

Robert, en 30-årig man är remitterad till öronkliniken på grund av en besvärande nästäppa. Remissen är mycket knapphändig och du rekapitulerar innan du träffar honom vad du ska ställa för frågor. Han berättar för dig att nästäppan är i stort sett ensidig och varierar inte nämnvärt med årstid eller kroppsläge. Han har inte säkert fått något slag mot näsan men kan inte säga helt säkert. Han har ingen rinnsnuva eller baksnuva och inte heller någon känd allergi.

Vilka är de 2 vanligaste orsakerna till ensidig nästäppa hos en vuxen? 1p

När du undersöker Robert före avsvällning ser du en relativt svullen nässlemhinna bilateralt och en påtaglig septumdeviation som inkräktar på höger sida. Efter avsvällning ser du även en polyp som utgår från mellersta näsgången på samma sida. På vänster sida är det helt fritt.

Vilken utredningsgång är lämplig vid ensidig polypos hos vuxna? Ange två undersökningar. 1p

Du tar en biopsi av polypen och beställer en CT av sinus som visar att ett flertal bihålor är utfyllda av svullna slemhinnor. Biopsi visar inflammatorisk näspolyp (med eosinofili) och ingen misstanke om inverterat papillom eller annan mer allvarlig orsak.

Vad blir det första behandlingsalternativet för Robert? 0.5p

Du skriver ut en nasal steroid men avvaktar med perorala steroider som du ordinerat om polyposen hade varit mer riklig.

Robert har med sig Wilma 3 år som har haft så ont i örat sedan igår morse. Hon har fått Alvedon och Ipren som hjälp något. Febern har legat runt 38-39 grader och Wilma har varit slö och inte velat leka som vanligt. När du träffar flickan så protesterar hon litegrann vid undersökning men hon är klart allmänpåverkad och har fortfarande feber. Trumhinnestatus ser ut som på bild (visar mediaotit). Ingen nackstyvhet eller svullnad/rodnad över mastoiden. Vad är diagnosen? 0.5p Hur behandlas Wilma? Motivera? 1.5p

Du konstaterat att detta är en akut mediaotit på ett treårigt barn. Eftersom flickan är allmänpåverkad väljer du att behandla med Kåvepenin 25mg/kg tre gånger dagligen i fem dagar trots att hon är över 3 år. Du bokar också in ett återbesök för kontroll av trumhinnestatus efter 3 månader.

När hon kommer till dig på kontroll efter tre månader så ser bägge trumhinnorna ut som på bilden. (Bilden visar otosalpingit/sekretorisk mediaotit). Vad kallas detta tillstånd? 0.5p Vad blir din nästa fråga till föräldrarna? 0.5p

När du tittar in i öronen på återbesöket idag så ser du att hon har en sekretorisk mediaotit/otosalpingit på bägge öronen. Medföljande mamma berättar att hon tycker Wilma verkar höra sämre än förut och på förskolan säger dom att Wilma är väldigt högljudd. Lekaudiogrammet visar en bilateral hörselnedsättning med tonmedelvärde på 35dB.

Hur vill du behandla Wilma? Motivera. 1p

Indikation finns för att sätta rör bilateralt. Objektiv och subjektiv hörselnedsättning. Wilma är nog för liten för att använda Otovent.

Wilmas lillebror Wille (1,5 år) som också följde med till öronkliniken hade vaknat mitt i natten med hosta och svårt att andas. Han var i stort sett frisk när han gick och la sig, möjligen lite snorig. Hostan lät hård och det pep när han andades in berättar föräldrarna. Vilken är din diagnos ställd endast på anamnesen? 0.5p Vad orsakar symptomen? 0.5p 1p?

Du misstänker direkt att Wille har falsk krupp, vilket är virusorsakat oftast av parainfluenza. Det blir en svullnad i subglottis och då barn har en relativt trång luftväg får dom en stridor och skällande hosta som tecken på högt andningshinder.

Hur behandlar du Wille om han fortfarande vid ankomsten till mottagningen har andningsproblem och stridor/indragningar? 1p

Du ger honom Mollipect och Betapred tabletter som löses i vatten. Om fortfarande ingen förbättring kan han få inhalera adrenalin.

Vad kan du rekommendera föräldrarna att göra nästa gång Wille får ett pseudokrupp anfall? 1p

Hemma kan man för det första ta upp barnet i sittande, öppna fönster, gå ut och gå, ge Mollipect, sitta i badrummet med vattenkranen på.....listan är lång. I mycket svåra fall kan man behöva skapa en luftväg kirurgiskt på patienter med högt andningshinder.

Nämn två nivåer i luftvägen där du kan skapa ett andningshål genom att sätta en kanyl. 1p

Wille klarade sig väldigt bra som de flesta barn med pseudokrupp. Andra fall med höga luftvägshinder kan behöva göra en tracheotomi i trachea eller en koniotomi i membrana cricothyroidea. Man ska undvika att göra en koniotomi hos barn.

Willes mormor (49 år) följde också med idag och hon undrar om du har tid att titta i hennes öron för att se om det finns några lösa kristaller. Hon har hört att dom kan skramla runt där och ge yrsel som mormor lider av. Yrseln är av rotatorisk karaktär och kan komma när som helst utan relation till rörelse. Yrselanfallen varar i några timmar och hon tror att hon hör lite sämre under anfallen. Vad talar emot en benign paroxysmal lägesyrsel (kristallsjuka)? Ange tre faktorer 1,5p

Du förklarar att det nog inte rör sig om en kristallsjuka då yrselanfallen inte är relaterade till lägesändringar och varar i timmar. Hon nämner ju också en hörselnedsättning. Mormor berättar också att det tjuver obehagligt i örat när yrsel är närvarande. Hörselprovet som vi lyckas få under ett anfall ser ut som följer.

Vilken diagnos misstänker du? 0.5p

Du berättar för mormor att hon nog har Ménières sjukdom då hon har symptom triaden rotatorisk yrsel, tinnitus och hörselnedsättning

Vad kännetecknar hörselnedsättning vid Meniers sjukdom?
Sensorineural hörselnedsättning i basen

Om vi gör Webers stämgafltest vilket öra kommer hon att höra stämgafltesten bäst i? 0,5p

Weber lateraliserar till det bästa hörande örat dvs höger öra.

Frida 5 år är remitterad på grund av snarkning. Frågeställningen är operation av halsmandlar på grund av andningsobstruktion? Frida är tidigare helt frisk flicka utan mediciner eller allergier. Vilka 2 symptom förutom snarkning efterfrågar du i anamnesen? (1 p)

Frida har alltid snarkat men det har blivit värre och sista 6 månaderna har det varit särskilt illa. Hon får nu andningsuppehåll flera gånger varje natt och sover mycket oroligt. Hon är överaktiv på dagarna men blir samtidigt väldigt trött om hon är stilla för länge.. Äter bra och följer sin viktkurva. Inga infektionsproblem. Hör bra.

Vilket beteende noterar du i allmäntillståndet? (0,5 p) Vilket ÖNH-organ kan du lätt bedöma i status? (0,5 p)

AT: Gott. Munandas. Inget trattbröst. Trumhinnorna: normalställda, luftade mellanöron. Näsa: oretad slemhinna. Epifarynx väldigt svårundersökt. MoS: oretade, något förstörade tonsiller. I bakre svalgväggen skymtas en lymfoidliknande vävnad som kommer ned från epifarynx. Halsens mjukdelar: ua.

Vilken behandling föreslår du? (0,5 p)

Du bedömer att Fridas problem i första hand beror på adenoidhypertrofi och eventuellt påverkar även tonsillhypertrofin. Du erbjuder abrasio (adenoidektomi) och eventuellt också tonsillotomi.

Nämn 2 starka indikationer för tonsillektomi? (1 p)

3-4 bakteriella tonsilliter årligen under senaste 2-3 åren eller upprepade peritonsilliter.

Göran 65 år, rökare med hypertoni, söker för svalgsmärta höger sida sedan 2-3 veckor. Det har blivit värre senaste 5 dagarna och han har nu fått feber kring 38 grader. När du undersöker Göran finner du ett generellt rodnat svalg med rodnad vitbelagd tonsill höger sida. På halsen noteras förstörad lymfkörtel höger sida strax under käkvinkeln. Strep A positivt. CRP 75. Ger du Göran någon behandling, i så fall vilken, motivera ditt val? (1 p) Är det nödvändig att ge Göran ett återbesök, i så fall varför? (0,5 p)

Du behandlar Göran med Kåvepenin 1 g x 3 i 10 dagar för en streptokocktonsillit. Med tanke på ensidig tonsillit bokar du in ett återbesök efter 3 veckor.

På återbesöket har smärtorna blivit bättre men han har fortfarande irritationssmärta till vänster i halsen. Det gör ibland ont

när han sväljer. Körteln på halsen har inte minskat i storlek. Ingen feber. Status ser ut som på bilden. (visar tumörmisstänkt förändring). Vad måste du misstänka? (0,5 p) Vilka 2 utredningssteg planerar du? (1 p)

Du misstänker en högersidig tonsillcancer med metastas till en lymfkörtel på halsen på samma sida. Du vill ta en biopsi/tonsillectomi från tonsillen och cytologi av halskörteln. Du bör också planera en panskopi i narkos för att se att om det finns någon annan cancer i detta område och dessutom göra en CT av huvud-hals för att se utbredningen.

Orolig moder söker med 3 månaders flicka som sedan födseln haft ett andningsbiljud. Vilka 3 frågor vill du ha svar på för att komplettera anamnesen? (1,5 p)

Hörs ljudet dygnet runt eller bara på natten? Är barnets tillväxt påverkad? Har barnet svårt med amningen? Har barnet heshet?

Du får veta att barnet följer sin kurva, vid amning tappar hon bröstet i bland (av utmattning), skriker utan heshet.

Vilka 4 lättbedömda statusfynd vill du notera? (1 p)

Du noterar: 1. besvär med inandning 2. stridor (väsande biljud) 3. indragning i jugulum 4. normalfärg 5. normalstora tonsiller.

Sannolikaste diagnos? (1,5 p)

Laryngomalaci.

Gustaf 35 år söker med öronvärk och feber. Han är tidigare frisk men sedan 1 vecka haft en kraftig förkylning och nu har han ont i höger öra sedan 2 dygn. Feber 38 grader. När du undersöker Gustaf finner du en opåverkad, lätt febril man. Ingen nackstyvhet. Cirkulatoriskt stabil. Generellt rodnade slemhinnor i mun, svalg och näsa. Öronstatus visar en förtjockad, rodnad och buktande trumhinna på höger sida. Diagnos? (0,5 p) Behandling? (0,5 p)

Du konstaterar en mediaotit och behandlar honom med Kåvepenin 2 g x 3 i 10 dagar.

1 dygn senare kommer Gustaf tillbaka eftersom han känner sig allmänt sämre och har fått yrsel. Vilka 2 undersökningsfynd på plats avgör orsaken till yrseln? (1 p)

AT: Lätt smärtpåverkad, ingen nackstelhet temp 38,9. Cirkulatoriskt stabil. Mos: generellt rodnat. Näsa: lätt svullen och rodnad slemhinna. Sekret. Öron: Vänster hörselgång och trumhinna normal. Höger trumhinna fortfarande buktande, rodnad och förtjockad. Inget sekret i hörselgången. Neurologstatus normalt förutom en vänstersläende spontannystagmus. Webers test lateraliserar åt vänster.

Vad ger nystagmusfyndet och resultatet av Weber-testet dig för information i detta fall? Diagnos? (1 p)

Lateralisering av Weber åt friska sidan betyder sensorineural hörselnedsättning, vilket antyder att infektionen påverkar innerörat.

Nystagmusriktning mot friska sidan, det vill säga destruktionsnystagmus antyder också påverkan på innerörat och en spridande av infektionen.

Du ställer diagnosen labyrinthit. Vilka 2 behandlingssteg är nödvändiga? (1 p)

Du gör paracentes i lokalbedövning på mottagningen och tar odling från sekretet som rinner ut från mellanörat. Därefter lägger du in Gustaf med intravenös antibiotikabehandling. CRP och blodstatus tas.

Du är läkare på en öronklinik. Bengt, 48-årig gift lärare, tidigare väsentligen frisk, tar inga läkemedel, kommer till din mottagning på remiss från husläkare. Han har snarkat i många år, men nu är det så illa att hustrun knappt får någon sömn längre. Nämn 2 viktiga anamnestiska uppgifter! (1 p) Nämn 2 fynd i status som kan ha betydelse med tanke på symtomen! (1 p)

Bengt har svårt att ta sig upp på morgonen, är alltid trött och vaknar ofta med huvudvärk. På kvällarna somnar han alltid i soffan och det händer också att han håller på att slumra till ibland när han kör bil. Du beslutar dig för att utreda Bengt med en s.k. sömnscreening.

Sömnscreeningen att Bengt har ett AHI (apne-hypopnéindex) på 22, och han har en betydande dagsömnighet som inte förklaras av andra faktorer. Han bedöms ha måttligt sömnapné syndrom. Han har BMI 28. Nämn 2 åtgärder man kan göra själv som "egenvård"! (1 p)

-Viktning -Undvika rygggläge -Minska rökning & alkohol -Förbättra näspassagen

Vilken behandling kan sjukvården erbjuda för patienter med sömnapné syndrom? Nämn 3 olika typer av behandling! (1,5 p)

-Lätt till måttlig sömnapnesyndrom=apneskena/mandibelframdragare
Svårt=CPAP Kirurgi finns också, lite olika metoder

Du är läkare på en öronklinik på ett sjukhus. Sverker, 33 år, är inremitterad pga. flera års nästäppa. Vad vill du fråga Sverker? Nämn 3 viktiga anamnestiska uppgifter! (1,5 p)

Sverker berättar att han är tidigare frisk, inga allergier vad han vet. Man har redan gjort ett pricktest på vårdcentralen som var ua. Nästäppan är mest uttalad på höger sida, den är konstant och har funnits bra länge men han kan inte minnas exakt när det började. Nasonex som han fått utskrivet av sin husläkare har inte hjälpt.

Trolig diagnos? (0,5 p)

Du misstänker i första hand en septumdeviation och vid din undersökning av Sverker ser du mycket riktigt en högersidig septumdeviation. Inga polyper eller något annat avvikande. En rhinomanometri utförs och resultatet talar också för att nästäppan beror på septumdeviation.

Rhinit är en vanlig orsak till nästäppa. Nämn 2 andra orsaker till nästäppa! (1 p)

Härnäst på mottagningen kommer Inger, 71, med vänstersidig nästäppa och envis varig snuva sedan ett par månader. Nämn 2 differentialdiagnoser! (1 p) Och trolig diagnos hos barnbarnet Astrid, 2 år, som underligt nog har samma symtom sedan några veckor? (0,5 p)

...

Du är läkare på en öronklinik på ett sjukhus 4-årige Arvid kommer tillsammans med sin mamma då fyraårskontrollen visat på hörselnedsättning bilateralt, enligt remissen. Arvid är tidigare frisk, förutom förkylningar och några otiter under det senaste året. Gravitetet och förlossning var ua. Ingen känd hereditet för hörselnedsättning. Man har den senaste månaden noterat att han gärna höjer ljudet på TV:n, ofta säger "va" och dagisfröknarna har påtalat att han har blivit stökig och högljudd. Mest sannolika diagnos? (0,5 p)

Otosalpingit

Audiogrammet visar trösklar för luftledning kring 30 dB bilateralt och normal benledning. Undersökning visar hörselgångar fria från vax, men du tycker att trumhinnestatus är lite svårbedömt. Vilken ytterligare audiologisk mätning kan du beställa för att klargöra diagnosen? (0,5 p) Om benledningen också hade varit nedsatt till 40 dB, vad kallas denna typ av hörselnedsättning? (0,5 p)

Tympanometri

Tympanometrin bekräftar din misstanke om sekretorisk mediaotit. Arvid är en för övrigt frisk pojke och språkutvecklingen verkar normal för åldern. Vilken handläggning tycker du är lämplig? Motivera ditt svar! (1 p)

Otovent och om det inte fungerar rörinsättning

Vid återbesöket några månader senare har Arvid fortfarande sekretorisk mediaotit bilateralt, trots att han har varit riktigt duktig med Otoventblåsning. Han verkar höra lika dåligt som förut och du beslutar om att sätta in plaströr. Arvids mamma undrar om du inte kan ta en titt i hennes vänstra öra när hon ändå är där. Hon har hört sämre på sitt vänstra öra nu sedan en längre tid tillbaka, det tilltog när hon var gravid med Arvids lillasyster. Hon har inte sökt läkare men har försökt med Revaxör, utan någon förbättring. Du finner hörselgångar fria från vax och normalt trumhinnestatus bilateralt. Hörselprov visar följande: Tympanometriär ua. Vilken diagnos misstänker du? (0,5 p) Du misstänker otoskleros. Nämn 2 sätt att hjälpa patienten! (1 p)

...

Ⓓ

€

Å

Du är läkare på en öronklinik på ett sjukhus. En 15-årig flicka söker pga. en relativt plötsligt uppkommen ömmande knöl till vänster på halsen, sedan 3-4 dagar. Den är ca 3 cm i diameter, sitter under käkvinkeln och är fritt förskjutbar mot hud och underlag. Hon har haft ont i halsen under någon vecka. I status finner du ganska oretade tonsiller men en del vitaktiga prickar, särskilt på vänster tonsill. Har tidigare haft flera tonsilliter. Temp 38,5 °C. Hb 130 g/L, LPK 12 x10⁹/L. Opåverkat AT. Vilken är den mest troliga diagnosen? (0,5 p) Hur handlägger du detta? (0,5 p)

Du bedömer det som en reaktiv lymfadenit i första hand och väljer att avvakta och kontrollerar patienten efter 2-3 veckor.

Hon är då feberfri, inga infektionstecken, men resistensen har ökat i storlek. Vilken/vilka diagnoser vill du nu utesluta? (0,5 p) Föreslå utredning! (0,5 p)

Lateral halscysta? Cytologi

Du är jourhavande öronläkare på ett sjukhus. Kerstin, 48 år, kommer på akut remiss från husläkare p.g.a. yrsel. Frågeställningen är godartad lägesyrsel. Patienten rullas in på undersökningsrummet i sjukhussäng, liggande på höger sida med ihopknipna ögon. Yrseln debuterade plötsligt för ett dygn sedan, "hela rummet snurrar", och hon har sedan dess varit mer eller mindre sängliggande. Yrseln är konstant men blir sämre så fort hon rör sig. Hon är illamående och har kräkts flera gånger. Hon har aldrig varit med om något liknande tidigare. Du bör först utesluta potentiellt farlig orsak till yrseln. Vilken? Resonera sedan utifrån anamnesen kring perifera orsaker till yrsel och vilken av dessa som är mest sannolik i detta fall! Motivera! (2,5 p)

Det viktigaste att utesluta vid akut insättande yrsel är central genes, dvs. stroke som orsak till yrseln. Patienten har aldrig rökt, hon är tidigare frisk bortsett från pollenallergi och hon har ingen ärftlighet för hjärt-kärlsjukdom. Hon har inga andra neurologiska symtom och ingen huvudvärk.

Du misstänker inte godartad lägesyrsel i första hand, eftersom yrseln är konstant och blir sämre vid samtliga lägesförändringar, dvs. inte specifikt om hon lägger sig på ena sidan. Patienten förnekar tinnitus och tycker att hörseln är "som den brukar vara". Vid din undersökning finner du spontannystagmus med den snabba fasen åt höger. Head impulse test är positivt vid huvudvridning åt vänster. Öronundersökning bilateralt ua. Webers prov ua. Neurologiskt status för övrigt ua. Vad blir din diagnos och på vilken sida sitter "felet"? (1 p)

Din diagnos blir vänstersidig vestibularisneurit.

Vad är det viktigaste för att patienten ska tillfriskna så snart som möjligt? (0,5 p)

Det viktigaste för att patienten ska tillfriskna så snart som möjligt är

mobilisering och balansträning. Du lägger in henne på avdelningen eftersom hon behöver parenteral vätskebehandling. Efter ett par dagar mår hon bättre, mobiliseras och får ett balansträningsprogram av sjukgymnast. Ett balansprov bekräftar diagnosen.

Du är jourhavande öronläkare på ett sjukhus. På akut remiss från vårdcentralen kommer femåriga Arvid tillsammans med en orolig pappa. Arvid har varit snuvig i några dagar. Det har idag börjat göra ont i vänster öra, och nu ganska plötsligt har han fått ansiktsförlamning på samma sida. Vad är trolig diagnos utifrån enbart anamnesen? (1 p)

Du konstaterar en vänstersidig, perifer facialispares och vid undersökning av vänster öra ser du en förtjockad, buktande och rodnad trumhinna. Höger öra ua. Du berättar för pappan att det rör sig om en öroninflammation och att detta har orsakat ansiktsförlamningen.

Föreslå adekvat behandling! (1 p)

Du gör en paracentes och tar en odling och Arvid läggs in för intravenös antibiotikabehandling (Claforan).

Arvids pappa drar sig till minnes att Arvids mormor hade en förlamning av ansiktsnerven för ett par år sedan. Pappan undrar över andra orsaker till sådan ansiktsförlamning. Vad svarar du? (1,5 p)

Orsaker till akut perifer facialispares kan, förutom akut eller kronisk otit, vara trauma, herpes zoster, borrelia, parotistumör. Det finns några syndrom där facialispares ingår: Melkersson- Rosental, Heerfordt's syndrom (sarkoidos), Ramsay-Hunt (zoster oticus). I de flesta fall hittar man dock ingen orsak till förlamningen, och det kallas då Bell's pares.

Vad är den viktigaste behandlingen/åtgärden för en patient med Bell's pares? (0,5 p)

Den viktigaste "behandlingen" vid Bell's pares är att skydda ögat från uttorkning: ögondroppar, ögonsalva till natten, "korstejpa" ögat till natten (övre ögonlocket "dras ned" via en hudtejp och en tejp som drar upp nedre ögonlocket lateralt, ej över själva ögonbulben), ev. fuktkammare.

Du är jourhavande öronläkare på ett sjukhus. Klockan är två på natten när du får en sökning. På jourrummet väntar Maja, 1,5 år, med föräldrar. Maja har vaknat med hård, skällande hosta samt andningsbesvär. Hon är tidigare frisk men har varit lite snuvig de senaste dagarna. I status noterar du att barnet har fin färg och gott allmäntillstånd men inspiratorisk stridor och indragningar. Mun och svalg: Oretat. Epiglottis ses blek och gracil. Lungor: Normala andningsljud, fortleda biljud men inga rassel eller rhonki. Hjärta: Auskulteras ua. Ställ diagnos och ordinera behandling! (1 p)

Du konstaterar att det rör sig om pseudokrupp. Eftersom Maja har stridor och indragningar ordinerar du Betapredtabletter upplösta i vatten samt Mollipect.

Efter ungefär en timme mår hon bättre men det finns fortfarande viss stridor varför du ordinerar adrenalininhalation. Efter ytterligare en stund sover Maja lugnt och du bedömer att föräldrarna kan åka hem med henne. Vad kan du rekommendera föräldrarna att göra nästa gång Maja får pseudokruppbesvär? (0,5 p)

Du ger råd om högläge, näsdroppar och skriver recept på hostmedicin (Mollipect). Om Maja får andningsbesvär kan man ta upp henne så att svullnaden minskar, kanske öppna ett fönster eller gå ut. Om andningsbesvären trots det inte ger med sig får man höra av sig igen.

Föräldrarna undrar vad pseudokrupp beror på. Vad svarar du? (0,5 p)

Pseudokrupp orsakas av en virusinfektion som ger svullnad i det subglottiska rummet och stämbandena, vilket leder till stridor, heshet och skällhosta

Du är läkare på en öronklinik på ett sjukhus. På remiss från husläkaren kommer Bengt, 67 år och f.d. storrökare, p.g.a. en knöl på halsen. Han har känt den "ett par månader". Du palperar en ca 3 cm stor fast, oöm, rundad resistens till höger på halsen. Vad misstänker du i första hand? Motivera! (1 p)

Du misstänker i första hand någon form av malignitet med tanke på patientens ålder, tidigare rökning samt avsaknaden av infektionstecken.

Föreslå adekvat utredning! (1,5 p)

Patienten bör utredas vidare med: 1. Noggrant ÖNH-status, ev. panskopi i narkos. 2. Histologisk undersökning, t.ex. mellannålsbiopsi, öppen biopsi eller cytologi. 3. "Radiologisk" kartläggning, t.ex. MRT, CT, ultraljud. (PET-CT)

Nämn tre differentialdiagnoser vid knöl på halsen (benigna och/eller maligna)! (1,5 p)

Differentialdiagnoser vid knöl på halsen kan vara exempelvis: 1. metastas från huvud- och halscancer 2. fjärrmetastas från annan cancer, 3. lymfom 4. lymfadenit 5. struma 6. halscysta 7. svullen submandibulariskörtel (spottsten, tumör) 8. lipom 9. vaskulära missbildningar.

Du gör din första natt som samjour under AT: n på ett litet sjukhus långt ifrån det stora universitetssjukhuset. In kommer 53-åriga Gunnar och på rapportbladet från ambulanspersonalen står det: Yrsel. EKG som sticks i handen på dig visar sinusrytm och på akutens rapportblad kan du utläsa följande: Blodtryck: 145/90 Hjärtfrekvens: 95 Saturation: 98 % Andningsfrekvens: 12 Gunnar berättar att han vaknade på morgonen (debut) med konstant yrsel (attacklängd), illamående och kräkningar. Förnekar andra associerade symtom såsom hjärtklappning eller samband med yttre omständigheter. Kan inte ange något speciellt som utlöser anfallen (stående kroppsställning, huvudrörelser), men tycker att det känns sämre när han rör på huvudet. Beskriver yrsel som snurrande som på en karusell (rotatorisk karaktär) och förnekar neurologiska bortfallssymtom såsom nedsatt styrka eller sensibilitet någon extremitet. Han upplever ingen påverkan på hörseln och har ingen nytillkommen tinnitus. Han

har inte upplevt något liknande förut och är sedan tidigare helt frisk (tidigare sjukdomar). Status: Du börjar med ett vanligt neurologiskt status som är helt blankt, men när du tittar på patienten med akutmottagningens Frenzelbrillor ser du att han har en vänstersläende spontannystagmus som inte påverkas nämnvärt vid laterala bäggångs- eller Dix- Hallpikes-tester. Då patienten har en spontansläende nystagmus behöver du inte försöka locka fram den med huvudskakningstest. Vid head impulse test åt höger ser du ett hopp tillbaka i ögonrörelserna. I öronstatus ser du bilateralt oretade hörselgångar och bleka, rättställda trumhinnor. Nacken palperas utan patologiska muskelspänningar, vid hjärtauskultation noterar du regelbunden normofekvent hjärtrytm utan bi- eller blåsljud över prekordium eller karotider bilateralt. Vilken diagnos framstår som troligast? (1 p)

Högersidig vestibularisneurit

En vestibularisneurit kan vara svår att kliniskt skilja från en lillhjärnsinfarkt, men vilket test som du utförde här gjorde dig ganska säker på att du skiljt ut tillstånden från varandra? (1 p)

Head impulse test - vid lillhjärnsinfarkt är detta oftast normalt.

Efter att ha lagt in Gunnar med uppvätskning efter alla kräkningar och noga förklarat dina misstankar kring "virus på balansnerven" hade du tänkt ta dig en välförtjänt kopp landstingskaffe när journalsökare piper till på ett olycksbådande sätt med direktnumret till SOS Alarm. Just nu kör man med ilfart in en 2-årig flicka med misstänkt epiglottit till din akutmottagning. Beskriv den typiska anamnes som får dig att misstänka epiglottit! (2 p)

Den typiska sjukhistorien är kort, ofta kortare än ett dygn, och börjar med halsont som tilltar över några timmar samt hög feber. Efter ytterligare några timmar får barnet svårt att svälja sin saliv, dreglar och ser blekt och sjukt ut. I det här läget kan livshotande andningssvårigheter snabbt tillstöta.

Lilla Christina sitter i bara blöja i mammas knä när ambulansen kommer till akuten och ni möter upp med intubationsberedskap. Det väser om inandningen och du kan se hur vävnaden dras in mellan revbenen. Mamma berättar att flickan varit lite förkyld sista tiden, men nu i natt vaknat med en hård hosta och andnöd som skrämt slag på föräldrarna. Det lättade dock lite när hon fick komma upp och sitta i mammas knä på trappen i väntan på ambulansen. Hon har inte haft någon hög feber, inte dreglat och verkar inte ha några problem med att svälja. Med en spatel kan du trycka ner tungan och få en snabb insyn till en blek och gracil epiglottis utan att ens behöva använda en spegel. Vilken diagnos framstår nu som mest trolig och hur väljer du att behandla? (2 p)

Krupp (tidigare kallat pseudokrupp på den tid innan vaccination mot difteri ingick i det allmänna vaccinationsprogrammet), d.v.s. luftvägsvirus (oftast parainfluenza-virus) som spritt sig från näsa och svalg till larynx och trachea, där det ger upphov till ett ödem i stämbanden och det subglottiska rummet

som orsakar stridor, heshet och skällhosta. Behandling: Lugn och ro - upprätt sittställning. Syrgas Inhalation av adrenalin injektionsvätska utblandat med fysiologiskt koksalt utifrån ålder. Inhalation av kortison alternativt per oralt kortisontabletter.

Efter en veckas intensiv nattjourstjänst pustar du ut med mottagningsarbete på sjukstugan mitt ute i ingenstans där du gör din vårdcentralsplacering. Precis när du börjat komma in i lunken och t.o.m. kommit ihåg att betala till den gemensamma fikakassan så stormar en av distriktssköterskorna in i personalrummet och släpar ut dig i bussarongslaget - det har kommit en patient med kraftig näsblödning. Hur handlägger och behandlar du en okomplicerad främre näsblödning på vårdcentral där du kan visualisera blödningskällan? (2 p)

1) Bedöm allmäntillståndet - om patienten är kallsvettig och takykard börjar du med att ordinera nål och dropp. Kontrollera Hb vid behov. 2) Snytt rent och lokalisera blödningskällan. Sätt in en tuss bedövningsmedel med avsvällande (lidokain-nafazolin) och låt patienten knipa om främre delen av näsan under 20 minuter. 3) Ta bort tussen och etsa med silverniträt (neutralisera efteråt med koksalt) alternativt diatermera där du ser att det har blött. Sätt in en paraffinindränkt tuss i näsan som patienten själv kan avlägsna hemma nästa dag. Låt patienten kvarstanna minst en halvtimme på mottagningen så att du ser att blödningen inte kommer igång igen när den avsvällande effekten går ur nässlemhinnan.

Det hela gick bra. Efter avsvällande hade det slutat blöda och du tyckte dig kunna se en skada på slemhinnan över locus Kiesselbachi, som du ju vet är den vanligaste platsen för näsblödningar i alla åldrar. Du etsade och stoppade in en paraffintuss, och är nu ganska nöjd med din insats när du hör att det händer något i korridoren. Patienten, som du nu vet heter Jan, är 67 år gammal och har ett Waran-behandlat förmaksflimmer i grunden, har börjat blöda igen. Och den här gången börjar han se lite blek och tagen ut. Pulsen är snabb. Du får snabbt in honom på rummet igen, suger rent, bedövar/sväller av och tittar in. Det blöder kraftigt ljusrött från någonstans långt bak i näsan och rinner längs med näsans golv. Vilken är den vanligaste lokalen för bakre näsblödning och hur handlägger du patienten nu? (2 p)

Den vanligaste lokalen för bakre näsblödning vet du är a. sphenopalatina (näsans golv långt in i näsan), och du vet även att bakre näsblödningar vanligen leder till större blodförluster än främre. Då patienten har en pågående blödning, är takykard och blek ordinerar du omedelbart två grova infarter och att man startar en snabb infusion Ringer-acetat. Sköterskan ordnar detta och ifrån receptionen beställer man ambulans för transport in till närmaste ÖNH- klinik. Alla fall av bakre näsblödning är inlägningsfall på sjukhus, men då du ju sitter på en sjukstuga långt ifrån närmaste sjukhus anlägger du en bakre tamponad med en näsblödningskateter så att patienten ska klara transporten.

Efter denna adrenalinkick är det skönt att få träffa lite mindre akut

sjuka patienter. Nästa patient på mottagningen är Petter 6 år, där föräldrarna bokar tid för att de misstänker att sonen kan ha en öroninflammation på gång då han är förkyld, verkar höra dåligt och ofta tar sig åt höger öra. Vad letar du efter i status som skulle kunna tala för en akut mediaotit? (1 p)

Petter har ingen med var buktande trumhinna, ingen chagrinerad och inte heller ser du någon sekretion i hörselgången på någon sida. Däremot ser du på höger sida en indragen, grådaskig och något förtjockad trumhinna med vätska bakom. Trumhinnan rör sig dåligt vid Siegling. Liknande bild, men inte lika uttalad på vänster sida. Petter tycker att stämgaflödet hörs bäst i höger öra vid Webers test.

Vilket tillstånd misstänker du i första hand nu, vilken undersökning beställer du, vad förväntar du dig att den ska visa, och hur går du vidare med handläggningen? (2 p)

Petter verkar ha en sekretorisk mediaotit (otosalpingit), en sjukdom vanligast hos barn i förskoleåldern och som karakteriseras av hörselnedsättning och lockkänsla. Audiogram visar såsom misstänkt ett högersidigt ledningshinder. Då sekretorisk mediaotit i många fall är självläkande börjar du handläggningen med expektans. Kontroll om 3 månader.

3 månader senare kommer Petter och hans föräldrar tillbaka på kontroll. Föräldrarna tycker fortfarande att Petter hör lite dåligt, han har t ex svårt att höra när de talar med honom från ett annat rum och vill ha väldigt hög volym när han ser på barnprogram på TV. Hörselprovet är oförändrat i jämförelse med föregående besök. Han snarkar även nu trots att han inte är förkyld längre, och har otäcka perioder när det låter tätt och han slutar andas en liten stund. Han är också mer trött på dagarna. Vad vill du undersöka nu? (1 p)

Öronstatus med Siegling: Visar fortsatt mattgråa, indragna trumhinnor bilateralt som rör sig dåligt vid Siegling. Undersökning av epifarynx avseende adenoid: Det är svårt att spegla ett barn, men du lyckas få en kort insyn där du ser lymfoid vävnad som verkar täppa till en stor del av nässvalget.

Hur går du vidare med handläggningen nu? (1 p)

Besvär som håller i sig längre än 3 månader tyder på en kronisk otosalpingit, i det här fallet troligtvis p.g.a. att adenoiden täpper till tubarostierna. Du ger råd om högläge i sängen (böcker under huvudgaveln), Valsalvas manöver alternativt Otovent-ballong ifall patienten inte klarar av att göra Valsalva och remiss till ÖNH-klinik för ställningstagande till adenoidektomi och ev rörbehandling.

Du är vikarierande ÖNH-underläkare på det lilla länsdelssjukhuset på din första jour när bygdens egen casanova, Göran 53 år, inkommer efter att ha hamnat i slagsmål på logdansen. Han har inte varit avsvimmad, men söker nu då näsan är tydligt intryckt på vänster sida efter ett knytnävsslag från kvällens tilltänkta dam, som inte uppskattat hans närmanden. Skinnet är dock helt. Fråga 1:1 Du minns att det var något man alltid var tvungen att utesluta i nässtatus vid

trauma mot näsan - vad var det och varför? (1,0 p)

Utesluta septumhematom eventuellt genom att palpera med bomullspinne, hematomet kan bli infekterat och ge en smältning av brosket som leder till sadelnäsa.

Du hittade inget septumhematom. Hur handlägger du nu Görans uppenbara näsfraktur? Eventuella undersökningar, åtgärd och uppföljning. (1,0 p)

Diagnosen ställs kliniskt, d.v.s. ingen radiologisk undersökning behövs då du inte misstänker andra ansiktsfrakturer. Då näsan är uppenbart sned bör man utföra en grovreponering akut. Spraybedövning i näsan och ledningsanestesi med adrenalin vid nervus infraorbitalis samt infiltrationsanestesi längs med näsbenet och vid basen av septums framkant. Reponera sedan med ett elevatorium som lyfter den intryckta benbiten samtidigt som du trycker på motsatt sida. Vid behov tamponeras den sidan för att hålla benfragmentet på plats. Återbesök efter några dagar när svullnaden lagt sig, om snedhet eller besvär med nästäppa bör patienten komma till ÖNH-kliniken för eventuellt nytt reponeringsförsök.

Du är nöjd med din reponering och patienten ska precis gå från rummet när han lite skamset hänger sig kvar och säger, att jo, det knytnävsslag som han fick mot näsan var nog inte helt oprovocerat, först hade damen i fråga gett honom en örfil och när han inte slutat så hade hon slagit till honom. Han hade inte nämnt örfilen först, för den gjorde inte så ont, men nu när han känt efter var ljudet som mer burkigt på den sidan och det kändes som om det rann något i örat. Du tittar givetvis i örat och ser en trumhinneperforation precis där ljusreflexen annars borde ha varit. Uppföljande återbesök på ÖNH-kliniken planeras, men vad kan du berätta för patienten om handläggning av trumhinneperforationer? (1,0 p)

Han bör undvika att få vatten i örat eller att peta i hörselgången då han kan få in bakterier. Då han inte fått något orent i själva örat behövs ingen antibiotikaproylax, men om örat blir infekterat så kommer det att rinna. Man kommer att kontrollera hörseln på örönmottagningen och sedan se om hålet kan självläka, har det inte gjort det på 3-4 månader kommer man att överväga eventuell operativ åtgärd.

Du fortsätter som ÖNH-vikarie och nästa patient är Anton, en 50-årig sedan tidigare väsentligen frisk man med en känd pollenallergi. Han söker dig p.g.a. tilltagande nästäppa och hosta nattetid. Anton tycker också att han har betydligt sämre luktsinne än tidigare. Vilken är den viktigaste frågan avseende nästäppans karaktär? (1,0 p)

Är nästäppan bilateral eller ensidig (sidoväxlande eller bara på ena sidan).

Du undersöker Anton med främre rinoskopi före och efter avsvällning och tycker då att det ser ut som han har polyper på båda sidorna i näsan. Dessutom tycker du att han har sibilanta ronki vid auskultation över båda lungfälten. På vilket sätt kan du direkt i undersökningsstolen på vårdcentralen undersöka de misstänkta

polyperna närmare? (1,0 p)

Du kan palpera dem med en bomullspinne - de ska kännas mjuka, eftergivliga och smärtfria.

Vid palpation av polyperna i näsan finner du att de är insensibla bilateralt och du konstaterar att Anton har näspolypos och astma. Du erinrar dig nu en fantastisk föreläsning under ÖNH-kursen om näspolyper och Samters triad - vad vill du nu fråga patienten? (1,0 p)
ASA- (el. NSAID) intolerans?

Det visar sig att Anton inte har någon intolerans mot ASA/NSAID. Du gör också en spirometri som visar 80 % av förväntad FEV1 som kan reverseras med Bricanyl. Hur bör du nu handlägga patienten vidare? (1,0 p)

Du sätter in honom på en nasal steroid tillsammans med astmabehandling.

Anton kommer tillbaka till dig efter en månad, men han är inte bättre utan snarare tvärt om. Han har mycket besvär med nästäppa och känner sig mycket trött dagtid. Luktsinnet är nu helt borta, men hans astma är något bättre sedan han började med inhalationerna. Du beslutar dig för att skicka patienten på remiss till ÖNH-specialist, men när patienten kallas har du själv precis påbörjat ditt vikariat på ÖNH-kliniken. På din remiss står att patienten har en näspolypos/astma med tilltagande nästäppa, anosmi och trötthet, trots lokalbehandling med nasal steroid under en månads tid. Vid besöket på ÖNH-mottagningen finner du vid endoskopisk undersökning av näsan en näspolypos grad 3 bilateralt, bilateral otosalpingit men normal auskultation av pulm. Hur bör du handlägga Anton nu? (1,0 p)

Du sätter in en peroral steroidkur och kompletterar med nasal steroid i droppform. Återbesök om en månad. Epilog Anton kommer tillbaka en månad senare. Han är marginellt förbättrad men tycker att astman har blivit sämre den senaste veckan. Du inspekterar hans näsa endoskopiskt och finner att han fortfarande är nästan totalockluderad bilateralt. Du beslutar dig för att göra en DT sinus och planerar för en operation. Anton opereras med FESS-teknik då man rymmer ut hela bihålssystemet. Du informerar honom om att han sannolikt kommer att behöva ta sin kortisonnässpray varje dag, resten av livet.

Din nästa patient på vårdcentralen är 18-åriga Tomas med halsont där hans mamma först bara ringt och krävt ett recept på antibiotika utan läkarkontakt då han haft halsfluss flera gånger de sista åren. Vilka var nu egentligen centorkriterierna som talar för en streptokockinfektion? (1,0 p)

Feber >38,5 grader Ömmande lymfkörtlar i käkvinklarna Beläggningar på tonsillerna Frånvaro av hosta.

Vid undersökning visar sig Tomas ha feber, svullnade och rodnade tonsiller med vita beläggningar och cervikal lymfadenit. Strep A är positiv. Hur väljer du att behandla nu och vid ett eventuellt recidiv?

(1,0 p)

Penicillin V utifrån kroppsvikt i 3-dos under 10 dagar. Om recidiv Cefadroxil eller Dalacin under lika lång tid.

Efter några dagar kommer Tomas dock tillbaka till din mottagning. Han berättar med grötigt tal att han nu har fått mera ont på höger sida, svårt att gapa och svälja. Vad förväntar du dig nu att se i status och hur handlägger du detta? (1,0 p)

En högersidig peritonsillit-bild; rodnad och buktning lateralt om tonsillogen och medialförskjutet högersidig tonsill. Du remitterar patienten akut vidare till ÖNH-kliniken för punktion och eventuell incision och debridering samt dubblar penicillindosen.

Tomas mamma som är med vid besöket berättar återigen att Tomas haft flera halsflussar de sista åren och undrar ifall man inte kan operera bort halsmandlarna. Nämn de 3 viktigaste, infektionsrelaterade indikationerna för tonsillektomi? (1,0 p)

1. Fler än 2 tonsilliter årligen de senaste 2-3 åren 2. Två eller fler peritonsilliter. 3. Allvarlig följsjukdom; såsom t ex retro/parafaryngel abscess eller försämring av psoriasis, RA och glomerulonefrit i samband med akut faryngotonsillit.

Som jour på ÖNH-kliniken får du ett samtal om 86-åriga Aina som sedan flera veckor tillbaka vårdas inlagd på lungkliniken avseende sin svåra KOL. Man väntar bara på vårdplanering och har inte engagerat sig så mycket i damen i fråga, men nu har hon fått problem med smärta och svullnad i höger kind och dålig smak i munnen. Efter en snabb titt i journalen framkommer det att patienten verkar vara undervätskad. Vilken åkomma misstänker du nu i första hand? (1,0 p)

Septisk parotit.

Vilken är den typiska patienten som drabbas av en septisk parotit och hur behandlas detta? (1,0 p)

Multisjuk patient som vårdas inlagd och äter/dricker dåligt. Behandlas med intravenös antibiotika och vätska, munhygien, salivstimulerande åtgärder och massage för dränage av körteln.

Vid undersökning finner du dock att Aina inte är svullen över själva parotiskörteln, utan framför körteln och att hon har en liten fistelgång från vilken du kan trycka ut pus ca 1 cm strax ovan lateralt om alveolarutskottet på höger sida. Vad misstänker du för diagnos i första hand? (1,0 p)

Nyttillkommen dålig smak i munnen och fistelgång vid överkäkständerna inger misstanke om en extraoral fistel med odontogent ursprung.

Vilka är de vanligaste motorikstörningarna i svalg- och matstrupe?

1. Cricofaryngeusspasm (hypertensiv övre sfinkter) 2. Diffus esofagusspasm (Nutcracker esofagus) 3. Achalasi

Vilka är symtomen på cricofaryngeusspasm, hur utreds och behandlas det?

-Känsla av att mat fastnar i jugulumhöjd -Esofagusmanometri - Sväljlogoped/Balldilatation/Myotomi/Botilinumtoxin

Vilka är symtomen på diffus esofagusspasm, hur utreds det?

-Retrosternal intermittent smärta och obstruktion (angina pectorishärmare). Ingen retention i esofagus. -Esofagusmanometri, rtg, CT

Vilka är symtomen på achalasi, hur utreds och behandlas det?

-Mat fastnar i nedre esofagus, uppstötningar, framför allt i liggande, aspirationsrisk, viktnedgång, retrosternala smärtor -Esofagusmanometri - Gjertz dilatation (ballong)

Vilka är symtomen på Zenkers divertikel, hur utreds och behandlas det?

-Ofta debut > 50 år, män mer än kvinnor, tilltagande dysfagi, dålig andedräkt, ljudlig sväljning, uppstötningar med eller utan hosta -Rtg med sväljning av bariumkontrast Behandlingsalternativ: 1. Endoskopisk laserdivertikulotomi (2-4 cm) 2. Endoskopisk stapling divertikulotomi (> 3cm) 3. Extern extirpation

Vilka är skillnaderna mellan abscess och flegmone?

Flegmone: akut (1-5 dgr), smärtsamt generellt, större område, diffust lokaliserat, degig vid palpation, ingen var, mer allvarligt, både aeroba och anaeroba bakterier Abscess: kroniskt (2-10 dgr), smärtsamt lokaliserat, mindre område, välavgränsad, fluktuerande/hårt vid palpation, pus, mindre allvarligt, anaeroba bakterier

Hur behandlas lindrig extern otit?

Rensugning Terracortril med polymyxin B Undvika vatten i örat Ej peta i örat

Hur behandlas extern otit med mer uttalade besvär?

Alsolsprit tamponad 2-3 dgr Terracortril tamponad 2-3 dgr Diproderm el. Betnovat 7 dgr

Symtom på Zoster oticus och behandling

Blåsor på ytterörat Värk Facialispares Hörselnedsättning Yrsel Aciklovir, helst så fort som möjligt

Hur behandlas akut mediaotit?

Antibiotika till: 1. Barn <1 år och > 12 år 2. Barn <2 år vid bilateral otit 3. Perforerad mediaotit oavsett ålder 4. Komplicerande faktorer: - allmänpåverkan -missbildningar i ansikte eller mellanöra -skallfraktur - cochleaimplantat -känd hörselnedsättning -känd mellanöresjukdom -kraftig smärta trots given smärtlindrande behandling

Hur ska man följa upp mediaotit?

- Efterkontroll 3 mån och bedöma trumhinna och hörsel

Hur definieras recidiv vid otit och hur behandlas det?

-Återinsjuknande inom 30 dgr med symtomfritt intervall -Amoxicillin 10 dgr

Vilka komplikationer kan uppstå av otit?

Sekretorisk otit, Trumhinneperforation

Mastoidit Meningit Epiduralabscess Facialispareas Labyrinthit Sinustrombos

Vilka är symtomen på sekretorisk mediaotit (SOM)?

Nedsatt

hörsel Lockkänsla Kommunikationssvårigheter Koncentrationssvårigheter Sp
råk och inlärningssvårigheter

Hur behandlas SOM?

-Expektans -Autoinflation (Valsalva, Otovent) -Rörinsättning -Abrasio

Vad kännetecknar en tvärgående temporalbensfraktur?

-Ev. hematotympanon -Dövhet med Weber mot friska örat -Facialispareas
vanlig Nystagmus mot friska örat (bortfallsnystagmus)

Vad kännetecknar en längsgående temporalbensfraktur?

-blödning ur hörselgången -trumhinneskada och hematotympanon -innerörat
och facialis klarar sig oftast

Hur diagnostiseras och behandlas traumatisk trumhinneskada?

-Weber, Otoskopi, Hörselprov -Avvakta med antibiotika (om ej dykning) -
Undvika vatten -Hörselkontroll 4-6 v -Kirurgi 3-4 mån om kvarstående
perforation

Hur behandlas kronisk otit?

-Rengöring, lokalbehandling -Kirurgi

Hur behandlas otoskleros?

Hörapparat Kirurgi (om permitterande hörselnedsättning kring 40 dB, eller
om ledningshindret är > 20 dB. Stigbygeln ersätts med en protes och 90-95 %
får en förbättrad hörsel)

Hur behandlas GAS-tonsillit? Vid recidiv?

PcV i 10 dgr Cefadroxil/Klindamycin vid recidiv

Hur behandlas peritonsillit?

Punktion med nål, om pus=incision Debridering med tång PcV i 10
dgr Debridering dagligen tills det inte tömmer sig mer

Hur känner man igen lymfadenitis kolli och hur behandlas det?

-Feber, svullnad på halsen, ev. föregående eller pågående halsinfektion (kan
vara staph. a och GAS) -Vid abscedering=incision och
svalgodling Diffdiagnoser=infekterad lateral halscysta, mykobakterier,
malignitet)

Kännetecken och behandling av para- och retrofaryngealabscess

Föregås ofta av infektion i bakre munhåla eller svalg Sväljningssvårigheter Trismus (svårt gapa) Andningsbevärr Feber Cefotaxim + Metronidazol Kirurgi

Symtom på pseudokrupp

-Oftast förkylda
-Vaknar nattetid med heshet, skällhosta och inspiratorisk stridor
-Ev. indragningar i bröstkorgen

Behandling av pseudokrupp

-Högläge
-Näsdroppar
-Hostmedicin
-Syrgas
-Kortison (betapred 8-12 tabletter)
-Adrenalininhalation

Symtom på epiglottit

Svåra svalgsmärtor- svårt svälja vatten
Allmänpåverkan
Feber
Snabbt insättande

Hur behandlas epiglottit

Högläge
Syrgas
Säkerställande av fri luftväg (ev. intubation och IVA-vård)
Cefotaxim

Hur behandlas näsfurunkel och septumabscess?

Antibiotika peroralt resp. antibiotika iv. + dränage

Hur behandlas perikondrit?

Iv. kloxacillin eller pip./tazo. med peroral uppföljning

Vilka är tecken på rinosinuit och hur behandlas det?

-Vargata -Purulent sekret i nässvalget -Förkylningssymtom med dubbelinsjukande -Ensidig smärta tänder eller ansikte -SR/CRP förhöjda 7-10 dgr efter ÖLI -Lågdos-CT-sinus -Penicillin V 10 dgr -Spolning om ej svar på antibiotika

Tecken och behandling av etmoidit?

ÖLI Måttlig feber Svullet öga Inläggningsfall Odling nasopharynx Cefotaxim

Hur utreds Bells pares hos vuxna och barn?

-Borrelia i blod och vid stark misstanke likvor (barn alltid likvor) -
Diabetesprover (vanligare hos diabetiker) -Blodtrycksmätning -
Immunologiska åkommor bör has i åtanke

Hur behandlas Bells pares?

-60 mg kortison i 5 dagar därefter nedtrappning 10 mg per dag -Skydda ögat, Viscotears på dag och ögonsalva till natten -Skyddande glasöga eller fuktkammare 75 % tillfrisknar utan sekvele

Hur utreds spottkörtlar?

-Inspektion/palpation -DT (CBDT) och/eller UL -
Cytologipunktion/mellannålsbiopsi -DT (konventionell), och/eller MR samt PET-CT vid tumörutredning -Sialendoskopi - sten/inflammation

Hur utreds och behandlas neuroborrelios?

-Serologi, lumbalpunktion -Doxycyklin 200 mg x1 i 14 dagar

Fynd och behandling vid mastoidit

Akut otit, rodnad bakom örat, örat står ut Paracentes med odling Iv. antibiotika Ev. uppmejsling av mastoiden

Fynd och behandling vid labyrinthit?

Otit med yrsel Paracentes med odling Antibiotika iv.

Vilka regler finns för heshet?

1. Mer än tre veckor undersökning av foniatrer eller ÖNH-läkare 2. Plötslig heshet eller afoni hos vuxna utan förkylningssymtom skall utredas relativt snabbt 3. Bedömning av foniatrer/ÖNH-läkare bör göras före röstbehandling hos logoped

Vilka är de vanligaste ÖNH-cancererna?

Tonsill (vanligast) Tung Larynx

Vilka orsaker finns till dessa?

HPV Rökning Alkohol

Vilka symtom kräver adekvat undersökning om det/de kvarstår mer än 3 v och inte beror på uppenbar infektion?

-Knöl på halsen, i munnen, ansiktet eller andra partier i huvudet
-Sväljningsbesvär, ssk ensidiga
-Heshet
-Sår eller småblödningar i munhålan
-Försämrade protesanpassning
-Värk/smärtor i munhålan eller svalg med utstrålning mot ena örat
-Ensidig nästäppa eller blodstrimmig snuva
-Ensidig SOM hos tidigare öronfrisk vuxen (epifarynxcancer)

Hur sker utreds knöl på halsen?

-Endoskopi i narkos
-Px för PAD
-Ev. kolpartikelmärkning av tumörgränser
-Radiologisk utredning: CT, MRT, PET)
-UL med finnålspunktion för cytologi

Vilka behandlingsmetoder finns?

Radikal resektion
Extern radioterapi

Vad är definitionen på obstruktiv apne?

Totalt upphörande av luftflödet genom näsa/mun under minst 10 sek pga total obstruktion av övre luftvägar

Vilka är orsakerna till obstruktiv sömnapne?

- Anatomisk/strukturell och/eller funktionell försänkning av övre luftvägarna
- Övervikt
- Tonsillhypertrofi/adenoidhypertrofi, nedhängande gombågar, stor uvula
- Försämrad näspassage (septumdeviation, polyyps, rhinit, rökning)
- muskelslapphet (alkohol, sedativa)
- hypothyreos, akromegali
- Mikro-retrognati
- makroglossi
- ryggläge

Vad är definitionen på obstruktion sömnapnesyndrom (OSAS)?

- Minst 5 apneer/hypopneer per timmes sömn och
- onormal betydande dagsömnighet som ej bättre förklaras av andra faktorer

Hur utreds patienterna för OSAS?

- anamnes
- diffdiagnoser, andra sömnstörningar, hypothyreos, RLS, akromegali
- somatiskt status ink. ÖNH-status
- nattlig sömnregistrering

Hur graderas andningsrubbningen?

Lätt=AHI 5-15 Måttlig= 15-30 Svår= AHI > 30

Hur behandlas OSAS?

- Egenvård
- Viktnedgång
- Undvika ryggläge
- Minska rökning, alkohol
- förbättra näspassagen

Hur behandlas lindrig form?

-Apneskena/mandibelframdragare

Hur behandlas svår sömnapnesyndrom?

-CPAP om svårt sömnapnesyndrom, kraftig övervikt och andra komplicerande faktorer

Hur går man vidare om ovanstående ej räcker?

Kirurgi: tonsillektomi, svalgplastik, näskirurgi, framflyttning av mandibel, tracheostomi

Vad kännetecknar snarkning och OSAS hos barn?

- "drar till stopp"
- orolig sömn, enures
- trötthet
- irritabilitet, hyperaktivitet, koncentrationssvårigheter
- bettavvikelser
- "failure to thrive"
- trattbröst
- cor pulmonale

Vad orsakar OSAS hos barn?

- Tonsillhypertrofi/adenoidhyperplasi
- Anatomiska avvikelser (liten haka, stort överbett, hypotoni, stor tunga)

Hur utreds OSAS hos barn?

- Anamnes & status - Sömnscreening är svårt - Sömnobservation

Hur behandlas OSAS hos barn?

- Abrasio
- Tonsillektomi/tomi
- Ev. CPAP

Vad orsakar unilateral nästäppa hos vuxna?

- septumdeviation
- concha bullosa
- inverterat papillom
- koanal polyp (cysta)
- sinuit (dental)
- koanal atresi
- tumörer (extremt ovanligt)

Vad orsakar ensidig nästäppa hos barn?

- främmande kropp
- koanal atresi
- koanal polyp
- juvenil angiofibrom
- gliom intranasalt

Vad orsakar bilateral nästäppa hos vuxna?

- rhinit (medikamentosa)
- polyper
- sarkoidos
- Wegeners
- akut/kronisk rhinosinuit

Vad orsakar bilateral nästäppa hos barn?

- adenoid
- rhinit
- kronisk rhinosinuit

Vilka anamnestiska uppgifter är viktiga vid näsproblem av skelett eller slemhinneorsak?

- Symtomstart?
- Sidodominans?
- Utlösande faktor?
- Dygns eller årstidskorrelation?
- Arbeteskorrelation?
- Hereditet?
- Astma?
- Mediciner?

Vad ingår i Samters triad?

- Astma
- Näspolypos
- ASA-intolerans

Hur ska man behandla näspolyper?

Man börjar med 1. och går vidare om en effekt på detta 1. Steroidspray 6-8 veckor 2. Per orala steroider (30 mg/dag), max 4 kurer på år. Bra effekt, fortsatt med nässpray 3. CT och operation följt av postop nässpray

Hur sätter man ut nässpray vid rhinits medikamentosa?

-En sida i taget -gå över till barnstyrka -högläge och näsvid på natten -kyla i sovrummet -motion före sänggående -insomningstabletter vb -nasala steroider -orala steroider (20 mg/dygn)

Hur utreds vid sinuitmisstanke?

- anamnes
- tänder
- klinisk undersökning, rakt skop, tänder
- röntgen, CT eller CBCT
- Ultraljud
- diagnostisk punktion

Vad har hög diagnostisk signifikans vid bakteriell rinosinuit?

- vargata
- kakosmi
- duration minst 10 dgr
- flera samtidiga tecken (ensidig värk, dubbelinsjuknande, purulent sekret i näsan)

Vad har låg diagnostisk signifikans vid bakteriell rinosinuit?

- feber
- perkussionsömhet
- tyngdkänsla i ansikte-huvud -smärta vid framåtböjning

Hur behandlas sinuit?

- 70-80% läker spontant
- avsvällande lokalt, kortisonspray

- antibiotika: PcVi dubbeldos 10 dgr, vid recidiv eller svikt=bredare spektrum
- käkspolning
- operation efter 5-6 spolningar eller Sinoject i 2 v

Vilken är indikationen för käkspolning?

-terapivikt vid sinuitbehandling -samtidig frontalsinuit -diagnostik, ger information om ostiefunktion, seröst eller purulent utbyte, möjligheter till odling

Ont i örat

Funktionssystem

I det här seminariet kommer symtom och tillstånd från funktionssystem **Sinnen** diskuteras.

Detaljerade lärandemål

Kunskap och förståelse

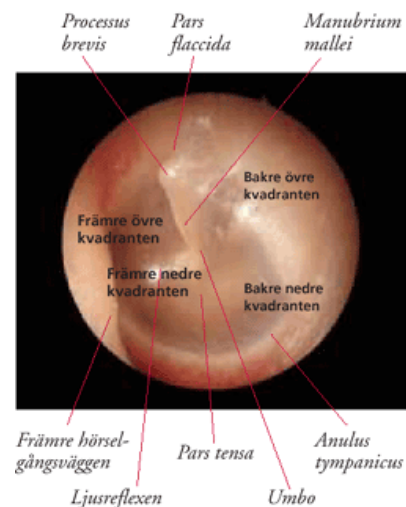
Studenten skall efter detta seminarium kunna

- 1) Beskriva och bedöma symtom, fynd och behandling av extern otit, otitis media med komplikationer, sekretorisk otit, kronisk otit samt inleda utredning och behandling av dessa.
- 2) Kunna handlägga patienter med ledningshinder samt sensorineural hörselnedsättning
- 3) Känna till symtom på otogen yrsel.

Färdigheter

Studenten skall efter detta seminarium kunna

- 1) Ta en adekvat anamnes på en patient med öronbesvär, nedsatt hörsel samt akut yrsel



Uppgift 1

Definiera följande grundläggande begrepp:

Recidivotit	Ny AOM inom 30 dagar efter antibiotikabehandling och ett symtomfritt intervall. Ge ny kur PCV under 10 dgr alternativt amoxicillin(Amimox®).
Otitbenäget barn	Tre eller fler akuta öroninflammationer under 6 månaders tid. En riskfaktor för detta är första otiten före 1 års ålder.
Rinnande öra	Det kommer vätska ur hörselgången. Kan bero på 1. Extern otit, 2. Perforerad otit, 3. Kronisk otit, kolesteatom
Rörotit	Ofta opåverkade, kommer i samband med ÖLI. <ul style="list-style-type: none"> • Odlas från sekret, insätt Terracortril med Polymyxin B örondroppar. • Perorala antibiotika enligt odlingssvar om profus flytning som ej upphör på tre dagar trots droppbehandling. Vanligen blir Heracillin ett bra val. Vid profus flytning behöver man ofta skölja ur örat med ljummet kranvatten innan dropparna appliceras. • Om flytningen upphör och barnet mår bra kontrolleras barnet som vanligt var 3-6 månad så länge plaströren sitter kvar och trumhinnan ej läkt och besvären kvarstår.
Fall 1.	

Du gör din AT placering i allmänmedicin. Frånsett några enstaka förkylningar och en episod av krupp har Nova, 9 månader, varit frisk. Hon kommer med sin pappa till din mottagning på morgonen. Dagen innan har hon varit lite snorig och febrig. Hon vaknade efter ett par timmars sömn vid midnatt, grät och var närmast otröstlig. Så småningom lugnade hon ned sig och har nu sovit ett par timmar på morgonsidan.
Du misstänker akut, ensidig mediaotit.



- a) Nämn fyra pålitliga statusfynd som kan stödja denna diagnos.

Buktande trumh. Rodnad eller vitaktig trumh, ibland med vätskefyllda blåsor, Vätske(pus)fylld mellanöra: nedsatt rörlighet vid Sieglings. Tjock trumh., Perforerad trumh. Kan ej se normala strukturer

- b) Förklara hur detta tillstånd uppstår. Etiologi?

Vanliga luftvägspatogener som (vanligen) i samband med virus invaderar mellanörat via örontrumpeten från ett koloniserat epifarynx.

Vanligaste patogenerna är Streptococcus Pneumoniae (Pneumococcer) 30-50%, Hemophilus Influenzae 15-30%, Moraxella Catharalis 1-9% och Grupp A Streptococcer 2-5%.

c) Vilka undersökningar föreslår du?

Klinisk undersökning inklusive Siegling! CRP och LPK varken bekräftar eller utesluter otit.
Om recidiv eller behandlingssvikt: Odling från nasofarynxsekret eller sekret från mellanörat

d) Om Novas föräldrar skulle ha kontaktat dig mitt på natten, vilka råd skulle du ha gett dem då?
Undersökning mitt i natten ej nödvändig. Råd om smärtstillande/febernedsättande, avsvällande (näsdroppar, koksalt). Högläge med huvudet. Om inte allmäntillståndet i övrigt påfodrar akut omhändertagande.

e) Hur skulle du ha handlagt Nova om hon skulle ha haft minst fem otiter sedan fem månaders ålder?
Remiss till ÖNH-läkare för ställningstagande till TMD-rör.

Odling NPH eller sekret från örat

f) Hur skulle du ha behandlat Nova, respektive om hon var 4 år gammal?

Avvakta med antibiotika men ändå skriva ett recept som får användas om symtomen ej bättre inom 2 dagar.

Vid dubbelsidig AOM alltid antibiotika.

g) Vilka symtom ger den vanligaste av de akuta komplikationerna till AOM? Nämn minst 2 andra komplikationer till akut otit.

Mastoidit. Symtom: Svullnad bakom örat, utstående öra.

Orsakas av spridning av infektionen som ger upphov till osteit och/ eller abscesser i området. Svullnaden beror på svullnad eller abscess subperiostealt över mastoiden. Inläggningsfall! Iv antibiotika efter odlingar. Operation: Initialt bred paracentes med odling från mellanörat.

Provpunktion retroaurikulärt mot misstänkt abscess som därefter öppnas och förses med spoldränage efter odling. Iv vätska, febernedsättande, Öronförband och Terracortril med Polymyxin B Örondroppar i hörselgången. Följ infektionsparametrar och kliniskt status. Om dålig respons på behandling eller recidiv överväg mastoidectomi. Förlängd po antibiotikabehandling vanligen Spektramox eller med ledning av odlingssvar samt uppföljande kontroller på Öronmottagningen. Andra diagnoser: Meningit, sinustrombos (v. jugularis), intrakraniell abscess.

Fall 2

Senare på dagen kommer Petra som är 3 år gammal. Hon var öronbarn som liten och fick minst fem penicillinkurer under sina första levnadsår. Nu har hon varit ganska besvärsfri i ett års tid. Man har emellertid märkt på dagis att hon hör dåligt sedan en tid tillbaka. Föräldrarna är oroliga.

a) Tänkbara diagnoser? Serös media otit, vaxpropp, allmän utvecklingsstörning, främmande kropp

Hon har antagligen en hörselnedsättning, sannolikt orsakad av vätska bakom trumhinnan.

b) Vilka två undersökningar skall göras utöver sedvanligt ÖNH-status och vilka är de mest sannolika fynden i dessa?

1. Lekaudiogram (=hörselprov). 2. Snabbtympogram. Audiogram bör visa hörselnedsättning av ledningsfelstyp dvs nedsatt luftledning men normal benledning. Snabbtympogram visar att trumhinnan är orörlig, akustisk immitans oberoende av lufttrycket i hörselgången.

c) Hur uppstår de vanligaste tillstånden som orsakar hörselnedsättning hos små barn?

1. Nedsatt funktion av Örontrumpeten, leder till undertryck i mellanörat och vätskeutträde (hydrops ex vacua teorin). 2. Förändrad struktur hos mellanöreslemhinnan (ev sekundärt till lågradig infektion eller inflammation) med ökad andel bägarceller och sekretion av mucus.

d) Behandlingsförslag.

TMD-rör

Fall 3

Fredrik, 25 år kommer precis från Maldiverna där han haft en härlig vistelse med dykning och snorkling. Efter en vecka fick han dock problem med båda öronen, speciellt med det högra örat som svullnade igen. Han fick en i det närmaste olidlig smärta och fick lov att uppsöka läkare som gav honom smärtstillande tabletter och örondroppar. Hemresan var ganska jobbig och han kommer nu direkt från flygplatsen till din mottagning på vårdcentralen.

a) Sannolik diagnos?

Extern otit, Extern otit med perikondrit/rosfeber

b) Behandling akut?

Rengöring om möjligt. Alsolsprittamponad i fall som detta med uttalad svullnad av hörselgången, skall ständigt hållas fuktig. Eventuellt antibiotika (Heracillin®, eller likartat stafylococc/streptococcantibiotikum) om kraftigt hudengagemang feber och allmänpåverkan. Analgetica, kan kräva Voltaren® i kombination med Citodon® eller likartade kombinationer. Återbesök för rengöring och om

c) Vilken behandling föreslår man med om situationen har lugnat ner sig inom några dagar?

Noggrann rengöring. Om svullnaden gått ner hjälpligt övergång till Terracortril med Polymyxin

B Örondroppar® 3 x 3 i 7 dagar.

d) Vad kan man göra för att hindra tillståndet?

Fukt orsakar bakterietillväxt. I Bassänger och vatten finns bakterier. Fukt och bakterier orsakar en lågradig inflammation sedan kan mer virulenta bakterier såsom Stafylococci, pseudomonas eller streptococci orsaka försämring med perikondrit etc. Inflammation ger klåda och åtföljande traumatisering när man kliar. Att klla kan i sig själv, ge upphov till fuktande sår/inflammation/infektion. Inte peta i örat. Inte få vatten i örat

e) Vilken komplikation kan uppstå om man använt örondroppar en längre tid?

Svampöverväxt i hörselgången.

f) Hur behandlar man detta tillstånd?

Noggrann rengöring.

Preparatbyte: Locacorten Vioform® (ej om perforation) alt Borsyresprit 4% (kan svida om sår i hörselgången eller trumhinneperforation) Gentianapensling. Är det hål på trumhinnan är det ett specialistfall

Fall 4

Din nästa patient är Linda, 27 år, tidigare väsentligen frisk kvinna. Hon insjuknade plötsligt för ett par dagar sedan med värk runt vänster öra. Hon vaknade på morgonen och fann att hon var alldeles sned i ansiktet och hade svårt att sluta vänster öga.

- a) Diagnos? Facialispares. Perifer (kan ej rynka pannan), Central (kan rynka pannan)
 - b) Etiologi? Bakterier (borrelia), Virus (herpes), trauma, tumörer (parotistumör, CNS-tumör)
 - c) Utredning? ÖNH-status, Palpation parotis, titta efter blåsor i hörselgång, ytteröra. Ta borreliaserologi.
 - d) Behandling? Skydda ögat (hornhinnan från uttorkning), kortisonbehandling med nedtrappning påbörjas inom 10 dagar om ej kontraindikationer föreligger. Om genesen klar ev. antiviral behandling eller antibiotikabehandling
 - e) Prognos? De flesta läker ut men 40-50 % med total får restsvmton
-

Fall 5

Gösta, 70 år vill också träffa dig akut. Han har märkt att hörseln blivit sämre på senare tid men i går fick han också en lockkänsla på hö sida. Du undersöker först hans högra öra och hittar en vaxpropp vilket är en mycket vanlig orsak till hörselnedsättning hos vuxna.

- a) Hur tar man hand om en sådan patient på vårdcentral?
Ev förebehandling med Revaxör hemma, spolning eller sug av vaxproppen.
 - b) Dina åtgärder hjälpte. Gösta upplever att hörseln på höger sida blev bättre men han hör dåligt med vänster öra också. Du undersöker hans vänstra öra men där hittar du inget vax, utan en oretad hörselgång och en normal trumhinna. Du gör stämgaflprov och resultatet visar att Rinne är positiv på höger och Weber lateraliseras till höger. Ange minst 2 möjliga orsaker till denna hörselnedsättning.
Presbyacosis,
schwannom
 - c) Vad borde du ha misstänkt om du skulle ha hittat en perforation i atticus?
Kolesteat
om
-

Länkar:

LMVs expertrapport [http://www.lakemedelsverket.se/upload/halso-och-](http://www.lakemedelsverket.se/upload/halso-och-sjukvard/behandlingsrekommendationer/Akut%20mediaotit_rek_webb.pdf)

[sjukvard/behandlingsrekommendationer/Akut%20mediaotit_rek_webb.pdf](http://www.lakemedelsverket.se/upload/halso-och-sjukvard/behandlingsrekommendationer/Akut%20mediaotit_rek_webb.pdf)

SBUs interaktiva fall <http://www.sbu.se/sv/Interaktiva-fall-om-rorbehandling/>

<http://www.oron.mas.lu.se/utbildning/infektioner2.html>

http://www.pennmedicine.org/encyclopedia/em_PrintArticle.aspx?ptid=1&gcid=001034

Nästäppa/Snuva

Funktionssystem

I det här seminariet kommer symtom och tillstånd från följande funktionssystem att avhandlas: **Andning** (Nästäppa/snuva), **Sinnen** (Främmande kropp, Lukt-/smakstörning, Huvudvärk, Smärta i ansiktet), **Blodbildning och försvar** (Feber, Blödningsbenägenhet) samt **Rörelse** (Trauma/skador)



Detaljerade lärandemål

Kunskap och förståelse

Studenten skall efter detta seminarium kunna

- 1) Beskriva och bedöma symtom och orsaker på nästäppa hos vuxna och barn, inleda utredning och jämföra olika behandlingsalternativ
- 2) Kunna handlägga patienter med akut näsblödning
- 3) Kunna handlägga patienter med akut trauma mot näsan och känna till möjliga komplikationer

Färdigheter

Studenten skall efter detta seminarium kunna

- 1) Ta en adekvat anamnes på en näspatient

Fall 1

Du arbetar som allmänläkare på Gustavsbergs vårdcentral. Nästa patient är Marianne, 45 år. Hon söker på grund av tilltagande besvär med nästäppa.

- a) Hur bör du komplettera anamnesen? Vad är viktigt att fråga när det gäller näsbesvär hos vuxna?
Inne/ute? Jobbrelaterat? Hemmet? Sovrum? Husdjur? Livsmedel? Ögonsymptom? Eksem? Astma? Icke-allergiska besvär: Blomdoft? Lösningemedel? Rök? etc. Tar pat. NSAID? Trauma? Nässektion (enkel- eller dubbelsidigt)? Tandbesvär? Näsblödning?, Kakosmi? Värk?
- b) Hur utreder och undersöker du den här patienten på en vårdcentral?
Anamnes, ÖNH-status, Under sökning av näsan eller provtagning, ÖNH med riktigt instrument/fiberoptik, Phadiatop, RAST/Pricktest vid specifik misstanke
 Ev remiss till allergi mot besvär, specifika misstanke eller vikesallergier
- c) Vilka differentialdiagnostiska tillstånd skall man överväga när det handlar om nästäppa hos vuxna?
Allergisk nästäppa, Icke- allergisk nästäppa, Infektion, Näspolypos, Rhinitis medikamentosa, Anatomiskt (Septumdeviation, Conchahyperplasi, Adenoid vegetationer (Barn + enstaka ungdomar), septumhematom, septumabscess, septumperforation, sammanväxningar)
 Tumör (Benign, Malign)
 Graviditet, atrofisk rinit, Wegeners granulom, rinolit OBS! Ensidig nästäppa som ej går över MÅSTE utredas!!!!

Fall 2.

Efter Marianne får du träffa Robin, 4 år, som kommer med sin mamma. Robin är frisk, men enligt mamman sover han oroligt, är ofta trött på morgnarna och täppt i näsan.

- a) Hur kompletterar du anamnesen?
Munandning? Snarkning? Apnéer, Nasalt tal? Öroninflammationer? Sängvätning? Tidigare ÖLI?
 Allergisk anamnes? Medicinering?
- b) Hur undersöker du Robin
 På din vårdcentral? ÖNH-status
 Hos öronspecialist? ÖNH-status, Fiberoptik under narkos
- c) Vilka är de mest sannolika diagnoserna?
Förstorad adenoid, hypertrofa tonsiller, infektion, allergi

Fall 3

Lena har två barn, 3 och 5 år gamla. Barnen har haft ganska mycket bekymmer med övre luftvägsinfektioner och långdragen snuva. Själv har Lena varit förkyld 5-6 gånger per år de senaste åren. Nu har hon igen varit förkyld i drygt en vecka, haft värk över näsroten, kring vänster öga och i vänster överkäke under flera dagar. Hon söker dig som allmänläkare.

a) Vilka frågor vill du komplettera anamnesen med?
Kakosmi? Ensidig värk/sekretion? Symtom > 10 dagar? Tidigare sinuiter? Tandproblem?

b) Hur undersöker du patienten?
ÖNH-status (letar efter vargata i meatus media samt puskladd i koanalöppning). Tandstatus

Du ser en vargata i vänster meatus media.

c) Vad är den mest sannolika diagnosen, ange diagnostiska kriterier?
Rinosinuit, vargata i meatus media, kakosmi, duration > 10 dagar, bifasiskt insjuknande, Ensidig värk och/eller sekretion (purulent)

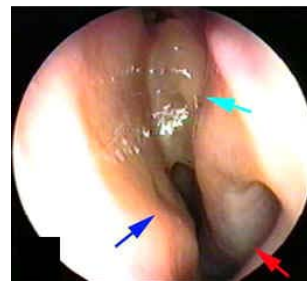
d) Hur behandlar du patienten?
Hög spontanläkning. 1. Högläge, avsvällande i form av kortisonspray, analgetika och vila. 2. pcV 3-dos x 10.

e) Din behandling fungerar inte och patienten kommer tillbaka med försvårad nästäppa och tilltagande värk. Hur kan du behandla henne nu?
1. Byte av antibiotika till bredspektrum (Amimox, Tetracyklin eller Spektramox). 2. Kanylering concha inferior NaCl (kroppstemp)??? Käkspolning eller SinoJect

Fall 4

Man i 60 årsåldern söker dig på samma vårdcentral p.g.a. besvär med nedsatt luktsinne, tryckkänsla i kinderna, huvudvärk samt tilltagande nästäppa. Tidvis rinner näsan.

Status visar följande fynd.



Septum →
Concha inf →

a) Den här kliniska bilden är relativ typisk för en diagnos, vilken?
Polypo

b) Om hans symtom hade varit ensidiga vilken diagnos borde du ha tänkt på då?
Tumör,
Septumdeviation

c) Vad borde man tänka på om patienten hade varit ett barn?
Koanalatresi

d) Hur ställer man diagnosen näspolyp och ditt förslag till behandling?
, CF

Endoskopi verifierar polyper. Inga besvär=0 beh. Lindriga besvär=nasal steroid + NaCl-sköljning
Svåra besvär=po steroid (20-40 mg/dag i 1-3 v beroende på svårighetsgrad och ev op (FESS
(functional endoscopic sinus surgery)

OBS! Missa inte behandling av astma. Nyupptäckt ensidig polypos skall ALLTID remitteras till ÖNH!

Fall 5

Du går jour som AT-läkare i Södertälje. Solveig, en 70-årig kvinna, ringer dig då hon blöder näsblod. Hon har förmaksflimmer och står på Waran. Det började blöda ur höger näsborre för ett par timmar sedan men hon tycker inte att det är så farligt.

a) Vilka råd ger du henne telefonledes?

Sitt ned, snyt ut blodkoagler, andas genom munnen, knip om näsvingarna i 10 minuter, luta huvudet framåt. Snyt rent igen, lägg in en bomullstuss indränkt med vanliga näsdroppar, näsolja eller matolja, knip om näsvingarna i ytterligare 10 min. Sök akut om det ej slutar.

b) Du blir väckt kl 5 på morgonen av att Solveig kommer in med ambulans. Det har blött hela natten och hon har börjat må illa och känna sig lite yr. Patienten blöder ymnigt ur vänster näsborre trots att hon har en bomullstuss där. Vad gör du initialt?

Om pat har tillgång till blodstoppande vadd
2 grova nålar, vätska, BAS och blodgruppering, INR. Sväll av och bedöva. Sug rent. Försök lokalisera blödning

c) Du ser inte varifrån det blöder. Det rinner både bakåt och framåt. Patienten börjar bli medtagen. Vilka åtgärder vidtar du?

Olika tillvägagångssätt: 1. Fast tamponad indränkt med Terracortilsalva. 2. Foleykateter sätts in och 8-10 ml NaCl används för att cuffa då den är på plats i epifarynx. Påsklämma på katetern. Tejpas utanför näskaviteten med skyddande vadd emellan hud och kateter p g a mycket lätt att få nekros. Kan sitta i flera dygn. 3. Rapid Rhino. Kan max sitta i 24-48 timmar. Ge vätska (Ringer). Håll koll på INR samt Hb etc.

Fall 6

Vid telefonrådgivning på en husläkarjour omtalar en patient att han i samband med en utlandsresa för 3-4 dagar sedan fått flera slag på näsan. Han blödde näsblod en kort stund efteråt. Nu när svullnaden har gått ner har han upptäckt att näsan är sned. Han känner sig en smula nästäppt.

a) Vad är den mest sannolika diagnosen?

Näsfraktur
ur

b) Föreslå lämpliga åtgärder. Hur bråttom är det?

Remiss till ÖNH. Skall reponeras inom 7-10 d. Svullnaden går ner efter några dagar vilket gör det lättare att bedöma felställning vid reposition. Vanligen görs slutna bimanuell reposition i lokalanestesi med elevatorium. Termoplast och aluminiumsplintar. OBS! Om septumfraktur görs öppen reposition.

Fall 7

Föräldrar söker med sin 5 åriga pojke p g a kraftig rodnad, svullnad hö öga samt hög feber och huvudvärk. I anamnesen långvarig förkylning och purulent snuva (ca 1 mån). Insatt på PcV via distriktsläkare under gårdagen.

Ur status:

- AT: Högfebril men i övrigt opåverkad.
- MOS: Ngt rodnade slh i bakre svalgväggen.
- Näsa: Svullna slemhinnor. Vargata, svullnad hö meatus media.
- Hö öga: Rodnad och svullnad kring övre ögonlocket. Ingen exoftalmus eller konjunktival injektion.
- Normalt visus.
- Pulm: ua.
- Lab: CRP 110, Leukocyter 15.

a) Vilken är den sannolika diagnosen?

Ethmoid
it

b) Vilken differentialdiagnos är rimlig?

ie ie Sinu
it

c) Vilka komplikationer finns det vid det här tillståndet?

Orbitala komplikationer (orbitalabscess och sinus cavernosus trombos), ögonmuskelpåverkan

d) Vilken behandling ordinerar Du i det här fallet?

Systemisk behandling med antibiotika (betalaktamasproducerande H. Influenzae) + avsvällande. Ev öppna? Om tecken på hotande sinus cavernosustrombos skall heparinbehandling ges. CT bör göras också.

Fall 8

Nedgången kvinna söker med omfattande infektion periorbitalt.
Herpesliknande utslag runt munnen.
Uruselt tandstatus särskilt parodontalt.
Möjliga samband?



Bakteriell spridning från tänderna. Begynnande fasciit i ansiktet. Herpesblåsorna är snarare ett utslag för att kroppen är stressad p g a den bakteriella infektionen.

ie
vt

Referenslitteratur

1. Dahlström E, Olsson M, Granström G. ABC om nästäppa. Läkartidningen 2006;103: 1618-1622.
2. Läkemedelsbehandling av rinosinuit – Behandlingsrekommendation. Läkemedelsverket 3:2005.
3. Anniko M: önh: Näsa, bihålor, epifarynx. Liber AB, 2012.
4. European Position Paper on Rhinosinusitis and Nasal Polyps 2012, Fokkens et al, Rhinol Suppl 23 (50):1-298, 2012

Ansiktstrauma

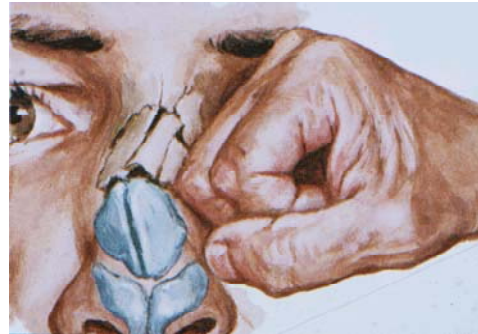
Funktionssystem

Andning, rörelse, hud

Kunskap och förståelse

Studenten skall efter detta seminarium kunna

- 1) Redogöra för akut omhändertagande av skadad
- 2) Redogöra för handläggning av mjukdelsskador
- 3) Redogöra för diagnos och handläggning av näsfraktur, okbensfraktur, blowout fraktur, NOE fraktur, frontalsinusfraktur samt de olika mellanansiktsfrakturerna
- 4) Redogöra för käkfraktur



Färdigheter

Studenten skall efter detta seminarium kunna ta en adekvat anamnes på ansiktsskador och undersöka ansiktsskelettet.

Fall 1

En multitraumapatient kommer in till akutmottagningen där Du är jourhavande öronläkare. Förutom frakturer i armar och ben har pat också en stor laceration i ansiktet. Den sträcker sig från vänster käkvinkel till mungipan och genom nästippen.

ABCDE, lösa tänder/protes, svullnad tunga och svalg, blödning/koagel?
Bedövning med Xvlocain

- a) **Beskriv Dina initiala åtgärder.**
och adrenalin. Noggrann rengöring och avlägsnande av alla främmande kroppar. Sparsam revision. Noggrann suturering med adaption av sårkanter. Om osäker på bra resultat gör bara rent och lägg på
- b) **Vad skiljer hudskador och mjukdelsskador i ansiktet från liknande skador på andra delar av kroppen?**
Mer genomblödning. Kan vänta med suturering upp till 24 tim. Viktigt att vara noga på g a kosmetiska och funktionella.
- c) **Vilka principer när det gäller suturer av läppar?**
Passa noga ihop det läpproda. Märkera innan bedövning läggs. Suterera lager för lager, gå inifrån och ut. Man kan även sätta första suturen utan bedövning (dock inte särskilt bekvämt för pat, andra specifika skador? Ductus paroticus (risk för utveckling av fistlar) med exploration och
- d) **Vad bör man också fäktta vid slutning av den här skadan?**
direktsutur av skada över polyuretankateter, N. facialis (lagoftalmos m. exponering av hornhinnan (r. temporalis), hängande mungipa (r. marginalis mandibularis)). Vid skada krävs mikrokirurgisk suturering inom 24 h.

Fall 2

En femårig liten pojke kommer in till ÖNH-akuten med sin mamma efter att han ramlat på studsattan och slagit näsan i metallkanten. Mamman är säker på att pojken brutit näsan, då den är svullen och lite missfärgad.

- a) **Vilken är nyckelfrågan som Du måste ställa?**
Förkylningssymtom?
Nästäppa?
- b) **Hur undersöker Du pojken?**
Avsvällande först i form av tussar som får sitta i 10 min. Inspektion, palpation. Kolla deviation. inpressning. krepitationer.
- c) **Vilken diagnos måste uteslutas?**
Septumhematom
- d) **Behandling?**
Sövning, skär upp och dränerar septumhematomet. Reponering av näsfrakturen inom 7 dagar, men om pat har septumhematom försöker man reponera frakturen i samma seans
- e) **Vilken är den komplikation som Du fruktar?**
Septumhematom som leder till septumabscess. Brosket smälts ned. Info till alla pat att komma tillbaka akut om de börjar få nästäppa.

Fall 3

Du är underläkare på ÖNH-akuten och det kommer in 18 årig man som spelat tennis och fått en tennisboll i vänster öga. Ögat är ordentligt svullet men mannen har inte några uttalade smärtor.

- Hur undersöker Du den unge mannen och vilken fraktur skall Du misstänka i första hand?
Blow-out-fraktur (orbita-fraktur). Inspektion, palpation av ansiktsskelett, CT coronal projektion med mandibeln inkluderad. Ögonundersökning, syntest, koll av dubbelseende,
- Vilka fynd styrker Din diagnos?
Svullnad, missfärgning, dubbelseende, ont i ögat, påverkad ögonmotilitet. Hos unga pat fjädrar brosket tillbaka och det är risk för inklämning av muskeln. Kan ej titta uppåt med det ögat.
- Vilka är de typiska frakturerna vid den här diagnosen?
1. Orbitabotten, 2. Medial orbitavägg, 3. Orbitatak, 4. Lateral orbitavägg. Oftast kombinationer.
- Hur handlägger Du skadan och hur påverkar Dina undersökningsfynd handläggningen?

Fall 4 CT. Absoluta operationsindikationer: Inklämd extraokulärmuskel (recti), retrobulbärt hematom eller annat hot mot synen eller ögat. Annars kan man vänta upp till 1 vecka (bra för att svälla av). Remiss till ögonläkare för bedömning. Ibland behövs ej operation om skadan är liten.

Lite senare på kvällen kommer en kraftigt etylpåverkad 45-årig man in med polisen. Han har blivit misshandlad och påträffats medvetslös. Mannen är nu vaken och förefaller orienterad. Han är kraftigt svullen över hö ansiktshalva och vid undersökning finner Du att kindkonturen är ordentligt avflackad och patienten klagar över svårigheter att gapa.

- Vilken är den troliga diagnosen?
Zygomaticusfraktur
- Vilka är de 4 stödjepunkter som kan engageras vid en sådan fraktur?
Margo infraorbitalis, sutura fronto-zygomatica, arcus zygomaticus, laterala stödjepelaren mellan corpus zygomaticus och maxillan.
- Vilka andra symptom är det troligt att patienten klagar över och vad hittar Du vid undersökning förutom den avflackade kinden?
Margo infraorbitalis, subkonjunktivalt hematom, sensibillitetspåverkan (n. infraorbitalis), suborbitabottenfraktur), subkutant emfysem (måste säga till pat att han ej får snyta sig för då kan detta uppstå)
- Vilken undersökning är indicerad och vad skall man ge patienten för instruktioner innan hemgång?
CT skalle och mandibel
- Vilken är behandlingen vid en tetrapod fraktur?
Öppen reposition och osteosyntes med plattor inom en vecka. (SÖS-metoden m. krok, vet ej om denna används längre)

Fall 5

Fram på småtimmarna larmar man igen och ytterligare en multitraumapatient kommer in efter en trafikolycka. Patienten var förare och har inte använt säkerhetsbälte. Hon har slagit ansiktet i ratten och när Du kommer för att bedöma henne på akutrummet finner Du vid undersökningen att hennes gom är lös.

- Vilken typ av fraktur överväger Du?
Mellanansiktsfraktur
- Beskriv skillnaderna mellan dessa olika fraktursystem?
LeFort I: Maxillär fraktur, lös gomplatta. LeFort II: Engagerar näsan och det ethmoidala komplexet, separation av näsryggen. LeFort III: Omfattar hela mellanansiktet inkl os zygomaticus.
- Vilken annan fraktur kan misstänkas vid ett högenergitrauma mot ansiktet och pannan? Vilka symptom är vanliga vid dessa frakturer?
NOE-fraktur: Svullnad kring näsan, mediala ögonvrån, pannan. Rörlighet i mediala ögonvrån. Tillplattad näsrygg. Likvorré, Epistaxis. Telecantus
- Hur ser behandlingsstrategin ut vid dessa frakturer?
Om maxillan är kraftigt dislocerad bakåt-nedåt utgör detta hot mot luftvägarna och akut behandling ska ske. OBS! Man ska ej tamponera näsan utan att fixera frakturen p g a risk att ytterligare dra isär frakturen och därmed öka blödningen.
I övrigt handläggning inom en vecka med öppen reposition och intern fixation. Börjar nedifrån och bygger upp bettet! Isolerad alveolarutskottsfraktur reponeras och fixeras till angränsande icke mobila tänder.
NOE-fraktur behandling: Koronar friläggning alt ingång via befintlig laceration för reposition och plattfixation. Neurokirurgisk kompetens bör finnas tillgänglig.
Fraktur i sinus maxillaris framvägg behöver man oftast inte göra något åt.

Fall 6

Under Din jourtjänstgöring kommer en patient som inte kan stänga munnen. Han talar otydligt och saliven rinner eftersom han inte kan stänga munnen för att svälja. Han försöker förklara att det hänt förr, men att han då alltid har lyckats normalisera tillståndet. Vad handlar det om?

Käkledsluxation. Reponering: Muskelrelaxerande och smärtstillande. Sätt tummarna på underkäken och tryck nedåt. OBS! Risk för relaxation så fixera därför käken i några dagar. Endast flytande föda??

Fall 7

Här ser Du en traumapatient med tandförluster i kombination med omfattande mjukvävnadsskador.

- a) Nämn några viktiga saker att ta reda på?

Finns alla tänder kvar? Lokalt hematom i munbotten? Skador på nerver?

- b) Hur ser tågordningen ut för åtgärdandet av själva skadan?

Beakta CT för att kolla frakturer ansiktsben eller tänder. Fiska ut lösa tänder. Noggrann rengöring efter bedövning. Palpera.

- c) Kan/skall tänderna reponeras?

Tänder som ej sitter fast och varit utanför > 30 min skall plockas bort.

- d) Val av suturmateriäl?

Resorberbar för muskel och intraoralt.

- e) Hur sker sutureringen?

Börja passaihop läppröda men sys sedan inifrån och ut. Sutures ska sitta i 7 dagar

- f) Antibiotikastöd?

Oftast behövs ej antibiotika, men i detta fall OK Vid djurbett skall alltid antibiotika ges.

- g) Annat?

Stanusprofylax? Är läker snyggare om de ej exponeras för sol. Tejp på äret 6 mån, helst 1 år. Om patient ej nöjd efter ett år får han höra av sig för revision av såret.



te
vt

P

Referenser:

1. Anniko M (red) Öron-, näs- och halssjukdomar, huvud och halskirurgi, Liber 2012
2. Friis-Liby J, Groth A: ÖNH-handboken, Studentlitteratur

Andningssvårigheter

Funktionssystem

I det här seminariet kommer symtom och tillstånd från funktionssystem **Sinnen** (främmande kropp) och **Andning** (Heshet, Ont i halsen, Andfåddhet, Andningsbiljud, Inandningssvårigheter) diskuteras.



Detaljerade lärandemål

Kunskap och förståelse

Studenten skall efter detta seminarium kunna

- 1) Beskriva och bedöma symtom, fynd och behandling av de vanligaste tillstånd som orsakar andningssvårigheter hos barn och vuxna
- 2) Känna till hur och när man gör koniotomi respektive trakeostomi
- 3) Känna till orsaker och handläggning av långvarig heshet

Färdigheter

Studenten skall efter detta seminarium kunna

- 1) Ta en adekvat anamnes på en patient med andnings-svårigheter

Fråga 1

När du som läkare tar emot patienter med andningssvårigheter är det mycket viktigt att relativt snabbt kunna särskilja vilken typ av andningsbesvär patienten har. Oftast delas dessa i två huvudkategorier som har stor betydelse för vidare utredning.

- a) Vilka är dessa två kategorier?
 inspiratorisk stridor
 Lågt andningshinder (intrathorakalt) ger

Fall 1

Ludvig är en 2-årig gosse, tidigare väsentligen frisk frånsett några förkylningar. Han har under dagen varit småsnuvig och kanske lite febrig men han har varit på dagis som vanligt. Efter att ha sovit ett par timmar vaknar han vid midnatt med torr, skällande hosta, heshet och inspiratorisk stridor. Föräldrarna blir mycket oroliga och rädda. Pappan ringer till lasarettet i Falun där du går jour som AT-läkare.

- a) Hur kompletterar du anamnesen?
 Allmänpåverkan? OLI-symtom? Feber? Främmande kropp? Astma? Blå/cyanotisk? Blek?
- b) Vad är den mest sannolika diagnosen?
 Pseudokrup (svullnaden vid falsk krupp sitter precis under stämbanden. Denna svullna ger upphov till den inspiratoriska stridorn och den karaktäristiska skällande hostan)
- c) Vilka råd ger du till pappan?
 Ge upp barnet upprätt (minskar svullnaden). Ge hostmedicin med efedrin. Gå ut i kalla nattluften. Gör svalt i barnets rum och höj huvudändan. Febernedsättande och näsdroppar. Om symtomen inte avklingar ska du...
- d) Vad är etiologin till det här tillståndet?
 Etiologin är en virusinfektion ofta parainfluenza som infekterar näsa och nasofarynx. Sprider sig nedåt och ger svullnad i larynx och trachea. Ödemet i stämbanden och det subglottiska rummet ger stridor,
- e) Om inte dina råd hjälper och barnet åker in, vad har du för behandling att erbjuda?
 Inhalation Adrenalin 1-2 mg spädd i NaCl. Dexametason im el po 0.5 mg/kg -kan upprepas efter 12-24 h. Budesonid (Pulmicort), allt till Dexametason, dock större volym att inhalera.
- f) Nämn 2 viktiga differentialdiagnoser (som du delvis kan utesluta med anamnesupptagning, se första frågan). Beskriv typiska symtom, sjukdomsförlopp och behandling för dessa (initialt och på sjukhus).
 Epiglottit (påverkar AT, dreglar, hög feber plötsligt, ingen hosta, snabbt förlopp, behandling intubation eller antibiotika + kortison).
 Laryngotrakeobronkit (LTT) påverkar AT, Inspiratorisk och expiratorisk stridor, torrhosta, feber, inga sväljningsbesvär, bifasiskt förlopp (först virus och sedan superinfektion med bakterier), behandling övervakning under intubationsberedskap. fuktad inandningsluft i komb med mukosreglerande farmaka. Bredspektrumantibiotika efter NPH-odling.
- g) Vad betyder koniotomi och trakeotomi, och när görs de (indikationerna)?
 Koniotomi: Om högt andningshinder + inte hinner/kan intubera. Görs genom membrana cricothyroidea med huvudet maximalt bakåtböjt. Palpera, fixera larynx, snitta hud + membran och håll incisionen öppen. Alternativt en grov kanyl sticks in + aspirera luft. Ha nålen kvar + snitta från den och sätt in tub eller kanyl. Ventilera..
 Trakeotomi: Görs mellan 2-4 cricoidbrosket. Tar tid att explorera sig fram. Indikationer: Långvarig respiratorvård, trauma ansikte/hals. Stämbandspares, andningsinsuff. Tumör, missbildning ansikte/hals.

Fall 2

Du träffar Stefan, 30-årig man, på vårdcentralen i Norrtälje. Han söker med halsont sedan ett par dagar tillbaka samt sväljningssvårigheter och feber runt 39 grader. Du tittar in i halsen och ställer diagnosen akut tonsillit.

- Vilka symtom och statusfynd stöder denna diagnos?
Halsont, sväljningssvårigheter, feber >38.5, frånvaro av hosta, beläggning på tonsillerna. tydlig allmänpåverkan.
- Det är svårt att med ögat skilja på virus- och bakteriebettingad tonsillit. Vilka fynd och symtom talar för en streptococcus A infektion, dvs när skall man göra en Strep-A snabbtest?
Centorkriterier: Rödnade hälsmandlar med beläggning, Omma, svullna lymfkörtlar i käkvinklarna, feber över 38,5° C, Frånvaro av hosta. Om 2-4 är uppfyllda bör test tas. Om alla 4 uppfyllda
- Ge förslag på differentialdiagnoser, både vad gäller vuxna och barn?
Tonsillär hypertrofi, lingual tonsillit, epiglottit, difteri, mononukleos, angina vincenti (fusobakterie, ensidig tonsillit), peritonsillit, malignitet, primärinfektion HIV
- Ge förslag på behandling när infektionen är virus alternativt bakteriell.
Virus: Smärtstillande och febernedsättande, vila. Bakteriell: pcV 1 g x 3 x 10. vid bc-allergi Klindamycin
- Många är rädda för komplikationer till tonsilliter. Ange några av dem och förklara med egna ord varför de är farliga. Peritonsillit: Abscess, andningshinder. Sepsis: Livshotande. Glomerulonefrit och reumatisk feber: Kan ge men för livet?

Fall 3

Gunnar, 51 år, är din nästa patient. Han har rökt sedan tonåren och tidvis druckit mycket alkohol. Han söker akut pga ont i halsen sedan 3 dagar tillbaka. Symtomen har progredierat. Han har feber 39 grader och känner sig sjuk. Det känns tjockt i halsen, han har svårt att svälja sig egen saliv och det känns ansträngande att andas. Status visar helt retningsfria tonsiller men han har svullnad i munbotten.

- Vad är den mest sannolika diagnosen och etiologin till det?
Munbottenflegmone. Kommer ofta från tänder, ev. medial halscyta. Malignitetskontroll efter behandling p g a ålder, rökning och alkohol.
- Handläggning på en vårdcentral och på sjukhus?
VC: Akutremiss till ÖNH. Sjukhus: Inläggning, antibiotika iv. samt ev punktion/incision. Ev. fiberintubation som andningspåverkan. Adrenalin och kortison
- Vilka andra tillstånd orsakar svullnad i munbotten relativt snabbt men utan infektionssymtom?
Spottsten, hereditärt angioödem (behandling plasma + cyklocapron), allergi (kortison), insektsbett/sting

Fall 4

Sedan träffar du Ralf, 70 år, som har varit hes i två-tre månader. Han har fått antibiotika vid två tillfällen eftersom hans heshet debuterade i samband med en luftvägsinfektion. Medicineringen har inte hjälpt. Rösten har försämrats så mycket att han har svårt att göra sig hörd, och han har också fått svårt att andas.

- Handläggning på en vårdcentral?
P g a andningssvårigheter akutremiss ÖNH, transport i ambulans (följ helst med själv om pat måste intuberas). Om ej andningssvårigheter: Malignitetsutredning fiberskopi
- Vilka olika kategorier av sjukdomar kan orsaka heshet?
Malignitet, infektioner, överdriven rökning, överdriven konsumtion av alkohol, funktionell heshet (använder rösten fel)
- Ange minst 3 tänkbara orsaker till hans heshet
Malignitet, rökning och alkohol, infektion, stämbandspares p g a stroke eller neurologisk sjukdom, thorakalt aortaaneurysm, reflux, hypothyreos.

Utredning: CT skallbas, hals, thorax, panskopi med px, UL-ledd
förförundersökning av halsens lymfkörtlar.

Fall 5

Kalle är 3 år och kommer nu tillsammans med mamma till vårdcentralen eftersom Kalle inte riktigt passar in på dagis. Han har svårt att koncentrera sig och fröknarna klagat på att han inte deltar i verksamheten. Kalle snarkar varje natt och hans mamma tror att han har andningsuppehåll, fast hon är lite osäker. Kalle vaknar ofta på nätterna och är ledsen. Då får han ligga i mammas säng och där får han omkring som en propeller och blir alldeles svettig.

- a) Vilken diagnos misstänker Du när Du hör den här sjukhistorien?
Adenoidhyperplasi,
OSAS
- b) Vad förväntar Du Dig att hitta när Du undersöker Kalle?
Nästäppa, nasalt tål, munandning, snorig, smalare och längre
ansikte, trattbröst, avmagrad
- c) Om Du är osäker, finns det någon undersökning Du kan göra för att få klart för Dig vad det är som fattas Kalle?
Sömnapneregistrering, filma när
han sover
- d) Vilken behandling rekommenderar Du Kalles mamma?
Ablatio, tonsillektomi (ev minska
ned tonsillerna).

te
vt

Referenslitteratur

1. Anniko M (red) Öron-, näs- och halssjukdomar, huvud och halskirurgi, Liber 2012
2. Handläggning av faryngotonsilliter, Info från Läkemedelsverket 7/8:2001
3. Friis-Liby J, Groth A: ÖNH-handboken, Studentlitteratur

Knöl på halsen

Funktionssystem

I det här seminariet kommer symtom och tillstånd från funktionssystem **Blodbildning och försvar** (Knöl på halsen, Förstorade lymfkörtlar, Feber), **Matsmältning** (Sväljningssvårigheter, Besvär i munnen) samt **Sinnen** (Smärta i ansiktet) diskuteras.

Detaljerade lärandemål

Kunskap och förståelse

Studenten skall efter detta seminarium kunna

- 1) Beskriva och bedöma symtom och fynd av halscystor, spottkörtelinfektioner, spottkörteltumörer, lymfkörtlar på halsen samt inleda utredning och behandling av dessa.
- 2) Känna till symtom och spridningsvägar för cancer inom ÖNH-området

Färdigheter

Studenten skall efter detta seminarium kunna

- 1) Ta en adekvat anamnes på en patient med en knöl på halsen



Fall 1

Leif, en 45-årig man, tidigare rökare, söker till dig på Liljeholmens vårdcentral då han sedan någon månad känt en knöl till vänster på halsen. För övrigt är han symtomfri. Du palperar en cirka 3,5 cm stor, rundad resistens som sitter några cm nedom käkvinkeln under och lite framför m sternocleidomastoideus.

- a) Ange minst tre diagnosförslag.
Lymfom, Lateral halscysta, Tumör metastas eller primärtumör
- b) Hur utreder du patienten på din vårdcentral och hur utreds han på sjukhus?

VC: Anamnes, palpation, blodstatus med diff, CRP, remiss finnålsbiopsi, remiss UL, remiss ÖNH-läkare akut. Sjukhus: CT Skallbas, hals, thorax. Panskopi med px. Tonsillektomi.

IE
vt

Fall 2

Din nästa patient är Ingegärd, 45 år. Hon har sedan fyra dagar noterat svullnad och ganska kraftig smärta på höger sida av halsen i samband med måltider. Smärtan strålar mot örat och käken.

Ingen feber. Kommer till din mottagning för att få smärtlindring, och undrar om hon måste ställa in sin sedan länge planerade resa till Frankrike. Hon skall ge sig iväg om en vecka.

- a) Vad misstänker du ligger bakom hennes problem?
Spottkörtelsten
- b) Behandling på vårdcentral respektive sjukhus?
VC: Smärtstillande. Heracillin, stimulera tömning av spottkörtlar m h a surt (t ex. citron), massage av parotis. AB om cirka 10 dagar för att utesluta malignitet. Sjukhus: Sialoskopi eller kirurgi för att avlägsna stenen. CT. Punktion om malignitetsmisstanke.
- c) Vilken diagnos skulle ha varit mer sannolikt om Berit skulle ha haft feber, och hur borde du ha behandlat henne då?
Sekundär inflammation och infektion alt. akut sialoadenit. Antibiotika iv och inläggning om pat är dålig.
- d) Hur går det med hennes resa?
Hon kan åka.

IE

vt

Fall 3

Bengt har under tre års tid haft en långsamt tillväxande knöl precis nedanför vänster öra. Han är 65 år, helt frisk och helt besvärsfri förutom att knölen har vuxit så att den nu syns.

- a) Vad är den mest sannolika diagnosen?

Pleomorft adenom

- b) Ange differentialdiagnos till denna?

Monomorft adenom, infektiös lymfadenit, primärtumör i spottkörteln, spottsten.

- c) Vilka fynd i status kan ge misstanke om att det handlar om en malign tumör?

Relativ asymtomatisk resistens som funnits under en tid men inte under flera år. En hård konsistens. Knutan sitter fast mot omgivande vävnader. Pat har körtlar på halsen.

- d) Vad är förstahandsutredning via vårdcentralen?

Undersökning, provtagning samt cytologi (2 punktioner). Detta kan ske på VC men vid hög malignitetsmisstanke bör pat remitteras direkt till specialist.

- e) Utredning och behandling på ÖNH-klinik?

Fullständigt ÖNH-status med panskopi med px. CT skallbas, hals, thorax. Ev MR, PET, Ev finnålspunktion eller mellannålsbiopsi.

Fall 4

Mot slutet av din arbetsdag träffar du Alexander, en 5-årig, tidigare frisk kille som har en resistens framför sternocleidomastoideus på höger sida sedan 10 dagar.

- a) Hur kompletterar du anamnesen för att kunna säkerställa en diagnos?

Om han nyligen haft en ÖLI

- b) Ange minst 3 förslag på diagnos och handläggning

Lateral halscysta (opercular abscess) kan uppstå från cisterna thyroidea lymfadenit (Antibiotikabehandling), Kawasaki sjukdom (Sjukdomen går i spontan regress med feberfrihet inom 2-3 veckor, men utan behandling med intravenös gammaglobulin (IVIG) riskerar 15-25 procent av patienterna att drabbas av kranskärlpåverkan med dilatation, aneurysm eller trombosbildning. Sådan påverkan riskerar att utvecklas till ischemisk hjärtsjukdom eller, i sällsynta fall, ruptur av aneurysm).

- c) Nämn 2 medfödda förändringar (anomalier) som kan förkomma som "knölar på halsen" hos barn

Medial halscysta
Lateral halscysta
Hemangiom
Lymfangiom

vt vt

Referenslitteratur

1. Anniko M (red) Öron-, näs- och halssjukdomar, huvud och halskirurgi, Liber 2012
2. Friis-Liby J, Groth A: ÖNH-handboken, Studentlitteratur

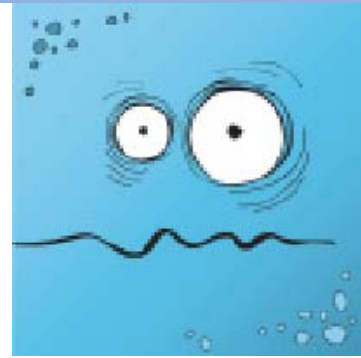
Yrsel och balansstörningar, otoneurologi**Funktionssystem**

I det här seminariet kommer symtom och tillstånd från funktionssystem **Sinnen** diskuteras.

Detaljerade lärandemål**Kunskap och förståelse**

Studenten skall efter detta seminarium kunna

- 1) Balansorganets funktion och organisation
- 2) Utredning av yr patient
- 3) De vanligaste yrselsjukdomarna och orsaker till yrsel

**Färdigheter**

- kunna ta en adekvat anamnes på en yrselpatient
- kunna utföra en klinisk yrselundersökning
- kunna beskriva balanssystemets uppbyggnad och funktion
- kunna vilka undersökningar som ingår i yrsel- och balansundersökning

Fall 1

Eva, 47 år, insjuknar tidigt en morgon när hon ska kliva ur sängen. Strax efter det att hon lyft huvudet från kudden får hon en kraftig men kortvarig centrifugkänsla, en upplevelse av att väggarna snurrar runt henne. Centrifugen varar bara några enstaka sekunder, kanske fem eller tio sekunder. Hon blir fruktansvärt rädd. Efter en stund gör hon ett nytt försök att lyfta huvudet men med samma resultat. Denna gång kastar hon snabbt tillbaka huvudet mot kudden och då upphör centrifugen omedelbart. Hon blir väldigt illamående och lyckas nätt och jämnt undgå att kräkas. Först en timme senare lyckas hon ta sig upp ur sängen. Snurrattackerna är nu borta men alla slags huvudrörelser efterlämnar en slags obehaglig gungkänsla. Hon upplever det svårigheter att fokusera blicken skarpt och hon känner sig diffust ostadig och illamående. Hon är trött och okoncentrerad, "tung i huvudet" men har ingen huvudvärk.

Under de närmaste dagarna upplever hon återkommande korta snurrattacker vid huvudrörelser på morgonen, framförallt tidigt när hon rör sig i sängen och när hon ska lägga sig bakåt i sängen på kvällen. Att luta sig framåt över badkarskanten för att tvätta håret har också gett yrselattacker. Likadant när hon ska titta nedåt (för att knyta skorna) eller uppåt (för att hänga gardiner). Det kan också snurra till vid huvudvridningar åt sidorna. Hon har dock svårt att avgöra åt vilken sida som det är sämst.

De följande dagarna får hon leva med en diffus ostadighetskänsla på mornarna. Den brukar försvinna efter frukost och under resten av dagen är balansen som normal. Hon känner sig också mycket tröttare än vanligt. Efter en vecka upphör yrselbesvären.

Ett år senare insjuknar hon dock igen, precis på samma sätt. Vid detta andra skov känns dock symtomen lindigare och mer hanterbara än vid första insjuknandet. Hon har denna gång egentligen inga andra symtom än de sekundlånga yrselattacker på morgnarna. Det andra skovet varar två veckor.

Benign lägesyrsel. Diffdiagnos:
Muskeloskelettala problem.

- a) Vilken är den mest sannolika diagnosen? (kristaller som lossnat och åker omkring i bakre (diagnosticerade med Hallpike manöver) eller laterala (diagnosticerade med positioneringstest). http://www2.lakartidningen.se/store/articlepdf/1/12592/1kt0935s2134_2138.pdf
- b) Vilken är etiologin till den mest sannolika sjukdomen?
- c) Vilken behandlingsmanöver utför Du?
Epleys manöver för bakre, positioneringsbehandling för laterala. Vid lägesyrsel på grund av otolit som fastnat på båggångens cupula (cupulolithiasis) kan denna typ av lägesyrsel behandlas genom att patienten flera gånger i timmen gör horisontella huvudskakningar för att skaka loss otoliterna från cupulan och så mycket som möjligt ligger på den sida som känns bäst att ligga på. http://www.lakartidningen.se/OldWebArticlePdf/1/12599/LKT0935s2147_2149.pdf

Fall 2

OBS! väldigt osäker på svaren på

denna fråga!

Gunvald har precis fyllt 50 år. Han har varit kärnfrisk i hela sitt liv. En morgon när han vaknar upplever han att han blivit helt döv på höger öra. Håller han för vänster öra så hör han inget alls och han kan inte använda högerörat för telefonsamtal. Utöver det har han en mängd olika knaster och pipande och susande ljud från högerörat, det är mycket obehagligt. Han kan inte gå rakt, han har en tendens att falla åt höger när han går och han stöter flera gånger i höger axel mot en dörrpost i lägenheten. På eftermiddagen börjar väggarna snurra från höger till vänster - som en karusell - och han kräks häftigt upprepade gånger. Han har ingen nämnvärd huvudvärk, svårt att tala eller svälja och heller inga förlamningar eller känselnedsättningar i kroppen.

- a) Vilka diagnoser kan vara aktuella?

Labyrinthit, Laesio auris interna (mikroblödning eller propp i innerörat, intensiv yrsel med samtidig hörselnedsättning, nystagmus mot det friska örat).

- b) Hur undersöker Du patienten på vårdcentralen?

ÖNH-status (skall vara u a förutom otoneurologiskt status headimpulse test om vestibularisneurit???)

- c) Hur handlägger Du patienten?

Akut handläggning. Remiss öronakuten. CT hjärna, skalle. Audiogram, kortisonbehandling???. Hur mkt kan pat mobiliseras? Inläggning? Träna upp balansen.

Fall 3

Per känner redan på morgonen att han inte mår riktigt bra. Under förmiddagen insjuknar han sedan successivt med tilltagande illamående, ostadighet och svårighet att fokusera blicken. Det känns svårt att läsa men han upplever inget dubbelseende. Plötsligt börjar en intensiv yrsel och han upplever tydligt en karusellkänsla där väggarna snurrar omkring honom från ena till andra sidan. Det känns som ögonen hoppar och har svårt att fokusera blicken klart. Han blir kallsvettig och kräks flera gånger. Minsta huvudrörelse gör honom mer illamående. Genom att ligga ned och blunda kan han lindra symtomen något, men snurrkänslan är kvar hela tiden. Så fort att öppnar ögonen så ser han hur tavlan på väggen knyckaktigt rör sig från vänster till höger framför honom. Han kan visserligen stödja på benen men det är mycket svårt att gå rakt. Han upplever varken huvudvärk, förlamningar eller svårigheter att tala.

- a) Vilken är den mest sannolika diagnosen?

Vestibularisneurit

- b) Hur undersöker Du patienten för att kunna ställa en korrekt yrseldiagnos om Du sitter på en vårdcentral?

Vidgad anamnes (infektion? Tid/nuv sjuk?) ÖNH-status, ögonrörelser, Head-impulsetest, Romberg + fullständigt neurologstatus.

- c) Vilken reflexbåge är påverkad?

Vestibulockulär

- d) Har patienten nystagmus och hur ser den ut?

Ja, spontannystagmus friska sidan. Den sida som har mest aktivitet slår nystagmus åt. Patologiskt head-impulse-test vänster

- e) Vilken behandling får patienten?

Primperan + kortison högdos om ej kontraindicerat. Akut fas 1-2 dagar oftast inläggning. Första veckan kraftigt yr + börja mobiliseras. Efter det blir man långsamt bättre.

Fall 4

Kenneth, 35 år, är en framgångsrik affärsutvecklare på ett försäkringsbolag. En dag får han plötsligt tydligt nedsatt hörsel på vänster öra och ett brusande öronsus. Han känner sig också överkänslig för vissa ljud i det örat. Två timmar senare utbryter en yrselattack med snurrande väggar som varar flera timmar. Han tar sig till sin säng och kräks flera gånger. Efter attacken minskar öronsuset på vänstra sidan men locket för örat är kvar.

Under kommande månad får han ytterligare flera timplånga attacker med ökande lockkänsla i vänster öra, yrsel och illamående. En privatpraktiserande öronläkare utreder honom med hörselprov, balanstest med vattenspolning av öronen och med röntgen av hans hörselnerv. Därefter är han helt bra i 3 år. Hörseln blir helt återställd och han är fri från yrsel och obalans.

Under våren har han upplevt mycket stress. Hans syster har insjuknat i en allvarlig cancersjukdom, flera förändringar i hans arbetsituation har hastigt uppkommit och dessutom hinner han aldrig gå ner i varv på helgerna då hans hustru fullbokat helg efter helg med olika sociala projekt och släkträffar. Han känner sig aldrig riktigt utvilad och han sover sämre än tidigare. Surrandet och hörselnedsättningen på vänster öra har återkommit men varierar kraftigt från dag till dag. Vissa dagar är hörseln ganska bra. Andra dagar kan han inte ens använda vänster örat för telefonering. De senaste två veckorna har han haft timplånga attacker av yrsel med kräkningar nästan varannan dag. Någon timme innan yrseln bryter ut brukar surrandet öka i örat. Efter attackerna avtar surrljudet igen. Efter varje attack upplever Kenneth stor trötthet "som överkörd av tåget", en diffus ostadighet och en bomullskänsla i huvudet. Normalt arbete är nu inte möjligt längre och han blir sjukskriven av sin företrädare under två veckor och får prova en vätskedrivande medicin.

- Den dominerande teorin till varför Menières sjukdom uppstår är att vätskestrycket i innerörat är för högt. Det beror på att det finns för mycket endolymfa - antingen pga överproduktion eller för att det är för tätlig resorption av endolymfan i ductus och saccus endolymfaticus. Därvid uppstår "endolymfatisk hydrops" i innerörat. Eftersom endolymfa finns både i cochlea och i vestibularis, och då dessa organ kommunicerar med varandra, uppkommer symptom från såväl hörsel- som balansorganet.
- Vilken diagnos är mest trolig? Varför?
Mb Meniere. Rotatorisk yrsel, sensoneural hörselnedsättning, tinnitus och lockkänsla. (hörseln blir över tid sämre)
 - Vilken är etiologin till sjukdomen?
 - Vilken är behandlingen?

Vt. Motverka stress både privat och i arbetslivet. 2. Saltfattig kost, ev. Diuretika. 3. Antiemetika. 4. Plaströr (likadana som vid serös otit). 5. Om olidligt: destruktion av balansorganet med Gentamicin.

Fall 5

Beda är 77 år och är ensamboende i sin villa. Hon har fått till remiss till yrsel- och balansmottagningen på grund av en upplevelse av kontinuerlig ostadighetskänsla och osäkerhetskänsla som hon haft i över 2 år. Beda har nedsatt syn på grund av grå starr och är nästan blind på höger öga på grund av en störning av gula fläcken. Hörseln är dålig framför allt på vänster öra. Hon har fått nya höftleder. Eventuellt har känslan i fötterna försämrats något senaste tiden. Hon tar olika mediciner för hjärtbesvär och högt blodtryck. För att kunna somna på kvällarna brukar hon ta sömnmedel. Ibland upplever hon en övergående känsla av att det svartnar framför ögonen i samband med att hon reser sig upp. Det upplevs som mycket obehagligt. Vid ett tillfälle tappade hon balansen och föll mot en vägg, men hon skadade sig inte. Sedan dess är hon mycket rädd för att falla. Ostadighetskänslan är mest uttalad när hon går och står. När hon sitter eller ligger har hon inga besvär. Några attacker av karusellyrsel har hon inte upplevt. Hemma i sin vanliga miljö går det ganska bra. När hon ska gå ut ökar osäkerhetskänslan, framför allt om hon går i okända kvarter eller om hon måste gå utomhus när det är mörkt. Hon undviker att gå utanför huset utan följeslagare.

- Vilken är diagnosen?
Åldersyr
sel
- Vilken är etiologin till besvären?
P g a åldern försämrad funktion i balansorganet samt även ögon och öron.
- Vilken är behandlingen?
Läkemedelsgenomgång. Behandla grå starr. Hörapparat.
Balansträning. Gånghjälpmiddel.

Fall 6

Helena, 44 år pysslar i trädgården när hon drabbas plötsligt av kraftig yrsel. Utan förvarning blir hon plötsligt kraftigt illamående och kräks upprepade gånger. Hennes upplevelse är att omgivningen rör sig i mycket snabb takt åt ena sidan, som en karusell. Snurrandet ökar i samband med vissa huvudrörelser. Hon har också svårt att se klart eftersom hon ser dubbelt åt vissa riktningar. Hon kan inte själv stå på benen och hon har svårt att hitta ord. Dessutom känns händerna fumliga. Hon lyckas ta sig in till huset och hennes man ringer efter en ambulans.

Yrseln ökar när hon gör hastiga huvudrörelser och när hon lägger huvudet åt höger. Hon får också en dov huvudvärk som hon aldrig tidigare har upplevt. Hon kan inte stå på sina ben, inte ens om hon tar stöd av väggen. När hon försöker stå faller hon hela tiden mot höger sida. Hon kräks häftigt och upprepade gånger. Hon känner sig jättetrött. Alla slags rörelser är svåra att koordinera för henne. När läkaren på akutmottagningen ber henne att peka rakt på nästippen med sin vänstra hand, missar hon grovt flera gånger.

Stroke i lillhjärnan
(cerebellum)

a) Vilken diagnos misstänker Du?

b) Hur utreder Du patienten akut?

Akut CT/MR. Kalla på stroketeam.
Neurologiskt status.

Länkar

www.yrsel.com

<http://www.lakartidningen.se/07engine.php?articleId=12604>

Canalith repositioning maneuver; Epley JM; Otolaryngol Head Neck Surg; 1994 688-90

	Diagnos	Etiologi	Behandling	Duration (av yrseln)	Hörselnedsättning
A	VANLIG ! Vestibularis neurit Bortfall	Okänd, men spekuleras att inflammation eller virus är inblandat. vanligast mellan 20-40 år	Ev. Kortison, iv. Betapred därefter Prednisolon p o samt antiemetika	> 12 h	Nej
B	Vanlig Godartad lägesyrsel BPPV	Otoliter i båggångarna (endolymfatiska). Rotatorisk yrsel vid lägesförändringar (går snabbt över)	Bakre - Epley Lateral - positioneringsbehandling	< 1 min Ska bli bättre inom en vecka	Nej
C	Mer ovanlig Menièrès sjukdom Fyllnadskänsla i örat	Ökat tryck i innerörat	1. Motverka stress både privat och i arbetslivet. 2. Sultfattig kost, ev. Diuretika. 3. Antiemetika. 4. Plaströr. 5. Om olidligt: destruktionsorganet med Gentamicin.	30 min - 5-6 h	I början fluktuerande sensorneural hörselnedsättning, oftast i basen initialt.
D	Labyrinthit	Infektion i innerörat, ofta media otit	Iv antibiotika (Klaforan) + inläggning Ev paracentes av trumhinnan. Odling.	> 12 h	Ordentlig grav hörselnedsättning
E	Akustikus neurinom	Schwannom	1. Expektans 2. Kirurgi el. strålning	Text	Ja. Sensorneural hörselnedsättning, oftast diskant.

Tumörkonferens**Funktionssystem**

I det här seminariet kommer symtom och tillstånd från funktionssystem Blodbildning och försvar (Knöl på halsen, Förstorade lymfkörtlar, Feber), Matsmältning (Sväljningssvårigheter, Besvär i munnen) samt Sinnen (Smärta i ansiktet) diskuteras.

**Detaljerade lärandemål****Kunskap och förståelse**

Studenten skall efter detta seminarium kunna

1. Beskriva och bedöma symtom och fynd vid misstänkt tumör inom ÖNH området.
2. Känna till symtom och spridningsvägar för cancer inom ÖNH-området

Färdigheter

Studenten skall efter detta seminarium kunna

Ta en adekvat anamnes på en patient med en knöl på halsen

Fall 1

28 årig för övrigt frisk, icke rökande kvinna söker då hon sedan ett par månader haft en rundad, mjuk, oöm resistens framför musculus sternocleidomastoideus vä sida. Resistensen har långsamt tillvuxit. Inga övriga symtom. Resistensen mäter vid din undersökning 4x5 cm.

a) Utredning

Utökad anamnes, ÖNH-status, palpation, inspektion, finnålspunktion x 2, blodstatus m diff, infektionsprover, SR ev CT för att se hur det ligger.

b) Differentialdiagnoser

Lateral halscysta, lymfom, primärtumör, metastas, aterom, adenom, lymfadenit, TB

c) Behandling

Lateral halscysta: kirurgi, Lymfom: Remiss till hematolog. Tumör el metastas:

Behandling enligt specifikt program

d) Hur ändrar du utredningen om patienten istället är 52 år? Vad måste uteslutas?

Malignitet måste uteslutas. På alla över 40 år skall metastas uteslutas. Panskopi med px enligt speciellt program. CT skallbas, hals, thorax. Tonsillektomi. OM CUP skall PET/CT göras.

Fall 2

61 årig man med långsamt tilltagande nästäppa vänster sida. Tillkomst av purulent, ibland blodtillblandad snuva senaste veckorna. Söker nu då han upptäckt en hård, oöm resistens vid vänster käkvinkel.

a) Kompletterande frågor i anamnesen

Smärta? Lockkänsla? Rökare? Alkohol? Arbetar inom träindustri? Tid nästrauma? Tid sjd? tid tumörer? B-symtom? Läkemedel?

b) Utredning

Panskopi med px enligt speciellt program. CT skallbas, hals, thorax. Tonsillektomi. Finnålspunktion x 2. UL-FNAC.

c) Sannolik diagnos?

Bihålecancer. Diffdiagnos:

Epifarynxcancer, metastas

d) Behandling

Onkologkonferens beslutar om behandling. Strålbehandling + kirurgi. Steroider i symtomlindrande syfte ges via onkologen.

Fall 3

54-årig växtelefonist som röker ett paket cigaretter per dag sedan 25 år. Haft ulcus duodeni för 5 år sedan, gastroskoperad. Nu lättare gastritbesvär. Antibiotikabehandlats för halsbesvär tre gånger senaste halvåret. Noterat en 2x2 cm stor resistens i höger käkvinkel sedan två månader. I status finner du att höger tonsill är större än vänster. Halsresistensen är fritt förskjutbar mot huden men ej mot underlaget.

- a) **Utredning**
Panskopi med px enligt speciellt program. CT skallbas, hals, thorax. Tonsillektomi.
UL-FNAC (Finnålspunktion) x 2.
- b) **Sannolik diagnos**
Tonsillcan
- c) **Differentialdiagnoser**
Tungbascancer, metastas från annat håll, angina
vincenti, lymfom
- d) **Behandling**
Strålning eller brachy. Kirurgi m.
neck dissection.

Fall 4

54 årig tidigare frisk, icke rökande kvinna söker med lockkänsla höger öra sedan två månader. Inga övriga symtom.

- a) **Utredning**
ÖNH-status m skopi, audiogram, CT,
- b) **Differentialdiagnoser**
Vaxpropp, kronisk otit, kolesteatom, ledningshinder, sensorneural
hörselnedsättning. Epifarynxtumör
- c) **Vilken diagnos måste uteslutas?**
Epifarynxtu
- d) **Utredning av diagnosen i fråga c**
Panskopi med px enligt speciellt program. CT skallbas, hals, thorax. Tonsillektomi.
UL-FNAC (Finnålspunktion) x 2
- e) **Behandling av diagnosen i fråga c**
Stråln
ing

Fall 5

Hans 63 år, tidigare rökare söker med 6 veckors anamnes på heshet.

All heshet > 3 v skall utredas, om inte

självkärl anledning finns.

- a) **Kompletterande anamnes?**

Progressiv heshet? Sväljningsbesvär? Tid kirurgi? Debut? Förbättrande faktorer? Infektioner? B-symtom? Trötthet? Röstvanor? Alkohol? Rökning? Reflux? Yrke?

- b) **Utredning**

Palpation, inspektion. ÖNH-status m fiberskopi.

Blodstatus m diff. CRP, SR.

- c) **Differentialdiagnoser**

Benign larynx, Renkes ödem (svullnad av stämbanden), polyper,
papillom, malignitet

Fall 6

En 68 årig kvinna söker med ca 3 månaders anamnes på en sårbildning på höger tungrand. Initialt px enbart visat inflammation. Protesbärare. Inkommer nu på remiss för vidare bedömning.

Sår i munhålan som ej läkt efter 2 v skall alltid utredas om ei uppenbar orsak finns.

a) Utredning

ÖNH-status, Palpera halsens mjukdelar. Nytt px. CT

b) Differentialdiagnoser

Sår från protes,
skivepitelcancer

c) Behandling

Justera protes, kirurgi och strålning. Remittera alltid till ÖNH om du är minsta osäker....

Fall 7

Fred är piprökare sedan 40 år. Han har nu haft en vit, smärtfri lesion i underläppen i tre år.

Status, inklusive palpation: Vitt plack i underläppen. Tunt och homogent i främre delen, tjockt med knutor i bakre delen.

a) Vad kallar man en sådan förändring?

Leukopla

b) Vid vilka diagnoser finner man vita förändringar på slemhinnorna?

Tobaksanvändning, premalign (ojämn i form, skiftande i vithet, ojämn på höjden vid palpation).

c) Vilken är behandlingen i det här fallet?

Tas bort och skickas på PAD.

Hörsel och kurvor

Funktionssystem

Sinnen.

Detaljerade lärandemål

Kunskap och förståelse

Studenten skall efter detta seminarium kunna

1. Beskriva och bedöma symtom, fynd och behandling vid de vanligaste orsakerna till hörselnedsättning hos barn och vuxna
2. Känna till olika undersökningsmetoder för att bedöma en patients hörsel
3. Känna till typ-audiogram vid dessa tillstånd



Färdigheter

Studenten skall efter detta seminarium kunna ta en adekvat anamnes på en patient med hörselnedsättning

IE
vt

Fall 1

IE
vt

IE
vt

Du har ditt första vikariat som allmänläkare i Nordmaling. En av dina patienter är Ragnar, 81 år. Han söker mest för att omgivningen vill det. Hustrun, barn, barnbarn och vänner har tröttnat på att han alltid "frågar om" och ibland verkar närmast frånvarande då de alla träffas för att umgås. Kan det vara så att han börjar bli dement?

- a) Vad är det första som Du bör misstänka?
Hörselnedsättning (presbycusis, dvs hårcellerna i
inre örat försvinner)
- b) Hur kompletterar du anamnesen?
Tidigare yrke? Tinnitus? Hörselnedsättning på 1 öra eller bilat? variation?
Ärftlighet? Tid/nuv sid? Tid vaxpropp?
- c) Vad kan Du göra för att undersöka Ragnar?
Åtgärd av hinder i hörselgång (vaxpropp och hörselgångsinflammation), Bedömning av hörselgång och trumhinna och trumhinnans rörlighet, Bedömning av patientens förmåga att tillgodogöra sig ljud.
- d) Vart remitterar Du honom och vad kan göras där?
Hörsel- och balanskliniken, Hörcentralen, Audiogram. Weber, Rinnes.

IE
vt

Fall 2

IE
vt

Du har fått möjligheten att jobba extra sommar på Scanias företagshälsovård i Södertälje. Mottagningen är välutrustad och har en anställd audiolog som gör hörseltester. På mottagningen möter Du Oskar, 63 år, som har arbetat som montör på företaget i 30 år. Han uppger att han har fått allt svårare att uppfatta tal i grupp och ibland även på avstånd. Dessutom har han besvär av en bilateral tinnitus, vilken ytterligare stör hans hörande.

- a) Vilken/vilka diagnoser misstänker Du?
Presbycusis el. bullerskada
(väsorsneuralt)
- b) Hur undersöker Du Oskar?
ÖNH-status, Webers, Rinnes,
konversationstest, audiogram
- c) Vad kan Du tänkas finna vid tonaudiometri?
En bullertagg
3-6 kHz
- d) Vart remitterar Du honom?
Hörsel- och balanskliniken,
Hörcentralen
- e) Vilken behandling ser Du som möjlig och vilket resultat förväntar du dig av denna?
Öronskydd, KBT (blocka ut
tinnitus)

- f) Om Oskar hade besvärats av en *ensidig* tinnitus, hur tänker Du då differentialdiagnostiskt?
 Misstanke ??? mellanörat eller otoskleros (går att
 operera). Hörselrehabilitering.
-

Fall 3

Ylva, 42 år, söker för att hon misstänker vaxpropp i höger öra. Hon vaknade tidigt av att telefonen ringde och då hon skulle svara hörde hon inget på höger öra. Först trodde hon att telefonen var trasig, men när hon tog luren till vänster öra förstod hon att det måste vara något fel på själva högerörat. Några veckor tidigare hade hon en kraftig förkylning.

- a) Vilka tänkbara diagnoser finns?
 Vaxpropp, sudden deafness (behandling med högdos)
- b) ^{korrtäsonnig som} Hur handlägger Du henne på vårdcentralen?
 Undersökning av hörselgång och trumhinna,
 weber. Rinne
- c) Hur skulle Du göra på en ÖNH-klinik?
 Audiogram. Utredning hörsel- och
 balansklinikern.
-

Fall 4

På vårdcentralen där du arbetar har du också hand om BVC en dag i veckan. En orolig mor söker med Wilhelm, 2,5 år. Wilhelm har blivit okoncentrerad och stökig och hans tidigare så bra språkutveckling har avstannat. På dagis har man funderingar kring hans beteende och man har rekommenderat kontakt med psykolog.

- a) Hur kompletterar Du anamnesen?
 Tid/nuv sjd, läkemedel, allergier, astma, snarkningar,
 otiter, andra infektioner
- b) Vad är viktigast att tänka på att undersöka?
 Öronen, siegling p g a SOM-
- c) ^{misstanke} Tänkbara diagnoser?
 SOM, främmande
- d) ^{kropp} Vart remitterar Du patienten?
 ÖNH-
- e) ^{mott} Hur handläggs Wilhelm på remissinstansen?
 Öronstatus, siegling, öronmikroskop, tympanogram, paracentes, TMD-rör med
 uppföljning oc kontroll.
-

Fall 5

Rita, 32 år, har nyligen fått sitt första barn. Hon har nu sedan ca 1 år noterat en nedsatt hörsel på vänster öra. I släkten finns det fler personer med hörselnedsättning, men Rita vet inte riktigt orsaken till deras problem. En moster har dock genomgått en öronoperation. Du träffar henne nu under ditt vikariat på en ÖNH-klinik.

- a) Vilken/a diagnos/er misstänker Du?
 Otosklerosm sensorneural hörselnedsättning,
 ledningshinder
- b) Tänkbara fynd vid tonaudiometri?
 Dip vid 2000
- c) ^{Hz} Hur utreder Du henne vidare?
 Tonaudiometri, stapedius-
- d) ^{muskel-test} Vilka behandlingsalternativ finns?
 Om bilat:hörapparat. Stapedotomi och sätta in protes, Operera
 alltid sämsta örat först!
-

Fall 6

Martin är 17 år och har just gått ut åk 1 på gymnasiet. Han har tidigare lyssnat mycket på musik i sin iPhone och har också spelat trummor i ett rockband en tid. De senaste 3 åren har han haft tinnitus, vilken nu tilltagit i styrka. Dessutom upplever han en ljudöverkänslighet och använder allt oftare öronproppar även i vardagliga situationer. Han orkar inte med stressiga situationer och drar sig allt mer undan sociala sammanhang. Hans föräldrar är bekymrade och följer med till läkarbesöket hos Dig på vårdcentralen.

a) Hur kompletterar Du anamnesen?

Bilat el. ensidig? Bulleranamnes, social anamnes (hur stör tinnitusen honom?) Frisk f ö? Stress och oro? Kaffe och nikotin? Sömn?

b) Vad kan Du göra på vårdcentralen?

ÖNH-status, Weber, Rinnes. Kolla för vaxproppar, neurologi (om ensidigt kolla andra kranialnerver). Undersök brett. Siecla.

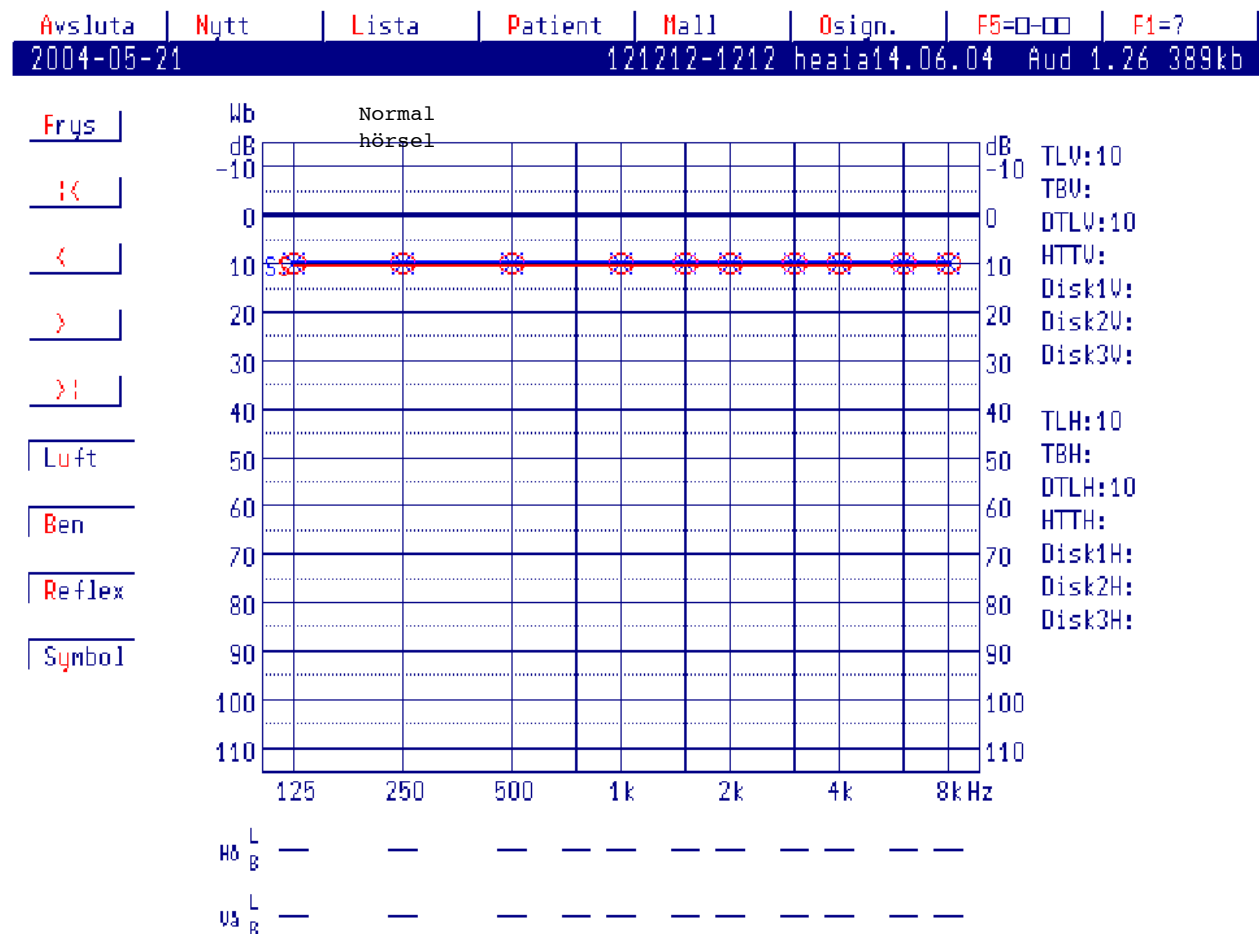
c) Vilka råd ger Du?

Radio när han lägger sig. KBT. Sluta använda hörselproppar, bara använda dessa när han spelar rockmusik. Ljudstimulatorer

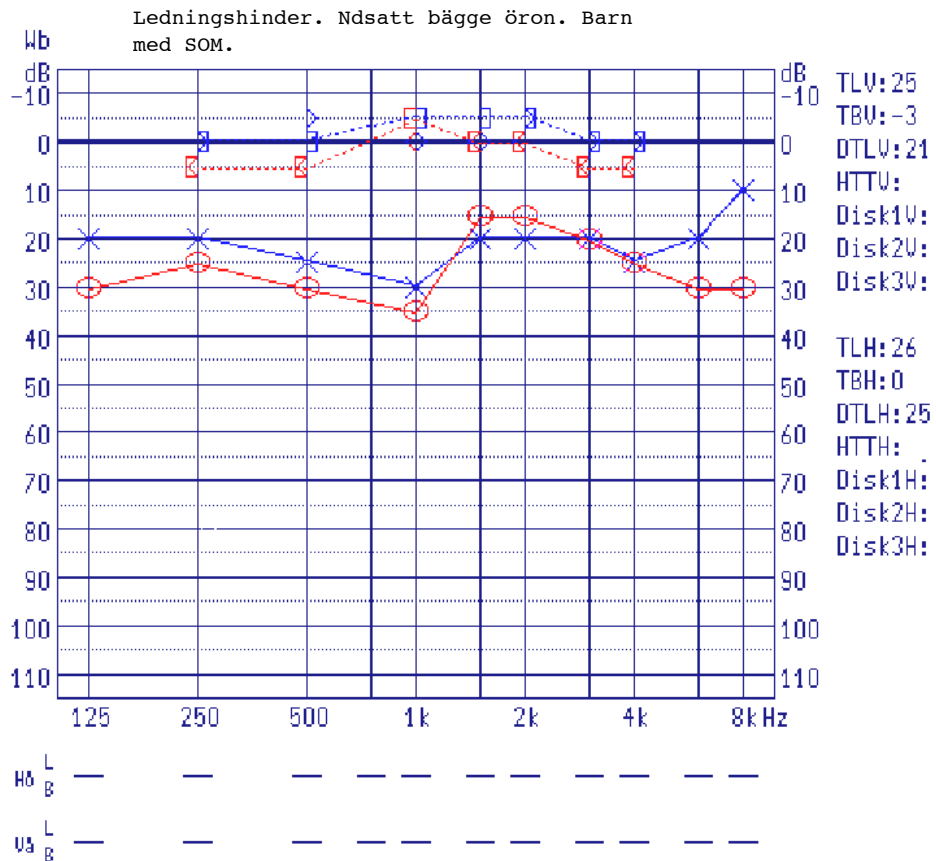
d) Vad kan göras på en ÖNH- eller Hörselklinik?

Audiometri (bullerskador etc.). Om normalt räcker det långt. Ensidig: ABR.

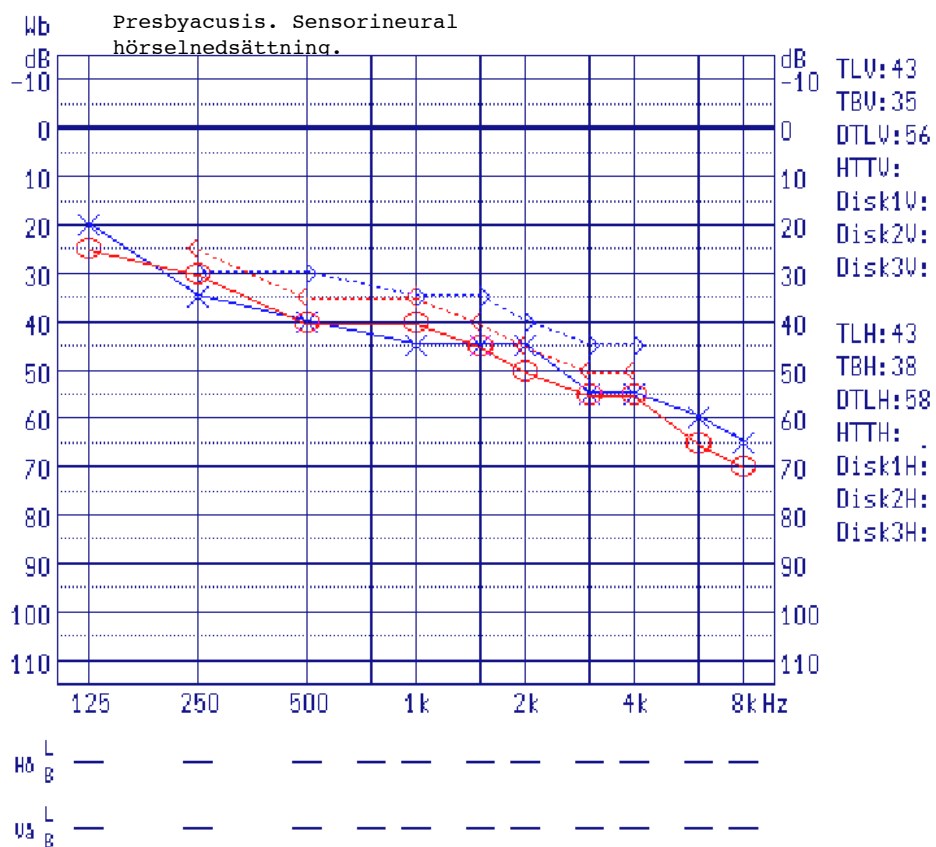
Hörapparat och hörselhabilitering.

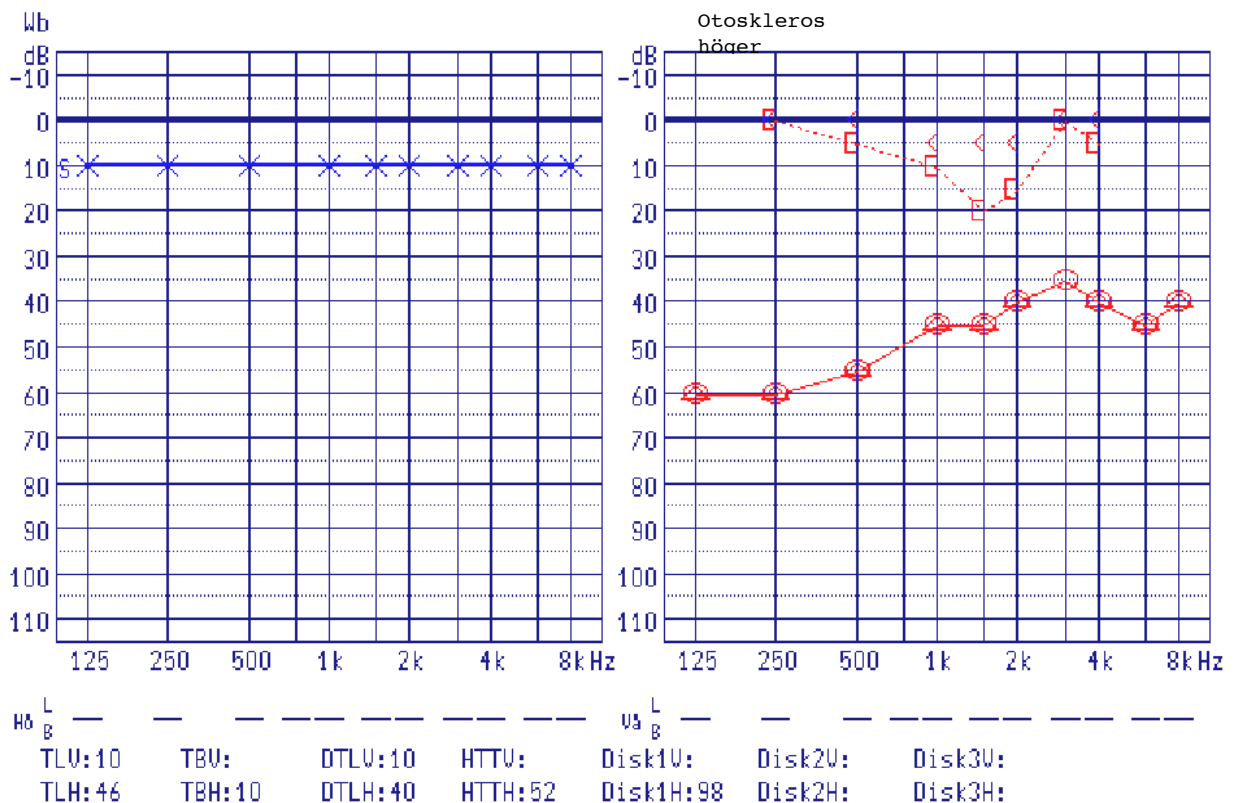
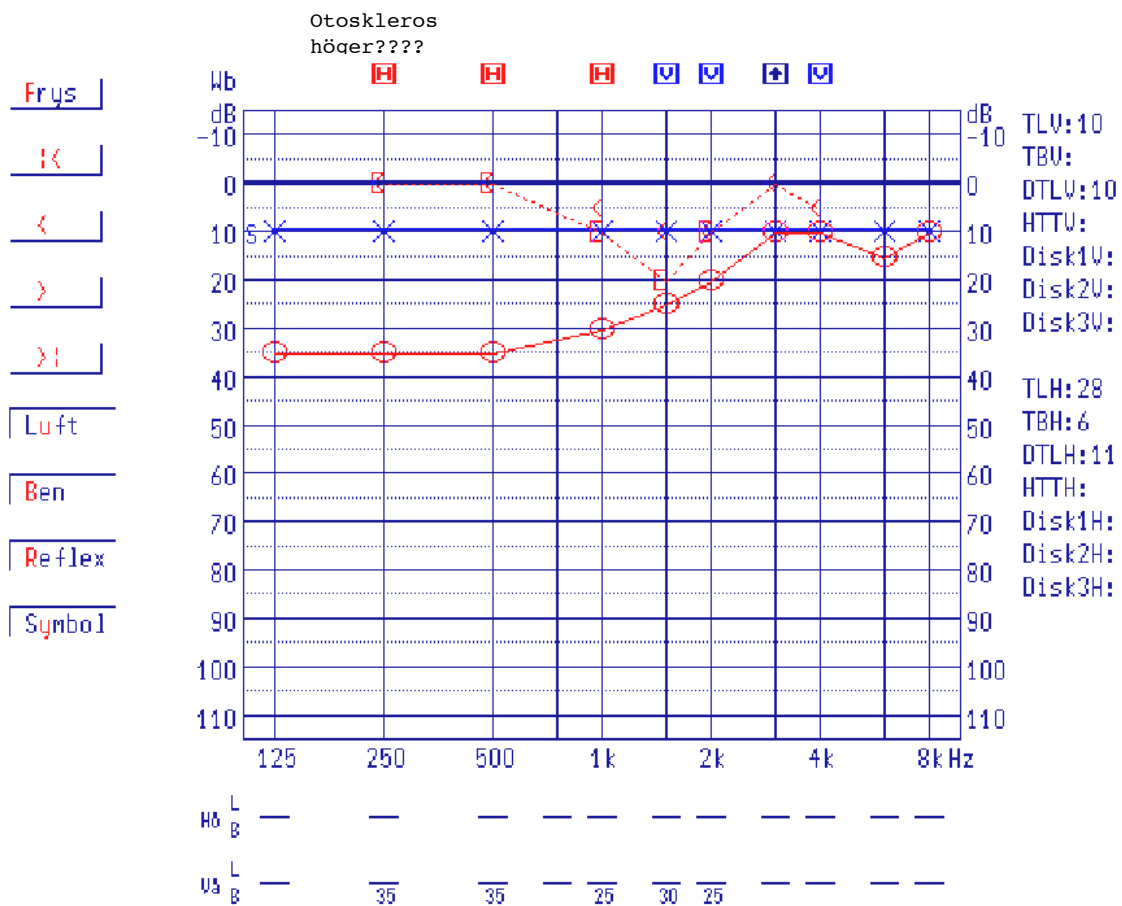


- Frys
- IK
- <
- >
- >I
- Luft
- Ben
- Reflex
- Symbol

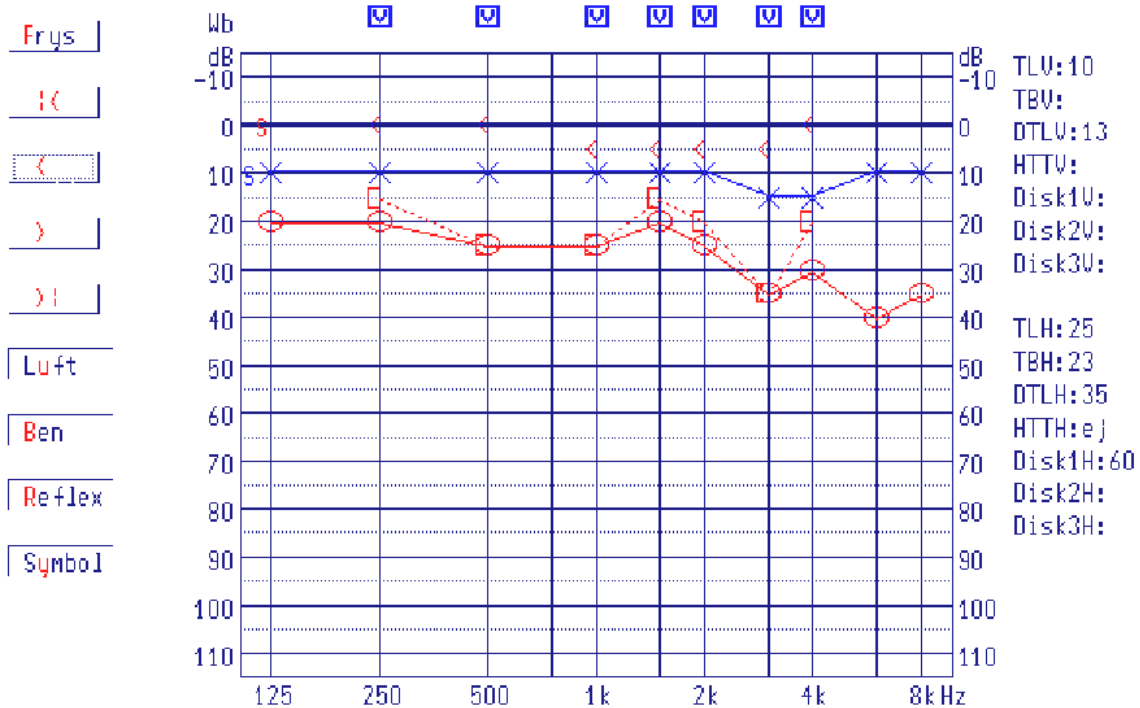


- Frys
- IK
- <
- >
- >I
- Luft
- Ben
- Reflex
- Symbol

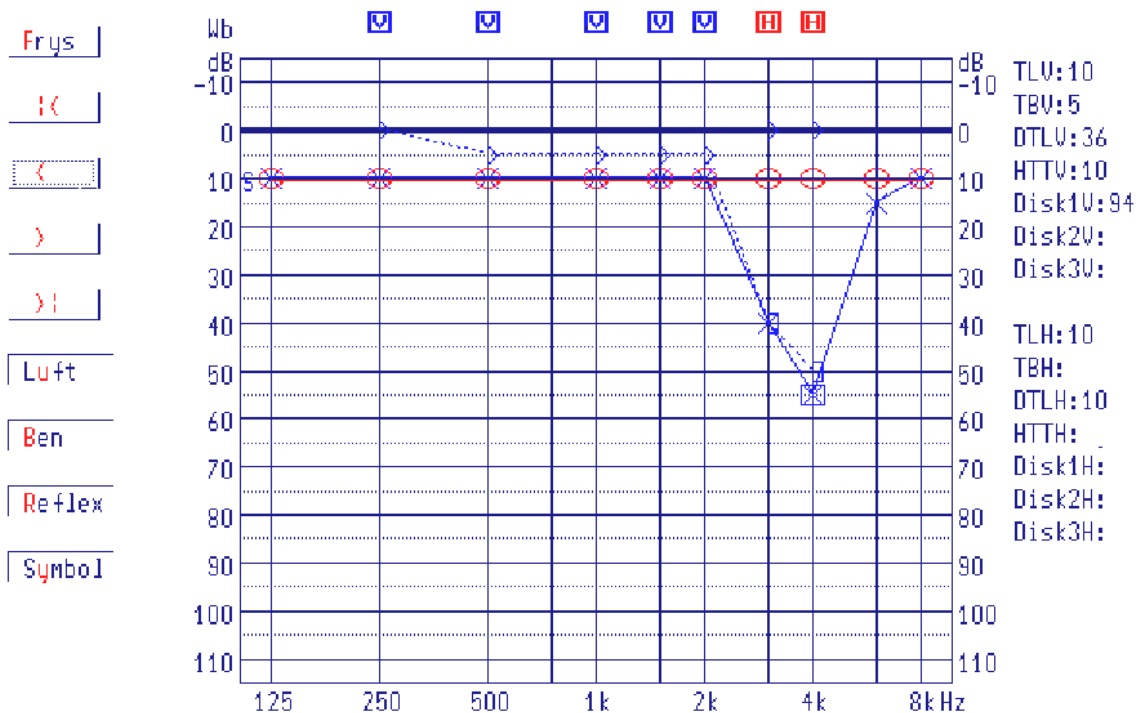




Sensorineural höger. Hör över från sjuk sidan till friska så man måste maskera. Schwannom.

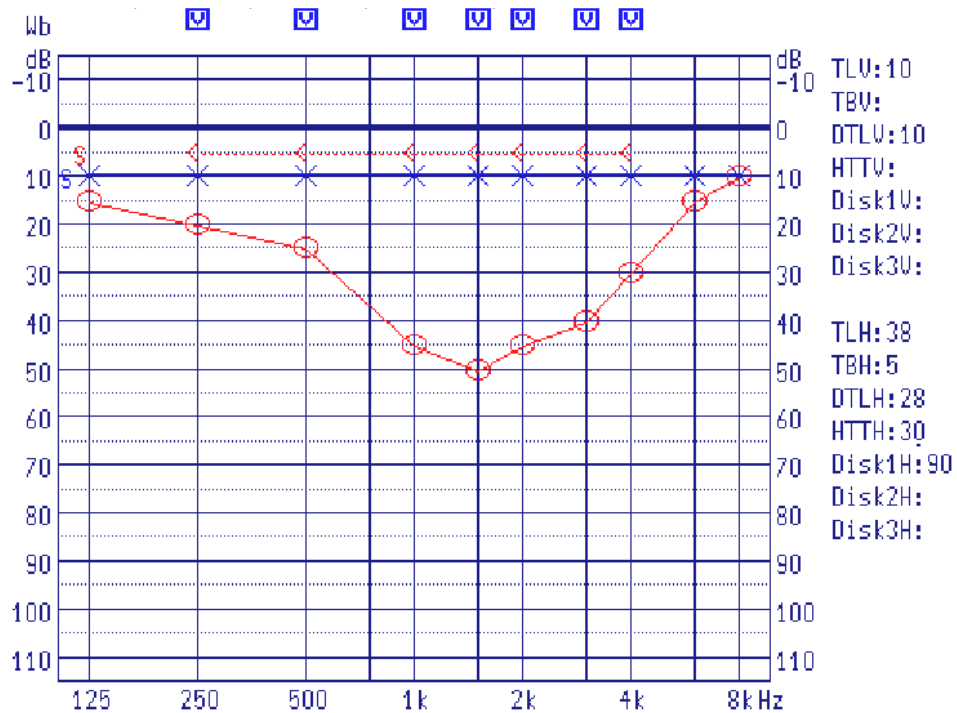


Bullerskada, Sensorineural hörselnedsättning.

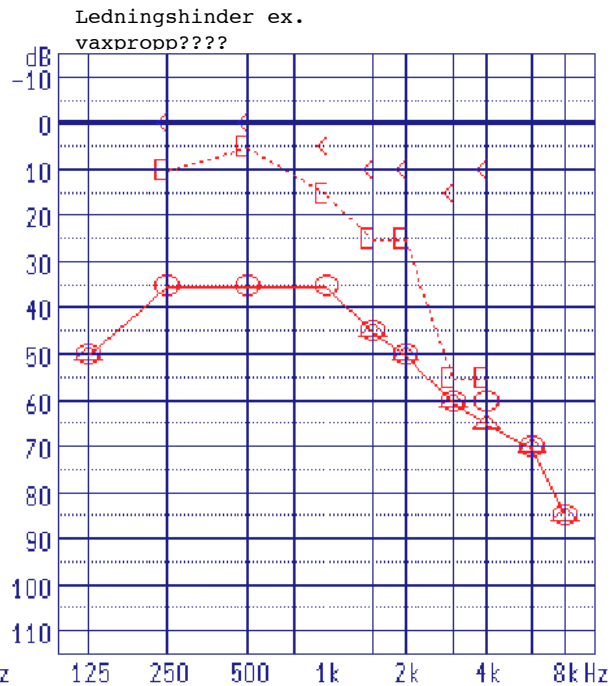
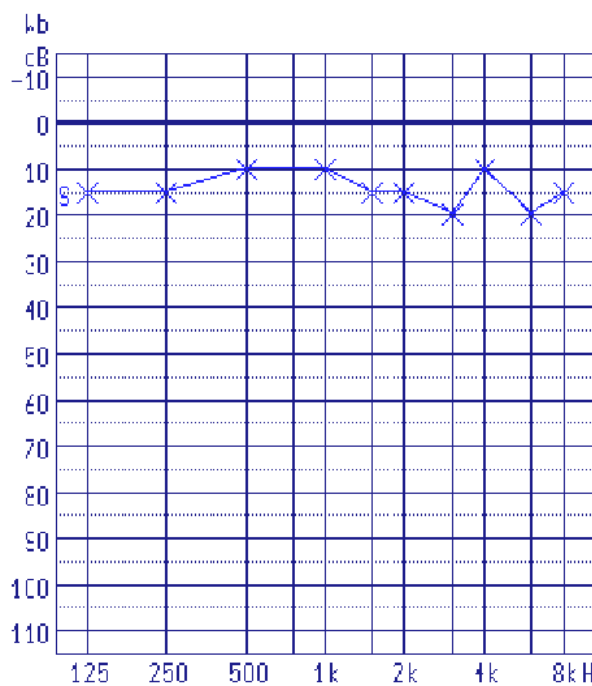


Öngemiddel hörseltest för hörselundersökning. När öron
 vara vaxpropp.
 Weber lateraliserar vid ledningshinder till den
 sjuka sidan

- Fröys
- IK
- KL
- RI
- Luft
- Ben
- Reflex
- Symbol



ie
 vt



Referenser

1. Vårdprogram Sudden Deafness, Krister Brantberg, Hörsel- och balanskliniken, 2009
2. Anniko M (red) Öron-, näs- och halssjukdomar, huvud och halskirurgi, Liber 2012 Friis-Liby J, Groth A: ÖNH-handboken, Studentlitteratur