

Fall A: Akut bronkit

Rätt svar: Fråga 1: 2

De allra flesta som smittas av *Mycoplasma pneumoniae* får förkylningssymtom och/eller en akut bronkit. Det är bara en mindre andel (5-10%) som får en lunginflammation. Patienter med mykoplasmabronkit har **ingen nytta av antibiotika**. Det centrala är alltså att bedöma om patienten har en akut bronkit eller en pneumoni.

Gustav har gott allmäntillstånd och inga andningsbesvär. Han är hostig men vitalparametrarna är normala. Den kliniska bilden talar tydligt för en akut bronkit. CRP behövs inte för diagnos. Gustav kan ha en mykoplasmabronkit men **det finns inte någon anledning att ta prov för mykoplasma** eftersom det inte förändrar handläggningen. Provtagning med svalgprov för PCR är endast indicerat i primärvården vid klinisk pneumoni, när mykoplasma behöver verifieras.

Fall B: Pneumoni

Rätt svar: Fråga 2: X Fråga 3: 2

Maja upplever tungandning, har förhöjd andningsfrekvens och lätt sänkt saturation. Den kliniska bilden och det successiva insjuknandet, torrhosta före feber och fall i omgivningen talar för en **mykoplasmapneumoni**. CRP är inte sällan relativt lågt vid mykoplasmapneumoni, ibland under 50, men SR kan vara hög. Prov för PCR kan tas vid behov från bakre svalgväggen, frågeställningen mykoplasmapneumoni. Hon bör erbjudas **antibiotika direkt** och **följas upp** så att det går åt rätt håll och informeras om att söka åter vid försämring. Maja har två gula ljus (andningsfrekvens och saturation).

Fall C: Faryngotonsillit

Rätt svar: Fråga 4: 2 Fråga 5: X

Det föreligger inte några tecken på allvarlig infektion, tecken på komplikation eller allvarlig differentialdiagnos i Sofias fall.

Sofia har en halsinfektion med **fyra centorkriterier** (feber $\geq 38,5^\circ$, rodnade tonsiller med beläggningar, förstörade ömmande lymfkörtlar i käkvinklarna och avsaknad av hosta). Anamnestisk temp är giltig.

Vid 3-4 centorkriterier rekommenderas strep-A-test. Vid påvisade streptokocker och minst tre centorkriterier reduceras perioden med halssmärta med 1 - 2,5 dygn vid antibiotikabehandling. Då bör man erbjuda antibiotika. Redan under tidig graviditet förändras farmakokinetiken av betalaktamantibiotika. Det gör att det krävs högre dosering än vad som är godkänt i produktinformationen för att uppnå tillräcklig exponering och önskad effekt. Dosen ökas i första hand i form av kortare doseringsintervall. Rekommendationen är **PcV 1 g x 4 i tio dagar**.

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

Fall D: Febril UVI man

Rätt svar: Fråga 6: X Fråga 7: 1

Det är framför allt E. coli som orsakar UVI hos män, precis som hos kvinnor. Jämfört med kvinnor förekommer en ökad andel av andra typer av gramnegativa tarmbakterier, enterokocker och en högre frekvens resistent bakterier. Det är därför viktigt att ta en urinodling.

Vid febril UVI är det viktigt att bedöma patientens allmäntillstånd och vitalparametrar för att avgöra om patienten kan behandlas polikliniskt. Jan har inte mått illa eller kräcks och bedöms kunna tillgodogöra sig peroral behandling. CRP är ännu bara 20 eftersom han insjuknade föregående kväll. Det kan ta ett dygn, ibland två dygn, innan CRP stiger. Den kliniska bilden är avgörande för bedömningen.

Förstahandsval vid peroral behandling av samhällsförvärd febril UVI är **T. Ciprofloxacin 500 mg, 1x2 i 10–14 dagar**. Kinolon-resistensen för E coli i urinodlingar ligger på ca 10% i Sverige och för äldre män ännu högre, allt från 10 till 20 % beroende på åldersgrupp. Det är därför viktigt att snabbt få ett urinodlingssvar med resistensbestämning och att patienten är införstådd med att söka igen om inte påtaglig förbättring inom 2–3 dygn eller vid försämring. Trimetoprim/Sulfa, där E. coli-resistensen är ca 20 %, bör inte användas empiriskt utan endast efter en resistensbestämning som påvisar en känslig stam.

Uppföljning vid akut cystit eller febril UVI hos män: **Kontakt två veckor efter avslutad behandling** för att höra efter att patienten blivit symptomfri rekommenderas. Vid okomplicerat förlopp med symptomfrihet är radiologisk utredning och uretrocystoskopi inte nödvändig. Vid anamnes på försämrat urinavflöde rekommenderas IPSS, miktionslista, mätning av urinflöde och bladder scan.

Fall E: Rinosinuit

Rätt svar: Fråga 8: X 9: 1

Sanela har haft rinosinuitsymtom i mer än 10 dagar varför differentialdiagnoserna akut postviral rinosinuit och akut bakteriell rinosinuit är aktuella. Hur skiljer man på dessa tillstånd? Man får göra en sammanlagd bedömning. Ensidig smärta i ansiktet (över sinus), smärta i tänder, dålig lukt i näsan, purulent snuva, vargata i mellersta näsgången eller på bakre svalgväggen efter avsvällning och temperatur >38° grader är symtom/fynd som talar för akut bakteriell sinuit. Inget av dem är enskilt diagnostiskt men förekomst av flera symtom och kliniska fynd stärker diagnosen.

Sanela har purulent snuva och måttlig värk bilateralt över käkbihålorna, men inga av de övriga symtomen. Hon har alltså en **akut postviral rinosinuit**. Hon har inte någon nytta av antibiotika. Besvären är ofta långdragna.

Rekommendera exspektans och symtomlindrande behandling i form av koksaltsköljningar, lokala vasokonstriktorer och analgetika. Nasala steroider kan vara av värde som symtomlindrande behandling.

Fall F: Akut cystit kvinna med E. coli med ESBL

Rätt svar: Fråga 10: 2

Hos friska kvinnor kan okomplicerad akut cystit vara besvärande men det är ofarligt. 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 miktationer), erbjud antibiotika-behandling direkt. Vid måttliga besvär: symtomlindrande behandling (smärtlindrande receptfria

läkemedel, i första hand paracetamol), ökat vätskeintag samt antibiotikarecept i reserv. Vid lindriga besvär rekommenderas exspektans, ökat vätskeintag och symtomlindrande behandling.

Klinisk anmälan behövs inte för ESBL-bildande tarmbakterier (med undantag för ESBLcarba-producerande bakterier). E. coli med ESBL är i de flesta fall känsliga för nitrofurantoin och pivmecillinam men resistens mot kinoloner och trimetoprim är hög (>50%).

Patienten ges inga förhållningsregler enligt smittskyddslagen, men använd gärna Smittskyddsläkarnas smittskyddsblad ([Läkarinformation](#) och [Patientinformation](#)) för skriftlig information. **Dokumentera fyndet** i patientens journal. **Kontrollodling behövs inte**. Vid förnyad UVI behövs dock en urinodling. Se facit för fall 1 c i [Minifall Multiresistenta bakterier](#) angående handläggning vid förnyad UVI.

Fall G: Paronyki, misstänkt flukloxacillinreaktion

Rätt svar: Fråga 11: 2 Fråga 12: X

Paronykier behandlas i första hand med omläggning med alsolsprit. Om det ger otillräcklig effekt, och om patienten som i detta fall också har nageltrång, rekommenderas exstirpation av det angripna nagelområdet. Genomför alltså en **partiell evulsio** för att åtgärda orsaken, d.v.s. att nagelranden trycker ner i vävnaden. Adekvat smärtlindring med lokalanestetikum är viktigt. **Antibiotika är inte indicerat**.

Recidivfrekvensen efter enbart partiell evulsio är sannolikt hög, varför det kan vara lämpligt att erbjuda patienten ett återbesök för ställningstagande till operation enligt König när inflammationen gått i retur. Fenol rekommenderas i en del kunskapsöversikter för "kemisk König", men på många vårdenheter används inte preparatet av arbetsmiljöskalet eftersom det finns risk för frätskador.

Ett småprickigt, rodnat utslag utan klåda är inte förenligt med IgE-medierad allergi. Patienten kan fortsätta sin kur och **kan få behandling med penicillin även i framtiden**. Ingen varningsmärkning, ingen allergiutredning.

Fall H: Rörotit

Rätt svar: Fråga 13: 1

Elsa har en rörotit p.g.a. ÖLI. Öronflytning hos rörbehandlade barn är vanligt förekommande och risken ökar ju längre rören sitter. Tjugo procent av rörotiter ger ytterligare symptom såsom feber, smärta och hörselnedsättning. Om patienten är opåverkad används **i första hand lokalbehandling med örondroppar**, d.v.s. Terracortril med Polymyxin B (TCPB) under 5–7 dagar (2–3 droppar 2–3 gånger dagligen). Det finns mycket starkt vetenskapligt stöd för att lokal behandling hos opåverkade barn är att föredra vid rörflytning framför behandling med peroral antibiotikum. TCPB ska egentligen ha skrivits ut av behandlande öronläkare, så att familjen har tillgång till det och uppföljning ska ske på ÖNH-klinik.

Fall I: Faryngotonsillit

Rätt svar: Fråga 14: X Fråga 15: 2

Viggo har en halsinfektion med **tre centorkriterier** (rodnade tonsiller med beläggningar, förstörade ömmande lymfkörtlar i käkvinklarna och avsaknad av hosta). Kriteriet feber $\geq 38,5^\circ$ saknas. Det föreligger inte några tecken på allvarlig infektion, tecken på komplikation eller allvarlig differentialdiagnos i Viggos fall. Vid tre centorkriterier är sannolikheten för att grupp A-streptokocker (GAS) orsakar halsinfektionen ca 32%. Snabbtest har hög specificitet och sensitivitet för påvisande av GAS i tonsillsekret och blir positivt **tidigt** i sjukdomsförloppet. Vid negativt snabbtest för GAS,

rekommenderas **symtomlindrande behandling** med analgetika. Vid faryngotonsillit hos en i övrigt frisk patient behöver man inte leta efter något annat än GAS. Övriga agens är endast av intresse vid försämring eller när förloppet drar ut på tiden.

Fall J: Hudinfektion

Rätt svar: Fråga 16: 2 Fråga 17: X

Meta har en sårinfektion efter ett traumatiskt sår. Hon har inte haft någon frossa eller feber och allmäntillståndet är gott. Rodnaden bleknar i periferin. Infektionen är sannolikt orsakad av **S. aureus** och **7 dagars behandling med flukloxacillin 1 g x 3** är ett adekvat val. Behandling består även av tvätt med tvål och vatten. Sårödling behöver bara utföras om den påverkar handläggningen, t.ex. om patienten vistats i en miljö med hög förekomst av MRSA.

Fall K: Sepsis

Fråga 18: X Fråga 19: 1 Fråga 20: X

Börje har en snabbt utvecklad sjukdom bara på några timmar. Detta kan tyda på en allvarlig infektion. Tidsförloppet är viktigt vid bedömningen. Vitalparametrarna är avvikande. Han har ett objektivt förändrat beteende och andningsfrekvens 25 (**två röda ljus**). Han har 93% i saturation, puls 108 och temp 35,8° (**tre gula ljus**). **I detta fall bör akutremiss till sjukhus skrivas** och ambulanstransport ordnas skyndsamt.

Även vid allvarlig infektion kan det dröja 24 timmar från debut av symtom till att CRP stiger. Eftersom Börje varit sjuk kortare tid än ett dygn kan han ha en allvarlig bakteriell infektion trots att CRP endast är 28. I detta fall ska svar på CRP inte styra handläggningen utan han ska remitteras till sjukhus oavsett svaret. Provet var således onödigt att ta och riskerar att fördröja handläggningstiden. För Börje är **kliniken och de påverkade vitalparametrarna avgörande för åtgärd/vårdnivå**.

Referenser:

[Behandlingsrekommendationer för vanliga infektioner i öppenvård \(Regnbågshäftet\)](#)

[REKlistan VGR som hemsida](#)

[Mycoplasma-vintern-2024-2025.pdf](#)

[Regional medicinsk riktlinje Läkemedel – Samhällsförvärdad pneumoni hos vuxna](#)

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

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

[Läkemedelsverkets behandlingsrekommendationer om akut mediaotit](#)

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

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

[Läkemedelsverkets behandlingsrekommendationer om rinosinuit 2020](#)