

Legemidler i praksis

Behandling av akutt otitis media hos barn

Ørebetennelse er den vanligste årsak til legebesøk og forskrivning av antibiotika. Akutt otitis media hos ellers friske barn skal ikke behandles med slike medikamenter, men barn med residiverende otitt skal få antibiotika på liberal indikasjon. Slike «ørebarne» trenger spesiell oppfølging. Hvis barnet har hatt sekretorisk otitt i mer enn tre måneder, skal det henvises til øre-nese-hals-spesialist.

Oppgitte interessekonflikter: Ingen

Se også kunnskapssprøve på www.tidsskriftet.no/quiz

Morten Lindbæk

morten.lindbak@samfunnsmed.uio.no
 Institutt for allmenn- og samfunnsmedisin
 Universitetet i Oslo
 Postboks 1130 Blindern
 0317 Oslo

Kari J. Kværner

Øre-nese-hals-avdelingen
 Akershus universitetssykehus

Akutt otitis media er en infeksjon i mellom-ørets slimhinner karakterisert ved plutselig innsettende øresmerter, med eller uten ledsagende feber (1). Otoskopisk viser kraftig injisert, fortykket og bukende trommehinne med redusert bevegelighet, eventuelt purulent sekret i øregangen (tab 1) (2). Inflammasjonsprosessen i mellomøret rammer også tuba auditiva og mastoidcellene, selv om disse sjelden gir manifeste symptomer. Akutt otitis media er nesten alltid sekundært til oppadstigende slimhinneirritasjon i nesens, epipharynx og tuba auditiva.

Ørebetennelse er den vanligste årsaken både til legebesøk og til forskrivning av antibiotika til barn i allmennpraksis (3). Før to års alder har fire av ti barn hatt minst én akutt mellomørebetennelse (1). Av disse vil inntil 10 % bli «ørebarne», med residiverende akutte ørebetennelser. I Norge gjelder dette 1 200–2 400 nye barn årlig (1). Global resistensproblematikk og bedre dokumentasjon av det gunstige forløpet av ukomplisert akutt otitt har endret retningslinjene i retning av redusert bruk av antibiotika (4–6). I USA og

delene av Sør-Europa har man hatt bredspektret antibiotika og amoxicillin som førstevalg i behandlingen. I Nederland, Skandinavia og de senere år Storbritannia har man lagt vekt på bruk av smalspektret antibiotika. I dag er det internasjonalt en tendens til å bruke analgetika, gi grundig informasjon til foreldrene og vente i tre dager før man forskriver antibiotika til barn som ikke har generaliserte sykdomssymptomer (5).

Diagnostikk, forekomst og risikofaktorer

Diagnostisk usikkerhet ved akutt otitt i allmennpraksis er vanlig (6). Et gråtende barn kan ha ruborøs trommehinne, og dersom øregangen i tillegg er okkludert av cerumen, kan det i enkelte tilfeller være fristende for legen å stille diagnosen akutt otitt på grunnlag av anamnesen. Det kan dessuten være vanskelig å skille mellom akutt otitis media, otitis simplex og sekretorisk otitt (tab 1) (6).

Forekomsten av akutt otitt er høyest hos barn i alderen 6–18 måneder, avtar med økende alder og er vanligst i vintermånedene (1, 7). Infeksjonen er ofte viral (7). Bakteriell infeksjon skyldes oftest pneumokokker, *Hemophilus influenzae* eller *Moraxella catarrhalis* og er oftest sekundær til viral luftveisinfeksjon. Risikofaktorer er genetisk disposisjon, alder for første infeksjon og økt eksposisjon for luftveispatogener (1, 7). Det å ha søsken, søsken i barnehage og selv gå i barnehage øker risikoen for ørebetennelser helt opp til fire års alder. Det er fortsatt noe usikkerhet omkring betydningen av amming og av røyking blant foreldre (1, 7). Større studier har vist at barn som bruker smokk har økt risiko, mens det å sove på ryggen reduserer risikoen for ørebetennelse (7).

Den arvelige disposisjonen for ørebetennelse knyttes til anatomiske og immunologiske forhold (1, 7). Nedsatt tubefunksjon gir undertrykk i mellomøret. Små barn har mindre dimensjoner i nesesvelgrommet, og tuba auditiva er mer horisontalt stilt. Måling av ansiktsskjelett har vist at nesesvelgrommet er mindre hos barn med gjentatte ørebetennelser. Under en ørebetennelse utvikles spesifikke antistoffer i mellomøremucosa. Jo yngre barna er, desto lenger ut i forløpet opptrer disse antistoffene. Det er hevdet at ørebarne ikke har et immunforsvar som er tilstrekkelig modent for å danne antistoffer (7). Først ved seks års alder er nivået av spesifikke immunoglobuliner normalisert. Nyfødte med lave nivåer av pneumokokkantistoffer

type 14 og 19F har økt risiko for å bli ørebarne (1, 7).

Antibiotika og naturlig forløp

Økende resistensproblematikk og høye behandlingstkostnader har skapt behov for mer presis diagnostikk og dokumentasjon av behandlingseffekt (5). Ørebetennelse er den hyppigste årsak til antibiotikabruk hos barn, og redusert forskrivning vil gi et viktig globalt bidrag i kampen mot resistensutvikling (5, 8). Det er en reduksjon i andelen barn som antibiotikabehandles pga. mellomørebetennelse i USA, Storbritannia og Finland (5). I en større studie i Storbritannia har man antydnet at mindre antibiotikabehandling av ørebetennelse har sammenheng med lavere forekomst av sykdommen enn tidligere (9). At andelen barn under ett år med akutt otitt ser ut til å øke, gir grunn til bekymring (5).

I norske studier fra allmennpraksis og legevaktarbeid er det konkludert med at barn overbehandles med antibiotika ved akutt ørebetennelse (3, 10), og Statens helsetilsyn har som målsetting å halvere bruken av slike medikamenter ved ørebetennelse. Metaanalyser har vist at det er nødvendig å behandle mellom åtte og 20 barn med antibiotika for at det hos ett barn skal ha signifikant klinisk effekt på forløpet ved akutt otitt (5, 11). Smerteforløpet påvirkes ikke første døgn, og bare ett av 17 barn får mindre smerte mellom dag 2 og dag 7 i sykdomsforløpet (11). Hvis man venter med å gi antibiotika, er ikke prognosen dårligere for barn under to år med akutt otitt enn for dem som er eldre (11, 12).

Sykdommen har et meget gunstig naturlige forløp (4). 80 % av barn med akutt otitt får symptombedring i løpet av de første 2–3 døgn uten behandling, og barn som får sekretorisk otitt etterpå, har en spontanhelbredelse på 74 % i løpet av tre måneder. For barn med sekretorisk otitt uten forutgående ørebetennelse er andelen med spontan remi-

! Hovedbudskap

- Akutt otitis media hos ellers friske barn skal ikke behandles med antibiotika
- Barn med residiverende otitt skal få antibiotika på liberal indikasjon og trenger spesiell oppfølging
- Barn med sekretorisk otitt i over tre måneder skal henvises til øre-nese-hals-spesialist

Tabell 1 Otitis media – definisjoner og klinisk presentasjon (2)**Akutt otitis media**

Akutt purulent infeksjon i mellomøret
Otoskopi viser kraftig injisert, fortykket og bukende trommehinne med redusert bevegelse, eventuelt purulent sekret i øregangen

Otitis simplex

Akutt inflammatorisk reaksjon i mellomøret uten sekret
Otoskopi viser trommehinnen lettere injisert, normalt stilt med normal bevegelse

Sekretorisk otitis media

Ikke-purulent inflammasjon i mellomøret med serøst eller mukøst sekret uten akutte sykdomstegn eller symptomer
Otoskopi viser grålig injisert trommehinne, inntrukket eller i nøytral posisjon med redusert bevegelse, med eller uten væskespeil

Ørebarn

Barn med gjentatt mediaotitt (≥ 3 i løpet av seks måneder eller ≥ 4 i løpet av 12 måneder)

sjon mindre, henholdsvis 28 % og 42 % etter tre og seks måneder. Komplikasjoner ved akutt otitis media er meget sjeldent, men ev. komplikasjoner kan være alvorlige og skyldes spredning fra suppurativ otitt til omliggende vitale strukturer via blod, lymfe eller mastoidceller. Akutt mastoiditt er uvanlig i våre dager. En internasjonal studie der man sammenliknet insidenstall i Europa og USA, viste at Nederland, med meget restriktive retningslinjer for antibiotika, har marginalt høyere mastoidittrate (13).

Behandling

Nederland har vært et foregangsland i å redusere bruken av antibiotika ved akutt otitt. Fra 1995 har anbefalingene vært å gi antibiotika bare til barn med generalisert sykdom og til dem under seks måneder. De nordiske landene og Storbritannia følger i store trekk nederlandske retningslinjer, men har en nedre grense for å avvente behandling ved ett til to års alder. I New York vedtok

helsemyndighetene i 2002 en anbefaling om at barn med ukomplisert akutt otitt skal observeres i tre døgn før antibiotika vurderes (5, 6).

Norske retningslinjer er de siste 17 årene blitt gradvis mer restriktive når det gjelder bruk av antibiotika ved akutt mellomørebetennelse. I 1994 ble retningslinjene endret til to dagers symptomatisk behandling før forskrivning av antibiotikum (1). Gjeldende *Veileder i antibiotikabruk i allmennpraksis* fra Statens helsetilsyn (2) anbefaler at barn med akutt otitt skal ha antibiotika dersom de har høy feber, nedsatt allmenntilstand eller vedvarende purulent sekresjon fra øret (tab 2). Det er svært viktig å ta barna tilbake til kontroll etter 6–8 uker til pneumatisk otoskopi og eventuell tympanometri for å kontrollere normalisering av mellomøret. Penicillin V er førstevalg, og erytromycin eller klaritromycin brukes ved sikker penicillinallergi i fem døgn (tab 2). Barn med residiverende otitt skal ha antibiotika ved eksaserbasjon av akutt otitt og henvises til øre-nese-hals-spesialist for oppfølging og vurdering for innleggelse av ventilasjonsrør.

Barn med residiverende otitt

Barn som er disponert for residiverende otitt, bør identifiseres med tanke på forebygging og profylakse. Eksponeringen for luftveispatogeter bør holdes på et moderat nivå – man bør det første året velge barnetilsynsordninger med ikke altfor mange andre barn. Innføring av Hemophilus-vaksinen har ikke redusert forekomsten av akutt otitt. Dette skyldes antakelig at de fleste øreinfeksjoner med denne bakterien skyldes den akapsulære typen. Det er hevdet at ørebarn med nedsatt IgG-respons mot pneumokokker utvikler høyere Ig2-titre etter pneumokokkvaksine. Studier av pneumokokkvaksine hos ørebarn har foreløpig ikke vært entydige i sin konklusjon. I en metaanalyse ble det funnet en forskjell på 11 % i favør av antibiotikabehandling i to måneder eller lenger hos barn med residiverende otitt, men det legges likevel større vekt på profylaktiske tiltak enn antibiotika.

Mindre antibiotika ved akutt otitt

Foreldre må informeres om betydningen av kontroll etter 6–8 uker for å utelukke persisterende sekretorisk otitt. Ved tvil om indikasjon for antibiotika kan «forsinket resept» være en god løsning, denne kan ev. innløses etter tre dager hvis ikke tilstanden er bedret. Redusert forskrivning kan føre til at pågangen på legevakten pga. ukomplisert akutt otitt reduseres og at foreldrene henvender seg til fastlegen neste dag. Da må kontorpersonalet instrueres i at etterkontroll er viktig selv om det ikke er forskrevet antibiotika.

Litteratur

1. Kværner KJ, Mair IW. Akutt og residiverende otitis media. Prevensjon og behandling i lys av gjeldende kunnskap. Tidsskr Nor Lægeforen 1997; 117: 4096–8.
2. Berild D, red. Veileder i antibiotikabruk i allmennpraksis. Oslo: Statens helsetilsyn, 2000.
3. Straand J, Rokstad KS, Sandvik H. Prescribing systemic antibiotics in general practice. A report from the More & Romsdal Prescription Study. Scand J Prim Health Care 1998; 16: 121–7.
4. Rosenfeld RM, Kay D. Candidate's thesis: natural history of untreated otitis media. Laryngoscope 2003; 113: 1645–57.
5. Bauchner H, Besser RE. Promoting the appropriate use of oral antibiotics: there is some very good news. Pediatrics 2003; 111: 668–70.
6. Miser WF. To treat or not to treat otitis media – that's just one of the questions. J Am Board Fam Pract 2001; 14: 474–6.
7. Daly KA, Casselbrant M, Hoffman H et al. Epidemiology, natural history, and risk factors. Ann Otol Rhinol Laryngol 2002; 111: 19–25.
8. Lindbæk M, Berild D, Straand J et al. Influence of prescription patterns in general practice on antimicrobial resistance in Norway. Br J Gen Pract 1999; 49: 436–40.
9. Fleming DM, Cross KW, Kendall H. The reducing incidence of respiratory tract infections and its relation to antibiotic prescribing. Br J Gen Pract 2003; 53: 383–8.
10. Myrbakk T, Giæver A, Olsvik O et al. Antibiotika-behandling av akutt otitt hos barn. Tidsskr Nor Lægeforen 1999; 119: 2649–52.
11. Glasziou PP, Hayem M, Del Mar CB. Antibiotics for acute otitis media in children. Cochrane Database Syst Rev 2000; (2): CD000219.
12. Froom J, Culpepper L, Jacobs M et al. Antimicrobials for acute otitis media? A review from the International Primary Care Network. BMJ 1997; 315: 98–102.
13. Van Zuijlen DA, Schilder AG, van Balen FA et al. National differences in incidence of acute mastoiditis: relationship to prescribing patterns of antibiotics for acute otitis media? Pediatr Infect Dis J 2001; 20: 140–4.

Tabell 2 Retningslinjer for behandling, oppfølging og profylakse ved otitis media hos barn (2)

	Medikamentell behandling		Oppfølging (utover kontroll 6–8 uker med pneumatisk otoskopi og tympanometri)	Profylakse
	Analgetika	Antibiotika		
Ukomplisert akutt otitis media og otitis simplex	Ja	Nei	Ved sekretorisk otitt: Ny kontroll etter 12 uker	Nei
Akutt otitis media med langtrukket forløp, mistanke om komplikasjoner eller sekresjon fra øret > 3 døgn	Ja	Penicillin V 8–15 mg/kg × 3 i 5 døgn Penicillinallergi: Erytromycin eller klaritromycin	Hvis ikke bedring etter kur: Vurdere henvisning til øre-nese-hals-spesialist	Nei
Ørebarn (residiverende akutt otitt)	Ja	Ja, ved bekreftet diagnose	Ved persisterende infeksjon: Henvis til øre-nese-hals-spesialist	Vurdere vaksine Redusere eksponering Antibiotika på liberal indikasjon ved øvre luftveisinfeksjon
Sekretorisk otitt	Nei	Nei	Henvisning til øre-nese-hals-spesialist etter 3 md. hvis ikke frisk	