**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 parainfluensa. 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 cricothryoidea. 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 tjuter 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 stämgaffeltest vilket öra kommer hon att höra stämgaffeln bäst i? 0.5p**

Weber lateraliseras 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 förstorade 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 förstorad 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 vänsterslående spontannystagmus. Webers test lateraliseras 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. Nystagmusrikting mot friska sidan, det vill säga destruktionsnystagmus antyder också påverkan på innerörat och en spridande av infektionen.

**Du ställer diagnosen labyrintit. 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 sömnapnésyndrom. Han har BMI 28. Nämn 2 åtgärder man kan göra själv som "egenvård"! (1 p)**

-Viktnedgång -Undvika ryggläge -Minska rökning & alkohol -Förbättra näspassagen

**Vilken behandling kan sjukvården erbjuda för patienter med sömnapnésyndrom? 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. Graviditet 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)**

Hörapparat

Operation med stigbygelprotes..

**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 femårige 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, fortledda 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 stämbanden, 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-årige 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 vänsterslående spontannystagmus som inte påverkas nämnvärt vid laterala båggångs- eller Dix- Hallpikes-tester. Då patienten har en spontanslående 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 vestibularisneuronit 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 joursökare 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) Snyt 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 silvernitrat (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 inläggningsfall 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 bokat 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 chagrinering 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 stämgaffeln 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 antibiotikaprofylax, men om örat blir infekterat så kommer det att rinna. Man kommer att kontrollera hörseln på öronmottagningen 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 bihålesystemet. 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-årige Tomas med halsont där hans mamma först bara ringt och krävt ett recept på antiobiotika 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 medialförskjuten högersidig tonsill. Du remitterar patienten akut vidare till ÖNH-kliniken för punktion och eventuell incision och debridering samt dubblerar 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 följdsjukdom; såsom t ex retro/parafaryngel abscess eller försämring av psoriasis, RA och glomerunefrit i samband med akut faryngotonsilit.

**Som jour på ÖNH-kliniken får du ett samtal om 86-åriga Aina som sedan flera veckor tillbaka vårdas inneliggande 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 inneliggande 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)**

Nytillkommen 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/Ballongdilatation/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. Endoskopisi laserdivertikulotomi (2-4 cm) 2. Endoskopisk stapling divertikulotomi (> 3cm) 3. Extern extirpation

**Vilka är skillnaderna mellan abcess 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 Terracortriltamponat 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 Facialispares Labyrintit Sinustrombos

**Vilka är symtomen på sekretorisk mediaotit (SOM)?**

Nedsatt hörsel, Lockkänsla Kommunikationssvårigheter Koncentrationssvårigheter Språk och inlärningssvårigheter

**Hur behandlas SOM?**

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

**Vad kännetecknar en tvärgående temporalbensfraktur?**

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

**Vad kännetecknar en längsgående temporalbensfraktur?**

-blödning ur hörselgången -trumhinneskada och hematotympanon -innerörat och facilis 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) Andningsbevär 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 dgar 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 dgr

**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 labyrintit?**

Otit med yrsel Paracentes med odling Anbitiotika iv.

**Vilka regler finns för heshet?**

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

**Vilka är de vanligaste ÖNH-cancrarna?**

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

-Försämrad protesanpassning

-Värk/smärtor i muhålan 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, polyps, rhinit, rökning)

-muskelslapphet (alkohol, sedativa)

-hypothyreos, akromegali

-Mikro-retrognati

-makroglossi

-ryggläge

**Vad är definitionen på obstruktion sömnapnesyndrom (OSAS)?**

-Minst 5 apneeer/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

-juvenlit 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, fortsätt 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 sterioder (20 mg/dygn)

**Hur utreds vid sinuitmisstanke?**

-anamnes

-tänder

-klinisk undersökning, rakt skop, tänder

-röntgen, CT eller CBCT

-Ultraljud

-diagnostisk punktion

**Vad har hög dianostisk 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?**

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

See More