

Mindre antibiotika ska ges vid öroninflammation

Aktiv exspektans gäller för 1–12-åringar – tonåringar och vuxna får antibiotika



INGE AXELSSON, barnläkare, docent, Östersunds sjukhus; Mittuniversitetet, Östersund
inge.axelsson@miun.se



SIGVARD MÖLSTAD, allmänläkare, professor, primärvårdens FoU-enhet, Jönköping

Varje år drabbas omkring 200 000 svenska barn av akut inflammation i mellanörat, akut otitis media, med öronont, gråt, feber och hängighet. För 60 år sedan (1951–1952) genomförde den svenske öronläkaren Ragnar Rudberg ett viktigt pionjärbete: en kvasi-randomiserad, öppen, placebokontrollerad studie av antibiotika mot akut mediaotit [1]. I Rudbergs penicillin-grupper och placebogrupp fick 0 procent respektive 17 procent av barnen mastoidit, ofta orsakad av streptokocker grupp A (GAS). Penicillin blev därmed standardbehandling av akut mediaotit jorden runt.

Men tiderna förändras. Av okänd anledning minskade förekomsten av GAS vid akut mediaotit, och på 1980-talet visade studier i Holland och Danmark att måttligt svåra fall av akut mediaotit kunde slippa antibiotika utan att riskera mastoidit.

Mindre antibiotika i nya riktlinjer

Vid ett svenskt konsensusmöte om barn med öroninflammation år 1991 var det självklart att alla barn med akut mediaotit skulle få antibiotika. Somliga barn med återkommande akut mediaotit (öronbarn) fick antibiotika profylaktiskt vid virusinfektioner eller långtidsbehandlades med antibiotika i låg dos [2].

Vid nästa konsensusmöte år 2000 mildrades den stränga antibiotikaregimen. För barn under 2 år gällde fortfarande antibiotika till alla fall av akut mediaotit, men vid 2–16 års ålder kunde doktor och föräldrar i okomplicerade

fall tillsammans välja mellan antibiotika eller vänta och se [3].

Höginkomstländerna Japan, Nya Zeeland, Polen, Storbritannien och Ungern och medelinkomstlandet Brasilien har under de senaste åren gått över till aktiv exspektans (vänta och se) vid akut mediaotit med måttliga symtom hos i övrigt friska barn i alla åldrar, från nyföddhet och uppåt.

Flera höginkomstländer som ligger nära oss geografiskt och/eller kulturellt rekommenderar aktiv exspektans från 6 månaders ålder: Australien, Kanada, Danmark, Holland och Tyskland och, vid osäker diagnos, USA [4]. Det är viktigt att framhålla att akut mediaotit i fattiga länder är en helt annan sjukdom än i höginkomstländer, och våra kliniska riktlinjer kan inte exporteras till läginkomstländer.

Marie Gisselsson Solén och Ann Hermansson beskriver i detta nummer av Lakartidningen de nya svenska rekommendationerna för akut mediaotit: antibiotika rekommenderas vid säker akut mediaotit hos alla spädbarn (<1 år) och alla tonåringar (>12 år) och vuxna.

Marie Gisselsson Solén och Ann Hermansson beskriver i detta nummer av Lakartidningen de nya svenska rekommendationerna för akut mediaotit: antibiotika rekommenderas vid säker akut mediaotit hos alla spädbarn (<1 år) och alla tonåringar (>12 år) och vuxna.

Trygga svenska rekommendationer

Några fakta förtjänar att betonas:

- Aktiv exspektans för barn mellan 1 och 12 års ålder innebär inte att tex en 3-åring med akut mediaotit ska avvisas från sjukvården. Barnet ska undersökas, och anamnes och kliniska fynd ska bedömas. Råd om smärtlindring ska ges, och föräldrarna ska uppmanas att kontakta sjukvården vid försämring eller utebliven förbättring, oavsett om barnet får antibiotika eller inte.



Foto: A/ Photo/Science Photo Library/IBL

De nya svenska riktlinjerna för akut mediaotit kräver diagnostisk färdighet.

- Akut mediaotit är ovanlig bland tonåringar och vuxna. Patienter i dessa åldersgrupper ska undersökas noga, alltid få antibiotika, och man ska överväga remiss till öronläkare om man misstänker en riskfaktor.
- Jämfört med flera grannländer är vi mindre restriktiva med antibiotika. Allmänläkaren kan vara trygg så länge han/hon följer rekommendationerna.
- Strävan efter att minska bruket av antibiotika vid akut mediaotit gäller främst barnen. Antibiotika ger biverkningar, minskar bara marginellt risken för allvarliga komplikationer (2 500–5 000 antibiotikakurer behövs för att undvika 1 fall av mastoidit) och

■ sammanfat tat

I flera europeiska länder rekommenderas att flertalet barn med akut mediaotit inte ska få antibiotika. Riktlinjerna har utvärderats i Storbritannien och visats fungera bra.

De nya svenska riktlinjerna innebär att okomplicerade fall av akut mediaotit hos 1–12 år gamla barn i allmänhet inte ska antibiotikabehandlas från början utan bara vid försämring eller utdraget förlopp.

påverkar tarmens mikroflora under längre tid än man tidigare trott [5].

- Nyligen har två stora randomiserade studier av akut mediaotit publicerats från Finland [6] respektive USA [7]. De nya svenska rekommendationerna är väl förenliga med resultaten från dessa studier.

Aktiv expektans och undersökning

Patienter som misstänks ha öroninflammation behöver sällan undersökas kvälls- och nattetid utan bör erbjudas en läkartid påföljande dag, på samma sätt som tidigare. I de fall föräldern/patienten i stället uppmanas ringa igen nästa dag om besvär skulle kvarstå, bör de garanteras en lättframkomlig kontaktväg.

Ge råd om smärtlindring med antingen paracetamol eller ibuprofen (barn >6 månader). Förbered gärna föräldrarna redan vid telefonkontakten på att antibiotika sannolikt inte kommer att förskrivas om barnet är mellan 1 och 12 år.

Många föräldrar har lärt sig att behandlingen är aktiv expektans, och de dröjer därför med att kontakta sjukvården. Ta reda på hur länge symtomen har varat – feber och öronvärk som kvarstått >1 dygn bör läkarundersökas. Man behöver bedöma om det finns tidiga tecken på mastoidit och om mediaotiten är bilateral eller perforerad.

För barn <4 år behövs dessutom bedömning av trumhinnestatus (finns samtidig akut mediaotit eller sekretorisk mediaotit på andra örat?) för beslut om uppföljning.

Barn som har tecken på svårare infektion med påverkat allmäntillstånd som slöhet, oförmåga till kontakt eller irritabilitet måste erbjudas läkarundersökning akut.

Förändrad diagnostik krävs

De nya rekommendationerna innebär förändrad diagnostik. Vid läkarundersökning måste rörligheten av trumhinnan bedömas med Siegles tratt och ballong. På många håll har de under årens lopp försvunnit från mottagningarna och behöver alltså införskaffas och re-

gelbundet användas för kontinuerlig träning.

Det är svårt att få lufttätt i hörselgången med enbart en tratt samtidigt som det finns risk att skada hörselgången med de vassa kanterna i tratten om inte vårdnadshavaren klarar att hålla barnets huvud still.

Därför bör också plastkuffar (Siegle-tätningar) införskaffas. De träs på tratten, finns i olika storlekar och är möjliga att återanvända efter rengöring.

Tympanometri ökar den diagnostiska säkerheten både vid det akuta insjuknandet och vid uppföljning. Tympanometri kräver också utbildning och sedan fortlöpande träning både i att genomföra undersökningen och tolka resultatet. Om paramedicinsk personal får huvudansvar för tympanometri bör läkare samtidigt lära sig att använda metoden. Ett sätt att försäkra sig om tillräcklig träning är att rutinen för efterkontroll också innehåller tympanometri.

Nya rutiner för information/uppföljning

En större andel av barnen kommer inte att erbjudas antibiotika. Att använda sig av skriftlig information ger föräldrarna ökad kunskap och sannolikt också trygghet. I rekommendationerna finns ett förslag till skriftlig information. På Stramas webbplats <<http://www.strama.se>> finns samma föräldrainformation i Word-format; denna kan laddas ned och enkelt anpassas till den lokala enhetens behov.

I dag varierar rutiner för uppföljning av akut mediaotit mellan olika enheter. Behandlingsrekommendationerna ger förutsättningar för att skapa enkla rutiner för kontroll.

Ett alternativ för efterkontroll kan vara att använda föräldraanamnes tillsammans med tympanometri.

Vid misstanke om hörselnedsättning bör dock alla patienter oberoende av otitanamnes läkarundersökas med pneumatisk otoskopi/otomikroskopi och hörseltest utföras på vårdcentralen om barnet är >4 år eller remitteras för hörseltest och/eller utvidgad undersök-

ning hos öron-, näs- och halsläkare/audiolog.

■ *Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.*

REFERENSER

1. Rudberg R. Acute otitis media; comparative therapeutic results of sulphonamide and penicillin administered in various forms. Acta Otolaryngol Suppl. 1954;113:1-79.
2. Medicinska forskningsrådet (MFR) och Sjukvårdens och socialvårdens planerings- och rationaliseringsinstitut (Spri). Konsensusuttalande: Barn med öroninflammationer. Stockholm: Spri; 1991 (Spri tryck 208).
3. Behandling av akut öroninflammation hos barn. Konsensusuttalande: Landstingsförbundet, Medicinska forskningsrådet och Socialstyrelsen 2000. ISBN: 91-85547-26-3.
4. André M, Axelsson I, Hemlin C, Nasta F. Behandling av akut otitis media i andra länder – översikt över 28 nationella riktlinjer. Information från Läkemedelsverket. 2010;(5):37-43.
5. Jernberg C, Löfmark S, Edlund C, Jansson JK. Long-term impacts of antibiotic exposure on the human intestinal microbiota. Microbiology. 2010;156:3216-23.

Vill du skriva en medicinsk kommentar?

Välkommen! Men kontakta först Stefan Johansson, medicinsk redaktionschef:
stefan.johansson@lakartidningen.se

Utmanande saklig

Läkartidningen