OBS! Utskriven version kan vara ogiltig. Verifiera innehållet.

Gäller för: Västra Götalandsregionen
Innehållsansvar: Johan Hellgren, (larhe12), Överläk/Professor
Granskad av: Johan Hellgren, (larhe12), Överläk/Professor
Godkänd av: Kaarina Sundelin, (kaasu1), Direktör
Giltig från: 2023-02-22
Giltig till: 2024-12-21

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

Fastställd av Hälso- och sjukvårdsdirektören (HS 2022-00663) giltigt till juni 2024.
Utarbetad av tidigare Sektorsrådet för öron-, näs- och halssjukvård och allmänmedicin, uppdaterad av Regionalt programområde Öron, näsa- och halssjukdomar i samarbete med Primärvårdsrådet.

Syfte

Riktlinjen tydliggör ansvarsfördelningen mellan primärvården och ÖNH-specialistvård (barn och vuxna).

Förändringar sedan föregående version

Anpassning till regionens dokumentmall. Innehållet är för övrigt oförändrat.

Bakgrund

Den regionala medicinska riktlinjen avser gränssnittet mellan primärvård och all offentligt finansierad ÖNHspecialistvård i regionen. Samma principer gäller i hela regionen men anpassningar till lokala förutsättningar kan behöva göras.

Detta dokument med bilagor skall vara en hjälp för ett smidigt handläggande av dessa patienter i primärvården och för ett effektivt samarbete med ÖNH-specialiteten.

Vårdnivå inklusive handläggning

Öron-, näsa-, halsproblem, som förekommer i alla åldrar och handläggs både i primärvården och av ÖNHspecialiteten, kan vara av både banal natur och livshotande akuta. Ca 20 % av besöken inom primärvården utgörs av patienter med dessa problem. De flesta av dessa ÖNH-problem handläggs självständigt inom primärvården.

Remiss till ÖNH-specialist är indicerad om konsultation är nödvändig med anledning av patientens medicinska behov där den specialiserade vården kan bidra med åtgärder utöver det som primärvården kan erbjuda.

För remissinnehåll, remisshantering och remissbedömning hänvisas till 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.

VÄSTRA GÖTALANDSREGIONEN

Bilagorna beskriver ett flertal ÖNH-diagnoser som handläggs i primärvården och när och hur patenten bör remitteras till ÖNH-specialist.

Uppföljning av denna riktlinje

Antal remisser per år till ÖNH- kliniker från primärvården.

Eventuella tolkningsproblem av riktlinjen bör hänskjutas till respektive sektorsråd och beaktas vid revidering av riktlinjen.

Akustiskt trauma ... 3
Bihåleinflammation akut ... 3
Bihåleinflammation kronisk ... 4
Dysfagi ... 4
Epiglottit ... 5
Erysipelas/Ansiktsros ... 6
Extern otit ... 7
Främmande kropp i näsa ... 7
Främmande kropp i matstrupe, nedre luftvägar ... 8
Främmande kropp i svalg ... 8
Främmande kropp i öra ... 8
Heshet ... 8
Hudförändringar i ÖNH-området ... 9
Hörselnedsättning hos barn ... 9
Hörselnedsättning hos vuxna ... 10
Hörselnedsättning, plötslig (sudden deafness) ... 10
Kort tungband ... 11
Knöl på halsen (barn) ... 11
Knöl på halsen (vuxna) ... 12
Näsblödning ... 13
Näsfraktur ... 14
Näspolypos ... 15
Nästäppa hos vuxna (ej akut eller kronisk rinosinuit) ... 15
Orala slemhinneförändringar ... 16
Otit, akut ... 16
Otit, kronisk ... 17
Perifer facialispares ... 17
Peritonsillit ... 18
Rotatorisk yrsel ... 18
Rörotit ... 19
Sekretorisk mediaotit (SOM) ... 19
Snarkning/Nästäppa hos barn ... 20
Snarkningar/OSAS hos vuxna ... 20
Spottkörtelbesvär ... 21
Sårskador ... 21
Tinnitus ... 22
Tonsillit, återkommande ... 23
Trumhinneperforation ... 23
Vaxpropp ... 23

Akustiskt trauma

Höga ljud kan orsaka skada på innerörats funktion. Skadan uppkommer oftast efter plötsliga höga ljud, som exempelvis vapen avfyrade 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. En perforerad trumhinna, som är oretad, kräver ingen behandling i det akuta skedet. Kontroll av hörsel. Weber och Rinnes tester. Audiogram om möjlighet finns.

Remiss till ÖNH

Subakut remiss för hörselprov samt öroninspektion nästföljande vardag, för diagnostik.

I remissen

Anamnes med information kring typ av trauma och duration samt besvär. Trumhinnestatus. Resultat av Weber och Rinnes tester. Ev. audiogram.

Bihåleinflammation akut

Bakgrund

De flesta riniter 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. Dock är smärta från ansiktet inte liktydigt med sinuit.

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 d eller tydlig försämring efter 5–7 d (dubbelinsjuknande).

Tand- och käkledsproblem misstas ofta för bihålebesvär. Kontrollera tandstatus

Högläge nattetid, Avsvällande näsdroppar,nasala stereoider 50 mikrogram/dos 2 x 2 i minst 2 veckor (längre vid behov), koksaltsköljningar och analgetica.

Antibiotikabehandling endast vid misstanke om bakteriell sinuit:

PCV 1,6 g x3, barn 25 mg/kg x 3. Behandlingstid 7–10 d.

Vid PC-allergi: Vuxna Doxycyklin, barn Bactrim.

Vid terapisvikt Amoxicillin, Doxycyklin eller Bactrim.

Vid terapisvikt skall diagnosen ifrågasättas och patienten genomgå lågdos CT-sinus/ CBCT sinus om inte det är gjort. Vid sinuit som varat länge eller orsakats av tandinfektion dominerar anaerober. För tandorsakad sinuit talar ensidighet.

Remiss till ÖNH

Om akut remiss, ring gärna först och diskutera!

Svårt sjuk, svår värk, hög feber, allmänpåverkan.

Frontalsinuit med svår frontal huvudvärk, neurologiska tecken, svullnad i pannan. Etmoidit med orbitalt flegmone/ abscess, ögonrodnad, synpåverkan.

Sfenoidalsinuit

Remiss vid terapisvikt eller recidiv trots adekvat behandling.

Remiss eller hänvisning till tandläkare vid misstanke om dental genes

Bihåleinflammation kronisk

Bakgrund

Det kan finnas många olika bakomliggande orsaker, såsom viral eller bakteriell infektion, allergi, hyperreaktivitet, näspolypos, systemsjukdom mm.

Kliniska symtom är nästäppa och/eller snuva. Ibland ansiktsvärk eller nedsatt luktsinne. Ökat tryck över bihålorna. För att klassas som kronisk skall besvären varat mer än 3 månader.

Handläggning inom primärvården

Noggrant status, inklusive munhåla då dental genes inte är ovanligt (då ofta ensidiga besvär).

NPH odling och behandling av patogena bakterier.

CT sinus/ CBCT, vilket skall göras innan remiss till ÖNH om misstanke om kronisk bihåleinflammation föreligger.

Nässköljning med koksalt och nasal steroidspray (under minst 1 månad).

Remiss till ÖNH

Vid patient med långdragna besvär där insatt behandling ej gett effekt samt man på rtg ser tecken till bihåleinflammation.

Vid patient oavsett ålder med kraftig smärta, allmänpåverkan, hög feber och/eller svullnad i ansiktet skall kontakt med ÖNH jour tas per telefon för ställningstagande till akut remiss.

I remissen skall ingå typ av symptom, duration och ev. progress. Övriga sjukdomar. Status, uppgifter om ev. prover eller röntgen. Uppgifter om ev. tidigare behandling.

Dysfagi

Bakgrund

Oral dysfagi

Innebär svårighet att hantera mat och dryck i munhålan och/eller oförmåga att utlösa sväljningsreflex. Oftast är orsaken central, t ex stroke eller annan neurologisk sjukdom (ex ALS, Parkinson). Andra orsaker kan vara muntorrhet t ex till följd av läkemedel eller

strålbehandling. Viktigt i status att titta efter tungrörlighet/fascikulationer/atrofi och/eller nedsatt svalgreflex.

Vid nydebuterade besvär i första hand remiss till neurologkliniken för bedömning avseende central orsak.

Faryngeal dysfagi

Innebär nedsatt förmåga att svälja ned mat. Risk för aspiration. Vanligast är även här central orsak.

Esofageal dysfagi

Innebär svårighet att transportera ner maten genom matstrupen till magsäcken. Konstanta besvär kan orsakas av cancer eller förträngning. Remiss för esofagogastroskopi. (filterfunktion SVF) Motoriska rubbningar kan också föreligga varför utredningen skall kompletteras med röntgen av hypofarynx/esofagus om gastroskopi inte ger någon förklaring.

Intermittenta besvär bör också utredas med gastroskopi och eventuellt röntgen hypofarynx/esofagus. Vid refluxanamnes kan man om inga andra alarmerande tecken finns göra ett behandlingsförsök med protonpumpshämmare innan vidare utredning.

Handläggning inom primärvården

Nytillkomna sväljningssvårigheter skall föranleda remiss till esofagogastroskopi (filterfunktion) enligt SVF matstrups och magsäckscancer

Vid misstanke om refluxorsakade besvär provbehandla med PPI

Röntgen av hypofarynx och esophagus är av värde om man misstänker Zenkerdivertikel, motorikstörning eller om väntetiden till esofagogastroskopi är för lång.

Remiss till ÖNH

Vid totalstopp akutremiss till ÖNH jour!

- Om patologi i munhåla / svalg bedöms som orsak
- Vid aspirationsrisk för FUS-undersökning (funktionell undersökning av sväljning).
- Om röntgen och/eller gastroskopi visar misstanke på akalasi, Zenkerdivertikel eller hypertrofi av musculus cricofaryngeus.

I remissen

Uppgift om; smärta, beskrivning av sväljninggvårigheterna (undviker patienten viss föda/dryck),aspirationsmisstake (hosta/ andnöd/pneumoni) viktnedgång, tidsaspekt

Epiglottit

Bakgrund

Hos barn idag ett ovanligt tillstånd, tack vare införandet av vaccination mot Haemofilus influenzae typ b. Idag vanligare hos vuxna än hos barn. Man ser hos vuxna ofta en allmän supraglottisk laryngit som även omfattar omkringliggande mjukdelar. Bakomliggande agens är då ofta staphylococcus aureus, betahemolytiska streptokocker och pneumokocker. Vid septisk form av epiglottit dock fortfarande ofta H. Influenza typ b.

Diffdiagnoser är tonsillit, Peritonsillit, laryngotrakeit och subglottisk laryngit (pseudokrupp).

Läkemedelsutlöst angioödem av t.ex. ACE-hämmare

Handläggning i primärvården

Symptom på epiglottit är i första hand uttalad sväljningssmärta och grötigt tal med normalt status i mun och svalg. Ibland septisk bild. Oftast ses ingen andningspåverkan i början. Andningssvårigheter med eller utan stridor kommer sent i förloppet!

Hos barn kan diagnosen alltid 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.

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

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

Ansvarig läkare tar telefonkontakt med ÖNH-jour!

Vid misstanke om epiglottit bör läkare medfölja transporten. Barn transporteras sittande med största möjliga lugn.

Erysipelas/Ansiktsros

Bakgrund

Hudinfektion i ansiktet:

Hudrodnad – spridande och skarpt avgränsad

Värmeökning

Svullnad

Feber

Handläggning inom primärvården

Markera rodnaden med penna (för att se progress alt regress)

Odling ev (ofta betahemolytiska streptokocker)

Alsolspritomslag över området

Antibiotikabehandling enligt rekommendation

Remiss till ÖNH

Skickas akut vid allmänpåverkan, uttalad infektion eller progredierande rodnad samt engagemang av ytterörat.

Extern otit

Bakgrund

En infektion i hörselgångshuden, oftast orsakad av bakterier men ibland med svamp.

Klåda i hörselgången. Ibland värk och om vax/svamp ockluderar kan även lockkänsla och hörselnedsättning upplevas.

Statusmässigt ses varierande grad av svullnad i hörselgången, allt ifrån en lätt rodnad till totalt ockluderat lumen av detruitus. Ev svampmyceliet kan ses som svart eller vitt ”ludd” eller prickar i hörselgången.

Handläggning inom primärvården

Mekanisk rengöring vid svullnad och detritus i hörselgången.

Undvik vatten i örat.

Terracortril med Polymyxin B är standardbeh, som kan bytas till Alsolsprit 10% eller Betnovat på tamponad vid helt ockluderad hörselgång. Pat skall då hålla tamponaden våt genom att droppa minst 4 ggr dagl. Avvecklas som regel efter 2 dagar.

Vid torra kliande eksem använd steroiddroppar i 10 dagar 1x2.

PO antibiotika vid externotit är sällan indicerat. Vid korrekt handläggning bör symtomen avklinga inom ett par dagar.

Remiss till ÖNH

Dagtid vid terapiresistens/allmänpåverkan.

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

Främmande kropp i näsa

Bakgrund

Vanligt att barn, eller patient med funktionsnedsättning, pillar in främmande kropp såsom en pärla eller matbit i näsan. Ofta kan barnet eller anhörig berätta vad som hänt. Misstänk främmande kropp vid ensidig långdragen illaluktande snuva.

Handläggning i primärvård

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. Spraya först med avsvällande nässpray. Viktigt att barnet placeras rätt, ska gärna sitta i förälders knä i ett stadigt grepp. Bra belysning är viktigt, 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, då patienten skall bedömas så snart som möjligt. Barnet ska hållas fastande vid misstanke om att sövning kan behövas.

I remissen
Vad är det för föremål (ev färg på pärla eller liknande). När skedde det?

Främmande kropp i matstrupe, nedre luftvägar

Främmande kropp i matstrupen
Motiverar akut esofagoskopi vid misstanke om t ex vasst fiskben, kyckling eller fläskkotlett med ben samt potentiellt frätande föremål såsom batteri till ficklampa, hörapparat eller dylikt. Akutfall dygnet runt.
Vid övriga främmande kroppar eller födoämnen direkt hänvisning eller remiss till ÖNH för vidare utredning och behandling. Patientens besvärsbild (andningsbesvär, totalstopp, smärtor, allmäntillstånd?) avgör om handläggning är aktuell även jourtid eller kan anstå till dagtid.

Främmande kropp i larynx/trakea/bronk
Misstänkt eller säkerställd hänvisas akut dygnet runt till ÖNH. Överväg ambulanstransport och eventuellt att läkare medföljer under transporten.

Främmande kropp i svalg

Bakgrund
Oftast fiskben.

Handläggning inom primärvården
Om synligt vid direkt inspektion kan det ofta extraheras av allmänläkare.

Remiss till ÖNH
Annars remiss till ÖNH, akutfall dagtid.

I remissen
Vad är det för främmande kropp? När skedde det?

Vad är det för föremål (ev färg på pärla eller liknande). När skedde det?

Främmande kropp i öra

Bakgrund
Det kan förekomma en variation av främmande kroppar i örat (plastkulor, stenar, ärtor, insekter m.fl).
Handläggning inom primärvården
Otomikroskopi samt försök till extraktion med sug, hake, slynga eller tång.

Remiss till ÖNH
Misslyckat extraktionsförsök via primärvården.

I remissen
Statusfynd.

Heshet

Bakgrund
Heshet, upplevd ändrad röstkvalité är ett vanligt symptom vid ÖLI. Det är oftast självläkande och ingen speciell behandling krävs.

Handläggning inom primärvården

Röstvila 1–2 dagar kan vara av värde. Rekommendera ej röstvila i långa perioder! Vidare kan heshet vara ett delsymptom vid andra sjukdomar, exempelvis neurologiska.

Remiss till ÖNH

Vid heshet mer än 3 v utan uppenbar förklaring remitteras enligt SVF huvud-halscancer.

I remissen

Enligt remissanvisningar SVF huvud-halscancer.
Rökare!? Tidsförlopp? Andra sjukdomar? Andra kopplade symptom? Yrke?

Hudförändringar i ÖNH-området

Bakgrund

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

Remiss till ÖNH

Främst via hudkliniken.

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

Om PAD-verifierad hudtumör kan remiss direkt till ÖNH övervägas.

I remissen

Beskrivning av förändringens lokalisation, utseende och storlek. Komplettera alltid med foto. Palpationsfynd av halsens mjukdelar. Uppgift om blodförtunnande medicinering.

Hörselnedsättning hos barn

Bakgrund

Oftast beroende på sekretorisk mediaotit (SOM).

Andra orsaker: akut mediaotit, vaxpropp, främmande kropp, medfödd hörselnedsättning, eller hörselnedsättning som ingår i ett syndrom, 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.

Remiss till ÖNH

Vid misstanke på hörselnedsättning på grund av SOM som förelegat längre tid än 3 månader. Otovent kan provas under tiden.

Vid all annan misstänkt hörselnedsättning.

I remissen

Trumhinnestatus, screeningresultat, talutveckling, ev audiogram, tympanometri.

Hörselnedsättning hos vuxna

Bakgrund

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.

Remiss till ÖNH

Akut remiss vid plötslig hörselnedsättning med eller utan yrsel (inom 24 timmar).

Hörselnedsättning med snabb progress (inom veckor) skall också remitteras skyndsamt.

Poliklinisk remiss vid ensidig eller måttlig till grav hörselnedsättning.

Vid misstanke om åldersrelaterad hörselnedsättning (presbyacusis) och/ eller fråga om hörselrehabilitering (till exempel hörapparat) remitteras patienten direkt till hörselverksamheten.

Patienter med redan känd hörselnedsättning som behöver vidare hörselrehabilitering skickas också direkt till hörselverksamheten.

I remissen

Andra sjukdomar. Aktuella mediciner. Hereditet för hörselnedsättning. Tidigare öronsjukdomar.

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)

Bakgrund

Hastigt uppkommen (inom någon dag) neurogen hörselnedsättning på 30dB 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.

En hel del blir mer eller mindre återställda spontant medan andra förlorar hörseln permanent. Terapi (kortison) insatt inom 3 dygn anses öka chansen till tillfrisknande.

Handläggning inom primärvården

Akut handläggande

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

Öronstatus (vaxpropp? Otosalpingit?)

Audiogram om möjligt

Stämgaffeltester: Rinne och Weber

Vid en neurogen hörselnedsättning hörs både luft- och benlett ljud sämre på det dåliga örat !
Vid ledningshinder hörs stämgaffeln på skallbenet bättre på det dåliga örat – Webers test

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

I remissen
När kom hörselnedsättningen? Trumhinnestatus? Webers test? Audiogram?

Kort tungband

Bakgrund
Vanligt tillstånd

Amningsproblem, dvs ”tappar taget”

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

Handläggning i primärvården
Anamnes, undersökning av mun, tunga

”Hjärtformad” tunga vid utsträckning

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

Remiss till ÖNH
För ställningstagande till tungbandsklipp, i vaket eller sövt tillstånd

I remissen
Status, amningsproblem, dålig viktuppgång?

Knöl på halsen (barn)

Bakgrund
Infektiös genes (vanligt förekommande)

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

Icke infektiös genes (mindre vanligt förekommande)

- Medial halscysta- Cystisk förändring mitt fram på halsen i nivå med tungbenet. Rör sig med sväljning.
- Bindvävssjukdom
- Leukemi

- Lymfom
- Kawasakis sjukdom (feber, konjunktivit, hudutslag, såriga läppar, lymfadenit)
- PFAPA (periodisk feber, aftös stomatit, faryngit, adenitits)
- Kikuchi (nekrotiserande lymfadenit, feber, hudutslag, huvudvärk)
- Läkemedel

Handläggning inom primärvården

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

Hos opåverkade barn med akut bilateral cervikal lymfadenitis är det oftast tillräckligt med lugnande besked och aktiv expektans. Symtomlindring. Ta tillbaka för ompalpation.

Barn med små (under 1,5 cm i diameter) akut ensidig lymfadenitis kan skötas via primärvården.

Remiss till ÖNH

Vid påverkat allmäntillstånd, kraftig ensidig lymfadenitis akut remiss.

Vid misstanke om icke infektiös lymfadenit större än 1,5 cm i diameter konsultera barnläkare, värdera om aktuellt med SVF.

I remissen

Duration, lokal, andra associerade symtom (som till exempel allmänpåverkan, viktnedgång, hosta), djurexponering, fästingbett, utlandsresa, läkemedel. Storlek, progress/ regress, ruckbarhet.

Knöl på halsen (vuxna)

Bakgrund

Malignitet

Infektion (inklusive TBC)

Lateral/medial halscysta

Atherom

Lipom

Handläggning inom primärvården

Vid fynd av knöl på halsen, värdera första hand om kriterierna för SVF huvud-hals är uppfyllda! Vid misstanke om tumör ska man försöka bedöma var primärtumören finns.

Om abscessmissanke på halsen/lymfkörtlar bedöm huruvida det föreligger en aktuell tonsillit/peritonsillit eller tandinfektion som förklaring bakom abscessen. Infektionsprover. Lipom och atherom är alltid fritt förskjutbara mot underlaget.

Remiss till ÖNH

Akut remiss till ÖNH klinik för ställningstagande till tömning vid abscess på halsen. Vid tumörmisstanke remittera patienten till ÖNH klinik enligt SVF.

Vid lipom och atherom kan man remittera till ÖNH klinik om önskemål av borttagande. Alla misstänkta lipom över 5 cm i diameter skall remitteras för bedömning.

I remissen

Noggrann ÖNH status samt anamnes:

Lokal

Storlek

Duration

Progress/ regress/ varierande storlek med födointag

Viktnedgång

Nattliga svettningar

Sväljningssvårigheter

Heshet

Rök och alkoholvanor

Aktuella läkemedel

Allergier/ läkemedelsreaktioner

Näsblödning

Bakgrund

Den stora majoriteten av näsblödningar härrör från Locus Kiesselbachi på septums främre del. Här finns rikligt med kärl som kan vara vidgade. Främre blödningar kan oftast diagnosticeras och handläggas via vårdcentral. 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 antikoagulantia, NSAID, näspetning, nässpray och övre luftvägsinfektion.

Handläggning i primärvård

Anamnes: vilken sida började blödningen på? Runnit mest framåt eller bakåt? Tidigare besvär? Riskfaktorer? Var förberedd innan undersökningen påbörjas! Se till att alla instrument som kommer att användas finns uppdukade och nära till hands. Skydda dig själv och patienten med förkläde. Även handskar och munskydd med visir kan behövas. Ibland behövs också munskydd på patienten.

Inspektera näskaviteterna med nässpekulum och pannlampa. Munhålan skall också inspekteras 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, som får verka i 10–15 minuter.

Vid identifierad blödningskälla:

Etsa med silvernitratsticka om blödningen har avstannat. Det kan behövas upprepade omgångar med tussar/sprayning innan blödningen slutat. Håll stickan mot blödningskällan och håll kvar i ca 5-10 sekunder för att etsa kärlet. Upprepa vid behov. 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. Glöm inte att ge egenvårdsråd till patienten såsom att undvika näspetning och att hålla slemhinnan mjuk med olja.

Vid ej identifierad blödningskälla:
Vid bakre blödning eller annan oklar blödningskälla ska patienten förses med någon form av tamponad inför transport till ÖNH-klinik. Efter bedövning kan en gasvävstamponad indränkt i Terracortril med polymyxin Bdroppar 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 RapidRhino. Denna ska blötläggas i sterilt vatten 30 sek före applicering och föras in längs med näsgolvet, tills bakre delen är i epifarynx. Därefter fylls ballongen långsamt på med luft.

För vidare läsning rekommenderas artikeln Medicinens ABC om praktisk handläggning av näsblödning, Läkartidningen 2016, volym 113.

Remiss till ÖNH
Akutremiss vid främre blödning som inte går att stoppa eller vid bakre blödning. Remiss ska innehålla anamnestiska uppgifter om duration och eventuell blodförtunnande behandling.

Poliklinisk remiss kan utfärdas vid upprepade blödningar utan säker blödningskälla. Observandum vid samtidig ensidig nästäppa, då snar remiss skall utfärdas.

Näsfraktur

Bakgrund
Trauma mot näsan/ansiktet där näsan svullnat upp och ser sned ut. Även näsblödning förekommer tämligen frekvent i samband med detta men upphör oftast spontant.

Diagnosen är klinisk och röntgen krävs sällan. Kan reponeras i lokalbedövning eller under narkos. Reponering bör ske inom 1 vecka.

Handläggning inom primärvården
Bedöm omfattningen av trauma och andra skador. Commotio?

Noggrant nässtatus (septumhematom? Ruckbart näsben? Felställning? Sårskada?)

Remiss till ÖNH
Vid misstanke om septumhematom skall patienten remitteras skyndsamt, dock ej akut, till ÖNH för bedömning dagtid.

Om misstanke om endast näsfraktur behöver ingen rtg utföras. Expektans under några dagar tills svullnaden över näsan gått ner. Om fortsatt upplevd sned näsa eller kraftig nästäppa kontaktas ÖNH för en snar bedömning.

Öppen näsfraktur remitteras akut till ÖNH.

Näspolypos

Bakgrund
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, meningoencephalocele 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 skall 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 + nässköljningar med koksalt. Vi uttalade besvär kan behandling med po kortisonkur göras 2 gånger per år. Vid upprepade po kortisonkurer under flera år skall bentäthetsmätning göras.

Remiss till ÖNH
Patienter med ensidig nästäppa utan förklaring eller blodig sekretion från näsan utan infektion eller annan förklaring skall samma dag remitteras till ÖNH-klinik enligt gängse rutin vid remiss med cancerfrågeställning.

Poliklinisk remiss vid övriga fall med:
Ensidiga polyper
Polyp med rodnad eller köttig yta
Lättblödande polyper
Barn med näspolypos

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

I remissen
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. 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.

Nästäppa hos vuxna (ej akut eller kronisk rinosinuit)

Bakgrund
Oftast beroende på allergisk eller icke allergisk rinit. Huvudsaklig behandling är medikamentell. Andra tänkbara orsaker: septumdeviation, näspolypos, vasomotorisk rinit, conchahypertrofi, rhinitis medikamentosa, tumör

Handläggning inom primärvård
Status (främre rinoskopi, gärna före och efter avsvällning med ex. Nezeril). Patienterna ska ha provat nasal kortikosteroid i minst 3 månader innan remiss till ÖNH klinik. Nässköljning med koksalt. Allergiutredning vid misstänkt allergisk etiologi.

Remiss till ÖNH
Otillräcklig effekt av nasal kortikosteroid efter 3 månaders regelbunden användning i maxdos.
Patienter med ensidig nästäppa utan förklaring eller blodig sekretion från näsan utan infektion eller annan förklaring skall remitteras till ÖNH-klinik för bedömning enligt gängse rutin vid remiss med cancerfrågeställning.

I remissen
Duration av symtomen. Säsongsvariation? Sidoskillnad? Nästrauma i anamnesen? Rinorre – ensidig eller dubbelsidig? Nedsatt luktsinne? Överanvändning av avsvällande nässpray? Näsblödning? Nysningar eller klåda om allergiska besvär? Genomförda behandlingar?

Orala slemhinneförändringar

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

Handläggning inom primärvården
Noggrant status och bedömning av förändringarna
Tandstatus, ev bedömning via tandläkare Sår
som inte läker på 2–3 veckor bör utredas.

Remiss till ÖNH
Vid misstanke om malignitet remittera enligt SVF huvud-halscancer
Om mer kroniska förändringar kan det vara lämpligt med en bedömning via tandläkare eller käkkirurg i första hand.
I remissen bör ingå duration, storlek, tillväxt, smärta, rökning, alkohol, hereditet samt ÖNH-status. Om möjligt gärna även ett foto.

Otit, akut

Bakgrund
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 så som feber, smärta i örat, purulent flytning ur hörselgången.

Otoskopi med eller utan mikroskop, Siegles tratt för att bedöma rörligheten i trumhinnan. Trumhinnan ses röd eller gulvit och buktande. Orörlig.
Vid normalställd trumhinna, rodnad längs hammaren och med normal rörlighet är det s.k. otitis simplex, ingen bakteriell infektion.

Handläggning inom primärvården
Barn 1–12 med ensidig mediaotit år utan andra komplicerande faktorer (allmänpåverkad, terapiresistent smärta/feber, infektionskänslighet pga annan sjukdom, öronoperation, skada i mellanörat, känd sensorineural hörselnedsättning) rekommenderas behandlas med aktiv expektans.

<1 år och >12 år antibiotikabeh med PcV 50 mg/kg/dygn delat på tre doser i 5 dagar. Vid pc-allergi Erytromycin 40 mg/kg/dygn fördelat på tre doser i 7 dagar.
Alla barn <2 år med bilat otit och alla pat med perforerad otit antibiotikabeh. Recidivotit (ny otit inom 30 dagar) beh 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 antibiotikabeh): omvärdera diagnosen. Ampicillin enl ovan. Vid pc-allergi ges Trimetoprimsulfa.

Vid sviktande beh 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 mån (på vårdcentral med öronstatus och eventuellt tympanometri).

Remiss till ÖNH
På jourtid remitteras patienter med påverkat allmäntillstånd och/eller misstänkt komplikation såsom akut mastoidit, labyrintit, meningit, facialispares. Innan akutremiss ta kontakt med öronjouren per telefon.
Dagtid kan även patienter med följande besvär övervägas att remittera:
Vid återkommande akuta otiter (3st / halvår eller 4st / år)
Vid misstanke om kronisk otit, bestående perforation, fistlar eller långvarig behandlingsresistent sekretion.
Hos pat som genomgått omfattande öronkirurgi.
Vid otit i enda höröra och hos barn med cochleärt implantat

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

Otit, kronisk

Bakgrund
Förekommer i olika former såsom kronisk trumhinneperforation, kolesteatom i mellanöra eller hörslegång (pärlcysta), status post operation efter mastoidektomi (radikalhåla) och kan leda till allvarliga komplikationer.

(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.)

Öronflytning, hörselnedsättning (värk är inte vanligt).

Handläggning inom primärvården
Örat ska skyddas mot vatten och vid flytning ges Terracortril med Polymyxin B örondroppar.

Remiss till öronklinik
För bedömning, rengöring och ställningstagande till operation.

I remiss
Status. Tidigare öronsjukdomar/operationer. Hörselnedsättning, öronflytning

Perifer facialispares

Bakgrund
Vid perifer facialispares ses en försvagning i ansiktsmotoriken som innefattar rynkningsförmåga av panna, slutningsförmåga av ögat och läpprörelser. Det finns flera bakomliggande orsaker. Facialisnerven löper bland annat genom mellanörat och parotiskörteln, varför patologi här kan orsaka tillståndet. Det är i det akuta skedet viktigt att differentiera mot en central facialispares.
Tänkbara orsaker:
Bells pares: Plötslig debut. Ofta värk bakom örat. Vanligare hos gravida. Diagnosen ställs då andra orsaker är uteslutna.
Neuroborrelios: Vanlig orsak till perifer facialispares hos barn. 50%. Sprids av fästingar. Hos vuxna utgör borrelia 10% av alla perifera facialispareser.
Zoster oticus (Ramsay Hunts syndrom): Reaktivering av herpes zoster med öronengagemang, som ger blåsbildning och smärta. Vid Ramsay Hunts syndrom även samtidig hörselnedsättning och yrsel.
Mediaotit: Otitstatus vid inspektion av trumhinna.
Parotistumör: Ofta gradvis progredierande symtom.
Övriga orsaker: exempelvis trauma, hjärnstamsinfarkt/-tumör, Guillan Barré syndrom, kolesteatom.

Handläggning inom primärvård
Om anamnes och status inte tydligt pekar mot specifik bakomliggande orsak skall i första hand borrelia uteslutas via akut remiss till infektion för lumbalpunktion.
Notera paresens utbredningsgrad. Öronstatus. Otit? Blåsor i hörselgång eller på ytterörat? Svalgsymtom med blåsor? Hörselnedsättning? Yrsel? Palpation av parotiskörtlarna; Expansivitet? Parotittecken?
Primär uppföljning och behandling av Bells pares kan ske inom primärvården, annars remiss enligt nedan.
Vid Bells pares skall kortisonbehandling, om inga kontraindikationer föreligger, påbörjas enligt följande schema:
Dag 1–5: Prednisolon 60 mg, därefter nedtrappning med 10 mg dagligen.
Sammanlagd behandlingstid 10 dagar.
Det är viktigt att skydda ögat med tårersättningsmedel och fuktkammare nattetid. Träningsprogram. Uppföljande besök efter 4 veckor.

Remiss till ÖNH
Akut remiss utfärdas vid samtidig akut mediaotit eller misstanke om zoster oticus.
Om infektionskliniken friar kan patienten remitteras till ÖNH. Subakut. Kontakta gärna på telefon.
Alla barn med facialispares skall remitteras till barnklinik för lumbalpunktion.
Vid samtidig palpabel förändring i parotis eller progredierande förlopp skall remiss utfärdas för skyndsam uppföljning.

I remissen
Anamnes med information om duration och eventuella övriga symtom enligt ovan.
Beskrivning av paresens utbredningsgrad och eventuella palpationsfynd i parotis. Öronstatus.

Peritonsillit

Bakgrund
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.
Symtom: ensidig halssmärta, sväljningssvårigheter, referred pain till ipsilaterala örat, grötigt tal, trismus.
Komplikationer: Övre luftvägshinder, parafaryngeal abscess (spridning av infektionen till djupare delar av halsen), mediastinit, intrakraniell spridning.

Handläggning inom primärvård
Smärtstillande i form av paracetamol + NSAID.

Remiss till ÖNH
Vid misstanke på peritonsillit telefonkontakt med ÖNH klinik för ställningstagande till akut bedömning.

I remissen
Frekventa tonsilliter i anamnesen? Hur ofta? Tidigare peritonsilliter? Aktuella läkemedel? Tidigare sjukdomar?

Rotatorisk yrsel

Yrsel är en vanlig sökorsak inom primärvården och de flesta patienter handläggs i primärvården utan inblandning av andra specialister.
Yrsel kan ha en rad olika orsaker; central, otogen, cirkulatorisk, psykogen, cervikal, läkemedelsorsakad, multifaktoriell.
Yrseln kan även vara av olika karaktär, gungande, snurrande etc.
Vid akut debuterad yrsel är det viktigast att utesluta s k central orsak. Akut yrsel som remitteras till akutmottagning bedöms därför initialt av medicinjour. Möjliga orsaker till ”akut” otogen yrsel utreds på ÖNHmottagningen dagtid efter remiss.
Den vanligaste orsaken till otogen yrsel är godartad lägesyrsel, Så kallad kristallsjuka. Den startar ofta på morgonen när man skall stiga upp. Typiska symtom är att man blir yr när man vänder sig eller lägger sig i sängen eller lutar huvudet bakåt eller framåt. Akut vestibulärt bortfall och Menièreanfall startar när som helst på dygnet.

Handläggning inom primärvården
Anamnes och status som syftar till att sortera viken huvudtyp av yrsel patienten lider av, i första hand utesluta misstanke om centralt orsakad yrsel. Vid misstanke om centralt orsakad yrsel akutremiss till medicinjour.
Neurologiskt status.
Eventuellt EKG/ blodtryck (ffa patienter över 50 år)
HINTS visar misstanke om central skada om något av dessa tre test faller ut :
Head Impulse test (avsaknad av inställningssaccad, efter head impulse – skall finnas vid akut vestibulärt avbrott)
Nystagmus (riktningsväxlande)
Test of Skew (vertikal inställningsrörelse efter covertest)
Öronstatus
Vid misstanke om benign lägesyrsel bör Dix Halpikes manöver göras. Epleys manöver utföres vid positivt utfall. Detta kan i många fall bota patienten. Även sjukgymnaster brukar kunna utföra dessa manövrar. Godartad lägesyrsel är vanligt även bland äldre.

Remiss till ÖNH
Akut remiss till ÖNH-kliniken p.g.a. akut yrsel är indicerat vid

- samexisterande perifer facialispares
- värk i örat, otit

Överväg elektiv remiss till ÖNH-kliniken vid:

- yrsel kombinerat med ensidig varierande eller bestående hörselnedsättning och/eller tinnitus (Ménière alt vestibularisschwannom)
- återkommande rotatorisk yrsel i kombination med nystagmus vid specifik lägesändring (godartad lägesyrsel) om terapisvikt på manöverbehandling (ex Epley´s manöver).
- återkommande eller långvarig yrsel där otoneurologisk bedömning anses indicerad. Observera dock att som grundregel har otogen yrsel någon form av nystagmus. Övrig yrsel såsom ex cervikal yrsel, fobisk yrsel och migränyrsel handläggs via primärvård. Sjukgymnastik med mobilisering är ofta av stor vikt.

I remiss skall finnas uppgifter om anamnes med betoning på vad som utlöser yrseln, hur den ter sig samt eventuella associerade symtom. Åtgärder som är gjorda via primärvården. Aktuellt status inkl. yrseldiagnostik och öronstatus. Frågeställning.

Rörotit

Bakgrund
Barn (och vuxna) med rör i öronen kan ofta få flytningar från öronen i samband med övre luftvägsinfektioner eller extern otit. Oftast utan allmänpåverkan. 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 Terracortril m. Polymyxin B 3 droppar x2 xVII Antibiotika
p.o. är sällan nödvändig. Endast vid allmänpåverkan

Remiss till ÖNH.
(Ofta har dessa patienter redan kontakt med en ÖNH-mottagning och kan själva ta kontakt)
Vid behandlingssvikt eller täta recidiv För uppföljning

Sekretorisk mediaotit (SOM)

Bakgrund
Sekretorisk mediaotit (SOM) innebär vätska i mellanörat som kan vara resttillstånd efter mediaotit men 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 eventuellt audiogram.
Barn med bilateral SOM ska kontrolleras efter 3 månader. Om kvarstående SOM med misstanke om hörselnedsättning ska barnet remitteras för bedömning. Valsalva/Otovent under tiden om möjligt och högläge på natten. Avsvällande nässpray eller per oral behandling saknar plats i behandlingen.

Remiss till ÖNH
Barn med bilateral SOM under minst 3 mån, gärna bekräftat med patologisk tympanometri (B-kurva), samt misstanke om hörselnedsättning, skall remitteras för hörseltest och ställningstagande till rörsättning. Mer frikostig remittering om barnet har en funktionsnedsättning som kan påverka kommunikationsförmågan. Barn med bilateral SOM i mer än 6 mån skall alltid hörseltestas och remitteras då till ÖNH-klinik.
Vid ensidig SOM hos vuxen kan kontroll ske efter 3 veckor, om kvarstående status skall remiss utfärdas för kontroll i epifarynx.

I remissen
Trumhinnestatus inklusive tympanometrikurva och eventuellt audiogram. Misstanke om hörselnedsättning och eventuell social funktionssänkning av denna. Ska även innehålla information om duration och eventuell föregående infektion.

Snarkning/Nästäppa hos barn

Bakgrund
Mycket vanligt. Hos de allra yngsta finns även laryngomalaci som förklaring till obstruktiva besvär. Senare blir orsaken mer adenoid- och tonsillhyperplasi. Även svullnad i näsan vid allergier eller långdragna infektioner. Polyper i näsan är extremt sällsynt hos barn.

Handläggning inom primärvården Undersökning
av svalg och näsa.
Vad har barnet för besvär av snarkningarna?
Råd om egenvård. Koksaltsköljning. Avsvällande nässpray vid behov korta perioder.
Eventuell allergiutredning.
Nasal steroid kan ges även till små barn. Kan ofta ha en god effekt.

Remiss till ÖNH.
När de obstruktiva besvären bedöms ge tydliga besvär såsom:
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.

I remissen
Information om ovanstående. Övriga sjukdomar som skulle kunna påverka en eventuell operation.

Snarkningar/OSAS hos vuxna

Bakgrund
Snarkningar är vanligt förekommande i befolkningen och innebär inte att patienten lider av sömnapné. Obstruktivt sömnapnésyndrom karaktäriseras av repetitiva andningsstörningar orsakade av obstruktion av den övre luftvägen. Detta leder till korta sömnavbrott och fragmenterad sömn. Övervikt är den vanligaste riskfaktorn för OSAS hos vuxna. Många, men inte alla patienter med OSA får symtom i form av försämrad vakenhetsfunktion som onormal dagtrötthet, koncentrationssvårigheter och huvudvärk.

Handläggning inom primärvården
Noggrant status och anamnes
För att få bättre insyn i pats sömn kan en sömndagbok vara till hjälp
Remiss för sömnregistrering vid misstanke om OSAS

Remiss till ÖNH
Vem som utreder misstänkt OSAS skiljer sig åt i regionen. På vissa ställen är det ÖNH och på andra finns särskilda sömnlab som sköter detta.

Remiss till ÖNH är annars indicerat vid misstanke om anatomisk orsak till obstruktionen i luftvägarna, t. ex kraftig tonsillhypertrofi. Är dock enstaka fall som blir aktuella för operation. Nattlig nästäppa leder till munandning och kan förvärra en OSAS varför även dessa patienter därmed kan vara relevanta att remittera.

Spottkörtelbesvär

Bakgrund
Tumörer: Pleomorft adenom, Wartins tumör, maligna tumörer
Infektioner
Parotitis epidemica (påssjuka): Skall ej till ÖNH klinik
Akut purulent parotit: Ofta nedgångna patienter med dåligt AT. Alltid inläggningsfall.
Kronisk recidiverande parotit: Skall remitteras till ÖNH.
Juvenil kronisk recidiverande parotit: Beh: ab, salivstimulation och rikligt med dryck
Spottstenar: Vid misstanke - remiss till ÖNH
Sjögrens syndrom och sarkoidos uppvisar ibland svullna spottkörtlar.

Remiss till ÖNH
Alla patienter med misstanke om tumör i spottkörtlar skall remitteras enligt SVF huvud-halscancer.

Remiss till ÖNH jourmottagning vid:
Misstanke om spottsten
Akut purulent parotit
Kronisk recidiverande parotit
Juvenil kronisk recidiverande parotit, för bedömning någon gång under sjukdomstiden.

I remissen
Andra sjukdomar. Mediciner. Besvärsduration. Storleksvariation. Måltidsrelaterade besvär. Speciell smakupplevelse. Muntorrhet eller hypersalivation. Smärta och dess eventuella utstrålning.

Utseende på de stora spottkörtlarna: asymmetrier? Körtelns storlek och läge. Andra resistenser på halsen. Palpation: diffus och slät förstoring eller fast eller hård och knölig. Smärta/ ömhet. Hur är saliven? Facialispares? Inspektion av utförselgångar från submandibularis och parotis. Svullnad eller rodnad, pus eller stenar. Feber.

Sårskador

Handläggning i primärvården
Inspektera såret och gör en preliminär bedömning.
Noggrann rengöring med riklig koksaltsköljning. Skrubba rent med borste vid behov, OBS-
Särskilt viktigt vid sårskador mot asfalt och grus.

Lokalbedövning: Kan behöva läggas före ordentlig rengöring. Injektion av lokalanestetikum med adrenalin går bra på alla lokalisationer i ansiktet även nästipp och öron. Sparsam revision, god blodcirkulation möjliggör smala flikar.

Kontrollera nervfunktion (sensibilitet och motorik) före bedövning. Skada på facialis, parotisutförselgång eller tårkanal? Bedöm skadans djup och omfattning. Vid stickskador kan det finnas djupare skador. Öppen fraktur? Kan det finnas smuts eller andra främmande kroppar i såret? Tandskador?

Suturering så snart som möjligt, helst inom 12 h, maximalt inom 24 h.
Använd 5–0, icke resorberbar sutur i huden, 4–0 icke resorberbar i muskelskikt, munslemhinna eller tunga. På barn lämpligt med resorberbar sutur även i huden.
Hud, muskulatur och galea (skalp) skall adapteras och sutureras i etage
Genomgående sårskador skall sys både från hud- och slemhinnesidan
Ytliga bitskador i läppar eller tunga som ej glipar läker i regel bra utan åtgärd
Suturer i ansiktet skall oftast tas efter 5–7 dagar. Därefter kan ärret tejpas en lägre period för bättre kosmetiskt resultat.

Limning av sårskador i ansiktet rekommenderas ej. Limning går inte att göra om, risk för bestående asymmetri. Dessutom har det hos barn förekommit skador av ögat när man försökt limma sårskador i närheten av ögat.

Antibiotikaprofylax är i regel inte nödvändigt på icke kontaminerade sår i ansiktet.

Överväg tetanusprofylax. Bett från djur, inklusive människa som ger upphov till sårskada skall alltid odlas. Huvudregeln är att dessa sår ej sutureras, dock individuell bedömning beroende på lokal, utbredning av skadan samt patientens ålder. Tejpning kan många gånger vara ett fullgott alternativ. Vid osäkerhet konsultera kollega.

Remiss till ÖNH
Akut remiss då tidig suturering ger bäst resultat. Remiss skall skickas vid:

- Svårare skador avseende omfattning och djup.
- Skador engagerande ytteröron, ytternäsa och läppröda-gränsen frikostig kontakt. Suturering inom primärvård kan dock ske efter egen bedömning/ erfarenhet.
- Barn med sårskador. Kan behöva sedering/narkos för bra resultat trots mindre omfattande skador.

I remissen
Högenergitrauma? Skadegenes (eventuell bakomliggande sjukdom) och skademekanism (skär-, kross-, bit-, brännskada). Kontaminerad eller ren skada. Tid för skadan. Tidigare sjukdomar. Överkänslighet. Status på tetanusvaccination.

Vid medvetandepåverkan eller misstanke om skalltrauma skall patienten i första hand remitteras till kirurgakuten inte till ÖNH!

Vid transport till sjukhus: Lägg om såret med fuktiga kompresser. Tryckförband vid blödning.

Tinnitus

Bakgrund
Upplevelse av ljud från öronen (ensidigt eller bilateralt) eller inne i skallen. Förekommer kortvarigt hos de flesta utan att det stör. Om det har en längre duration eller är störande bör det kallas tinnitus. Symtomet tinnitus kan uppstå både i och utanför hörselorganen. Ofta koppling till spänningar/ värk i nacke eller käkar samt oro, nedstämdhet och inre stress förutom kopplingen till öronen/ hörseln.
Kan också orsakas/ förvärras av högt eller lågt blodtryck. Läkemedel. Varierar ofta över tid. Klingar ofta av med tiden.
Kan ibland orsakas av ”riktiga ” ljud. T ex blåsljud från kärl.

Handläggning i primärvården:
Noggrann anamnes, sidoskillnad? Progression?
Annan sjuklighet? Blodtryck? Ny medicinering?
Trumhinnestatus, Hörsel
Vid pulssynkron tinnitus: auskultation av halskärl och mastoid.
Undersökning av nacke, käkleder ev remiss till sjukgymnast eller tandläkare.

Remiss till ÖNH:
Svårare besvär. Vid progression. Misstanke om öronskada

I remissen:

Karaktär. Duration? Ensidigt? Progression? Hörsel? Status (öron/ nacke/ käkleder). Övriga sjukdomar eller fynd. Mediciner. Hur påverkas patienten av tinnitusen?

Tonsillit, återkommande

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

Handläggning
Anamnes, noggrant status. Centorkriterierna. Eventuellt snabbtest, odling. Behandling enligt rekommendation. Eventuella smittkällor till de återkommande infektionerna skall utredas. Terapisvikt. Rätt diagnos? Antibiotikabehandling enligt nationella riktlinjer skall ha givits.

Remiss till ÖNH
Vid >3 säkra tonsilliter per år under >2 år som påverkar patientens livskvalitet eller systemisk sjukdom som förvärras av tonsillit.

I remissen
Eftersom det ofta är frågan om operation måste eventuell övrig sjuklighet, rökning kommenteras.

Trumhinneperforation

Bakgrund
Direkt (ex. tops) eller indirekt (ex. 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 Terracortil med Polymyxin B.
Vid trumhinneperforation i samband med otit – sedvanlig behandling och uppföljning via primärvård.

Remiss till ÖNH
Vid trumhinneperforation samt yrsel och/eller sensorineural HNS halvakut remiss till ÖNH. Eventuellt telefonkontakt med ÖNH jour om akut bedömning önskas.
Vid enbart traumatisk trumhinneperforation utan yrsel eller sensorineural HNS remiss till ÖNH för poliklinisk uppföljning inom 3 månader samt tonaudiogram.
Om kvarstående trumhinneperforation efter 3 månader efter perforerad otit överväg remiss till ÖNH klinik.

I remissen
Typ av trumhinneperforation (barotrauma, topsskada, skada p.g.a vasst föremål), yrselsymtom, tonaudiogram.

Vaxpropp

Bakgrund
Vaxet bildas i körtlar i yttre delen av hörselgången. Hur mycket som bildas är väldigt 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 i primärvård

Egenvård Receptfria produkter från apoteket för vaxrengöring

Rensugning Förbehandling med Terracortril med Polymyxin B (3 droppar x 2-3) i några dagar mjukar upp och underlättar i svåra fall.

Urpetning Smala bomullspinnar, vaxslynga, vaxhake alternativt örontång kan användas via öronmikroskop för att peta ut vax. Urpetning är ett alternativ framför allt på barn som kan uppleva ljudet från öronsugen som obehagligt.

Spolning Kroppsvarmt vatten. Får endast ske om anamnesen är tydlig på att patienten inte har en trumhinneperforation eller rör i trumhinnan bakom vaxproppen. Trumhinnan skall inspekteras direkt efter spolningen.

OBS
Fråga patienten om hörseln förbättrades efter rengöringen. Om inte, ta ställning till sudden deafness och vidare behandling av denna

Remiss till ÖNH
Om ovanstående misslyckats och/eller om patienten har känd eller misstänkt öronsjukdom. Inför besöket på ÖNH kan det vara bra att förbehandla med olja eller Terracortrildroppar.

I remissen
Eventuella tidigare öronskador eller öronoperationer. Hörapparat? Påverkan på hörseln, eller annat för specialistvårdens prioritering.

Information om handlingen

Handlingstyp: Riktlinje

Gäller för: Västra Götalandsregionen

Innehållsansvar: Johan Hellgren, (larhe12), Överläk/Professor

Granskad av: Johan Hellgren, (larhe12), Överläk/Professor

Godkänd av: Kaarina Sundelin, (kaasu1), Direktör

Dokument-ID: SSN11800-2140136717-237

Version: 1.0

Giltig från: 2023-02-22

Giltig till: 2024-12-21