

Fall A: Faryngotonsillit

Rätt svar: Fråga 1: 1 Fråga 2: 2, Fråga 3: 2

Anton har en halsinfektion med två Centorkriterier (avsaknad av hosta samt beläggningar på tonsillerna). De övriga två Centorkriterierna saknas (feber $\geq 38,5^\circ$ och förstörade ömmande körtlar i käkvinklarna). Även om det skulle röra sig om en streptokockorsakad faryngotonsillit har man vid ≤ 2 Centorkriterier ingen eller marginell nytta av antibiotika. 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.

Vid påvisade streptokocker och minst tre av fyra Centorkriterier reduceras perioden med halssmärta med 1 - 2,5 dagar vid antibiotikabehandling. Då bör man erbjuda antibiotika. 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. Därför är det viktigt att **alltid** ta ett snabbtest för streptokocker innan man bestämmer sig för att förskriva antibiotika.

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

Fall B: Akut bronkit

Rätt svar: Fråga 4: X Fråga 5: 1 Fråga 6: 2

Emma har en klinisk bild som vid en akut bronkit. Emma har inte KOL varför färgen på upphostningarna saknar betydelse. Hennes andningsfrekvens är normal, dvs <20 andetag per minut. Vid en akut bronkit är hostan ofta besvärlig och pågår i genomsnitt i 3 veckor. Antibiotika har **ingen effekt** vid akut bronkit oavsett genes (bakterier, virus, mycoplasma eller chlamydophila). Avstå från att förskriva antibiotika vid akut bronkit. Informera i stället om att akut luftrörskatarr är en självläkande infektion som blir bra lika fort utan antibiotika.

Fall C: Akut mediaotit

Rätt svar: Fråga 7: X Fråga 8: 1

Elias har en akut mediaotit (AOM) på båda öronen. Han är frisk för övrigt och har inte några komplicerande faktorer (se nedan). I detta fall rekommenderas analgetika och aktiv expektans. Ge möjlighet till ett återbesök efter två till tre dagar vid utebliven förbättring eller omgående vid försämring. Barn under 4 år med dubbelsidig AOM eller ensidig AOM och sekretorisk mediaotit på andra örat bör kontrolleras efter 3 månader för att hitta barn med hörselnedsättning.

Om Elias hade varit 1½ år föreligger indikation för antibiotikabehandling. Indikationerna är:

- Barn < 1 år samt ungdomar > 12 år och vuxna
- Barn < 2 år med bilateral AOM
- Barn 1–12 år med AOM **och** komplicerande faktorer (se nedan)
- Alla med perforerad AOM oavsett ålder (indikerar en mer aggressiv infektion)

Kom-ihåg-ramsa för behandling: ”<1 år, ett öra och <2 år, två öron och tre öron har vi inte utan då krävs komplicerande faktorer”

Komplicerande faktorer:

- Svår värk trots adekvat analgetikabehandling
- Infektionskänslighet på grund av annan samtidig sjukdom/syndrom eller behandling
- Missbildningar i ansiktsskelett eller inneröra
- Tillstånd efter skall- eller ansiktsfraktur
- Cochleaimplantat
- Känd mellanöresjukdom eller tidigare öronoperation (avser inte plaströr)
- Känd sensorineural hörselnedsättning

Fall D: Akut rinosinuit

Rätt svar: Fråga 9: 2

En vanlig förkylning ger en akut inflammatorisk reaktion i näsa och bihålor och är därför definitionsmässigt en akut viral rinosinuit. Symtomen försvinner på mindre än 10 dagar. Om symtomen håller på längre än så, eller om det sker en tydlig försämring efter 5 dagar, är differentialdiagnoserna akut postviral rinosinuit och akut bakteriell rinosinuit aktuella. Hur skiljer man på dessa tillstånd? Man får göra en sammanlagd bedömning. Följande anamnestiska uppgifter och kliniska fynd talar för akut bakteriell rinosinuit:

- Ensidig smärta i ansiktet (över sinus)
- Smärta i tänder
- Dålig lukt i näsan
- Purulent snuva
- Vargata i mellersta näsgången (störst klinisk signifikans) eller på bakre svalgväggen
- Temp >38°

Inget av dessa symtom/fynd är enskilt diagnostiskt men förekomst av flera symtom och kliniska fynd stärker diagnosen. Värk när man böjer sig framåt är ett ospecifikt symtom. Martin har kort anamnes (<10 dagar) och endast ett av symtomen: purulent snuva. Följaktligen stämmer den kliniska bilden bäst överens med en akut viral rinosinuit. Något läkarbesök behövs egentligen inte. Rekommendera symtomlindrande behandling i form av koksaltsköljningar, lokala vasokonstriktorer och analgetika. Nasala steroider kan vara av värde som symtomlindrande behandling. Behandling med perorala slemhinneavsvällare saknar vetenskapligt stöd och har potentiellt allvarliga biverkningar, varför dessa inte rekommenderas.

Fall E: Akut cystit kvinna

Rätt svar: Fråga 10: X

Hos friska kvinnor kan okomplicerad akut cystit vara besvärande men det är ofarligt. Risken för febril UVI är mycket liten. Behandling med antibiotika förkortar tiden med symtom och därför är det **graden av besvär** som avgör handläggningen.

Gradera besvären: Är de lindriga, måttliga eller svåra? Om patienten upplever svåra besvär samt minst 2 symtom (sveda vid miktion, täta trängningar, frekventa miktationer), erbjud antibiotika-behandling direkt. Vid måttliga besvär: symtomlindrande behandling (smärtlindrande receptfria läkemedel), ökat vätskeintag samt antibiotikarecept i reserv. Vid lindriga besvär rekommenderas exspektans, ökat vätskeintag och symtomlindrande behandling.

Regnbågshäftet:

[Behandlingsrekommendationer för vanliga infektioner i öppenvård. Folkhälsomyndigheten, Läkemedelsverket och Strama.](#)