Region Stockholm

Patientfall halsont närakut

André, 19 år, söker en morgon på närakuten. Han har ont i halsen, tror kanske att han har halsfluss och funderar på om han behöver antibiotika. Han är i övrigt frisk och tar inga mediciner.

Frågor att diskutera

1. Vad kan halsont bero på? Vad är vanligt? Vad är farligt? Vem behöver undersökas fysiskt och vem kan få egenvårdsråd? Vad behöver vi fråga André?

André berättar i receptionen att han har ont i halsen och känner sig varm. Det hela började i förrgår. Tror kanske att han har feber men har inte kollat tempen. Han har ingen snuva eller hosta, inte heller svårt att andas eller gapa. Det gör ont när han sväljer men han har ändå lyckats peta i sig lite frukost. André får träffa en läkare eftersom han skulle kunna ha halsfluss.

När läkaren träffar André visar det sig att Andrés allmäntillstånd är relativt gott men han har feber med en temp på 38,8 grader. Svalget är symmetriskt och båda tonsillerna är ilsket rodnade och svullna med vita proppar. Vid undersökning palperas en stor och öm körtel i vardera käkvinkeln. Hjärta och lungor auskulteras utan anmärkning.

2. Hur vet man att någon har halsfluss?

3. Hur går man vidare med diagnostiken hos en patient med halsfluss?

4. Varför ska man inte ta snabbtest för streptokocker innan man bedömt patienten och räknat Centorkriterier?

5. Varför antibiotikabehandlas människor med halsfluss, 3–4 Centorkriterier och positivt snabbtest för streptokocker?

6. Vad gör man med en patient med alla Centorkriterier uppfyllda men där snabbtestet för streptokocker blir negativt?

7. Om ”det går streptokocker” i en familj, hur kan man förhindra smittspridning?

Region Stockholm

Handledarmanual – Patientfall halsont närakut

1. **Vad kan halsont bero på? Vad är vanligt? Vad är farligt? Vem behöver undersökas fysiskt och vem kan få egenvårdsråd? Vad behöver vi fråga André?**

   Halsont är ett symtom som kan ha många orsaker. Det vanligaste är förmodligen vanlig förkylning. Oftast har man då också snuva, nästäppa och kanske hosta och heshet. Förkylningar orsakas av virus och utöver egenvårdsråd finns det inget vi i sjukvården kan göra för att hjälpa dessa patienter eller göra dem fortare friska. Som regel är det därför onödigt att boka in förkylda människor till läkarbesök.

   En annan vanlig orsak till halsont är halsfluss, tonsillit. Människor med halsfluss har oftast rejält ont i halsen, sväljningssmärta och feber, men inte hosta eller snuva. Vid halsont utan andra förkylningssymtom är det klokt att boka in patienten på läkarbesök för bedömning.

   En ovanligare orsak till halsont är halsböld, peritonsillit. Här brukar patienten prata grötigt och inte kunna gapa fullt ut. Smärtan kan vara ensidig. Vid misstanke om halsböld bör patienten få träffa en läkare för bedömning. Om misstanken om halsböld kvarstår efter bedömningen remitteras patienten till ÖNH-akuten.

   Ännu ovanligare men mycket allvarligt och brådskande är epiglottit, som kan ge akut andningshinder. Patienter med epiglottit kan ofta inte svälja alls, utan dreglar eller spottar sin saliv i en mugg. Stridor kan också förekomma. Vid misstanke om epiglottit ska patienten till sjukhus så snabbt det går. Ring 112.

   Om André skulle visa tecken på sepsis behöver han också snabbt komma till sjukhus. Tecken på sepsis är exempelvis:
   • Uttalad allmänpåverkan eller konfusion
   • Diarré och kräkningar
   • Anamnes på frossa

   Vi behöver fråga André om eventuella andra symtom såsom andningssvårigheter, sväljningssvårigheter, feber, frossa, hosta och snuva.

2. **Hur vet man att någon har halsfluss?**

   Halsfluss, tonsillit, betyder att tonsillerna är inflammerade. De blir då svullna och rodnade och ibland får de beläggningar. Själva diagnosen halsfluss är alltså en klinisk diagnos, det vill säga diagnosen sätts utifrån anamnes och status. Har man synligt inflammerade tonsiller så har man tonsillit, annars inte. André har alltså halsfluss.

Region Stockholm

3. Hur går man vidare med diagnostiken hos en patient med halsfluss?

Steg 1 Tänk efter om patienten är ”normalsjuk” för att behandlas i öppenvården. Se gärna sidorna 4–13 i ”regnbågshäftet” Behandlingsrekommendationer för vanliga infektioner i öppenvård (folkhalsomyndigheten.se) - om det finns tecken på allvarlig infektion bör patienten **inte** skickas hem med peroral antibiotika utan istället remitteras till sjukhus. Peroral antibiotika mot halsfluss är otillräckligt vid allvarlig sjukdom varför patienten ska remitteras till sjukhus om hen verkar ovanligt sjuk och man är orolig för exempelvis uppseglande sepsis.

Steg 2 Om patienten är en ”normalsjuk” öppenvårdspatient, gå vidare med att bedöma Centorkriterier:

- Feber ≥ 38,5 grader
- Ömmande käkvinkeladeniter
- Beläggning på tonsillerna. Hos barn 3–6 år räcker inflammerade (rodnade och svullna) tonsiller som kriterium, beläggning krävs inte.
- Ingen hosta

Steg 3 Om 3–4 Centorkriterier är uppfyllda, ta snabbtest för streptokocker (Step A-test) och behandla med antibiotika om testet är positivt.
Är snabbtestet negativt rör det sig oftast om en virustonsillit och då behandlar man inte med antibiotika.
Avstå från snabbtest om 0–2 Centorkriterier är uppfyllda. Tänk också igenom möjliga differentialdiagnoser som kan ge tonsillit eller en tonsillitliknande bild, till exempel mononukleos och primär hiv-infektion.

4. Varför ska man inte ta snabbtest för streptokocker innan man bedömt patienten och räknat Centorkriterier?

Friskt bärarskap av streptokocker i svalget är vanligt. Det är alltså långt ifrån alla med streptokocker i svalget som ska behandlas. För att antibiotikabehandlingen ska göra mer nytta än skada behöver man ha en ganska uttalad halsfluss.

5. Varför antibiotikabehandlas människor med halsfluss, 3–4 Centorkriterier och positivt snabbtest för streptokocker?

Det främsta syftet är att lindra symtomen och förkorta sjukdomstiden. Man blir också snabbare mindre smittsam, även om antibiotika inte är det effektivaste sättet att förhindra smitta. Dessutom förhindras någon enstaka peritonsillit, men antibiotika mot tonsillit är inte på något sätt en garanti för att peritonsillit inte ska uppkomma, och effekten är så liten att den inte anses vara det främsta skälet till att behandla tonsillit.

Sjukdomstiden förkortas upp till 2½ dygn av antibiotika om man har en så pass uttalad halsfluss att man uppfyller 3–4 Centorkriterier. Vid färre Centorkriterier, det vill säga en lite mindre uttalad halsfluss, förkortas sjukdomstiden mindre än ett dygn. Då är nackdelarna (resistensutveckling, störd mikrobiota, biverkningar) med behandling större än fördelarna.

Region Stockholm

Antibiotikabehandling av vuxna:
PcV 800 mg x 4 i 5 dygn alternativt PcV 1 g x 3 i 10 dygn.
5-dygnsbehandlingen kan ges till vuxna utan allvarlig underliggande sjukdom och utan immunmodulerande behandling.
Vid penicillinallergi typ 1 ges klindamycin 300 mg x 3 i 10 dygn
Vid terapisvikt och recidiv ges klindamycin 300 mg x 3 i 10 dygn alternativt cefadroxil 500 mg x 2 i 10 dygn
Gravida ges PcV 1 g x 4 i 10 dygn

Antibiotikabehandling av barn, upp till vuxendos:
PcV 12,5 mg/kg kroppsvikt × 3 i 10 dygn alternativt 12,5 mg/kg kroppsvikt x 4 i 5 dygn.
5-dygnsbehandlingen kan ges till barn ≥ 6 år utan allvarlig underliggande sjukdom och utan immunmodulerande behandling.
Vid penicillinallergi typ 1 ges klindamycin 5 mg/kg kroppsvikt x 3 i 10 dygn
Vid terapisvikt och recidiv ges klindamycin 5 mg/kg kroppsvikt x 3 i 10 dygn alternativt cefadroxil 15 mg/kg kroppsvikt x 2 10 dygn.

6. **Vad gör man med en patient med alla Centorkriterier uppfyllda men där snabbtestet för streptokocker blir negativt?**

Vid fyra Centorkriterier är det 50–60 procent av patienterna som har en bakteriell tonsillit. 40–50 procent har alltså en virustonsillit även om de har en uttalad halsfluss med alla Centorkriterier uppfyllda. Det finns inga säkra kliniska tecken som talar för vare sig virus eller bakterier.

Man ska inte, annat än i undantagsfall, ge antibiotika ”för säkerhets skull” när snabbtestet är negativt. Vid 0–2 Centorkriterier, eller vid 3–4 Centorkriterier med ett negativt snabbtest för GAS, rekommenderas symtomlindrande behandling med analgetika. Som regel kan patienten gå hem med egenvårdsråd och en uppmaning att återkomma vid försämring.

Symtomen förvärras oftast de första dagarna. Normalt ses en förbättring inom fem dagar. Oavsett orsak eller behandling är cirka 40 procent nästan smärtfria dag tre och omkring 80 procent är friska inom en vecka.

Det är alltid klokt att överväga differentialdiagnoser. Av dem med bakteriell tonsillit är det cirka 95 procent som har streptokocker grupp A. De är de enda som fångas i snabbtestet. Ett fåtal har streptokocker grupp C eller G, och misstänker man dessa får man ta en svalgodling. Man kan också överväga provtagning för mononukleos, hiv eller annat.

7. **Om ”det går streptokocker” i en familj, hur kan man förhindra smittspridning?**

Här kan det vara frestande att ta snabbtest eller odling på helt friska individer och behandla med antibiotika vid positivt test. Men det är oftast ingen bra idé. För det första leder det till ökad risk för resistens, biverkningar och störd mikrobiota hos en människa som är frisk och inte har nytta av behandlingen. För det andra är det inte ett särskilt effektivt sätt att förhindra smitta eftersom streptokocker också finns i miljön, och där kommer ju inte antibiotikan åt.

Region Stockholm

Hygienåtgärder är mer effektiva och mindre riskabla:

- God handhygien
- Täta byten av handdukar och att alla i familjen har varsin handduk
- Att man slänger använda tandborstar och påbörjade tandkrämstuber och att var och en får ha sin egen tub
- Att man undviker att smaka på varandras mat eller dricka ur samma flaska och så vidare.

Man får försöka hålla sin saliv för sig själv ett tag och inte dela den med andra!

Vid anhopning av streptokocksjukdom på en förskola, se Smittskydd Stockholm:
Betahemolyserande grupp A-streptokocker | Vårdgivarguiden (vardgivarguiden.se)

Referenser

Läkemedelsbehandling vid faryngotonsillit – behandlingsrekommendation | Läkemedelsverket (lakemedelsverket.se)

Betahemolyserande grupp A-streptokocker | Vårdgivarguiden (vardgivarguiden.se)

Februari 2026