



Samverkan mot antibiotikaresistens

Strama arbetar för att bevara möjligheten till effektiv antibiotikabehandling av människor och djur.

I **Stramas** ansvar ligger att medverka till att aktuell kunskap om användande av antibiotika sprids och tillämpas praktiskt.

Nedan finns huvudbudskapen från Stramas och Läkemedelsverkets workshops om vanliga öppenvårdsinfektioner samlade. Fullständiga rekommendationer och bakgrundsmaterial finns tillgängliga via www.strama.se eller www.lakemedelsverket.se.

Är du intresserad av **Stramas** arbete? Tag kontakt med din lokala **Strama**-grupp, eller läs mer på vår hemsida.

Nedre luftvägsinfektioner – år 2007

Ett samarbete mellan Läkemedelsverket och **Strama**

- Antibiotika vid nedre luftvägsinfektioner ska bara användas på strikta indikationer.
- För en patient med oklar nedre luftvägsinfektion utan allmänpåverkan rekommenderas aktiv exspektans alternativt fördröjd antibiotikaförskrivning.

Ingen dokumenterad nytta föreligger av antibiotikabehandling vid akut bronkit oavsett om bronkiten orsakats av virus, mykoplasma eller klassiska bakterier.

- Antibiotika är inte heller indicerat vid akuta exacerbationer av kronisk bronkit/KOL utan missfärgade upphostningar.
- Lungröntgen behöver sällan utföras initialt, inte heller kontroll av CRP. Om CRP kontrolleras skall värdet alltid bedömas i relation till sjukdomsdurationen.
- Betalaktamantibiotika skall doseras tre gånger dagligen till både barn och vuxna.
- Vid utebliven förbättring hos barn efter tre dygns penicillinbehandling kan man byta till erytromycin om misstanke om mykoplasmapneumoni föreligger.

Nedre UVI hos kvinnor – år 2006

Ett samarbete mellan Läkemedelsverket och **Strama**.

- Akut cystit är i de allra flesta fall ofarligt och ca 30 % av patienterna blir symtomfria efter en vecka utan behandling.
- Behandling med antibiotika syftar i första hand till att förkorta tiden med symtom.
- Anamnesen är betydelsefull. Vid typiska, nyttillkomna symtom (sveda, täta trängningar, frekventa miktationer) hos icke gravid kvinna krävs i regel ingen ytterligare diagnostik.

Pivmecillinam och nitrofurantoin är likvärdiga förstahandspreparat med låg resistens hos *E. coli*. Trots högre resistens kan trimetoprim fortfarande övervägas för empirisk terapi.

Tre till fem dygns behandling är oftast tillräcklig.

- Det lokala resistensläget och patientens ålder och njurfunktion är faktorer som påverkar valet av antibiotikum.
- Vid misstänkt cystit hos gravida skall urinodling göras på bakteriologiskt laboratorium och behandling påbörjas utan inväntan av odlingsvar.

Asymtomatisk bakteriuri skall inte antibiotikabehandlas utom under graviditet.

Starkt luktande urin och ospecifika symtom som oro och förvirring hos äldre i vård och omsorg tyder inte på behandlingskrävande nedre UVI.

- Metenaminhippurat (Hiprex®) rekommenderas inte som profylax mot recidiverande cystit.



Sinuit – år 2004

Ett samarbete mellan Läkemedelsverket och **Strama**.

Vuxen med förkylningssymtom i mindre än tio dagar och lätt eller måttlig smärta i maxillarområdet rekommenderas endast symtomlindrande behandling.

- Rinosinuit definieras traditionellt som ett inflammationstillstånd i näsa och bihålssystem, orsakerna kan variera. Vid val av behandling är etiologin till rinosinuiten avgörande och bör anges i diagnosen.
- Symtom och kliniska undersökningsfynd kan inte säkert förutsäga eller utesluta att det föreligger en bakteriell rinosinuit.
- Spontan läkning vid sporadisk bakteriell rinosinuit är vanlig.
- För vuxen med förkylningssymtom i mer än tio dagar och uttalad smärta i kind/tänder bör antibiotikabehandling övervägas. Förstahandsval är PcV.
- I tveksamma fall eller om patienten har haft upprepade episoder kan röntgendiagnostik och eventuell punktion för etiologisk diagnostik ge vägledning.
- Ensidiga besvär i mer än tre veckor bör föranleda utredning.
- Vid recidiverande rinosinuit eller persisterande symtom bör utredningen inriktas på bakomliggande etiologi eller associerad sjukdom, t ex allergi, näspolypos eller hyperreaktivitet.
- Barn med okomplicerad rinosinuit behöver inte antibiotikabehandlas.

Tonsillit – år 2001

Ett samarbete mellan Läkemedelsverket, Läkaresällskapets Referensgrupp för antibiotikafrågor och **Strama**.

Många patienter som söker för halsont kan diagnostiseras som troliga virusinfektioner på den kliniska bilden, framförallt om snuva och hosta förekommer. Hos dessa bör etiologisk streptokockdiagnostik, till exempel snabbtest, undvikas.

- Allvarliga komplikationer som glomerulonefrit och reumatisk feber är idag mycket sällsynt förekommande och motiverar inte i sig behandling av halsinfektioner orsakade av *Streptococcus pyogenes* (S.p).



- Vid klinisk bild talande för faryngotonsillit, (feber >38,5°, ömmande lymfkörtlar, beläggning på tonsillerna, frånvaro av hosta) och osäkerhet om genes rekommenderas bakteriologisk diagnostik.
- Patienter med tydliga symtom och kliniskt eller laboratoriemässigt säkerställd *S.p*-orsakad faryngotonsillit erbjuds behandling med PcV i tio dagar.
- Vid recidivinfektion ges klindamycin alt. ett cefalosporin.
- Vid terapivikt, ifrågasätt diagnosen!
- Vid täta recidiv, överväg tonsillektomi, men först efter att ett cefalosporin eller klindamycin har prövats.

Otitkonsensus – år 2000

Otitkonsensus var ett samarbete mellan Landstingsförbundet, Medicinska forskningsrådet och Socialstyrelsen kring behandling av akut otit hos barn yngre än 16 år.

Akut öroninflammation föreligger vid buktande trumhinna med eller utan tecken till perforation (flytning i hörselgången). Enbart röd trumhinna är inte öroninflammation.

En mycket stor del av akuta otiter hos denna grupp av barn läker utan antibiotikabehandling. Vid konstaterad akut otit hos barn över 2 år utan allmänpåverkan eller perforation kan man därför primärt avstå från antibiotika. Barn yngre än 2 år bör ges antibiotika direkt.

- Sekretorisk otit är lika vanligt i efterförloppet med eller utan antibiotikabehandling.
- Mastoidit är mycket ovanligt (färre än 1 per 10 000 otiter).
- Tid för läkarbedömning av i övrigt opåverkade barn med misstänkt otit bör erbjudas inom ett dygn, och undersökning behöver endast i undantagsfall ske på jourtid. Om barnet blir besvärsfritt under väntetiden behöver undersökning inte göras.
- Barn med konstaterad akut otit rekommenderas en efterkontroll som i normalfallet bör ske efter tre månader. Detta är särskilt angeläget för de minsta barnen och är oberoende av om infektionen behandlats eller ej.