

# Faryngotonsillit

Senast uppdaterad 2025-01-14

Strama Västra Götaland



2019-03-20, uppdaterad senast 2025-01-14

Den här powerpointpresentationen kan användas vid fortbildning av vårdcentralens personal. Anteckningarna under bilderna är ett stöd för den som håller i presentationen, exempelvis Stramas kontaktläkare. Presentationen går igenom handläggning av faryngotonsillit. När ska man ta snabbtest för grupp A-streptokocker? Vilka patienter har nytta av antibiotika? Vad finns det för tecken till allvarlig infektion?

## Amir 26 år

- Halsont sedan igår
- Sväljsmärta
- Temp 38,2°

Vad behöver du veta mer?

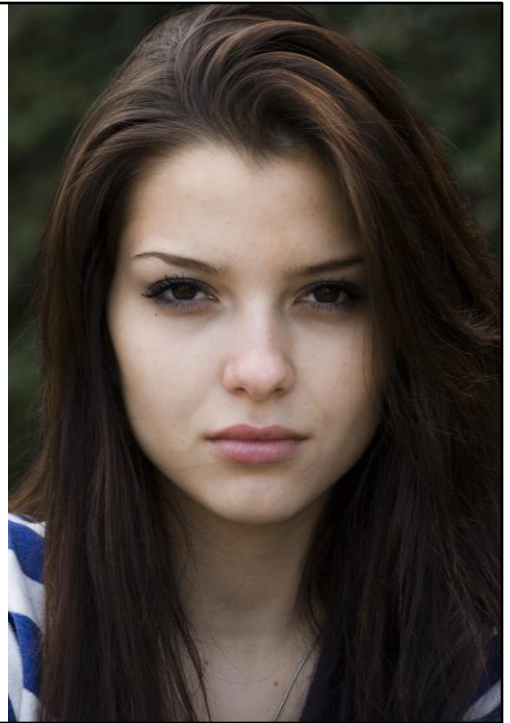


**Patientfall:** Amir 26 år ringer till vårdcentralen för att han har halsont och feber upp till 38,2° sedan två dagar tillbaka. Det gör påtagligt ont när han sväljer men han kan dricka och får i sig "mjukare mat". Amir är tidigare frisk och medicinfri. Ingen i omgivningen har liknande symtom. Vad ska vi göra? Behöver vi veta något mer? Låt deltagarna resonera kring detta.

Amir är inte allmänpåverkad och han har inga symtom som inger misstanke om allvarlig infektion. Han kan gapa obehindrat. I telefonen hör vi att Amir snyter sig. Har han virussyntom? Ja, han har snuva, nästäppa och måttlig hosta också. Samtidiga virussyntom som snuva, nästäppa, heshet eller hosta talar starkt för att även halsbesvären är virusorsakade. Därför bör man undvika provtagning för streptokocker. Amir behöver inte komma på något läkarbesök i nuläget utan kan få egenvårdsråd.

## Sara 18 år

- Halsont sedan igår, allt värre
- Ingen snuva, heshet eller hosta
- Temp 39,0°
- Rejäl sväljsmärta, kan inte äta men får i sig att dricka med hjälp av analgetika
- Ingen i omgivningen med streptokock-infektion
- Frisk för övrigt



**Nästa patientfall:** Sara är inte allmänpåverkad. Det föreligger inga virussyntom och hon har påtagliga besvär. Här behövs en klinisk bedömning.

# Läkemedelsverket 2024-08-28



Läkemedelsverket publicerade en uppdaterad behandlingsrekommendation för faryngotonsillit i augusti 2024. Där rekommenderas att vi ska handlägga patienten i 7 steg.

# Klinisk handläggning av faryngotonsillit

## 1. Uteslut tecken på allvarlig infektion – vitalparametrar!

### Faktaruta - tecken på allvarlig infektion

- Uttalad allmänpåverkan eller konfusion (sepsis)
- Diarré och kräkningar (toxinpåverkan av GAS)
- Andningssvårigheter eller förhöjd andningsfrekvens (epiglottit, sepsis)
- Anamnes på frossa (sepsis)

Riskvärdering			
Riskvärdering av patienter med misstänkta infektioner utavför sjukhus, utifrån risk för allvarlig infektion/sepsis. En utfyllnad parameter räcker för riskvärdering till godkänt/respektive rött länk.			
Vårdning av risk för allvarlig infektion/sepsis hos patienter utavför sjukhus			
PSYKOLOGISKA FUNKTIONER	Grönt länk/Låg risk	Gult länk/Mellanlig risk	Rött länk/Hög risk
Bedömda medvetandegrad	Normalt/abst	Anamnes på förändrat beteende	Objektiva förändringar beteende/abst
Andningsfrekvens	12-20 andetag/min	21-24 andetag/min	> 25 andetag/min
Saturation på kolt	> 96% (a)	92-95% (a)	< 91% (c, 88% vid kronisk obstruktiv lungsjukdom)
Blodtryck (systoliskt)	> 100 mmHg	91-100 mmHg	< 90 mmHg eller > 40 mmHg lägre än patientens normala tryck
Hjärtfrekvens	≤ 90 /min	91-130/min eller myktillemer anafyl	> 130/min
Temperatur	≥ 38 °C		≤ 36 °C
Utsöndring		Ej bliscat på 12-17 min	Ej bliscat på > 18 min
Hud		Rödnad Svullnad eller sekretion från operationsmärken	Cyanos Marmorerad eller blek hud Perikardit utslag
Komorbilitet (a) och riskfaktorer		Allvarlig komorbilitet, Riskfaktor (b)	
Social situation (a)		Använd av säkerhetsnät (b)	

Faktaruta från Läkemedelverket.

Börja med att bedöma patientens allmäntillstånd och vitalparametrar. Stöd i bedömningen finns i Regnbågshäftets avsnitt om Tecken på allvarlig infektion. Där framgår även konkreta gränser för vitalparametrarna.

Sara är inte allmänpåverkad och har inte några kräkningar eller diarréer. Hon har inga andningssvårigheter och inte någon frossa. Vitalparametrarna är normala.

# Klinisk handläggning av faryngotonsillit

## 2. Uteslut tecken på komplikation till faryngotonsillit eller allvarlig differentialdiagnos

- Tilltagande smärta i halsen och grötigt 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)

Faktaruta från Läkemedelsverket.  
Sara har inte några tecken på ovanstående.

# Klinisk handläggning av faryngotonsillit

## 3. Ta ställning till om det finns särskilda faktorer som påverkar indikationen för antibiotikabehandling

Att beakta inför behandling, risk/nytta-värdering

### Stärker indikationen

- Immunsuppression
- Individer med tidigare svår infektion orsakad av GAS
- Flera fall av infektion med GAS i omgivningen

### Minskad nytta eller ökad risk

- Avtagande symtom
- Patient med tidigare besvärande biverkningar av antibiotikabehandling
- Patient med hög risk för att utveckla Clostridioides difficile-infektion
- Interaktioner med andra läkemedel

När det gäller handläggning av patienter med bakomliggande sjukdomar, immunsuppression eller med tidigare svår GAS-infektion, bör provtagning och antibiotikabehandling ske med hög riskmedvetenhet.

Behandling med läkemedel som orsakar sänkt immunförsvar blir allt vanligare, exempelvis kontinuerlig peroral kortisonbehandling (motsvarande 15 mg prednisolon dagligen eller mer), cellgiftsbehandlingar och immunmodulerande läkemedel. Dessa patienter kan ha såväl ett försämrat svar på infektioner som mindre tydliga infektionssymtom när de blir sjuka.

KLICKA

Minskad nytta eller ökad risk

I Saras fall föreligger inte några särskilda faktorer som påverkar indikationen för antibiotikabehandling.



När vi tittar i halsen på Sara ser vi rodnade tonsiller med beläggningar. Temp 39,0°. Ömmande adeniter i käkvinklarna. Ingen hosta. Hur många Centorkriterier har Sara? Ska vi ta några prover? Hur stor är sannolikheten att Sara har en streptokockinfektion?

# Centorkriterier

- Feber  $\geq 38,5^{\circ}\text{C}$  (uppmätt eller anamnestiskt)
- Ömma, svullna lymfkörtlar i käkvinklarna
- Beläggningar på tonsillerna (hos barn 3-6 år räcker rodnade och svullna tonsiller som kriterium)
- Frånvaro av hosta

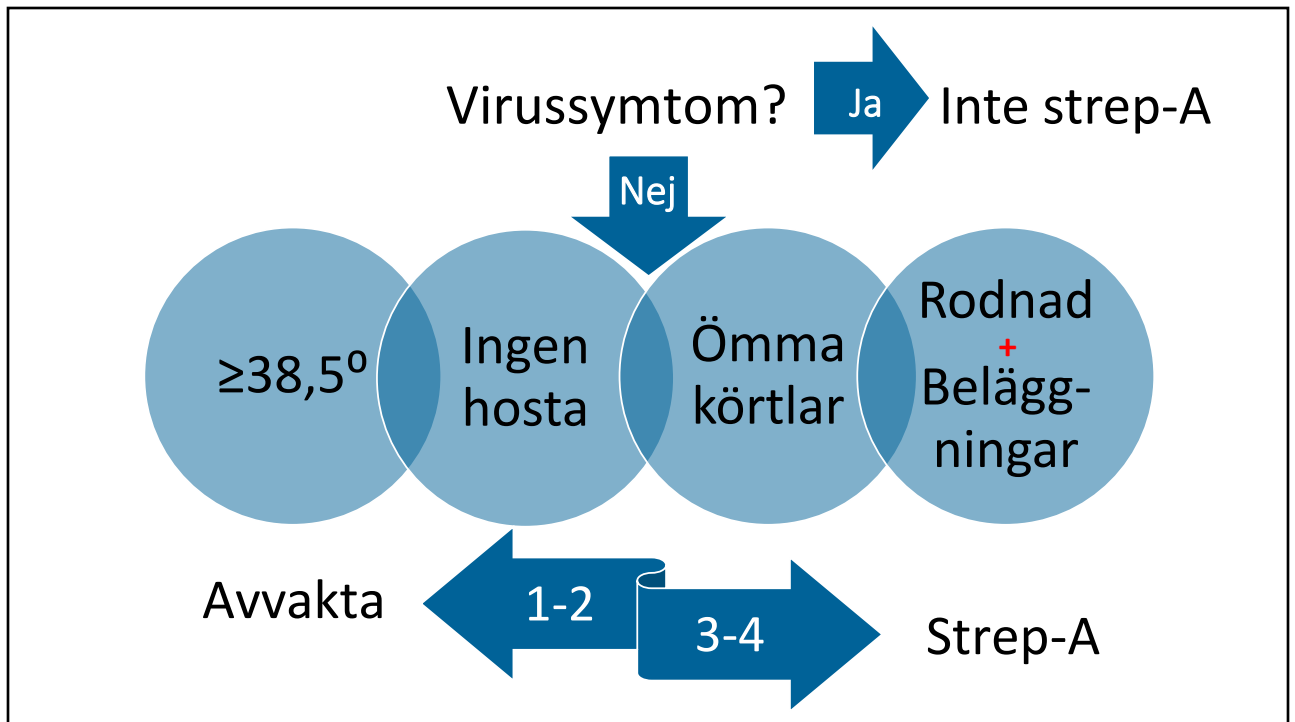


Halsont och  
1 kriterium: 6,5% har GAS  
2 kriterier: 15%  
3 kriterier: 32%  
4 kriterier: 56%

Sara har fyra Centorkriterier (rodnad och beläggningar på tonsillerna, temp  $\geq 38,5^{\circ}$ , ömma, svullna adeniter i käkvinklarna och avsaknad av hosta). Även vid fyra Centorkriterier är det bara drygt hälften (56%) som faktiskt har streptokocker grupp A (GAS) i halsen. Därför är det viktigt att ta ett snabbtest för GAS, t.ex. Strep A-test.

Centorkriterierna hjälper oss alltså att bedöma sannolikheten för streptokockinfektion. Centorkriterierna är också viktiga för att gradera infektionens svårighetsgrad så att man kan förutse eventuell nytta av antibiotikabehandling i de fall där strep-A är positivt.

Generellt sett orsakas faryngotonsillit oftast av luftvägsvirus, exempelvis rhinovirus, adenovirus, EB-virus, influensavirus och parainfluensavirus.



**Vid samtidiga virussyntom** som snuva, hosta, heshet och mun- eller svalgblåsor är det halsonda med all sannolikhet också orsakat av virus. Därför bör man avstå från provtagning för streptokocker i dessa fall. Detta är särskilt viktigt hos barn som ofta är symptomfria bärare av streptokocker i svalget. Många barn får alltså ett positivt Strep A-test fastän den aktuella infektionen är virusorsakad.

Om patienten inte har virussyntom räknar man Centorkriterier. Vid minst 3 centorkriterier, ta ett strep A-test.

Diagnostiken vid faryngotonsillit inriktas i första hand på att identifiera patienter som kan ha nytta av antibiotikabehandling. Störst effekt av antibiotika vid faryngotonsillit har patienter med minst tre Centorkriterier och förekomst av GAS i svalget.

Om provet tas korrekt utesluter ett negativt test med stor sannolikhet att GAS är orsak till faryngotonsilliten.

## Klinisk handläggning av faryngotonsillit

4. Vid minst 3 Centorkriterier, ta ett snabbtest för GAS.
5. Vid 0–2 Centorkriterier, eller vid 3–4 Centorkriterier med ett negativt snabbtest för GAS, rekommenderas symtomlindrande behandling med analgetika.
6. Vid minst 3 Centorkriterier och positivt snabbtest för GAS rekommenderas antibiotikabehandling utöver analgetika.
7. Informera om naturalförloppet. Ny kontakt bör ske omedelbart vid försämring eller vid utebliven förbättring efter tre dagar, oavsett om patienten förskrivits antibiotika eller ej.

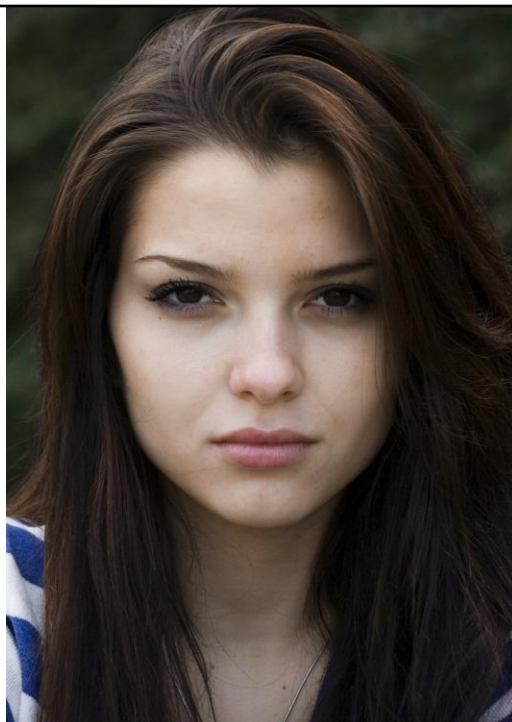
De sista 4 stegen i handläggningen enligt Läkemedelsverkets behandlingsrekommendation. Klicka fram stegvis.

Sara har positiv strep-A. Hur mycket fortare blir hon frisk med antibiotikabehandling?

1. 1 - 2½ dygn

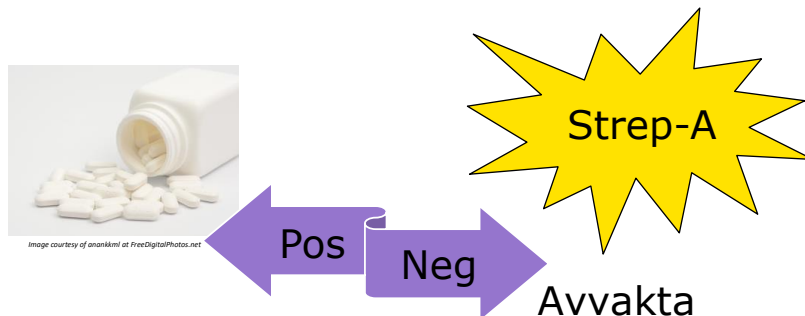
2. 3 - 4 dygn

3. 5 - 6 dygn



KLICKA för att få en markering av rätt svar.

Historiskt sett har risken för immunologiska komplikationer varit ett starkt motiv för att antibiotikabehandla GAS-orsakad faryngotonsillit. Frekvensen av akut reumatisk feber och njurinflammation (glomerulonefrit) är sedan lång tid **mycket** låg i Sverige. Man behöver i praktiken enbart ha reumatisk feber i åtanke bland personer som nyligen har flyttat hit från låginkomstländer. Antibiotikabehandling syftar numera främst till att minska svårighetsgraden och förkorta tiden med symtom.



Läkarbesök om inte bättre inom tre dagar,  
omgående vid försämring

Vid faryngotonsillit hos en i övrigt frisk patient behöver man **primärt** inte leta efter något annat än GAS. Vid 3-4 uppfyllda Centorkriterier OCH samtidigt ett positivt strep-A bör antibiotikabehandling erbjudas. Vid negativt snabbtest avstår man i normalfallet från antibiotika, men informera patienten om att söka igen vid försämring eller utebliven förbättring inom tre dagar. Uteslut då åter tecken på allvarlig infektion. 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. Snabbtest för mononukleos har hög specificitet men låg sensitivitet, särskilt hos barn. Specifik EBV-serologi rekommenderas i oklara fall. Det föreligger ofta lymfocytos och i blodutstryk ses atypiska, viruspåverkade lymfocyter med basofil cytoplasma. Leverstatus är i stort sett alltid påverkat, oftast med förhöjda transaminaser. Även ALP och bilirubin är förhöjt i ca hälften av fallen.

Exempel på andra bakterier, 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.

## Prover till din hjälp

Strep A vid 3-4 centorkriterier

## Prover till "stjälp"

CRP kan **inte** skilja mellan bakteriell och virusorsakad faryngotonsillit

Strep A 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. Snabbtest kan användas med bibehållen sensitivitet och specificitet vid misstänkt recidivtonsillit. Om provet tas korrekt utesluter ett negativt test med stor sannolikhet att GAS är orsak till faryngotonsilliten.

KLICKA

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

# Barn

3-6 år: Behöver inte ha beläggningar

0-3 år: I de allra flesta fall en virusinfektion.

~~Centor~~

Vid verifierad streptokockinfektion i familjen är det motiverat att testa även små barn med feber och luftvägs-symtom för GAS.



Barn 3–6 år får ytterst sällan beläggningar på tonsillerna, varför det i denna åldersgrupp räcker med rodnade och svullna tonsiller för att uppfylla Centorkriteriet om tonsiller.

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.

**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
<b>Vid penicillinallergi typ 1</b>		
Klindamycin	300 mg x 3	10
<b>Vid terapivikt och recidiv</b>		
Klindamycin	300 mg x 3	10
alternativt cefadroxil	500 mg x 2	10
<b>Gravida dosering</b>		
PcV	1 g x 4	10
<b>Gravida terapivikt och recidiv</b>		
cefadroxil	1 g x 2	10
alternativt klindamycin	300 mg x 3	10

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 symtomregress samt till färre och kortvarigare biverkningar

Tabell som gäller vuxna:

I följande fall rekommenderas, liksom tidigare, tio dagars behandling med PcV:

- till gravida
- till patient med allvarlig underliggande sjukdom
- till patient med immunomodulerande terapi motsvarande minst 15 mg prednisolon
- till patient med tidigare svår GAS-infektion eller komplikation
- när bakteriell eradikering utöver symtomlindring bedöms viktigt.

**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
<b>Vid penicillinallergi typ 1</b>		
Klindamycin	5 mg/kg kroppsvikt x 3	10
<b>Vid terapivikt och recidiv</b>		
Klindamycin	5 mg/kg kroppsvikt x 3	10
alternativt cefadroxil	15 mg/kg kroppsvikt x 2	10

Tabell som gäller barn.

## Terapisvikt?



- Compliance?
- GAS är alltid känsliga för penicilliner och cefalosporiner
- Terapisvikt p.g.a. makrolid- eller klindamycin kan förekomma:

➡ Odling med resistensbestämning

## Recidiv?

- Andelen positiva snabbtester respektive odlingar klingar av ungefär lika snabbt efter insatt antibiotikabehandling och snabbtester kan därmed även användas vid recidiv.

Antibiotikaval vid terapisvikt eller recidiv: Klindamycin alternativt cefadroxil. Se tabellerna.

KLICKA

Med recidiv avses ny GAS-orsakad faryngotonsillit inom 30 dagar efter påbörjad behandling.

Vid upprepade faryngotonsilliter orsakade av GAS är det angeläget att identifiera och behandla symtomgivande fall i den närmaste omgivningen. GAS kan finnas i hudförändringar som sår, eksem och impetigo, men också orsaka perianal dermatit, vaginit och vulvit.

Vid frekventa recidiv, 3-4 fyra faryngotonsilliter per år, rekommenderas remiss till ÖNH-läkare för bedömning.

# Scarlatina

- Behandlas alltid med antibiotika
- Förstahandsval är PcV i tredos tio dagar.
- Diagnosen ställs vanligen lätt på den kliniska bilden men kan gärna bekräftas med Strep A-test i svalget





## Till dig som har ont i halsen

De allra flesta halsinfektioner läker ut av sig själva inom en vecka, oavsett om de orsakats av virus eller bakterier. Ibland kan du samtidigt ha feber, så talar det starkt för att det är ett förkylningssjukdoms virus. Då ska man låta infektionen gå över på egen hand. Penicillin inte gör nytta mot virus. Ibland kan det vara svårt att säga om det är en bakterie eller ett virus som orsakar halsont. Om du bara har halsont och feber utan snuva, hosta eller andra symptom, är det troligt att det är ett virus. Vid lindrig halsfluss har man inte någon nytta av antibiotika. Vid måttlig eller svår halsfluss med streptokocker rekommenderas antibiotika. Vid svår halsfluss kan antibiotika rekommenderas med feber mot utslaget.

Om du bara har halsont och feber utan snuva, hosta eller andra symptom, är det troligt att det är ett virus. Vid lindrig halsfluss har man inte någon nytta av antibiotika. Vid måttlig eller svår halsfluss med streptokocker rekommenderas antibiotika. Vid svår halsfluss kan antibiotika rekommenderas med feber mot utslaget.

### Antibiotikabehandling

Om antibiotika bedöms göra nytta ges i första hand penicillin eftersom det har ett bra effekt mot streptokocker. Antibiotikabehandling rekommenderas inte om det är ett virus som orsakar halsont.

Det är inte bra att ta antibiotika i onödan då de nyttiga bakterier i kroppen kan förstöras. Antibiotika kan ge biverkningar som diarré, hudutslag eller svampinfektioner. Antibiotika till att bekämpa bakterier som motståndskraftiga (resistenta) så att antibiotika inte fungerar om det verkligen behövs vid en infektion.

### Goda råd

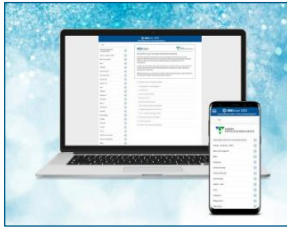
- Ta smärtmedel som paracetamol eller ibuprofen för att lindra smärta och feber.
- Tvätta händerna ofta för att undvika smitta.

www.folkhalsomyndigheten.se

**Välinformerad = nöjd**  
**Arabiska, engelska, finska,**  
**somaliska, sydkurdiska/sorani,**  
**spanska och svenska**

[Till dig som har ont i halsen](#)

Använd gärna Folkhälsomyndighetens patientinformation om halsont. Denna information finns översatt till flera olika språk. Länk: Se i bilden ovan.



[REKlistan](#)



[Länk till Läkemedelsverket](#)



**Strama** Västra  
Götaland  
Samverkan mot antibiotikaresistens



[Regnbågshäftet](#)



Ladda gärna ner appen  
Strama Nationell  
som även finns som  
[webbsida](#)

Lästips och länkar.