

Tonsillit

Vårdnivå och samverkan

Primärvård

Patienter med misstänkt tonsillit handläggs i primärvården.

Öron- näsa- halsklinik

Vid trismus, allmänpåverkan, misstanke om djupare infektion/komplikation ska patienten bedömas av ÖNH-läkare.

Bakgrund

Epidemiologi

Tonsillit är en av de 20 vanligaste diagnoserna i öppenvården och står för över 300 000 läkarbesök per år i primärvården. Hos vuxna > 45 år och barn < 3 år är diagnosen relativt ovanlig.

Etiologi

Både bakterier och virus orsakar tonsillit. Var tredje tonsillit orsakas av streptokocker. Smittan sprids från människa till människa, via direktkontakt eller indirekt via föremål eller droppsmitta.

Streptokocker

- Grupp A streptokocker (GAS) – cirka vart femte barn är asymtomatisk bärare
- Grupp B/C/E/G streptokocker

Andra bakterier

- *Fusobacterium necrophorum* – oftast i övre tonåren, unga vuxna

Virus

- Adeno-, rhino-, coronavirus – tonsillitbild och ibland luftvägssymtom eller hudutslag
- Epstein-Barr virus – mononukleos med uttalad tonsillsvullnad, grå-gul-vita beläggningar, svullna lymfkörtlar, ofta monocytos och ökad mängd atypiska lymfocyter i differentialräkning, ibland förhöjt ALAT

Utredning

Tecken på allvarlig sjukdom

- Påverkan på allmäntillstånd eller vitala parametrar
- Uttalad smärta i halsen, trots normalt halsstatus
- Svårighet att gapa, andas eller svälja undan saliv

- Ensidig peritonsillär svullnad, utbuktning av mjuka gommen

Centorkriterier

- Feber $\geq 38,5$
- Ömmande käkvinkeladeniter
- Beläggningar på tonsillerna (rodnade, svullna tonsiller hos barn 3-6 år)
- Frånvaro av hosta

Handläggning vid utredning

- Vid minst ett tecken på allvarlig sjukdom – överväg kontakt med Öron-, näs- och halsjour.
- Vid 3-4 Centorkriterier – misstänk GAS. Ta snabbtest för GAS om fördelar med antibiotika bedöms överväga nackdelar.
- Vid 0-2 Centorkriterier – misstänk virus, undvik snabbtest för GAS.
- Vid låg misstanke om GAS, vid terapisivikt eller recidiv – överväg andra agens och bedöm om provtagning behövs.

Laboratorieprover

- Svalgodling bör övervägas vid recidiv eller misstanke om annan bakterie. Specifik frågeställning krävs för andra agens än β -hemolyserande streptokocker.
- Leukocyter, differentialräkning och EBV-antikroppar kan vara vägledande

Differentialdiagnoser

- Epiglottit – ofta andningspåverkan, svårigheter att svälja saliv, svår halssmärta med normalt halsstatus
- Tonsillcancer – ensidiga symtom, utebliven förbättring
- Lymfom – inga/sällan beläggningar, svullna lymfkörtlar, utebliven förbättring
- PFAPA (periodisk feber, aftös stomatit, pharyngit och adenit)

Behandling

Handläggning vid behandling

Vid påvisad streptokocktonsillit, bedöm om fördelar med antibiotika (förkortad sjukdomsduration, minskad smittspridning) överväger nackdelar (biverkningar av antibiotika, negativ effekt på skyddande normalflora).

Informera patienten om normalförloppet, samt vilken effekt antibiotika kan förväntas ha:

- vid 3–4 centorkriterier och positivt snabbtest, förkortas förloppet med cirka 2,5 dygn

Läkemedelsbehandling

Akut sporadisk streptokocktonsillit

- Vuxna utan underliggande sjukdom eller immunmodulerande behandling – penicillin V 800 mg x 4 i 5 dagar.
- Övriga, inklusive gravida – penicillin V 1 g x 3 i 10 dagar.
- Barn – penicillin V 12,5 mg/kg x 3, i 10 dagar.
- Vid pc-allergi typ 1 – klindamycin 300 mg x 3, barn 5 mg/kg x 3, i 10 dagar.
- Vid annan pc-allergi – cefadroxil 500 mg x 2, barn 15 mg/kg x 2, i 10 dagar.
- Stötdos Betapred 12 à 0,5 mg vid svårigheter att försörja sig per os.

Recidiv av streptokocktonsillit

- Recidiv inom 4 veckor – odla och ge klindamycin eller cefadroxil.
- Recidiv efter 4 veckor – behandla som sporadisk streptokocktonsillit.
- Mer än 2 recidiv inom familjen – beakta smittkällor och behandla även bärare.

Smittkällor med förekomst av streptokocker kan vara:

- Tonsillit i nära omgivning
- Hudinfektion i småsår, eksem, paronyki, impetigo
- Perianal streptokockdermatit eller vulvovaginit.

Terapisvikt

Om patienten tagit peroral penicillin V enligt ordination bör annan diagnos än streptokocktonsillit övervägas. GAS är känslig för betalaktamantibiotika men resistens förekommer mot klindamycin.

Kirurgisk behandling

Tonsillektomi kan vara aktuellt vid täta verifierade tonsilliter >3-4 per år, halsböld, samt ibland vid samsjuklighet.

Komplikationer

Komplikationer till streptokocktonsillit:

- scharlakansfeber (scarlatina)
- peritonsillit
- retro-/parafaryngeal abscess
- reumatisk feber och glomerulonefrit
- PANDAS/PANS (pediatric acute-onset neuro-psychiatric syndrome).

Klinisk uppföljning

Ensidig tonsillit bör följas upp. Vid utebliven förbättring rekommenderas bedömning av ÖNH-läkare.

Patientinformation

Se Halsfluss, 1177 under relaterad information.

Se Antibiotika, 1177 under relaterad information.

Mer information

Se Behandlingsrekommendationer för vanliga infektioner i öppenvård,
Folkhälsomyndigheten under relaterad information.