

Søren har ondt i øret

Professor Jørgen Lous & overlæge Christian Emil Faber

Sørens mor ringer i telefontiden til sin praktiserende læge. Hun fortæller, at *Søren* på toethalvt år har grædt to gange i nat og taget sig til højre øre. Temperaturen kl. 7 var 38,4 °C. Han har ikke tidligere haft noget med ørerne. Hun er bange for, at han har fået mellemørebetændelse.

Du ser *Søren* ved middagstid i klinikken. Han går interesseret rundt. Han er snottet med gult sekret fra næsen. Der er diffus rødme af højre trommehinde opadtil uden frembulning, venstre trommehinde er normal, og i øvrigt finder du normale forhold.

Du forklarer *Sørens* mor, at *Søren* har en let højresidig mellemørebetændelse. Sandsynligvis er det virus, der forårsager øresmerter. *Søren* har brug for paracetamol og siddende sovestilling de næste nætter, men ikke antibiotika. Antibiotika har nemlig ikke effekt på smerter i første døgn og kun lidt effekt de følgende døgn, idet ca. 15 børn skal behandles, før et barn har nogen effekt på smerterne. *Søren* skal komme igen, hvis tilstanden ikke bliver bedre efter et par dage.

Næste nat forløber uden problemer, men den følgende nat græder *Søren* fire gange, og panodil har ikke nogen effekt. Morgentemperaturen er 39,2 °C. Ved undersøgelse i klinikken hænger *Søren* småsovende på sin mors arm. Begge trommehinder er kraftigt røde og frembulende. *Søren* er ikke nakkestiv, har ikke nystagmus, der er normal ansigtsmotorik, og der er ikke retroaurikulær rødme eller hævelse. Du forklarer *Sørens* mor, at nu er der sandsynligvis bakterier i begge *Sørens* mellemører. Bakterierne er med stor sandsynlighed følsomme for almindelig penicillin. Hun spørger, hvordan medicinen smager. Du forklarer, at som koncentrerede dråber kan *Søren* nøjes med 1 ml tre gange dagligt. Dråberne sprøjtes ind bagtil i munden og skylles straks ned med saft, så smager de ikke af ret meget. Det bredspekterede penicillin, der ganske vist smager bedre, medfører større risiko for bivirkninger og resistensudvikling. Hun skal ringe, hvis der ikke er effekt af behandlingen i løbet af to dage.

Søren skal desuden kontrolleres efter fire uger for at se, om der er luft i mellemørerne.

Ved kontrollen fortæller *Sørens* far, at det er gået godt. Trommehinderne er let rosa og retraherede. Tympanometri viser flade kurver bilateralt. Du forklarer faderen, at *Søren* har væske i begge mellemører, og at det er meget normalt i en periode efter en mellemørebetændelse i *Sørens* alder. Der aftales ny kontrol efter seks uger.

Efter seks uger er venstre mellemøres tryk normalt, og højre mellemøre har let undertryk. Der er ikke mistanke om hørenedsættelse, og en hviskestemmeundersøgelse bekræfter dette. Behandlingen af *Søren* afsluttes.

Værd at vide

- Omkring 80% af alle børn på Sørens alder har haft akut eller sekretorisk otitis media en eller flere gange. Pneumatisk otoskopi og tympanometri kan give oplysninger om væske eller pus i mellemøret.
- Lette tilfælde af akut otitis media (AOM) behandles med smertestillende medicin uden antibiotika. Ved AOM ud over tre dage og påvirket almentilstand anbefales antibiotika. Der foreligger ikke undersøgelser, der viser, at penicillin V er dårligere end amoxicillin som førstevalgsspræparat, derfor bør vi fortsætte med det i Norden. Ved manglende effekt efter et par dage bør der skiftes til amoxicillin eller pivampicillin. Der foreligger ikke evidens for, at detumescerende næsedråber har effekt på forløbet af otitis media.
- Sekretorisk otitis media ses ofte efter AOM hos småbørn, derfor skal der først henvises til en ørelæge efter tre måneder med sekret i begge mellemører, hvis der i øvrigt ikke er problemer. Høreforbedringen efter indsættelse af trommehindedræn ved sekretorisk otitis media er i gennemsnit 9 dB efter seks måneder og 6 dB efter et år. Der er ikke evidens for effekt af trommehindedræn på den sproglige udvikling hos i øvrigt normale børn med sekretorisk otitis.

Hvad gør vi?

- Ved tegn på øresmerter og feber mener vi, at småbørn som *Søren* bør tilbydes en undersøgelse for at udelukke komplikationer (meningitis, labyrintitis, hjerneabces, mastoiditis og facialisparese) eller anden alvorlig sygdom.
- Afventende holdning med hensyn til antibiotika medfører ikke hyppigere komplikationer, og mere end halvdelen undgår en antibiotikabehandling.
- Ved tvivl om diagnosen og ved recidiverende otitter bør der henvises til en lokal ørelæge. Ved påvirket almentilstand eller mistanke om komplikationer bør man indlægge barnet akut.

Korrespondance: Jørgen Lous, Syddansk Universitet, DK-5000 Odense C.
E-mail: jlous@health.sdu.dk

Antaget: 26. februar 2007
Interessekonflikter: Ingen angivet

Anbefalet læsning og nyttige links

1. Jepsen O, Thomsen KA. Øre-, næse-, halssygdomme, hoved- og halskirurgi 11. udgave. København: Munksgaard, 2006.
2. Glasziou PP, Del Mar CB, Sanders SL et al. Antibiotics for acute otitis media in children. Cochrane Database Syst Rev 2004;1. Art. No.: CD000219. DOI: 10.1002/14651858.CD000219.pub2.
3. Lous J, Burton MJ, Felding JU et al. Grommets (ventilation tubes) for hearing loss associated with otitis media with effusion in children. Cochrane Database Syst Rev 2005;1. Art. No.: CD001801. DOI: 10.1002/14651858.CD001801.pub2.