

Patientfall – Akut mediaotit

En mamma ringer klockan 16:30 till vårdcentralen och berättar att hennes dotter Amina 20 månader har varit snuvig och haft feber i två dygn. Under natten har Amina sovit dåligt, varit ledsen och tagit sig för öronen, men blev bättre efter att hon fått paracetamol. Sköterskan i telefonen bokar in Amina till en akuttid hos läkare följande dag.

Dagen efter kommer Amina och mamma till mottagningen. Amina är skeptisk till undersökning men efter lite skönsång och roliga miner från doktorn och ett fast grepp av mamma går det att titta i öronen.

Status:

AT: Relativt gott, lite gnällig men lätt avledbar, temp 38,7 °C.

Munhåla och Svalg: Amina vägrar att öppna munnen trots doktors krokodilgap och man bedömer att det inte behövs.

Höger öra: Rodnad, buktande trumhinna som inte rör sig vid siegling.

Vänster öra: Kärlijnjerad men normalställd trumhinna som rör sig fint vid siegling.

Lymfkörtlar: Lätt förstorade körtlar på halsen

Frågor att diskutera

1. Vilken diagnos misstänker du? Vilka andra diagnoser är tänkbara?
2. Hur snart ska en patient med denna sjukhistoria få tid för läkarbedömning? Spelar åldern någon roll?
3. Behöver vi veta något mer om Amina?
4. Vad ska hon få för behandling?
5. Finns det några omständigheter som hade kunnat ändra behandlingen?
6. Vilka är behandlingsrekommendationerna för akut mediaotit?
7. En del föräldrar uppger att det inte fungerar med flytande PcV då barnet vägrar ta emot medicinen, eller kräks upp den på grund av den speciella smaken. Vad kan man ge för råd?
8. Hur definieras terapivikt och vilken behandling ska ges då?
9. När ska man remittera till öronläkare för ställningstagande till rör-behandling?

Handledarmanual – Akut mediaotit

1. Vilken diagnos misstänker du? Vilka andra diagnoser är tänkbara?

Denna sjukhistoria med förkylning i några dagar och sedan försämring med öronvärk är typisk för akut mediaotit. Andra tänkbara diagnoser är bland annat förkylning utan öronpåverkan, simplexotit, serös mediaotit, extern otit och främmande kropp i hörselgången. Status här talar för en akut purulent mediaotit på höger sida men inte på vänster.

2. Hur snart ska en patient med denna sjukhistoria få tid för läkarbedömning? Spelar åldern någon roll?

Vid misstanke om akut mediaotit bör en läkarbedömning erbjudas inom ett dygn oavsett patientens ålder. Det finns sällan medicinska skäl för undersökning kvälls- eller nattetid. Rekommendera smärtstillande, näsdroppar och högläge under väntetiden. Om patienten blir besvärsfri under väntetiden behöver ingen undersökning göras, förutsatt att det inte rinner ur örat. Anledningen till att alla patienter med misstänkt akut mediaotit rekommenderas undersökning är dels att ställa en diagnos, dels ta ställning till eventuell behandling.

3. Behöver vi veta något mer om Amina?

Tidigare/nuvarande sjukdomar? Tidigare otiter? Komplicerande faktorer som svår värk trots adekvat analgetikabehandling, infektionskänslighet på grund av annan samtidig sjukdom, annat syndrom eller behandling, missbildningar i ansiktsskelettet eller innerörat, tidigare skall- eller ansiktsfraktur, cochleaimplantat, känd mellanöresjukdom eller tidigare öronoperation, känd sensorineural hörselnedsättning? Känd allergi?

4. Vad ska hon få för behandling?

Om inga komplicerande faktorer finns, (se svar på fråga 2), rekommenderas aktiv exspektans. Mamma ska informeras om normalförloppet och vilka eventuella komplikationer hon bör uppmärksamma. Hon ska också uppmanas att återkomma med Amina vid eventuell försämring alternativt efter 2–3 dagar eller vid utebliven eller tveksam förbättring. De allra flesta barn med akut mediaotit blir lika fort feberfria, smärtfria och kan återgå till förskolan/skolan lika tidigt utan antibiotika som med. Här ger alltså antibiotika varken symtomlindring eller kortare sjukdomstid.

5. Finns det några omständigheter som hade kunnat ändra behandlingen?

Vid inopererade plaströr hade hon fått behandling med Terracortril med Polymyxin B lokalt, (2–3 droppar, 2–3 gånger dagligen i 5–7 dagar.)

Vid bilateral otit hade hon fått antibiotikabehandling då hon är under 2 år.

Vid perforation, alltså om det hade runnit ur örat, hade hon fått antibiotikabehandling.

Vid komplicerande faktorer (se svar på fråga 2), hade hon fått antibiotikabehandling.

6. Vilka är behandlingsrekommendationerna för akut mediaotit?

Aktiv exspektans rekommenderas för:

- barn 1–12 år med säker akut mediaotit utan komplicerande faktorer
- patienter oavsett ålder med osäker akut mediaotit utan komplicerande faktorer

Antibiotikabehandling rekommenderas vid säker akut mediaotit för:

- alla med komplicerande faktorer
- barn <1 år, ungdomar >12 år och vuxna
- barn <2 år med bilateral akut mediaotit
- alla med perforerad akut mediaotit oavsett ålder

Penicillin är förstahandspreparat. Vid penicillinallergi av typ 1 ges erytromycin.

7. En del föräldrar uppger att det inte fungerar med flytande PcV då barnet vägrar ta emot medicinen eller kräks upp den på grund av den speciella smaken. Vad kan man ge för råd?

Generellt är det bra att ge så hög koncentration som möjligt på penicillinmixturen, så att mängden därmed blir så liten som möjligt. Små barn kan man ge penicillinet med en spruta som man riktar bak mot ena kinden.

Man kan låta barnet suga på en isbit innan det tar medicinen vilket bedövar smaklöckarna något. Man kan också ge lite mörk choklad, lingonsylt eller pepparkaka före och efter de tar medicinen vilket kan dölja smaken något. Förvånansvärt små barn klarar av att ta tablett och tillsammans med föräldern kan man göra en bedömning om det är möjligt eller inte. Minsta tablett kan förskrivas och även delas. Ibland kan flera små tabletter vara lättare för barnet att ta än mixturen. De minsta tabletterna kan också stoppas in i en kokt makaron för att den ska glida ner lättare. Ett annat tips är tablettöverdrag som finns att köpa på apotek. Tablettöverdrag gör tablett hal och underlättar nedsväljning. Dessutom smakar det gott. Det kan köpas receptfritt på apoteken eller skrivas ut som hjälpmedel.

Det är viktigt att vi som vårdgivare förmedlar vikten av att ge så smal antibiotikabehandling som möjligt vilket är det bästa för barnet. Amoxicillin som ofta ges som alternativ påverkar barnets tarmflora avsevärt mer än pcV. En annan uppgift är att hjälpa föräldrarna förstå att det är deras uppgift att se till att barnet får medicinen. Om inte föräldrarna är motiverade kommer det vara svårare för dem att få barnet att ta medicinen.

8. Hur definieras terapivikt och vilken behandling ska ges då?

Oförändrad, förvärrad eller på nytt uppblossad inflammation i mellanörat trots minst tre dygns behandling. Då ges amoxicillin. Vid terapivikt tas nasofarynxodling.

9. När ska man remittera till öronläkare för ställningstagande till rör-behandling?

Vid recidiverande otit, med minst 3 episoder under en sexmånadersperiod eller minst fyra episoder under ett år, ska man remittera till ÖNH-specialist för ställningstagande till rörbehandling.

Om det har gått minst sex månader sedan senaste otiten ska den betraktas som en sporadisk otit.

Referenser:

<https://www.lakemedelsverket.se/sv/behandling-och-forskrivning/behandlingsrekommendationer/lakemedel-vid-otit--behandlingsrekommendation>

Diagnostik, behandling och uppföljning av akut mediaotit (AOM) - ny rekommendation,
Information från läkemedelsverket 5:2010, s 13–24
Uppdatering 3:2018, s 6–8

<https://janusinfo.se/behandling/stramastockholm/primarvardbehandlingsrekommendationer>

Publicerad 2020-05-15