

Gäller för: Verksamhet Öron- Näs- och Halssjukvård
Innehållsansvar: Margareta Bjärnhall, (marbj88), Överläkare
Granskad av: Flera granskare finns - se eftersättsblad
Godkänd av: Björn Torén Krusell, (bjoto2), Verksamhetschef

Giltig från: 2024-05-07

Giltig till: 2026-05-07

Antibiotikaterapi vid Öron-, näs och halsinfektioner

Bakgrund

Denna guide ger ett stöd för antibiotikaval grundat på sannolik bakteriell genes för respektive diagnos och idag kända resistensmönster.

För övriga bakteriella infektioner hänvisas till ”Riktlinjer för empirisk antibiotikabehandling av akuta infektioner” inom SU.

<http://intra.sahlgrenska.se/upload/SU/SU%20Strama/Riktlinjer%20f%C3%B6r%20empirisk%20antibiotikabeh%20dec%20-13%20WEB.pdf>

Doseringsanvisningarna gäller för vuxna med normal njurfunktion.

Vid nedsatt njurfunktion justeras doseringen av parenterala β -laktamantibiotika och ciprofloxacin.

Intravenös administrering av antibiotika är resurskrävande och ges inte sällan onödigt länge. Ofta kan peroral administrering ge tillräcklig behandlingseffekt. Antibiotika med hög biotillgänglighet peroralt är: doxycyklin, klindamycin, metronidazol, ciprofloxacin, moxifloxacin och trimetoprim-sulfa.

Var frikostig med odlingsprov från infektionsfokus, t ex pus eller vävnadsbiopsi.

Resistensläget kan snabbt ändras! Blododling ska utföras vid feber (>39 grader) samt i de fall där intravenös antibiotikaterapi insätts oavsett feber, enligt generell blododlingsrutin inom SU.

http://intra.sahlgrenska.se/upload/SU/omrade_4/Infektion/PM/Medicin/ska/Blododling%20f%C3%B6re%20intraven%C3%B6s%20antibiotika%20behandling.pdf

Vid misstänkt systemisk pneumokockinfektion och negativa odlingar kan analys av pneumokockantigen i urin vara av diagnostiskt värde (bakt.lab remiss).

Överkänslighet

Risken för korsallergi mellan penicilliner och nya cefalosporiner samt karbepenemer är lägre än man tidigare ansett.

Sålunda gäller, att även vid anamnes på urtikaria och ledsvullnad på penicillin kan cefotaxim eller meropenem ges. Endast vid anamnes på anafylaxi eller mukokutant syndrom mot penicillin behöver andra typer av antibiotika än betalaktamantibiotika användas. Ett gott alternativ kan då vara moxifloxacin.

Det krävs en noggrann anamnes och analys innan en patient ska anges vara läkemedelsöverkänslig och man bör undvika att ställa denna ”diagnos” på alltför svaga indicier eller uppgifter.

ÖRON

Akut otit med komplikation t ex mastoidit, labyrintit, facialis pares

Bakt: S. pneumoniae, β -hemolytiska streptokocker, H. influenzae

Beh: Cefotaxim 1 g x 3 iv

Vid allergi: Avelox 400mg x 1 iv eller po.

Oral uppföljning: enligt odlingssvar och resistensmönster, annars T. Spectramox 875/125 mg x 3

Kronisk otit med labyrintretning, mycket långdraget förlopp eller annan komplikation.

Bakt: Anaeroba grampositiva kocker, S. aureus, E. coli, proteus, P. aeruginosa

Beh: Enligt odlingssvar och resistensmönster. T. Ciprofloxacin 750 mg x 2 vid pseudomonasinfektion om

stammen är känslig. Ciloxan droppar om framodlad bakterie är känslig.

Malign extern otit

Bakt: P. aeruginosa

Beh: T. Ciproxin 750 mg x 2 om framodlad bakterie är känslig. Lång behandlingstid, beroende på status.
+ lokalbehandling med TCPB/ättiksyredroppar
+ ev. HBO och/eller sanerande kirurgi

Om px, tag även vävnad till odling!

Perichondrit- ytteröra

Bakt: S. aureus

Beh: Cloxacillin 2 g x 3 iv alt. T. Heracillin 1 g x 3
Alsolspritomläggning

Vid allergi: Clindamycin 300 mg x 3 iv alt K. Dalacin 300 mg x 3

NÄSA

Näsfurunkel

Bakt: S. aureus

Beh: Cloxacillin 2 g x 3 iv alt. T. Heracillin 1 g x 3

Vid allergi: Clindamycin 300 mg x 3 iv alt K. Dalacin 300 mg x 3
+ ev. kirurgisk dränering

Septumabscess

Bakt: S. aureus

Beh: Cloxacillin 2 g x 3 iv alt T. Heracillin 1 g x 3

Vid allergi: Clindamycin 300 mg x 3 iv alt K. Dalacin 300 mg x 3

+ incision

MUN och SVALG samt ÖVRE LUFTVÄGAR

Tandabscess & Munbottenflegmone/abscess

Bakt: Anaeroba streptokocker, fusobakterier

Beh: I lätta fall: Bencylpenicillin 1-3 g x 3 iv + Metronidazol 1,5 g x 1.
Allvarlig infektion: Meronem 0,5 g x 3
Oral uppföljning: T. Kåvepenin 1,6 g x 3 + Flagyl 0,4 g x 3

Bakteriell parotit

Bakt: *S. aureus* (spec. gamla intorkade patienter),
munhåleflora

Beh: Cloxacillin 2 g x 3 iv
Oral uppföljning: T. Heracillin 1 g x 3
Vid allergi: Clindamycin 300 mg x 3 iv alt K. Dalacin 300 mg x 3

Tonsillit

Bakt: β -hemolytiska streptokocker

Beh: Bencylpenicillin 1 g x 3 iv
Oral uppföljning: T. Kåvepenin 1 g x 3
Vid allergi: Clindamycin 300mg x 3 iv alt K. Dalacin 300 mg x 3
Vid recidiv: K. Cefadroxil 0,5 g x 2 eller K. Dalacin 300 mg x 3 i
10dagar

Peritonsillit

Bakt: Blandflora, anaeroba gramnegativa bakterier, anaeroba streptokocker.

Beh: Bensylpenicillin 1-3 g x 3 iv
Oral uppföljning: T. Kåvepenin 1 g x 3
Vid allergi: Clindamycin 300 mg x 3 iv alt K. Dalacin 300 mg x 3

Parafaryngeal/retrofaryngeal abscess

Bakt: Anaerober, streptokocker, S. aureus, pneumokocker, H. influenzae

Beh: Piperacillin/tazobaktam 4g x 3 iv alt. Meronem 0,5g x 3 iv
Oral uppföljning: enligt odlingssvar och resistensmönster, annars T. Amoxicillin 500 mg x 3

Epiglottit

Bakt: H. influenzae, pneumokocker, β -hemolytiska streptokocker.

Beh: Cefotaxim 1 g x 3 iv
Oral uppföljning: enligt odlingssvar och resistensmönster, annars
T. Spektramox 500 mg x 3.

Vid allergi: Inf Avelox 400mg x 1 iv
Oral uppföljning vid allergi: T. Avelox 400mg x1 eller enligt odlingssvar och resistensbestämning

Herpes simplex

Vid svår primärinfektion i munnen < 72 tim

Beh: Valaciklovir 500 mg 1x2 i 5 dagar
Alt Mixt. Aciclovir (40 mg/ml) 200 mg x 5 (Barn >2 år)

ANSIKTE & HALS

Erysipelas

Bakt: β -hemolytiska streptokocker

Beh: Bensylpenicillin 3 g x 3 iv.
T. Kåvepenin 1 g x 3

Vid allergi: Clindamycin 300 mg x 3 iv alt K. Dalacin 300 mg x 3.

Lymfadenit på halsen med begynnande abscessbildning

Bakt: β -hemolytiska streptokocker, *S. aureus*

Beh: Cloxacillin 2g x 3 iv alt T. Heracillin 1 g x 3

Vid allergi: Clindamycin 300 mg x 3 iv alt K. Dalacin 300 mg x 3

Mixt. Cefadroxil 15 mg/kg x 2 (små barn)

Herpes zoster

Ramsay-Hunt /annan kranialnervspåverkan

Beh: T. Valaciklovir 500 mg 2 x 3 i 7 dagar

Ansiktszoster

Beh: T. Valaciklovir 500 mg 2 x 3 i 7 dagar

Vid kranialnervspåverkan överväg T. Prednisolon 1mg/kg/dygn med maxdos 60 mg i 5 dagar och därefter nedtrappning med 10 mg/dag i 5 dagar.

ESOFAGUS

Esofagusperforation

Beh: Piperacillin/tazobaktam 4 g x 3 iv. I andra hand
Meronem 0,5 g x 3 iv

SINUS

Akut bakteriell rinosinuit

Bakt: H. influenzae, S. pneumoniae

Beh: Antibiotika: T. Kåvepenin 1,6 g x 3 i 10 dagar eventuellt i kombination med sinusspolning.

Vid allergi: Doxyferm 100 mg x 2

Vid terapivikt eller komplicerande faktorer: antibiotika enligt ovan, eller enligt odlingsvar, i 2-3 v. och nasal steroid.

Se i övrigt dokumentet ”Rekommendationer vid utredning och handläggning av näs- och bihålebesvär inom SU.”

I övrigt se: ”Läkemedelsbehandling av rinosinuit: Behandlingsrekommendation.”,

Läkemedelsverket 2005. www.mpa.se

BORRELIA

Erythema migrans: T. Kåvepenin 1 g x 3 i 10 dagar

Vid allergi: T. Doxyferm 100 mg x 2

Neuroborrelios: LP för diagnos.

T. Doxyferm 100 mg 2 x 2 i 10 dagar alt 100 mg 1 x 2 i 14 dagar.

För behandling vid graviditet se: Läkemedelsverkets behandlingsrekommendationer för Borrelia 2009.

Lathund: Antibiotika vid graviditet & amning:

Antibiotika	1:a trimester	2:a trimester	3:e trimester	Amning
Penicilliner	Ja	Ja	Ja	Ja
Cefalosporiner	Ja	Ja	Ja	Ja
Furadantin	Ja	Ja	Ja	Läs FASS
Klindamycin	Ja	Ja	Ja	Ja
Tetracykliner	Ja	NEJ	NEJ	tveksamt
Fusidinsyra	Ja	Ja	NEJ	NEJ
Trimetoprim	NEJ	Ja	Ja	Ja
Makrolider	NEJ	Ja	Ja	Ja*
Metronidazol	Ja	Ja	Ja	Ja
Kinoloner	Läs FASS	NEJ	NEJ	NEJ

*av makrolider rekommenderas inte Azitromax eller Klacid under amning.

Ansvar

Ansvar för att arbeta utefter denna riktlinje har samtliga läkare inom ÖNH/SU. Ansvar för att denna riktlinje blir känd för att den finns har verksamhetschef ÖNH/SU.

Uppföljning, utvärdering och revision

Ansvar för uppföljning/revision av innehållet i riktlinjen har vårdenhetsöverläkare ÖNH/SU.

Medvetet avsteg från riktlinjen dokumenteras i Melior om riktlinjen är kopplad till patient. Övriga orsaker till avsteg från riktlinjen rapporteras i MedControlPRO.

Relaterad information

Riktlinjer för empirisk antibiotikabehandling av akuta infektioner inom SU.

<http://intra.sahlgrenska.se/upload/SU/SU%20Strama/Riktlinjer%20f%c3%b6r%20empirisk%20antibiotikabeh%20dec%20-13%20WEB.pdf>

Rutin blododling före antibiotikabehandling.

http://intra.sahlgrenska.se/upload/SU/omrade_4/Infektion/PM/Medicinska/Blododling%20f%C3%B6re%20intraven%C3%B6s%20antibiotikabehandling.pdf

Läkemedelsbehandling av rinosinuit:

Behandlingsrekommendation.Läkemedelsverket 2005. www.mpa.se

Granskare/arbetsgrupp

Anders Ebenfelt, Överläkare, ÖNH/SU

Margareta Bjärnhall, Överläkare ÖNH/SU

Ulrika Snygg-Martin, Överläkare Infektion/ SU

Information om handlingen

Handlingstyp: Rutin

Gäller för: Verksamhet Öron- Näs- och Halssjukvård

Innehållsansvar: Margareta Bjärnhall, (marbj88), Överläkare

Granskad av: Anders Ebenfelt, (andeb1), Överläkare, Margareta Bjärnhall, (marbj88), Överläkare

Godkänd av: Björn Torén Krusell, (bjoto2), Verksamhetschef

Dokument-ID: SU9821-892910994-6

Version: 7.0

Giltig från: 2024-05-07

Giltig till: 2026-05-07