Läs mer Sidorna 551–555 i Läkartidningen 8/2006 och sidan 1998 i detta nummer.

STRAMA håller fast vid Otitkonsensus

CHRISTER NORMAN, allmänläkare, Salems vårdcentral, Stockholm christer.norman@sns.sll.se
OTTO CARS, professor, Uppsala universitet, ordförande i STRAMA
ANN SÖDERSTRÖM, bitr smittskyddsläkare, Västra Götalandsregionen
ANITA BYLANDER GROTH, med dr, ÖNH-läkare, Curakliniken, Malmö
ANN HERMANSSON, docent, öron-, näs- och halskliniken, Universitetssjukhuset i Lund
Författarna är knutna till STRAMA

I en artikel i Läkartidningen nr 8/2006 efterfrågar öron-, näs- och halsläkarna Kristian Roos och Eva Ellegård STRAMAs syn på handläggningen av barn med öroninflammation. Frågan har därför diskuterats i STRAMAs ledningsgrupp med representanter för lokala STRAMA-grupper. En enkel enkät via e-post har också besvarats av alla ordförande för de lokala grupperna. Data kring mastoiditer har tagits fram från Socialstyrelsens slutenvårdsregister.

Otitkonsensus i maj 2000 innebar nya riktlinjer för omhändertagande av barn med akut otit baserade på ett nytt, aktuellt kunskapsläge. Specialister inom öron-, näs- och halssjukdomar, allmänmedicin, infektionssjukdomar, mikrobiologi m fl deltog i framtagandet av detta dokument, som idag utgör grunden för omhändertagandet av barn med öroninflammation i Sverige. Konsensus gäller okomplicerad akut mediaotit hos i övrigt friska barn mellan 2 och 16 år som inte har recidiverande otiter. Några av de viktigaste slutsatserna listas här.

- Akut öroninflammation föreligger vid buktande trumhinna med eller utan tecken till perforation (flytning i hörselgången). Enbart röd trumhinna är inte öroninflammation.
- En mycket stor del av akuta otiter hos denna grupp av barn läker utan antibiotikabehandling. Vid konstaterad akut otit hos barn över 2 år utan allmänpåverkan eller perforation kan man därför primärt avstå från antibiotika.
- Sekretorisk otit är lika vanligt i efterförloppet med antibiotikabehandling som utan.
- Mastoidit är mycket ovanligt (färre än 1 per 10 000 otiter)
- Tid för läkarbedömning av i övrigt opåverkade barn med misstänkt otit bör erbjudas inom ett dygn, och undersökning behöver endast i undantagsfall ske på jourtid. Om barnet blir besvärsfritt under väntetiden behöver undersökning inte göras.
- Barn med konstaterad akut otit rekommenderas en efterkontroll, som i normalfallet bör ske efter tre månader. Detta är särskilt angeläget för de minsta barnen, oberoende av om infektionen behandlats eller inte.

Viktigt minska antibiotikaförskrivningen

I hela världen försöker man minska förskrivningen av antibiotika för att möta den hotande utvecklingen av bakterier med nedsatt antibiotikakänslighet. Just antibiotikakonsumtionen bland små barn med övre luftvägsinfektioner har uppmärksammats, och man har i många länder sett över indikationerna för antibiotikabehandling. Rekommendationer om förbättrad diagnostik och minskad förskrivning av antibiotika vid akut otit har under senare år kommit i många länder. Nya riktlinjer från Holland i slutet av 1980-talet har följts av nya riktlinjer i bl a de nordiska länderna och i USA [1]. I den nyligen gjorda enkäten till 17 lokala STRAMA-grupper i landet framkommer att alla försöker föra ut information om Otitkonsensus till läkare och allmänhet.

Färre besök för övre luftvägsinfektion och otit i flera länder

Otitkonsensus förtydligade diagnostiken och påtalade antibiotikas begränsade effekter. Med sådana rekommendationer är det inte förvånande att antalet otitdiagnoser har minskat i Sverige. Därmed har också efterkontrollerna minskat. Barn med ihållande öronvärk, flytning ur örat och allmänpåverkan ska naturligtvis erbjudas adekvat undersökning, precis som tidigare. I Sverige finns det exempel på att antalet personer som får diagnosen akut otit hos allmänläkare har minskat, bl a i Östergötland, där minskningen var drygt 40 procent från 1999 till 2003 [2].

Antalet personer som söker läkarvård för övre luftvägsinfektioner förefaller ha minskat överlag. I en större brittisk studie [3] följdes besöksorsaker på 73 allmänläkarmottagningar som betjänade en befolkning på 600 000 personer mellan åren 1994 och 2000. Här såg man en minskning i besöksfrekvensen för övre luftvägsinfektioner med 38–48 procent. Minskningen var likartad för akut otit, däremot inte för hud-och mjukdelsinfektioner eller urinvägsinfektioner. Författarnas slutsats är att »tröskeln« för att gå till doktorn har höjts, alternativt att förekomsten av infektioner har minskat.

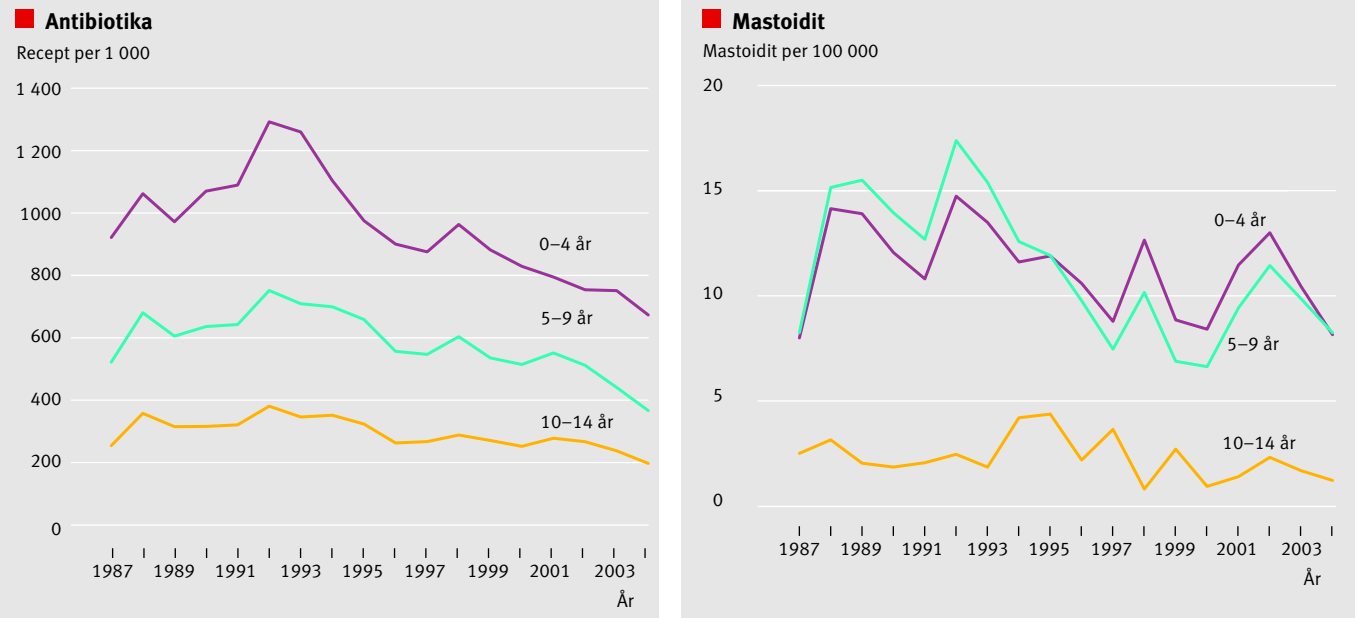
Liknande data finns för Kanada [4], där antalet otitdiagnoser bland 325 000 barn minskat med knappt 40 procent åren 1995–2001. I en färsk holländsk undersökning [5] bland 350 000 patienter minskade antalet otiter på ca 100 vårdcentraler med knappt 40 procent mellan 1987 och 2001. Här såg man också att fler otitpatienter fick antibiotika år 2001 än 1987: 27 procent 1987 mot 48 procent 2001. Tolkningen är att färre söker läkare för öronbesvär men att de som söker är sjukare. Detta skulle kunna tyda på att vi med information och andra åtgärder aktivt kan påverka sökbeteenden.

Mastoidit har inte ökat trots halverad antibiotikaanvändning

I England har, liksom i Sverige, antibiotikaanvändningen till barn nästan halverats mellan 1993 och 2003. Det har funnits en oro för att denna minskning skulle kunna leda till en ökning av ovanliga komplikationer till bakteriella infektioner, som reumatisk feber, mastoidit och peritonsillit. I en engelsk undersökning [6] såg man ingen ökning av peritonsilliter eller reu-

SAMMANFATTAT

År 2000 presenterades nya riktlinjer, Otitkonsensus, för handläggning av akut öroninflammation hos barn.
Riktlinjerna påtalade att eftersom en stor del av akuta öroninflammationer hos i övrigt friska barn läker ut av sig själv kan man primärt avstå från antibiotika till barn över 2 år utan allmänpåverkan eller perforation.
Flera internationella studier visar att besöksfrekvensen för övre luftvägsinfektioner och öroninflammation har minskat under de senaste tio åren.
Antibiotikaanvändningen bland svenska barn har halverats på tio år.
Några tecken till ökning av allvarliga komplikationer som mastoidit kan man inte se.
En nyligen publicerad meta-analys stöder slutsatserna i Otitkonsensus.



Figur 1. Antibiotikarecept per 1 000 barn och antalet mastoiditer per 100 000 barn i olika åldersgrupper.

matisk feber under perioden 1993–2003 hos barn i åldrarna 0–14 år.

Från slutenvårdsdata såg man en ökning av mastoiditer från 6,9 till 8,2 fall per 100 000 barn. Från primärvårdsdata såg man i stället en minskning från 9,4 till 7,6. Resultaten är således något motstridiga – men med en liten eventuell ökning eller minskning.

Antalet barn mellan 0 och 14 år som sjukhusvårdas i Sverige för mastoidit har legat kring 100 de senaste 20 åren, enligt data från slutenvårdsregistret. Åren 1987–2004 halverades antibiotikaanvändningen bland barn mellan 0 och 14 år, enligt försäljningsstatistik från Apoteket AB (Figur 1). Under samma år minskade antalet barn som slutenvårdats för mastoidit något. Eftersom det är få fall blir variationerna mellan åren ganska stora, och man får tolka förändringarna i det korta perspektivet med viss försiktighet.

»Otitkontroll« en fråga som bör utredas

Frågan om efterkontroller ingick inte i Otitkonsensus' utredningsuppdrag, varför frågan behandlades mycket kortfattat och man upprepade rekommendationen från 1991 om att kontroll bör ske efter tre månader för att säkerställa normalisering av hörsel och trumhinnestatus. Man påpekade att det var angeläget med forskning kring olika former för dessa kontroller. I bakgrundsmaterialet påpekades att eventuella avsteg från kontroll inte bör omfatta de allra yngsta barnen eller barn med återkommande otiter.

STRAMAs uppfattning är att denna fråga inte primärt rör antibiotikaförskrivning och antibiotikaresistens. Det handlar om uppföljning av barn efter otiter och andra tillstånd som kan medföra hörselnedsättning. Det finns goda skäl att ta fram evidensbaserade riktlinjer i denna fråga.

Otitkonsensus gäller fortsatt

Sammanfattningsvis anser STRAMA att Otitkonsensus fått genomslag i sjukvården, vilket kan avläsas som minskat antal barn som fått diagnosen öroninflammation och som minskad antibiotikaanvändning. Vi ser heller inga tecken till ökad frekvens av öronkomplikationer.

Otitkonsensus har dessutom fått ytterligare aktualitet i en ny metaanalys av sex randomiserade studier som jämför antibiotika med placebo vid akut mediaotit [7]. I den fann man att antibiotika var fördelaktigast i subgrupperna barn under 2 år med bilateral otit och barn med flytning i örat, dvs väsentligen just de grupper som konsensus lyfter fram. Det finns således nu ännu tyngre evidens för att kunna rekommendera exspektans till barn över 2 år utan allmänpåverkan eller perforation.

Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.

REFERENSER

1. American Academy of Pediatrics. Clinical practice guideline: diagnosis and management of acute otitis media. Pediatrics. 2004;113:1451-65.
2. Mölstad S, Engström S. Rekommendationerna har haft effekt! Läkartidningen. 2004;47:3824-27.
3. Flemming DM, Ross AM, Cross KW, Kendall H. The reducing incidence of respiratory tract infection and its relation to antibiotic prescribing. Br J Gen Pract. 2003;53:778-83.
4. Kozyrskyj AL, Carrie AG, Mazowita GB, Lix LM, Klassen TP, Law BJ. Decrease in antibiotic use among children in the 1990s: not all antibiotics, not all children. CMAJ. 2004;171(2):133-8.
5. Kuyvenhoven M, van Essen G, Schellevis F, Verheij T. Management of upper respiratory tract infection in Dutch general practice; antibiotic prescribing rates and incidences in 1987 and 2001. Fam Pract. 2006;23:175-9.
6. Sharland M, Kendall H, Yeates D, Randall A, Hughes G, Glasziou P. Antibiotic prescribing in general practice and hospital admissions for peritonsillar abcess, mastoiditis and rheumatic fever in children: time trend analysis. BMJ. 2005;331:328-9.
7. Rovers MM, Glasziou P, Appelman CL, Burke P, McCormick DP, Damoiseaux RA, et al. Antibiotics for acute otitis media: a meta-analysis with individual patient data. Lancet. 2006;368:1429-35.