

3.4.2 Behandling av rörflytningar

Rörflytningar som inte är relaterade till själva ingreppet är en vanlig komplikation till rörbehandling och förekommer i 26–83 procent och med en incidens av 0,36 till 3,57 episoder per barn och år i litteraturen [145,146]. Tjugo procent av rörflytningarna ger ytterligare symtom som feber, smärta och hörselnedsättning [140]. Prevalensen ökar ju längre rören sitter. Av barn som hade rör mer än arton månader fick mer än 80 procent av dem minst en rörflytning [145]. Hos barn yngre än två år är huvuddelen av patogenerna desamma som de som orsakar AOM. Hos äldre blir kontamination via hörselgången (framför allt stafylokocker och pseudomonas) den vanligaste orsaken till rörflytning [146,147].

Sex studier, beskrivna i sju artiklar, uppfyllde inklusionskriterierna, varav två hade högt bevisvärde och två medelhögt (Tabell 3.4.2). Två studier, varav en beskriven i två artiklar, exkluderades pga stort bortfall [148,149,219]. En Cochraneöversikt identifierades också men utnyttjades inte eftersom den endast hade medelhögt bevisvärde [150].

Tre studier har undersökt effekten av lokalbehandling med örondroppar innehållande ciprofloxacin-dexametason (antibiotika av kinolontyp + grupp III-steroid). Örondropparna förkortade antalet dagar med rörflytning med 3,0–3,5 dagar jämfört med systemisk amoxicillin-klavulansyra [154] och med nära två dagar jämfört med ciprofloxacin enbart (i form av ögondroppar) [155]. Örondropparna var också mer effektiva än ofloxacindroppar (ett antibiotikum av annan kinolontyp) [156]. Ingen av studierna visade någon signifikant skillnad mellan grupperna efter sju dagar.

Perorala antibiotika har jämförts med placebo i en enda studie. Ruohola och medarbetare fann att systemisk antibiotika var signifikant mer effektivt än placebo för barn mellan sex månader och sex år med rörflytning och i regel samtidig övre luftvägsinfektion. Barnen blev torra i örat/örönen nästan fem dagar tidigare med systemisk antibiotika. Risken för att ha kvarvarande flytning efter åtta dagar var 20 procent i antibiotikagruppen och 60 procent i placebogruppen [154]. NNT för behandling var 2,5.

I Sverige används inte preparat med grupp III-steroider för att behandla rörflytningar då de anses kunna vara ototoxiska. Förstahandsalternativet är örondroppar med hydrokortison och antibiotika. Det finns dock inga publicerade randomiserade studier som undersökt effekten av sådana örondroppar vid rörflytning.

3.4.3 Försiktighetsåtgärder vid bad och vattenlek

Elva studier utvärderades i en metaanalys av Carbonell och medarbetare [155]. Metaanalysen i sig är välgjord men sju av de studier som utgör underlaget har lågt bevisvärde varför metaanalysen inte kunde användas för att dra slutsatser. Fyra av studierna bedömdes ha medelhögt bevisvärde och ingår i granskningen liksom en senare studie från 2005 med högt bevisvärde [156]. I studierna har i allmänhet simning och bad tillåtits i olika sorters vatten men inte dykning. Studierna finns sammanställda i Tabell 3.4.3.

Två studier med medelhögt bevisvärde jämförde om simning innebar en högre risk för rörflytningar än att inte simma [157–158]. I en av dem fick barnen örondroppar efter simningen [158]. Rörflytningarna ökade inte hos barn som simmade och örondropparna hade ingen extra skyddande effekt.

Goldstein och medarbetare undersökte värdet av att använda öronskydd [156]. Barnen var yngre än i tidigare studier och de badade i badkar eller simmade i genomsnitt under nära hälften av årets dagar. För att förhindra en episod med rörflytning måste barnet använda öronproppar i 2,8 år. Två andra studier med medelhögt bevisvärde kom fram till att antalet rörflytningar inte påverkas av om barnen använder öronskydd [157,159]. Det var ingen skillnad mellan örondroppar eller öronskydd vad gäller frekvensen rörflytningar i en studie [160].

Sammanfattningsvis saknas stöd för att bad och ytvattensimning ökar risken för rörflytning jämfört med att avstå. Öronskydd minskar i ingen eller ringa utsträckning rörflytningar i samband med bad och vattenlek.