

Regional medicinsk riktlinje

Ansvarsfördelning mellan allmänmedicin och specialistvård öron-näsa-hals (barn och vuxna)

Innehåll

Nytt sedan föregående version.....	3
Bakgrund	3
Vårdnivå och samverkan.....	3
Ansvarsfördelning per diagnos	3
Akustiskt trauma.....	3
Bihåleinflammation akut	4
Bihåleinflammation kronisk	4
Dysfagi.....	5
Epiglottit.....	7
Erysipelas/Ansiktsros	8
Extern otit.....	8
Främmande kropp i näsa	9
Främmande kropp i matstrupe och luftvägar	10
Främmande kropp i öra	10
Heshet.....	11
Hudförändringar i ÖNH-området	12

Hörselnedsättning hos barn	12
Hörselnedsättning hos vuxna	13
Hörselnedsättning, plötslig (sudden deafness)	14
Kort tungband	15
Knöl på halsen (barn).....	15
Knöl på halsen Knöl på halsen hos vuxna	17
Näsblödning	18
Näspolypos	20
Orala slemhinneförändringar	22
Otit, akut.....	22
Otit, kronisk.....	24
Perifer facialispares	24
Peritonsillit.....	25
Rörotit	26
Sekretorisk mediaotit (SOM)	26
Snarkning/nästäppa hos barn	27
Spottkörtelsjukdom.....	28
Sömnapné obstruktiv	30
Sårskador.....	31
Tinnitus	32
Tonsillit, återkommande.....	34
Trumhinneperforation	35
Vaxpropp	36
Yrsel.....	36
Innehållsansvarig.....	39

Nytt sedan föregående version

Uppdateringar utifrån rådande kunskapsläge.

Bakgrund

Riktlinjen tydliggör ansvarsfördelningen mellan primärvården och ÖNH-specialistvård (barn och vuxna). Anpassningar till lokala förutsättningar kan behöva göras.

Vårdnivå och samverkan

Cirka 20 % av besöken inom primärvården utgörs av patienter med öron-, näsa-, halsbesvär. De flesta av dessa problem handläggs självständigt inom primärvården.

Remiss till ÖNH-specialist är indicerad om konsultation är nödvändig med anledning av patientens medicinska behov, se under respektive diagnos nedan. För remisshantering, -innehåll och bedömning i stort se Regional medicinsk riktlinje [Remiss inom hälso- och sjukvård](#).

När det kan vara aktuellt med kirurgisk behandling är det angeläget att patienten vid behov är utredd och behandlad med hänsyn till andra medicinska sjukdomar som kan påverka risken vid kirurgi.

Ansvarsfördelning per diagnos

Akustiskt trauma

Höga ljud kan orsaka skada på innerörats funktion. Skadan uppkommer oftast efter plötsliga höga ljud, som exempelvis vapen avfyra nära örat eller explosioner. Symtom på skada är hörselnedsättning och tinnitus. Hörselnedsättningen är oftast sensorineural men vid exponering för mycket höga ljud kan andra skador uppkomma, såsom exempelvis trumhinneperforation, och då ses ledningshinder.

Handläggning i primärvård

- Inspektion av trumhinnan.
- Kontroll av hörsel med screeningaudiogram bör göras.
- Weber och Rinnes tester.

Remiss till ÖNH

Subakut remiss vid hörselnedsättning.

Remissinnehåll

- Anamnes med information kring typ av trauma och duration samt besvär.

- Trumhinnestatus.
- Audiogram och resultat av Weber och Rinnes tester.

Bihåleinflammation akut

De flesta riniten kan leda till olika grad av påverkan på bihålorna. Slemhinnesvullnad kan stänga till bihålan och då instängd luft resorberas uppstår ett undertryck som kan ge smärta. Smärta från ansiktet är dock inte liktydigt med sinuit och kan komma från muskulatur.

Handläggning i primärvården

Undersökning av näsan med spekulum och pannlampa helst efter avsvällning med adrenerg nässpray. Diagnosen bakteriell sinuit är svår att ställa kliniskt.

Kriterier med högt diagnostiskt värde är

- ensidiga symtom
- uttalad ansiktsvärk
- purulent sekretion eller vargata i mellersta näsgången
- duration över 10 dagar eller tydlig försämring efter 5–7 dagar (dubbelinsjuknande).

Observera att tandinfektioner kan orsaka bihålebesvär. Kontrollera tandstatus.

För behandling se REK-listan.

Remiss till ÖNH

- Patienten är svårt sjuk, har svår värk, hög feber, allmänpåverkan.
- Vid frontalsinuit med svår frontal huvudvärk, neurologiska tecken, svullnad i pannan.
- Vid etmoidit med orbitalt flegmone/abscess, ögonrodnad, synpåverkan.
- Vid sfenoidalsinuit.
- Vid terapivikt eller recidiv trots adekvat behandling.
- Vid behov av akutremiss ta kontakt med ÖNH per telefon för konsultation.
- Vid misstanke om dental genes, remittera eller hänvisa till tandläkare.

Bihåleinflammation kronisk

Bakomliggande orsaker är flera, såsom till exempel viral eller bakteriell infektion, allergi, näspolypos, systemsjukdom.

Kliniska symtom är

- nästäppa och/eller snuva
- ökat tryck över bihålorna
- ibland ansiktsvärk, illaluktande snuva eller nedsatt luktsinne.

Kronisk ansiktsvärk av andra orsaker kan ofta misstas som bihåleorsakade, till exempel bettdysfunktion, muskulära spänningar.

För att klassas som kronisk ska besvären varat längre än 3 månader.

Handläggning inom primärvården

- Undersökning av näsa före och efter avsvällning. Undersök även munhåla, dental genes är inte ovanligt. I dessa fall föreligger ofta ensidiga besvär.
- NPH-odling och behandling av patogena bakterier.
- CT sinus/CBCT ska göras innan remiss till ÖNH om misstanke om kronisk bihåleinflammation föreligger. Normalt fynd utesluter kronisk bihåleproblematik.

Nässköljning med koksalt och nasal steroid, till exempel mometason 50 mikrogram/dos 2 x 2 (under minst 2–3 månader). Därefter klinisk uppföljning och utvärdering.

Remiss till ÖNH

Vid långdragna besvär där insatt behandling ej gett effekt samt tecken till bihåleinflammation på röntgen.

Remissinnehåll

- Symtom, duration och eventuell progress.
- Status.
- Övriga sjukdomar.
- Uppgifter om eventuella prover eller röntgen.
- Eventuell tidigare behandling.

Dysfagi

Oral och faryngeal dysfagi

Innebär svårighet att hantera mat och dryck i munhålan och/eller oförmåga att utlösa sväljningsreflex.

Ofta är orsaken central, som stroke eller annan neurologisk sjukdom (till exempel ALS, Parkinson). Andra orsaker kan vara muntorrhet till följd av läkemedel eller strålbehandling.

Remiss till ÖNH

- Hosta, harkling eller heshet i samband med måltid. Oförklarliga pneumonier

- Sväljningsbesvär förenade med smärta, ensidiga symtom, progression kan motivera SVF-remiss.

Remissinnehåll

- Status
 - tungrörlighet, fascikulationer, atrofi och/eller nedsatt svalgreflex. Kranialnervsstatus. Status mun och svalg.
- Anamnes
 - tal och artikulationssvårigheter, upphakningar eller totalstopp
 - viktnedgång och förekomst av aspirationspneumonier
 - hosta vid måltid.
- Övriga sjukdomar.

Esofageal dysfagi

Innebär svårighet att transportera maten genom matstrupen till magsäcken.

Intermittenta besvär, remiss för gastroskopi. Röntgen av hypofarynx och esofagus kan också vara av värde.

Vid refluxanamnes kan man om inga andra alarmerande tecken finns göra ett behandlingsförsök med protonpumpshämmare och alginatsyra innan vidare utredning.

Remissinnehåll

- Förekomst av upphakningar vid intag av fast föda, uppgifter om anpassningar av kosten. Refluxanamnes, regurgitation.
- Tidsaspekt, progress.
- Förekomst av allergi eller astma.
- Viktnedgång.
- Rökning och eller alkohol.
- Gastroskopi eller röntgen gjord.

Remiss till gastroskoperande enhet

Vid nytillkomna sväljningssvårigheter remiss för esofagogastroskopi (filterfunktion) enligt SVF matstrups- och magsäckscancer.

Remiss till endoskopienhet

Följande alarmsymtom ska föranleda remiss enligt SVF och primärt utredas med gastroskopi:

- Nytillkomna sväljsvårigheter.
- Nytillkomna kräkningar sedan minst 3 veckor.
- Kraftig oförklarad viktnedgång.
- Tidig mättnadskänsla sedan minst 3 veckor.
- Gastrointestinal blödning och järnbristanemi, enligt SVF.

Röntgen av hypofarynx och esofagus kan vara av värde, men ska inte fördröja gastroskopi vid malignitetsmisstanke.

Epiglottit

Hos barn idag ett ovanligt tillstånd, tack vare införandet av vaccination mot *Haemophilus influenzae* typ b.

Hos vuxna ses ofta en allmän supraglottisk laryngit som även omfattar omkringliggande mjukdelar. Bakomliggande agens är då ofta *staphylococcus aureus*, betahemolytiska streptokocker eller pneumokocker. Vid septisk form av epiglottit dock fortfarande ofta *H. Influenza* typ b.

Differentialdiagnoser

- Framför allt laryngotrakeit.
- Tonsillit och peritonsillit (syns vid inspektion av svalget).
- Subglottisk laryngit (pseudokrupp) liksom läkemedelsutlöst angioödem (av till exempel ACE-hämmare) har sällan påtaglig smärta.

Handläggning i primärvården

Symtom på epiglottit är i första hand uttalad sväljningssmärta och grötigt tal med normalt status i mun och svalg. Ibland septisk bild.

Hos barn kan diagnosen ofta ställas relativt lätt genom att titta i munnen då epiglottis ofta kan inspekteras med försiktigt tryck med spatel mot tungan.

Hos vuxna kan epiglottis ibland ses med tungspatel av god kvalitet. Annars används spegling eller om möjligt fiberskopi.

Oftast ses ingen andningspåverkan i början. Observera att andningssvårigheter med eller utan stridor kommer sent i förloppet.

Viktigast är att förbereda sig för andningsstopp samt ordna transport till sjukhus.

Vid behov syrgas, dock ej så barnet blir upprört eller skrämt. Om akut andningsstopp koniotomi.

Remiss till ÖNH och vidare transport

Alla patienter med misstanke på epiglottit med eller utan andningsbesvär ska snarast med ambulans till sjukhus.

Ansvarig läkare tar telefonkontakt med ÖNH-jour. Läkare bör medfölja transporten.

Svullnad i luftväg till följd av epiglottit kan komma/progrediera hastigt. Utvärdera om det finns anledning till att säkra luftväg innan transport.

Barn transporteras sittande med största möjliga lugn.

Erysipelas/Ansiktsros

Hudinfektion i ansiktet med

- hudrodnad – spridande och skarpt avgränsad
- värmeökning
- svullnad
- feber.

Handläggning inom primärvården

- Markera rodnaden med penna (för att se progress alternativt regress).
- Odling ev (ofta betahemolytiska streptokocker).
- Alsolspritomslag över området.
- Antibiotikabehandling enligt rekommendation (förstahandsval: PcV).

Remiss till ÖNH

Akutremiss vid något av följande:

- Allmänpåverkan
- Uttalad infektion
- Progredierande rodnad.

Extern otit

Infektion i hörselgångshuden, oftast orsakad av bakterier men ibland svamp.

Typiska symtom är

- klåda och/eller värk i hörselgången
- ibland flytning från örat.

Om sekret ockluderar kan även lockkänsla och hörselnedsättning upplevas.

Typiskt status:

- Varierande grad av svullnad i hörselgången, allt ifrån en lätt rodnad till totalt ockluderat.
- Ofta sekret, lättflytande eller tjockt, detritus. Eventuellt svampmycel kan ses som svart eller vitt ”ludd” eller prickar i hörselgången.

Handläggning inom primärvården

Mekanisk rengöring vid detritus i hörselgången. Kan ofta behöva upprepas. Undvik vatten i örat.

Behandling vid måttliga symtom är hydrokortison (grupp 1) och oxitetracyklin. Vid terapivikt kan ofta starkare steroid behövas. Till exempel grupp II eller betametason. Dessa är mycket effektiva- men de kan ofta svida. Då kan fluocinolonacetonid-pipetter användas.

Vid terapivikt och då odling visar Pseudomonas kan ciprofloxacin i kombination med fluocinolonacetonid användas.

Svamp behandlas med betametason eller flumetasonpivalat i kombination med kliokinol och återkommande mekanisk rengöring.

Vid helt igensvullen hörselgång läggs en tamponad indränkt med alsolsprit 10 % eller betametason in i hörselgången som en veke. Patienten ska då hålla tamponaden våt genom att droppa minst 4 ggr dagl. Avvecklas som regel efter 1–2 dagar då hörselgången öppnat upp sig tillräckligt för att dropparna ska nå in utan tamponad.

Vid torra kliande eksem använd steroiddroppar.

Peroral antibiotika vid externotit är sällan indicerat. Vid handläggning enligt ovanstående bör symtomen avklinga inom ett par dagar.

Remiss till ÖNH

Vid terapiresistens eller allmänpåverkan.

I remissen bör ingå öronstatus, provad behandling samt andra relevanta sjukdomar.

Främmande kropp i näsa

Vanligt förekommande. Misstänk främmande kropp vid ensidig långdragen illaluktande snuva.

Handläggning i primärvård

Inled med att spraya med avsvällande nässpray.

Tillämpa gärna parents kiss:

Förälder håller för näsborre utan främmande kropp och blåser sedan hårt i munnen, varpå den främmande kroppen ofta kommer ut.

Försök till extraktion kan göras med tång eller krok. Viktigt att barnet sitter bra, gärna sitta i förälders knä i ett stadigt grepp. God belysning har stor betydelse, pannlampa är att föredra.

Begränsa försöken till en rimlig nivå för att undvika onödig rädsla.

Remiss till ÖNH

Om den främmande kroppen inte kan avlägsnas, skrivs remiss till ÖNH för åtgärd. Om patienten söker på kvällstid kan åtgärd i de flesta fall ske nästföljande dag. Undantag är vid frätande föremål, alkaliska knappbatterier, då patienten ska bedömas så snart som möjligt. Barnet ska hållas fastande vid misstanke om att sövning kan behövas.

Främmande kropp i matstrupe och luftvägar

Främmande kropp i matstrupen

Ring ÖNH jouren vid misstanke om nedsvält vasst föremål till exempel ben från fisk, eller kött, samt potentiellt frätande föremål såsom batteri eller dylikt som motiverar akut esofagoskopi. Akutfall tas emot dygnet runt.

Vid övriga främmande kroppar eller födoämnen kontakta ÖNH jouren för att diskutera handläggning. Patientens besvärsbild (andningsbesvär, totalstopp, smärtor och allmäntillstånd) avgör om handläggning är aktuell även jourtid eller kan anstå till dagtid.

Främmande kropp i larynx/trakea/bronk

Hänvisa patienten akut dygnet runt till ÖNH vid misstanke om främmande kropp i luftväg (larynx-bronker). Ring ÖNH jouren innan patienten hänvisas dit.

Överväg ambulanstransport och eventuellt att läkare medföljer under transporten.

Främmande kropp i svalg

Oftast matbitar, till exempel fiskben. Vanligast att det fastnar i tonsillvävnad. Om synligt vid direkt inspektion kan det ofta extraheras av läkare.

Remiss till ÖNH, akutfall dagtid

Om extraktion inte är möjlig. Kontakta ÖNH via telefon med följande information:

- Typ av främmande kropp
- När inträffade intaget
- Patientens besvär

Främmande kropp i öra

Det kan förekomma en variation av främmande kroppar i örat, såsom pärlor, bomull, insekter, delar till hörapparat eller dylikt.

Handläggning inom primärvården

- Inspektion av hörselgångar.
- Otomikroskopi samt försök till extraktion med tång, slynga, sug eller krok.

Begränsa försök till extraktion på barn till en rimlig nivå, för att undvika onödig rädsla.

Remiss till ÖNH

Vid misslyckat extraktionsförsök kontakt med ÖNH eller utfärdande av remiss.

De flesta främmande kroppar behöver inte åtgärdas akut.

Akut åtgärd vid

- besvärande symtom
- knappcells batterier och frätande föremål

Man kan överväga att hålla barnet fastande vid misstanke om narkosbehov.

Remissinnehåll

- Statusfynd
- Duration
- Besvär från området.

Heshet

Heshet (dysfoni) innebär en förändring och störning av röstklängen. Det beror oftast på ett sjukdomstillstånd i stämbanden. De vanligaste orsakerna är en övre luftvägsinflammation eller överansträngning av rösten och besvären går då oftast över av sig självt. Även reflux eller biverkan av inhalationsläkemedel vid astma/KOL kan orsaka heshet. Heshet kan även orsakas av synliga förändringar på stämbanden (så som till exempel en tumör, cysta eller polyp). Vidare kan heshet vara ett delsymtom vid andra sjukdomar, exempelvis neurologiska.

Handläggning inom primärvården

Röstvila 1–2 dagar kan vara av värde vid heshet i samband med ÖLI eller överansträngning av rösten. Rekommendera ej röstvila i långa perioder.

Harkling gör ofta besvären sämre och bör undvikas.

Information om röstterapi finns på 1177.

Vid misstanke om reflux som orsak bör läkemedel vid reflux provas och utvärderas.

Remiss till ÖNH

Remiss till ÖNH vid kvarstående påtagliga besvär.

Remissinnehåll

- Duration och uppkomst av besvären, samtidig smärta eller dysfagi
- Övrig sjukdomshistoria
- Rökning, alkohol, reflux

- Astma/KOL-behandling
- Yrke

Ange gärna om hesheten är objektiv (patienten låter hes) eller subjektiv (patienten känner sig hes).

Remiss enligt SVF

Vid objektiv heshet längre än 3 veckor utan uppenbar förklaring enligt SVF huvud-halscancer.

Hudförändringar i ÖNH-området

Diagnostik av hudförändringar sker primärt via hudklinik och vid behov sänds patienten därifrån vidare till ÖNH-klinik för kirurgisk excision. Undantaget är cancermisstänkta förändringar på läppar, som direkt ska remitteras till ÖNH, eftersom maligna förändringar på läppar faller inom ramen för SVF huvud- och halscancer. Inga hudförändringar opereras på enbart kosmetisk indikation.

Vid remiss till ÖNH

Alla cancermisstänkta förändringar på läpp ska remitteras direkt till ÖNH-klinik inom ramen för SVF huvud- och halscancer.

Remissinnehåll

- Förändringens lokalisation, utseende och storlek
Palpationsfynd av halsens mjukdelar.
- Bifoga alltid foto.
- Uppgift om blodförtunnande medicinering.

Benigna hudförändringar

Som grundprincip opereras inte godartade förändringar inom ramen för offentlig sjukvård om inte särskild medicinsk indikation föreligger:

Aterom: återkommande infektioner/över cirka 2 cm med betydande funktionella besvär (ex skav av glasögon eller hjälm).

Lipom: över 4 cm eller snabbväxande/betydande funktionella besvär.

Keloid: stora med betydande funktionella besvär.

Slemhinneförändringar: betydande funktionella besvär.

Hörselnedsättning hos barn

Oftast beroende på sekretorisk mediaotit (SOM).

Andra orsaker

- akut mediaotit
- vaxpropp, främmande kropp

- medfödd hörselnedsättning, hörselnedsättning som ingår i ett syndrom samt trauma.

Handläggning inom primärvård

Status av hörselgång och trumhinna med otoskop eller helst otomikroskop. För att kunna göra en korrekt bedömning av trumhinnerörlighet krävs det att man har tillgång till Siegles tratt eller tympanometer. Rensugning eller spolning vid vaxpropp. Screeningaudiometri om möjligt.

Remiss till ÖNH/hörselvård

Vid misstanke på hörselnedsättning på grund av SOM som förelegat längre tid än 3 månader. Hjälpmedel för att tryckutjämna kan provas under tiden.

Vid annan misstänkt hörselnedsättning ska remiss skrivas direkt.

Remissinnehåll

Trumhinnestatus, talutveckling, eventuellt tympanometri och screeningaudiometri.

Hörselnedsättning hos vuxna

Hörselnedsättning indelas efter typ (ledningshinder, sensorineural, kombinerad) och svårighetsgrad (lätt, måttlig, grav).

Det finns många olika orsaker till hörselnedsättning. En del övergående och behandlingsbara andra mer bestående. Behandling beror på orsak och grad.

Handläggning i primärvården

- Öronstatus
- Weber och Rinne
- Otoneurologiskt status om anamnes på
 - yrsel
 - hörselfluktuation, tinnitus eller asymmetrisk hörsel.
- Audiogram bör göras innan remiss till ÖNH-specialist.
- Tympanometri om misstänkt ledningshinder.

Vid sekretorisk mediaotit hos vuxen, se under otit.

Remiss till ÖNH

Akut remiss vid

- plötslig hörselnedsättning med eller utan yrsel (inom 24 timmar)
- hörselnedsättning med snabb progress (inom veckor).

Poliklinisk remiss vid ensidig eller måttlig till grav hörselnedsättning.

Remiss till hörselverksamheten

- Vid åldersrelaterad hörselnedsättning (presbycusis) och eller behov av hörselrehabilitering (till exempel hörapparat) efter screeningaudiometri.
- Patienter med redan känd hörselnedsättning som behöver vidare hörselrehabilitering.

Remissinnehåll

- Andra sjukdomar. Tidigare öronsjukdomar.
- Aktuella läkemedel.
- Hereditet för hörselnedsättning.
- Besvärsduration.
- Successiv eller akut debut.
- Hörselfluktuation.
- Utlösande faktor (till exempel infektion, akustiskt trauma).
- Uni- eller bilateral. Tinnitus. Ljudkänslighet. Förekomst av yrsel.
- Aktivitetsbegränsning på grund av hörselnedsättningen.

Hörselnedsättning, plötslig (sudden deafness)

Hastigt uppkommen (inom någon dag) neurogen hörselnedsättning på 30 dB eller mer på tre närliggande frekvenser mellan 0.5 och 4 kHz. Associerade symtom kan förekomma; tinnitus, fyllnadskänsla, ljudkänslighet, yrsel.

Oftast utan känd genes. Någon enstaka gång borrelia eller akustikusneurinom.

Många blir återställda spontant medan andra förlorar hörseln permanent. Terapi (kortison) insatt inom 3 dygn anses öka chansen till tillfrisknande.

Handläggning inom primärvården

Observera att tillståndet kräver akut handläggning.

- Öronstatus (vaxpropp, otosalpingit).
- Screeningaudiometri
 - Stämgaffeltester: Rinne och Weber. Vid en neurogen hörselnedsättning hörs både luft- och benlett ljud sämre på det hörselnedsatta örat.
 - Vid ledningshinder hörs stämgaffeln på skallbenet bättre på det hörselnedsatta örat – Webers test.

Remiss till neurolog

Vid samtidiga andra neurologiska symtom såsom dubbelseende, huvudvärk, känselstörning – akut remiss till neurolog.

Remiss till ÖNH

Ska remitteras till efterföljande vardag. Icke jourtid. Kontakta ÖNH för eventuellt insättande av kortisonkur direkt via primärvården.

Remissinnehåll vid remiss till ÖNH

- När kom hörselnedsättningen.
- Trumhinnestatus.
- Resultat av Webers test.
- Audiogram.

Kort tungband

Tillstånd är vanligt, ofta icke-symtomgivande.

Spädbarn: Amningsproblem/sugproblem, det vill säga tappar taget, smärtsam amning.

Äldre barn: Svårighet att slicka sig om munnen/på läpparna. Uttalssvårigheter kan förekomma hos äldre barn.

Hos barn upp till cirka 4 månaders ålder kan man klippa i vaket tillstånd i glukos-rus. För att kunna sövas för detta behöver barnet vara över 1 år och väga över 10 kg.

Handläggning i primärvården

- Anamnes.
- Undersökning av mun, hjärtformad tunga vid utsträckning.

Remiss till logoped

Om uttalssvårigheter är huvudsymtomet bör det äldre barnet remitteras för logopedisk bedömning primärt.

Remiss till ÖNH

För ställningstagande till tungbandsklipp, i vaket eller sövt tillstånd.

Remissinnehåll vid till ÖNH

- Status.
- Amningsproblem.
- Bristfällig viktuppgång

Knöl på halsen (barn)

Knöl på halsen hos barn förekommer frekvent och orsakar ofta oro hos föräldrar.

Palpabla lymfkörtlar ses ofta i anslutning till övre luftvägsinfektion men också andra orsaker som bakteriell lymfadenit eller lämningar

från fosterlivet som medial halscysta förekommer. Malign orsak är ytterst ovanligt.

Infektiös genes:

- Akut bilateral lymfadenit – oftast i samband med viral övre luftvägsinfektion (rhino-, adenovirus m.fl)
- Akut ensidig lymfadenit – orsakas oftast av streptokocker eller stafylokocker.
- Kronisk (över 6 v) bilateral lymfadenit – epstein barr- och cytomegalovirus,
- Kronisk ensidig lymfadenit – kan orsakas av atypiska mykobakterier, cat scratch, tbc.

Icke infektiös genes:

- Medial halscysta- Cystisk förändring mitt fram på halsen i nivå med tungbenet. Rör sig med sväljning.
- Lateral halscysta/fistlar.
- Leukemi.
- Lymfom.
- Kawasakis sjukdom (feber, konjunktivit, hudutslag, såriga läppar, lymfadenit).
- PFAPA (periodisk feber, aftös stomatit, faryngit, adenit).
- Kikuchi (nekrotiserande lymfadenit, feber, hudutslag, huvudvärk).

Handläggning inom primärvården

En grundlig anamnes och klinisk undersökning är avgörande för att identifiera allvarliga tillstånd.

Syftet med utredningen är att fastställa tänkbar underliggande etiologi då det påverkar fortsatt handläggning. Utifrån detta tas lämpliga labprover.

För barn med misstänkt reaktiv lymfadenit, ställningstagande till antibiotikabehandling eller aktiv expektans och ompalpation efter 3–4 veckor. Ultraljud hals är förstahandsmetod för undersökning vid oklar diagnos eller kvarstående knöl.

Remiss till ÖNH

- Påverkat allmäntillstånd eller tecken på allvarlig infektion (till exempel svår ensidig lymfadenit, abscessmisstanke).
- Resistenser över 1,5 cm som kvarstår längre än 4 veckor utan tydlig infektiös orsak.
- Fistelbildning eller misstanke om kongenital cysta.
- Vid tecken på malignitet (hård, fixerad massa, allmänpåverkan, viktnedgång, nattsvettningar) konsultera barnläkare.

Remissinnehåll

- Anamnes
 - duration
 - associerade symtom (tex halsont, feber, viktnedgång, hosta, nattliga svettningar)
 - djurexponering, fästingbett
 - tidigare infektioner.
- Fysiska fynd
 - Storlek på lymfkörteln i cm
 - Progress/regress
 - Ömhet, rörlighet (fixerad eller rörlig), lokalisation i relation till andra anatomiska strukturer, bilateral eller ensidig.
 - Ange om knölen är lokaliserad i medellinjen.
 - Ange om knölen rör sig vid sväljning eller när patienten räcker ut tungan.

Knöl på halsen hos vuxna

Vid knöl som uppkommit utan föregående infektion bör underliggande tumörsjukdom övervägas.

Knölar på halsen som uppkommit i samband med ÖLI (lymfadeniter) ska gå i regress. Kvarstående knöl ska utredas som potentiell malignitet (lymfom eller metastas).

Potentiella orsaker till knöl på halsen:

- Malignitet (lymfkörtelmetastas, lymfom, spottkörteltumör).
- Infektion (reaktiv lymfadenopati, infekterad halscysta, mononukleos, tularemi, tbc, hiv, toxoplasmos, cat-scratch disease, brucellos).
- Systemiska inflammationssjukdomar.
- Benign halscysta (lateral/medial).
- Knöl i tyroidea (handläggs ej via ÖNH).

Handläggning inom primärvården

- Anamnes och ÖNH-status.
- Misstanke om metastas: Leta efter en eventuell primärtumör inom ÖNH-området.
- Misstanke om infektion med abscess eller svullna lymfkörtlar: bedöm huruvida det föreligger en aktuell tonsillit/peritonsillit eller tandinfektion. Efterhör ev exponering för TBC eller annan smitta.
- Infektionsprover.

Remiss till ÖNH

- Vid misstanke om abscess på halsen kontaktas ÖNH-konsult akut. Vid tumörmisstanke remittera patienten till ÖNH-klinik för eventuell uppstart av SVF.
- Misstänkt benign cysta: Poliklinisk remiss. Remissen ska kompletteras med foto där detta tillför något.

Remissinnehåll

Akutremiss vid misstanke om abscess.

- Statusfynd
- eventuell allmänpåverkan,
- Ange om det risk för hotad luftväg och eventuellt inlägningsbehov.

Vid tumörmisstanke

- Resistensens storlek i cm och exakta lokalisation.
- Progress,
- Rökning, alkohol,
- Viktnedgång

Vid misstanke om benign cysta

Status inklusive lokal, storlek, duration, progress/regress, eventuell fluktuation.

Näsblödning

Den stora majoriteten av näsblödningar härrör från locus Kiesselbachi på septums främre del. Här finns rikligt med kärl som kan vara vidgade. Vid en bakre blödning kan blödningskällan inte inspekteras med främre undersökning med pannlampa och nässpekulum. Detta är mindre vanligt och behöver oftast åtgärdas via ÖNH-klinik.

Blödningen kan också vara mer diffus och då inte härledas till ett särskilt kärl. Riskfaktorer inkluderar hög ålder, antikoagulantia, NSAID, näspetning, nässpray och övre luftvägsinfektion.

Handläggning i primärvård

Diagnos och handläggning av främre blödningar.

Anamnes:

- Ange vilken sida började blödningen på.
- Runnit mest framåt eller bakåt.
- Tidigare besvär.
- Riskfaktorer.

Förbered genom att ta fram de instrument som kommer att användas. Skydda dig själv och patienten med förkläde. Även handskar och munskydd med visir kan behövas.

Inspektera näskaviteterna med nässpekulum och pannlampa. Inspektera munhålan för att se om det finns blod på bakre svalgväggen, vilket kan hjälpa till att differentiera mellan en främre och bakre blödningskälla.

Sug rent från blod och koagel. Försök att identifiera blödningskälla. Sväll därefter av ordentligt med tussar indränkta i nafazolin/lidokain eller carbokain/adrenalin (alternativt oximetazolin, som dock inte bedövar) som får verka i 10–15 minuter.

Vid identifierad blödningskälla

Först avsvällning och bedövning med bomullstuss nafazolin/lidokain som får ligga i näsa i 15 minuter. Bara avsvällningen med nafazolin stoppar (tillfälligt) en stor andel av alla främre näsblödningar. Etsa med silvernitrattsticka om blödningskällan har avstannat. Håll stickan mot blödningskällan och håll kvar i cirka 5–10 sekunder för att etsa kärlet. Upprepa vid behov. En kraftigare blödning går ej att stilla om man inte suger bort blodet samtidigt som man etsar. I dessa fall kan en assistent som hjälper till att hålla ett nässpekulum vara nödvändig. Därefter införs en bomullstuss indränkt i olja, exempelvis Paraffin. Tussen ska vara ungefär lika stor som patientens lillfinger. Patienten kan själv avlägsna tussen hemma efter några timmar. Etsa inte på båda sidor om nässkiljeväggen vid samma tillfälle, på grund av risk för perforation. Ge egenvårdsråd såsom att undvika näspetning och att hålla slemhinnan mjuk med olja.

Om blödningskällan inte kan identifieras

Vid bakre blödning eller annan oklar blödningskälla ska patienten föras med någon form av tamponad inför transport till ÖNH-klinik. Efter bedövning kan en gasvävstamponad indränkt i hydrokortison och oxitetracyclin packas i främre näskaviteten. Försök att komma så långt bak som möjligt för att få till ett bra tryck. Ett annat alternativ är att tamponera näsan med en Rapid rhino. Denna ska blötas ordentligt i vatten före applicering och föras in längs med näsgolvet, hela ballongen förutom slangen ska vara inne i näsan. Därefter fylls ballongen långsamt på med luft. Avveckla enligt lokal rutin. För vidare läsning rekommenderas [Praktisk handläggning av näsblödning. Läkartidningen](#).

Remiss till ÖNH

Poliklinisk remiss kan utfärdas vid upprepade blödningar utan säker blödningskälla.

Observandum vid:

- Blödning utan identifierad källa samtidig ensidig nästäppa, remiss till ÖNH-klinik för eventuell uppstart av SVF.
- Kraftiga och återkommande näsblödningar hos tonårspojkar eller unga män (juvenilt angiofibrom).

Akutremiss vid främre blödning som inte går att stoppa eller vid bakre blödning.

Remissinnehåll vid akutremiss

- Anamnestiska uppgifter om duration.
- Eventuell blodförtunnande behandling.

Näspolypos

Kan ses som ett uttryck för kronisk rinosinuit. Näspolyper har vanligen sitt ursprung i etmoidal- eller maxillarsinus och är en kronisk sjukdom. Vanligast bilateral växt. Ibland kopplat till astma och NSAID-intolerans. Ensidiga polyper kan vara ett inverterat papillom. Ovanliga differentialdiagnoser är cancer, meningoencephalocoele eller pyogent granulom. Reaktiva näspolyper kan ses vid långvarig dental sinuit. Näspolypos är ovanligt hos barn och ungdomar. Om debut hos individer under 20 år ska underliggande cystisk fibros eller primär ciliär dykinesi uteslutas.

Handläggning i primärvård

I grunden är behandlingen av näspolypos medicinsk.

Långtidsbehandling med nasala steroider 50 mikrogram/dos 2 x 2 + nässköjningar med koksalt. Vi uttalade besvär kan behandling med po kortisonkur göras 2 gånger per år. Vid upprepade po kortisonkurer under flera år ska bentäthetsmätning göras.

Remiss till ÖNH

Patienter med ensidig nästäppa utan förklaring eller blodig sekretion från näsan utan infektion eller annan förklaring ska samma dag remitteras till ÖNH-klinik enligt filterfunktion SVF huvud hals.

I övrigt ska följande föranleda remiss:

- Ensidiga polyper.
- Polyp med rodnad eller köttig yta.
- Lättblödande polyper.
- Näspolypos hos barn.

Vid nydiagnostiserat sedvanligt bilateral näspolypos utan alarmsymtom kan poliklinisk remiss skickas vid otillräcklig förbättring efter behandlingsförsök med nasala steroider i maxdos i 3 månader.

Vanligt att conchor misstas för polyper eller tumörer. Palpera med stålpinne. Polyper är rörliga och icke smärtkänsliga.

Då de flesta polyper kommer från mellersta eller övre näsgången krävs flexibel eller stel endoskopi för att helt utesluta näspolypos.

CT-sinus/CBCT-sinus bör ha genomförts före remiss till specialistklinik.

Remissinnehåll

- Besvärsduration.
- Bilateral eller ensidig nästäppa.
- Nedsatt luktsinne.
- Förekomst av allergi, astma och/ eller NSAID-intolerans. Anamnes på sinuiter.
- Främre rinoskopi med nässpekula före och efter avsvällning med adrenerg nässpray. Beskriv polypernas utseende. Dubbelsidighet. Infektionstecken. Nästäppa hos vuxna (ej akut eller kronisk rinosinuit)

Ofta beroende på allergisk eller icke allergisk rinit. Huvudsaklig behandling är farmakologisk.

Andra tänkbara orsaker

- septumdeviation
- näspolypos
- conchahypertrofi
- rhinitis medikamentosa (överanvändning av adrenerg nässpray)
- tumör.

Handläggning inom primärvård

Status (främre rinoskopi, före och efter avsvällning med avsvällande läkemedel). Nässköljning med koksalt. Allergikutredning bör göras.

Remiss till ÖNH

Patienter med ensidig nästäppa utan förklaring eller blodig sekretion från näsan utan infektion eller annan förklaring ska remitteras till ÖNH-klinik för bedömning enligt gängse rutin vid remiss med cancerfrågeställning.

Remissinnehåll

- Grad av påverkan.
- Duration av symtom.
- Säsongsvariation.
- Sidoskillnad.
- Nästrauma i anamnesen.

- Näsblödning.
- Rinorré – ensidig eller dubbelsidig.
- Nedsatt luktsinne.
- Överanvändning av avsvällande nässpray.
- Resultat av allergiutredning.
- Genomförda behandlingar, inklusive nasala steroider i minst 3 månader.

Orala slemhinneförändringar

Det finns många typer av slemhinneförändringar, både kronisk och av mer akut art. Det kan röra sig om pigmenterade förändringar, kärlnystan, polypösa förändringar, sår eller tumörer. Det kan även vara mer utbredda förändringar som kan vara del av en systemsjukdom.

Sår som inte läker på 2–3 veckor bör utredas enligt SVF.

Handläggning inom primärvården

- Noggrant status och bedömning av förändringarna.
- Tandstatus, eventuell bedömning via tandläkare.

Remiss till ÖNH

Vid misstanke om malignitet remittera enligt SVF huvud-halscancer.

Vid mer kroniska förändringar kan det vara lämpligt med en bedömning via tandläkare/orofacial medicin.

Remissinnehåll

I remissen bör ingå

- ÖNH-status och duration
- storlek och tillväxt
- smärta
- rökning, alkohol
- foton.

Otit, akut

Akut mediaotit definieras som purulent infektion i mellanörat.

Orsakas vanligast av infektion med *S. pneumoniae*, *H. influenzae*, *M. catharralis*, grupp A streptokocker eller virus.

Symtom som feber, smärta i örat och purulent flytning ur hörselgången är vanliga.

Handläggning inom primärvården

- Otokopi med eller utan mikroskop.
- Siegles trätt för att bedöma rörligheten i trumhinnan.

Trumhinnan ses röd eller gulvit, buktande och orörlig, eventuellt föreligger blåsbildning.

Barn 1–12 år med ensidig mediaotit utan andra komplicerande faktorer (allmänpåverkad, terapieresistent smärta/feber, infektionskänslighet på grund av annan sjukdom, öronoperation, skada i mellanörat, känd sensorineural hörselnedsättning) rekommenderas aktiv expektans.

Barn <1 år och >12 år ges antibiotikabehandling med PcV 50 mg/kg/dygn fördelat på tre doser i 5 dagar. Vid pc-allergi ges erytromycin 40 mg/kg/dygn fördelat på tre doser i 7 dagar.

Alla barn <2 år med bilateral otit och alla patienter med perforerad otit ska antibiotikabehandlas.

Recidivotit (ny otit inom 30 dagar) behandlas med PcV i 10 dagar eller med amoxicillin 50 mg/kg/dygn fördelat på tre doser i 10 dagar.

Terapisvikt (oförändrad eller förvärrade symtom trots 3 dygns antibiotikabehandling): omvärdera diagnosen. Amoxicillin enligt ovan. Vid pc-allergi ges trimetoprimsulfa.

Vid sviktande behandling eller recidivotit tas NP-odling för att verifiera agens.

Okomplicerad ensidig AOM behöver inte kontrolleras rutinmässigt. Vid bilat otit/ensidig AOM och SOM på andra örat hos barn under 4 år kontroll efter 3 månader (på vårdcentral med öronstatus och eventuellt tympanometri).

Remiss till ÖNH

Akutremiss vid

- påverkat allmäntillstånd och/eller misstänkt komplikation såsom akut mastoidit, labyrinthit, meningit, facialis pares
- akut otit och cochleärt implantat.

Innan akutremiss ta kontakt med öronjouren per telefon.

Poliklinisk remiss vid följande tillstånd:

- Återkommande akuta otiter (tre / halvår eller fyra/år).
- Misstanke om kronisk otit, bestående perforation, fistlar eller långvarig behandlingsresistent sekretion.
- Akut otit hos patient som genomgått omfattande öronkirurgi.

Remissinnehåll

I remissen bör ingå öronstatus, anamnes på tidigare öronsjukdomar, andra relevanta sjukdomar samt behandlingsförsök.

Otit, kronisk

Förekommer i olika former såsom:

- Kronisk trumhinneperforation med återkommande sekretion.
- Kolestatom i mellanöra (pärlcysta) eller hörselgång.
- Inflammation i radikalhåla; status efter öronoperation där örats cellsystem borrats upp och bakre hörselgångsväggen avlägsnats. Operation med radikalhåla görs alltmer sällan. En radikalhåla ansamlar ofta detritus och behöver därför rengöras regelbundet (ofta årligen) livet ut.

Vanliga symtom är öronflytning och hörselnedsättning. Värk är inte vanligt.

Handläggning inom primärvården

Örat ska skyddas mot vatten. Vid flytning ge hydrokortison (grupp 1) och oxitetracyklin.

Remiss till öronklinik

Poliklinisk remiss för bedömning, rengöring och ställningstagande till operation.

Remissinnehåll

- Status.
- Tidigare öronsjukdomar/operationer.
- Hörselnedsättning, öronflytning.

Perifer facialispares

Vid perifer facialispares ses en försvagning eller förlamning av den mimiska ansiktsmuskulaturen, som även innefattar pannan och ögats muskulatur. Det är i det akuta skedet viktigt att skilja från en central facialispares. Facialisnerven löper bland annat i anslutning till mellanörat och genom parotiskörteln, varför patologi här kan orsaka tillståndet. Till perifer facialispares finns flertalet möjliga bakomliggande orsaker som behöver uteslutas. Om ingen bakomliggande orsak konstateras ställs diagnosen Bells pares. Andra möjliga orsaker är exempelvis neuroborrelios, zoster oticus (Ramsay Hunts syndrom), mediaotit, parotistumör, trauma, hjärnstamsinfarkt/-tumör, Guillan Barré syndrom och kolesteatom.

Handläggning inom primärvård

- Noggrann undersökning av paresens utbredningsgrad och neurologisk undersökning.
- Undersökning av hörselgångar, trumhinnor och huden kring ytterörat. Undersökning av munhåla och svalg.
- Palpation av parotiskörtlar.

Om anamnes och status inte tydligt pekar mot specifik bakomliggande orsak ska i första hand borrelia övervägas. Ställningstagande till lumbalpunktion via infektionklinik.

Primär behandling och uppföljning av Bells pares.

Vid Bells pares bör kortisonbehandling sättas in snarast möjligt (senast inom 72 timmar) och, om inga kontraindikationer föreligger, påbörjas enligt följande schema: Dag 1–5: Prednisolon 60 mg/dag, därefter nedtrappning med 10 mg dagligen. Sammanlagd behandlingstid 10 dagar. Skydda ögat med tårersättningsmedel och fuktkammare/tejpning av ögonlock nattetid, remiss till ögonklinik vid behov. Träningsprogram för ansiktsmuskulaturen. Uppföljande besök efter 4 veckor för utvärdering och läkningskontroll.

Remiss till ÖNH

Akut remiss utfärdas vid samtidig akut mediaotit, misstanke om zoster oticus/Ramsay Hunt syndrom eller trauma mot temporalben. Vid samtidig palpabel förändring i parotis eller progredierande förlopp ska remiss utfärdas för skyndsam uppföljning.

Bells pares som inte förbättrats vid återbesöket efter 4 veckor remitteras till ÖNH för fortsatt uppföljning.

Remissinnehåll

Information om paresens utbredningsgrad, duration och eventuella statusfynd enligt ovan.

Remiss till barn

Alla barn med perifer facialispares ska remitteras till barnklinik för lumbalpunktion.

Peritonsillit

Oftast ensidig (sällsynt med dubbelsidig) peritonsillär svullnad beroende på pusansamling ovan eller bakom tonsillen. Tonsillen är ofta förskjuten nedåt och medialt. Svullnaden sitter ej i själva tonsillen utan ovanför, i gommen. Vid en peritonsillit är mjuka gommen förhårdnad, palpera med spateln.

Symtom:

- Ensidig halssmärta.
- Sväljningssvårigheter, refererad smärta till ipsilaterala örat.
- Grötigt tal och trismus.

Komplikationer

Övre luftvägshinder, parafaryngeal abscess (spridning av infektionen till djupare delar av halsen) och potentiellt mediastinit.

Handläggning inom primärvård

Smärtstillande i form av paracetamol och NSAID. Begynnande peritonsillit kan ofta antibiotikabehandlas endast.

Remiss till ÖNH

Vid misstanke på peritonsillit telefonkontakt med ÖNH klinik för ställningstagande till akut bedömning. Ofta är incision av böld inte nödvändig att utföra akut kvälls- och nattetid men patientens allmäntillstånd får avgöra.

Remissinnehåll

- Frekventa tonsilliter i anamnesen, ange hur ofta.
- Tidigare peritonsilliter.
- Aktuella läkemedel.
- Tidigare sjukdomar.

Rörotit

Barn (och vuxna) med rör i öronen kan ofta få flytningar från öronen i samband med övre luftvägsinfektioner eller extern otit. Oftast utan allmänpåverkan. Otiten är ofta självläkande.

Vid opåverkad patient - exspektans ett par dagar. På grund av flytningen kan det ofta vara svårt att se själva röret och hur det sitter om man inte kan suga rent. Allmänpåverkan är det viktiga.

Handläggning i primärvården

- Rensugning och rörkontroll om det går.
- Örondroppar. Oftast hydrokortison (grupp 1) och oxitetracyclin 3 droppar x 2–3 i 7 dagar.
- Antibiotika per oralt endast vid allmänpåverkan.

Remiss till ÖNH

Oftast har dessa patienter redan kontakt med en ÖNH-mottagning och kan själva ta kontakt. Vid behandlingssvikt eller täta recidiv kontaktas ÖNH för uppföljning.

Sekretorisk mediaotit (SOM)

Sekretorisk mediaotit (SOM) innebär vätska i mellanörat som kan vara resttillstånd efter mediaotit. Tillståndet kan också uppkomma utan föregående infektion. Vanligast förekommande hos barn i förskoleålder. Ofta asymtomatiskt men kan ge hörselnedsättning och ibland tryckkänsla. Hög självläkningsfrekvens, särskilt under sommarhalvåret. Åtgärdas med rörsättning i trumhinnan om samtidig hörselnedsättning föreligger.

Hos vuxna med persisterande ensidig SOM måste expansivitet i epifarynx uteslutas.

Vid undersökning av trumhinnan är den ofta blek, ogenomskinlig och kärlinjicerad. Kan vara i normalställning eller indragen. Halmgul vätska kan ofta ses bakom trumhinnan, eventuellt med luftbubblor. Vätskenivå kan ibland ses. Trumhinnan kan också vara mer kraftigt indragen med splittrad ljusreflex.

Handläggning inom primärvården

- Öronstatus. Trumhinnans utseende. Rörelse vid siegling?
- Tympanometri och gärna audiogram.

Barn med bilateral SOM ska kontrolleras efter 3 månader. Valsalva/Otovent under tiden om möjligt och högläge på natten. Vid samtidig nästäppa kan nasal steroid övervägas.

Remiss till ÖNH

Barn med bilateral SOM under minst 3 månader, gärna bekräftat med patologisk tympanometri (B-kurva), samt misstanke om hörselnedsättning, ska remitteras för hörseltest och ställningstagande till rörsättning.

Mer frikostig remittering om barnet har en funktionsnedsättning som kan påverka kommunikationsförmågan.

Barn med bilateral SOM > 6 månader ska alltid hörseltestas och remitteras då till ÖNH-klinik.

Vid ensidig SOM hos vuxen skall kontroll ske efter 3 veckor, om kvarstående status ska remiss utfärdas för kontroll i epifarynx.

Remissinnehåll

- Trumhinnestatus inklusive tympanometrikurva och eventuellt audiogram.
- Duration och eventuell föregående infektion.
- Misstanke om hörselnedsättning och eventuell social funktionssänkning av denna.

Snarkning/nästäppa hos barn

Mycket vanligt. Hos spädbarn finns även laryngomalaci som förklaring till obstruktiva besvär. Senare blir orsaken mer adenoid- och tonsillhyperplasi. Även svullnad i näsan vid allergier eller långdragna infektioner. Övervikt kan förtränga luftvägarna även hos barn.

Polyper i näsan är extremt sällsynt hos barn. Det som oftast syns vid undersökning av näsan är de nedre näsmusslorna.

Handläggning inom primärvården

Undersök svalg och näsa med ordentligt ljus. Helst pannlampa så att båda händerna kan användas.

Råd om egenvård. Koksaltsköljning. Avsvällande nässpray vid behov korta perioder.

Bedöm risken för allergi och utred vid misstanke.

Vid nästäppa hos barn samt obstruktiva snarkbesvär hos barn bör behandling med nasal steroid i adekvat dos i minst två månader utvärderas innan remiss skrivs. Dosering för dessa patienter: Mometason 50 mikrogram/dos.

Barn 18 månader–8 år: 1 spray i vardera näsborre var dag.

Barn 8 år–12 år: 1 x 2.

Barn 12 år och uppåt: 1–2 x 2.

Remiss till ÖNH.

Vid obstruktiva besvären som bedöms ge tydliga besvär enligt ovan.

Remissinnehåll

- Besvär av nästäppan Till exempel frekventa andningsuppehåll, orolig sömn. Störd dagfunktion som kan förklaras av dålig sömn.
- Avplanande viktkurva.
- Ät-, svälj- eller talsvårigheter.
- Misstanke från t. ex tandläkare om avvikande bettutveckling.
- Övriga sjukdomar som skulle kunna påverka en eventuell operation.
- Information om när och hur nasal steroid prövats.

Spottkörtelsjukdom

Symtom från de stora spottkörtlarna glandula parotis, submandibularis och sublingualis kan ha flera orsaker, inklusive infektioner, obstruktion av spottkörtelgångarna (till exempel spottkörtelstenar), autoimmuna tillstånd (till exempel Sjögrens syndrom), och tumörer.

Spottkörtelinflammation (sialoadenit) kan ha både viral och bakteriell orsak men också ha samband med obstruktion till exempel på grund av spottkörtelstenar (sialolithiasis) som hindrar salivflödet, vilket leder till svullnad och smärta.

Tumör i spottkörtlarna (malign som benign) bör övervägas vid en palpabel och ofta oöm knöl. Associerad facialispares talar för malign sjukdom.

Inflammation och sten i spottkörtlarna utreds och behandlas med sialoskopi alternativt kirurgi i vissa fall medan tumörer i regel blir föremål för kirurgisk behandling.

Handläggning inom primärvården

För vuxna patienter med spottkörtelbesvär ger anamnes och klinisk undersökning ofta orsaken.

Vid misstanke om spottsten kan lågdos DT övervägas. Symtom som svullnad och ömhet i en spottkörtel, särskilt om det finns feber eller purulent saliv, tyder på bakteriell infektion och ska behandlas med antibiotika. Vid misstanke om spottkörtelobstruktion, kan konservativ behandling med salivstimulans, massage och rikligt vätskeintag hjälpa.

Remiss till ÖNH vid

- Bakteriell sialoadenit som inte svarar på antibiotikabehandling eller vid återkommande infektioner.
- Symtom på spottkörtelobstruktion som inte löses med konservativ behandling samt vid förekomst av spottsten.
- Långvariga eller återkommande symtom, särskilt om de är associerade med en hård eller oregelbunden knöl, som kan tyda på en tumör.
- Kronisk recidiverande parotit (barn som vuxna).

Konstaterad påssjuka (Parotitis epidemica) remitteras ej till ÖNH.

Remissinnehåll

Anamnes:

- Symtomens duration och karaktär (svullnad, smärta, feber, dålig smak, samband med måltid).
- Tidigare episoder.
- Eventuell autoimmun sjukdom, tidigare tumör eller kirurgi i området.
- Läkemedel.
- Eventuella tidigare behandlingar och deras resultat (t.ex. antibiotikabehandling, salivstimulering eller massage).

Fysiska fynd

- Lokalisation och storlek på svullnaden, ömhet, körtelns konsistens (fast, oregelbunden).
- Tecken på infektion (rodnad, salivtömning eller var från utförsgången).
- Ansiktsmotorik.

Sömnapné obstruktiv

Obstruktiv sömnapné (OSA) kännetecknas av upprepade apnéer (totalt stopp av luftflödet) och hypopnéer (50 % reduktion av luftflödet jämfört med normalt). AHI står för apné och hypopné index. Apnéerna uppstår på grund av kollaps av övre luftvägar och varar i minst 10 sekunder för att kunna påverka syrgasmättnaden i blodet.

Obehandlat leder OSA till ökad dagtrötthet, metabol dysfunktion och ökad risk för kardiovaskulär sjuklighet och mortalitet.

För att ställa diagnosen görs alltid en nattlig andningsregistrering (NAR). Mätningen görs oftast polikliniskt i hemmet. Behandlingen är oftast i form av CPAP (continuous positive airway pressure) eller antiapnéskena. I vissa fall kan kirurgi erbjudas (tonsillektomi, andningsförbättrande näskirurgi eller käkkirurgi vid käkanomalier) men oftast efter att man har provat konservativ behandling som CPAP eller antiapnéskena.

Riskfaktorer

- Obesitas. Vid BMI över 30 är risken för att ha måttlig till svår OSA cirka 60 %.
- Kraniofaciala eller luftvägsavvikelser - Underutvecklad maxilla eller mandibel. Tonsill och eller adenoidförstoring.
- Rökning – kan öka risken för utveckling av OSA eller förvärra redan befintlig OSA.
- Hereditet.
- Nästäppa.

Alkohol och vissa läkemedel såsom benzodiazepiner, insomningsmediciner och opioider kan förvärra en redan befintlig OSA.

Remiss till ÖNH

Utredning sker på olika enheter, se därför lokala rutiner. Ökad dagtrötthet och observerade andningsuppehåll nattetid. Högljudda snarkningar. Morgonhuvudvärk. Nokturi (vid frekventa uppvaknanden upplever många behovet att urinera).

Remissinnehåll

Status och anamnes – speciellt förekomst av tonsillhypertrofi och nästrånghet (sned nässkiljevägg, polyper).

- BMI.
- Symtom (nattliga andningsuppehåll, dagtrötthet, svårighet att hålla sig vaken i monotona situationer såsom vid bilkörning).

- Sjukhistoria och aktuella läkemedel – i synnerhet uppgifter om tidigare hjärtinfarkt, TIA, stroke, kärlkramp, hypertoni. Dessa patienter prioriteras för både utredning och behandling.
- Riskyrke som t ex busschaufför, taxiförare, lokförare eller ett yrke som innebär framförande andra tunga fordon.
- Lab, överväg kontroll av T4 fritt eller TSH, B12, Hb.

Sårskador

Sårskador i ansiktet ska helst sutureras inom 12 timmar och senast inom 24 timmar.

Handläggning i primärvården

- Inspektera såret och gör en bedömning avseende djup och omfattning.
- Kontroller om skada på facialisnerv, parotisutförsgång eller tårkanal, tänder eller fraktur föreligger
- Kontrollera nervfunktion avseende sensibilitet och motorik innan bedövning. Vid stickskador kan det finnas djupare skador.

Lokalbedöva kring såret, det går att injicera lokalanestetikum med adrenalin på alla lokalisationer i ansiktet inklusive nästipp och öron.

Rengör såret noggrant med riklig koksaltssköljning. Vid sår med asfalt och grus måste allt främmande material avlägsnas för att undvika så kallad asfaltstatuering. Skrubba rent med borste vid behov. Revidera såret sparsamt, god blodcirkulation möjliggör smala flikar.

Använd 4–0 eller 5–0 icke resorberbar sutur i huden, 4–0 resorberbar i muskelskikt, munslemhinna eller tunga.

På barn lämpligt med resorberbar sutur även i huden. Hud, muskulatur och galea (skalp) ska adapteras och sutureras i etage.

Genomgående sårskador i läpp ska sys både från hud- och slemhinnesidan. Ytliga bitskador i läppar eller tunga som ej glipar läker i regel bra utan åtgärd.

Överväg tetanusprofylax.

Suturer i ansiktet ska oftast tas efter 5–7 dagar. Därefter kan ärret tejpas en längre period för bättre kosmetiskt resultat.

Antibiotikaprofylax är som regel inte nödvändigt på icke kontaminerade sår i ansiktet. Bett från djur eller människa ska odlas och behandlas med antibiotika profylaktiskt. Huvudregeln är att dessa sår ej sutureras men individuell bedömning beroende på lokal, utbredning samt patientens ålder. Tejpning kan vara fullgott alternativ.

Remiss till ÖNH

Akut remiss vid

- skador som omfattar läppröda, ytteröron och näsa
- svårare skador avseende omfattning och djup på andra lokaler i huvud-hals-regionen kan remitteras efter individuell bedömning.

Suturering inom primärvård kan ske efter egen bedömning/erfarenhet. Tidig suturering ger bäst resultat.

Barn med sårskador kan behöva sedering/narkos för bra resultat och behöver ofta remitteras även för mindre omfattande skador.

Remiss till kirurgakuten

Vid medvetandepåverkan eller misstanke om skalltrauma ska patienten remitteras till kirurgakuten för primär bedömning. Vid transport till sjukhus, lägg om sårskadan med fuktiga kompresser (koksalt). Tryckförband vid blödning. Man kan överväga att hålla patienten fastande vid misstanke om narkosbehov.

Remiss till käkkirurgi

Vid tandskador kontakt med käkkirurg vid behov av akut åtgärd, annars kan patienten själv kontakta sin tandläkare.

Remissinnehåll

- Beskrivning av sårskadans lokalisation och utseende samt skademekanism.
- Kontaminerad skada.
- Nervfunktion.
- Tid för skadan.
- Överkänslighet för läkemedel.
- Status på tetanusvaccination.

Tinnitus

Tinnitus definieras som en subjektiv ljudupplevelse utan motsvarighet i rummet. Ljudet kan variera i karaktär (brus, sus, pip eller liknande) och är ett symptom på en störning i hanteringen av sinnesintryck. Alla kan uppleva övergående ljud i öronen, särskilt i tysta miljöer. Tinnitus drabbar 10–15 % av befolkningen, men endast en mindre andel upplever tinnitus som så störande att det påverkar livskvaliteten. Uppkomstmekanismerna är multifaktoriella och svårdefinierade. Centrala hörselbanor är involverade, vilket förklarar varför tinnitus kan kvarstå även vid dövhet.

Utlösande faktorer kan inkludera:

- Sensorineural hörselnedsättning (bullerexponering, åldersrelaterad hörselnedsättning).
- Akustiskt trauma (knallskott, explosion).
- Stress och depression.
- Ototoxiska läkemedel (acetylsalicylsyra i högdos, kinin, cytostatika, loop-diuretika, aminoglykosidantibiotika).
- Mellanöresjukdom (akut/kronisk mediaotit, sekretorisk otit, otoskleros).
- Pulserande tinnitus kan orsakas av patologiskt blodflöde (arteriovenös kärlförbindelse, avvikelser i venöst återflöde, glomustumör).
- Käkleds- eller tuggmuskelproblematik.

Handläggning i primärvården

De flesta patienter med tinnitus såsom:

- Patienter med lätt till måttlig tinnitus utan allvarlig påverkan på livskvaliteten.
- Patienter med normal hörsel eller måttlig hörselnedsättning utan sidoskillnad.
- Patienter där en utlösande faktor identifieras och kan åtgärdas (t.ex. läkemedelsbiverkning, vaxpropp).

Handläggningen bör fokusera på att identifiera eventuella utlösande faktorer och erbjuda stöd och information.

Åtgärder i primärvården:

- **Anamnes:** Inkludera debut, duration, förlopp, sida, svårighetsgrad, andra symtom (käkledsbesvär), läkemedel, psykisk och social belastning.
- **Status:** Allmäntillstånd, öronstatus (otoskopi, audiometri), hjärta/kärl (blodtryck, blåsljud), munstatus (tandstatus, tecken på tandpressning), lokalstatus (nacke, käkleder), psykiskt status (ångest, depression).
- **Information:** Ge information om tillståndet, att besvären kan variera, att stress kan påverka negativt, och att tillståndet ofta förbättras med tiden genom acceptans och tillvänjning.
- **Egenrådsråd:** Undvik tyst omgivning, använd distraktion (musik, radio, ljudbok), använd hörselskydd vid starka ljud, uppmuntra fysisk aktivitet.
- **Remiss till fysioterapeut:** Vid stress, värk och muskelspänningar i nacke och axlar.
- **Psykologisk behandling eller läkemedel:** Utifrån patientens behov, särskilt vid nedstämdhet. SSRI kan provas

även utan påvisad depression eller ångest. Sömnmedel kan behövas under en begränsad period.

Remiss till ÖNH

- Persisterande ensidig tinnitus för att utesluta ponsvinkeltumör.
- Persisterande pulssynkron tinnitus för att utesluta kärllmissbildning eller tumör.
- Svårare tinnitus där behandling inte har gett effekt.

Remissinnehåll

Remissen till ÖNH-kliniken bör innehålla följande information:

- Aktuella symtom: Debut, förlopp och eventuell utlösande faktor.
- Relevant anamnes och status: Tidigare öronsjukdomar, trumhinnestatus.
- Besvärsgrad: Enligt THI (Tinnitus Handicap Inventory).
- Sekundära symtom: Svårigheter med sömn eller koncentration, påverkan på dagliga livet och livskvaliteten.
- Psykosociala faktorer: Benägenhet för ångest/oro eller depression, stressutlösande faktorer.
- Genomförd utredning och relevanta fynd.
- Eventuella behandlingskontakter: Psykiatriker, psykolog, psykoterapeut, fysioterapeut.
- Effekt av eventuellt given behandling.
- Aktuella läkemedel.
- Screeningaudiometri.

Tonsillit, återkommande

Tonsillit är en av flera orsaker till halsont med eller utan feber.

Handläggning i primärvården

Anamnes och status inklusive svar på de fyra centorkriterierna. Eventuellt snabbtest om minst tre centorkriterier är uppfyllda.

Utvidgad odling. Behandling enligt REK-listan. Eventuellt kindamycin/cefadroxil vid tidiga recidiv.

Vid terapivikt överväg diagnosen. Antibiotikabehandling enligt nationella riktlinjer ska ha givits.

Remiss till ÖNH

Vid >3 läkarbedömda tonsilliter per år under >2 år som påverkar patientens livskvalitet eller systemisk sjukdom som förvärras av tonsillit.

Be gärna patienten att fotografera/filma svalget i de fall hen misstänker tonsillit. Detta underlättar bedömning av infektionsepisoderna.

Remissinnehåll

- Övriga sjukdomar.
- Rökning.

Trumhinneperforation

Kan ske

- direkt (med exempelvis tops) eller indirekt (vid exempelvis barotrauma) trauma mot trumhinna
- i samband med otit
- efter rörbehandling.

Handläggning inom primärvården

- Öronstatus samt hörselundersökning (tonaudiogram, Weber/Rinnes). Om Weber och Rinnes talar för ledningshinder och patienten inte har yrsel eller misstänkt sensorineural HNS kan patienten skötas inom primärvården.
- Vid sekretion eller smutsigt sår ställningstagande till behandling med hydrokortison (grupp 1) och oxitetracyclin.
- Vid trumhinneperforation i samband med otit – sedvanlig behandling och uppföljning via primärvård.
- Uppföljning av patienter med enbart traumatisk trumhinneperforation utan yrsel eller sensorineural hörselnedsättning efter 1–2 månader.
 - Om kvarstående trumhinneperforation efter 3 månader: remiss till ÖNH klinik.

Remiss till ÖNH

Akutremiss

Vid trumhinneperforation samt yrsel och/eller sensorineural hörselnedsättning. Eventuellt telefonkontakt med ÖNH jour om akut bedömning önskas.

Remissinnehåll

- Typ av trumhinneperforation (barotrauma, toppskada, skada på grund av vasst föremål).
- Storlek och läge på perforationen.
- Eventuella yrselsymtom.
- Tonaudiogram.

Vaxpropp

Vax bildas i körtlar i yttre delen av hörselgången. Hur mycket som bildas är mycket varierande. Användning av öronpinnar ("tops") packar vaxet in mot trumhinnan. Därtill riskerar man att skada hörselgångshuden med extern otit som följd. Det klassiska "inget mindre än armbågen i örat" gäller fortfarande.

Handläggning inom primärvården:

Rengör med sug och plockningsinstrument med hjälp av öronmikroskop – eventuellt efter förbehandling med hydrokortison (grupp 1) och oxitetracyklin eller oljebaserad produkt avsedd för att avlägsna öronvax.

Spola endast friska öron. Undvik spolning vid

- tidigare opererat öra
- rör
- trumhinneperforation
- hörselgångsinflammation eller tidigare upprepade hörselgångsinflammationer.

Ge egenvårdsråd om receptfria produkter från apoteket för uppmjukning av vax.

Remiss till ÖNH:

- Vid misslyckande trots förbehandling med vaxlösande.
- Vid genomgången kirurgi om ÖNH-läkare inte meddelat annat.
- Vid kvarstående hörselnedsättning trots rengöring (överväg plötslig hörselnedsättning).

Remissinnehåll

- Eventuella tidigare öronskador eller öronoperationer.
- Har patienten hörapparat.
- Föreligger en hörselpåverkan.

Yrsel

Yrsel är ett vanligt och ibland komplext symtom som har stor påverkan på både individens välmående och samhällsekonomin.

Yrsel orsakas i hälften av fallen av någon av följande tillstånd: kristallsjuka (BPPV), vestibularisneurit, Ménières sjukdom och migränyrsel (vestibulär migrän). I en fjärdedel av fallen finns någon psykologisk, psykiatrisk eller funktionell orsak, där den vanligaste enskilda diagnosen är Persisterande Postural Perceptuell Yrsel (PPPY). Den sista fjärdedelen av yrsel orsakas av andra medicinska tillstånd (t

ex stroke, neurologisk sjukdom, hjärtsjukdom, läkemedelsbiverkningar).

Det finns alltså ett mycket stort antal sjukdomar som kan ge symtomet yrsel – och än fler som kan ge balansproblem. En del är urakuta, potentiellt livshotande, medan de flesta är godartade.

Handläggning i primärvården

Diagnostik

Initial utredning och bedömning

- Identifiera potentiellt livshotande orsaker till yrsel, t ex akut yrsel tillsammans med akuta symtom från örat (smärta, otit eller hörselnedsättning), stroke eller hjärtproblem och remittera akut vid behov. En grundregel är att Akut Vestibulärt Syndrom (AVS; akut ihållande rotatorisk yrsel < 3 dygn. Illamående, kräkningar, vanligen spontannystagmus, balanssvårigheter med svårigheter att gå/stå och intolerans mot huvudrörelser) ska handläggas inom akutsjukvården på sjukhus, eftersom 1/10 av fallen beror på stroke.
- Grundläggande anamnes och klinisk undersökning för att identifiera vanliga orsaker till yrsel, såsom godartad lägesyrsel (BPPV), vestibulär migrän, läkemedelsbiverkningar eller stressrelaterade tillstånd. Ange om yrseln är akut, episodisk eller kronisk.
- Identifiera samsjuklighet som tex depression och ångest.

Differentialdiagnostik på basnivå

- Klinisk undersökning (inklusive lägestester med Frenzels glasögon samt ortostatisk blodtrycksmätning vid behov) för att identifiera patienter som kan behandlas på primärvårdsnivå. Screeningaudiometri vb.
- Bedöma när remiss till specialist är nödvändig, exempelvis vid långvarig eller episodisk yrsel utan klarlagd orsak, progredierande balansstörning eller svårbehandlad BPPV.

Behandling

Läkemedelsbehandling

- Ansvara för behandling av psykisk ohälsa (t ex SSRI eller ångstdämpande läkemedel) vid samsjuklighet med yrsel eller vid PPPY.
- Förskriva migränspecifik medicinering (akut och förebyggande) vid misstänkt eller diagnostiserad vestibulär migrän, efter vägledning från specialist vid behov.

- Justering av blodtrycksmedicinering och annan läkemedelsbehandling som bedöms relaterad till yrsel- och balansproblematiken.

Fysioterapi och rehabilitering

- Ansvara för genomförande av fysioterapi som första linjens behandling för yrsel och balansstörningar. OBS! Samtliga vårdcentraler bör kunna diagnostisera och utan fördröjning initiera behandling av BPPV i bakre båggången.
- Säkerställ att patienter fått adekvata hjälpmedel via arbetsterapeut eller fysioterapeut för att undvika fallskador och möjliggöra så hög grad av autonomi som möjligt.
- Uppföljning av behandlingsresultat och vid behov hänvisning till specialist för avancerad rehabilitering.

Sjukskrivning

Ansvar att bedöma att sjukskrivning följer vårdnivå.

Remiss

Akut remiss

- Till medicinsk akutmottagning vid akut vestibulärt syndrom eller yrsel med samtidiga neurologiska bortfall.
- Till ÖNH-mottagning eller akutmottagning (beroende på patientens allmäntillstånd) vid samtidig öronvärk/otit.

Elektiv remiss

- Episodisk eller kronisk yrsel utan klarlagd etiologisk orsak trots utredning enligt ovan.
- BPPV som inte svarar på sedvanlig behandling.

I remissen

Anamnes

- Akut-episodisk-kronisk, blandbild.
- Debut, duration.
- Om yrselattacker, hur ter dessa sig, vad utlöses de av, hur långa är de (sekunder-minuter-timmar-dagar).
- Associerade symtom (tex hörselnedsättning, lockkänsla, tinnitus, huvudvärk).
- Andra sjukdomar (migrän, riskfaktorer för hjärt-kärlsjukdom, psykiatriska diagnoser, relevant läkemedelsbehandling).
- Hur omfattande är besvären.
- Är patienten sjukskriven för sin yrsel.
- Resultat av genomförda utredningar och behandlingar.

Status

Neurologiskt status (inkl resultat av Dix-Hallpikes test med Frenzels glasögon), öronstatus, eventuellt hörseltest (elektiv remiss).

Innehållsansvarig

Samordningsråd öron-näsa-hals.

Information om handlingen

Handlingstyp: Regional medicinsk riktlinje, RMR

Gäller för: Västra Götalandsregionen

Innehållsansvar: Björn Torén Krusell, (bjoto2),
Verksamhetschef

Granskad av: Martin Oscarsson, (maros21), Enhetschef

Godkänd av: Karin Looström Muth, (karlo2), Direktör

Dokument-ID: SSN11800-2140136717-237

Version: 5.0

Giltig från: 2025-12-08

Giltig till: 2027-12-08