

Infektionsfall

Stramadag för primärvård i Göteborg

7 maj 2026

Mia Furebring

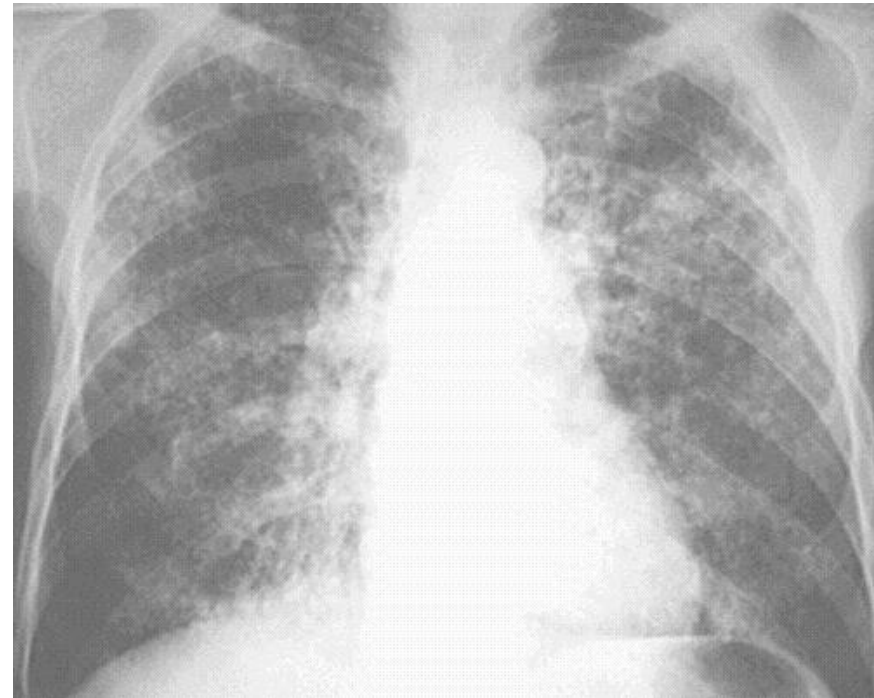
Infektionskliniken

74-årig man med hjärntumör sedan ett halvår tillbaka. Har strålbehandlats och står för närvarande på Betapred 2 mg x 2. Övriga läkemedel: Amlodipin 5 mg x 1 och Omeprazol 20 mg x 1.

Han söker på mottagningen pga tilltagande andfåddhet sedan drygt en vecka. Nu också feber kring 38 grader sedan några dagar.

Saturation i vila 92%, andningsfrekvens 22, puls och BT ua.

CRP 59, LPK 8 varav neutrofila 3,5.



74-årig man med hjärntumör sedan ett halvår tillbaka. Har strålbehandlats och står för närvarande på Betapred 2 mg x 2. Övriga läkemedel: Amlodipin 5 mg x 1 och Omeprazol 20 mg x 1.

Han söker på mottagningen pga tilltagande andfåddhet sedan drygt en vecka. Nu också feber kring 38 grader sedan några dagar.

Saturation i vila 92%, andningsfrekvens 22, puls och BT ua.

CRP 59, LPK 8 varav neutrofila 3,5..

Vilket agens misstänker du i första hand?

1. RS-virus
2. Pneumokocker
3. Mykoplasma
4. **Pneumocystis jirovecii**

24-årig kvinna med rituximabbehandlad MS sedan 8 år (2 doser om året). Söker på vårdcentralen pga ett sår på höger hand efter att ha jobbat i trädgården 3 dagar tidigare. Det är rodnat och värmeökat ca 2 cm kring såret som är ca 1 cm stort men relativt ytligt. Ingen feber.

Åtgärd?

1. Sårodla och vänta på odlingssvar
2. Sårodla och sätt in flukloxacillin
3. Sätt in flukloxacillin
4. Ingen åtgärd nu men patienten ska söka igen vid ev feber

Patienten fick flukloxacillin efter sårodling. Söker igen efter 3 dagar pga feber, huvudvärk och svettningar. Såret ser bättre ut, börjar torka upp och rodnaden har dragit sig tillbaka. Inga tecken till abscess.

CRP 80, LPK 10, blank urinsticka.

Vad gör du nu?

1. Remitterar patienten till akutmottagningen
2. Lugnande besked, viros?

Vilket agens behöver man i första hand utesluta?

1. Grupp A streptokocker
2. *Vibrio cholerae*
3. *Corynebacterium diphtheriae*
4. *Clostridium tetani*

Patientfall med mentimeter

Stramadag för primärvård 2026-05-07

Strama Västra Götaland



Luftvägsinfektion

Gunnar Jacobsson

Strama VGR

7 maj 2026



Tore 53 år

Tore, 53 år, söker för trötthet och feber sedan 2 dagar. Han har varit lite förkyld i knappt en veckas tid, men i förrgår blev han sämre.

I status: AF 22, Sat 96 %, T 38,6°, BT 125/80, P 90. Svårt att lyssna på lungorna då patienten undviker att ta djupa andetag p.g.a. smärta men du tycker dig höra nedsatta andningsljud på hö sida med rassel, vä u.a.



Tore 53 år

Vad gör du?

1. Bedömer att sannolikheten för pneumoni är hög och sätter in behandling med PcV.
2. Tveksamt om pneumoni föreligger, bronkit? Avstår antibiotikabehandling och ger allmänna råd.
3. Andningsfrekvens 22!?! Du remitterar patienten till sjukhus.



Behandlingsrekommendationer för vanliga infektioner i öppenvård

Riskvärdering

Riskvärdering av patienter med misstänkta infektioner utanför sjukhus, utifrån risk för allvarlig infektion/sepsis. En uppfylld parameter räcker för riskvärdering till gult ljus respektive rött ljus.

Värdering av risk för allvarlig infektion/sepsis hos patienter utanför sjukhus

FYSIOLOGISKA FUNKTIONER	Grönt ljus Låg risk	Gult ljus Medelhög risk	Rött ljus Hög risk
Beteende/ medvetandegrad	Normalt/alert	Anamnes på förändrat beteende	Objektivt förändrat beteende/ ej alert
Andningsfrekvens	12–20 andetag/ min	21–24 andetag/min	≥ 25 andetag/min
Saturation på luft	≥ 96 % (a)	92–95 % (a)	< 92 % (< 88 % vid kronisk obstruktiv lung- sjukdom)
Blodtryck (systoliskt)	> 100 mmHg	91–100 mmHg	≤ 90 mmHg eller > 40 mmHg lägre än patientens normala tryck
Hjärtfrekvens	≤ 90 /min	91–130/min eller nyttillkommen arytmi	> 130/min
Temperatur	≥ 36 °C	< 36 °C	
Urinproduktion		Ej kissat på 12–17 tim	Ej kissat på ≥ 18 tim
Hud		Rodnad Svullnad eller sekretion från operationssår Sårruptur	Cyanos Marmorerad eller blek hud Petekialt utslag
Komorbiditet (a) och riskfaktorer		Allvarlig komorbiditet, Riskfaktor (b)	
Social situation (a)		Avsaknad av säkerhets- nät (c)	

Tecken på allvarlig infektion hos vuxna och barn

Åtgärder

Rekommenderad handläggning av patienter med misstänkta infektioner utanför sjukhus, uppdelade i riskgrupper utifrån risk för allvarlig infektion/sepsis.

Grönt ljus Låg risk	Gult ljus Medelhög risk	Rött ljus Hög risk
Kan gå hem med allmänna råd avseende att inta vätska och ta smärtlindrande eller febernedsättande läkemedel. Ombeds höra av sig vid försämring eller oro.	Kan gå hem med säkerhetsnät (a) eller remitteras till sjukhus. Diskuteras med sjukhus-specialist vid behov. Patienter som inte remitteras till sjukhus bör få muntlig (helst också skriftlig) information om varningssymtom (b) och observationsråd, samt planerad uppföljning (besök eller telefontid).	Transporteras akut till sjukhus (ambulans med hög prioritet). Förses med syrgas. Mål för saturation > 94 % (försiktighet vid kronisk obstruktiv lungsjukdom). Förses med minst en perifer infart, därefter intravenös vätska. Vid osäkerhet eller lång transporttid, diskutera med sjukhusspecialist.

a) Säkerhetsnät innebär att antingen sjukvården eller någon utanför sjukvården följer patientens tillstånd.

b) Försämrat allmäntillstånd, nedsatt vakenhet, andnöd/ökad andningsfrekvens, allmän svaghet, nyttillkommen smärta, tillkomst av kräkningar eller diarréer, oro hos de som följer patientens tillstånd.

Tore 53 år

Du förskriver PcV. Läkarstudenten som går med idag undrar hur du kunde veta att det vara pneumoni och inte en bronkit?

Hur differentierar du bronkit från pneumoni?

1. Du inser att du inte tagit ett CRP och det behövs för att påvisa pneumoni.

2. Patienten har feber, förhöjd andningsfrekvens, ensidiga biljud vid lungauskultation som vid pneumoni.

3. Du beställer en lungröntgen.



Tore 53år



Pneumoni kännetecknas av en påverkad patient med takypné över 20 andetag/minut eller takycardi över 120/minut med nyttillkommen uttalad trötthet och andningskorrelerad smärta.

Vanliga fynd är fokalt nedsatta andningsljud eller dämpning vid perkussion.

CRP är inte nödvändigt vid en kliniskt klar pneumoni men kan vara av värde för att följa förloppet. Lungröntgen behövs vanligen inte för diagnos.

Tore 53år



Läkarstudenten vill träna sig på att skriva recept och slår upp Kåvepenin i FASS och undrar över behandlingstiden?

Vad gör du?

1. Du följer FASS-texten och ordinerar 7 – 10 dagar.
2. Du följer Regnbågshäftet och ordinerar 7 dagar.
3. Du följer REK VGR och RMR Pneumoni VGR och ordinerar 5 – 7 dagar.

FASS: Kåvepenin 7 – 10 dagar

Fråga till producenten:

- Ni säljer Kåvepenin, T 800mg, med första godkännande **1973!**
- Ni anger för behandlingstid vid samhällsförvärvad pneumoni 7 - 10 dagar.
- Vilken referens har ni för denna rekommendation?

Finns inga randomiserade, kontrollerade studier om behandlingstid med penicillin V vid pneumoni!

Svar från Viatrix:

Har med hjälp av Copilot försökt hitta om det finns några publicerade studier som undersöker samhällsförvärvad pneumoni gjorda innan 1973 som skulle kunna ligga till grund för det regulatoriska godkännandet av Kåvepenin men

- Hittade inget.
- Talar för att dessa rekommendationer baserats på historisk klinisk praxis och erfarenheten man hade på den tiden av penicillinbehandling generellt.

Behandlingsrekommendationer för vanliga infektioner i öppenvård

Tecken på allvarlig infektion hos vuxna och barn

Akut mediaotit

Rinosinuit

Faryngotonsillit

Akut bronkit och pneumoni

Akut exacerbation av KOL

Urinvägsinfektioner

Hud- och mjukdelsinfektioner

Sexuellt överförbara bakteriella infektioner

Pneumoni

Antibiotikabehandling av pneumoni hos vuxna

Läkemedel	Dosering	Behandlingstid (dagar)
Förstahandsval är penicillin V	1 g x 3	7
Vid terapivikt eller penicillinallergi av typ 1 ges doxycyklin	200 mg x 1 dag 1-3, därefter 100 mg x 1	7
Till gravida ges Penicillin V	1 g x 4	7

UPPFÖLJNING

Som uppföljning rekommenderas klinisk kontroll (via telefon eller besök) efter 6–8 veckor.



Shorter Is Better

Diagnosis	Short (d)	Long (d)	Result	#RCT
CAP	3-5	5-14	Equal	14
Atypical CAP	1	3	Equal	1
Possible PNA in ICU	3	14-21	Equal	1*
VAP	5-8	10-15	Equal	3
Empyema	14-21	21-42	Equal	2
Cystic Fibrosis Exacerbation	10-14	14-21	Equal	1
cUTI/Pyelonephritis	5 or 7	10 or 14	Equal	13
Intra-abd Infection	4	8-10	Equal	3
Complex Appendicitis	1-2	5-6	Equal	2
Bacteremia (non <i>S. aureus</i>)	7	14	Equal	4**
Cellulitis/Wound/Abscess	5-6	10	Equal	4 [†]
Osteomyelitis	42	84	Equal	2
Osteo Removed Implant	28	42	Equal	1
Debrided Diabetic Osteo	10-21	42-90	Equal	2 [‡]
Septic Arthritis	14	28	Equal	1
Bacterial Meningitis (peds)	4-7	7-14	Equal	6
AECB & Sinusitis	≤5	>7	Equal	>25
Variceal Bleeding	2-3	5-7	Equal	2
Neutropenic Fever	AFx72h/3 d	+ANC>500/9 d	Equal	2
Post Op Prophylaxis	0-1	1-5	Equal	57 [¶]
Erythema Migrans (Lyme)	7-10	14-20	Equal	3
Mediterranean Spotted Fever	1	5-10	Equal	4 [‡]
<i>P. vivax</i> Malaria	1 or 7	14	Equal	2 [¶]
Strongyloides GI Infection	1	4	Equal	1
Albendazole→Neurocysticercosis	7	14-28	Equal	3 [¶]
Early Syphilis	1 IM	3 IM in 3 wks	Equal	2

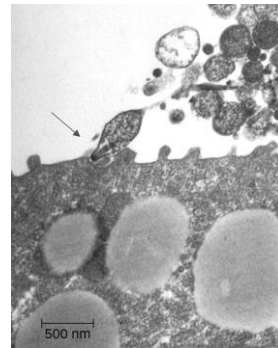
Total: 26 Conditions

159 RCTs

*Infiltrate on CXR but low CPIS score (≤6), CAP, HAP, and VAP combined; **GNB bacteremia also in UTI/cIAI RCTs; †3 RCTs equal, 1 (low dose oral flucox) ↑relapses 2° endpoint; ‡all patients debrided, in 1 study total bone resection (clean margins); ¶Includes meta-analysis of 52 RCTs; ††In 1 trial, 1 day doxy was superior to 5 days roxithromycin; †††1 dose tafenoquin vs. 7 vs 14 d primaquine; ††††Dual therapy duration studies not done yet; refs at <https://www.bradspellberg.com/shorter-is-better>



Tore 53 år



När kan 5 dagar bli aktuellt som behandlingstid vid pneumoni?

1. Vid snabb förbättring med feberfrihet i 2 dagar vid telefonuppföljning dag 5.
2. Patienten ska vara **helt återställd** dag 5, helst vid kontroll via fysiskt återbesök.
3. Vid **ålder över 50 år** bör patienten komma på **fysiskt återbesök** för kontroll av saturation.

Samhällsförvärvad pneumoni hos vuxna

Behandlingstid

Normalpatienten	I samband med sjukhusvård rekommenderas 5 dagars behandling om två dagars feberfrihet och normaliserade vitalparametrar. I annat fall ges antibiotika i 7 dagar. <u>Inom primärvården kan 5 dagars behandling övervägas efter individuell bedömning i anslutning till telefonuppföljning.</u>
Legionella	10 dagar
Chlamydia psittaci	10–14 dagar
Staf aureus	14 dagar varav minst 7 dagar iv



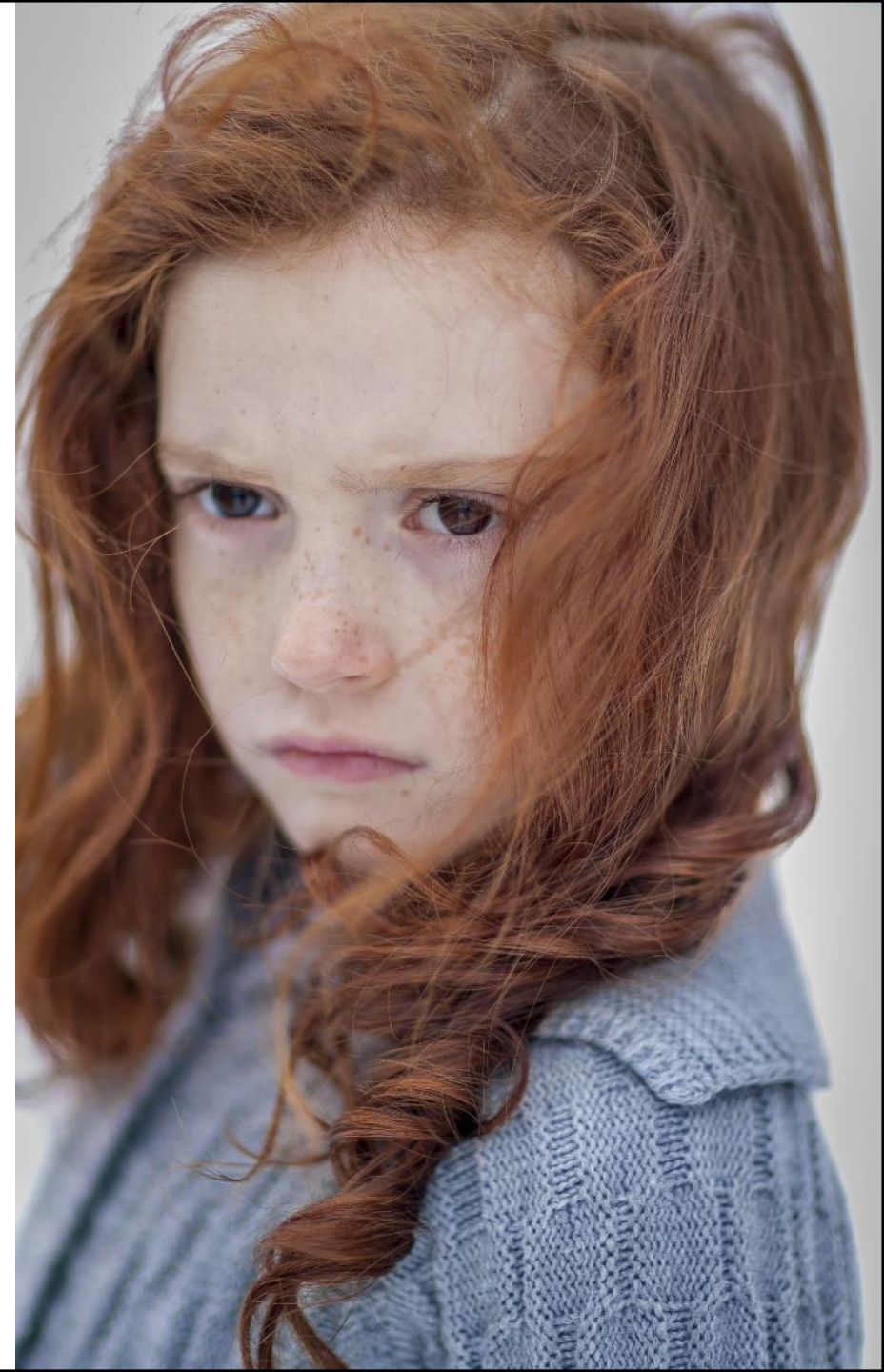
Pneumoni hos vuxna

fenoximetylpenicillin (PcV) 1 g x 3 i 5-7 dygn (1 g x 4 till gravida)*

*Den kortare behandlingstiden gäller för kliniskt stabila patienter som svarar snabbt på behandling.

Elise 8 år

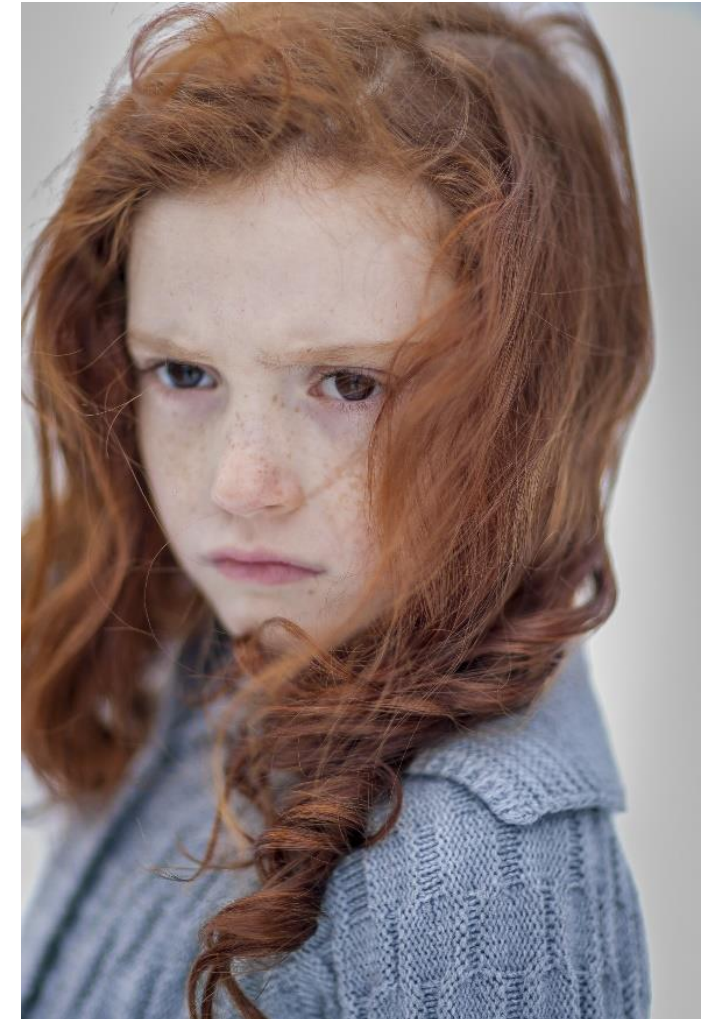
- Förkyld i 2-3 dagar
- Värk i vänster öra och feber igår kväll
- Imorse 38,5°
- Värken har släppt men det rinner ur örat
- Gott allmäntillstånd
- Vänster öra med pus i hörselgången och chagrinerad (fiskfjällsliknande) trh
- Höger öra u.a.



Vad gör du?

1. Förskriver PcV i 5 dagar
2. Tar en odling från hörselgången och förskriver PcV i 5 dagar
3. Exspektans

Indikation för antibiotika föreligger. I de uppdaterade rekommendationerna anger man även att det föreligger indikation för odling. Vi har efterfrågat skälen för detta.



Antibiotikaindikation Akut mediaotit

- <1 år
- >12 år

Ålder

- <2 år

Bilateralt

- Perforerat
- Svår värk trots analgetika
- Infektionskänslig
- Cochleaimplantat
- Hörselnedsättning
- Opererad inte plaströr
- Tidigare fraktur
- Missbildning

Komplicerat

Start / Behandling och förskrivning / Behandlingsrekommendationer / Sök behandlingsrekommendation / Akut mediaotit

< Akut mediaotit

Inledning

Beskrivning

Diagnostik

Handläggning 

Säkerhetsaspekter

Miljöaspekter

Deltagarlista

Referenslista

Akut mediaotit – behandlingsrekommendation

Publicerad: 10 mars 2026

Senast uppdaterad: 10 mars 2026

Kategori: Läkemedel för människa, Barn och ungdomar, Vuxna

Status: Aktuell

Denna rekommendation handlar om behandling av akut mediaotit. För barn i åldern ett till tolv år behövs sällan antibiotika.

Huvudbudskap

- För barn i åldern ett till tolv år med akut mediaotit (AOM) rekommenderas aktiv exspektans.
- Barn under ett år, ungdomar över tolv år och vuxna med säkerställd AOM ska behandlas med antibiotika.
- Antibiotikabehandling ska ges även i följande fall:
 - vid tillstånd som ökar risk för komplikation, oavsett ålder
 - då hotande komplikation föreligger, oavsett ålder
 - till alla med AOM och perforerad trumhinna, oavsett ålder

 Skriv ut

Hitta på sidan

Huvudbudskap

Bilaga –
Evidenstabeller

Tidigare bakgrunds-
dokumentation

Bilder på trumhinnor

Jäv

Relaterad
information

Skriv ut behandlings-
rekommendation

Odling

Syftet med att odla är att fastställa etiologi eller att undersöka resistensmönster för att kunna rikta behandlingen. Material för odling ska hämtas så nära mellanörat som möjligt. Vid perforation tas odlingen från hörselgången nära perforationen, gärna efter rengöring, i andra fall från nasofarynx.

Vid följande tillstånd bör odling tas:

- penicillinallergi
- terapivikt
- perforation av trumhinna
- recidiverande AOM
- misstanke om hotande komplikation, se avsnittet om Allvarlig infektion och komplikationer.

Akut mediaotit - patogener



Pneumokocker

Vanligast. Alla åldrar men komplikationsfrekvensen är högst hos de allra yngsta barnen och hos vuxna.

Haemophilus influenzae

Alla åldrar. I de flesta fall mindre svår klinisk bild och spontanläkningsfrekvensen är högre.

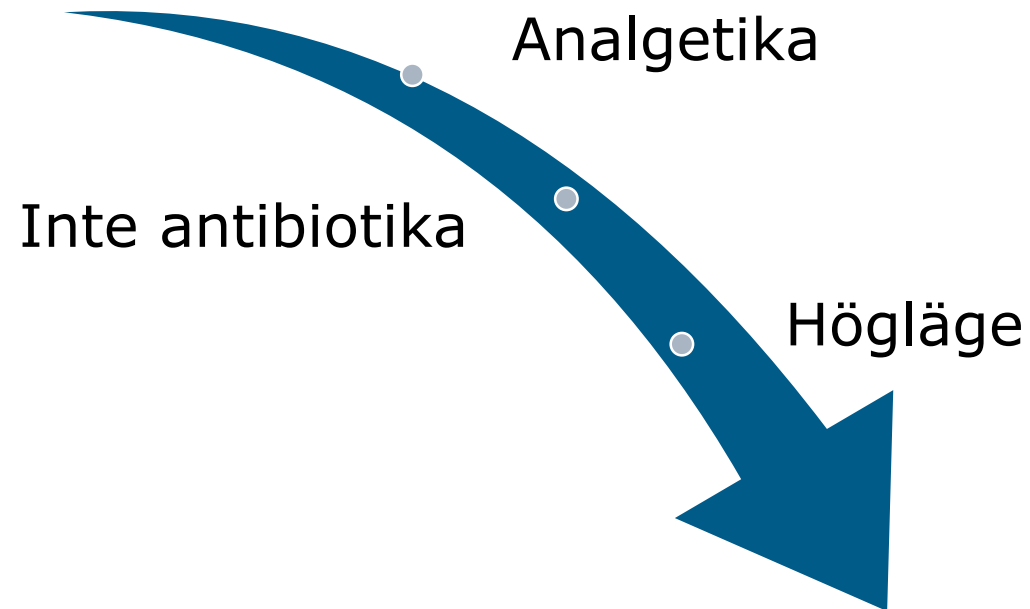
Moraxella catarrhalis

Yngre barn, mycket hög grad spontanläkande

GAS

Framför allt äldre barn och vuxna. Ger upphov till den svåraste formen av AOM. Förekommer i <5% av fallen men är en av de vanligaste vid komplikationer. Låg andel självutläkning.

Sporadisk AOM 1-12 år



Nytt läkarbesök:

- Inte bättre efter 2-3 dagar
- Omgående vid försämring

Huvudbudskap

- För barn i åldern ett till tolv år med akut mediaotit (AOM) rekommenderas aktiv exspektans.
- Barn under ett år, ungdomar över tolv år och vuxna med säkerställd AOM ska behandlas med antibiotika.
- Antibiotikabehandling ska ges även i följande fall:
 - vid tillstånd som ökar risk för komplikation, oavsett ålder
 - då hotande komplikation föreligger, oavsett ålder
 - till alla med AOM och perforerad trumhinna, oavsett ålder
 - till barn under två år med dubbelsidig AOM.
- Förstahandsval vid antibiotikabehandling är penicillin V tre gånger dagligen i fem dagar.
- Vid terapivikt rekommenderas amoxicillin i tio dagar.
- Alla recidiv, vid säkerställd ny episod av AOM, bör för både barn och vuxna behandlas med penicillin V, alternativt amoxicillin i tio dagar.
- Barn med rörotit behandlas i första hand med örondroppar innehållande en kombination av kortison och antibiotika om barnen fränsett lokalsymtom är opåverkade.

Anna 67 år

- Hypertoni, hyperlipidemi, lättare eksem av och till.
- Ingen läkemedelsöverkänslighet.
- Sedan 2 dagar rodnad på underbenet som successivt ökat.
- Ömhet, svullnad, varmt.
- AT: Trött. Temp 38,6° nu på morgonen.
- Hjärta: RR, puls 78
- Lungor: Normala andningsljud. AF 18. SaO2 97%.
- Blodtryck: 145/80

Vi har tyvärr inte tillstånd
att visa bilden.

Vad ordinerar du?

- Flukloxacillin 1g x 3 i 7 dagar.
- Penicillin V 1g x 3 i 10 dagar.
- Klindamycin 300 mg x 3 i 10 dagar

Per 67 år

- Hypertoni, hyperlipidemi, lättare eksem av och till. Diabetes typ 2 sedan 9 år, insulinbehandlad med njurpåverkan.
- Ingen läkemedelsöverkänslighet.
- Sår som uppkommit för en vecka sedan när han slog i en stol. Lite gult och smetigt i såret sedan 2 dagar.
- Sedan 3 dagar rodnad på underbenet som successivt ökat.
- Ömhet, svullnad, värmeökat. Mer ont idag när han vaknade.
- AT: Lite trött. Temp 38,1° idag på morgonen.
- Hjärta: RR, puls 78
- Lungor: Normala andningsljud. AF 18. SaO2 97%.
- Blodtryck: 145/80

Vi har tyvärr inte tillstånd att visa bilden.

Vad ordinerar du?

- Flukloxacillin 1g x 3 i 7 dagar.
- Penicillin V 1g x 3 i 10 dagar.
- Klindamycin 300 mg x 3 i 10 dagar
- Täta omläggningar hos distriktsköterska, ingen antibiotika.

PVQ-mätaren för hela VGR

Hud- och mjukdelar

Inf47: Andel PcV av
antibiotikabehandlad erysipelas



66% (2329/3522)

Erysipelas – rosfeber

(A469 Rosfeber)

- Intensiv, homogen rodnad i hud och underhud som sprider sig snabbt
- Skarp avgränsning mot frisk hud
- Ömhet
- Svullnad
- Värmeökning
- Blåsbildning ibland
- Venös eller lymfatisk insufficiens riskfaktor
- **Betahemolyserande streptokocker (grupp A, C eller G) - Penicillin V**

Sårinfektion eller cellulit?

(L089 Lokal infektion i hud och underhud, ospecificerad)

(L039 Cellulit, ospecificerad)

- Lokal sårinfektion: omläggning?
- Cellulit, spridd/djupare infektion: antibiotika?
- Rodnad mindre intensiv än vid erysipelas. Bleknar mot periferin.
- Svullnad, värmeökning, ömhet
- **Staphylococcus aureus - Flukloxacillin**

Akuta sårskador och infekterade sår tvättas rena med tvål och vatten.

I det normala läkningsförloppet förekommer rodnad och sekretion utan att det rör sig om en infektion.

Behandling

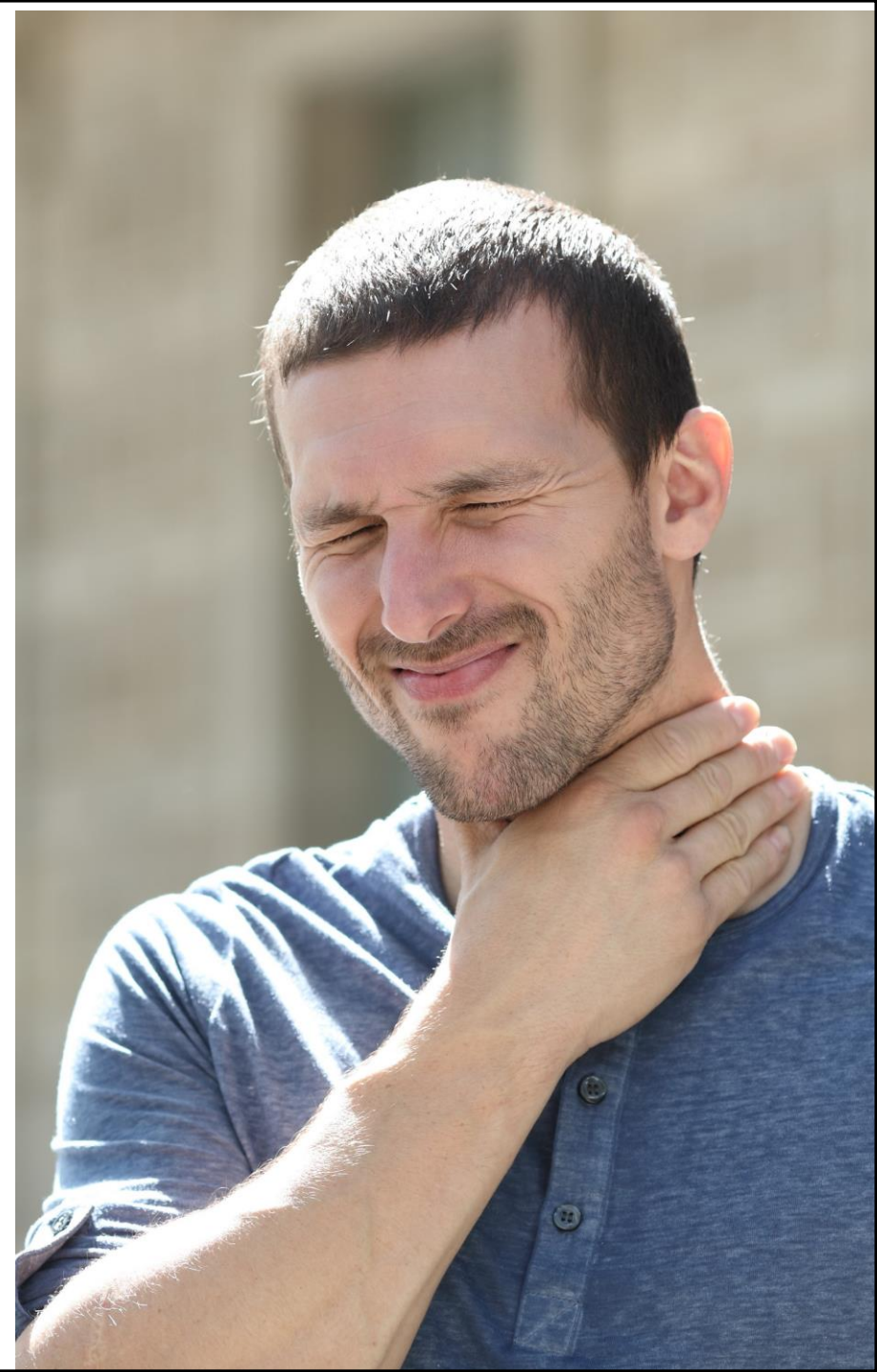
Kliniska tecken på infektion är rodnad, svullnad, värme och nyttillkommen smärta. Antibiotikabehandling är bara indicerad när det finns tecken på spridd infektion eller när djupare vävnader är involverade. Såroddling bör endast utföras om resultatet förväntas påverka handläggningen. En anledning kan vara om patienten nyligen vistats i en miljö med hög förekomst av multiresistenta bakterier.

Fille 28 år

Halsont och feber 39,2° sedan 2 dygn.
Opåverkad. AF 16, sat 97%, puls 83.
Smärta vid sväljning, får i sig att dricka.

Kan gapa ordentligt
Liksidaiga besvär

Ingen snuva, hosta eller heshet



Fille 28 år

Fyra Centorkriterier:

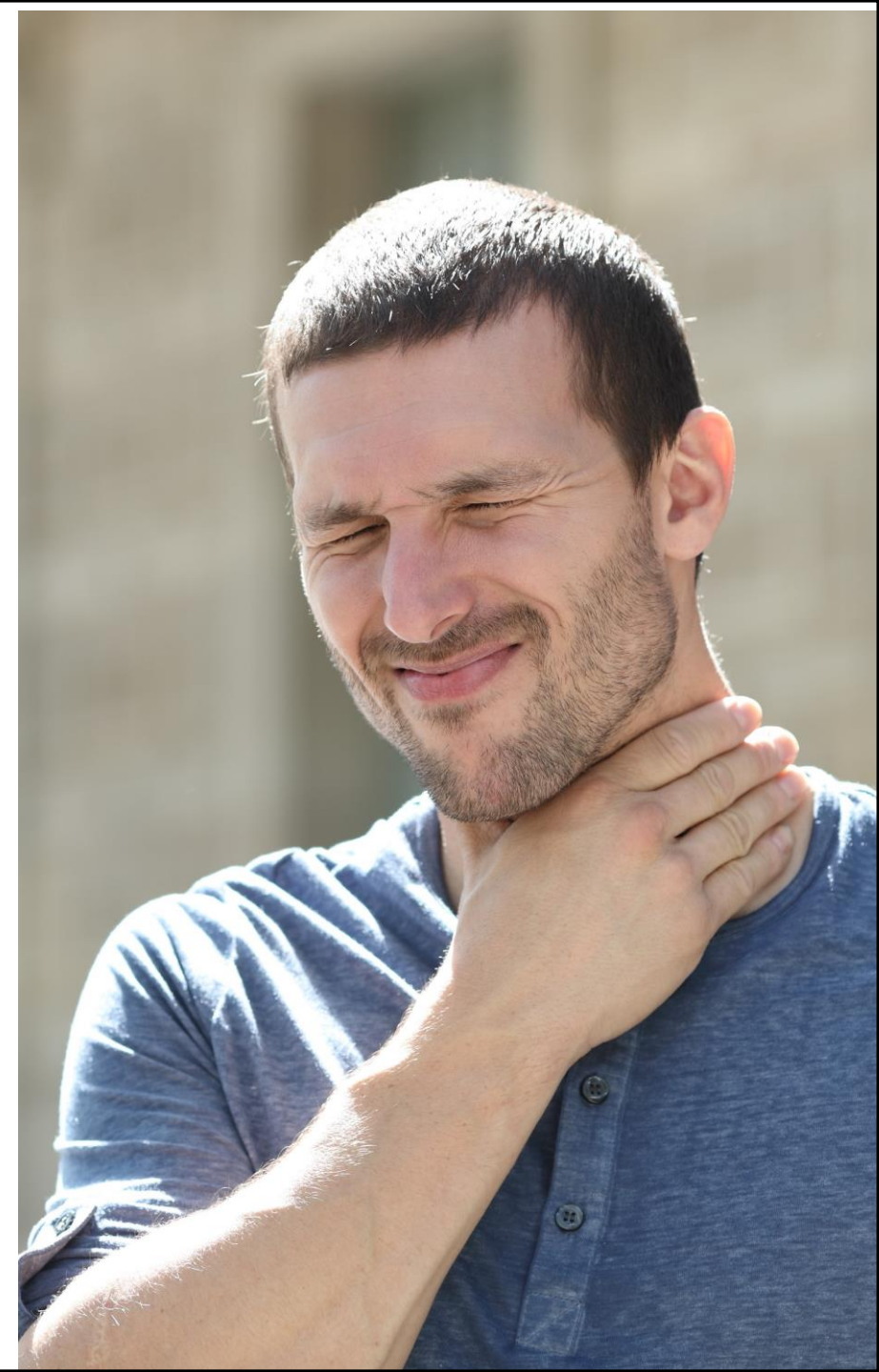
Feber $\geq 38,5^\circ$

Ömma, svullna Igll i käkvinklarna

Beläggningar på tonsiller

Frånvaro av hosta

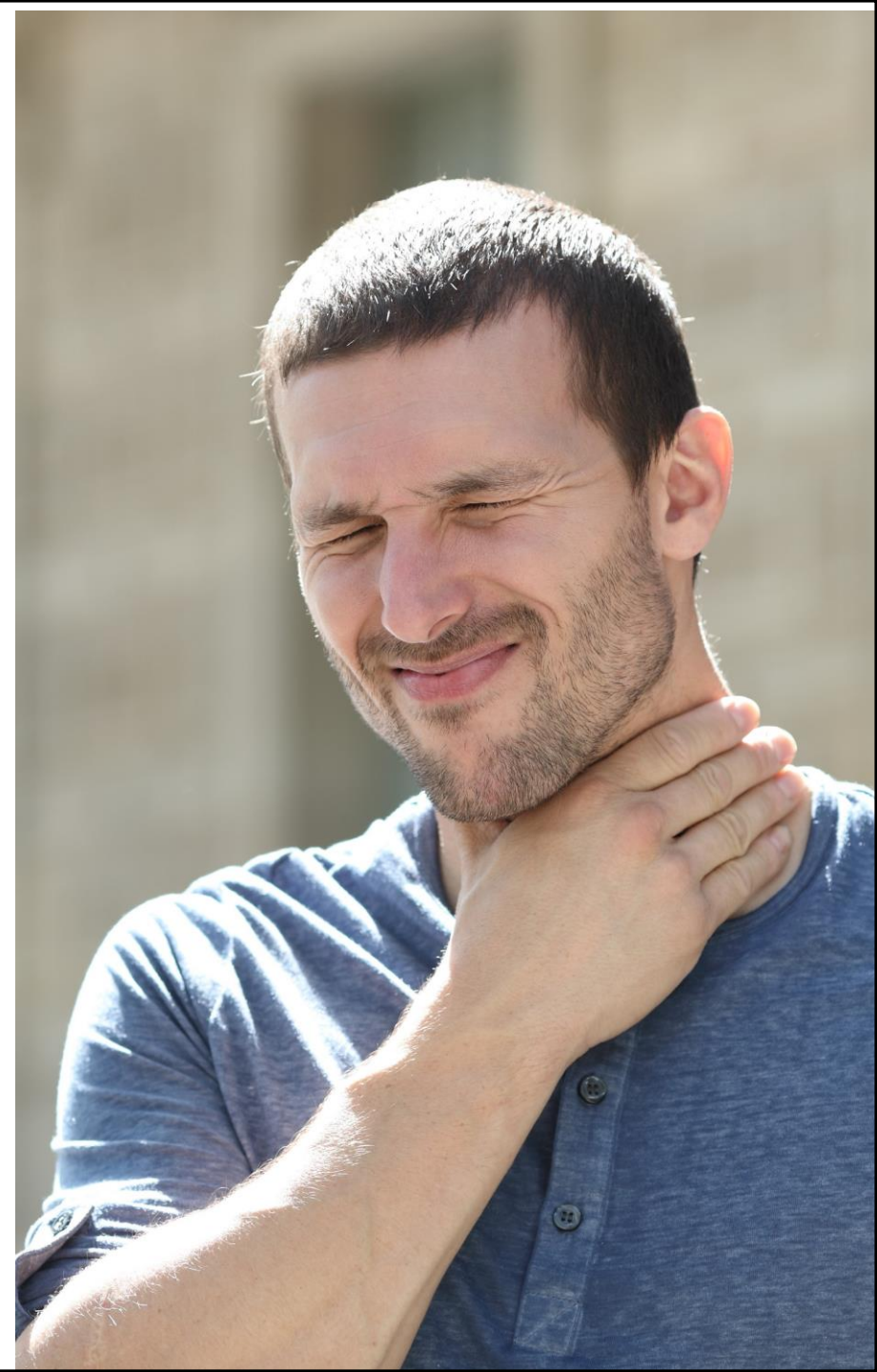
Samma symtom för 17 dagar sedan
Fick penicillin V 800 mg x4 i 5 dagar
Var helt återställd innan symtomen
återkom



Tonsillitrecidiv?

Vad gör du helst?

- Strep A och om negativt så egenvårdsråd
- Strep A är opålitligt i aktuell situation, behandlar med klindamycin direkt
- Strep A är opålitligt i aktuell situation, tar istället CRP för vägledning
- Skickar utvidgad svalgodling



Strep A

Antigentest

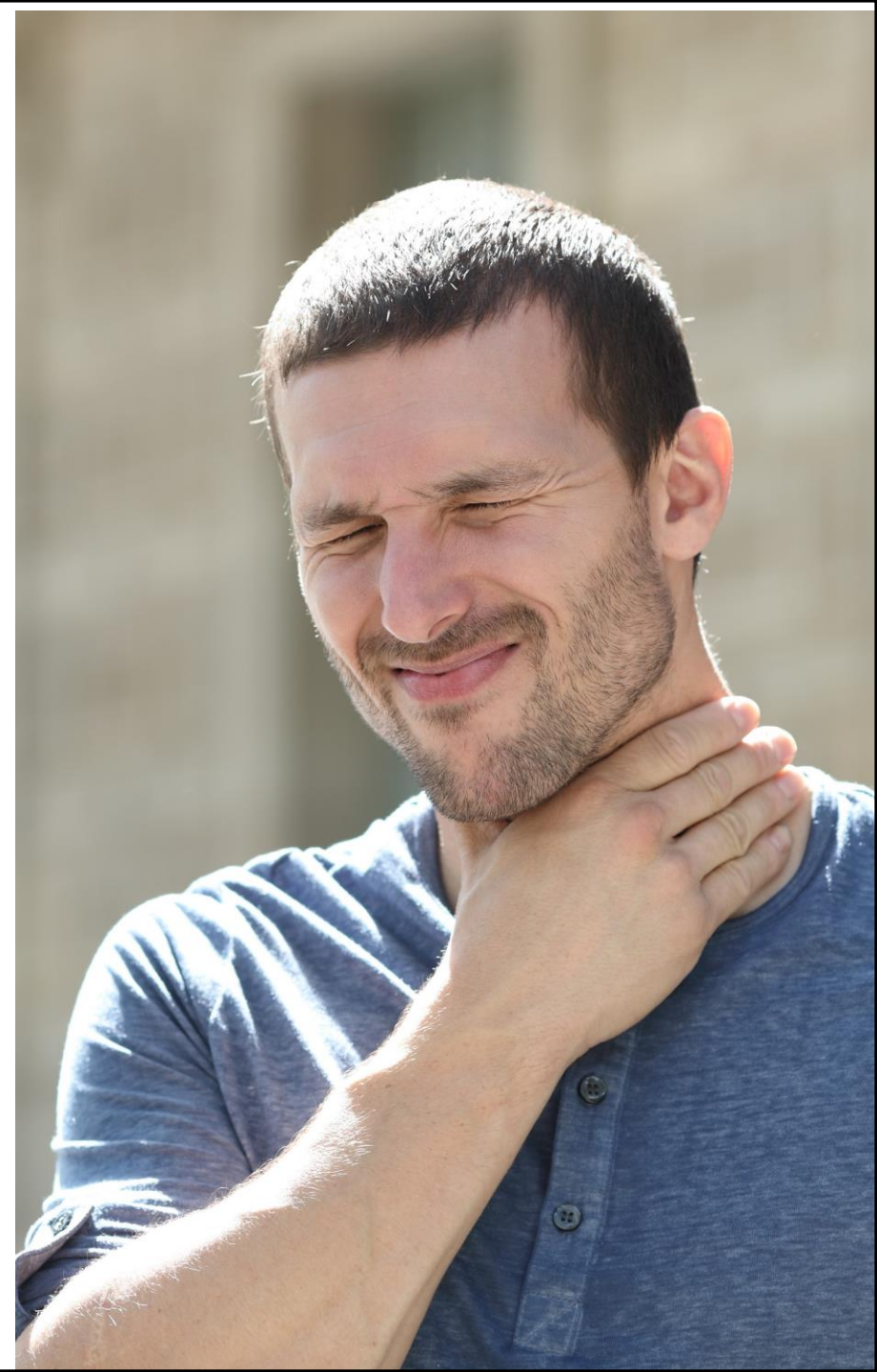
– Strep A detekterar ytantigen A

Mycket känsligt test

– fler positiva Strep A än odlingar

Tillförlitligt även i efterförloppet

*CRP kan **inte** skilja på bakteriell och viral faryngotonsillit*



Tonsillitrecidiv

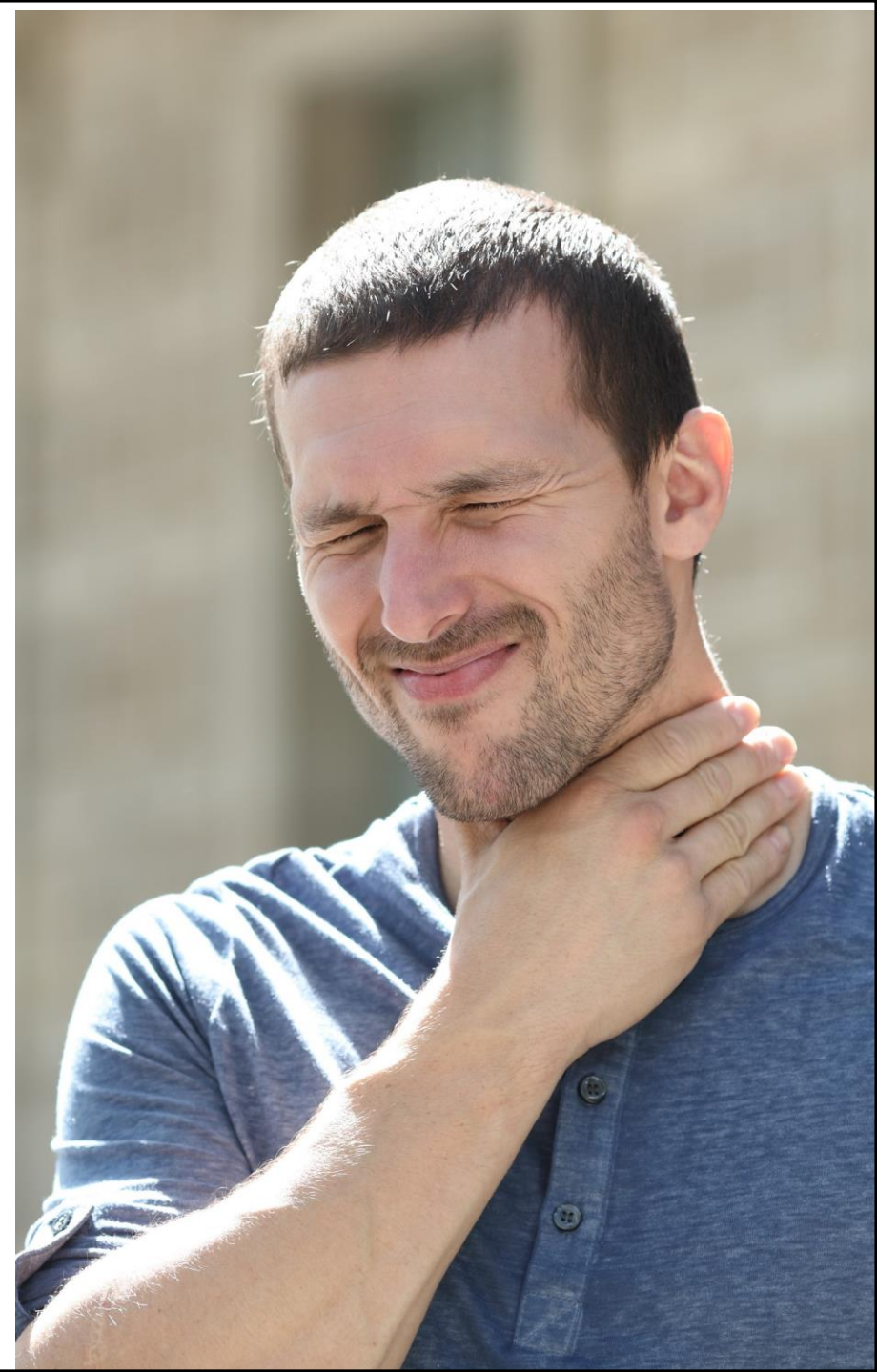
Om 3-4 Centorkriterier så ta Strep A
Antibiotika kan erbjudas om GAS påvisas
– *annars avstå!*

Strep-A vid tonsillit

Inf17Neg: Andel antibiotikabehandlad
tonsillit med neg Strep A



15% (1196/7981)



Halsfluss

INFORMATION
VID VÅRDBESÖK

Här kan du läsa om vad du kan göra själv och vad du bör tänka på om du har fått diagnosen halsfluss.

Vad är halsfluss?

Halsfluss är en infektion i halsmandlarna som kan orsakas av både virus och bakterier. Feber och halsont är typiska symtom. Däremot brukar halsfluss inte ge hosta eller andra förkylningssymtom. Ofta är halsmandlarna svullna och röda och det kan kännas ömt om man känner på utsidan av halsen. Ibland har halsmandlarna även en gulsmetig beläggning.

Halsfluss läker oftast ut av sig själv inom en vecka oavsett om den är orsakad av virus eller bakterier.

Vad kan du göra själv?

- En del upplever att varm eller kall dryck kan lindra när det gör ont i halsen.

Vad bör du vara uppmärksam på?

De allra flesta fall av halsfluss läker ut inom en vecka. Kontakta sjukvården igen om du

- blir tydligt sämre eller inte bättre inom fyra dagar
- får nya svårigheter att gapa eller svälja
- får svårt att andas, kraftig smärta i halsen eller får grötigt tal
- får knottriga utslag på kroppen.

Vissa bakterier kan i sällsynta fall orsaka allvarliga infektioner såsom svåra hudinfektioner och blodförgiftning. Då blir den som drabbas ofta snabbt mycket sjuk **med hög feber och påverkat allmän-**

Information vid vårdbesök – Halsfluss

RESEARCH ARTICLE

Open Access



A 2-year follow-up study of patients with pharyngotonsillitis

Jon Pallon^{1,2*}, Martin Sundqvist³ and Katarina Hedin^{1,4}

Abstract

Background: Longtime follow-up studies on patients with pharyngotonsillitis are rare. We aimed to describe the patterns of new visits for a sore throat, complications and tonsillectomy during 2 years in a cohort of patients with pharyngotonsillitis and non-infected controls.

Methods: A retrospective chart review was performed on a cohort of patients with acute sore throat ($n = 207$), and non-infected controls ($n = 108$). New visits, complications and tonsillectomy within 2 years was recorded and analyzed in relation to microbiological findings at inclusion.

Results: Patients with Group A streptococci (GAS) (12/66) reconsulted more often within 30 days than patients with no GAS (9/141) ($p = 0.009$) and patients with *F. necrophorum* (2/29). After 2 years, we observed no significant differences in reconsultations with regard to aetiology at inclusion. A single complication was recorded and 5 patients were planned for tonsillectomy.

Conclusions: Group A streptococci were the sole aetiological agent associated with recurrent sore throat while *F. necrophorum* did not distinguish itself as a major cause of either recurrent infection or complications in this cohort. More studies, preferably with the focus on adolescents, are needed before *F. necrophorum* can be considered an important cause of pharyngotonsillitis.

Keywords: Pharyngitis, Etiology, Primary healthcare, Fusobacterium necrophorum

Background

Acute pharyngotonsillitis constitutes one fifth of all visits for respiratory tract infections in Swedish primary healthcare [1]. The most common causative agent is *Streptococcus pyogenes* (Group A streptococcus, GAS) [2] but several other bacteria and viruses have also been associated with the condition [2, 3], among these Streptococcus group C and G, *Mycoplasma pneumoniae* and *Arcanobacterium haemolyticum*. Furthermore, *Fusobacterium necrophorum* has been suggested as a possible pathogen in tonsillitis [4–8] and reported to be the second most common bacterial finding [6]. However, no one has so far studied the course of these patients, and studies on the course of patients with pharyngotonsillitis where modern diagnostic approaches and treatment recommendations have been used are also lacking.

Pharyngotonsillitis is associated with short-term complications such as sinusitis, otitis and peritonsillar abscess in a small percentage of patients [9]. Historically, post-streptococcal acute rheumatic fever and glomerulonephritis were dreaded conditions, but these are now uncommon in industrialized countries [2]. In some cases, recurrent infections lead to tonsillectomy [10, 11], but the long-term complications of an episode of pharyngotonsillitis have very rarely been studied, especially in relation to the aetiology of the condition.

Recently, we performed a case-control study on the aetiology of pharyngotonsillitis in young Swedish adults with a special focus on the importance of *F. necrophorum* as a possible pathogen [6]. The present study is a follow-up on that study with the purpose of observing patients over a 2-year period after a pharyngotonsillitis episode together with a cohort of non-infected patients. Specifically, our objective was to quantify the proportion of patients who would have a new doctor's appointment for a sore throat within 2 years; have a complication of pharyngotonsillitis

* Correspondence: jon.pallon@kronoberg.se

¹Department of Clinical Sciences, Malmö, Family Medicine, Lund University, Lund, Sweden

²Department of Research and Development, Region Kronoberg, Box 1223, 351 12 Växjö, Sweden

Full list of author information is available at the end of the article



Tonsillitrecidiv

Patienter som behandlats för streptokocktonsillit söker i hög utsträckning för ny halsinfektion inom 30 dagar

	30 dagar	2 år
Kontrollgrupp	4%	18%
Faryngotonsillit, GAS-negativ	10%	43%
Streptokocktonsillit	20%	52%

Antibiotika ger fler återbesök

Handläggningen påverkar patienternas sökbeteende

Tidigare antibiotikaförskrivning vid faryngotonsillit ökar återbesöken vid nya symtom på halsinfektion

General practice

Reattendance and complications in a randomised trial of prescribing strategies for sore throat: the medicalising effect of prescribing antibiotics

P Little, C Gould, I Williamson, G Warner, M Gantley, A L Kinmonth

Abstract

Objective: To assess the medicalising effect of prescribing antibiotics for sore throat.

Setting: 11 general practices in England.

Design: Randomised trial of three approaches to sore throat: a 10 day prescription of antibiotics, no antibiotics, or a delayed prescription if the sore throat had not started to settle after three days.

Patients: 716 patients aged 4 and over with sore throat and an abnormal physical sign: 84% had tonsillitis or pharyngitis.

Outcome measures: Number and rate of patients making a first return with sore throat, pharyngitis, or tonsillitis. Early returns (within two weeks) and complications (otitis media, sinusitis, quinsy). Outcomes were documented in 675 subjects (94%).

Results: Mean follow up time was similar (antibiotic group 1.07 years, other two groups 1.03 years). More of those initially prescribed antibiotics initially returned to the surgery with sore throat (38% v 27%, adjusted hazard ratio for return 1.39, 95% confidence interval 1.03 to 1.89). Antibiotics prescribed for sore throat during the previous year had an additional effect (hazard ratio 1.69, 1.20 to 2.37). Longer duration of illness (> 5 days) was associated with increased return within six weeks (hazard ratio 2.90, 1.70 to 4.92). Prior attendance with upper respiratory conditions was also associated with increased reattendance. There was no difference between groups in early return (13/238 (5.5%) v 27/437 (6%)), or complications (2/236 (0.8%) v 3/434 (0.7%)).

Conclusions: Complications and early return resulting from no or delayed prescribing of antibiotics for sore throat are rare. Both current and previous prescribing for sore throat increase reattendance. To avoid medicalising a self limiting illness doctors should avoid antibiotics or offer a delayed prescription for most patients with sore throat.

Introduction

A systematic review showed only marginal benefit from antibiotics for sore throat,¹ which must be balanced against side effects, including "medicalisation"²—making people more likely to seek medical care for future illness. Assessing medicalisation requires open

randomised trials.³ We previously reported that antibiotic prescribing increases patients' belief in antibiotics and intention to reconsult, compared with either not prescribing or offering a delayed prescription.³ Immediate prescribing should, therefore, increase reattendance. We report here a comparison of the complication and reattendance rates of patients given immediate prescriptions and those managed by other strategies and report other predictors of reattendance.

Method

The methods have been fully reported:³ 716 patients with sore throat and an abnormal physical sign were randomised to three prescribing approaches supported by advice sheets. These approaches were: (a) a 10 day prescription of phenoxymethylpenicillin, (b) no antibiotics, and (c) a 10 day prescription of antibiotics to collect if the sore throat had not started to settle after three days. Groups were well differentiated in reported antibiotic use, attitude, and intention.³

Outcome assessment

Notes review—All patients had their notes inspected in summer 1996 (follow up 2 months to 2.5 years after trial entry) for subsequent presentations. We counted all entries where sore throat, pharyngitis, tonsillitis, otitis media, or quinsy was noted either in the main complaint or in the clinical description. Attendances before randomisation were also noted, and whether antibiotics had been prescribed.

Observer bias—Details of the randomised episode were removed from photocopies of 75 randomly chosen sets of notes from the largest practice, the notes reassessed, and the data re-entered. The original assessment was compared with the blinded assessment.

Sample size calculation (for 80% power, 95% confidence using the EPI INFO program)—For the principal comparison (the initial antibiotic group versus the other two groups) a 40% relative increase in reattendances³—or a 15% absolute increase (antibiotics 40%, others 55%; hazard ratio 1.38)—required 417 patients, or 596 allowing for 30% loss to follow up.

Data entry and analysis—Data were entered and analysed on an intention to treat basis using sss and STATA for windows. Cox proportional hazard

See also editorial by Majumdar

Primary Medical Care, Faculty of Health, Medicine, and Biological Sciences, Aldermoor Health Centre, Southampton University, Southampton SO16 5ST
P Little,
GP Wellcome training fellow

C Gould,
research assistant
I Williamson,
senior lecturer in primary care
M Gantley,
anthropologist
A L Kinmonth,
professor of primary medical care

Nightingale Surgery, Romsey, Hants SO16 5ST
G Warner,
general practitioner

Correspondence to: Dr Little.

BMJ 1997;315:350-2

Tonsillitrecidiv eller recidiverande tonsillit?

Tonsillitrecidiv - *relapsing tonsillitis*

Ny infektion inom 30 dagar – samma GAS

OBS: data saknas för effekt av olika AB

Penicillin V i 10 dagar

Recidiverande tonsillit - *recurrent tonsillitis*

Pragmatiskt: remiss till ÖNH om 3-4 faryngotonsilliter/år

GÄLLER FRÅN 2025-03-19

Behandlingsrekommendationer
för vanliga infektioner i öppenvård

Vid terapivikt eller recidiv ges
klindamycin

300 mg x 3

Alternativt cefadroxil

500 mg x 2

Akut exacerbation av KOL

Urinvägsinfektioner

Hud- och mjukdelsinfektioner

Sexuellt överförbara bakteriella infektioner



LÄKEMEDELSVERKET


Strama

Faryngotonsillit – ändring i digitala versionen

GÄLLER FRÅN 2025-03-19

Behandlingsrekommendationer
för vanliga infektioner i öppenvård

- Tecken på allvarlig infektion hos vuxna och barn
- Akut mediaotit
- Rinosinuit
- Faryngotonsillit
- Akut bronkit och pneumoni
- Akut exacerbation av KOL
- Urinvägsinfektioner
- Hud- och mjukdelsinfektioner
- Sexuellt överförbara bakteriella infektioner



Handläggning av patienter med bakomliggande sjukdomar, immunsuppression (inklusive graviditet) eller med tidigare svår GAS-infektion, bör ske med hög riskmedvetenhet och en låg tröskel för såväl provtagning som antibiotikabehandling.

Figur 1. Antal fall per månad av iGAS, 2018-2019 och 2021-2022 till 2025-2026.

