

Sekretorisk otitis media (SOM) – diagnos och omhändertagande av barn

Sammanfattning

Dokumentet innehåller direktiv för handläggning från remissförfarande via eventuell operation och kontroller till friskförklarad patient.

Innehållsförteckning

Sammanfattning	1
Bakgrund.....	2
Förutsättningar	2
Genomförande	3
Hörseltest.....	3
Remissbedömning	3
Kallelse till audiogram	3
Besök hos audionom.....	3
Tolkning av resultat	3
Misstänkt hörselnedsättning eller patologisk tympanometri jämte andra besvär.....	4
Diagnostik och åtgärd	4
Indikation för rörbehandling.....	4
Abrasio vid SOM	5
Riskgrupper.....	5
Alternativ behandling	5
Operation	6
Bortsugning av sekret	6

Val av rör	6
Rörplacering.....	6
Medicinsk behandling.....	6
Vid samtidig abrasio	6
Postoperativ anvisning	6
Uppföljning	7
Bad och rör	7
Rörflytning	7
Rörextraktion	7
Referensförteckning.....	8

Bakgrund

Innehållet syftar till ett likartat förfarande inom öron- näsa och halsenheten.

SOM är en förkortning för sekretorisk otitis media, dvs otosalpingit eller i vardagligt tal öronkatarr (vätska i mellanörat). Drabbar framför allt barn i förskoleåldern men även ungdomar och vuxna. Symtomen är framför allt lockkänsla och hörselnedsättning. Det är ibland svårt att upptäcka hos mindre barn som ofta mest uppvisar lite avvikande beteende och koncentrationssvårigheter, sömnsvårigheter och ofta försenad tal- och språkutveckling. Vid stora besvär kan en relativt enkel operation göras där man opererar in ett dränagerör genom trumhinnan, en åtgärd som snabbt kan få barnet normalhörande.

Förutsättningar

Det som är avgörande för behov av åtgärd är barnets hörsel. Därför är det den första (och ofta enda) undersökning som görs via ÖNH-enheten. Ett stort antal barn visar sig ha helt normal hörsel med normal trumhinnerörlighet och behöver då inte träffa ÖNH-läkare.

Genomförande

Hörseltest

Remissbedömning

Barn med misstänkt hörselnedsättning eller patologisk tympanometri ska

bokas in för *barnhörseltester* inom 3 månader:

0-6 mån ålder: OAE (otoakustiska emissioner), tympanometri, observationsaudiometri, ev ABR (automatiserad hjärnstamsaudiometri).

6mån – ca 2½ år: OAE, tympanometri, tittlåda/ev. lekaudiometri, ev. ABR.

Kallelse till audiogram

Med kallelsen till audiogram ska medfölja ett informationsblad där det tydligt framgår att det är en hörseltestning inför *eventuellt* senare läkarbesök.

Besök hos audionom

Audionomerna väljer själva lämpliga tester efter barnets förutsättningar.

Audionomen ska ange på audiogrammet om patienten är förkyld/osäkra

tester/stora besvär för att underlätta fortsatt planering och prioritering.

Tolkning av resultat

Audiogram svar läggs till den ursprungliga remissbedömaren som:

Vid normala fynd anger ”standard svar aud ua” på remissen.

Sekreterare

skriver då anteckning i journal, brev till målsman och svar till remittent

utifrån standard.

Vid patologi dikteras anteckning i journal samt brev till målsman att boka tid för läkarbedömning.

Om tveksamheter – nya hörseltester före.

Misstänkt hörselnedsättning eller patologisk tympanometri jämte andra besvär

Alla barn med misstänkt SOM, även de med eventuell adenoid/snarkningar, ska genomgå audiogram.

Framkommer andra problem utöver eventuell SOM, som gör att barnet, oavsett hörselnedsättning eller ej, behöver påtittas av öronläkare, prioriteras barnet till läkarbesök med **”barntester” före**.

Diagnostik och åtgärd

Viktigast för att ställa diagnosen är klinisk underökning med Otoskopi och helst Siegling eller tympanometri. För att kunna bedöma behov av aktiv behandling **ska** även hörseltestning utifrån barnets ålder utföras.

Att tänka på:

Enbart funnen vätska i mellanörat utgör inte operationsindikation.

Det föreligger en hög grad av självläkning.

Det är bevisat att dålig korrelation mellan föräldrars uppfattning om barnets hörsel och faktiskt uppmätt hörsel.

3 månaders duration har liten chans att läka ut spontant.

Indikation för rörbehandling

Bilateral SOM, > 3 mån duration, hörselnedsättning 20-30 dB ska sättas upp för rör med prioritet 3 mån.

Bilateral SOM, > 3mån duration, hörselnedsättning >30 dB ska sättas upp för rör med prioritet 6 veckor.

Vid SOM + annat funktionshinder som kan påverka kommunikationsförmågan ska man vara extra frikostig med rörsättning.

Tidigt recidiv efter att tidigare ha haft rör ska få nya rör med prioritet 6 veckor.

Unilateral SOM endast rörbehandling vid uttalade symtom.

Som med hörsel bättre än 20 dB ska sättas upp för läkarkontroll efter 3 månader med nya hörseltester före. Om vätskan då kvarstår görs ny bedömning utifrån aktuellt audiogram och barnets symtom.

För trumhinnor med retraktionstendens finns inga övertygande bevis för att rörbehandling har någon bestående effekt. Allmänna uppfattningen är dock att man kan pröva rörbehandling, framför allt vad gäller barn.

Abrasio vid SOM

Abrasio+rör indicerat om

Huvudindikationen för ingreppet är hörselnedsättning

Abrasio+ paracentes

Vid snarkning + SOM med väsentligen normal hörsel

Riskgrupper

Till exempel Mb Down, gomspalt, sensorineural hörselnedsättning. Ökad frikostighet med aktiva åtgärder för att förbättra hörseln.

Alternativ behandling

Slemhinneavsvällande medel eller nasala steroider har ingen effekt på ren SOM. Natriumkromoglikat eller nasala steroider ska inte ges om inte misstanke om eller säkerställd allergisk rinit föreligger.

Otovent/Valsalva bör rekommenderas under expektansperioder.

Operation

Utförs i allmänhet under full narkos i dagkirurgi.

Bortsugning av sekret

Sekretet ska inte rutinmässigt sugas bort. Det förlänger inte funktionstiden för röret och minskar inte obstruktion av röret. Kan däremot ge ökad risk för myringoskleros och möjligen även hörselpåverkan.

Val av rör

Vid Södra Älvsborgs Sjukhus ska i första hand användas Armstrong-rör då rör med vidare fläns och T-rör visserligen har tendens att sitta kvar längre men också ger ökad risk för restperforation. Rör med låg vikt sitter kortare tid men ger mindre myringoskleros.

Rörplacering

Epitelmigrationen är långsammast i främre övre kvadranten. Möjligen finns längre funktionstid om röret placeras här.

Medicinsk behandling

Terracortril med PolymyxinB (TCPB)-droppar är endast indicerat om sekretet inger misstanke om infektion. Ges i så fall vid rörsättningen och därefter 2-3 gånger dagligen i 5-7 dagar. Är i annat fall inte indicerat.

Vid blödning ges med fördel istället Nezeril näsdroppar, engångspipetter, *utan konserveringsmedel*, för att förebygga rörobstruktion.

Vid samtidig abrasio

Vid utskrapning av stor adenoid räcker oftast paracentes. Rör rekommenderas om seg vätska.

Postoperativ anvisning

Patientinfo Läs och säg det som står till pat. Badkarens 1 vecka.

Recept TCPB-droppar. Skicka med lapp till målsman att boka läkartid efter 3 månader med audiogram/barntester före.

Fyll i information till kvalitetsregistret.

Uppföljning

Återbesök 3 mån med audiogram/barntester före. Fyll i formulär till kvalitetsregistret. Är då hörseln normal och rören välfungerande räcker det med kontroll vartannat år. Vid dessa kontroller behöver inte hörseltestning utföras rutinmässigt. Vid problem dessförinnan instrueras föräldrarna att ta tidigare kontakt med Öron-Näs-Hals-mottagningen.

Bad och rör

Bad bör undvikas första veckan efter operationen så att trumhinnorna får läka runt röret. Därefter behöver örat vanligen inte skyddas från vatten. Vid djupare dykning (>1,5m) kan öronproppar rekommenderas.

Rörflytning

Utan allmänpåverkan ska föräldrarna instrueras att ge Terracortril med PolymyxinB – örondroppar 3x2 i 5-7 dagar. Om det då slutar rinna behöver sjukvården inte konsulteras. Om barnet inte blir bra kontaktas öronmottagningen dagtid vardagar, barnet ska då påtittas av öronläkare.

Vid feber eller smärta ska det tas odling från örat och är indicerat med peroral antibiotika. Att tänka på vid antibiotikaval: yngre barn har framförallt övre luftvägsbakterier, äldre framförallt kontamination från hörselgången (stafylokocker, pseudomonas). Rörextraktion kan bli aktuell om det fortsätter rinna trots både lokal och peroral antibiotika.

Rörextraktion

Det finns ingen evidens för att aktivt avlägsnande av rören minskar komplikationsrisken. Dock finns endast ett fåtal studier. Praxis i Sverige och Södra Älvsborgs sjukhus är att rören avlägsnas efter cirka 4 år. Det finns inte heller några studier avseende vikten av sårrengöring av perforationskanterna avseende läkningsfrekvensen.

Ställningstagande till extraktion i narkos eller vaket får tas i det enskilda fallet.

Planerad rörextraktion på besvärsfri patient sker med fördel under tidig höst för att inte påverka badning sommartid.

Återbesök efter cirka 6 veckor för trumhinnekontroll, hörseltest behövs inte då. Vid kvarstående perforation bör barnet rådas att undvika vatten i örat och införskaffa badpropp.

Avslutande kontroll, kliniskt och med audiogram, ska göras 6 månader efter rörfrihet med läkt trumhinna. Vid normalt trumhinne- och mellanörestatus och normal hörsel kan barnet då avslutas på kliniken.

Referensförteckning

1. Svensk förening för Otorhinolaryngologi
2. Svensk Audiologisk Förening
3. Svensk förening för Allmänmedicin
4. SBU rapport 189, 2008

Information om handlingen

Handlingstyp: Riktlinje

Gäller för: Kirurg- och öronklinik

Innehållsansvar: Malin Börjesson, (malbo2), Överläkare

Granskad av: Malin Börjesson, (malbo2), Överläkare

Godkänd av: Eija Hägg, (eijha2), Verksamhetschef

Dokument-ID: SAS9665-921656513-40

Version: 5.0

Giltig från: 2025-03-04

Giltig till: 2027-03-04