

## Öron- näsa- halssjukvård

### Innehållsförteckning

<b>1</b>	<b>BAKGRUND</b> .....	<b>3</b>
<b>2</b>	<b>REMISSREKOMMENDATIONER</b> .....	<b>3</b>
2.1	Alarmsymtom: .....	3
<b>3</b>	<b>AKUT LARYNGIT</b> .....	<b>3</b>
<b>4</b>	<b>RINIT AKUT</b> .....	<b>4</b>
<b>5</b>	<b>AKUT EPIGLOTTIT</b> .....	<b>4</b>
<b>6</b>	<b>EXTERN OTIT</b> .....	<b>5</b>
<b>7</b>	<b>PERIFER FACIALISPARES</b> .....	<b>6</b>
<b>8</b>	<b>SUBGLOTTISK LARYNGIT ("FALSK KRUPP")</b> .....	<b>7</b>
<b>9</b>	<b>FRÄMMANDE KROPP</b> .....	<b>7</b>
<b>10</b>	<b>HÖRSELVÅRD</b> .....	<b>8</b>
<b>11</b>	<b>NÄSBLÖDNINGAR I ÖPPEN VÅRD</b> .....	<b>8</b>
<b>12</b>	<b>ALLERGISK RINOKONJUNKTIVIT</b> .....	<b>11</b>
	<b>RINOSINUIT, NÄSTÄPPA OCH LUKTSTÖRNING</b> .....	<b>13</b>
12.1	Akut purulent maxillarsinuit.....	13
12.2	Akut purulent frontal sinuit .....	15
12.3	Akut etmoidit hos barn .....	15
12.4	Nästäppa.....	16
<b>13</b>	<b>SNARKNING OCH SÖMNAPNÉ HOS VUXNA</b> .....	<b>17</b>
<b>14</b>	<b>SVÄLJNINGSBESVÄR</b> .....	<b>17</b>
<b>15</b>	<b>TINNITUS</b> .....	<b>18</b>
<b>16</b>	<b>Tonsillit/faryngit</b> .....	<b>18</b>
<b>17</b>	<b>VAXPROPPAR</b> .....	<b>20</b>
<b>18</b>	<b>ÖRONINFLAMMATION</b> .....	<b>21</b>
18.1	Simplexotit .....	21
18.2	Akut otitis media.....	21



18.3	Sekretorisk otitis media.....	25
18.4	Öroninfektion hos patient med plaströr.....	25
18.5	Lock i örat.....	26
<b>19</b>	<b>DOKUMENTFAKTA.....</b>	<b>27</b>



## 1 BAKGRUND

## 2 REMISSREKOMMENDATIONER

### Akuta remisser

Ta alltid kontakt med ÖNH-mottagningen för tidsbokning mellan 8-16.00.

Tel USÖ: 21660, Karlskoga: 66264, Lindesberg: 85293. Ge remissen till patienten.

Lördag, söndag, helgdag: Patienten remitteras till akutmottagningen USÖ. Lämpligaste tiden för besök är mellan 13.00-17.00.

I fall där tveksamhet råder om remissindikationen, ta kontakt med jourhavande ÖNH-läkare, resp mottagning.

Vid önskan om akut bedömning av sinuit efter röntgenundersökning: Skriv konsultationsremiss till ÖNH-mottagningen. Uppgifterna i denna tillsammans med preliminärsvaret från röntgen ger information till ÖNH-jour om patienten behöver undersökas av ÖNH-läkare eller ej.

### Vid alarmsymtom

#### 2.1 Alarmsymtom:

V g se SVF vårdförlopp för [huvud- och halscancer](#).

## 3 AKUT LARYNGIT

Viss heshet är ett vanligt delsymtom vid övre luftvägsinfektion. Isolerad akut laryngit är mer ovanligt. Akut laryngit är vanligast i åldern 15-45 år och under vinterhalvåret.

### ORSAK

Olika luftvägsvirus, ofta i kombination med röst-överansträngning och/eller luftförorening såsom t ex rökning.

Långvarig heshet/hosta kan någon gång orsakas av Moraxella catarrhalis.

### SYM TOM

Heshet. Ibland total afoni. Patienten är vanligen feberfri och opåverkad. I regel ingen smärta. Ofta torrhosta. Ibland lufthunger/dyspné.

### DIAGNOSTIK

Klinisk vid typiska symtom. Larynxspegling visar svullna, ibland rodnade/kärlinjicerade stämband. Larynxspegling skall utföras vid lufthunger/dyspné.

### BEHANDLING

Relativ röstvila. Ej viska. Rökstopp. Hostdämpande farmaka vid behov. *Ej vanligtvis antibiotika.*

### UPPFÖLJNING

Vid heshet mer än 3 veckor skall stämbanden noggrant inspekteras. Vanligtvis ej antibiotikaterapi,

men kan vara indicerad vid en positiv NP-odling och status som talar för bakteriell infektion. Eventuell remiss till ÖNHklinik. **ALARMSYMTOM**

#### 4 RINIT AKUT

Liktydigt med förkylningsnuva.

##### ORSAK

- Olika luftvägsvirus primärt.
- Ibland sekundärt bakteriellt inslag.

##### SYMTOM

- Rinnande näsa.
- Nästäppa.
- Ibland dessutom feber, halsont, hosta.

##### BEHANDLING

- Symtomatisk.
- Högläge.
- Undvik långtidsbehandling med nässpray.
- Även vid "bakteriell" snuva är tillståndet självläkande utan organskador.

##### OBS!

- Vid ensidig snuva hos små barn - misstänk främmande kropp.
- Gul snuva kan vara streptokockmanifestation.

#### 5 AKUT EPIGLOTTIT

##### ORSAK

**Epiglottit** är en sjukdom som numera drabbar nästan uteslutande vuxna och orsakas oftast av pneumokocker men även av andra bakterier. Epiglottiten kan vara förenad med ett septiskt förlopp men även vara av mer lokal karaktär. Både i septiska och icke septiska fall kan andningsvägen obstrueras på ett livshotande sätt.

**Barnepiglottit** Efter införd allmän vaccination av spädbarn mot Hib (1993) har denna åkomma blivit mycket ovanlig.

##### SYMTOM OCH FYND

Inom ett eller ett par dygn påkommande feber associerad med svalgsmärta och uttalade sväljningssvårigheter. Svårt att svälja saliv med dregling. I septiska fall påverkat allmäntillstånd. I

regel påverkat, grötigt tal eller heshet. Små barn vill sitta upp eller hänga lätt framåtlutade på en axel. Hos vuxna kan symtomen vara mindre uttalade.

## DIAGNOSTIK

Vid svårigheter att svälja annat än flytande föda bör epiglottit uteslutas med inspektion av epiglottis, om en uppenbar orsak till sväljningsbesvären inte påträffas i svalget.

## HANDLÄGGNING

Vid misstanke om eller verifierad epiglottit skall patienten med högsta prioritet transporteras till sjukhus i ambulans.

Före transport kan stötdos hydrokortison ges, t ex Solu-Cortef 100-200 mg im eller iv alternativt Betapred 4mg iv. Kvalificerad personal (läkare eller, om så ej är möjligt, sjuksköterska) skall medfölja. Patienten skall få inta den position (sittande) som ger bästa möjliga andning. Man kan dra i tungan eller lyfta fram underkäken för att minska luftvägsobstruktionen. Extra syrgas tillföres. I fall av andningsstillestånd prövas övertryckandning med syrgas tillfört med hjälp av Rubens blåsa. Om detta inte ger tillfredsställande ventilation, görs försök till intubation. Om intubationen misslyckas, och patienten fortfarande ej kan ventileras, bör nödkonitomi göras och en intubationstub nedföras.

Vid inkomst till lasaretten i Karlskoga eller Lindesberg skall patienten bedömas av narkosläkare och dagtid av ÖNH-läkare. Alla patienter skall noggrant övervakas med intubationsberedskap. Patienten bör därefter föras till akut mottagningen vid USÖ. Intravenös infart skall anbringas och en stötdos, kortison (se ovan) kan ges. Narkosläkare skall medfölja patienten.

På sjukhuset läggs alla patienter med epiglottit på IVA och intuberas eller övervakas med intubationsberedskap. Cefotaxim ges iv.

## 6 EXTERN OTIT

Hörselgången är normalt självrengörande vad avser vax. Undantag är patienter med trång hörselgång, riklig vaxbildning samt opererade öron. Hörselgången ska därför, som regel, ej rengöras med bomullspinnar (Topz) eller dylikt.

## BEHANDLING

Den viktigaste behandlingen vid extern otit är mekanisk rengöring med sug eller pinnar, helst med hjälp av mikroskop, vilket skall utföras av läkare. Vid förekomst av oblitererande vaxpropp kan ibland den sedvanliga öronspolningen vara till hjälp. Detta är dock endast tillrådligt vid lindrigare tillstånd, som då kan vara orsakade av den kvarsittande vaxproppen. Vid kraftig svullnad eller vid hörselgångsfurunkel är öronspolning ej tillrådlig.

Patienten ska undvika retande faktorer som vatten, schampo, öronpinnar, örhängen (nickелеksem), bomullssuddar och petning. Patienter, som använder hörapparat, kan behöva vila från hörapparaten en tid. Samma gäller patienter med hörselskydd. Använd vattenskydd vid bad. Ev egenvård Otinova öronspray.

Vid intensiv klåda kan peroralt antihistamin prövas. Vid smärta ges analgetika.

Då **droppar** ges bör patienten ligga på ena sidan med det sjuka örat upp och ligga kvar så några minuter efter indroppningen.

Som lokalbehandling kan prövas Terracortril med Polymyxin B örondroppar, Locoidlösning eller (om dålig behandlingseffekt) Diproderm örondroppar. Isopropylalkoholinnehållande kortisondroppar (Locoid, Diproderm) motverkar såväl bakterier som klåda. Vid **misstanke om svamp** ges Locacorten Vioform örondroppar. Vid **eksem på ytterörat** kan Terracortril med Polymyxin B öronsalva eller annan lämplig steroid prövas. **Om kraftig svullnad av hörselgången**, ge Alsolsprit 10% 5 - 10 droppar x 3 på hörselgångstamponad, som byts dagligen. När svullnaden gått tillbaka övergår man till behandling enligt ovanstående punkter.

Vid odlingsverifierad pseudomonasinfektion kan man prova ciproflaxacindroppar (Ciloxan).

### **SPECIALISTREMISS**

Vissa patienter bör behandlas av ÖNH-läkare. Dessa är patienter med trumhinneperforation, opererade öron, svampinfektion (vita eller svarta membraner), perikondrit (rodnad och svullnad av ytterörat), recidiverande externa otiter hos hörapparatbärare och patienter med hörselskydd samt patienter med osäker diagnos. Samma gäller patienter med värk eller terapi resistent extern otit längre än 2 veckor. I vissa fall kan den primära bilden även i övrigt motivera direkt remiss till ÖNH-läkare

## **7 PERIFER FACIALISPARES**

### **ORSAKER**

#### **1 Lokala**

Öronsjukdomar, trauma.

#### **2 Herpes zoster**

Andra kranialnervssymtom? Lokala blåsor? Uttalad värk?

#### **3 Borreliainfektion**

Allmänsymtom? Bilateral pares? Nackstelhet? Fästingbett?

#### **4 Bell's pares**

Utan andra symtom förutom ev måttlig lokal värk.

### **HANDLÄGGNING**

#### **1 - 3 ovan**

Remitteras akut till ÖNH-kliniken. Barn där misstanke på borreliainfektion föreligger kan remitteras direkt till Barnkliniken.

#### **4 ovan**

Barn remitteras akut till barnkliniken. (borrelia infektion kan inte uteslutas). När det gäller vuxna tas telefonkontakt med ÖNH-mottagningen vardagar resp. ÖNHjouren helger för undersökningstid inom 3 dagar efter debuten. Om oförmåga föreligger att sluta ögat ska patienten ordinerats Noviformsalva/Viscotears och/eller urglassförband

## 8 SUBGLOTTISK LARYNGIT ("FALSK KRUPP")

### ORSAK

Subglottisk laryngit är i regel en del i en övre luftvägsinfektion, vilken engagerar det subglottiska rummet och där ger upphov till ett luftvägshinder.

Etiologi: Olika luftvägsvirus.

### SYM TOM

Hård och vass (skällande) hosta. Heshet. Inspiratorisk stridor. Feber.

### DIAGNOSTIK

Anamnes. Lungauskultation. Inspektion av svalg och epiglottis.

### BEHANDLING

Vid okomplicerad falsk krupp är antibiotikabehandling ej indicerade. Högläge. Anfuktad inandningsluft (utomhusluft).

#### Symtomatisk läkemedelterapi:

- \* Avsvällande nässpray
- \* Ventoline mixt till barn <6 mån se FASS
- \* Mollipect till barn 6 mån - 2 år se FASS
- \* Lepheton till barn >2 år se FASS
- \* Sederin med Desentol till natten kan övervägas. Dosering se FASS
- \* Betapred 0,5 mg. 1 tablett/kg max 10 st.
- \* Tillskott av syrgas och ventilation med Rubens blåsa kan ibland behövas.

### SPECIALISTREMISS

Barn som har haft "krupp" tidigare och söker med lindriga till måttliga besvär kan oftast skötas i öppen vård. Övriga patienter inklusive de som akut har behandlats med Betapred är i regel sjukhusfall.

## 9 FRÄM MANDE KROPP

### FRÄM MANDE KROPP I FARYNX

Om du kan se "kroppen" så försök att avlägsna den om inte detta innebär stor risk för aspiration. Om det senare, liksom vid tveksamhet, kontakta ÖNH-läkare.

### FISK BEN

Om du ser benet, försök att avlägsna det. Om detta ej lyckas, kontakta ÖNH-läkare. Samma gäller om du ej kan se något ben, men misstanken kvarstår. Röntgenundersökning är utan värde vid fiskben.

### FRÄM MANDE KROPP I ESOFAGUS

Dessa patienter skall **alltid** bedömas av **ÖNH-läkare** med tillgång till stel (rak) och flexibel skopiutrustning. Patienten ska dessutom genomgå esofagusröntgen före eventuell skopi med undantag

av patient med kort (mindre än 48 timmars) anamnes på fiskben där röntgen inte tillför utredningen något ytterligare.

### **FRÄMMANDE KROPP NÄSA**

Inspektion. "Föräldrakysen" kan användas se art Läkartidningen 47 2006.

I övrigt finns olika tekniker med tång, krok, specialsug. Barn bör kunna sitta tillräckligt stilla för att kunna göra detta, oftast har man bara ett försök på sig. Vid svårigheter remiss till ÖNH-klinik.

### **FRÄMMANDE KROPP ÖRA**

Man kan använda tång eller specialsug. Barn bör kunna sitta tillräckligt stilla för att kunna göra detta, oftast har man bara ett försök på sig. Vid svårigheter remiss till ÖNH-klinik.

## **10 HÖRSELVÅRD**

### **AKUT IDIOPATISK HÖRSELNEDSÄTTNING**

Om diagnosen misstänks bör kontakt tas med resp. ÖNH mottagning, bedömning inom 3 dygn.

### **UTPROVNING AV HJÄLPMEDEL**

När symtomen bedöms bero på okomplicerade, liksidiga hörselnedsättningar som är typiska för bullerskada eller åldersbetingad hörselnedsättning kan patienten remitteras för utredning och ställningstagande till rehabilitering. Remiss skickas direkt till hörcentralen i Karlskoga, Lindesberg resp Audiologiska kliniken USÖ. **Diagnosförslag och i synnerhet öronstatus anges på remissen. Patienten kan själv ta kontakt med hörcentralen/audiologen utan remiss i dessa fall.**

Audiologiska kliniken USÖ, har egna läkarresurser och en mer omfattande utrustning än hörcentralerna och därför remitteras alla patienter från USÖ's upptagningsområde med hörselproblem dit. Remiss skrivs för utredning och ställningstagande till rehabilitering, såvida inte orsaken antas vara tex. kronisk otit, otosalpingit, akut hörselnedsättning, akut öroninflammation eller om det förekommer sekretion från hörselgången. Dessa patienter skall remitteras till ÖNH-kliniken för utredning och behandling. I Karlskogas och Lindesbergs upptagningsområden skall alla patienter som behöver läkarbedömning remitteras till resp. ÖNH-mottagning.

OBS Alla patienter som redan är hörapparatbärare kan utan remiss söka hörcentral vid problem av teknisk art avseende hörapparaten eller vid upplevd hörsselförsämring.

## **11 NÄSBLÖDNINGAR I ÖPPEN VÅRD**

### **LOKALISATION**

I nio fall av tio kommer en näsblödning från området vid locus Kiesselbachi (främre delen av septum). I övriga fall kan blödningskällan finnas upp mot etmoidalområdet, långt bak under konkorna eller på septum. I vissa fall föreligger en diffus blödning. Det senare är vanligast vid blödning p g a annan sjukdom, exempelvis leukemi.



## BEHANDLING

De flesta näsblödningar kan behandlas i hemmet. Viktigast vid behandling av näsblödningar, som ej kan klaras av i hemmet, är ordentlig utrustning. Patienten skall ges lugnande information om näsblödningens, som regel, godartade förlopp. Man bör alltid höra efter om patienten ätit salicylika. Om så är fallet bör detta åtgärdas. Tillförsel av Octostim kan övervägas. Man bör kontrollera blodtrycket. Möjligheten av annan bakomliggande sjukdom bör övervägas. Behandlingen ska alltid inledas med att man tömmer näsa och epifarynx på eventuella koagler. Försök att få patienten att snyta ut blodet. Sug i övrigt rent med sug. Inspektera näsan och sök upp blödningskällan, kontrollera eventuellt Hb samt eventuellt blödningsstatus. Läkaren bör, med tanke på risk för blodsmitta vid behandling av vuxna, använda visir eller skyddsglasögon liksom munskydd, handskar och förkläde.

## UTRUSTNING

- Undersökningsstol för patienten
- Plastförkläde för patient och läkare
- Pannlampa eller spegel med lampa för indirekt belysning
- Rikligt med cellstoff
- Golv- eller bordssug
- Sugrör av metall eller plast
- Nästamponadtång
- Öronpincett.
- Xylocain lösning a 40 mg/ml
- Xylocain-Adrenalin injektionslösning (alt Carbocain-adrenalin inj lösning)
- Bomull
- Silvernitratstickor
- Paraffin
- Rapid-rhino tamponad
- Fyskosal
- Spongostan
- Gasvävstamponad 2 cm bred
- Cyklokapron 100 mg/ml
- Foleykateter eller speciell kateter för näsblödningar
- Nässpekulum
- Visir eller skyddsglasögon

**Ang Rapid-rhino** denna kan användas vid kraftiga främre näsblödningar och bakre näsblödningar anv 7,5 cm som kuffas upp med 5-10 ml luft innan transport till sjukhus. Om blödning stoppas kan patienten skickas hem efter ha fått tid på ÖNH-mottagning påföljande dag.

## LÄTTA BLÖDNINGAR

Varje människa drabbas någon gång av näsblödning. Så är fallet ofta för barn, som är förkylda eller får ett slag mot näsan. Dessa näsblödningar kan med fördel behandlas i hemmet. I de flesta fall stoppar näsblödningarna om man rullar en liten bomullssudd och stoppar in den i näsöppningen på den aktuella sidan. Sudden kan med fördel vara något fuktad med paraffin, flytande glycerin, vaselin eller matolja eftersom den då går lättare att dra ut. Patienten bör helst sitta upp framåtlutad och man bör hålla ett stadigt grepp över näsvingarna så att man trycker sudden mot locus Kiesselbachi. Sedan blödningen stannat efter 15 -20 minuter kan man släppa greppet varefter man låter sudden sitta kvar 4-6 timmar innan den tas bort.

## KRAFTIGARE BLÖDNINGAR FRÅN LOCUS KIESELBACHI

5 ml Xylocain-ardenalin (alt Carbocain-adrenalin) injektionslösning. I blandningen fuktas en bomullssudd, som förs in och läggs mot det aktuella blödningsstället. Efter 5-10 minuter är slemhinnan bedövad och man kan etsa med silvernitrat. I cirka 5 s.

Försiktighet bör iakttagas vid etsning, speciellt på barn och ungdomar, p g a risken för perforation och/eller tillväxtrubbning av näsan. Ofta får man etsa flera gånger innan blödningen stoppar. Man skall etsa så distinkt på det aktuella stället som möjligt så att man ej förorsakar onödig slemhinneskada. Om blödningen är så kraftig att man ej ser det aktuella kärlet, bör man istället överväga ytterligare bedövning eller tamponering. Mellan varje etsning bör man låta patienten sitta en stund med en ny bedövningssudd.

Man sköljer efteråt genom att fukta en bomullspinne i Fyskosal och föra den mot etsningsstället. Man bör ej, vid ett och samma tillfälle, etsa bilateralt på septum. Om behandlingen ej har effekt remitteras patienten till ÖNH-läkare. Om transporten är lång tamponerar man lämpligen med antingen en paraffinindränkt bomullssudd eller, om detta ej hjälper, en Cyklokapronindränkt gasvävstamponad.

Om patienten etsats på ena sidan och behov uppstår av etsning även på andra sidan bör det gå cirka 6 veckor mellan etsningarna. Om behovet är stort och etsplatserna inte motsvarar varandra och om det går att etsa mycket punktformigt kan man undantagsvis göra en etsning tidigare. Om detta ej går bör patienten remitteras till ÖNH-specialist.

#### **BLÖDNINGAR FRÅN ANDRA STÄLLEN MED DISTINKT SYNLIG BLÖDNINGSKÄLLA**

Dessa blödningar kan behandlas på samma sätt som de från locus Kiesselbachi.

#### **LÄTTA DIFFUSA BLÖDNINGAR FRÅN SYNLIGA DELAR AV NÄSKAVITETEN**

Man kan här lägga in en spongostansudd indränkt med Cyklokapron som bör tas bort dagen efter. Lämpligen kramar man ur sudden innan den stoppas in i näsan. Blödningen stannar inte momentant utan kan sippra 5 - 10 minuter.

Om detta ej hjälper kan man försöka med en bomullssudd indränkt med Cyklokapron eller paraffin. I de båda fallen bör tamponaden tas ut av läkare dagen efter. Eventuellt kan man sätta in tabl Cyklokapron 1,5 g x 3. (Om njurarna är friska.)

#### **KRAFTIGA DIFFUSA BLÖDNINGAR I SYNLIGA DELAR AV NÄSKAVITETERNA**

I första hand förfars såsom vid lätta diffusa blödningar. I andra hand får man anlägga en främre tamponad med gasväv indränkt i Cyklokapron alternativt Rapid rhinotamponad. Se ovan vad gäller Rapid –rhino om blödning ej slutarl bör remitteras till öron-, näs- och halskliniken för inläggning.

#### **KRAFTIGA DIFFUSA BLÖDNINGAR FRÅN ETMOIDALOMRÅDET**

Främre tamponad med gasvävstamponad inläggs såsom beskrivits under rubriken "Kraftiga diffusa blödningar". alt Rapid-rhino. Se ovan om det ej slutar blöda inläggningsfall.

#### **KRAFTIGA BLÖDNINGAR FRÅN BAKRE DELEN AV NÄSAN**

Ofta får man här anlägga såväl en bakre som en främre tamponad alt Rapid-rhino. Se ovan. Vid anläggningen av en bakre tamponad använder man en Foleykateter eller en speciell kateter för näsblödningar, som anläggs innan man lägger den främre tamponaden. Katetern förs in genom näsan så att blåsan kan ses via munhålan i svalget. Den blåses upp med Fyskosal till lämplig storlek. 5 - 7 ml brukar vara lagom till en vuxen patient. Därefter drar man ut katetern så att den ligger lagom spänd i näsan och katetern fästs upp över kinden med häfta. Härvid måste man lägga en kompress mellan katetern och näsvingen så att katetern inte förorsakar dekubitalsår på näsvingen. Inläggningsfall.

## SPECIALISTREMIS

Om bakre tamponad eller främre tamponad med gasväv anlagts, eller om blödningen i övrigt ej kan stoppas. Remiss kan också utfärdas om <6 veckor förflutit efter etsning på ena sidan och patienten behöver etsas på andra sidan

## 12 ALLERGISK RINOKONJUNKTIVIT

*Riktlinjerna gäller vuxna patienter!*

### DIAGNOSTIK

- Anamnes.
- Undersökning övre luftvägar.
- RAST vid behov, begränsad och riktad. Vid diffusa besvär ger en phadiatoptest ett ja- eller nej-svar men utvidgad provtagning möjlig. Pricktest är ett alternativ vid önskemål om bredare screening.

### ALLMÄN BEHANDLING

Vid perenna allergiska rinit är basen för behandling sanering (pälsdjur- och kvalsterallergier).

Vid säsongallergi bidrar sanering av hemmiljön till att minska den nasala hyperreaktiviten. Lämplig tidpunkt för planering av medicinering är strax efter föregående säsong medan patienten fortfarande kommer ihåg hur säsongen utföll.

I båda fallen bör muntlig information kompletteras med skriftlig. (Kan erhållas från flera läkemedelsfirmor.)

### FARMAKOLOGISK BEHANDLING

#### Säsongsbunden allergisk rinokonjunktivit

##### *Perorala icke sederande antihistaminika*

- Vid intermittenta och lindriga till måttliga symtom.

##### *Lokal nasal behandling*

Lokala steroider ges vid mer kontinuerliga besvär och påtaglig nästäppekomponent. Kan kombineras med peroralt antihistamin. Vid kraftig nästäppa kan vanliga nässpray ges cirka 10 minuter före lokala steroider i en vecka. Ett alternativ till lokala steroider kan vara lokala antihistaminer t ex Livostin näspray.

##### *Ögondroppar*

Om kvarstående konjunktivitbesvär kompletteras med ögondroppar typ Lecrolyn, som i endospipetter även kan ges till användare av mjuka kontaktlinser (inga konserveringsmedel). Tilavist och Livostin ögondroppar är ett alternativ till Lecrolyn. **Systemisk steroid**

Om säsongen är kortvarig kan vuxna, i utvalda fall, behandlas med kortisonpiller t ex T. Betapred 0,5 mg 2-4 tabl dagligen i 1-2 veckor. I m injektion av depåsteroid bör undvikas pga biverkningsrisk.

### **Perenn allergisk rinokonjunktivit**

I den mån intermittent farmakologisk behandling blir aktuell kan även här kombinationen lokal steroid - peroral antihistamin prövas. Vid mer kontinuerliga besvär remissfall.

### **Vid otillfredsställande effekt av behandling**

Omprovning av diagnosen? Mekaniskt hinder? Rhinoskopisk undersökning, ev remiss till ÖNH-läkare. Svårt att undvika allergenexponering, utomhusarbete, besvär vid indirekt pälsdjurskontakt.? Kvalsterallergi? Lång pollensäsong? Begynnande astmatiska besvär under pollensäsongen?

Ytterligare utredning och behandling indicerad - t ex kan specifik immunoterapi bli aktuellt.

### ***Allergenspecifik immunoterapi ASIT***

Innebär att tolerans utvecklas mot aktuella allergener via subcutana injektioner i stigande dos av allergenet. Framträdande hypotes är att effekten sker redan på T-lymfocyt-nivå med följd att benägenheten att bilda antikroppar mot allergenet påtagligt minskar. Behandlingsresultatet blir bättre i ett icke allt för framskridet stadium (se ovan). Cirka 85 % av patienterna upplever en markant minskning av sina allergi besvär.

Behandlingstid:

*Uppdoseringsfas:* 7-16 veckor (beroende på antalet allergen). Injektion 1 gång/vecka

*Underhållsfas:* 3-4 år. Injektioner var 6-8 vecka.

Biverkningsrisken (allmänreaktioner) har minskat betydligt med förbättrad standardisering av allergenpreparaten. Av säkerhetsskäl kvarstannar dock patienten på mottagningen 30 minuter efter avslutad behandling. Studier har visat att effekten kvarstår 3-5 år efter avslutad behandling, i många fall längre.

### ***Sublingual immunoterapi SLIT***

Grazax subling tabl är en tablett för sublingual ASIT vid gräspollenallergi. Uppstart bör skötas av allergikunnig ÖNH-läkare till mer erfarenhet nås.

Uppstart sker ca 4 mån före grässäsong och rekommenderad dos är 1 tablett dagligen sublingualt under 3 år

### **SPECIALISTREMISS**

De som ej blir bra på traditionell symtomatisk behandling kan man överväga remiss till allergimottagningen ÖNH-kliniken USÖ och dessa avgör för bedömning angående behandling med ASIT. I Karlskoga området skickas dock remiss på vuxna till medicinkliniken.

Vid osäker diagnos (beträffande värdering av symtom, lokalstatus, utförd allergiutredning). Om astmabesvär dominerar sänds remiss till invärtesmedicinare eller lungläkare.

## RINOSINUIT, NÄSTÄPPA OCH LUKTSTÖRNING

**Samlingsbegrepp för inflammation i både näsa och bihålor oavsett genes. Etiologin kan vara virus, bakterier, hyperreaktivitet etc. Nedan beskriver bakteriell genes.**

### 12.1 Akut purulent maxillarsinuit

#### Orsak

Pneumokocker	35%
Haemophilus influenzae	25%
Moraxella catarrhalis	10%
Övriga bakterier	15%
Okänd	15%

#### Symtom och fynd

V g se SVF vårdförlopp för [huvud- och halscancer](#).

Nedanstående symtom hos vuxna individer ska föranleda *misstanke*, om inte anamnes eller status ger annan förklaring, t ex pågående infektion. (rev. 221004)

- Nyttillkommen förstorad lymfkörtel eller knuta på halsen som inte varierar i storlek
- Synlig eller palpabel tumör i näsa, munhåla eller svalg
- Sår i munhåla, på tunga eller läppar som inte läkare (> 3 veckor)
- Knuta i spottkörtel
- Heshet i mer än 3 veckor utan förbättring
- Sväljbesvär eller klumpkänsla med smärta upp mot öronen
- Ensidig nyttillkommen nästäppa som inte växlar sida
- Ensidig återkommande blodig sekretion från näsan
- Ensidig serös mediaotit (otosalpingit)

#### *Hög diagnostiskt värde*

- Ensidig värk över käkhåla med tryck eller värk mot överkäkständer.
- Ensidig purulent snuva. Förmimelse av dålig lukt (kakosmi) Vargata.

#### *Lågt diagnostiskt värde*

- Huvudvärk. Tryckkänsla över näsroten. Nästäppa.
- Perkussionsömhet över sinus.

#### Diagnostik

- Anamnes och status med främre rinoskopi efter avsvällning (minimikrav).

#### Nedanstående utredning/undersökningar görs vid tillämpliga fall

- DT sinus (bra undersökning som stöd för diagnosen).
- CRP har lågt diagnostiskt värde, men värde >50 talar för bakteriell genes.
- Om punktion ej utföres, odling från mellersta näsgången
- Ultraljudsundersökning av sinus (kräver vana).
- Punktion och aspiration av sekret från käkhålan.

Aspiratet till odling.

- Om **tveksam** diagnos och opåverkad patient: **expektans** och eventuellt ny bedömning efter 1-3dygn.

### Antibiotikaindikationer

- Anamnes och statusfynd med högt diagnostiskt värde enligt ovan och/eller
- röntgen med vätska eller tät bihåla (se även "specialistremiss" nedan) och/eller
- purulent sekret vid spolning alternativt positiv odling och/eller
- CRP>50

### Antibiotikaval

Förstahandspreparat

**V-penicillin**

Barn: 25 mg/kg x 3

Vuxna: 1-2g x 3 efter kroppsvikt

Vid pc-allergi

**Doxyferm** Barn (>8år): 2 mg/kg x 1

Vuxna: 100 mg x 1

Positiv odling med luftvägspatogen ger ytterligare vägledning.

### Behandlingstid

7-10 dagar

### Övrig terapi

Nässpray och högläge.

**Vid önskan om akut bedömning av sinuit efter röntgenundersökning: Skriv konsultationsremiss till ÖNH-mottagningen. Uppgifterna i denna tillsammans med preliminärsvaret från röntgen ger information till ÖNH-jour om patienten behöver undersökas av ÖNH-läkare eller ej.**

### VID TERAPISVIKT

Överväg diagnosen. Utvidgad diagnostik enl ovan. Odling, om möjligt, efter 2 dygn utan antibiotika.

### Behandling vid terapisivikt

Vid heltät käkhåla (eller vätskenivå) specialistremiss för käkspolning eller antibiotikabyte efter att odling tagits. Vid återkommande sinuiter och misstanke om hyperaktiva slemhinnor i näsan kan behandling med Nasonex prövas.

### Antibiotikaval terapisivikt

Förstahandspreparat

**Amoxillin**

Barn: 10 mg/kg x 3

Vuxna: 500 mg x 3

Vid pc-allergi

**Doxyferm**

(anafylaxi) Barn (>8 år): 2 mg/kg x 1  
Vuxna: 100 mg x 1

### Behandlingstid vid terapivikt

10 dagar.

### Uppföljning

Patienten kontaktar om ej bra

### Specialistremiss

Vid terapivikt enligt ovan och vid täta recidiv (>3-4/år) av purulent maxillarsinuit.

#### OBS!

- **Noggrann diagnostik vid sinuitfrågeställning.**
- **Välj i första hand V-penicillin vid antibiotikabehandling.**
- **Verifiera bakteriologin vid terapivikt.**
- **Vid tveksam diagnos avvakta och beakta möjligheten till ny bedömning inom 3 dygn.**

## 12.2 Akut purulent frontal sinuit

### Orsak

Som vid maxillarsinuit

### Symtom och fynd

Kraftig värk i pannan. Smärtpåverkad. Uttalad perkussionsömhet över frontalsinus och särskilt i anslutning till botten av pannhålan medialt om ögonbrynet.

### Diagnostik

Som vid maxillarsinuit. Dessa patienter skall alltid röntgenundersökas.

### Behandling

Vid verifierad diagnos remiss till ÖNH-specialist.

### Specialistremiss

Remiss till ÖNH-specialist

## 12.3 Akut etmoidit hos barn

Observera att etmoidalsinus nästan alltid är engagerade vid maxillarsinuit hos vuxna, men att detta ej har någon klinisk relevans i det akuta skedet. Hos förskolebarn är benväggen som skiljer etmoidalsinus från orbitan så tunn, att penetration av infektionen kan ske och en orbital abscess uppstå. Detta är anledningen till att etmoidit hos barn behandlas så aggressivt.

**Orsak**

Som vid maxillar sinuit.

**Symtom och fynd**

Purulent snuva. Ensidig svullnad och rodnad periorbitalt, särskilt medialt om ögat. Konjunktivit är den viktigaste differentialdiagnosen.

**Diagnostik**

Som vid maxillarsinuit

**Behandling**

Remiss till ÖNH-specialist

**Specialistremiss**

Remiss till ÖNH-specialist

**12.4 Nästäppa**

Många patienter söker för besvärande nästäppa. Upplevelse av nästäppa stämmer inte alltid överens med det rhinoskopiska undersökningsfyndet.

Patienten bör undersökas med pannlampa/ nässpekulum (alt. otoskop med stor tratt) före och efter avsvällning med nässpray (t.ex. Nezeril 0.5mg/ml x 3 i vardera näsborren, vänta 10 min.)

Vissa övervägande bör göras:

**1. Konstant ensidig nästäppa: Ev ALARMSYMTOM**

- a. Septumdeviation – kan vara posttraumatisk – Op-fall ?
- b. Främmande kropp – fr.a. hos barn
- c. Rhinosinuit – ensidig, ev. med purulent sekretion – CT sinus ?
- d. Unilateral choanalatresi ? – CT ? ev. testa med mjuk kateter.
- e. Tumör (Remissfall)
  - i. Näspapillom – som näspolyper, mindre glansiga
  - ii. Choanal polyp – fr.a. hos yngre, även motsvarande rtg-tät käkhåla.
  - iii. Malign tumör – ev. kombinerad med ensidig blodsnuva

Vid ensidiga fynd av oklar genes remiss till ÖNH-klinik för vidare handläggning !

**2. Sidoväxlande nästäppa (ofta en betydande "slemhinnekomponent")**

- a. Allergisk rhinit – allergiutredning?
- b. Vasomotorisk rhinit (hyperreaktiva slemhinnor) – pröva lokal steroid
- c. Kombinerad anatomisk-/slemhinnekomponent t.ex. septumdeviation + vasomotorisk rhinit. – ev remissfall

**3. Bilateral nästäppa (ofta överväger en sida)**

- a. Näspolypos (med rhinosinuit) – lokal steroid/ remissfall
- b. Rhinitis medicamentosa (Nässpraymissbruk, lättar efter sprayning) – avvänjning, ev. remissfall
- c. Atrofisk rhinit med paradoxal nästäppa – god passage men känner ej av näsandningen



troligen p.g.a. utebliven turbulens.

- pröva NaCl sköljningar, näsolja.

d. Adenoid – hos barn – ev. remissfall.

Vid luktstörning med stora besvär – remiss USÖ.

## 13 SNARKNING OCH SÖMNAPNÉ HOS VUXNA ORSAKER

Cirka 15 % av den vuxna befolkningen snarkar. 10 - 15 % av dessa har ett obstruktivt sömnapné syndrom (OSAS). Snarkning beror på vibrationer i de övre luftvägarnas slemhinnor och förvärras av övervikt, trötthet, infektioner, överkänslighet, näspolyper, rökning, alkohol och vissa mediciner, till exempel sömnmedel. Variationer i den lokala anatomin såsom septumdeviation, tonsillhyperplasi, uvulahyperplasi, överskott av vävnad i mjuka gommen, förstora tunga och bettanomalier kan medverka.

### BEHANDLING

- konservativ med försök att undanröja faktorer som förvärrar besvären
- framskjutande av underkäken med apnéskena
- CPAP- eller BiPAP- behandling varvid patienten utrustas med apparatur för övertrycksandning.
- kirurgisk i syfte att undanröja lokala hinder i övre luftvägarna

### HANDLÄGGNING

Konservativ behandling kan i första hand provas. Om detta inte löser problemen ska remiss skrivas till Lungmedicinska kliniken, USÖ. Där fördelas remisser till olika delar i länet och görs en nattlig sömnregistrering i samarbete med Sömnheten vid Neurokliniken. Patienter med grava besvär bedöms gemensamt av lungläkare och ÖNH-läkare. Svårbedömda fall diskuteras på särskild rond. Lungmedicinska kliniken har enligt landstingsbeslut rätten att, vid sömnapné syndrom eller medicinskt störande snarkning, ordinera CPAP, BiPAP eller apnéskena såsom sjukvårdande behandling. Om det senare är aktuellt skriver ansvarig lungmedicinare remiss till Avdelningen för Bettfysiologi vid Centrum för Specialisttandvård i Örebro.

De flesta av de patienter som ej har ett sömnapné syndrom eller grav snarkning remitteras tillbaka till remittenten. Om snarkningen ändå är besvärande och skäl finns att misstänka hinder i övre luftvägarna kan patienten remitteras till ÖNH-mottagning för bedömning. Patienten kan också remitteras till Avdelningen för Bettfysiologi för utprovning av apnéskena. Patienten får då betala hela kostnaden för skenan själv.

## 14 SVÄLJNINGSBESVÄR OROFARYNGEAL DYSFAGI

Försök få till så bra undersökning som möjligt, spegling, ev scopi, sväljning. Remiss för röntgen hypofarynx och esofagus. Frågeställning: Dysmotorik? Felsväljning - aspiration? Divertikel?

Dysmotorik? Hiatusbräck? Reflux? Skrikur? Divertikel? **Ev Alarmsymtom (SVF huduhalscancer: Sväljbesvär eller klumpkänsla med smärta upp mot öronen)**

## SPECIALISTREMISS

Ev remiss till ÖNH-kliniken/mottagningen för vidare utredning med röntgensvar.

## 15 TINNITUS

### TINNITUSPROBLEM

Remiss skickas till ÖNH-mottagningen i Karlskoga resp. Lindesberg eller till Audiologiska kliniken USÖ vid:

- plötsligt påkommen ensidig tinnitus utan känd genes för uteslutande av acusticusneurinom.
- tinnitus efter akut ljudtrauma med önskemål om snabbt omhändertagande. Om personen har svårigheter att klara av sin situation pga. tex. ångest, koncentrationssvårigheter, sömnsvårigheter - ange detta tydligt på remissen för att underlätta planeringen av vården.
- ensidig pulserande tinnitus

Tinnituspatienter som inte nödvändigtvis skall remitteras för bedömning är de som haft tinnitus under många år och som egentligen inte störs av detta. Vid tveksamhet kan kontakt tas med resp. hörcentral eller audiologen via telefon eller e-post.

Vid remiss, ska trumhinnestatus anges.

## 16 Tonsillit/faryngit

### Orsak

Beta-hemolytiska streptokocker grupp A (GAS), Epstein-Barrvirus (EBV, Mononukleos), Beta-hemolytiska streptokocker grupp C och G, Adenovirus, Influensavirus, m fl virus

GAS utgör etiologi hos 20-40 % av de som söker för halsont på vårdcentralen. Vanligast i åldern 3-12 år. Grupp C och G streptokocker i ca 5 %. Adenovirus är vanligast i förskoleåldern.

### Symtom och fynd

Inget enskilt symtom stödjer GAS som etiologi. Vid typisk GAS-infektion förekommer halsont med akut insatt feber, avsaknad av hosta, svullna ömma främre halskörtlar, tonsillofaryngealt erytem med eller utan exsudat, uvulaödem.

Ytterligare stöd för GAS är smultrontunga, scharlakansfeber, ålder 3-12 år, vinter och GAS i omgivningen.

Strikt ensidiga halssmärter alltid till läkare.

### OBS!

Före 4 års ålder är tonsillit inte alltid ett framträdande fynd vid GAS-infektion. I denna ålder kan impetigo och purulent snuva tala för GAS. Fynd som talar för mononukleos är generell lymfkörtelförstoring, splenomegali samt grötigt tal.

### Diagnostik

Att på kliniska grunder ställa diagnosen streptokockinfektion är svårt, träffsäkerheten ligger runt 50 %. Som stöd för handläggning används Centorkriterier:

- Feber > 38,5 grader
- Ömmande lymfkörtlar i käkvinklarna
- Beläggning på tonsillerna (hos barn 3-6 år räcker rodnad och svullnad)
- Avsaknad av hosta

Vid 0-2 diagnostiska kriterier: Avstå provtagning, sannolikt virus.

Vid 3-4 kriterier: Överväg provtagning (snabbtest).

Snabbtest (Strep A) har ca 90 % sensitivitet, 95 % specificitet. Svarar ej på eventuell förekomst av grupp C eller G Streptokocker. Falskt positivt svar kan förekomma i upp till 14 dagar efter avslutad behandling. Svalgodling används vid epidemiologisk utredning (se nedan).

CRP har inget värde i tonsillitdiagnostiken.

Mononukleos kan man bekräfta med Monospot eller motsvarande analys. Observera att negativt prov inte utesluter sjukdomen, detta gäller framför allt barn. 5-parts diff med övervägande lymfocyter liksom förhöjda transaminaser stödjer diagnos.

### **Bärarskap**

För GAS vanligast i åldrar under 15 år, kan där uppgå till 20-30 %.

Hos vuxna upp till 10 %. Ovanligt att bärarskap övergår i akut infektion.

### **Risk med att avstå behandling vid streptokockorsakad tonsillit**

- Halsböld – ovanligt, incidens 37/100 000/år, ofta ej GAS orsakade
- Akut otit – man måste behandla ca 50 patienter för att förebygga en otit
- Sinuit – man måste behandla ca 200 patienter för att förebygga en sinuit
- Reumatisk feber – enstaka fall i Sverige/år
- Glomerulonefrit – enstaka fall i Sverige/år, tveksamt om antibiotika förebygger utvecklingen av sjukdom

### **Behandling**

Streptokocktonsillit är vanligen en självbegränsande sjukdom på c:a 7 dagar.

Med antibiotika minskas sjukdomsdurationen c:a 1 dag.

Behandlingsindikation endast vid positiv snabbtest hos sjuk patient.

#### **Barn**

Förstahandspreparat Kåvepenin 12,5 mg/kg x 3

Vid pc-allergi (ej anafylaxi) Cefadroxil 15 mg/kg x 2

Vid pc-allergi (anafylaxi) Dalacin 5 mg/kg x 3

#### **Vuxna**

0,8-1 g x 3

500 mg x 2

150 mg x 3

### **Behandlingstid**

10 dagar – kortare tid ökar markant recidivrisk.

### Recidiv

Definition: Återinsjuknande inom 1 månad efter avslutad antibiotikakur.

Kontrollera att kuren tagits i hela 10 dagar (mellan 10-40 % slutar i förtid).

Epidemiologisk utredning vid behov. Om asymtomatiska bärare i familjen, överväg behandling.

Antibiotikabyte till Cefadroxil eller Dalacin.

**Uppföljning:** Nej!

### SPECIALISTREMISS

Remiss till ÖNH-klinik:

1 Två halsbölder

2 Minst 2 års anamnes på minst 3 tonsilliter/år (varav minst en är laboratorieverifierad)

3 Minst 4 kliniska streptokocktonsilliter, varav minst en är odlingsverifierad sista halåret

4 Komplicerande annan sjukdom där tonsilliter misstänks försämra grundsjukdomen

5 Strikt ensidig smärta el svullnad. Akutremiss vid peritonsillit el parafaryngeal infektion

## 17 VAXPROPPAR

### BEHANDLING

Vaxproppar kan behandlas i primärvården. Ansvarig för behandlingen skall alltid vara en läkare. Örat skall alltid undersökas såväl före som efter spolning. Själva spolningen kan delegeras till annan personal under förutsättning att denna äger erforderlig erfarenhet för uppdraget.

Om en vaxpropp är stor eller förefaller sitta hårt bör örat förbehandlas med något vaxlösande medel. "Ickespecialisten" bör i första hand spola ut vaxproppen. För spolningen bör man använda spruta försedd med spetsstydd. Det ankommer på den som utför spolningen att kontrollera sprutans kondition och sammansättning. Den vid öronbehandlingar vane läkaren kan också försöka få ut vaxproppen med sug eller slynga. Om svårigheter föreligger för en patient att bli undersökt av läkare kan han vid misstanke på vaxproppar rekommenderas att behandla öronen under ett antal dagar med något medel, som avser att lösa upp vaxpropparna.

### Kontraindikation vid spolning

- \* små barn
- \* opererade öron
- \* akut och kronisk otit
- \* extern otit.

### SPECIALISTREMISS

Om misstanke föreligger på trumhinneperforation eller kronisk otit, vid misstanke på hörselgångskolesteatom, om vaxproppen ej låter sig behandlas enligt ovan givna rekommendationer samt om komplikation/skada uppstått vid behandlingen, eller den misslyckats.

## 18 ÖRONINFLAMMATION

Man kan ej sätta likhetstecken mellan öronsmärta och akut öroninflammation. Troligen har cirka hälften av barnen med öronsmärta denna åkomma. Överdiagnostik av akut mediaotit är sannolikt vanlig.

Inflammationer i mellanörat kan delas upp på fyra huvudtyper

- simplex-otit
- akut öroninflammation (akut otitis media AOM)
- sekretorisk otit
- öroninfektion hos patient med plaströr

### DIAGNOSTIK

Alla barn med misstänkt akut öroninflammation bör erbjudas läkarbedömning inom ett dygn.

Otoskopi, gärna mikroskopi, skall utföras och möjlighet skall finnas till sugning och rengöring. För att påvisa sekret i mellanörat kontrolleras trumhinnerörlighet med pneumatisk otoskopi ("Siegling") eller tympanometri.

Om trumhinnan är svår att inspektera på grund av vaxpropp rekommenderas, om barnets allmäntillstånd så medger, behandling med vaxlösande medel och ny bedömning inom 24 timmar. Om det då fortfarande inte går att se trumhinnan bör patienten remitteras till ÖNH-specialist.

#### 18.1 Simplexotit

##### Symtom och fynd

Öronvärk i samband med förkylning. Trumhinnan normalställd, genomskinlig eller "rosig". Ofta kärlinjicerat hammarskaft. Normal rörlighet. Transudat saknas.

##### Behandling

Analgetika vid behov. Högläge. Nässpray vid nästäppa. Expektans. Vanligen självläkande. Ingen kontroll nödvändig. Be patienten söka inom de närmaste dagarna om försämring sker. Skriftlig patientinformation finns framtagen (under utarbetande)

### AKUT ÖRONINFLAMMATION AOM

#### 18.2 Akut otitis media

##### Orsak

Bakteriell infektion, vanligen efter virusinfektion.

Pneumokocker	30-50 %
Haemophilus influenzae	15-20 %

b-hemolytiska streptokocker grupp A	2-5 %
Moraxella catharralis	1-9 %

### Symtom och fynd

För det mesta värk (ibland svår). Ofta feber och hörselnedsättning. Debuterar vanligen i samband med förkylning. Purulent transudat i mellanörat. Trumhinnan förtjockad, rodnad och ofta buktande (obs att trumhinnan ibland kan ha ett mer vitaktigt utseende). Ibland små blåsor i ytligaste epitellagret = myringit. Vid spontanperforation sekret i hörselgången. "Perforationshållet" syns vanligen ej. Vid färg- och strukturförändrad, men ej buktande trumhinna, skall rörligheten bedömas med pneumatisk otoskopi eller tympanometri för att avgöra om sekret finns i mellanörat.

### *I tveksamma fall*

avstå från antibiotika inom något dygn och be patienten söka tidigare om försämring sker. Om vax är i vägen, ge vaxlösande behandling.

### BEHANDLING

Skriftlig patientinformation finns framtaget ([www.orebroll.se/vardpraxis](http://www.orebroll.se/vardpraxis))

### *Barn under 1 år*

behandlas med antibiotika oavsett om trumhinnan perforerat eller ej. Ny läkarbedömning bör ske vid utebliven förbättring efter 3 dygn eller vid försämring.

### *Barn < 2 år*

behandlas med antibiotika om  
- bilateral otit-perforerad otit

### *Övriga barn 1-12 år.*

Avvakta med antibiotika, ge symptomatisk behandling och rekommendera föräldrarna ta kontakt med läkaren (ev.per telefon) om besvären kvarstår 2 dygn efter symptomdebuten. Vid denna kontakt kan man komma överens om att ordinera antibiotika utan att barnet undersöks på nytt. Man kan också, om situationen verkar trygg, avvakta ytterligare ett dygn. Vid kvarstående symtom tre dygn efter symptomdebuten bör barnet undersökas igen, diagnosen verifieras och antibiotika ordineras.

Antibiotikaindikationer:

- allmänpåverkan
- trumhinnan har perforerat
- ökad infektionskänslighet
- risk för komplicerat förlopp
- svår värk

### *Vuxna (>12år)*

Behandlas vanligen med antibiotika.

### ***Antibiotikaval***

Förstahandspreparat	<b><i>V-penicillin</i></b> Barn: 25 mg/kg x 3 Vuxna 1,6 g x 3
Vid pc allergi (anafylaxi)	<b><i>Ery-Max</i></b> Barn: 20mg/kg x 2 Vuxna: 500mg x 2
Vid dålig peroral compliance	<b><i>Ery-Max</i></b> Barn: 20mg/kg x 2, Vuxna: 500 mg x 2

### **Behandlingstid**

5 dagar med v-penicillin. I övrigt 7 - 10 dagar.

### **Terapisvikt AOM**

Terapisvikt är fortsatt AOM under eller omedelbart efter antibiotikabehandling.

*Omvärdera/överbäg diagnosen:* Np-odling kan ge vägledning till etiologi och resistensmönster.

*I tveksamma fall:* avstå från antibiotika och kontrollera inom ett par dygn. Observera att hälften av alla friska dagisbarn är bärare av luftvägspatogener, varför fynd i nasofarynx är svårtolkade hos barn.

### ***Antibiotika vid terapisvikt***

Förstahandspreparat	<b><i>Amoxicilin</i></b> Barn: 20mg/kg x 3 Vuxna: 500mg x 3 <b><i>alt. Spektramox</i></b> Barn: 7mg/kg x3 Vuxna: 500mg x 3
Vid pc allergi (anafylaxi)	<b><i>Eusaprim enligt FASS</i></b> <b><i>alt. Till barn &gt;/=8år och vuxna Doxycyklin 2mg/kg max 100mg x1</i></b>

### **Behandlingstid**

10 dagar

### **Recidiv AOM**

Recidivotit innebär ny AOM inom 30 dagar efter antibiotikabehandling och ett symtomfritt intervall.

Även recidivotit orsakas oftast av pneumokocker.

*Omvärdera/överbäg diagnos:* Det kan ge vägledning till etiologi och resistensmönster.

*I tveksamma fall:* avstå från antibiotika och kontrollera inom ett par dygn och be patienten söka



tidigare vid försämring. Observera att hälften av friska dagisbarn är bärare av luftvägspatogener, varför fynd av nasofarynxodling är svårtolkade på barn.

### **Antibiotika vid recidiv**

samma preparat som vid AOM, alternativt amoxicillin

### **Behandlingstid**

10 dagar

### **Paracentes**

är indicerad endast vid hotande eller manifest komplikation samt vid mycket svår smärta.

### **Uppföljning**

Efterkontroll av barnotit vid ensidig otit endast vid kvarvarande symtom oavsett ålder efter 3 månader.

Vid dubbelsidig otit el AOM+SOM kontroll efter 3 månader om barnet < 4 år och vid kvarvarande symtom hos barn > 4 år och vuxna.

Vid kontrollen bedöms trumhinnestatus (reflex, rörlighet) hörsel gärna tympanometri. Vuxna som blir besvärsfria behöver ej kontrolleras.

### **Remiss till ÖNH klinik**

- Vid hotande eller manifest komplikation.
- Vid tveksamhet i bedömningen av trumhinneutseende eller diagnos
- Överväg vid recidiverande purulenta mediaotiter med fria intervall och normala trumhinnor. Blir aktuellt vid 3 otiter/halvår el 4 på ett år.
- Om öronstatus inger misstanke om kronisk otit, exempelvis trumhinneperforation, fistlar eller polyper i trumhinnan eller i dess närhet.
- Om sekretorisk otit föreligger vid tremånaderskontroll.

### **OBS!**

- Noggrann diagnostik vid öronsymtom.
- Välj i första hand V-penicillin vid antibiotikabehandling.
- Verifiera bakteriologin vid terapivikt.
- Vid tveksam diagnos: avvakta och beakta möjligheten till återbesök inom 3 dygn.

### **18.3 Sekretorisk otitis media (SOM OTOSALPINGIT, MELLANÖREKATARR)**

Vanligast hos förskolebarn. Ofta restillstånd efter genomgången akut otitis media. Observeras bör att otosalpingit med transudat ofta föreligger vid förkylningar.

#### **Orsak**

Nedsatt funktion i örontrumpeten.

#### **Symtom och fynd**

Obetydlig smärta. Lockkänsla och hörselnedsättning förekommer. Trumhinnan är indragen med nedsatt eller upphävd rörlighet. Ibland syns vätskebubblor eller vätskenivåer. Weber lateraliserar till den sjuka sidan. Observera att ensidig, nyttillkommen otosalpingit hos vuxna kan vara tecken på epifarynxtumör.

#### **Behandling**

Avvakta. Kontrollera. Informera om att barnet hör sämre. Råd om valsalva, otovent alt NV-tube.

#### **Uppföljning**

Otosalpingit bör kontrolleras på samma sätt som AOKM bil efter 3 mån. Tympanometri kan vara ett bra stöd för fortsatt handläggning.

#### **Specialremiss**

- Vid kvarstående otosalpingit efter 3 mån.
- Eventuellt tidigare vid handikappande hörselnedsättning.

**SVF huvudhalscancer: Ensidig serös mediaotit**

### **18.4 Öroninfektion hos patient med plaströr AKUT ÖRONINFEKTION HOS PATIENTER MED TRANSMYRINGEALT MELLANÖREDRÄNAGE (PLASTRÖR)**

#### **Orsak**

Bakteriell infektion, vanligen med hudbakterier (*S. aureus*, *pseudomonas*) och/eller luftvägspatogener (*pneumokocker*, *H. influenzae*).

#### **Symtom och fynd**

Flytning (mukopurulent) ur örat med eller utan luftvägssymtom.

#### **Handläggning**

**Patienten tas om hand vid ÖNH-klinik utan remiss**, men kan när omständigheterna ej tillåter detta skötas i primärvården.

## Behandling

Rengör hörselgången (i den mån detta är möjligt), ge Terracortril med polymyxin B, örondroppar 3 droppar x 3. Peroral antibiotikum bör övervägas vid påverkat allmäntillstånd eller dålig dränagesfunktion hos röret (sparsam eller ingen flytning) med samtidigt trumhinnestatus som vid AOM. Ge i så fall Spektramox 7mg/kg x3 i 7 dagar. Oavsett behandlingsregim bör patienten få återbesök hos öronläkare 1-2 veckor efter insatt terapi. Vid pc-överkänslighet se avsnittet om AOM ovan.

### 18.5 Lock i örat

Ett vanligt symtom hos skolbarn och vuxna är lock eller fyllnadskänsla i ena örat. Det framkommer ibland att även hörseln är nedsatt på örat. Även förändrad hörselupplevelse kan beskrivas.

I undersökningen av patienten skall ingå inspektion av hörselgång och trumhinna. Öronmikroskop bör användas.

Screening av hörsel (Quick-check eller liknande) bör utföras. Tympanometri är också ett bra hjälpmedel.

### Orsaker och handläggning:

#### Sekretorisk otit

Lock i ena eller bägge öronen är att betrakta som ett följsymtom till en övre luftvägsinfektion (ÖLI). Vid inspektion finner man en indragen trumhinna och/eller ett mellanöretstransudat. Tympanometrin visar B- eller C-kurva. Nedsatta tontrösklar vid Quick-check. Diagnosen blir sekretorisk otit (trumhinne retraktion, otosalpingit). Behandling: expectans. Valsalva manöver eller otoventballong vid stora besvär.

I efterförloppet till en ÖLI eller akut mediaotit kan patienten ha en kvardröjande sekretorisk otit. Om sjukdomen är bilateral och medför nedsatt hörsel i mer än 3 månader efter den akuta infektionen skall remiss till ÖNH-klinik utfärdas för ställningstagande till paracentes och plaströrsbehandling. Vid ensidig sekretorisk otit utan subjektiv hörselnedsättning kan man expectera om symptomen är lindriga. Behandling: valsalva eller otoventballong.

Observera dock att om man konstaterat en sekretorisk otit unilateralt på en vuxen patient utan uppenbar relation till en infektion skall inspektion av epifarynx göras för att utesluta epifarynxcancer.

## ALARMSYMTOM

### Kronisk mediaotit

Kronisk mediaotit med adhesiv trumhinna, trumhinneperforation eller misstanke om cholesteatom remitteras till ÖNH-klinik.

### Tuba aperta

Tuba aperta beror på en defekt tubarslutning och är vanligt bland vuxna personer. Förutom lock i örat hör patienten ofta sin egen röst eller andetag i örat. Förekommer inte sällan efter kraftig viktnedgång. Vid inspektion ser man normal hörselgång och trumhinna. Ibland rör sig trumhinnan med andetag.. Normal hörsel. Normal tympanometri. Behandling: information och expectans. I svåra fall kan paracentes och plaströr övervägas.

### Tensor tympani syndrom

Tensor tympanisyndrom beror på en ökad muskelaktivitet i m. tensor tympani. Lockkänslan varierar över tid och patienten har ibland tinnitus och huvudvärk. Normal trumhinna. Normal tympanometri. Behandling: information, expectans.

### Mb Menière

Mb Meniere är en inneröresjukdom som innefattar tinnitus och lock i det sjuka örat samt akuta yrselanfall. Hörselnedsättningen är sensorineural och fluktuerar ofta. Lockkänslan åtföljs ofta av ett tryck i örat och föregår många gånger ett yrselanfall. Behandling: i regel fall för specialistbedömning och eventuellt vätskedrivande medicinering.

I de fall lockkänslan inte kan korreleras till någon objektiv patologisk avvikelse i hörselgångs- eller trumhinnestatus och inte heller vid screeningtest av hörseln finns inte skäl till någon ytterligare utredning.

**SVF: Nedanstående symtom hos vuxna individer ska föranleda *misstanke*,**  
om inte anamnes eller status ger annan förklaring, t ex pågående infektion.

- Nyttillkommen förstörad lymfkörtel eller knuta på halsen som inte varierar i storlek
- Synlig eller palpabel tumör i näsa, munhåla eller svalg
- Sår i munhåla, på tunga eller läppar som inte läkare (> 3 veckor)
- Knuta i spottkörtel
- Heshet i mer än 3 veckor utan förbättring
- Sväljbesvär eller klumpkänsla med smärta upp mot öronen
- Ensidig nyttillkommen nästäppa som inte växlar sida
- Ensidig återkommande blodig sekretion från näsan
- Ensidig serös mediaotit (otosalpingit)

## 19 DOKUMENTFAKTA

### ARBETSGRUPP FÖR VÅDRIKTLINJER OM ÖRON-, NÄS- OCH HALSSJUKVÅRD

- **Sven Röstlund**, chefsläkare primärvården
- **Stefan Sundeman**, distriktsläkare, Adolfsbergs vårdcentral. Örebro
- **Svante Hugosson**, överläkare, Öron-, näs- och halskliniken, USÖ
- **Amanj Saber** överläkare Öron-näs-halskliniken Karlskoga/USÖ
- **Per-Olof Bergemalm** överläkare Öron-, näs-, halskliniken, Lindesbergs lasarett

### GÄLLER FÖR

Region Örebro län reviderade 2015 nästa revision 2018