



Välikorvatulehdus (lasten äkillinen)

Keskeinen sisältö

- Korvatulehdusten hoidon perimmäiset tavoitteet ovat tulehduksen aiheuttaman kivun ja kuulon huononemisen minimointi sekä komplikaatioiden ehkäisy.

Etiologia

- Yleisimmät aiheuttajabakteerit ovat *Streptococcus pneumoniae*, *Haemophilus influenzae* ja *Moraxella catarrhalis*, joita löytyy välikorvaeritteestä 70–90 %:ssa tapauksista^A.
- Valtaosassa tapauksista välikorvaeritteestä voidaan löytää myös viruksia, joten useimmilla lapsilla välikorvatulehdus on bakteerien ja virusten aiheuttama sekainfektio.

Diagnoosi

- Äkilliseen välikorvatulehdukseen liittyy lähes aina joko edeltävä tai samanaikainen ylähengitystieinfektio^A.
- Äkillisen välikorvatulehduksen oireet ovat pääosin samoja kuin pelkän ylähengitystieinfektion, joten välikorvatulehdusta ei voi luotettavasti diagnosoida oireiden perusteella^A.
- Korvakipu on ainoa selkeästi äkilliseen välikorvatulehdukseen viittaava oire, mutta sen puuttuminen ei sulje pois tulehdusta^A.
- Diagnoosi perustuu lääkärin tekemään pneumaattiseen otoskopiaan.
- Tympanometri on erinomainen diagnostiikan apuväline, ja normaali tympanogrammi sulkee käytännössä pois äkillisen välikorvatulehduksen.
 - Diagnoosia ei voi tehdä pelkän tympanometriän perusteella, sillä tympanogrammi on poikkeava myös esimerkiksi liimakorvassa ja tärykalvoreiässä^B.

- Äkillisen välikorvatulehduksen diagnostiset kriteerit ovat välikorvaerite, tulehduksen merkit tärykalvolla ja infektiin viittaavat oireet tai löydökset.
- Useimmilla tautia sairastavilla lapsilla tärykalvo on pullottava tai tasainen^A.
- Jos tärykalvossa on ilmastointiputki tai puhkeama, diagnoosi perustuu aukon kautta korvakäytävään vuotavan eritteen toteamiseen.

Hoito

- Hoidon aloituksessa ensisijaista on korvakivun tehokas hoito (parasetamoli, ibuprofeeni, naprokseeni, puuduttavat korvatipat).
- Jos äkillisen välikorvatulehduksen kriteerit täyttyvät, suositellaan pääsääntöisesti antibioottilaitoa, koska osalla lapsista antibiootti nopeuttaa oireiden^A ja eritteen häviämistä^A.
- Ensisijaislääkkeeksi suositellaan amoksisilliiniä tai amoksisilliini-klavulaanihappoa.
 - Amoksisilliinin käytön puolesta puhuvat sen kapeampi kirjo ja vähäisemmät (suolisto)haittavaikutukset^A.
 - Amoksisilliini-klavulaanihapon käytön puolesta puhuu sen teho myös beetalaktamaasia tuottaviin bakteereihin.
- Antibioottilaiton optimaalista kestoa ei tiedä.
 - Antibioottiresistenssin kehittymisen ja mikrobistoon kohdistuvan muutospaineen vähentämiseksi hoidon kestoksi suositellaan 5–7 vuorokautta.
- Jos päädytään siihen, ettei antibioottilaitoa aloiteta, lapsi tulee tutkia uudelleen 2–3 päivän kuluttua, jollei hän ole selvästi parane-massa.
- Vuotavan putkikorvan hoidossa paikallishoito antimikrobisilla tipoilla 5–7 päivän ajan on ensisijainen hoito.

- Hoitoon tulee liittää suun kautta otettava antibiootti, jos lapsi on yleissairas tai vuoto jatkuu tippahoidosta huolimatta.

Seuranta

- Korvien jälkitarkastuksen tarve tulisi arvioida jokaisen lapsen osalta yksilöllisesti niin, että otetaan huomioon hänen ikänsä sekä se, mikä merkitys jälkitarkastuksen löydöksellä on lapselle myöhemmin mahdollisesti tehtävien leikkaustoimenpiteiden kannalta.
- Tärykalvoputkituksen harkinnan kannalta on merkitystä sillä, paraneeko välikorva eritteettömäksi toistuvien tulehdusten välillä vai onko välikorvassa eritettä koko ajan.
- Rutiininomaista jälkitarkastusta ei tarvita oireettomille vanhemmille lapsille, joilla ei epäillä kuulon heikkenemää.
- Jälkitarkastus voidaan toteuttaa otoskopiolla tai tympanometrialla. Jos tympanometria-löydös on normaali, otoskopiaa ei tarvita.

Toistuvien välikorvatulehdusten ehkäisy

- Bakteerien lisääntyvän resistenssin vuoksi suositellaan, että pitkäaikainen antibioottiestohoito aloitetaan ainoastaan erikoissairaanhoidon konsultoinnin perusteella.

- Säännöllisesti 5 kertaa päivässä käytetty ksytilitolipurukumi tai -mikstuura vähentää välikorvatulehduksen ilmaantumista^A.
- Leikkauspäätös (tärykalvoputkitus, kitarisleikkaus) on aina yksilöllinen, ja sen tulee perustua leikkaavan lääkärin tekemään kokonaisarvioon, jossa punnitaan toimenpiteestä mahdollisesti saatava hyöty ja sen haitat.
- Proteiiniin konjugoidut pneumokokkrokotteet vähentävät rokotteiden sisältämien pneumokokkiserotyyppien aiheuttamia otiitteja, mutta niiden teho taudin kokonaisilmaantumisen vähentämisessä on varsin pieni^A.
- Sekä inaktivoitunut että elävän heikennetyt influenssarokotteet on todettu vähentävän äkillisiä välikorvatulehduksia^A. ■

Koko suositus on luettavissa:

www.kaypahoito.fi

TERHO HEIKKINEN (pj.), JUSSI JERO, TUOMAS KLOCKARS, TANJA LAUKKALA (Käypä hoito -toimittaja), MARJO RENKO, MARKKU SUMANEN, JAANA VUOPIO

Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin, Korva-, nenä- ja kurkkutaudit – Pään ja kaulan kirurgia ry:n, Suomen Lastenlääkäriyhdistys ry:n ja Suomen Yleislääketieteen yhdistys ry:n asettama työryhmä

Näytön asteen luokitus:

- A = Vahva tutkimusnäyttö
- B = Kohtalainen tutkimusnäyttö
- C = Niukka tutkimusnäyttö
- D = Ei tutkimusnäyttöä

Update on Current Care Guideline: Acute otitis media

The diagnosis of acute otitis media is based on the presence of middle-ear effusion, signs of inflammation of the tympanic membrane, and signs and symptoms of an acute infection. Effective treatment of ear pain is crucial in the management of the disease. Antibiotic treatment for 5–7 days with amoxicillin or amoxicillin/clavulanate is recommended, because antibiotics shorten the time to resolution of illness, and no individually applicable criteria to guide antibiotic use are available. The follow-up of children with acute otitis media should be tailored individually.