Akut mediaotit fallbeskrivning

2014-10-09, uppdaterad senast 2026-03-21

Kalle 6 år har varit förkyld med snuva sedan tre dagar tillbaka. Igår kväll fick Kalle ont i båda öronen och tillkomst av feber. Under natten vaknade han vid ett par tillfällen på grund av öronvärken. I morse hade Kalle temp 39° och fortsatt rejält ont i öronen. Efter att han fått paracetamol har öronvärken avtagit men inte försvunnit.

Kalle kommer nu till vårdcentralens mottagning strax före lunch. Han är grinigare än vanligt men orkar leka i väntrummet. Kalle har tidigare haft en akut mediaotit (AOM) för 8 månader sedan. Ingen känd läkemedelsöverkänslighet. Vad ska vi göra?

Frågor

1. Vilka diagnostiska hjälpmedel kan vi använda oss av? Hur bra är de olika metoderna?
2. Vilka undersökningsfynd är förenliga med AOM?
3. Behöver anamnesen kompletteras? Vad kan det finnas för komplicerande faktorer att ta hänsyn till?
4. Om det visar sig att Kalle har en bilateral AOM men inga komplicerande faktorer, ska vi då behandla med antibiotika?
5. I vilka fall rekommenderas aktiv exspektans?
6. När rekommenderas antibiotikabehandling? Vad är förstahandsvalet?
7. Hur definieras terapisvikt och vilken behandling ger man då?
8. Hur definieras ett recidiv? Hur behandlas ett recidiv?
9. När har man recidiverande otit (= ”öronbarn”) och hur ska detta handläggas?
10. Vad är förstahandsbehandling vid ”rörotit”?
11. Ska Kalle följas upp och i så fall hur?
12. Vad kan tala för en allvarlig infektion (behov av akutremiss till sjukhuset)?

1. Vilka diagnostiska hjälpmedel kan vi använda oss av? Hur bra är de olika metoderna?

Enbart otoskopi ger en hög grad av såväl över- som underdiagnostik (sensitivitet och specificitet 61 %).

Pneumatisk otoskopi med Siegles tratt (= otoskop med lufttät tratt och ballong). Detta ger en betydligt bättre diagnostisk säkerhet med hög sensitivitet (94 %) och specificitet (80 %).

Öronmikroskopi ger djupseende och möjliggör detaljbedömning av trumhinnan och rengöring i hörselgången under direkt inspektion (sensitivitet 87–91 %, specificitet 89–93 %). Siegles tratt används i kombination med otomikroskopet för att bedöma trumhinnerörlighet.

Tympanometri mäter mellanöretrycket och fastställer om det finns luft eller var/vätska i mellanörat. Tympanometri kan därför utesluta, men inte ensamt användas för att ställa diagnosen AOM/SOM = sekretorisk mediaotit (trumhinnan måste också inspekteras). Metoden är objektiv och kan utföras även om hörselgången delvis är fylld av vax.

Kombinationen pneumatisk otoskopi/otomikroskopi och tympanometri ökar ytterligare den diagnostiska säkerheten och minskar frekvensen falskt positiva AOM-diagnoser (sensitivitet 93–98 %, specificitet 93–95 %).

2. Vilka undersökningsfynd är förenliga med AOM?

Säker AOM: Purulent sekretion och/eller perforerad/chagrinerad trumhinna, **eller** buktande, ogenomskinlig, färgförändrad, orörlig trumhinna.

Osäker AOM: Ogenomskinlig, färgförändrad, orörlig, ej buktande trumhinna, **eller** trumhinnan kan inte bedömas.

Inte AOM: Färgförändrad rörlig trumhinna **eller** genomskinlig, indragen eller normalställd, orörlig trumhinna (=SOM).

3. Behöver anamnesen kompletteras? Vad kan det finnas för komplicerande faktorer att ta hänsyn till?

– Svår värk trots adekvat analgetikabehandling
– Infektionskänslighet på grund av annan samtidig sjukdom/syndrom eller behandling
– Missbildningar i ansiktsskelett eller inneröra
– Tillstånd efter skall- eller ansiktsfraktur
– Cochleaimplantat
– Känd mellanöresjukdom eller tidigare öronoperation (avser inte plaströr)
– Känd sensorineural hörselnedsättning

4. Om det visar sig att Kalle har en bilateral AOM men inga komplicerande faktorer, ska vi då behandla med antibiotika?

I detta fall rekommenderas aktiv exspektans. Eftersom Kalle är >2 år (och <12 år) behöver den akuta otiten inte behandlas bara för att den är bilateral. Kom-ihåg-ramsa för behandling: ”<1 år, ett öra och <2 år, två öron och tre öron har vi inte utan då krävs komplicerande faktorer”.

Informera om normalförlopp och eventuella komplikationer att uppmärksamma.
Dela gärna ut Folkhälsomyndighetens Råd och fakta om antibiotika och infektioner:
Patientinformation om öroninflammation hos barn — Folkhälsomyndigheten

5. I vilka fall rekommenderas aktiv exspektans?

– Barn 1–12 år med säker AOM utan komplicerande faktorer
– Patienter oavsett ålder med osäker AOM utan komplicerande faktorer

6. När rekommenderas antibiotikabehandling? Vad är förstahandsvalet?

– Barn 1–12 år med AOM och komplicerande faktorer
– Barn <1 år samt ungdomar >12 år och vuxna
– Barn <2 år med bilateral AOM
– Alla med perforerad AOM oavsett ålder (indikerar en mer aggressiv infektion)
– Alla med fortsatta besvär 2 - 3 dagar efter symtomdebut

Förstahandsval:
  – Barn: PcV 25 mg/kg x 3 i 5 dagar
  – Vuxna: PcV 1,6 g x 3 i 5 dagar

7. Hur definieras terapisvikt och vilken behandling ger man då?

Terapisvikt = oförändrad, förvärrad eller på nytt uppblossande AOM trots minst 3 dygns antibiotikabehandling.

Då bör man ta en nasofarynxodling. Vid perforation tas odling från hörselgången.

Barn med terapisvikt behandlas med amoxicillin 20 mg/kg x 3 i 10 dagar.
Vuxna med terapisvikt behandlas med amoxicillin 750 mg x 3 i 10 dagar.

8. Hur definieras ett recidiv? Hur behandlas ett recidiv behandlas?

Recidiv = ny AOM inom 1 månad med symtomfritt intervall.

Barn med recidivotit behandlas med PcV 25 mg/kg x 3 i 10 dagar.
Vuxna med recidivotit behandlas med PcV 1,6 g x 3 i 10 dagar

9. ### När har man recidiverande otit (= ”öronbarn”) och hur ska detta handläggas?
   Minst 3 episoder av AOM under en 6-månadersperiod eller minst 4 episoder under 1 år. Har det gått minst 6 månader sedan den senaste otiten ska en ny otit betraktas som en sporadisk AOM.

   Barn med recidiverande AOM bör remitteras till ÖNH-specialist för ställningstagande till rörbehandling. Nya episoder behandlas med PcV 25 mg/kg x 3 i 10 dagar alternativt amoxicillin 20 mg/kg x 3 i 10 dagar. Nasofarynxodling bör tas vid recidiverande AOM.

10. ### Vad är förstahandsbehandling vid ”rörotit”?
    Om patienten är opåverkad används i första hand lokalbehandling med örondroppar (Terracortril med Polymyxin B) 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 generell antibiotika enbart.

11. ### Ska Kalle följas upp och i så fall hur?
    Vid aktiv exspektans är det viktigt att ge möjlighet till ett återbesök efter två till tre dagar vid utebliven förbättring eller omgående vid försämring. Om Kalle inte förbättrats efter två till tre dagar förskriver man då antibiotika.

    ”Otitkontroll” efter tre månader görs för att hitta barn med hörselnedsättning. Är barnet över 4 år kan föräldrar oftast själva upptäcka en eventuell hörselnedsättning hos barnet. Därför räcker det i normalfallet att informera Kalles föräldrar om att de ska höra av sig om Kalle skulle verka ha en kvarstående hörselnedsättning efter öroninflammationen. Ny undersökning bör dock ske tidigare vid andra symtom från örat, till exempel kronisk öronflytning.

    Det är svårt för föräldrar att upptäcka en hörselnedsättning hos barn under 4 år. Barn under 4 år med dubbelsidig AOM eller ensidig AOM och SOM på andra örat bör därför kontrolleras efter 3 månader. Vid dubbelsidig SOM med symtom på hörselnedsättning under minst 3 månader rekommenderas remiss till ÖNH-specialist. Vid dubbelsidig SOM utan symtom på hörselnedsättning rekommenderas ny uppföljning efter ytterligare 3 månader.

    Patient utan tidigare känd hörselnedsättning med ensidig, okomplicerad AOM och normalt status på andra örat behöver inte erbjudas tid för kontroll eftersom ensidig kvarstående SOM rutinmässigt inte behöver behandlas.

12. ### Vad kan tala för en allvarlig infektion (behov av akutremiss till sjukhuset)?
    Remiss bör skickas akut till ÖNH-specialist eller pediatrisk akutklinik vid påverkat allmäntillstånd (till exempel slöhet, oförmåga till normal kontakt, oförmåga att skratta och le, irritabilitet), vid minsta tecken till mastoidit (rodnad, svullnad, ömhet bakom örat eller utstående ytteröra) eller andra tecken till komplikation såsom nackstelhet eller facialispares.

Referenser

Akut mediaotit | Läkemedelsverket

Regnbågshäftet: Behandlingsrekommendationer för vanliga infektioner i öppenvård. Folkhälsomyndigheten, Läkemedelsverket och Strama.

Patientinformation om öroninflammation hos barn — Folkhälsomyndigheten