

Nationella rekommendationer för rörbehandling av barn med öroninflammationer



Svensk förening för Otorhinolaryngologi, Huvud- och Halskirurgi



Svensk Medicinsk Audiologisk Förening

SFAM SVENSK FÖRENING FÖR
ALLMÄN MEDICIN

Innehållsförteckning

1. BAKGRUND	3
2. DEFINITIONER	3
Långvarig (kronisk) sekretorisk mediaotit (SOM)	3
Akut och recidiverande akut mediaotit (AOM och rAOM)	4
3. DIAGNOSTIK	4
3.1 På primärvårdsmottagningen	4
SOM	4
AOM	4
3.2 På ÖNH-mottagningen	5
SOM	5
AOM	5
4. NÄR REMITTERAS BARN TILL ÖNH-SPECIALIST?	5
SOM	5
rAOM	6
5. VILKA BARN ERBJUDS RÖRBEHANDLING?	6
SOM	6
rAOM	7
6. PATIENTINFORMATION	7
7. VID RÖRSÄTTNINGEN	8
8. ADENOIDEKTOMI	8
9. BAD OCH VATTENLEK NÄR BARNET ÄR RÖRBEHANDLAT	8
10. RÖRFLYTNING	9
Rörflytning utan allmänpåverkan	9
Rörflytning med allmänpåverkan	9
11. KONTROLLER/UPPFÖLJNING/ALLMÄNNA RÅD EFTER RÖRBEHANDLING	9
12. EXTRAKTION AV RÖR	10
13. SEQUELAE	10
14. RISKGRUPPER	11
15. ALTERNATIV TILL RÖRBEHANDLING	11
16. KVALITETSUPPFÖLJNING AV RÖRBEHANDLING	11
17. LISTA ÖVER FÖRKORTNINGAR OCH BEGREPP	12

Nationella riktlinjer för rörbehandling av barn med öroninflammationer

Rekommendationerna är utarbetade av Svensk Förening för Otorhinolaryngologi, Huvud- och Halskirurgi, Svensk Medicinsk Audiologisk Förening och Svensk Förening för Allmänmedicin. I arbetet har även Statens Beredning för medicinsk utvärdering, SBU, deltagit genom framtagandet av SBU-rapporten ”Rörbehandling vid inflammation i mellanörat. En systematisk litteraturöversikt nr 189, 2008.

1. BAKGRUND

Sedan drygt femtio år tillbaka är insättning av plaströr i trumhinnan en rutinåtgärd vid inflammationer i mellanörat (mediaotit). Syftet med plaströren vid sekretorisk mediaotit är att det vätskefyllda mellanörat åter skall ventileras för att hörseln skall normaliseras, vilket underlättar tal- och språkutveckling. Vid recidiverande akut mediaotit är syftet att smärta och andra besvär ska minska.

I Sverige får drygt 10 000 barn rör insatta årligen.

Enligt Nationella kvalitetsregistret för öron-näs- och halssjukvård avser cirka 75 procent av rörsättningarna barn med sekretorisk mediaotit (SOM) och 21 procent barn med recidiverande akuta mediaotiter (rAOM) medan resterande fyra procent görs på andra indikationer. Rören sätts in polikliniskt.

Ingreppet kräver full narkos, utom för äldre barn/tonåringar där lokalbedövning kan vara tillräcklig.

2. DEFINITIONER

Långvarig (kronisk) sekretorisk mediaotit (SOM)

SOM är ett inflammatoriskt tillstånd med vätska innanför en intakt trumhinna utan smärtor eller andra akuta symtom. Det dominerande symtomet är hörselnedsättning.

För att kallas långvarig eller kronisk skall vätska i mellanörat ha funnits under minst 3 månader.

Akut och recidiverande akut mediaotit (AOM och rAOM)

Akut mediaotit är en varig (purulent) inflammation i mellanörat som har börjat plötsligt, är kortvarig och kan verifieras kliniskt. Purulent flytning i hörselgången eller buktande trumhinna alternativt en form- och färgförändrad trumhinna med upphävd eller nedsatt rörlighet räknas som säkra AOM-tecken (Otitkonsensus 2000; se www.strama.org/Vårdprogram/Otitkonsensus).

För diagnosen rAOM krävs minst tre episoder av akut öroninflammation under en sexmånadersperiod.

3. DIAGNOSTIK

Den diagnostiska tekniken vid misstänkt inflammation i mellanörat är avgörande för korrekt diagnos och behandling. Diagnosen ställs med hjälp av undersökning av trumhinnorna och bedömning av hörseln.

3.1 På primärvårdsmottagningen:

SOM

Trumhinnorna undersöks med **pneumatisk otoskopi/otomikroskopi helst i kombination med tympanometri.**

Att enbart använda otoskopi medför ökad risk för såväl över-, som underdiagnostisering. Hörseln hos små barn bedöms genom uppgift om hörselrelaterade symtom *.

Viskstämmeprövning kan utföras som komplement. Om det finns utrustning för hörselmätning bör den användas för test av barn (vanligen ≥ 4 år), som kan medverka.

AOM

Trumhinnorna undersöks med **pneumatisk otoskopi/otomikroskopi helst i kombination med tympanometri.** Att enbart använda otoskopi medför ökad risk för såväl över- som underdiagnostisering.

3.2 På ÖNH-mottagningen:

SOM

Trumhinnorna undersöks med **pneumatisk otomikroskopi eventuellt i kombination med tympanometri.**

Hörseln bedöms med hörselmätning samt genom kartläggning av symtom som kan tyda på en hörselnedsättning som påverkar den sociala funktionen *.

AOM

Trumhinnorna undersöks med **pneumatisk otomikroskopi eventuellt i kombination med tympanometri.**

4. NÄR REMITTERAS BARN TILL ÖNH-SPECIALIST?

SOM

Barn med dubbelsidig SOM under minst 3 månader, helst bekräftat med B-tympanogram och med misstanke om hörselnedsättning som påverkar den sociala funktionen *.

Barn med dubbelsidig SOM under 6 månader, helst bekräftat med B-tympanogram, ska hörseltestas även om inte symtom på hörselnedsättning föreligger. Om primärvårdsenheten saknar utrustning ska barnet remitteras till ÖNH-mottagning för hörseltestning.

Om normal hörsel ($tmv_4 < 25$ dB) och ingen misstanke om social hörselnedsättning behöver barnet inte remitteras och heller inte kontrolleras rutinmässigt.

Barn med funktionshinder som kan påverka kommunikationsförmågan ska remitteras mera frikostigt.

Barn med ensidig SOM behöver endast remitteras om uttalade symtom finns.

Vid SOM under senvåren kan man ofta avvakta med remiss då självläkningen är mycket hög under sommarperioden.

rAOM

Barn som haft minst 3 AOM-episoder under en 6-månaders period kan remitteras till ÖNH-klinik.

* För att värdera vad som är en hörselnedsättning som påverkar sociala funktioner kan följande frågor vara vägledande:

- Har barnet åldersadekvat språk?
- Hör barnet när du talar med henne/honom från rummet intill?
- Vill barnet ha hög ljudvolym på TV/radio?
- Fungerar barnet i gruppaktiviteter?
- Uppträder barnet hyperaktivt eller frånvarande?

5. VILKA BARN ERBJUDS RÖRBEHANDLING?

SOM är ett tillstånd med hög grad av självläkning varför aktiv expektans kan vara huvudalternativet hos flertalet barn. Enbart vätska i mellanörat är inte tillräckligt kriterium för rörbehandling. Vissa barn har SOM i längre perioder med avsevärt försämrad hörsel och nedsatt livskvalitet och bör därför erbjudas rörbehandling.

Avgörande för ställningstagande till rörbehandling är en hörselbedömning baserad på hörselmätning och graden av subjektiva symtom på hörselnedsättning.

SOM

Barn med dubbelsidig SOM som pågått under minst 3 månader, som har en verifierad hörselnedsättning på ≥ 25 dB (tmv4) och där hörselnedsättningen påverkar sociala funktioner.

Barn med dubbelsidig SOM som pågått under minst 6 månader, som därutöver har en verifierad hörselnedsättning på ≥ 25 dB (tmv4) eller där hörselnedsättningen påverkar sociala funktioner.

Barn med annat funktionshinder som kan påverka kommunikationsförmågan ska erbjudas rörbehandling mera frikostigt.

Barn som tidigt får recidiv av SOM med funktionsnedsättande hörselnedsättning när båda rören stötts ut, ska erbjudas nya rör snarast.

Barn med ensidigt verifierad SOM bör endast rörbehandlas om de har uttalade symtom.

Om barnet under senvåren bedöms uppfylla kriterier för rörbehandling kan man ofta avvakta med rörsättningen då självläkningen är hög under sommarperioden.

Om normal hörsel (tmv4<25 dB) och ingen misstanke om social hörselnedsättning behöver barnet inte kontrolleras rutinmässigt.

Enbart myringotomi har ingen effekt på utläkning av SOM.

Det finns inga övertygande bevis för att rörbehandling har bestående positiv effekt på trumhinneretraktioner och atelektaser.

rAOM

Rörbehandling kan övervägas till barn som efter att ha remitterats till ÖNH-mottagningen efter minst 3 säkerställda AOM-episoder under 6 månader får ytterligare en säkerställd AOM-episod inom en 1-2 månaders observationsperiod.

6. PATIENTINFORMATION

SBU:s broschyr med patientinformation **”Rör i örat hos barn”** kan beställas kostnadsfritt från SBU samt laddas ner från SBU:s hemsida www.sbu.se.

Dessutom finns föräldrainformationen **”Barn som har fått plaströr insatta i öronen”** att ladda ner från www.orlforum.se. Den kan kompletteras med lokala anvisningar.

7. VID RÖRSÄTTNINGEN

Rörsättningen utförs under steril hantering av röret och spetssterilitet. Hörselgången behöver inte steriliseras.

Röret sätts i främre eller nedre delen av trumhinnan. Rör sätts aldrig i bakre övre kvadranten.

Rör med vid innerfläns, t ex T-rör, bör undvikas p.g.a stor risk för kvarstående perforationer.

Mellanöronsekretet behöver inte sugas bort rutinmässigt.

Purulent sekret är inget hinder för att sätta rör om barnet får lokalbehandling. Om sekretet ger misstanke om infektion bör TcPB (Terracortril med Polymyxin B®) droppas vid rörsättningen samt 2-3 gånger dagligen under ytterligare 5-7 dagar.

8. ADENOIDEKTOMI

Vid **SOM** föreligger indikation för adenoidektomi när plaströr inopereras **andra** gången på barn över 3 år oavsett adenoidens storlek.

rAOM utgör ingen indikation för adenoidektomi hos yngre förskolebarn.

9. BAD OCH VATTENLEK NÄR BARNET ÄR RÖRBEHANDLAT

Örat behöver vanligen inte skyddas vid bad och vattenlek. Det är oklart om dykning innebär ökad risk för komplikationer, men öronskydd/öronproppar kan användas.

10. RÖRFLYTNING

Perorala antibiotika är inte förstahandsval vid rörflytning hos barn som är opåverkade.

När barnet går hem efter att ha erhållit rör bör ett recept på TcPB skrivas ut.

Rörflytning utan allmänpåverkan

Rörflytningen lokalbehandlas med 3 droppar 2-3 gånger dagligen under 5-7 dagar. Föräldrarna ska kontakta ÖNH-mottagningen dagtid om flytningen inte har upphört härefter.

Om **barnet söker primärvården** bedöms hörselgångs- och trumhinnestatus varefter TcPB förskrivs; 3 droppar 2-3 gånger dagligen under 5-7 dagar. Om flytningen inte har upphört härefter kontaktar föräldrarna ÖNH-mottagningen dagtid.

Rörflytning med allmänpåverkan

Om barnet är allmänpåverkat med feber och smärta och misstanke på AOM kan peroralt antibiotikum sättas in. Eventuellt kan barnet behöva skickas vidare till ÖNH-mottagning.

Vid **besöket på ÖNH-mottagningen** bedöms trumhinnestatus och rörets funktion. Odling från flytning bör utföras då den kan ge vägledning för behandling. Såväl lokala som perorala antibiotika bör ha prövats innan man tar ställning till att extrahera rören.

11. KONTROLLER/UPPFÖLJNING/ALLMÄNNA RÅD EFTER RÖRBEHANDLING

Vid **SOM** görs en hörselmätning inom 3 månader. Rörets funktion kan kontrolleras av läkare eller med tympanometri. Nästa kontroll görs av läkare ett år efter rörsättningen och därefter årligen tills mellanöronstatus normaliserats.

Audiogram behöver inte tas rutinmässigt vid dessa uppföljande kontroller.

Ett normalt audiogram postoperativt eftersträvas för att utesluta kvarstående ledningshinder eller sensorineural hörselnedsättning. Otoakustiska emissioner (OAE) kan användas som komplement vid frifältsmätning eller osäker medverkan och vid fortsatta kontroller.

OAE ger enligt flera studier normala svar hos 80-85% av barnen med fungerande rör. Förekomsten av OAE utesluter dock inte en lätt sensorineural hörselnedsättning.

Vid **rAOM** görs läkarkontroll efter tre månader. Läkarpbesök görs ett år efter rörsättningen och därefter årligen tills rören stötts ut. Vid rAOM behöver inte hörselmätning göras rutinmässigt.

12. EXTRAKTION AV RÖR

Extraktion av rör behöver inte göras rutinmässigt.

13. SEQUELAE

Rörbehandling ger ofta upphov till kalkinlagringar i trumhinnan, så kallad myringoskleros. Dessa förändringar ger ingen hörselpåverkan.

Knappt 5 procent av rörbehandlade trumhinnor läker inte efter att röret stöts ut, utan röret ger upphov till kvarstående perforation av trumhinnan.

Ärrbildning med retraktioner kan ses i trumhinnan efter rörbehandling. Det är oklart om dessa förändringar beror på rörbehandlingen eller grundsjukdomen. Förändringarna kan dessutom vara reversibla.

14. RISKGRUPPER

Barn med komplicerande sjukdomar t ex Downs syndrom eller sensorineural hörselnedsättning ingår inte i de studier som innevarande riktlinjer baseras på. Dessa barn kan behöva mera aktiva åtgärder för att förbättra hörseln.

För rörbehandling av barn med LKG (läpp-, käk- och gomspalt) hänvisas till lokala vårdprogram.

15. ALTERNATIV TILL RÖRBEHANDLING

- Hörapparat kan vara ett alternativ till rörbehandling vid SOM.
- Under expektansperioder kan en del barn med SOM ha nytta av autoinflation med Otovent®-ballong eller Valsalvas manöver.
- Slemhinneavsvällande medel - lokalt eller generellt - har ingen effekt på vare sig SOM eller rAOM.
- Nasala och perorala steroider har ingen plats i behandlingen av dessa åkommor.
- Långtidsbehandling med antibiotika vid rAOM visar viss effekt. Behandlingen kan inte rekommenderas på grund av risk för biverkningar och framför allt på grund av resistensutveckling.
- Nuvarande pneumokockvacciner rekommenderas inte för att minska antalet recidiv hos barn som har rAOM.

16. KVALITETSUPPFÖLJNING AV RÖRBEHANDLING

Det förutsätts att rörbehandlande ÖNH-kliniker och mottagningar deltar i den kvalitetsuppföljning som görs genom det nationella kvalitetsregistret för ÖNH-sjukvård - www.kvalitet.onh.nu/ror-behandling. Innevarande rekommendationer kommer att utgöra underlag för reviderade kvalitetsindikatorer i det nationella kvalitetsregistret så att de avspeglar det nuvarande kunskapsläget.

17. LISTA ÖVER FÖRKORTNINGAR OCH BEGREPP

- AOM** akut otitis media, akut öroninflammation
- rAOM** recidiverande akut otitis media, recidiverande akuta öroninflammationer
- B-tympanogram** ingen klockformad kurva, utan ett ”rakt streck” som tecken på vätska eller var i mellanörat
- SOM** sekretorisk otitis media, sekretorisk mediaotit (tidigare otosalpingit)
- Tmv4** tonmedelvärde, 4 frekvenser; 500, 1000, 2000 och 4000 Hz
- TcPB** Terracortril med Polymyxin B®
- Viskprov** viskprov genomförs vanligen som ett tre-sifferprov t ex ”fyra – åtta – tre” eller som tvåstaviga ord ex apa, docka, lastbil, häxa, penna, krita, nalle, cykel etc och som bör uppfattas på 1 m avstånd (motsvarar cirka 30 dB eller bättre). Barnet sitter i undersökningsstolen med ena sidan mot undersökaren utan ögonkontakt, barnet/förälder/undersökaren håller för örat som är vänt mot undersökaren genom att trycka på tragus och barnet får upprepa de viskande orden eller siffrorna. Provet ska vara lustfyllt och som en lek.

Nationella riktlinjer har tagits fram av en arbetsgrupp bestående av:

Ingrid Augustsson, överläkare, ÖNH-kliniken, Universitetssjukhuset i Örebro

Kristina Bengtsson Boström, distriktsläkare, medicine dr, Billings Vårdcentral, Skövde

Per-Olof Eriksson, överläkare, medicine dr, ÖNH-kliniken, Norrlands Universitetssjukhus, Umeå

Rut Florenzon, överläkare, ÖNH-kliniken, Sahlgrenska Universitetssjukhuset, Göteborg

Anita Groth, privat ÖNH-specialist, medicine dr, Lund

Sten Hellström, överläkare, professor, Hörsel- och Balanskliniken, Karolinska Universitetssjukhuset, Stockholm (sammankallande)

Claes Hemlin, överläkare, medicine dr, ÖNH-mottagningen, Sophiahemmet, Stockholm

Finn Jörgensen, överläkare, medicine dr, ÖNH-kliniken, Halmstad

Thomas Neumark, distriktsläkare, Lindsdals Hälsocentral, Kalmar, doktorand IMH, Linköping

Agneta Pettersson, civilingenjör, projektledare, SBU, Stockholm

Marie Ryding, överläkare, medicine dr, ÖNH-kliniken, Östersunds sjukhus

Karin Stenfeldt, ÖNH- och audiologspecialist, medicine dr, ÖNH-kliniken, Universitetssjukhuset MAS, Malmö

Inger Uhlén, överläkare, medicine dr, Hörsel- och Balanskliniken, Karolinska Universitetssjukhuset, Stockholm

fortsättning nästa sida

I granskningen av texten har följande medverkat:

Micael Elmersson, distriktsläkare, Norrmalms Vårdcentral, Skövde

Birgitta af Geijerstam, ST-läkare, ÖNH-kliniken, Karolinska
Universitetssjukhuset/Huddinge, Stockholm

Ann-Christin Haffling, distriktsläkare, universitetsadjunkt vid Lunds
Universitet, Institutionen för kliniska vetenskaper i Malmö -
Allmänmedicin, Malmö

Svante Hugosson, överläkare, medicine dr, ÖNH-kliniken,
Universitetssjukhuset i Örebro

Stellan Håkansson, överläkare, docent, Barn- och Ungdomskliniken,
Norrlands Universitetssjukhus, Umeå

Krister Tano, överläkare, medicine dr, ÖNH-kliniken, Sunderby
sjukhus, Luleå

Britt-Inger Wenngren, överläkare, medicine dr, ÖNH-kliniken,
Norrlands Universitetssjukhus, Umeå

Peter White, överläkare, medicine dr, ÖNH-kliniken, Universitets-
sjukhuset i Lund

<http://www.orlforum.com>

<http://www.smaf.se>

<http://www.sfam.se>