

Faryngotonsillit fallbeskrivning

2013, reviderad senast 2025-08-18

Martin som är 45 år söker vårdcentralen med halsont sedan två dagar tillbaka. Han har ingen hosta eller snuva. Han har som mest haft temp 38,2°. Det gör påtagligt ont när han sväljer men han får i sig dryck och hyggligt med mat. Han är tidigare frisk och medicinfri. Ingen i omgivningen med påvisad infektion med GAS (grupp A-streptokocker).

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 u.a. Normal andningsfrekvens. Puls 74.

BT: 132/86

Buk: Mjuk och oöm.

Frågor

1. Hur ska vi handlägga patienten?
 - Finns det några tecken på allvarlig infektion?
 - Finns det särskilda faktorer som påverkar indikationen för antibiotikabehandling?
 - Hur många Centorkriterier har Martin?
 - Ska vi ta några prover?
 - Är det aktuellt med antibiotikabehandling? Annan behandling?
 - Hur informerar/samråder vi med patienten?
2. Vilka är de fyra Centorkriterierna?
3. Hur bör man handlägga patienter som har samtidiga virussytom?
4. När har man nytta av antibiotika vid faryngotonsillit? Vilken dos och behandlingstid?
5. 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?
6. Hur bör man handlägga barn under 3 år samt barn 3 - 6 år?
7. Hur handlägger vi patienter som återkommer p.g.a. försämring eller utebliven förbättring inom tre dagar – både patienter som inte fått antibiotika respektive fått antibiotika primärt?
8. Vilka diagnoskoder kan användas vid faryngotonsillit?

1. Hur ska vi handlägga patienten?

Börja med att utesluta tecken på allvarlig infektion, tecken på komplikation eller allvarlig differentialdiagnos. Se [Regnbågshäftet](#), sid 4 och framåt, där även konkreta gränser för vitalparametrarna framgår.

Faktaruta 2 Tecken på allvarlig infektion <ul style="list-style-type: none">• Uttalad allmänpåverkan eller konfusion (sepsis)• Diarré och kräkningar (toxinpåverkan av GAS)• Andningssvårigheter eller förhöjd andningsfrekvens (epiglottit, sepsis)• Anamnes på frossa (sepsis)	Faktaruta 3 Tecken på komplikationer eller allvarlig differentialdiagnos <ul style="list-style-type: none">• Tilltagande smärta i halsen och gröttigt tal (peritonsillit)• Andningssvårigheter (epiglottit)• Svårigheter att svälja saliv (peritonsillit, epiglottit)• Ensidig kraftig halssmärta (peritonsillit, retro/parafaryngeal abscess)• Svår halssmärta med normalt svalgstatus (retro/parafaryngeal abscess, epiglottit)• Svårt att gapa (peritonsillit, retro/parafaryngeal abscess)• Mycket svår lokal smärta oavsett lokalisation (fasciit)• Membraner på och utanför tonsiller (difteri)
--	---

Faktarutor från Läkemedelsverket: Läkemedel vid faryngotonsillit – behandlingsrekommendation:

Det finns inte några tecken på ovanstående i Martins fall. Vitalparametrarna är normala.

Ta sen ställning till om det finns särskilda faktorer som påverkar indikationen för antibiotikabehandling:

Faktatura 4 Att betrakta inför behandling, risk/nyttavärdering <p>Stärker indikationen:</p> <ul style="list-style-type: none">• Immunsuppression• Individer med tidigare svår infektion orsakad av GAS• Flera fall av infektioner med GAS i omgivningen <p>Minskad nytta eller ökad risk:</p> <ul style="list-style-type: none">• Avtagande symtom• Patient med tidigare besvärande biverkningar av antibiotikabehandling• Patient med hög risk för att utveckla <i>Clostridioides difficile</i> – infektion• Interaktioner med andra läkemedel

När det gäller handläggning av patienter med bakomliggande sjukdomar, immunsuppression (inklusive gravida) eller med tidigare svår GAS-infektion, bör provtagning och antibiotika-

behandling ske med hög riskmedvetenhet. Inget av ovanstående föreligger i Martins fall. Ingen i hans omgivning har påvisad infektion med GAS.

Martin 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. Rekommendera symtomlindrande behandling med analgetika. Informera patienten om att det rör sig om en självläkande infektion som blir bra lika fort med som utan antibiotika. Uppmana patienten att höra av sig vid försämring eller utebliven förbättring inom 3 dagar. Dela gärna ut Folkhälsomyndighetens patientinformation: [Information vid vårdbesök – Halsfluss.](#)

2. Vilka är de fyra Centorkriterierna?

Faktaruta 1 Centorkriterier

- Feber $\geq 38,5$ grader Celcius, uppmätt eller anamnestic
- Ömma och svullna lymfkörtlar i käkvinklarna
- Beläggning på tonsillerna (hos barn 3-6 år räcker rodnade och svullna tonsiller som kriterium)
- Frånvaro av hosta

Vid 3-4 Centorkriterier tar man ett snabbtest för GAS. Vid faryngotonsillit hos en i övrigt frisk patient behöver man **primärt** inte leta efter något annat än GAS. Övriga agens är endast av intresse vid försämring eller när förloppet drar ut på tiden, se fråga 7.

3. Hur bör man handlägga patienter som har samtidigta virussyntom?

Samtida symptom som snuva, hosta, heshet och mun- eller svalgblåsor talar starkt för att även halsbesvären är virusorsakade och att man därför bör avstå från att provta för streptokocker. Barn och ungdomar är dessutom ofta symptomfria bärare av streptokocker i svalget. Många barn får alltså ett positivt Strep-A-test fastän den aktuella infektionen är virusorsakad.

4. När har man nytta av antibiotika vid faryngotonsillit? Vilken dos och behandlingstid?

Vid påvisade streptokocker och minst tre 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 GAS påvisats. Inled alltid med klinisk bedömning. Vid 3-4 Centorkriterier tar man ett snabbtest för GAS. Är snabbtestet positivt, förskriver man antibiotika. Är testet negativt, bör man i normalfallet avstå från antibiotika.

När det föreligger antibiotikaindikation: fem dagars behandling med PcV i fyrdos är för de flesta patienter likvärdig med tio dagars behandling med tredos avseende klinisk utläkning. Fyrdos i fem dagar leder dessutom till snabbare symptomregress samt till färre och kortvarigare biverkningar.

Tabell 1. Antibiotikabehandling faryngotonsillit vuxna

Läkemedel	Dosering	Behandlingstid (dygn)
PcV	800 mg x 4 För vuxna utan allvarlig underliggande sjukdom, utan immunmodulerande behandling	5
	alternativt 1 g x 3	10
Vid penicillinallergi typ 1		
Klindamycin	300 mg x 3	10
Vid terapivikt och recidiv		
Klindamycin	300 mg x 3	10
alternativt cefadroxil	500 mg x 2	10
Gravida dosering		
PcV	1 g x 4	10
Gravida terapivikt och recidiv		
Cefadroxil	1 g x 2	10
alternativt klindamycin	300 mg x 3	10

Tabell 2. Antibiotikabehandling faryngotonsillit barn, upp till vuxendos

Läkemedel	Dosering	Behandlingstid (dygn)
PcV	12,5 mg/kg kroppsvikt x 3	10
	alternativt 12,5 mg/kg kroppsvikt x 4 För barn ≥ 6 år utan allvarlig underliggande sjukdom, utan immunmodulerande behandling	5
Vid penicillinallergi typ 1		
Klindamycin	5 mg/kg kroppsvikt x 3	10
Vid terapivikt och recidiv		
Klindamycin	5 mg/kg kroppsvikt x 3	10
alternativt cefadroxil	15 mg/kg kroppsvikt x 2	10

5. 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. Hos de patienter med 3-4 Centorkriterier som vi provtar är det förväntat att något mer än hälften kommer att ha negativt test för grupp A-streptokocker. Därför är det viktigt att **alltid** ta ett snabbtest för GAS innan man bestämmer sig för att förskriva antibiotika. Snabbtest har hög specificitet och sensitivitet för påvisande av GAS i tonsillsekret, oavsett om bakterien orsakar klinisk infektion eller representerar ett asymtomatiskt bärarskap. Testet blir positivt tidigt i sjukdomsförloppet vid GAS-orsakad faryngotonsillit. Om provet tas korrekt utesluter ett negativt test med stor sannolikhet att GAS är orsak till en faryngotonsillit. Snabbtest kan användas med bibehållen sensitivitet och specificitet vid misstänkt recidivtonsillit.

CRP och LPK bör undvikas i diagnostiken av okomplicerad faryngotonsillit eftersom även virusorsakad halsinfektion kan ge förhöjda värden.

6. Hur bör man handlägga barn under 3 år samt barn 3–6 år?

Hos barn under tre års ålder beror inflammation i svalg och/eller tonsiller i de allra flesta fall på virusinfektion. Centorkriterierna saknar validering hos barn under 3 år. Vid verifierad streptokockinfektion i familjen är det motiverat att testa små barn med feber och luftvägssymtom för GAS.

Barn 3 - 6 år får ytterst sällan beläggningar på tonsillerna orsakade av streptokocker varför rodnade och svullna tonsiller räcker som kriterium i denna åldersgrupp. I övrigt handläggs barn 3–6 år som vuxna.

7. Hur handlägger vi patienter som återkommer p.g.a. försämring eller utebliven förbättring inom tre dagar – både patienter som inte fått antibiotika respektive fått antibiotika primärt?

Vid försämring ska patienten bedömas av läkare. Uteslut tecken på allvarlig infektion, tecken på komplikation eller allvarlig differentialdiagnos, se fråga 1.

Virusinfektioner, t.ex. adenovirus eller EBV, är vanliga orsaker till utebliven förbättring och negativt snabbtest för GAS. LPK, B-celler och leverprover, liksom snabbtest för heterofila antikroppar (såsom monospot) kan vara till hjälp i differentialdiagnostiken av mononukleos. Snabbtest för mononukleos har hög specificitet men låg sensitivitet, särskilt hos barn. Specifik EBV-serologi rekommenderas i oklara fall.

Exempel på andra bakterier än GAS, som mer sällan orsakar faryngotonsillit, är *Arcanobacterium haemolyticum* och i åldersgruppen 15–30 år kan *Fusobacterium necrophorum* ses. Hos vuxna kan även SDSE, d.v.s. *Streptococcus dysgalactiae* subspecies *equisimilis* (tidigare benämnt grupp C/G-streptokocker) orsaka faryngotonsillit. De sistnämnda kan påvisas med vanlig svalgodling, men för övriga krävs speciell odling (måste efterfrågas på remissen) eller PCR.

Vid utebliven effekt av antibiotika värderas patientens följsamhet till behandlingen och den initiala diagnosen omprövas. GAS är fullt känsliga för betalaktamantibiotika (penicilliner och cefalosporiner). Terapisvikt, d.v.s. bristande klinisk effekt under pågående behandling beroende på penicillin- eller cefadroxilresistens förekommer inte.

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

8. Vilka diagnoskoder kan användas vid faryngotonsillit?

Följande diagnosförslag finns i Regnbågshäftet och i Strama-appen:

J030 Streptokocktonsillit

J039 Akut tonsillit, ospecificerad (tonsillit utan verifierade streptokocker)

J029 Akut faryngit, ospecificerad (halsont utan tonsillit)

Referenser

[Läkemedelsverket: Läkemedel vid faryngotonsillit – behandlingsrekommendation 2024](#)

[Kortare behandlingstid i studie om tonsillit](#) *BMJ* 2019; 367:l5337

[Folkhälsomyndigheten Råd och fakta om antibiotika och infektioner: Till dig som har ont i halsen](#)

[Folkhälsomyndigheten Råd och fakta om antibiotika och infektioner: Förkyld? Tips och råd vid snuva, hosta och halsont](#)