

Öron-, näs- och halssjukdomar

Gösta Granström, Sahlgrenska Universitetssjukhuset, Göteborg
Christer Norman, Salems Vårdcentral, Rönninge

Inledning

Så gott som alla människor drabbas någon gång under sin livstid av en åkomma i öron-, näs- och halsområdet (ÖNH). Lika så kommer all sjukvårdspersonal någon gång i kontakt med patienter som söker för ett tillstånd inom ÖNH. Drygt 30% av alla patienter som söker akut inom primärvården har en åkomma inom ÖNH som sökorsak. Detta kapitel vänder sig till sjukvårdspersonal som ofta kommer i kontakt med ÖNH-relaterade sjukdomar. De vanligaste och viktigaste diagnoserna täcks in här, men kapitlet är inte heltäckande. För mer fördjupad information hänvisas till andra böcker inom ämnesområdet (1).

Öronsjukdomar

Ytteröra

Ytterörat är lätt tillgängligt för undersökning. En del sjukdomar som t ex tumörer kan gömma sig på baksidan och undgå upptäckt under lång tid. Ytterörat får under en livstid en hög dos solbestrålning och med åren brukar allt fler solutlösta hudförändringar ses, särskilt inom övre delen av örat. Sedvanlig provtagning för att utesluta maligniteter rekommenderas.

Skador på ytterörat är vanliga och kan ofta primärsutureras med gott läkresultat. Vid penetrerande skador rekommenderas antibiotikaprofylax som främst riktas mot stafylokokker (flukloxacillin 750 mg 3 gång-

er/dag i en vecka). Remiss till ÖNH-klinik rekommenderas.

Othematom

Othematom kan uppstå efter vridvåld mot ytterörat. En blödning uppstår då mellan broskhinna och brosk. Obehandlad kan detta ge en bestående formförändring av örat som både ger dålig kosmetik och funktion. Othematom skall dräneras kirurgiskt, men då reblödning är vanlig skall ytterörat packas med t ex flavinbomull och kontrolleras. Även här rekommenderas antibiotikaprofylax (flukloxacillin 750 mg 3 gånger/dag i en vecka). Remiss till ÖNH-klinik rekommenderas.

Erysipelas

Hudinfektioner på ytterörat är vanliga och kan uppstå i eksem eller efter sårskador. Erysipelas är en sådan infektion som förorsakas av betahemolytiska streptokocker. Hela örat blir då rött och svullet och inte sällan sprider sig infektionen till huden runt örat. Ge penicillin V 1 g 3 gånger/dag i 10 dagar. Vid allmänpåverkan kan behandlingsstart ske intravenöst (penicillin G 1 g 3 gånger/dag) vilket ger ett snabbare resultat. Örat läggs om dagligen med alsolsprit-indränkt kompress (Alsolsprit APL öron-droppar, lösning 1% + 10%) och kontrolleras tills god effekt av insatt behandling konstaterats.

Zoster oticus

Infektioner med blåsbildning på ytterörat förekommer och diagnosen zoster oticus

kan vara svår. Uttalad smärta i eller kring örat kan leda tankarna till denna diagnos. Neurologiska symtom som facialispares, hörselnedsättning, tinnitus och yrsel kan förekomma. Specifikt påvisande av varicellae-zoster-virusDNA från blåssekret liksom serologisk diagnostik kan hjälpa till att ställa rätt diagnos.

Antiviral behandling bör sättas in så tidigt som möjligt med peroralt aciklovir 800 mg 5 gånger/dag; valaciclovir 1 g 3 gånger/dag eller famciklovir 500 mg 3 gånger/dag i 7 dagar. Se även kapitlet Hudsjukdomar, s 347 och kapitlet Allmän neurologi och multipel skleros, s 837.

Kondrodermatit

Kondrodermatit är en inflammation i broskhinnan, ofta belägen på helixkanten. Den ses som en upphöjning, är ibland svullen och rodnad, och kan vara mycket smärt-sam. Lokalbehandling med steroidsalva (hydrokortison eller starkare steroid) kan användas för att minska inflammationen och lindra smärtan. Om detta inte har effekt rekommenderas excision hos ÖNH-specialist.

Aterom

Aterom är vanligt förekommande på och runt örsnibben. De består av retinerat material från talgkörtlar och kan ibland bli mycket stora. De infekteras lätt och bör då dräneras kirurgiskt. Därefter läggs en alsolspritindränkt tamponad i såret för att förhindra att abscessen återuppstår. Vid återkommande besvär bör ateromet avlägsnas.

Tumörer

Basaliom, skivepitelcancer och andra maligna tumörer förekommer på ytterörat särskilt hos den äldre befolkningen. Provtagning och excision för rätt diagnos är mycket viktigt och vid behov remitteras patienten till Öronklinik eller Hudklinik.

Hörselgång

För undersökning av hörselgången krävs otoskop eller hellre otomikroskop vilket tillåter samtidig rengöring i hörselgången. Hörselgången har en självrengörande förmåga – kontinuerlig epitelmigration – som

innebär att keratin, hudceller och vax normalt transporteras mot hörselgångsmynningen. Om patienten själv rensar vax med tops eller dylikt kan denna process störas och bör undvikas.

Vaxpropp

Vaxpropp är ett av de vanligaste tillstånden i hörselgången. Den typiska vaxproppen ger upphov till lockkänsla och varierande grad av hörselnedsättning. Ofta kommer hörselnedsättningen plötsligt i samband med dusch eller hårtvätt då vatten tränger in mellan hörselgången och vaxet. Om det inte föreligger någon misstanke om skada på trumhinnan är det oftast lättast att spola ut vaxet med kroppsvarmt kranvatten. Om urspolning inte lyckas kan man lösa upp vaxet med olika örondroppar, t ex Revaxör eller Cerusol. Vid ett återbesök ett par dagar senare brukar vaxet vara betydligt lättare att spola ut, eller suga ur med en öronsug. Om det inte lyckas eller om man misstänker skada på trumhinnan remitteras patienten.

Extern otit

Extern otit är ett samlingsnamn för en grupp tillstånd som utmärks av att den yttre hörselgången är inflammerad. Några olika svårighetsgrader kan urskiljas vilka kräver olika kraftfull behandling. Gemensamt för dem är dock att peroral antibiotikabehandling har påfallande dålig effekt varför lokalbehandling krävs. Nedan följer handläggning utifrån patientens problem.

- Endast klåda – ingen smärta. I hörselgången ses en rodnad, ibland med eksem, men den är inte svullen. Betametasonlösning förskrivs (t ex Diproderm), 1 pipett 2 gånger/dag i en vecka.
- Klåda, viss sekretion, måttlig smärta. Hörselgången är svullen och delvis utfylld av detritus. Hörselgången behöver rengöras manuellt eller rensas med steril alsolsprit. Ge örondroppar med hydrokortison och antibiotika (Terracortril med Polymyxin B) i 5–7 dagar. Eventuell kontroll för ytterligare rengöring.

Tabell 1. Olika begrepp med definition

Begrepp	Definition
”Förkylning på trumhinnan”	Rodnad men normalställd och rörlig trumhinna utan tecken på vätska i mellanörat
Sekretorisk otit	Inflammatoriskt tillstånd med vätska bakom en intakt trumhinna
Akut mediaotit	Purulent inflammation i mellanörat med buktande, rodnad och trög-rörlig trumhinna
Terapisvikt	Oförändrade symtom vid akut mediaotit trots 3 dagars antibiotika-behandling
Recidivotit	Ny mediaotit inom 30 dagar
Otitbenägna barn	3 eller fler mediaotiter under 6 månader

- Klåda, sekretion, uttalad smärta, hörselnedsättning. Hörselgången är helt igentäppt pga svullnad och detritus. Efter rensugning appliceras en tamponad som är indränkt med alsolsprit (Alsolsprit APL örondroppar, lösning 1% + 10%). Patienten fuktar själv tamponaden genom att droppa alsolsprit 4–6 gånger/dag. Kontrollera efter 1–2 dagar för ny rengöring. Beroende på graden av svullnad inlägges ny alsolsprittamponad, eller fortsätt behandling som under föregående punkt.
- Samma som föregående punkt, men inflammationen har spridit sig till ytterörat. Förfar som under erysipelas ovan samt som under föregående punkt.

Vid kroniska besvär kan man ibland se svarta eller vita svampsporer i hörselgången, otomycos. Lokalbehandling med flumetason-kliokinol, eller pensling med Metylrosanilin (=gentianaviolett) lösning 0,1%, rekommenderas då.

Furunkel

Furunkel i hörselgången är ett specialfall av extern otit som kännetecknas av en lokalt ömmande, ibland fluktuerande svullnad i yttre delen av hörselgången. Den behandlas med alsolsprittamponad som ovan. Endast i undantagsfall behöver incision göras.

Hörselgångsexostoser

Hörselgångsexostoser är släta rundade, ofta bilaterala, benutväxter i den inre delen av hörselgången. De kan ibland försvåra diagnostik och behandling av vaxpropp och

extern otit och är mycket smärtsamma vid beröring. Vid stora exostoser kan remiss till öronklinik för ställningstagande till kirurgisk exstirpation vara indicerad.

Mellanöra

Akut mediaotit

Akut mediaotit är efter förkylning den vanligaste luftvägsinfektionen hos barn. Man har tidigare uppskattat att ca 500 000 barn per år i Sverige får en eller flera otiter. Till följd av skärpt diagnostik och förändrad epidemiologi har siffran sjunkit och 250 000 barn torde vara en rimligare uppskattning år 2008. Incidensen är högst från 6 månader till 2 års ålder, för att därefter successivt minska. Den stora majoriteten har sporadiska otiter. Riskfaktorer för otit är hereditet för densamma, rökning i hemmet och daghemsvistelse. Barn som fått otit före 6 månaders ålder har en ökad risk för recidiverande otit. Spontanläkning är vanligt. Otit hos vuxna är ovanligt och dåligt studerat.

Akut otit uppstår ofta efter en vanlig viral övre luftvägsinfektion. Av alla mediaotiter uppskattas 75% ha en samtidig virusinfektion och i upp till 50% av fallen kan man påvisa virus i mellanörat. Pneumokocker är den vanligaste bakterien och står för 40% av de odlingsverifierade fallen. Drygt 90% av pneumokockerna är känsliga för penicillin V. Grupp A streptokocker orsakar cirka 5% av mediaotiter och är alltid känsliga för penicillin V. Haemophilus influenzae och Moraxella catarrhalis är oftast lågvirulenta och spontaneliminering från mellanörat är hög (2).

Terapirekommendationer – Behandling av akut mediaotit	
Barn 2–16 år utan allmänpåverkan eller perforation	Expektans i 2–3 dygn
Barn < 2 år	Penicillin V 25 mg/kg kroppsvikt x 3 i 5 dygn
Barn < 16 år med allmänpåverkan och/eller perforation	Penicillin V 25 mg/kg kroppsvikt x 3 i 5 dygn
Vuxna	Penicillin V 1,6 g x 3 i 5 dygn
Vid penicillinallergi	Erytromycin 20 mg/kg kroppsvikt x 2 i 7–10 dygn
Recidivotit	Penicillin V 25 mg/kg kroppsvikt x 3 i 10 dygn alternativt amoxicillin 20 mg/kg kroppsvikt x 3 i 10 dygn
Terapisvikt	Amoxicillin 20 mg/kg kroppsvikt x 3 i 10 dygn
Penicillinallergi och terapisvikt	Trimetoprim-sulfa se Fass

Symtom och diagnos

Öronvärk i kombination med förkylningssymtom och feber är vanliga symtom vid akut mediaotit. Trumhinnan ska undersökas med otoskop eller otomikroskop och dess rörlighet måste bedömas. Vid mediaotit är trumhinnan rodnad eller blek, buktande och orörlig. Vätska i hörselgången talar för perforation. Rodnad trumhinna som inte buktar och som är rörlig är inte en purulent mediaotit utan vanligen en del i en förkylning eller ett resultat av att barnet skrikit.

Ibland är det omöjligt att inspektera trumhinnan t ex beroende på att vax inte kan avlägsnas. Om barnet inte är allmänpåverkat kan man ge vaxlösande behandling och tid för ny bedömning ett dygn senare. Antibiotika bör inte ges ”för säkerhets skull” i sådana situationer.

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.

Behandling

Metaanalyser från bl a Cochrane av placebokontrollerade studier har visat att omkring 80% av barnen i placebogrupperna är friska inom 7 dagar, medan 87% av de antibiotikabehandlade barnen är friska inom samma tidsintervall. Hälften av barnen över 2 år med unilateral otit är fria från feber och smärta inom 2 dygn oavsett antibiotika eller inte. Barn under 2 år och barn

med perforerad otit har ett mer långdraget läkningsförlopp där effekten av antibiotika är större.

En mycket stor del av akuta otiter hos i övrigt friska barn i åldern 2–16 år läker således utan antibiotikabehandling. Vid konstaterad akut otit hos barn över 2 år utan allmänpåverkan eller perforation kan man därför primärt avstå från antibiotika. Om barnet inte blivit bättre 2–3 dagar efter läkarbesöket bör ny bedömning ske, antingen via nytt besök eller via telefonkontakt. Antibiotika bör då förskrivas. Ett alternativ som kan användas i speciella situationer är att redan från början ge ett ”recept i reserv” med råd om uthämtning vid utebliven förbättring inom 2–3 dygn.

Barn med recidiverande otiter, immunbristsjukdomar eller annan allvarlig grundsjukdom bör antibiotikabehandlas direkt.

Barn med konstaterad akut otit rekommenderas en kontroll av hörsel och trumhinnestatus som i normalfallet bör ske efter 3 månader. Detta är särskilt angeläget för de minsta barnen och är oberoende av om infektionen behandlats med antibiotika eller inte.

Recidiverande akut mediaotit

Cirka 10% av alla barn får recidiverande akut mediaotit, dvs minst 3 episoder akut mediaotit inom 6 månader. Det är vanligast i åldrarna 1/2–2 år. De flesta barn med recidiverande akut mediaotit har även mer eller mindre långvariga episoder av sekretorisk mediaotit. Recidiverande akut mediaotit bör i regel antibiotikabehandlas.

Rörbehandling kan bli aktuell men det vetenskapliga underlaget är dåligt. Barn med recidiverande akut mediaotit bör remitteras till ÖNH-läkare.

Komplikationer

Sekretorisk otit är lika vanligt i efterförloppet till en akut mediaotit med eller utan antibiotikabehandling. Antibiotikabehandling minskar inte risken för bestående hörselnedsättning och inte heller risken för att få recidiverande otiter (1).

Mastoidit är mycket ovanligt (färre än 1 fall per 10 000 otiter). Ungefär hälften av mastoiditerna utvecklas trots antibiotikabehandling. Mastoidit är vanligast hos barn < 2 år och ska misstänkas vid otit med ihållande smärta, ömhet och rodnad bakom örat, och utstående ytteröra. Vid inspektion finner man ofta var bakom en buktande trumhinna, ibland flytning och taksänkning i hörselgången. Barn med diagnostiserad mastoidit är inläggningsfall på ÖNH-klinik. Behandlingen intensifieras med intravenös antibiotikabehandling, paracentes av trumhinna och eventuellt uppmejsling av temporalbenet.

Akut labyrinthit är vanligen associerad med akut mediaotit. Tillståndet är ovanligt och utmärks av rotatorisk yrsel med nystagmus och hörselnedsättning på den sjuka sidan. Alla patienter med labyrinthit eller misstanke om labyrinthit är inläggningsfall på ÖNH-klinik.

Otogen meningit är en mycket ovanlig komplikation till akut mediaotit med svår allmänpåverkan. Hos mindre barn kan allmänpåverkan vara mer uttalad än symtomen på otit. Feber är vanligt, men kan också saknas. Nackstelhet föreligger, men kan vara svårvärderat och kan saknas hos små barn. Alla patienter med otogen meningit, eller misstanke därom, är inläggningsfall på sjukhus. Andra ovanliga komplikationer till akut mediaotit är perifer facialis pares, sinus trombos och hjärnabscess.

När det gäller barn, speciellt små barn, med otit: Gör en noggrann bedömning av allmäntillståndet och eventuella komplikationer. Även om misstanken om komplikation är ringa bör ÖNH- och/eller barnspecialist kontaktas för bedömning och eventuell observation.

Sekretorisk mediaotit

Vid sekretorisk mediaotit får barnet eller den vuxne ofta lockkänsla och hörseln försämras. Feber och öronsmärta är ovanligt. Däremot kan barnet bli lättirriterat. De flesta barn har haft minst en episod av sekretorisk mediaotit före skolåldern. Nära två tredjedelar läker ut efter 1 månad och cirka 90% efter 6 månader men återfall är vanligt. Med långvarig sekretorisk mediaotit avses att tillståndet pågått under minst 3 månader. Diagnosen ställs med pneumatisk otoskopi eller otomikroskopi och innebär påvisande av vätska bakom en intakt trumhinna. Dessa barn bör remitteras till ÖNH-läkare.

Innan ställningstagande till rörbehandling ska hörselnedsättning ha konstaterats. Rörbehandling förbättrar hörseln vid långvarig sekretorisk mediaotit. Det är dock oklart om den förbättrade hörseln kvarstår på längre sikt eller om språkutvecklingen påverkas positivt. Det är också oklart om hörseln förbättras av valsalva-manöver och olika metoder för autoinflation.

Rörbehandling

De flesta rörinsättningar i Sverige görs pga långvarig sekretorisk mediaotit. På grund av nybildning av trumhinnan från dess centrum är det naturliga förloppet att rören stöts ut. Detta kan ske efter kort tid (3 månader) eller längre tid (ett till flera år). Komplikationerna är sällan allvarliga. Kroniska perforationer och kalkinlagringar (myringoskleros) kan uppstå men de påverkar sällan hörseln. Rörflytningar är en vanlig komplikation till rörbehandling. Dessa ska i normalfallet inte behandlas med peroralt antibiotikum utan istället med örondroppar som innehåller hydrokortison och antibiotika (Terracortril med Polymyxin B). Örondroppar innehållande kinoloner är ett specialistpreparat. Barn med rör kan bada som andra barn och behöver i regel inget speciellt öronskydd.

Andra sjukdomar i mellanörat

Kronisk otit

Begreppet kronisk otit innefattar flera typer av kroniska tillstånd i mellanöra och mastoid på basen av infektion eller inflammation. Trumhinneperforation som inte

läkt på 6–8 veckor ingår ofta i bilden. I vissa fall förekommer en kronisk adhesiv trumhinna och ibland kolesteatom. Generellt bör patienten undvika att få vatten i örat. Om örat rinner rengöres det och behandlas med örondroppar innehållande hydrokortison och antibiotika (Terracor tril med Polymyxin B i 7 dagar). Rådgör med ÖNH-läkare om vidare handläggning.

Kolesteatom

Kolesteatom innebär att epitel från en inbuktning av trumhinnan trängt in i mellanörat eller örats cellsystem. Genom fortsatt tillväxt kan det skada olika strukturer i mellanörat och i vissa fall innerörat. Man kan misstänka kolesteatom om epitel ses i trumhinneperforationen. Om lokalbehandling av örat inte har effekt eller om patienten uppvisar avvikande symtom som facialispares, yrsel eller snabb hörsselförlust skall patienten remitteras till ÖNH-specialist.

Otoskleros

Otoskleros beror på en förbening av stigbygelplattan som gör att ljudet inte fortplantas till innerörat på vanligt sätt. Sjukdomen är vanligare hos kvinnor och kan debutera efter graviditet. Symtomet är en smygande hörselnedsättning, ibland med tinnitus, som kan drabba båda öronen. Inga tecken på öronflytningar eller smärta förekommer vid otoskleros. Trumhinnan ser helt normal ut. Vid hörseltestning ses hörselnedsättning av ledningsfelstyp.

Traumatisk trumhinneperforation

Traumatisk trumhinneperforation kan vara självorsakad (petning med tops eller liknande) eller uppkomma efter örfil, explosionsolycka eller dykning. Vanligtvis är tillståndet inte smärtsamt. Patienten kan ha noterat blödning från örat, en måttlig hörselnedsättning och att det läcker luft i örat vid sväljning. Ofta ser man perforationen vid otoskopi, men små skador kan vara svåra att upptäcka. Test av trumhinneörslighet med Siegles' pneumatiska otoskop ger i sådant fall inget utslag. Om det finns risk för att perforationen kan ha förorenats med t ex vatten av okänd renhetsgrad ges profylaktiskt penicillin V. Rådgör med ÖNH-specialist. I vissa fall läggs rispappersprotes.

Läkning av perforationen liksom hörseln bör kontrolleras efter 3–4 veckor.

Inneröra

Diagnostik av sjukdomar i innerörat baseras i huvudsak på hörselmätningar. Dator-tomografi och magnetresonanstomografi ger begränsad information om innerörats utseende men kan vara av värde för sjukdomar utanför hörselsnäcka och balansorgan, t ex vid misstanke på akustikusneurinom.

Hörselnedsättning kan ha flera orsaker där de vanligaste är åldersbetingad hörselnedsättning och bullerskador. Ett skadat inneröra kan idag inte behandlas medicinskt, men det är viktigt att känna till att vissa läkemedel kan skada hörseln. Ototoxiska läkemedel är framför allt vissa antibiotika såsom aminoglykosider och glykopeptider samt cytostatika. Reversibel hörselnedsättning är visad för vissa betablockerare.

Plötslig dövhet

Plötslig dövhet kan ha flera orsaker och kan i vissa fall vara behandlingsbar. Hörselnedsättningen är av sensorineural typ och kan vara förenad med tinnitus. I de fall plötslig dövhet kan vara förorsakad av en herpesinfektion kan antiviral behandling i kombination med kortison vara av värde. Rådgör med ÖNH-läkare om vidare handläggning.

Dövhet

Helt döva patienter kan idag rehabiliteras med kokleaimplantat. Ljud kan med denna teknik föras över till innerörat från en mikrofon och förstärkare, via radiosändare över huden, till ett implantat som implanterats i hörselsnäckan. Ljudet överförs med elektroniska impulser som fortplantas via hörselnerven till hjärnan där de tolkas. Individen kan med hjälp av dessa signaler och läppavläsning fungera mycket bra hörselmässigt. Problem som föranleder patienten att söka kan vara relaterade till tekniska fel och infektion. Patienten hänvisas till behandlande ÖNH-klinik.

Yrsel

Yrsel se kapitlet Yrsel, s 869, respektive Allmän neurologi och multipel skleros, s 837.

Näsans sjukdomar

Näsan är lättåtkomlig för undersökning med hjälp av pannspegel och nässpekulum. Efter lokalbedövning kan man enkelt undersöka näsans djupare delar med stel- eller fiberoptik.

Infektioner i näsan är vanliga, framför allt förkylning, se kapitlet Luftvägsinfektioner, s 670.

Allergisk rinit

Allergiska näsbesvär kan börja redan i tidig ålder, men debuterar vanligtvis i skolåldern för att sedan bli allt vanligare. Cirka 20% av alla tonåringar har allergisk rinit.

Symtom

Ofta är de nasala symtomen kombinerade med klåda och rodnad i ögonen, konjunktivit, varav termen allergisk rinokonjunktivit. Symtomen från näsan är i huvudsak nästäppa, vattentunn snuva, nysningar och klåda. Intermittent allergisk rinit, varierar med årstider och är oftast utlöst av pollen från lövträd, gräs och örter. Persisterande allergisk rinit finns året runt och kan bero på kvalster och pälsdjur.

Diagnos

Anamnes är den viktigaste delen av utredningen och ofta helt tillräcklig för diagnos. Fråga om dygns- och säsongsvariation, bostadsförhållanden, husdjur och fritidssysselsättningar. Allergitest utförs i form av pricktest. In vitro-diagnostik kan utföras med RAST (Radioallergosorbent teknik), vilket är ett serologiskt test som påvisar förekomsten av allergenspecifika IgE-antikroppar, se även kapitlet Allergiska och immunologiska tillstånd, s 751. Allergitest ger antingen ett positivt eller negativt svar på frågan om patienten har allergenspecifika IgE-antikroppar.

Behandling

Elimination av allergenet kan ibland lindra patientens besvär.

För behandling av allergisk rinit, se Tabell 2. Profylaktisk behandling med natriumkromoglikat kan ges som lösning och pulver för lokalt bruk i näsan, samt som ögondroppar. Lokal behandling med steroider i näsan har god effekt. Ett flertal steroid-

Tabell 2. Läkemedel vid allergisk rinit

Läkemedelsgrupp	Substansnamn	Kommentar
Perorala antihistaminer	Klemastin Desloratadin	Från 1 år
	Cetirizin Loratadin	Från 2 år
	Fexofenadin	Från 6 år
	Ebastin Mizolastin	Från 12 år
Nasala steroider	Budesonid Mometason Triamcinolon Flutikasonfuroat	Från 6 år
	Flutikason	Från 8 år
Nasalt natriumkromoglikat	Natriumkromoglikat	Barn och vuxna
Nasala antihistaminer	Azelastin	Från 12 år
	Levokabastin	Barn och vuxna

er för lokalbehandling finns tillgängliga (budesonid, flutikasonfuroat, mometason, m fl). Dessa kan ges till barn från 6 års ålder, men med viss försiktighet vid långtidsbehandling. Vid längre tids behandling skall näskaviteterna inspekteras regelbundet.

Antihistaminer ges framför allt till patienter med lätta till måttliga besvär och har även effekt på ögonsymtomen. Ett flertal antihistaminer med god effekt finns tillgängliga (cetirizin, loratadin, etc). Antihistaminpreparat finns också för lokal behandling i näsan (azelastin, levokabastin).

Perorala steroider kan vara aktuella vid svåra symtom. Svårbehandlade allergiska riniter kan ibland behandlas med parenterala depåpreparat. Peroral tillförsel har dock fördelen av större flexibilitet och bör vara förstahandsalternativ. Prednisolon i tablettform, 5–10 mg, kan ges dagligen som tillägg till övrig terapi under dagar med höga pollental och/eller kraftiga symtom.

Allergenspecifik immunterapi (ASIT) kan bli aktuell hos patienter som inte blir besvärsfria av medikamentell behandling. Allergenet kan då tillföras subkutant i sti-

gande doser upp till underhållsdos som ges var 6–8 vecka under 3–5 år. Behandlingen kräver specialkunskaper och skall reserveras för utvalda fall. Det finns patienter för vilka denna behandlingsform är den enda effektiva, och det är patienter med långa besvärsperioder liksom vissa med svår kvalsterallergi. Begynnande astma ökar indikationen ytterligare.

Ett nytt alternativ finns nu tillgängligt i form av sublingual behandling mot gräspollenallergen (Grazax). Jämförande studier mot subkutan immunterapi och mot konventionell behandling saknas dock varför dess plats i terapin är oklar.

Icke-infektiös rinit

Icke-infektiös rinit (vasomotorisk rinit, idiopatisk rinit) beror på en överkänslighet mot vissa ämnen som tobaksrök, bilavgaser, starka dofter, trycksvårta mm. Patienterna är oftast äldre än de med allergisk rinit och allergiutredning är negativ. Symtom är nästäppa, snuva och nysningar vid exposition för de utlösande ämnena.

Diagnos ställs på anamnes och uteslutande av allergi.

Behandling vid nästäppa är lokala steroider. Vid vattnig snuva kan nasal spray med ipratropium prövas. Vid krustabildning i näsan är koksaltsköljning och näsolja (sesamolja) indicerat.

Hormonell rinit

Hormonell rinit ses vid graviditet, hypothyreos och ökad produktion av tillväxthormon. Nästäppa under graviditet normaliseras efter partus, men kan vid uttalade besvär behandlas med lokala steroider.

Medikamentell rinit

Medikamentell rinit (rhinitis medicamentosa) karakteriseras av nästäppa efter långvarig behandling med avsvällande näsdroppar och är mycket vanligt. Specifika frågor ger diagnosen och vid inspektion ser man svullna och rodnade slemhinnor i näsan. Behandlingen innebär upphörande med användning av näsdroppar och att under en period om 2–3 veckor ersätta dessa med lokal eller systemisk steroidbehandling.

Näspolyper

Näspolyper är slemhinneutskott som oftast utgår från mellersta näsgången. De är dubbelt så vanliga hos män och ökar i antal med stigande ålder. De kan vara förorsakade av infektion och allergi, och är överrepresenterade hos astmatiker. Vid inspektion i näsan ses de som droppformade gråskimrande slemhinneutskott som kan bli mycket stora och fylla ut hela näsan. Är man osäker på om det är näspolyper eller nedersta näsmusslan man ser, är ett enkelt test att ta en tops och försiktigt beröra strukturen. Näsmusslan har benskallet och är stel medan polypen är lätrörlig.

Behandling av näspolyper är i första hand medicinsk. Uttalad näspolypos behandlas bäst med generell steroidbehandling (tablett prednisolon 10 mg, 2 tabletter/dag i 4 dagar, följt av nedtrappning 5 mg var fjärde dag) följt av lokal steroidbehandling. Det finns ett flertal steroider i pulverform, lösning och spray som är effektiva.

Differentialdiagnos till polypos är inverterat papillom som är en aggressivt växande benign tumör. Behandling av denna är kirurgisk. Näspolyper som trots intensiv steroidterapi inte svarar kan avlägsnas kirurgiskt. Moderna endoskopiska tekniker kan effektivt avlägsna näspolyper med få restsymtom. Gamla tiders evulsio gav ofta patienten permanent nedsatt luktsinne.

Näsblödning

De vanligaste orsakerna till näsblödning är en kärlskada pga förkylning, uttorkade slemhinnor, trauma samt koagulationsrubbning orsakad av medicinering med antikoagulantia (warfarin, heparin) eller trombocythämmare (klopidogrel, acetylsalicylsyra). Sällsynta orsaker till näsblödning är malign tumör, ärftlig koagulationsrubbning och kärllmissbildningar.

Behandling

Ge råd enligt Terapirekommendationerna när en patient ringer med anledning av pågående näsblödning.

Främre näsblödning

Främre näsblödning kommer vanligen från ett blodkärl på nässkiljeväggen. Det kan ibland redan ha slutat blöda när patienten

Terapirekommendationer – Åtgärder vid främre näsblödning		
Nivå	Problem/lösning	Åtgärd
I hemmet	Per telefon	Snyt rent, bedöm vilken sida som blöder, sitt framåtböjd, knip med fingrar om främre delen av näsan i 15–20 minuter.
I hemmet	Fortsatt blödning	Snyt rent, spraya med oximetazolin eller sätt in bomullstuss med matolja, knip om främre delen av näsan i 15–20 minuter.
På vårdcentral	Undersök	Snyt rent, lokalisera blödningskällan, sätt in bomullstuss med lidokainhydroklorid-nafazolin 34 mg/ml + 0,17 mg/ml, knip om främre delen av näsan i 30 minuter.
På vårdcentral	Stoppad blödning	Etsa med kromsyra eller silverniträt, neutralisera och sätt in en bomullstuss med olivolja som patienter själv avlägsnar efter 3 timmar.
På vårdcentral	Fortsatt blödning	Lägg främre tamponad indränkt i lidokainhydroklorid-nafazolin 34 mg/ml + 0,17 mg/ml tills blödnigen är stoppad. Låt denna ligga kvar 24 timmar, ta tillbaka patienten, avlägsna tamponaden och etsa som ovan.
På vårdcentral	Fortsatt blödning	Sätt ny främre tamponad och remittera till ÖNH-klinik.

kommer till mottagningen. Man kan då ofta se det kärl, vilket är orsaken till blödningen, som en liten kärlnopp som sticker ut från slemhinneytan, ofta i Area Kiesselbachi. Om det fortfarande blöder, sug rent i näsan. Bedöva i näsan med en bomullstuss indränkt i lidokainhydroklorid + nafazolin (lidokainhydroklorid-nafazolin 34 mg/ml + 0,17 mg/ml) i 15–20 minuter. Etsa sedan kärlet med kromsyra eller silverniträt. Efter etsning baddas överskottet bort med en koksaltfuktad tops. Lägg därefter en ny bomullssudd indränkt med paraffin i näsborren. Låt patienten stanna en halvtimme på mottagningen för att utesluta en ny blödning. Patienten kan därefter gå hem och får själv dra ut sudden efter ca 3 timmar.

Om det inte går att etsa eller om det fortsätter blöda: Lägg en paraffinindränkt tamponad och låt den sitta i 24 timmar. Det finns även speciella tamponader bl a Mero-cel och Rapid Rhino som kan användas i dessa fall.

Bakre näsblödning

Bakre näsblödning förekommer framför allt hos äldre personer och är sällsynt hos barn och yngre vuxna. Bakre näsblödningar leder vanligen till större blodförluster än främre. Man kan sällan se exakt varifrån det blöder. Den vanligaste lokalen är näsans golv långt in i näsan. Alla fall av bakre näsblödning är inläggningsfall på sjukhus.

Det är dock av stort värde att stoppa blödningen så snart som möjligt, till exempel inför en lång transport till sjukhus.

Bedöm allmäntillståndet. Om patienten är kallsvettig och har en snabb, tunn puls inleds behandling med att sätta en infartskanyl och snabbt ge Ringer-Acetät eller motsvarande. Sug sen rent i näsan. Sväll av med näsdroppar och bedöva med en nafazolinsudd. Lägg en bakre tamponad med en Foleykateter eller speciell näsblödningskateter. Den bakre ballongen fylls med 5–10 ml koksalt. Därefter lägges en främre tamponad indränkt med paraffin eller nafazolin. Katetern säkras med en KAD-klämma. Efter ett dygn tappas den bakre ballongen av långsamt och katetern avvecklas därefter så snart som möjligt.

Nästäppa

Nästäppa är ett mycket vanligt symptom som många patienter söker för. Anamnesen kan ofta ge värdefull information till orsaken. Konstant ensidig eller dubbelsidig nästäppa kan vara förorsakad av septumdeviation, näspolyper eller förstora adenoid. Inkonstant och sidoväxlande nästäppa kan bero på allergisk eller icke-infektiös rinit. Det trängsta partiet i näsan är vestibulum vilket är lätt tillgängligt för inspektion. Tänk på att överförbrukning av vanliga avsvällande näsdroppar är mycket vanligt! Behandling riktas mot underliggande or-

**Läkemedel med nästäppa
som vanlig biverkning i Fass 2008**

Alimemazin
Buspiron
Desmopressin
Enfuvirtid
Kinagolid
Labetalol
Metyldopa
Nikotin
Peginterferon alfa
Ribavirin
Sertindol
Sildenafil
Tadalafil
Terazosin
Vardenafil

sak. Vid uttalad krustabildning i näsan är koksaltsköljning och näsolja (sesamolja) bra hjälpmedel. Näsvidgare kan underlätta insommandet vid nattliga besvär. Vissa läkemedel ger nästäppa som biverkning, överväg att byta dessa.

Näsfurunkel

Uppträder vanligen som en rodnad, svullen och ömmande förändring på näsan utan andra symtom. Vissa fall kan försämrans och ge uttalad svullnad utanför näsan, feber och allmänpåverkan. De okomplicerade lindriga fallen kan med fördel skötas polikliniskt. Täck furunkeln med ett alsolspritomslag som patienten fuktar själv. Ge peroral flukloxacillinbehandling (750 mg 3 gånger/dag i 7 dagar). Kontroller bör göras dagligen. De svårare fallen är alla sjukhusfall eftersom det föreligger risk för utveckling av sinus cavernosustrombos.

Bihålornas sjukdomar

Man kan få viss uppfattning om bihålorna genom inspektion via näsan. Sålunda kan man bedöma slemhinnesvullnad och sekretion från sinus utförsångar. Med fiberskopi är det ibland möjligt att visualisera utförsångarna från sinus maxillaris. I övrigt är man beroende av andra undersökningsmetoder för diagnostik. Punktion och ultra-

ljudsundersökning ger viss information, men är beroende på undersökarens erfarenhet. Ortopantomogram (panoramaröntgen) och slätröntgen ger ytterligare information, men mest information får man som regel av datortomografi, särskilt om den utförs med frontala snitt. Fynd av vätskenivå eller helt tät bihåla talar för rinosinuit, fynd av slemhinnesvullnad talar inte för detta och normal datortomografi utesluter bakteriell rinosinuit.

Akut rinosinuit

Symtom på sporadisk akut rinosinuit är mycket vanlig i befolkningen, men symtomen är oftast inte förorsakade av en antibiotikakrävande bakteriell infektion. Således kan nästäppa, palpations- och perkussionsömheter, huvudvärk som ökar vid framåtböjning bero på slemhinnesvullnad efter en förkylning eller ha andra orsaker. Ensidig uttalad värk över sinus med samtidig illaluktande vargata, nästäppa och en duration efter debut av övre luftvägsinfektion på > 10 dagar är mer typiska symtom för en bakteriell maxillarsinuit. Alla bihålorna kan bli föremål för infektion och ger sinsemellan olika symtom. Maxillarsinuit är vanligast och ger smärta över kinderna, etmoidit ger smärta vid näsroten, frontalsinuit smärta i pannan och sphenoidit smärta mitt i huvudet med utstrålning till nacken.

Behandling

Behandlingen är i princip densamma vid alla typer av sinuit hos såväl barn som vuxna. Dess syfte är att återställa den normala ventilationen och att avbryta den pågående inflammationen. Detta kan i de flesta fall uppnås genom allmänna åtgärder som högläge, vila, näsdroppar, antiflogistika, näsköljningar och lokal steroid i näsan. Det senare framför allt vid recidiverande rinosinuit, samtidigt allergi eller näspolypos.

Randomiserade studier på kliniskt diagnostiserad akut rinosinuit i primärvård har i regel inte visat någon effekt av antibiotika. Studier där man krävt kliniska och radiologiska tecken på rinosinuit har däremot visat att antibiotika medför några dagars kortare utläkningstid. Bland patienter diagnostiserade på detta sätt har man vi-

Terapirekommendationer – Behandling av sporadisk akut rinosinuit	
Symtom	Behandling
Vuxen med förkylningssymtom < 10 dagar och lindrig/måttlig smärta i kinden	Nässköljning, näsdroppar, antiflogistika
Vuxen med purulent snuva > 10 dagar och uttalad ensidig smärta i kinden	Som ovan och överväg behandling med penicillin V 1,6 g x 3 i 7–10 dagar
Barn i förskoleåldern	Näsdroppar, paracetamol
Alla med hög feber, allmänpåverkan samt svullnad och/eller uttalad smärta över sinus	Akut remiss till ÖNH-klinik

sat, 10–14 dagar efter insatt behandling, att 81% bland antibiotikabehandlade respektive 66% bland placebobehandlade har blivit förbättrade eller helt bra (3). Detta motsvarar ett NNT (number needed to treat) på 7.

Akut bakteriell rinosinuit kan indelas i två huvudgrupper med olika klinik, prognos och krav på behandling.

1. Bakteriell sinuit med bibehållet spontant dränage. I dessa fall ses en vargata i mellersta näsgången som tecken att maxillarostiet är öppet och att ciliefunktionen i sinus är intakt med uttransport av sekretet. Datortomografi visar ofta luft i sinus samt vätskenivå som tecken på infektion. Behandla med penicillin V 25 mg/kg kroppsvikt (vuxendos 1,6 g) 3 gånger/dag i 7–10 dagar. Om patienten inte är klart bättre inom 10–14 dagar bör slätröntgen eller hellre datortomografi utföras om detta inte redan är gjort. Kvarstår diagnosen byter man antibiotika efter nasofarynxodling och resistensbestämning. Ensidiga besvär i > 3 veckor bör föranleda ytterligare utredning, ofta hos ÖNH-läkare.
2. Bakteriell sinuit utan spontant dränage. I dessa fall ses ingen vargata i näsan men väl en helt tät käkhåla på röntgen. Denna kräver utöver antibiotikabehandling att upprepade käkspolningar utförs. Om det blir aktuellt med upprepade spolningar kan en dränageslang placeras i bihålan – Sinoject. Genom denna slang kan patienten spolans upprepade gånger.

Sinuit av dentalt ursprung

Sinuit av dentalt ursprung är vanlig. Typiskt är en ensidig maxillarsinuit som kan uppstå efter ett djupt kariesangrepp, pulpa-infektion eller parodontit. Ett samarbete mellan tandläkaren och läkaren är i dessa fall viktigt och tanden behöver som regel saneras (rotfyllas/extraheras) för att infektionen skall kunna läka ut.

Komplikationer till sinuiter

Komplikationer till akut rinosinuit är sällsynta och kan inte säkert förebyggas med antibiotika. Etmoidit med orbitalt flegmone drabbar framför allt barn. I samband med en förkylning, kan den periorbitala vävnaden svullna och inom ett par dagar utvecklas ett orbitalt flegmone. Dessa barn är sjukhusfall och behandlas med intravenöst antibiotikum och ibland operation.

Persisterande rinosinuit

Vid recidiverande rinosinuit eller persisterande symtom bör utredningen inriktas på bakomliggande etiologi eller associerad sjukdom, t ex allergi, näspolypos eller hyperreaktivitet. Utredningen bör innefatta allergiutredning, odling från näsan och anatomisk kartläggning oftast med endoskopi. Detta görs i regel av ÖNH-läkare.

Halssjukdomar

Undersökning av hals ingår som en del av munhåleundersökning. Med hjälp av speglar och en god ljuskälla kan såväl epifarynx som hypofarynx visualiseras. Fiberendoskopi är ett utmärkt hjälpmedel att komplettera undersökningen med om det är

svårt att få god insyn. Denna kan utföras via näsan efter lokalbedövning.

Förstorad adenoid

Adenoiden (tonsilla epifaryngea) är som regel liten vid födseln, men växer under uppväxtåren och når ofta ett maximum i 8–10 års ålder. Hos vissa barn medför den besvär med nästäppa, framför allt på natten med snarkningar, orolig sömn och munandning. Även på dagarna kan den ge besvär med nasalt tal och ständig nästäppa. Inspektion kan avslöja om en förstorad adenoid är orsaken till nästäppan. Barnet bör i så fall hänvisas till ÖNH-specialist för att avgöra om abrasio av adenoid är lämplig åtgärd.

Faryngotonsillit och mononukleos

Faryngotonsillit se kapitlet Luftvägsinfektioner hos barn och vuxna, s 670.

Mononukleos se kapitlet Luftvägsinfektioner hos barn och vuxna, s 670.

Vincents angina

Vincents angina är en tonsillitvariant som förekommer framför allt hos yngre och medelålders män. Tillståndet kännetecknas av ensidiga halssmärter. Allmänpåverkan är mindre än för t ex mononukleos. Den ena tonsillipolen uppvisar en grågul beläggning, ibland med ulceration. Detta är en akut nekrotiserande infektion förorsakad av gramnegativa anaeroba bakterier och spirocheter. Efter bortsugning av nekrotiskt material insättes penicillin V 25 mg/kg kroppsvikt (vuxna 1 g) 3 gånger/dag i 10 dagar. Efterkontroll rekommenderas och om ulcerationen kvarstår hänvisas patienten till ÖNH-specialist för att utesluta malignitet.

Kronisk tonsillit

Flera patienter utvecklar detta tillstånd efter återkommande akuta tonsilliter. Symtom kan vara ständigt halsont, illaluktande proppar i tonsillerna och dålig smak i munnen. Vid odling från tonsillerna finner man ibland avvikande bakterieflora som *H. influenzae*, *S. aureus* och anaeroba bakterier. Tillståndet, som är mycket besvärande för en del personer, kan försöksvis behandlas med klindamycin (Dalacin kapslar 150 mg 3 gånger/dag i 14 dagar). Om inte detta har avsedd effekt kan tonsillektomi vara indicerad.

Peritonsillit

En peritonsillit debuterar ofta under förloppet av en tonsillit. Infektionen sprider sig utanför tonsillen till omkringliggande vävnad. Spridningen är först diffus som ett flegmon, men efterhand avgränsar sig en avkapslad abscess, en halvböld. Patienten har mycket uttalade ensidiga smärtor i halsen med utstrålning mot samma sidas öra. Talet är grötigt. Sväljningssvårigheterna kan bli så uttalade att patienten får svårt att tillgodose sitt vätskebehov. Patienten är allmänpåverkad och har feber som kan bli ganska hög. Inskränkt gapförmåga, trismus, är ett vanligt symtom. Vid inspektion ses en asymmetri i svalget, gomtaget buktar och uvula skjuter över medellinjen.

Behandlingen består av dubblad antibiotikados, penicillin V 25 mg/kg kroppsvikt (vuxna 2 g) 3 gånger/dag i 10 dagar. Dränage av abscessen upprepas varje dag tills dess inget var erhålls. Det brukar räcka med 3–4 dräneringar. Om patienten har svårigheter att dricka, är allmänpåverkad, eller har lång resväg ska patienten läggas in på sjukhus de första dygnet. Om provpunktion är negativ ges antibiotika med ny punktion nästa dag. Dessa fall läggs ofta in på ÖNH-klinik med intravenös antibiotikabehandling. Alla barn med peritonsillit skall vårdas på sjukhus.

Snarkning och sömnapné

Snarkningar och sömnapné se kapitlet Sömnstörningar, s 909.

Indikationer för tonsillektomi

- 1–3 akuta tonsilliter per år under de senaste 2–3 åren
- 1–2 halvbölder inom ett par års tid
- Försämring av psoriasis, reumatoid artrit och glomerulonefrit i samband med akut faryngotonsillit
- Kronisk tonsillit med detritusproppar och symtom som inte har kunnat hanteras medicinskt
- Obstruktiva besvär hos barn med sömnapné
- Halvböld hos barn
- Andningssvårigheter på grund av förstorade tonsiller

Djupa halsinfektioner

Munbottenflegmone

Infektion i munbotten, ibland kallad Ludwigs angina, orsakas vanligen av infektioner som utgår från tänderna, eller mindre ofta från glandula submandibularis. Sjukdomen är ovanlig och kan variera i svårighetsgrad. I enkla fall svullnar munbotten och tungans främre delar som lyfts upp. Munbotten är hård och ömmande. I komplicerade fall svullnar även de bakre delarna av munbotten och tungbasen. I dessa fall föreligger en fara för den fria luftvägen. Alla patienter med munbottenflegmone ska vårdas på sjukhus. På sjukhuset utförs punktion av svullnaden och tömning av eventuell abscess. Patienten behandlas intravenöst med antibiotika och eventuellt dentalt ursprung till infektionen bedöms av tandläkare.

Knuta på hals

Undersökning av knutor på halsen kan ske med palpation. Vidare används finspetspunktion som oftast säkerställer diagnos. Röntgen, t ex datortomografi, är värdefull för att värdera spridning av infektion eller malignitet, närhet till stora kärl och nerver.

Lymfadenit

Lymfadenit har vanligen en kort anamnes och kan uppstå efter infektion i tonsiller, tänder, spottkörtlar eller andra närliggande strukturer. Finspetspunktion säkerställer diagnosen. Vid akut bakteriell infektion ges penicillin V 1 g 3 gånger/dag i 10 dagar (barn 12,5 mg/kg kroppsvikt 3 gånger/dag i 10 dagar). Vid enstaka tillfällen kan det ske smältning med abscessbildning. I dessa fall måste abscessen tömmas. Infektion med atypiska mykobakterier börjar vanligen lite långsammare med en eller flera svullna lymfkörtlar i submandibularisområdet. I senare skede tillstöter ofta en hudrodnad. Behandlingen kan vara kirurgisk med exstirpation. I en del fall där infektionen inte är så aktiv kan exspektans vara ett alternativ. Mykobakterieinfektionen går vanligen tillbaka spontant efter en längre tid.

Cystor

Två typer av halscystor förekommer, laterala och mediala halscystor. De palperas ofta

förstorade, cystiska och har ibland en fistelgång som mynnar på huden, särskilt efter tidigare infektion. Diagnos ställs med finspetspunktion och cystan bör därefter avlägsnas kirurgiskt. Om cystan infekteras kan den behandlas med antibiotika och dräneras med punktion och sedan avlägsnas i ett lugnt skede.

Metastaser

Metastaser uppträder oftast hos äldre personer med känd eller okänd primär tumör inom huvud-halsområdet. Metastaser är oftast hårda och kan växa fast mot underlaget. Undantag är maligna lymfom som kan debutera hos yngre individer och som ofta har mjuka metastaser. De utreds initialt med finspetspunktion och handläggning sker sedan i samarbete med hematolog/onkolog.

Luftvägarnas sjukdomar

Laryngit och krupp

Laryngit se kapitlet Luftvägsinfektioner hos barn och vuxna, s 670.

Krupp se kapitlet Luftvägsinfektioner hos barn och vuxna, s 670.

Epiglottit

Epiglottit hos barn är idag efter införandet av Haemophilus influenzae typ B (HIB)-vaccination en ytterst sällsynt, men livshotande sjukdom. Symtomen är ofta lätta att känna igen. Den typiska anamnesen är kort, vanligen mindre än ett dygn. Initiala symtom är halsont som tilltar över de närmaste timmarna samt hög feber. Efter ytterligare några timmar får barnet svårt att svälja sin saliv, dreglar, ser blekt och sjukt ut. Därefter kan andningssvårigheter snabbt tillstöta. Om barnet inte kommer under behandling är risken stor att det dör samma dag som det insjuknade. Om barnet har påtagliga andningsbesvär ska undersökningen av epiglottis ske på sjukhus under högsta beredskap för att ta hand om ett akut övre luftvägshinder. På sjukhus säkras luftvägarna (intubation) och intravenös behandling inleds samt patienten intensivövervakas.

Epiglottit hos vuxna är inte lika dramatisk i sitt uppträdande som hos barn. Sjuk-

domen är dock potentiellt livshotande. Symtom är smärta i höjd med epiglottis samt svårigheter att svälja först mat och senare saliv. Handläggning är samma som för barnepiglottit. Intubation blir inte alltid nödvändig hos vuxna med epiglottit.

Heshet

Kronisk laryngit

Hesheten har som regel varit långvarig. Röstmissbruk samt tobaks- och alkoholmissbruk är vanliga orsaker. Röststen är grov och skrovlig. Stämbanden är grova och skrovliga och ofta inflammatoriskt röda och svullna. Leukoplakier kan förekomma. Alla patienter med mer än 3 veckors heshet bör remitteras till ÖNH-specialist för bedömning. Som regel skall laryngoskopi med px utföras för att utesluta cancer.

Reinkeödem

Reinkeödem är ett specialfall av kronisk laryngit som oftast drabbar storrökande kvinnor som fonerar i pressat röstläge. Symtomen är uttalad heshet och röstsvaghet. Stämbanden är vid undersökning kraftigt ödematösa. Behandlingen består av rökavvänjning, logopedisk behandling och i vissa fall kirurgi.

Stämbandsknottor

Stämbandsknottor eller sångarknutor uppträder i barnåren mestadels hos pojkar, medan det i vuxen ålder är övervägande kvinnor som drabbas. Orsaken anses vara felaktig röst användning. Knutorna är belägna på stämbandskanten vid övergången mellan stämbandens främre och mellersta tredjedel. Symtomen är en hes, läckande röst. I barnåren är självläkning vanlig, i vuxenåren rekommenderas röstbehandling hos logoped.

Larynxpapillom

Larynxpapillom finns i en juvenil och en adult form. Papillomen förorsakas av papillomvirus och ser ut som vårtor som växer på stämbanden. Symtomen är heshet och vid uttalad papillomväxt även andningsbesvär. Behandlingen består av upprepad försiktig excision av papillomen, ofta med CO₂-laser. Papillomen kan försvinna spontant

efter flera år. I framtiden kan vaccination sannolikt förebygga papillomutveckling.

Matstrupens sjukdomar

Matstrupens sjukdomar se kapitlet Sjukdomar i matstrupe, magsäck och tolvfingertarm, s 71.

Spottkörtelsjukdomar

Undersökning av spottkörtlarna kan ske med direkt inspektion, palpation, röntgenundersökning, ultraljud och skintigrafi. Mätning av vilosaliv och stimulerad salivbildning kan ge information om spottkörtlarnas förmåga till salivbildning.

Virusinfektioner

Den epidemiska parotiten är en smittsam virusinfektion som förorsakas av paramyxovirus. Den är idag sällsynt efter införande av MPR-vaccination. Vaccinationen ger dock endast skydd mot en av åtta subtyper av paramyxovirus, varför man med jämna mellanrum ser mindre epidemier av parotit. Diagnos ställs med serologi och PCR-analys av saliv. Sjukdomen är anmälningspliktig enligt smittskyddslagen.

Bakteriella infektioner

Bakteriella infektioner ses oftast hos äldre dehydrerade patienter med försvagat allmäntillstånd. Symtomen är smärta, ömhet och svullnad av den drabbade körteln. Exprimering av saliv kan ofta vara vartillbländad. Behandlingen sker mot infektionen, vanligtvis med flukloxacillin (750 mg 3 gånger/dag i 7 dagar) eller penicillin V (1 g 3 gånger/dag i 7 dagar). Om tecken på abscess skall denna dräneras.

Sialoadenit

Recidiverande sialoadenit kan ses hos både ungdomar och vuxna. Symtomen är svullnad och ömhet över spottkörtlarna som kan sträcka sig över perioder från veckor till månader. Utredning med kontraströntgen visar kaliberväxling av spottgångarna och sialektasier. Behandlingen med antiflogistika riktar sig mot symtomen. Råd om salivstimulerande åtgärder som att tugga på

tuggummi eller suga på sylriga karameller kan hjälpa.

Spottsten

Spottsten (sialolithiasis) kan drabba de stora spottkörtlarna, men är vanligast i glandula submandibularis och dess utförsång. Symtomen är måltidsrelaterad smärta och svullnad i den berörda körteln. Då och då uppträder komplicerande infektioner. Om infektion föreligger kan man ofta pressa var ur utförsången. Körteln är svullen och ömmande. Ibland kan man känna ett konkrement i utförsången. Röntgen av munbotten kan utnyttjas för att lokalisera konkrementet. Alla spottstenar är inte röntgentäta, men kan då påvisas med sialografi. Behandling är avlägsnande av spottstenen som är enklare ju mer distalt konkrementet är beläget.

Muntorrhet

Muntorrhet se kapitlet Munhålan sjukdomar, s 719.

Referenser

1. Öron- näs- och halssjukdomar, huvud- och halskirurgi. Matti A, red. Liber; 2006. ISBN 9147053100.
2. Behandling av akut öroninflammation hos barn. Konsensusuttalande. Arrangerad av Landstingsförbundet, Medicinska forskningsrådet och Socialstyrelsen i samverkan; 2000.
3. Läkemedelsbehandling av rinosinuit – Behandlingsrekommendation Expertmöte anordnat av Läkemedelsverket i samarbete med Strama. Information från Läkemedelsverket 3:2005.

Preparat¹

Medel vid öronsjukdomar

Vaxproppsupplösande medel
Revaxör, Cerusol (handelsvaror)

Antibakteriella/antimykotiska medel för lokalbehandling
Metylosanilin (gentianaviolett)
Metylosanilin APL kutan lösning 0,1%

Uttorkande medel
Aluminiumacetotartrat
Alsolsprit APL örondroppar 1% + 10% utan konserveringsmedel

Glukokortikoider + antibakteriella medel
Flumetason + kliokinol (vioform)
Locacorten-Vioform Amdipharm, örondroppar
Hydrokortison + polymyxin B
Terracortil med Polymyxin B Pfizer, ögon- och örondroppar, ögon- och öronsalva

Glukokortikoider
Betametason
Betnovat GlaxoSmithKline, kutan lösning 1 mg/ml
Diproderm Schering-Plough, örondroppar, lösning 0,05%

Antibakteriella medel
Se kapitlet Antibiotika, s 613.

Medel mot herpes simplex

Aciklovir
Aciklovir, flera fabrikat, tabletter 200 mg, 400 mg, 800 mg
Famciklovir
Famvir Novartis, tabletter 125 mg, 500 mg
Valaciklovir
Valtrex GlaxoSmithKline, tabletter 250 mg, 500 mg

Medel vid sjukdomar i näsan

Antiallergika för nasal behandling
Azelastin
Lastin Meda, nässpray 0,13 mg/dos
Levokabastin
Livostin Janssen-Cilag, nässpray 50 mikrog/dos
Natriumkromoglikat
Lomudal Nasal sanofi-aventis, nässpray 5,2 mg/dos
Pollyferm Nordic Drugs, nässpray 5,2 mg/dos

Antihistaminer för systemiskt bruk
Cetirizin
Actura Nordic Drugs, tabletter 10 mg

1. Aktuell information om parallellimporterade förpackningar och generika kan fås via apotek.

Cetirizin, flera fabrikat, tabletter 10 mg
Cidron Sandoz, tabletter 10 mg
Zyrlax UCB Nordic, orala droppar 10 mg/ml,
oral lösning 1 mg/ml, tabletter 10 mg

Desloratadin

Aerius Schering-Plough, munsönderfallande
tablett 2,5 mg, 5 mg, sirap 0,5 mg/ml,
tabletter 5 mg

Dexklorfeniramin

Polaramin Schering-Plough, tabletter 2 mg
Polaramin prolongatum Schering-Plough,
depottabletter 6 mg

Ebastin

Kestine Nycomed, tabletter 10 mg, 20 mg

Fexofenadin

Telfast sanofi-aventis, tabletter 30 mg, 120 mg,
180 mg

Klemastin

Tavegyl Novartis, injektionsvätska 1 mg/ml,
oral lösning, 50 mikrog/ml, tabletter 1 mg

Loratadin

Clarityn Schering-Plough, oral lösning 1 mg/ml,
tabletter 10 mg
Clarityn-5 Schering-Plough, frystorkade table-
tter 10 mg
Loratadin, Flera fabrikat, tabletter 10 mg
Versal Pro Medica, tabletter 10 mg

Mizolastin

Mizollen sanofi-aventis, tablett med modifierad
frisättning 10 mg

Glukokortikoider för nasal behandling

Beklometason

Becotide Nasal GlaxoSmithKline, nässpray
50 mikrog/dos

Budesonid

Budesonid Merck NM Mylan, nässpray
50 mikrog/dos, 100 mikrog/dos
Rhinocort Aqua AstraZeneca, nässpray
32 mikrog/dos, 64 mikrog/dos
Rhinocort Turbuhaler AstraZeneca, näspulver
100 mikrog/dos

Flutikason

Flutide Nasal GlaxoSmithKline, nässpray 50 mik-
rog/dos, näsdroppar, endosbehållare 1 mg/ml

Mometason

Nasonex Schering-Plough, nässpray 50 mik-
rog/dos

Triamcinolon

Nasacort sanofi-aventis, nässpray 55 mikrog/dos

Glukokortikoider för systemiskt bruk

Se kapitlet Kortikosteroider och hypofyshormo-
ner, s 602.

Allergenspecifik immunterapi

Gräspollen

Grazax ALK, frystorkad tablett 75 000 SQ-T

Övriga medel vid rinit

Ipratropiumbromid

Atrovent Nasal Boehringer Ingelheim, nässpray
21 mikrog/dos, 42 mikrog/dos

Avsvällande medel

Se kapitlet Luftvägsinfektioner hos barn och
vuxna, s 694.

Övriga medel för lokal behandling

Natriumklorid

Näsdroppar innehållande koksalt finns
(t ex **Renässans**)
Natriumklorid lösning 0,9% kan användas i
Nasaline nässköljare

Sesamolja

Nozoil (naturläkemedel) Pharmacure, nässpray

Medel vid näsblödning

Lidokainhydroklorid + nafazolin

Lidokainhydroklorid-nafazolin APL (färgad)
kutan lösning 34 mg/ml + 0,17 mg/ml

Silverniträt

Grafco, silverniträt applicator (handelsvara)

Medel vid halssjukdomar

Penicillin V, Klindamycin

Se ovan.

Medel vid spottkörtelsjukdomar

Flukloxacillin, Peniciliin V

Se ovan.
