

Fall A: Impetigo

Rätt svar: Fråga 1: X Fråga 2: 1

Impetigo är en ytlig hudinfektion som vanligtvis läker spontant men först efter 2–3 veckor. Smittspridning och reinfektioner blir därför ibland ett problem. Hygienråd (detaljerade råd finns på [1177.se](https://www.strama.se/1177.se)), inklusive god handhygien, är viktiga för att minska smittspridningen. Noggrann uppblötning och borttagning av krustor med tvål och vatten rekommenderas. Lokal behandling med fusidinsyra rekommenderas i de fall då ovanstående åtgärder inte är tillräckliga. Fusidinsyra doseras 2–3 gånger dagligen i sju dagar. Andelen *S. aureus* som är resistent mot fusidinsyra är < 5 % i Sverige. Mupirocin (Bactroban) ska reserveras för behandling av MRSA.

Fall B: Faryngotonsillit

Rätt svar: Fråga 3: 1 Fråga 4: 2 Fråga 5: X Fråga 6: 2

Tilda har en halsinfektion med endast ett Centorkriterium (avsaknad av hosta). Däremot saknas de tre andra Centorkriterierna (feber $\geq 38,5^\circ$, beläggningar på tonsillerna och förstorade ömmande lymfkörtlar i käkviklarna). Även om streptokocker finns i familjen och det skulle kunna 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.

Vid positivt strep-A-test 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 fyra 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 C: Akut mediaotit

Rätt svar: Fråga 7: X Fråga 8: 1 Fråga 9: 2

Williams trumhinna är ogenomskinlig, färgförändrad och orörlig men *buktar inte*. Detta (liksom när trumhinnan inte kan bedömas) klassas som osäker AOM. Oavsett ålder rekommenderas aktiv expektans för patienter med osäker AOM utan 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. Det är över ett halvår sedan han sist hade någon AOM varför den aktuella episoden räknas som en sporadisk.

En sensorineural hörselnedsättning räknas som en komplicerande faktor och då föreligger indikation för antibiotika.

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)

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: Etmoidit

Rätt svar: Fråga 10: X

Vincents symtom har debuterat tämligen akut och han är allmänt påverkad och har nedsatt aktivitetsnivå (gult ljus när det gäller riskvärdering). Den kliniska bilden med hög feber och svullnad av ögonlocket inger misstanke om etmoidit. Han bör omgående remitteras till barn- eller önh-klinik.

Fall E: Akut cystit kvinna

Rätt svar: Fråga 11: X Fråga 12: X

Hos friska kvinnor kan okomplicerad akut cystit vara besvärande men är ofarligt. Infektionen läker spontant inom en vecka hos 30% av patienterna. 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 miktioner), erbjud antibiotikabehandling 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.

Lena kissar 11 gånger per dygn mot 7 gånger i normala fall, d.v.s. 4 gånger extra. Vid 4 - 5 tillfällen får hon snabbt övergående trängningar och hon har måttlig sveda vid miktion, varför hennes besvär får bedömas som måttliga. Lena instämmer i detta och känner sig lättad av beskedet att tillståndet är ofarligt. Vid måttliga besvär rekommenderas symtomlindrande behandling med smärtlindrande receptfria läkemedel, ökat vätskeintag, exspektans och att kvinnan får ett antibiotikarecept i reserv. Hon kan lösa ut receptet vid utebliven förbättring om ett par dagar eller tidigare vid försämring. Lena upplever detta som en trygghet.

Fall F: Febril UVI hos man med KAD

Rätt svar: Fråga 13: 1

Hos patienter med KAD är UVI sannolik vid feber och nytillkomna symtom från urinvägarna eller **vid feber och akut stopp** för urinavflödet. Vid UVI med feber väljs i första hand, innan odlingsresultat föreligger, ciprofloxacin för peroral terapi i sju dagar. Kateterbyte rekommenderas.

Provtagning: Katetern avlägsnas och ersätts med en ny ur vilken blåsurin tillvaratas för odling. Denna metod är att föredra vid långtidskateterisering eftersom den ger mer representativt odlingsresultat än tappning av urin ur den gamla katetern. Den gamla biofilmbeklädda katetern bör ändå avlägsnas för att förhindra recidiv. Akut stopp betyder också att katetern behöver bytas nu.

Sju dagars behandling av kateterassocierad febril UVI rekommenderas för både kvinnor och män. Katetern är i sig en komplicerande faktor för prostataengagemang och längre behandling på en kateterbärare bedöms öka risken för selektion av mer resistenta bakterier i urinvägarna.

Fall G: Lokal bensårsinfektion

Rätt svar: Fråga 14: 1

Britta har ett venöst bensår och 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.

Fall H: Pc-allergi?

Rätt svar: Fråga 15: X Fråga 16: 2

Ett småprickigt, rodnat utslag utan klåda är inte tecken på pc-allergi. Det är vanligt med makulopapulösa eller morbilliforma utslag. IgE-medierade allergiska reaktioner uppträder vanligen i början av behandlingen. Studier omfattande alla åldersgruppen har visat att anafylaxi debuterar inom 60 minuter efter intag av antibiotika i 96% av fallen och mycket sällan mer än 72 timmar efter given dos. Eva-Karin reagerade efter 6 dagar, d.v.s. en sen reaktion med endast hudutslag utan andra symtom. Detta är inte förenligt med IgE-medierad allergi. Eva-Karin kan fortsätta sin kur och kan få behandling med penicillin även i framtiden. Ingen varningsmärkning, ingen allergiutredning.

Det är angeläget att ifrågasätta när man träffar på märkning "pc-allergi" i journalen, särskilt mot bakgrund av att ca 90% av uppgivna "penicillinallergi"-reaktioner inte kan verifieras med testning. Vid misstänkt pc-allergi behandlas patienten med antibiotika som är mer biverkningsbelastade och har större resistensdrivande effekt än pc. Uppgifven pc-allergi har i studier visats öka risken för postoperativa infektioner med 50 % och patienter har ökad risk att drabbas av Clostridium difficile samt MRSA och VRE i miljöer där dessa bakterier förekommer mer frekvent.

Fall I: Akut pneumoni

Rätt svar: Fråga 17: 2 Fråga 18: X Fråga 19: 1

Roger insjuknade akut med en klinisk bild som vid pneumoni. Han har hög feber och hosta, känner sig tungandad och trött. Han är påverkad och har takypné med andningsfrekvens 25 per minut (rött ljus). Saturation på 94% ger ett gult ljus (intervallet 92 - 95%) och gult ljus nummer 2 är hjärtfrekvens 96 (intervallet 91 - 130/min). Roger bör omgående remitteras till sjukhus.

Fall J: Ny definition S/I/R

Rätt svar: Fråga 20: X

Den nya definitionen på I innebär att man kan behandla alla infektioner som får ett I, inte bara urinvägsinfektioner, förutsatt att man använder en adekvat dosering så att tillräckligt hög koncentration av antibiotika erhålles i infektionshärden t.ex. i mellanörat. För behandling av H. influenzae med amoxicillin (som numera aldrig blir S) är den dosen 750 mg x 3. Rekommendationen för amoxicillindosering vid akut mediaotit med terapivikt har ändrats från 500 mg x 3 till 750 mg x 3 för att bl.a. täcka upp fall som detta. Patienten har alltså redan en adekvat dos. När ett antibiotika som markerats med I används, kan vid behov infektionskonsult kontaktas för råd om dosering.

Referenser:

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

[REKlistan VGR som hemsida](#)

[Appen Strama nationell som hemsida](#)

[Läkemedelsverkets behandlingsrekommendationer om hud- och mjukdelsinfektioner 2018](#)

[Läkemedelsverkets behandlingsrekommendationer om faryngotonsilliter i öppen vård:](#)

[Läkemedelsverkets behandlingsrekommendationer om akut mediaotit](#)

[Läkemedelsverkets behandlingsrekommendationer om UVI i öppen vård 2017](#)

[Handläggning och provokation vid misstänkt penicillinallergi hos vuxna i primärvården. Terapigrupp Allergi-Andning-ÖNH –
Terapiråd](#)

[Läkemedelsverkets behandlingsrekommendationer om nedre luftvägsinfektioner 2008](#)

[Strama VGR:s fallbeskrivningar med handledarmanualer: Tonsillit, Akut mediaotit, UVI kvinna, UVI äldreboende, Bensår, Pc-allergi, Pneumoni](#)