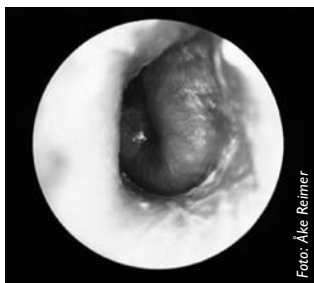
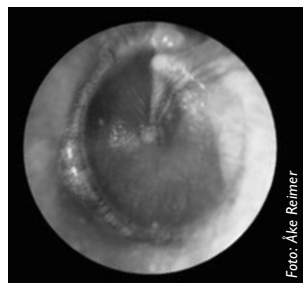


Figur 1.1 Normal trumhinna.



Figur 1.2 Trumhinna med akut mediaotit.



Figur 1.3 Trumhinna med sekretorisk mediaotit.

Akut mediaotit (AOM, akut öroninflammation) och sekretorisk mediaotit (SOM), OME (vätska i mellanörat, otosalpingit) är, näst efter ospecifika övre luftvägsinfektioner, de vanligaste sjukdomstillstånden som medför läkarbesök under barndomen.

Det vanligaste symtomet på akut mediaotit är smärta som ofta märks nattetid när barnet ligger ner. Smärta är vanligare hos barn som är äldre än två år. Andra vanliga symtom är feber, som förekommer i mindre än hälften av fallen, snabbt insjuknande och hörselnedsättning.

Vid SOM är de dominerande symtomen en känsla av lock för örat och hörselnedsättning. Akuta symtom i form av smärta och feber saknas. Andra symtom som kan förekomma är oro, irritabilitet, sömnsvårigheter, tinnitus, försenad språkutveckling och besvär med balansen.

1.1 Incidens och prevalens för reciverande akut mediaotit (rAOM) och sekretorisk mediaotit (SOM)

1.1.1 Reciverande akut mediaotit

Svenska studier visar att mer än hälften av alla barn har minst en episod av akut mediaotit före fyra års ålder [5,6]. Cirka 10 procent av alla barn får reciverande akut mediaotit, dvs minst tre episoder AOM inom sex månader. Den högsta incidensen ses mellan 6 och 24 månaders ålder [6–8]. Cirka 80 procent av barnen som får sin första episod av AOM före sex månaders ålder utvecklar rAOM ("otitbenägna barn") [5].

De flesta barn med rAOM har, förutom rAOM, även mer eller mindre långvariga episoder av SOM medan uppskattningsvis 10–15 procent enbart har rAOM. Enligt Otitkonsensus bör barn med AOM, t o m två års ålder, behandlas med antibiotika. Anledningen är en förmodad risk för allvarigare komplikationer som t ex mastoidit [2].

1.1.2 Sekretorisk mediaotit

De flesta barn har haft minst en episod med sekretorisk mediaotit före skolstart [9–12]. I en dansk studie var punktprevalensen hos treåringar av SOM, mätt med tympanometri 10 procent [13]. I en nederländsk kohortstudie var den kumulativa incidensen mellan två och fyra års ålder, mätt med samma metod, drygt 60 procent [12,14]. Efter förskoleåldern sjunker prevalensen. Vid screening av barn mellan 8 och 13 år hade endast 1,5 procent sekretorisk otit [15].

Nära två tredjedelar av episoderna med SOM har läkt ut efter en månad [9] och cirka 90 procent efter sex månader [9,12] men återfall är vanliga [9,12,16]. Mer än en femtedel av alla barn har perioder med långvarig SOM [9,11,17]. Oftast ses långvarig SOM efter en episod av AOM [18], men kan också förekomma utan att någon AOM-episod är känd [9,19]. Flera studier har funnit två prevalenstoppar vid långdragen SOM, en vid två års ålder som kan kopplas till en AOM-episod och en vid fyra års ålder utan känt samband med AOM [11,20,21].

Hos barn som inte tillfrisknar spontant inom 3–4 månader tenderar besvären att bli långdragna. Studier av förloppet för spontanläkning, där barn inkluderats först efter tre månader med SOM, visar att endast cirka 35 procent av dem har läkt ut efter två år och cirka 60 procent efter fyra år [22,23].

1.2 Diagnostiska metoder

Samma diagnostiska metoder tillämpas för både akut och sekretorisk mediaotit. För att en säker diagnos ska kunna ställas måste trumhinnan *inspekteras*. Bedömning av *trumhinnans rörlighet* med subjektiva och objektiva metoder är också nödvändig för att bekräfta att det finns vätska eller var ("pus") eller för att utesluta differentialdiagnoser som t ex simplex otit. För diagnosen AOM krävs också symtom på akut infektion. Smärta har högt prediktivt värde liksom snabbt insjuknande medan feber endast förekommer i mindre än hälften av fallen [24]. Hjälpmedel för korrekt diagnos är pneumatisk otoskopi eller otomikroskopi, enbart eller i kombination med tympanometri. För att objektivet fastställa graden av hörselnedsättning vid SOM krävs också en undersökning av *hörseln*.

1.2.1 Undersökning av trumhinnan

Det finns ett stort antal studier som jämför de olika diagnostiska metoderna dels med varandra, dels med diagnostisk myringotomi som referensmetod. Metoderna kan användas vid misstanke om både akuta och sekretoriska mediaotiter. Metoderna har olika specificitet och sensitivitet, vilket är viktigt att ta hänsyn till. En låg specificitet ökar risken för överdiagnostisering (falskt positiva fall) medan en låg sensitivitet ökar risken för att fall av otit inte uppmärksammas. Uppgifter om specificitet och sensitivitet finns sammanställda i Tabell 1.2.1 nedan. För en mera utförlig beskrivning av metoderna hänvisas till Bilaga 1.