, Sarda AV, Shrotriya R, Bachhav M, Puri V, Nataraj G. Acetic acid dressings: finding the holy grail for infected wound management. *Indian J Plast Surg.* 2019;50:273–280.
25. Hyo Y, Yamada S, Ishimatsu M, Fukutsuji K, Harada T. Antimicrobial effects of Burow's solution on *Staphylococcus aureus* and *Pseudomonas aeruginosa*. *Med Mol Morphol.* 2012;45(2):66–71.
26. Pierrart J, Delgrande D, Mamane W, Tordjman D, Masméjean EH. Acute felon and paronychia: antibiotics not necessary after surgical treatment – prospective study of 46 patients. *Hand Surg Rehabil.* 2016;35(1):40–43.
27. World Health Organization. Global action plan on antimicrobial resistance [Internet]. 2015 [citerad 2025-10-28]. Tillgänglig vid: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241509763>
28. Regeringskansliet. Svensk strategi för arbetet mot antibiotikaresistens 2024-2025 [Internet]. [citerad 2025-10-15]. Tillgänglig vid: <https://www.regeringen.se/contentassets/3f2e4384714a4449a8b829f3f8230cbd/svensk-strategi-for-arbetet-mot-antibiotikaresistens-2024-2025.pdf>
29. Wang W, Chen W, Liu Y, Siemieniuk RAC, Li L, Martínez JPD, et al. Antibiotics for uncomplicated skin abscesses: systematic review and network meta-analysis. *BMJ Open.* 2018;8(2):e020991.
30. Daum RS, Miller LG, Immergluck L, Fritz S, Creech CB, Young D, et al. A placebo-controlled trial of antibiotics for smaller skin abscesses. *N Engl J Med.* 2017;376(26):2545–2555.
31. Karolinska Institutet – Nyheter. Antibiotikaresistens – den tysta pandemin [Internet]. 2025 [citerad 2025-10-21]. Tillgänglig vid: <https://nyheter.ki.se/antibiotikaresistens-den-tysta-pandemin>