

Fall A: Akut mediaotit

Rätt svar: Fråga 1: X Fråga 2: 1 Fråga 3: X

Elliot har en akut mediaotit (AOM) på höger öra men inte på vänster. Han är frisk för övrigt och har inte några komplicerande faktorer (se nedan). I detta fall rekommenderas analgetika och aktiv exspektans. Ge möjlighet till ett återbesök efter två till tre dagar vid utebliven förbättring eller omgående vid försämring.

Om Elliot, **15 månader**, hade haft säker AOM **bilateralt**, föreligger indikation för antibiotikabehandling.

Indikationerna för antibiotikabehandling 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)

Om Elliot varit **4 år** och haft säker AOM **bilateralt** rekommenderas alltså analgetika och aktiv exspektans. När båda öronen är engagerade (dubbelsidig AOM eller ensidig AOM och sekretorisk mediaotit på andra örat) hos barn under fyra år rekommenderas otituppföljning/kontroll efter tre månader för att hitta barn med hörselnedsättning.

Kom-ihåg-ramsa för behandling: ”<1 år, ett öra och <2 år, två öron och tre år eller mer, så många 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 B: Akne

Rätt svar: Fråga 4: X Fråga 5:2

Vid **medelsvår papulopustulös akne** är lokal kombinationsbehandling med bensoylperoxid + adapalen (EpiDuo) **förstahandsmedel**. Det är viktigt att påpeka för Finn att han kan bli lite torr i ansiktshuden särskilt första behandlingsveckan. Övergå i så fall till att applicera gelen varannan kväll någon vecka och smörj gärna med en fuktkräm.

Steg 2 i behandlingstrappan (bensoylperoxid + topikalt klindamycin, Duac, eller tretinoin + topikalt klindamycin, Acnatac) är begränsat till 3 mån användning.

Steg 3 innebär lymecyklin/tetracyklin peroralt i högst tre månader och max två gånger per "livstid". Den ska alltid kombineras med lokalbehandling, i första hand bensoylperoxid för att minska risken för resistensutveckling. Efter avslutad systemisk antibiotikabehandling ska patienten alltid fortsätta med lokalbehandling för att motverka recidiv.

Steg 4: Remiss till hudläkare för isotretinoin

Fall C: Lokal bensårinfektion

Rätt svar: Fråga 6: 1 Fråga 7: X

Maj-Britt har sannolikt en lokal sårinfektion. Rodnad, värmeökning, svullnad och ökad sekretion är vanliga symtom i anslutning till bensår men behöver inte betyda att infektion föreligger. Patienter har ingen feber och lokalsymtomen är inte tillräckligt utbredda för att det ska vara en mer allvarlig infektion som kräver antibiotikabehandling exempelvis begynnande erysipelas. Lokalbehandlingen behöver intensifieras med tätare omläggningar eventuellt inkluderande rengöring med antibakteriella substanser som Prontosan sårsköljvätska eller ättiksyrelösning. Kompressionsbehandlingen behöver optimeras. Vid utebliven effekt efter 14 dagars lokalbehandling eller ytterligare försämring av lokalstatus och/eller tillkomst av feber är systemisk antibiotika (föregången av odling) indicerad. Förstahandsmedel: Isoxazolylpenicillin 1g x 3 i 10 dagar.

Vid fynd av pseudomonas krävs mycket sällan systemisk behandling utan här är lokalbehandling med ättiksyrelösning alternativt Iodosorb en effektiv behandling. Lufta såren och öka omlägningsfrekvensen.

Fall D: UVI/ABU äldre

Rätt svar: Fråga 8: 2 Fråga 9: X Fråga 10: 2

Hos en äldre människa innebär en positiv urinodling oftast att patienten har en asymtomatisk bakteriuri (ABU). På äldreboenden har 25 - 50% av kvinnor och 15 - 40% av män ABU.

Ospecifika symtom, utan samtidiga symtom från urinvägarna, är oftast **inte** orsakade av en urinvägsinfektion, även om urinodlingen är positiv. Det inkluderar ospecifika symtom som trötthet, oro, förvirring/oklarhet, agitation/ilska, falltendens, aptitlöshet eller en beskrivning av att på annat sätt inte vara sig lik.

Det är viktigt att i första hand leta efter andra orsaker till dessa symtom. Ospecifika symtom kan exempelvis vara orsakade av för höga läkemedelsdoser, läkemedelsinteraktioner, alltför många läkemedel, ny personal på avdelningen, haft besök i går, en "dålig dag", dehydrering, obstipation eller andra sjukdomar.

Denna kunskap är tyvärr ofta bristfällig inom äldreomsorgen. Strama Västra Götaland har på sin hemsida en färdig powerpoint med handledarmanual [Akut cystit och ABU äldre](#) som man kan använda i undervisningssyfte. Det finns även två olika filmer: [Akut cystit hos äldre](#) och [Bakterier i urinen hos äldre](#) som kan visas på APT på SÄBO samt tillhörande [informationsmaterial](#) för patienter och anhöriga och som även kan användas till personal. De är översatta till flera språk.

ABU ska behandlas hos gravida och inför vissa urogenitala ingrepp.

Allmän fråga

Rätt svar: Fråga 11: 1

Folkhälsomyndigheten presenterade i november 2014 en unik befolkningsstudie där avföringsprover från 2100 slumpvis utvalda friska frivilliga deltagare hade analyserats. Resultaten visade att 5% av deltagarna hade ESBL-bildande E coli i avföringen. Sedan dess har andelen sannolikt ökat.

Fall E: Djurbett

Rätt svar: Fråga 12: 1 Fråga 13: 1

Kattbett innebär stor infektionsrisk, då katten har vassa penetrerande hörntänder. Vid kattbett är den vanligaste patogenen *Pasteurella multocida*. Infektionen debuterar oftast med rodnad och smärta redan efter 2 – 4 timmar. Överväg antibiotikabehandling vid tecken på infektion, såsom rodnad mer än 2 cm runt bettstället, svår smärta eller purulent sekretion.

Flukloxacillin, klindamycin, erytromycin och peroral cefalosporiner saknar effekt på *Pasteurella multocida*. I Västra Götaland rekommenderar läkemedelskommittén behandling med PcV vid kattbettsinfektioner med debut under de första två dygnen efter bittet. Vid djupare handinfektion remittera akut till sjukhus.

Fall F: Borrelia

Rätt svar: Fråga 14: X Fråga 15: 2

Erytema migrans (EM) uppträder 7 dagar till 1 mån efter fästingbett som en långsamt tilltagande rodnad med eller utan central uppläring. Diagnosen ställs på den kliniska bilden, endast ca 50 % av patienterna reagerar med antikroppsproduktion, varför det inte finns några skäl för serologisk undersökning vid EM. I Miras fall har det inte gått så lång tid och rodnaden är begränsad i storlek, varför det snarare kan röra sig om en bettreaktion än EM. Om rodnaden de närmaste veckorna ökar till 5 cm i storlek, är det viktigt att hon återkommer för en ny bedömning.

Vid misstanke om neuroborrelios är det viktigt att patienten remitteras för LP.

Vid misstanke om akrodermatit eller lymfocytom kan man däremot ha stor nytta av borreliaserologi.

Fall G: Faryngotonsillit

Rätt svar: Fråga 16: 2 Fråga 17: 1 Fråga 18: 2

Sara har en halsinfektion med alla fyra Centorkriterierna (feber $\geq 38,5^\circ$, avsaknad av hosta, rodnade tonsiller med beläggningar samt förstörade ömmande körtlar i käkvinklarna) uppfyllda. Det är därför befogat att ta Strep-A-test.

Vid påvisade streptokocker och minst tre 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 4 Centorkriterier är ca 55% 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 H: Akut bronkit

Rätt svar: Fråga 19: X Fråga 20: 2

Jenny har en klinisk bild som vid en akut bronkit. Hon 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 chlamydia).

En välreglerad astma är heller inte skäl att ge antibiotika mot akut bronkit. Informera i stället om att akut luftrörskatarr är en självläkande infektion som blir bra lika fort utan antibiotika.

Referenser:

[Behandlingsrekommendationer för vanliga infektioner i öppenvård \(Regnbågshäftet\). Folkhälsomyndigheten, 2019](#)

[Läkemedelsverkets behandlingsrekommendationer om akut mediaotit](#)

[Läkemedelsverket 2014: Läkemedel vid akne - behandlingsrekommendation](#)

[Läkemedelsverket 2018: Läkemedel vid bakteriella hud- och mjukdelsinfektioner - behandlingsrekommendation](#)

[Läkemedelsverket 2009: Antibiotika vid borreliainfektion – behandlingsrekommendation](#)

[Läkemedelsverket 2008: Antibiotika vid nedre luftvägsinfektioner i öppenvård - behandlingsrekommendation](#)

[REKlistan VGR som hemsida](#)

[Stramas fallbeskrivningar med handledarmanualer: Akut mediaotit, akne, bensår, borrelia, akut tonsillit och akut bronkit:](#)