

# Barn med ont i örat – inget för läkaren?



**KRISTIAN ROOS**, överläkare,  
öron-, näs- och halsmottagning-  
en, Lundby sjukhus, Göteborg

**EVA ELLEGÅRD**, överläkare,  
öron-, näs- och halsmottag-  
ningen, Kungälv sjukhus

I vilken utsträckning skall barn med akut mediaotit antibiotikabehandlas? Om detta tvistar de lärde, både i Sverige och utomlands. Det beror troligen delvis på bristen på bra jämförande studier. I Nederländerna får bara ca 30 procent av patienterna antibiotika, men i USA och Storbritannien är siffrorna nära 100 procent [1]. I Sverige anges frekvensen till ca 90 procent [2]. Dessa siffror säger inget om skillnaderna inom länderna. I en studie från Göteborg fick närmare 100 procent av barnen antibiotika [3].

Skillnaderna kan delvis bero på olika definitioner av akut mediaotit, och det bör noteras att vi i Sverige har betydligt hårdare kriterier för akut mediaotit än man har i de flesta andra länder. Det som i de flesta studier uppfyller kriterierna för akut mediaotit kallas i Sverige »simplexotit«, och för detta tillstånd rekommenderas exspektans!

För att diagnosen akut mediaotit skall ställas rekommenderades i konsensusuttalandet från 2000 (Konsensus 2000) att det skall övertygande konstateras att det finns purulent sekret bakom trumhinnan [4]. Där fastslogs också att undersökningen inte behöver ske på jourtid om det inte finns misstanke om annan sjukdom. Dessutom gavs riktlinjer för behandling och efterkontroll av akut mediaotit. I Läkemedelsboken 2003/2004 hävdade vi, med utgångspunkt från Konsensus 2000 och våra egna erfarenheter, att man vid misstanke om akut mediaotit skall undersöka barnet – inklusive trumhinnan – och, där möjlighet finns, avstå från behandling [5]. För detta har vi kritiserats [3, 6] och replikerat [7].

I Östergötland (och kanske på flera andra håll?) har man minskat antalet läkarbesök med diagnosen akut mediaotit kraftigt. Genom att engagera läkare, telefonrådgivande sjuksköterskor och lokalpress i policyn att man bara undantagsvis behandlar barn över 2 år med öroninflammation har antalet läkarbesök för diagnosen akut otit nästan halverats mellan åren 1999 och 2003 [6].

Denna nedgång torde huvudsakligen bero på att färre söker sjukvården med sina öronsjuka barn, då man ändå inte (eller bara undantagsvis) antibiotikabehandlar barn över 2 år. Extrapoleras dessa siffror kommer man under 2007 att ha utplånat diagnosen akut mediaotit i Östergötland.

## Sekretorisk mediaotit och risken för hörselnedsättning

Kvarstående vätska i mellanörat är den vanligaste följden av akut mediaotit. Den är så vanlig att den knappast kan ses som en

»Extrapoleras dessa siffror kommer man under 2007 att ha utplånat diagnosen akut mediaotit i Östergötland.«

komplikation utan mer som ett följdtilstånd. Enligt Konsensus 2000 skall patienter med akut mediaotit efterkontrolleras; detta för att hjälpa barn med hörselnedsättning orsakad av vätskan i mellanörat och för att undvika kronisk sekretorisk otit, som kan leda till permanenta skador.

Enligt vårt nationella kvalitetsregister sätter vi plaströr på ca 10 000 barn/år i Sverige för att normalisera hörseln och för att förebygga dessa sena besvär.

## Är kirurgi priset för antibiotikapolicyn?

Vad händer då med patienter som inte behandlas för sin akuta mediaotit? Det finns inga stora kliniska studier med tillräckligt lång uppföljningstid, där frekvensen sena komplikationer jämförts hos barn som fått eller inte fått antibiotika för akut mediaotit. Däremot har visats att man i en experimentell otitmodell får fler komplikationer med sammanväxningar i mellanörat hos obehandlade försöksdjur än hos dem som fått antibiotika [8]. Kanske är det så att det är ännu mer angeläget att efterkontrollera patienter med akut mediaotit som inte behandlas med antibiotika än patienter som behandlas.

Frekvensen rörbehandlingar, som framför allt utförs på barn med sena effekter av akut mediaotit, varierar mellan olika länder. I Storbritannien, USA och Kanada – alla med hög antibiotikaförskrivning vid akut mediaotit – sätts rör på 2,8 respektive 9/1 000 barn <15 år [9]. Motsvarande siffra för Sverige har vi beräknat till ca 10 utifrån vårt nationella kvalitetsregister. I Nederländerna sätts rör på 20/1 000 barn <12 år.

Kan det större behovet av rör till barnen i Nederländerna bero på att den lägre andelen antibiotikabehandlingar givit fler fall av långdragen sekretorisk mediaotit och andra kroniska mellanöreförändringar? I Nederländerna är man generellt restriktiv med antibiotika. Även beträffande tonsillektomier ligger man betydligt över andra jämförbara länder. Är priset för en restriktiv antibiotikapolicy ett ökat behov av kirurgi?

## Akut mastoidit – ingalunda utrotad komplikation

Mastoidit var före antibiotikaeran en vanlig och fruktad komplikation. Ibland utfördes uppmejsling akut på vitalindikation. I och med allmän tillgång till antibiotika ändrades detta radikalt. Idag ses akut mastoidit mycket sällan, och den är i en del fall behandlingsbar med enbart bred paracentes och intravenös antibiotikabehandling. Pneumokocker orsakar idag flest mastoiditer, medan  $\beta$ -hemolytiska streptokocker, som tidigare dominerade, kommer på andra plats.

Det är viktigt att notera att  $\beta$ -hemolytiska streptokocker som orsak till akut mediaotit också minskat kraftigt under de senaste 50–60 åren (vilket sammanfaller med den ökade användningen av antibiotika). De anses idag orsaka färre än 5 procent av fallen men behåller ändå sin plats som patogen vid komplikationer. I Danmark har man dock noterat en ökning av frekven-

## SAMMANFATTAT

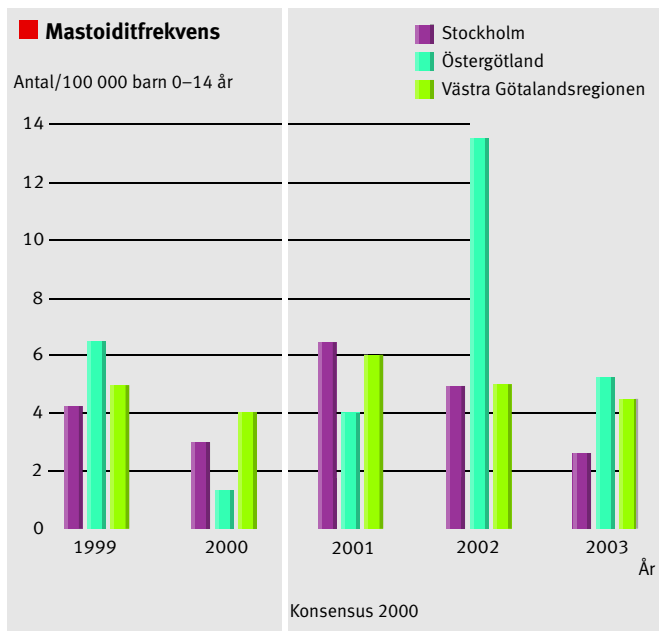
**Det är stora variationer i behandlingen av akut otit i olika länder.**

**De placebokontrollerade studier som finns behandlar selekterade patientmaterial, där också definitionen av akut otit varierar, varför man skall vara försiktig när man generaliserar från dessa studier.**

**Barn med akut mediaotit skall**

undersökas och, i enlighet med otitkonsensus 2000, behandlas och efterkontrolleras. **Akut mastoidit** efter akut mediaotit förekommer fortfarande i Sverige.

**Plaströr återställer hörseln momentant hos barn med sekretorisk otit och kan förhindra utveckling av bestående trumhinneförändringar.**



**Figur 1.** Mastoiditfrekvensen per 100 000 barn 0-14 år kan variera.

sen  $\beta$ -hemolytiska streptokocker som orsak till akut mediaotit och mastoidit [10, 11]. Moraxella catarrhalis, som anges som en av de vanligaste otitbakterierna, orsakar mycket sällan (eller aldrig) komplikationer.

I länder där man har en restriktiv antibiotikapolitik ses en ökad incidens av mastoidit. I länder med mycket hög antibiotikaanvändning ligger den årliga incidensen på 2/100 000 barn under 14 år, medan den i Nederländerna anges till 4. I Sverige har den varierat mellan 2,8 och 5,4 under åren 1999-2003, enligt siffror framtagna av Epidemiologiskt centrum (EpC).

Vi har ur EpCs data räknat fram incidensen av akut mastoidit i Östergötland och några utvalda närliggande län för åren 1999-2003 (Figur 1). Som framgår ligger Östergötland under

**»Vilka rekommendationer, undrar vi? För inte avsåg Konsensus 2000 att vi skulle sluta att undersöka barn med rimlig misstanke om akut mediaotit och att vi skulle sluta med efterkontrollerna!«**

## REFERENSER

1. Froom J. Antimicrobials for acute otitis media? A review from the International Primary Care Network. *BMJ* 1997;315:98-102.
2. Svensk läkemedelsstatistik 2000. Stockholm: Apoteket AB; 2001.
3. Ander AL, Eggertsen R. Akut otitis media behandlas inte enligt rekommendationer. *Läkartidningen* 2004;101:3142-3, 3146.
4. Behandling av akut öroninflammation. Konsensusuttalande. Stockholm: Medicinska forskningsrådet; 2000.

5. Ellegård E, Roos K. Öron-, näs- och halssjukdomar. I: *Läkemedelsboken 2003/2004*. Stockholm: Apoteket AB; 2003.
6. Mölstad S, Engström S. Akut otitis media: Rekommendationerna har haft effekt! *Läkartidningen* 2004; 101:3824-7.
7. Ellegård E, Roos K. Behandling av akut otitis media - vad vi säger i vår artikel står inte i strid med konsensusuttalandet. *Läkartidningen* 2004;101:3461.
8. Melhus A, Janson H, Westman E, Hermansson A, Forsgren A, Prell-

ner K. Amoxicillin treatment of experimental acute otitis media caused by *Haemophilus influenzae* with non-beta-lactamase-mediated resistance to beta-lactams: aspects of virulence and treatment. *Antimicrob Agents Chemother* 1997; 41:1979-84.

Vi vill med detta exempel enbart uppmärksamma att akut mastoidit ingalunda är en utrotad sjukdom och att olika omständigheter och åtgärder kan göra att incidensen tillfälligt eller permanent kan öka. Incidensen av akut mastoidit för hela riket före respektive efter Konsensus 2000 uppvisar ingen signifikant skillnad (åren 1999-2003).

## Bättre diagnostik nödvändig

Strax efter publiceringen av Konsensus 2000 varnade Gösta Granström för att rekommendationerna kunde leda till att vi slutade undersöka barn med akut mediaotit [12].

Det är angeläget att minska antibiotikaförskrivningen. Det anser vi bör ske genom förbättrade diagnostiska metoder och ökad kunskap. Läkaren skall göra allt som rimligen är möjligt för att avgöra om det onda örat verkligen är en akut mediaotit och om den i så fall behöver behandlas med antibiotika. Vid besöket i samband med undersökningen ges också möjlighet att informera om behovet av en uppföljande kontroll.

I Konsensus 2000 konstaterades att penicillin V (pcV) skall användas som förstahandsmedel vid okomplicerad akut mediaotit även i fortsättningen. Resistensutveckling bland luftvägspatogener, som är en tydlig följd av ökat bruk av bredspektrumantibiotika, har inte övertygande visats som följd av pcV-behandling. Troligen är detta det viktigaste skälet till att vi i Sverige fortsatt har ett gynnsamt resistensläge, trots att vi behandlar barn med förhållandevis mycket antibiotika, dvs pcV!

## Vore intressant att höra vad STRAMA anser

»Rekommendationerna har haft effekt!« så inleder Mölstad och Engström sitt inlägg i *Läkartidningen* [6]. Vilka rekommendationer, undrar vi? För inte avsåg Konsensus 2000 att vi skulle sluta att undersöka barn med rimlig misstanke om akut mediaotit och att vi skulle sluta med efterkontrollerna! Man kan få intrycket att STRAMA stöder Mölstads och Engströms uppfattning om handläggningen av barn med akut mediaotit.

Det vore intressant att höra åsikterna hos såväl STRAMA som övriga läkare som handlägger barn med akut mediaotit.

■ *Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.*

9. Engel JA, Anteunis LJ, Hendriks JJ. Treatment with grommets in the Netherlands: incidence in children from birth to 12 years. In: Tos M, Thomsen J, Balle V, editors. *Otitis media today*. The Hague, The Netherlands: Kugler Publ; 1999. p. 451-5.

10. Jensen IP, Ejlersen T. Reappearance of group A streptococci in acute otitis media. *Scand J Infect Dis* 1990;22:431-5.
11. Petersen CG, Ovesen T, Pedersen CB. Acute mastoidectomy in a Danish county from 1977 to 1996 with focus on the bacteriology. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol* 1998; 45:21-9.
12. Granström G. Antibiotika eller ej vid akut öroninflammation? *Läkartidningen* 2000;97:3838-42.