

# T11 Sykdommer i øvre luftveier, øre, munn og svelg

Lasse A. Skoglund (T11.4), Sverre Steinsvåg (T11.1–3, T11.5–6)

## Innhold

T11.1	Øvre luftveissykdommer .....	s.1	T11.3.2	Tonsillitt.....	s.15
T11.1.1	Rhinitt, nesepolypper, neseblødning.....	s.1	T11.3.2.1	Akutt tonsillitt .....	s.15
T11.1.1.1	Rhinitis sicca anterior .....	s.2	T11.3.2.2	Kronisk tonsillitt .....	s.16
T11.1.1.2	Akutt infeksøs rhinitt .....	s.2	T11.4	Tenner, munnsykdommer og -plager ...	s.16
T11.1.1.3	Kronisk rhinitt .....	s.2	T11.4.1	Karies og periodontitt .....	s.16
T11.1.1.4	Andre rhinitter.....	s.3	T11.4.2	Tannfrembrudd .....	s.16
T11.1.1.4.1	Ikke-allergisk rhinitt med eosinofilt syndrom (NARES) .....	s.3	T11.4.3	Munntørrhet .....	s.17
T11.1.1.4.2	Yrkesutløst rhinitt .....	s.3	T11.4.4	Halitosis .....	s.18
T11.1.1.4.3	Hormonell rhinitt .....	s.3	T11.4.5	Afte .....	s.18
T11.1.1.4.4	Irritantutløst rhinitt .....	s.3	T11.4.6	Lichen planus .....	s.19
T11.1.1.4.5	Matvareindusert rhinitt .....	s.3	T11.4.7	Akutt nekrotiserende gingivitt .....	s.19
T11.1.1.4.6	Atrofisk rhinitt .....	s.4	T11.4.8	Refraktær periodontitt .....	s.20
T11.1.1.4.7	Emosjonell rhinitt .....	s.4	T11.4.9	Gingival hyperplasi utløst av legemidler .....	s.20
T11.1.1.4.8	Legemiddelindusert rhinitt .....	s.4	T11.4.10	Orale virusinfeksjoner .....	s.21
T11.1.1.5	Nesepolypper .....	s.4	T11.4.10.1	Primær herpetisk gingivostomatitt .....	s.21
T11.1.1.6	Neseblødning .....	s.5	T11.4.10.2	Herpes labialis .....	s.21
T11.1.2	Rhinosinusitter.....	s.5	T11.4.11	Orale soppinfeksjoner .....	s.22
T11.1.2.1	Akutt rhinosinusitt .....	s.5	T11.4.11.1	Pseudomembranøs candidose .....	s.22
T11.1.2.2	Kronisk rhinosinusitt .....	s.6	T11.4.11.2	Diffus/granulær soppstomatitt .....	s.22
T11.1.3	Laryngitt .....	s.7	T11.4.11.3	Munnvinkelsår (cheilose, rhagader) .....	s.23
T11.1.3.1	Akutt laryngitt hos voksne .....	s.7	T11.4.12	Tann- og munnstell hos syke .....	s.23
T11.1.3.2	Akutt epiglottitt .....	s.7	T11.4.13	Munnhuleantiseptika ved kirurgi og intensivmedisin .....	s.23
T11.1.3.3	Akutt subglottisk laryngitt .....	s.8	T11.4.14	Tannbehandlingsangst .....	s.24
T11.1.3.4	Akutt (malign) laryngotrakeobronkitt .....	s.9	T11.5	Spyttkjertelsykdommer.....	s.25
T11.1.3.5	Kronisk laryngitt .....	s.9	T11.5.1	Spyttkjertelbetennelser .....	s.25
T11.2	Ørets sykdommer .....	s.10	T11.5.1.1	Akutt suppurativ parotitt .....	s.25
T11.2.1	Otitter.....	s.10	T11.5.1.2	Kronisk residiverende parotitt .....	s.25
T11.2.1.1	Ekstern otitt .....	s.10	T11.5.1.3	Akutt og kronisk suppurativ betennelse i glandula submandibularis. Sialolitiasis. ....	s.26
T11.2.1.2	Akutt mellomørebetennelse .....	s.11	T11.6	Obstruktivt søvnapné syndrom – snorking .....	s.26
T11.2.1.3	Kronisk mellomørebetennelse .....	s.12	T11.7	Figurer.....	s.27
T11.2.1.4	Sekretorisk mellomørebetennelse .....	s.13	T11.8	Kilder.....	s.27
T11.2.1.5	Ørevoks .....	s.13			
T11.2.2	Morbus Ménière .....	s.13			
T11.3	Svelgets sykdommer .....	s.14			
T11.3.1	Faryngitt.....	s.14			
T11.3.1.1	Akutt faryngitt .....	s.14			
T11.3.1.2	Kronisk faryngitt .....	s.15			

## Hastebehandling

[Akutt epiglottitt](#)

[Akutt \(malign\) laryngotrakeobronkitt](#)

## Andre lidelser i øvre luftveier

[Allergisk rhinitt \(T9.1.1\)](#)

## T11.1. Øvre luftveissykdommer

Sverre Steinsvåg

### T11.1.1. Rhinitt, nesepolypper, neseblødning

Revidert: 30.03.2024

#### Generelt

Rhinitt er en inflammasjon i nesens slimhinner som karakteriseres av et eller flere av følgende symptomer: Nesetetthet, renning, nysing og kløe. En skiller mellom allergiske, infeksjose og andre rhinitter.

### T11.1.1.1. Rhinitis sicca anterior

Revidert: 30.03.2024

#### Generelt

Infeksjon i neseåpningens hårfollikler.

#### Etiologi

Vanligvis forårsaket av gule stafylokokker.

#### Symptomer

Skorpedannelse fører til nesepilling, som igjen kan gi neseblødninger.

#### Behandling

Fuktighetsbevarende, nøytrale salver eller tetrasyklin–glukokortikoidsalve × 2 i 14 dager.

#### Legemiddelomtaler og preparater

Glukokortikoider, milde (L16.3.1)

### T11.1.1.2. Akutt infeksjøs rhinitt

Revidert: 30.03.2024

#### Etiologi

Forårsakes av forskjellige virus.

#### Symptomer

Nesetetthet og purulent snue. Sekundær bakteriell infeksjon forekommer. Akutt rhinitt kan være ledsaget av lokalsymptomer fra svelget og de nedre luftveier, samt moderat feber. Dette er vanlig hos barn.

#### Komplikasjoner

Akutt mellomørebetennelse og sinusitt (se [Otitter](#) og [Rhinosinusitter](#)).

#### Behandling

Slimhinneavsvellende nesedråper/-spray i begrenset tidsrom (10 dager). Antibakterielle midler skal ikke benyttes ved virusinfeksjoner. Vitamin C, antihistaminer og immunglobulin (gammaglobulin) har ingen dokumentert virkning.

#### Legemiddelomtaler og preparater

Slimhinneavsvellende legemidler, lokale (L11.1.1)

### T11.1.1.3. Kronisk rhinitt

Revidert: 30.03.2024

#### Generelt

Tilstand med vekslende hevelse i neseslimhinnen og vandig, eventuelt mucopurulent sekresjon. Kronisk infeksjøs rhinitt er lite påvirkelig av behandling. Forverres av tørr luft og irriteranter som tobakk.

#### Etiologi

Trolig ubalanse i det autonome nervesystem med en uhensiktsmessig regulering av tonus i arteriolene. Flere forhold kan resultere i denne tilstanden, bl.a. alder, legemidler (antihypertensiva som alfa-1-reseptoragonister, ACE-hemmere, metyldopa og hydralazin, p-piller, vasodilaterende midler), graviditet og hypotyroidisme. Symptomene kan også utløses av temperaturforandringer, sterkt sollys, støv i luften, tobakksrøyk etc.

#### Symptomer

Til dels rikelig, vandig eller mukopurulent sekresjon. Nysing. Nesetetthet.

## Behandling

Unngå utløsende årsaker. Langvarig bruk av slimhinneavsvellende nesedråper er uheldig (kan forverre symptomene). Hvis det kan påvises eosinofili i nesekretet (non-allergisk rhinitt med eosinofili), kan lokale glukokortikoider forsøkes.

Dersom det foreligger uttalt kronisk hevelse av concha inferior, vil kirurgisk reseksjon/reduksjon kunne gi symptomatisk bedring.

## Legemiddelomtaler og preparater

Glukokortikoider for lokal, nasal administrasjon (L9.2)

### T11.1.1.4. Andre rhinitter

Revidert: 30.03.2024

#### Se også

Allergisk rhinitt (T9.1.1)

#### T11.1.1.4.1. Ikke-allergisk rhinitt med eosinofilt syndrom (NARES)

Revidert: 30.03.2024

##### Generelt

Ofte middelaldrende personer med helårlige plager med nyseepisoder, kløe og renning, samt tap av luktesans. Mangler holdepunkter for allergisk genese. Som regel svært god effekt av lokale steroider.

#### T11.1.1.4.2. Yrkesutløst rhinitt

Revidert: 30.03.2024

##### Generelt

Neseplager kan skyldes faktorer i arbeidsmiljøet. Disse omfatter bl.a. mel, trestøv, dyr, latex og kjemikalier.

#### T11.1.1.4.3. Hormonell rhinitt

Revidert: 30.03.2024

##### Generelt

Kan sees i forbindelse med puberteten, graviditet, menopause, hypothyreoidisme og akromegali.

#### T11.1.1.4.4. Irritantutløst rhinitt

Revidert: 30.03.2024

##### Generelt

Lokale irritanter som tobakksrøyk, parfymen og krydder kan gi rhinittsymptomer.

#### T11.1.1.4.5. Matvareindusert rhinitt

Revidert: 30.03.2024

##### Generelt

Mat kan utløse rhinittsymptomer både gjennom allergiske og ikke-allergiske mekanismer. En kan reagere både på maten i seg selv, på fargestoffer og på konserveringsmidler. Pollenallergikere kan få symptomer ved å innta kryssreagerende matvarer, som steinfrukter, rå grønnsaker og krydder. Varm og sterkt krydret mat kan utløse såkalt gustatorisk neserenning. Alkoholholdige drikker kan gi nesesyntomer både gjennom en alkoholmediert vasodilatasjon i neselimhinnen og allergiske og ikke-allergiske reaksjoner på tallrike innholdsstoffer.

#### T11.1.1.4.6. Atrofisk rhinitt

Revidert: 30.03.2024

##### Generelt

Karakteriseres av kronisk nesetetthet, mangel på luktesans og ubehagelig lukt (ozaena). Svært sjelden tilstand i vår del av verden.

#### T11.1.1.4.7. Emosjonell rhinitt

Revidert: 30.03.2024

##### Generelt

Stress og seksuell opphisselse kan gjennom autonome mekanismer gi nesesyntomer. Sildenafil, tadalafil og vardenafil kan gjennom tilsvarende mekanismer gi plagsom nesetetthet.

#### T11.1.1.4.8. Legemiddelindusert rhinitt

Revidert: 30.03.2024

##### Etiologi, symptomer

Legemiddelindusert rhinitt skyldes i de fleste tilfeller langvarig bruk av slimhinneavsvellende nesedråper/-spray (sympatikomimetika). Når den slimhinneavsvellende effekten av nesedråper avtar etter 3–4 timer, kommer det normalt en moderat og kortvarig vasodilatasjon. Ved bruk av slike nesedråper i mer enn 2 ukers tid, vil vasodilatasjonen hos mange øke både i styrke og varighet, noe som i sin tur gir behov for fortsatt bruk av nesedråper.

Legemiddelindusert rhinitt forekommer også som bivirkning ved enkelte antihypertensiva og psykofarmaka.

##### Behandling

Seponering av slimhinneavsvellende nesedråper. I perioden til slimhinnen er normalisert, noe som gjerne tar måneder, kan noen pasienter ha nytte av lokal glukokortikoidbehandling og saltvannsskylling.

##### Profylakse

Pasienten bør anbefales ikke å bruke slimhinneavsvellende nesedråper/-spray mer enn 10 dager.

##### Legemiddelomtaler og preparater

Glukokortikoider for lokal, nasal administrasjon (L9.2)

#### T11.1.1.5. Nesepolypper

Revidert: 30.03.2024

##### Etiologi

Årsaken er ukjent, men polypper forekommer som ledd i en kronisk betennelsestilstand i nese/bihuler, på immunologisk og/eller infeksjøst grunnlag.

##### Diagnostikk

Klinisk undersøkelse hos allmennlege med kunnskap om og utstyr til å undersøke nesen, eller hos spesialist.

##### Behandling

Tiltak mot årsaken til betennelsen, f.eks. sanering av bihuler, lokal og/eller systemisk antiinflammatorisk behandling, ev. kirurgi.

- *Glukokortikoider*: Nasale glukokortikoider i 2–3 måneder bør forsøkes først. Har ikke dette tilfredsstillende effekt, kan systemisk glukokortikoidbehandling forsøkes. Behandlingen kan normalisere slimhinnen i lengre perioder og få polyppene til å skrumpe
- *Interleukinhemmere*: mepolizumab (IL5), dupilumab (IL4). Har en veldokumentert god effekt på nesepolypper som ledd i en kronisk nese-bihulesykdom og samtidig forekommende astma.
- *Kirurgi* er aktuelt ved manglende effekt av glukokortikoider
- Pga. fare for residiv, bør pasientene bruke lokale glukokortikoider etter operasjon for nesepolypper

##### Legemiddelomtaler og preparater

Glukokortikoider for lokal, nasal administrasjon (L9.2)

Dupilumab (L16.7.2.1)

Mepolizumab (L10.2.8.2)

## T11.1.1.6. Neseblødning

Revidert: 30.03.2024

### Etiologi

Neseblødning skyldes oftest ruptur av kar i venepleksuset locus Kiesselbachi fortil på neseskilleveggen eller av større kar lenger bak i nesehulrommet. Dette kan skje spontant eller som følge av mekanisk eller kjemisk traume. Neseblødning kan også være en konsekvens av sykdom, enten lokalt (f.eks. rhinitis sicca anterior, teleangiectasia hereditaria, svulster) eller andre steder (f.eks. blod og beinmarg, koagulasjonssystemet, lever og blodårer). Antikoagulantia, acetylsalisylsyre og andre ikke-steroid antiinflammatoriske midler kan gi generell blødningstendens. Pasienter med arteriell hypertensjon blør oftere enn andre, og som regel er blødningene alvorligere.

### Behandling

- Å klemme nesevingene mot locus Kiesselbachi, ev. med en bomullsdott innsatt med karkonstrangerende neseclips ytterst i neseboret, kan være effektivt. Viktig at kompresjonen holdes i 15–20 minutter.
- *Etsing* av blødende kar med sølvnitrat/kromtrioksidperle eller *termokauterisering* av det blødende stedet. Diatermi kan også brukes. Dette bør gjøres etter forutgående avsvelling og bedøvelse med adrenalin/tetrakain på strimmel i aktuelle nesebor.
- *Tamponade* av nesekaviteten, enten med gasstrimmel eller prefabrikkert nesetampong og væskeabsorberende og ekspanderende materiale som Merocel. Det finnes også ballongtamponader som enten blåses opp med luft eller fylles med vann. Ballongen former seg etter nesehulen og gir kompresjon over et stort område. Ved blødning langt bak kan det være nødvendig med en bakre tamponade. Det vil si at en ballong sitter i epifarynks mens resten av nesekaviteten fylles med annen ballong eller annet tampongmateriale. Innleggelse av koagulasjonsstimulerende materiale, f.eks. Surgicel, kan også brukes.
- Ved spesielt alvorlige blødninger som ikke kontrolleres med tamponade, kan det være aktuelt å *koagulere*, *underbinde* eller *embolisere* arterier lokalt i nesen eller på halsen.
- I tillegg til lokal behandling har traneksamsyre vist seg å være nyttig, særlig ved tilstander med økt fibrinolyse (større operasjoner, prostata- og pankreaskreft, leukemi og leversykdommer). Kontraindikasjon er uttalt tromboserisiko.

### Legemiddelomtaler og preparater

...

## T11.1.2. Rhinosinusitter

### T11.1.2.1. Akutt rhinosinusitt

Revidert: 30.03.2024

#### Generelt

Ved akutt infeksøs rhinosinusitt blir det redusert drenering fra nese og bihuler pga. slimhinneødem og nedsatt cilieaktivitet. Dette gir sekretstagnasjon, undertrykk og grunnlag for mikrobiell vekst. Sinus maxillaris og sinus ethmoidalis er hyppigst involvert. Frontalsinusitt er sjeldnere.

#### Etiologi

Opptre som komplikasjon til akutt rhinitt. I de tilfeller det dreier seg om en bakteriell betennelse er det som oftest vanlige luftveispatogene mikrober som Pneumokokker og Haemophilus influenzae som er involvert, sjeldnere betahemolytiske streptokokker og Moraxella catarrhalis. Anaerobe infeksjoner forekommer bl.a. ved ved odontogen sinusitt.

#### Symptomer

Nesetetthet og/eller neserennning fremover eller bakover må være til stede for å stille diagnosen. Smerter over bihulene som kan forsterkes ved fremoverbøyning, påvirket lukte- og smakssans, smerter i tennene, hoste, feber og nedsatt allmenntilstand forekommer i varierende grad. Europeiske retningslinjer anbefaler at en graderer symptomene ved hjelp av en visuell analog skala (VAS). VAS 0–30: milde symptomer. VAS 30–70: moderate symptomer, VAS 70–100: alvorlige symptomer.

## Diagnostikk

Baserer seg på typiske symptomer og klinisk undersøkelse. CT er ikke indisert i akutte, ukompliserte tilfeller.

## Behandling

Se [Figur](#)

- 1) Symptomatisk behandling består av *slimhinneavsvellende nesedråper/-spray* og smertestillende ved behov. Se for øvrig [Akutt infeksjøs rhinitt](#).
- 2) *Antibakterielle midler*: Antibakteriell behandling er indisert ved høy feber, sterke smerter, påvirket allmenntilstand og varighet av symptomene utover en ukes tid. Førstevalgsmiddel er fenoksymetylpenicillin (1 g × 4 i 7–10 dager). Ved penicillinallergi er makrolider beste alternativ. Ved terapivikt kan aminopenicilliner (amoksisillin) forsøkes. Bakgrunnen for høy dose og lang behandlingstid er dårlig vaskularisering av bihuleslimhinnene.

## Legemiddelomtaler og preparater

Amoksisillin

Erytromycin

Fenoksymetylpenicillin

Slimhinneavsvellende legemidler, lokale (L11.1.1)

## T11.1.2.2. Kronisk rhinosinusitt

Revidert: 30.03.2024

### Etiologi

Skyldes dårlige kommunikasjonsforhold mellom nese og bihuler over lang tid. Medvirkende er slimhinnehevelse, f.eks. pga. gjentatte akutte bihulebetennelser, allergi, irriteranter, deformert neseskillevegg og polypper.

### Symptomer

Nesetetthet og/eller sekret som renner fremover eller bakover i 12 uker eller mer må være til stede for å stille diagnosen. Langvarige smerter, pressende ubehag i midtansiktet, påvirket lukt og smak, feber og nedsatt allmenntilstand sees i varierende grad.

### Diagnostikk

Dette er en klinisk diagnose som baserer seg på typiske symptomer og kliniske funn. I typiske tilfeller finner en patologisk sekret, ev. polypper i midtre nesegang. CT er vanligvis ikke nødvendig for å stille diagnosen, men skal alltid gjennomføres før ev. kirurgisk behandling. Forholdene i midtre nesegang er av særlig interesse.

### Behandling

Tilgrunnliggende tilstander som septumdeviasjoner, nesepolypper og slimhinnehevelser bør behandles. Så rettes fokus mot å bedre kommunikasjonsforholdene mellom nese og bihuler slik at bihulene kan bli luftfylte. Dette kan man oppnå ved langvarig bruk av lokale glukokortikoider, ev. supplert med korte kurer med tilsvarende systemiske legemidler. Ved manglende effekt av dette er kirurgisk behandling aktuelt. En vil da fjerne patologisk slimhinne og utvide åpningene mellom nesen og bihulene for å sikre at sekret kommer ut og luft kommer inn.

Saltvannsskylling har en veldokumentert symptomlindrende effekt.

Antibiotikabehandling har som regel begrenset og forbigående effekt på kroniske rhinosinusitter.

Slimhinneavsvellende nesedråper bør bare benyttes i forbindelse med akutt forverring i inntil 8–10 dager. De vil ikke ha innvirkning på sykdomsforløpet for øvrig, og pga. sykdommens lange varighet vil faren for kronisk misbruk alltid være til stede.

I terapiresistente tilfeller bør refluks utelukkes. Det må understrekes at refluks godt kan være til stede og gi luftveisplager uten at pasienten har noen opplevelse av å ha sure oppstøt.

## Legemiddelomtaler og preparater

Antibakterielle midler (L1.2)

Glukokortikoider for lokal, nasal administrasjon (L9.2)

## Slimhinneavsvellende legemidler, lokale (L11.1.1)

### T11.1.3. Laryngitt

Revidert: 30.03.2024

#### Generelt

Hos voksne kreves sjelden behandling, men hos barn kan slimhinneødemet gi alvorlig pustebesvær, og spesifikk behandling kan bli nødvendig.

#### Etiologi

Tilstanden er som regel ledd i en øvre luftveisinfeksjon.

#### T11.1.3.1. Akutt laryngitt hos voksne

Revidert: 30.03.2024

#### Symptomer

Oppstår hyppigst i forbindelse med en forkjølelssykdom eller influensa. Starter med tørrhetsfølelse i halsen. Stemmen blir ru og hes. Tørrhoste og vanligvis ingen eller bare lett temperaturstigning.

#### Behandling

Fukting av slimhinner med vann eller sugetabletter, stemmehvile og røykeforbud, ev. hostestillende midler. Det er spesielt viktig å gjøre pasienten oppmerksom på at tale i støyende omgivelser og ikke minst hvisking er en stor belastning på stemmebåndene. Rikelig væsketilførsel og fukting av luften vil virke ekspektorerende.

#### Legemiddelomtaler og preparater

Etylmorfinkombinasjoner (L10.1.1.1)

#### T11.1.3.2. Akutt epiglottitt

Revidert: 30.03.2024

#### Generelt

Akutt epiglottitt er en potensielt dødelig tilstand både hos barn og voksne. Etter introduksjon av *Haemophilus influenzae* type B-vaksinen i barnevaksineprogrammet har færre barn vært rammet, heller flere uvaksinerte voksne. *H influenzae* er del av normalfloraen i øvre luftveier og har potensiale til å gi invasiv sykdom.

#### Etiologi

Bakteriell infeksjon, både *H influenzae* og strep A gir samme sykdomsbilde. Pasienter oftere komorbide med diabetes mellitus, hypertensjon, rusmisbruk og/eller immunkompromitterte.

#### Symptomer

Svelgsmerter, sikling, høy feber, grøtet stemme og nedsatt allmenntilstand. Vil helst sitte med hodet strukket litt fremover. Inspiratorisk respirasjonsbesvær med langsom og ru stridor. Respirasjonsproblemene kan ofte forverres hurtig, og respirasjonsstans kan inntreffe. Pasienten bør følges til sykehus av lege og transporteres sittende. Pasienten skal være fastende til situasjonen er brakt under kontroll. Inntil pasienten er hos personell med intubasjons/trakeostomikompetanse bør man unngå undersøkelse av farynks da dette kan utløse larynksspasme og forverre respirasjonsbesværet.

#### Behandling

Tar sikte på å sikre frie luftveier og bekjempe infeksjonen. Pasienten skal behandles i sykehus.

Intubasjon, ev. trakeotomi kan være aktuelt ved alvorlig pustebesvær. Antibakteriell behandling gis parenteralt med cefalosporiner (cefuroksim eller cefotaksim) etter at blodkulturer er tatt. Benzylpenicillin brukes ved vekst av streptokokker, ampicillin/amoksisicillin ved følsom *H. influenzae*. Ved kjent alvorlig straksallergi for penicilliner kan trimetoprim-sulfa være et alternativ. Ved kort transport til sykehus (en time) kan antibakteriell behandling vente for ikke å uroe barnet unødige.

#### Fri luftvei

Trakeal intubasjon og trakeotomi vil som regel være svært problematisk for de fleste i en akutt situasjon utenfor sykehus. Både ved akutt epiglottitt og akutt subglottisk laryngitt (se [Akutt subglottisk laryngitt](#)) har

munntil-munn-respirasjon vært livreddende. Det finnes også utstyr til hastelaryngotomi i membrana cricothyreoidea (minitrakeotomi). I dette området kan også 2–3 grove venfloner antakelig i en kortere periode gi nok luft til å motvirke alvorlig respirasjonsinsuffisiens.

## Legemiddelomtaler og preparater

Ampicillin

Benzylpenicillin

Cefalosporiner

Cefotaksim

Cefuroksim

Trimetoprim-sulfametoksazol

### T11.1.3.3. Akutt subglottisk laryngitt

Revidert: 30.03.2024

#### Generelt

Benevnes også falsk krupp og pseudokrupp. Tilstanden rammer barn opp til 6-årsalder med høyest insidens andre leveår. Det typiske er at barnet går til sengs tilsynelatende friskt eller med minimale forkjølelssymptomer for så å våkne etter noen timer med gjøende hoste og inspiratorisk stridor. I forbindelse med hoste og uro kan det komme rask forverring av symptomene. Dette er vanligvis en relativt godartet sykdom. Behandling i hjem eller sykehus, avhengig av hvor store respirasjonsproblemene er og ikke minst varigheten av disse.

#### Etiologi

Virusinfeksjon, ev. med bakteriell sekundærinfeksjon. Andre forhold som kan ha patogenetisk betydning er tørr luft og luftforurensning.

#### Symptomer

Inspiratorisk stridor, gjøende hoste, heshet. Ingen svelgvansker. Vanligvis moderat feber, men høy feber forekommer. Allmenntilstanden er som regel lite affisert. Det er viktig å utelukke potensielt farlige sykdommer som f.eks. bakteriell trakeitt og fremmedlegeme.

#### Behandling

Denne tar sikte på å sikre frie luftveier og bekjempe betennelsessymptomene.

- **Ikke-medikamentell behandling**
  - Foreldrene bør rådes til å ta barnet opp av sengen og ev. ut i kald, fuktig luft. Dette har ofte en umiddelbar god symptomatisk effekt. Deretter sengeleie med hevet overkropp, rikelig væsketilførsel, samt fukting og ev. avkjøling av luften.
  - Ved særlig uttalte symptomer eller hvor behandlingen ikke virker tilfredsstillende, er sykehusbehandling nødvendig. Intubasjon, ev. trakeotomi er nødvendig hos færre enn 1 % av pasientene. Fri luftvei, se [Behandling](#)
- **Medikamentell behandling:** Både glukokortikoider og inhalasjon av racemisk adrenalin vil i de fleste tilfeller gi bedring av symptomene.
  - *Glukokortikoider* gis peroralt (deksametason 4 mg til barn under 10 kg og 6 mg til barn over 10 kg eller prednisolon 1–2 mg/kg). Dosen gjentas etter 6 timer hvis ikke klar bedring, sjelden mer enn i 2–3 døgn. Hos barn som kaster opp, kan hydrokortison administreres parenteralt (100 mg intramuskulært eller intravenøst).
  - Racemisk adrenalin 20 mg/ml fortynnes i NaCl 9 mg/ml og gis som *inhalasjon* (forstøves med oksygen eller luft med flow 4–6 l/minutt).
    - 0–1 år: 2 mg (0,1 ml) i 2 ml
    - 1–2 år: 4 mg (0,2 ml) i 2 ml
    - > 2 år: Inntil 10 mg (0,5 ml) i 4 ml

Kontinuerlig kontroll av puls som ikke må overstige 150 slag/minutt. Den enkelte behandlingsvarighet: 10–15 minutter. Behandlingen kan gjentas en gang etter 30 minutter, senere hver 3.–4. time etter behov. Alternativt kan L-adrenalin injeksjonsvæske 1 mg/ml *inhaleres* i doser på henholdsvis 1 mg (1 ml – fortynnet ad 2 ml), 2 mg (2 ml) og 5 mg (5 ml). NB! Masken holdes ca. 10 cm fra nese/munn. Det er viktig med monitorering av pulsfrekvens og -rytme.



- Virkningen av glukokortikoider kommer etter 2-4 timer, varer i inntil 6 timer og kan gjentas (se over). Virkningen av adrenalinhalasjon kommer etter noen minutter. De to behandlingsformene kan godt kombineres.
- *Antibakterielle midler* er sjelden indisert. Ved mistanke om bakteriell sekundærinfeksjon brukes fenoksymetylpenicillin (førstevalg) eller et aminopenicillin. Gis ved mistanke om bakteriell sekundærinfeksjon.

### Legemiddelomtaler og preparater

Adrenalin

Amoksisicillin

Ampicillin

Deksametason

Hydrokortison

Fenoksymetylpenicillin

Prednisolon/Prednison

## T11.1.3.4. Akutt (malign) laryngotrakeobronkitt

Publisert: 30.03.2024

### Generelt

Tilstanden er meget sjelden, men livstruende. Forekommer i tidlig småbarnsalder.

### Etiologi

Antakelig virus, men patogenesen er ukjent. Sekundær bakteriell infeksjon er vanlig. Tilstanden karakteriseres ved betydelige betennelsesforandringer i slimhinnen i larynks, trakea og bronkier, til dels med nekrose. Man får utsiving av væske og skorpedannelse.

### Symptomer

Starter gjerne på samme måte som akutt subglottisk laryngitt (pseudokrupp). Etter hvert dominerer symptomer fra bronkiene med både inspiratorisk og ekspiratorisk stridor, og allmenntilstanden blir svært redusert.

### Behandling

Sykehusinnleggelse er påkrevd.

- Ved uttalt respirasjonsbesvær bør pasienten *overtrykkventileres*, ev. med tilførsel av oksygen
- *Legemiddel*behandling med store doser glukokortikoider og antibakterielle midler av type 2. eller 3. generasjons cefalosporiner
- I tillegg *kirurgisk* behandling med trakeotomi og hyppige bronkoskopier med opphenting av skorper

### Fri luftvei

Se [Behandling](#)

### Legemiddelomtaler og preparater

[Antibakterielle midler \(L1.2\)](#)

[Cefalosporiner \(L1.2.4\)](#)

[Glukokortikoider for systemisk effekt og lokal injeksjon \(L3.7.1\)](#)

## T11.1.3.5. Kronisk laryngitt

Revidert: 30.03.2024

### Etiologi

Årsakene kan være svært forskjellige: Kroniske infeksjoner (nese/bihuler, tenner (karies), ganemandler halsmandler og nedre luftveier (kronisk bronkitt/bronkiektasier), røyking, inhalasjon av støv og kjemikalier, feilaktig stemmebruk, refluks og aspirasjon av magesaft, samt ondartede og godartede svulster. I mange tilfeller er det ikke mulig å påvise noen bestemt årsak.

## Symptomer

Variierende grad av heshet. Forandringene i stemmebåndene er som oftest diffuse med rødhet og ødem, men kan også være lokaliserte med f.eks. symmetriske granulomknuter (sangerknuter – sees ved feilaktig stemmebruk).

## Behandling

Pasienten bør laryngoskoperes av ØNH-lege, og behandlingen må rettes mot årsaken. Hvis ingen sikker årsak kan påvises, vil pasienten ofte ha nytte av råd om stemmebruk, ev. av logoped. I perioder med særlig uttalte symptomer vil pasienter med diffus rødhet og ødem i stemmebåndene ha nytte av inhalasjon av glukokortikoider. Ved særlig uttalt ødem har kirurgisk behandling vist seg å være nyttig.

## Legemiddelomtaler og preparater

Inhalasjonsglukokortikoider (L10.2.2)

# T11.2. Ørets sykdommer

Sverre Steinsvåg

## T11.2.1. Otitter

### T11.2.1.1. Ekstern otitt

Revidert: 30.03.2024

#### Etiologi

Disponerende faktorer er fuktighet, skade av øregangshud, trange ørekanaler, eksem, psoriasis og overfølsomhet for såper, salver, kosmetika, nikkel, hårspray, osv. Tilstanden skyldes oftest infeksjon med bakterier som *Pseudomonas aeruginosa* eller *Staphylococcus aureus*, sjeldnere med sopp. Pinking i øregangen vil vedlikeholde og forverre tilstanden.

#### Symptomer

Starter med kløe og tetthetsfølelse. Enkelte opplever moderat hørselstap. Deretter kan det tilkomme sterke smerter som forverres ved drag i ytre øre. Smertene er særlig sterke ved øregangsfurunkel. Ved begynnende øregangsfurunkel er forandringene i øregangen ofte små i forhold til de sterke smertene.

#### Diagnose

Rikelig deskvamasjon og sekresjon i øregangen. Rød øregangshud, ev. med kraftig ødem. Prøver til mikrobiologisk undersøkelse med tanke på bakterier og sopp bør tas. Herpes zoster og akutt otitt med perforasjon er viktige differensialdiagnoser.

#### Behandling

- Fjerning av ørevoks, puss og detritus fra øregangen ved hjelp av sug, ev. skylling. Deretter omhyggelig uttørring og glukokortikoid/antibakteriell salve/dråper  $\times 3$  i en ukes tid (f.eks. hydrokortison–oksytetrasyklinsalve eller øredråper). Skylling med hydrogenperoksid kan også være nyttig. Ved påvist pseudomonasinfeksjon kan ciprofloksacin øredråper benyttes. NB! Kontaktallergi mot antibakterielle midler forekommer. Ved uttalt øregangsødem kan en, etter opprensning, legge inn en tampong innsatt med glukokortikoid/antibakteriell salve/dråper. Denne kan fuktes jevnlig med øredråper og skiftes med 2–3 dagers mellomrom.
- Ved soppinfeksjoner gis lokalbehandling med et antimykotikum, ev. i kombinasjon med et glukokortikoid, daglig i 2–3 uker, ev. lenger. Behandling to uker etter symptomfrihet anbefales for å hindre residiv. I roligere faser pensling med fargeoppløsninger, 0,1% eller 0,5% metylrosanilin (krystallfiolett) i spiritus (magistrell forskrivning) hver 3. dag i 2 uker. Residivtendensen er stor.
- Ved øregangsfurunkel og uttalt diffuse inflammatoriske forandringer bør systemisk antibiotikabehandling gis. Avhengig av de mikrobiologiske funn velges et betalaktamasestabilt penicillin, ciprofloksacin eller et cefalosporin i tillegg til lokalbehandling. Incisjon kan være indisert.
- Smertestillende legemidler er oftest nødvendig. Antiinflammatoriske midler ev. kombinert med paracetamol anbefales.

## Legemiddelomtaler og preparater

Antimykotika til lokal bruk (L1.3.2)

Betalaktamase stabile penicilliner (L1.2.2)

Cefalosporiner (L1.2.4)

Ciprofloksacin

Glukokortikoider for lokal bruk i øye og øre (L7.5)

Glukokortikoider til bruk på hud og munnslimhinne (L16.3)

Glukokortikoider, milde (L16.3.1)

Glukokortikoider, middels sterke (L16.3.2)

Hydrogenperoksid

Hydrokortison–oksytrasyklin–polymyxin (L7.5.2)

Metylosanilin

## T11.2.1.2. Akutt mellomørebetennelse

Revidert: 30.03.2024

### Etiologi

Akutt otitis media oftest del av øvre luftveisinfeksjon forårsaket hyppigst av luftveispatogene virus men også bakterier. Hoven slimhinne i tuba eustachii tetter kommunikasjon mellom mellomøret og svelget, og man får en oppadstigende infeksjon.

### Symptomer

Øresmerter og nedsatt hørsel er typiske symptomer. Feber og redusert allmenntilstand forekommer i varierende grad, ev. sekresjon ved trommehinneperforasjon. Ved otoskopi finner man fortykket, injisert og bukende trommehinne.

### Behandling

Voksne med akutt mellomørebetennelse bør behandles med antibiotika fra dag 1 pga. risiko for komplikasjoner. Akutt mellomørebetennelse hos barn helbredes spontant i omkring 80 % av tilfellene, og man kan derfor oftest avvente antibiotikabehandling 1–3 døgn. Symptomatisk behandling med slimhinneavsvellende nesedråper og lette smertestillende i form av paracetamolpreparater kan være nyttig. Indikasjoner for antibiotikabehandling er høy feber og redusert allmenntilstand, sekresjon over flere dager, samt mistanke om eller manifeste komplikasjoner.

- Fenoksymetylpenicillin er førstevalg ved behandlingskrevende akutt mellomørebetennelse (hvis ikke bakteriologisk diagnose foreligger). Dosering:

- Voksne: 1 g × 4
- Barn: 15 mg/kg kroppsvekt × 3–4

Varighet av behandlingen har vanligvis vært 7 dager, men nyere undersøkelser tyder på at en kortvarig behandling (5 dager) er like effektiv. Dersom penicillinallergi: erytromycin eller klaritromycin. Ved hyppige infeksjoner og residiv kan man forsøke amoksisillin

- *Smertestillende middel*, f.eks. paracetamol, kan benyttes. Til barn gis en startdose på 40 mg/kg rektalt eller 20 mg/kg peroralt. Deretter 20 mg/kg × 4 inntil 1 uke. Deretter 15 mg/kg × 4
- *Høyt hodeleie* kan redusere smertene noe
- *Paracentese* kan utføres ved særlig uttalt smerte eller mistanke om komplikasjoner
- *Slimhinneavsvellende legemidler* har ingen dokumentert effekt
- Effekten av *ventilasjonsrør* til behandling av residiverende akutte otitter er ikke dokumentert

### Komplikasjoner

Komplikasjonsfrekvensen er meget lav (mastoiditt, meningitt, facialispårese, vertigo). Hørselstap som følge av forandringer i trommehinnen og mellomøret forekommer, og risikoen for dette antas å øke med antall akutte mellomørebetennelser.

### Kontroll og oppfølging

Kontroll etter 6–8 uker.

Vanligvis er pasienten helt helbredet etter seks uker. Nedsatt hørsel etter denne tid kan tyde på sekretorisk otitt eller skade på mellomøreknoklene.

### Legemiddelomtaler og preparater

Amoksisillin

Erytromycin

Fenoksymetylpenicillin

Klaritromycin

Paracetamol

## T11.2.1.3. Kronisk mellomørebetennelse

Revidert: 30.03.2024

### Generelt

Forekommer i to varianter, med og uten kolesteatom, hvorav den første er den alvorligste. Kronisk mellomørebetennelse bør alltid vurderes og behandles av spesialist.

### Symptomer

Sekresjon fra øret og nedsatt hørsel. Smerter og/eller svimmelhet tyder på komplikasjoner og fordrer nøye oppfølging.

### Behandling

- I de fleste tilfeller, både med og uten kolesteatom, er *kirurgisk behandling* indisert for å forhindre komplikasjoner, bringe sekresjon til opphør og bedre hørselen.
- I tilfeller hvor kirurgisk behandling ikke kan gjennomføres, vil *konservativ behandling* med fjerning av puss, detritus og kolesteatom fra øregangen og perforasjonsåpningen være påkrevd. Dette gjøres best ved hjelp av et tynt metallsug under tilstrebet sterile forhold.
- Lokalbehandling med *antibakterielle øredråper* antas å kunne bidra til at sekresjonen opphører. Når legemidler dryppes inn i øregangen hos en pasient med trommehinneperforasjon, vil legemidlet i mange tilfeller nå det indre øret ved diffusjon gjennom det runde eller ovale vindu ev. gjennom en fistel, og skade sanseepitelet. Spesielt farlige er de kjente ototoksiske antibakterielle midler (neomycin o.l.). Disse bør *ikke* brukes.  
Ved purulent sekresjon kan øredråper med kombinasjonen hydrokortison-oksyttetrasyklin-polymyxin være nyttig.

### Profylakse

Tiltak som kan forebygge sekresjon ved kronisk mellomørebetennelse er:

- unngå å få vann i øret
- ikke bruke vattdott i øregangen
- ikke pirke i øregangen
- sanering av infeksjoner i øvre luftveier (NB! bihulebetennelse), munn og svelg

### Komplikasjoner

Akutte symptomer med øresmerter, økende sekresjon, svimmelhet og temperaturstigning tyder på truende komplikasjoner og krever behandling av spesialist. Behandling med bredspektret antibiotikum bør startes med en gang.

### Legemiddelomtaler og preparater

Gentamicin

Hydrokortison-oksyttetrasyklin-polymyxin (L7.5.2)

## T11.2.1.4. Sekretorisk mellomørebetennelse

Revidert: 30.03.2024

### Etiologi

Dysfunksjon av tuba Eustachii står sentralt i patogenesen. Dysfunksjonen kan skyldes betennelsestilstander i øvre luftveier (allergi, infeksjon), adenoide vegetasjoner, maligne svulster, skader ved kirurgiske inngrep i epifarynks, lammelser av ganeseilsmuskulatur og medfødte misdannelser (ganespalte). Ofte finnes ingen sikker årsak.

Sekretorisk otitt forekommer trolig i perioder hos de fleste barn i forbindelse med øvre luftveisinfeksjoner. Sekretorisk otitt kan disponere for akutt mellomørebetennelse.

### Symptomer

Nedsatt hørsel. Oppdages ofte ved rutinekontroll av barn. Bør mistenkes hos barn med forsinket taleutvikling, uoppmerksomhet eller isolasjon.

### Diagnostikk

Diagnosen sikres ved otoskopi og påvisning av nedsatt hørsel og nedsatt bevegelighet av trommehinnen.

### Behandling

Helbredes i de fleste tilfeller spontant. Bare et lite antall barn med sekretorisk otitt er behandlingstrengende, og behandlingen er omdiskutert. Effekten av de mest brukte medisinske behandlingsformer er ikke dokumentert (slimhinneavsvellende legemidler, glukokortikoider, antihistaminer, antibiotika).

Dersom sekretorisk otitt varer mer enn 3 måneder, bør pasienten henvises til øre-nese-hals-spesialist som utfører paracentese, ev. også legger inn ventilasjonsrør i trommehinnen for å sikre utlufting av mellomøret. Røret skal sitte til det faller ut av seg selv, hvilket vanligvis skjer etter 6–24 måneder. Hørselen vil være god så lenge røret er åpent og på plass. Adenotomi er av verdi i tilfeller hvor det er klare symptomer på forstørret epifarynkstonsill. Ved andregangs drenbehandling bør adenotomi vurderes, til tross for sparsomme symptomer på stor epifarynkstonsill.

I perioder med suppurasjon fra røret er behandlingen rengjøring og bruk av øredråper, ev. systemisk antibiotika. Av og til må man fjerne røret for å stoppe sekresjonen.

### Kontroll

Med 4–6 måneders mellomrom. Kan ev. skje hos fastlege. Sekretorisk otitt antas i noen tilfeller å disponere for kronisk mellomørebetennelse med kolesteatom.

## T11.2.1.5. Ørevoks

Revidert: 30.03.2024

### Generelt

Ørevoks (cerumen) er baktericid og tjener til å rense øregangen. Øregangen skal normalt ikke renses for ørevoks. Ved unormalt stor ørevoksproduksjon eller en deformert øregang som hindrer den normale transport til ytre øregangsåpning, kan det dannes en vokspropp (cerumen obturans) som gir nedsatt hørsel, og av og til smerter. I sjeldnere tilfeller kan ørevoks gi hoste som følge av stimulering av sensorisk vagusgren til øregangen.

### Behandling

Ørevoks skylles ut med lunkent vann. Skyllingen er lettest dersom voksproppen først er oppbløtt med olje, Revaxør e.l. (Fås kjøpt på apotek.) Pakningen inneholder øredråper, ballong og bruksanvisning slik at pasienten kan gjennomføre skyllingen selv. Hvis det er sykehistorie som gir mistanke om trommehinneperforasjon, bør voksproppen fjernes av spesialist.

## T11.2.2. Morbus Ménière

Revidert: 30.03.2024

### Generelt

Sykdommen har et uforutsigbart forløp. De fleste pasientene er symptomfrie i lange perioder.

## Etiologi

Mb. Ménière skyldes trolig endolymfatisk hydroks i det indre øre. Mekanismen som fører til dette er ukjent.

## Symptomer

Anfall med hørselstap, øresus og svimmelhet samt dottfølelse i øret av minst 20 minutters varighet.

## Diagnostikk

Audiogrammet viser varierende grad av nevrogen hørselstap for lavere frekvenser. Hørsel og øresus fluktuerer, ofte i takt med sykdomsaktiviteten. Det er viktig å ta MR av cerebellopontine vinkel for å utelukke acusticus neurinom.

## Behandling

- Mange *legemiddel-* og *dietetiske foranstaltninger* har vært forsøkt med usikker effekt (nikotinsyre, karbondioksidinhalasjon, saltfattig kost etc.). Virkningen av anfallskuperende behandling i form av antiemetika er lite studert. Diuretika og [betahistin](#) er de vanligst brukte anfallsforebyggende legemidler, men effekten er utilstrekkelig vitenskapelig dokumentert. Pasienten bør føre anfallslogg. Seponeringsforsøk anbefales etter 3, 6 eller 12 måneder. Før behandling gjenopptas, bør man sammenligne anfallsfrekvens før, under og etter behandling.
- I tilfeller hvor legemiddelbehandling ikke hjelper, og hvor plagene er særlig uttalte, har det vært forsøkt forskjellige *kirurgiske inngrep* (f.eks. ventilasjonsrør i trommehinnen, Meniett trykkinduktor, intratympanisk gentamicin eller glukokortikoid). Åpning av saccus endolymfaticus er et forholdsvis enkelt inngrep som tar sikte på å bedre drenasjeforholdene for endolymfen. Det er stor uenighet om effektiviteten av denne type operasjoner. Andre inngrep tar sikte på å destruere labyrinten eller skjære over deler av nervus vestibularis.

## Legemiddelomtaler og preparater

[Slyngediuretika \(L8.1.3\)](#)

[Tiazider \(L8.1.1\)](#)

## Aktuelle nettressurser

[Nasjonale retningslinjer for utredning, behandling og oppfølging av pasienter med Ménières sykdom](#)

# T11.3. Svelgets sykdommer

Sverre Steinsvåg

## T11.3.1. Faryngitt

### T11.3.1.1. Akutt faryngitt

Revidert: 30.03.2024

## Etiologi

Faryngitt er en samlebetegnelse på sår hals som kan ha flere årsaker. Virus er vanligst, men også bakterier og soppinfeksjon kan gi liknende symptomer. Tilstanden er som regel selvbegrensende.

## Symptomer

Sår hals, mest om morgenen. Sjelden feber eller allmennsymptomer. Oftest samtidige symptomer fra nesene (akutt rhinitt).

## Behandling

Behandling rettes mot årsak. Symptomlindring med paracetamol eller NSAIDs. I utvalgte tilfeller kan antibiotika eller antivirale midler forkorte sykdomsforløpet.

## Legemiddelomtaler og preparater

[Ikke-steroide antiinflammatoriske midler \(NSAID\) \(L17.1.1\)](#)

Paracetamol

## T11.3.1.2. Kronisk faryngitt

Revidert: 30.03.2024

### Etiologi

Ofte sekundært til infeksjon i øvre luftveier, munnhule og svelg (tenner, spyttkjertler, bihuler, tonsiller), eller sjeldnere som følge av generelt nedsatt infeksjonsresistens (NB! lavt serum-jern/-ferritin). Pusting gjennom munnen (snorking) og stadig inhalasjon av irriterende damp og røyk (tobakksrøyk) kan være viktige årsaksfaktorer, men i de fleste tilfeller finnes ingen bestemt årsak.

### Behandling

Først og fremst korriger/behandle mulige årsaker.

## T11.3.2. Tonsillitt

### T11.3.2.1. Akutt tonsillitt

Revidert: 30.03.2024

### Etiologi

Akutt tonsillitt er forårsaket av virus og bakterier. Typiske patogener er Epstein barr virus, streptokokker type A, *H. influenzae*. Andre virus og bakterier påvirker også, *Mycoplasma pneumoniae*, fusobakterier. Dyrkningsprøve fra tonsiller kan avklare agens.

### Diagnostikk

Klinisk undersøkelse er viktigst, hevelse, rubor og belegg over tonsiller er typisk, sammen med hevelse i lymfeknuter på halsen oftest i kjevevinkelen. Ledsagende symptomer er feber og svelgsmerter. Streptest (antigenprøve) ofte avklarende. Klinikk avgjør om andre dyrkningsprøver skal tas før behandling igangsettes. Det er viktig å huske på mulighet for alvorligere forløp med mer invasive streptokokker som kan gi rheumatisk feber og nefritt, men også fusobakterier som kan gi Lemierres syndrom. Pasienten bes ta ny kontakt dersom forverrelse ila få dager.

### Behandling

Kliniske funn og symptomer avgjør behandling.

Lettere symptomer og funn kan symptombehandles med paracetamol og NSAIDs. Pasienten bes ta kontakt med lege dersom symptomer ikke bedres eller forverres ila de første dager.

Ved bakteriell etiologi er fenoksymetylpenicillin (650 mg × 4) førstevalg. Doseres etter vekt hos barn (10 mg/kg kroppsvekt × 4). Behandlingen bør vare i 10 dager både hos barn og voksne. Dyrkningsprøve, også for anaerobe evt blodprøve (monospot) kan avgjøre om annen behandling igangsettes.

### Komplikasjoner

- *Lokale*: Vanligste er peritonsillitt, ev. peritonsillær abscess
- *Generelle* komplikasjoner til infeksjoner med hemolytiske streptokokker (febris rheumatica og glomerulonefritt) er sjeldne, men forekommer. Glomerulonefritt forekommer bare i forbindelse med mer sjeldne streptokokktyper, mens febris rheumatica kan forekomme ved alle typer streptokokker og med beskjedne kliniske symptomer for øvrig. Scarletina forekommer særlig hos barn og gir økt risiko for glomerulonefritt. Toksisk streptokokk sjokksyndrom og nekrotiserende fasciitt forekommer også (se Nekrotiserende fasciitt (T1.16.2)).

### Kontroll og oppfølging

Det er vanligvis ikke nødvendig med kontroll, infeksjonen oftest begrenset. Skarlagensfeber der streptokokkinfeksjon gir eksantem er det anbefalt å sjekke urin for proteinuri og kontrollere blodtrykk.

### Legemiddelomtaler og preparater

Acetylsalisylsyre

Fenoksymetylpenicillin

Paracetamol

### T11.3.2.2. Kronisk tonsillitt

Revidert: 30.03.2024

#### Etiologi

Gjentatte infeksjoner/ betennelse defineres som kronisk tonsillitt. Årsaker er ulike, men genetisk predileksjon er hyppig.

#### Symptomer

Gjentatte episoder med akutt tonsillitt, evnt mandelsteiner, dårlig ånde, klumpfølelse, periodevise svelgsmerter. Symptomene ofte sykliske med ulike mellomrom og perioder gjennom oppvekst og voksenliv.

#### Behandling

Medikamentell behandling har forbigående virkning, men kan forsøkes, både fenoksymetylpenicillin (660mg-1,3 g x 4 daglig) og klindamycin (150 mg x 4 daglig) i 10 dager har ofte virkning, oftest kortvarig. Tonsillektomi har best og mer varig virkning, vurderes hos spesialist.

#### Legemiddelomtaler og preparater

Fenoksymetylpenicillin

Klindamycin

## T11.4. Tenner, munnsykdommer og -plager

### Generelt

En rekke sykdommer kan gi forandringer i både hud og munnslimhinne. Se *Sykdommer som affiserer hud og munnslimhinne* Tidsskr Nor Lægeforen 2006; 126: 1214-7 PMID: [16670744](#).

### T11.4.1. Karies og periodontitt

Publisert: 13.02.2017

#### Generelt

*Dentalt plakk.* Det bløte, gulhvite tannbelegget består av mikroorganismer i en klebrig polysakkaridmasse. Det danner produkter som kan demineralisere tannsubstans (karies), føre til inflammasjon og destruere tannfestet (gingivitt/periodontitt). Plakkets patogenesitet øker ved hyppig sukertilførsel og nedsatt spyttsekresjon.

#### Profylakse

- *Gingivitt-/periodontittprofylakse* satser primært på å hindre/fjerne plakkdannelse ved grundig og regelmessig mekanisk tannrenhold
- *Kariesprofylakse:*
  - Styrke reparasjons- og forsvarsmekanismer med fluorid. Regelmessig tannrenhold
  - Begrense hyppigheten av sukkerinntak

#### Legemiddelomtaler og preparater

Fluorid (L11.2.1.1)

### T11.4.2. Tannfrembrudd

Publisert: 13.02.2017

#### Generelt

Det er normalt at barn klør i gommene ved tannfrembrudd. Oppfatningen om tannfrembrudd som en generell årsak til feber, diaré og irritabilitet m.m. bekreftes ikke av de fleste studier, selv om søvn og matinntaksvaner kan være endret. Besværet ved selve tannfrembruddet er vanligvis av lokal, ufarlig og temporær karakter, men tannfrembrudd i seg selv kan påvirke immunsystemet og gjøre at sykdomssymptomer av annen årsak kan sammenfalle med tannfrembruddet; 20 melketenner bryter frem i løpet av ca. 18 måneder.



## Behandling

Ved lokal infeksjon kan det pensles eller skylles med klorheksidinoppløsning 0,1–0,2 %. Kortvarig smertelindring kan oppnås ved å smøre på små mengder av et lokalanestaserende preparat, f.eks. benzokain oppløsning (Dentinox) eller lidokain salve eller gel (Xylocain). Påføres tørr slimhinne. Lidokain salve varer noe lenger enn gel, men begge bør maksimalt påføres 4 ganger i døgnet og i meget små mengder.

Dersom en har brukt lokalanestaserende preparat og barnet får symptomer som blekhet, grå- eller blåfarget hud, lepper eller negler, kortpustethet, tretthet, forvirring, hodepine, svimmelhet og rask hjerterytme, bør lege kontaktes. Bitering eller andre objekter som ikke er skarpe og ikke kan svelges, kan være en måte å avhjelpe barns behov for å stimulere gommene.

## Legemiddelomtaler og preparater

Benzokain (L22.1.1.9)

Klorheksidin (L1.9.2.5)

Lidokain (L22.1.1.3)

## T11.4.3. Munntørrhet

Publisert: 13.02.2017

### Generelt

Spyttet er av avgjørende betydning for oral helse og velvære, bufrer plakkproduserte syrer, remineraliserer begynnende kariesangrep, virker antimikrobielt og inneholder proteiner som normalt danner et tynt beskyttende mucinlag på tenner og munnslimhinne. Kolinerg stimulering gir voluminøs vandig spyttsekresjon, mens adrenerge reseptorer særlig regulerer spytt sammensetningen.

### Etiologi

Kan skyldes organiske spyttkjertelforandringer (aldersatrofi, bindevevssykdommer (Sjögren), strålingsatrofi, m.m.), være psykisk betinget, men vanligste årsak er legemidler (antihypertensiva, diuretika, antihistaminer, midler mot astma, rhinologika, psykofarmaka, antikolinergika/spasmolytika, midler mot parkinsonisme, opioider, cytostatika m.fl.). Det er store individuelle variasjoner.

### Symptomer

Munntørrhet kan gi stort ubehag, dårlig ånde, tygge-, svelge- og talebesvær. Det kan være stort subjektivt ubehag selv ved normalt spyttsekresjonsvolum.

### Behandling

Hyppig væskeinntak, intensivert munnhygiene og kariesprofylakse, unngå hyppig sukkerinntak, ev. bruke sukkerfri tyggegummi, pastiller, saft etc. Munnhulen kan fuktes med spytterstatningsmidler (f.eks, Saliva Orthana, Artisal), men vann gir ofte like bra effekt. Suge-/tyggetabletter med fluordoser à 0,25 mg kan motvirke munntørrhet og karies. Ev. oppsøk tannlege for optimalisering av orale forhold og kariesprofylaksen.

Pilokarpin kan øke spyttsekresjon ved munntørrhet etter strålebehandling av kreft. Forsøksvis mot munntørrhet ved f.eks. Sjögren syndrom og i terminal pleie. Forutsetter fungerende kjertellev. Vanligvis tolerable bivirkninger (særlig svetting). *Dosering:* 5–10 mg × 2–3. Kan fås som tablett 5 mg (Salagen) etter søknad om godkjenning fritak. Alternativt kan pilokarpin øyedråper gis peroralt.

### Profylakse

Unngå tannkrem med detergenter (f.eks. natriumlaurylsulfat) som kan interferere med det beskyttende mucinlaget på slimhinnen. Dette kan bedre munntørrhet, afte og andre munnslimhinnelidelser. Fluortannkrem uten laurylsulfat eller andre sterke detergenter (f.eks. Zendium, Denivit tannpuss, Si-Ko) bør anbefales.

## Legemiddelomtaler og preparater

Midler mot munntørrhet (L11.2.2)

Pilokarpin (L11.2.1.2) (tablett)

Pilokarpin (L7.3.2.2) (øyedråper)

## T11.4.4. Halitosis

Publisert: 13.02.2017

### Generelt

En viss ubehagelig ånde er vanlig også hos friske mennesker, særlig etter søvn. Overdrevne forestillinger om egen sjenende ånde kan være uttrykk for en vrangforestilling. Normal daglig mekanisk munnhygiene er tilstrekkelig profylakse mot halitosis (dårlig ånde). Frykt for halitosis utnyttes i ekstrem grad kommersielt. En bør ikke benytte noen munnskyllemidler regelmessig av frykt for halitosis. Dersom halitosis er uttalt og et vedvarende problem, bør tannlege eller lege oppsøkes for nærmere undersøkelse.

### Etiologi

Halitosis kan skyldes systemiske lidelser som nyreinsuffisiens, levercirrhose (dimetylsulfid) og diabetes (aceton), gastroøsofageal refluks eller pulmonal utskillelse av flyktige stoffer (f.eks. etter inntak av hvitløk eller alkohol). Enkelte får illeluktende ånde av fettrik kost eller søtsur ånde pga. meieriprodukter. Men ofte stammer halitosis fra lokale forhold i munnhulen som f.eks. karies. Halitosis kan ofte være sekundærplage ved munntørrethet. Ved forråttelse dannes illeluktende forbindelser av bakterier i tannkjøttlommer (periodontitt) eller i belegg på tungen, sjeldnere kommer slik lukt fra nasofarynx (maligne infiserte neoplasmer er differensialdiagnostisk viktig).

### Behandling

Optimal mekanisk tann- og munnrenhold, inklusive pussing/skraping av tungen for å fjerne belegg. Ev. tidsbegrenset bruk av klorheksidinholdige eller andre orale antiseptika.

Zinkoral (handelsvare) virker ved at sink binder svovel som er vesentlig i utviklingen av vond lukt. Enkeltrapporter angir at midlet hjelper. Dosering: Inntil 3 sugetabletter daglig.

Det finnes også tilgjengelig munnskyllevæsker basert på kombinasjonen av klorheksidinglukonatløsninger og sink som demper halitosis. Det er viktig å gjøre oppmerksom på at munnskyllemidler ikke erstatter mekanisk tannrenhold.

### Legemiddelomtaler og preparater

[Klorheksidin \(L1.9.2.5\)](#)

## T11.4.5. Afte

Publisert: 13.02.2017

### Generelt

Den vanligste intraorale ulcerasjon er rekurrent aftøs stomatitt (anslagsvis 15–20 % av befolkningen).

### Symptomer

Initialt hyperestesi, deretter smertefulle ulcerasjoner med erytematøs halo som tilheler etter 1–6 uker. Lesjonene har variert morfologi (små, store, solitære, multiple).

### Etiologi

Sannsynligvis multifaktoriell etiologi, muligens immunologisk komponent med mikrobielt (streptokokkantigen)/autoimmunt (slimhinneantigen) samspill. Det er også foreslått sammenheng med reaktivering av latent virusinfeksjon (varicella-zoster/cytomegalovirus). Lesjonene er også assosiert med inflammatoriske tarmlidelser (Crohns sykdom, ulcerøs kolitt), glutenintoleranse (cøliaki), nøytrofil dysfunksjon og reduserte verdier av jern, B12 og folsyre.

### Behandling

- Forsøk seponering av tannkrem med detergenter, se [Munntørrethet](#)
- Munnskylling med 0,1 % (1 mg/ml) klorheksidinglukonatholdige munnskyllevæsker
- Lokalbehandling med glukokortikoid gir smertelindring, men hindrer ikke nye utbrudd av afte. Salve med ekstra sterkt glukokortikoid (gruppe IV) hjelper noen som ikke får hjelp av de svakere. Salve/krem/gel kan brukes, men salver kleber best
- Munnskyllinger med oppløst tetrasyklin. Tetrasyklin kapsler (250 mg) brytes og innholdet røres ut til mest mulig oppløsning i ca. 15–20 ml vann. Oppløsningen fordeles i munnhulen i inntil 2 minutter og spyttes ut. Gjentas 4 x daglig i 4 dager eller hvis bedring kommer før. Skyll munnen med vann etter hver tetrasyklinskylling pga. mulig syreeffekt på tannemaljen
- Ved plagsomme ulcerasjoner kan systemiske glukokortikoider være indisert

- Ved hardnakkede tilfeller med svære plager kan immunsuppressive midler, f.eks. azatioprin (50 mg × 2), forsøkes en kort periode
- Longo Vital, et urtebasert preparat med vitaminer og mineraler, reduserte residivfrekvensen i et kontrollert klinisk forsøk

## Legemiddelomtaler og preparater

Azatioprin

Glukokortikoider til bruk på hud og munnslimhinne (L16.3)

Klorheksidin

Tetrasyklin

Triamcinolon

## T11.4.6. Lichen planus

Publisert: 13.02.2017

### Etiologi

Mukokutan sykdom med ukjent etiologi.

### Symptomer

Oftest forekommer oral lichen planus uten kutane manifestasjoner (0,5–2 % av befolkningen). Karakteristisk morfologi, retikulære eller annulære hvite striper, sjelden ulcerasjoner og vesikler. Atrofiske lesjoner er såre, og ved erosjoner kan det være så smertefullt at det interfererer med spising og munnenhold.

### Diagnostikk

Ved usikker klinisk diagnostikk er biopsi med immunhistokjemisk metodikk indisert for å utelukke malignitet.

### Behandling

De fleste pasienter med beskjedne hyperkeratotiske lichen-forandringer i munnen er asymptotiske og trenger ingen behandling.

- Ved plager kan lokal behandling med glukokortikoid krem/salve forsøkes
- Unntaksvis kan systemiske glukokortikoider være indisert
- Det er også rapportert god effekt av PUVA-behandling, munnskylling med ciklosporin mikstur og systemiske retinoider (spesialistbehandling)

## Legemiddelomtaler og preparater

Ciklosporin

Glukokortikoider til bruk på hud og munnslimhinne (L16.3)

Glukokortikoider for systemisk effekt og lokal injeksjon (L3.7.1)

PUVA-behandling (L16.2.4)

Retinoider (L16.2.3)

## T11.4.7. Akutt nekrotiserende gingivitt

Publisert: 13.02.2017

### Symptomer

Smertefulle blødende ulcera som starter på tannkjøttpapillene og sprer seg langs tannkjøttrandene, råttne stinkende ånde. Pasienten bør henvises til tannlege for undersøkelse og behandling.

### Behandling

- Om nødvendig fenoksymetylpenicillin (voksne: 1,3 g × 3 i 7 døgner), metronidazol (0,2 g × 3 i 7 døgner)
- Supplement/alternativ: Skyllinger med klorheksidylglukonat 0,1 % (1 mg/ml) munnskylllevæske
- Grundig mekanisk tannrengjøring når det akutte stadium er over

## Legemiddelomtaler og preparater

Fenoksymetylpenicillin

Klorheksidin

Metronidazol

## T11.4.8. Refraktær periodontitt

Publisert: 13.02.2017

### Generelt

I Norge har en stor del av befolkningen behandlingskrevende periodontitt. Røyking er en alvorlig disponerende faktor for periodontitt.

### Etiologi

Vanligvis dominerer anaerobe gramnegative staver.

### Symptomer

Refraktær periodontitt karakteriseres av at nedbrytningen av tannfestet fortsetter til tross for gjentatt profesjonell konvensjonell mekanisk behandling og god egeninnsats/tannrengjøring.

### Behandling

- 1) Ved periodontitt er det primære behandlingsalternativet *mekanisk rengjøring* av rotoverflatene (tannlege/tannpleier), kombinert med adekvat daglig munnhygiene og regelmessige kontroller. Opplegget er teknisk og motivasjonsmessig krevende, men gir vellykket resultat hos 90–95 % av pasientene.
- 2) *Antimikrobielle midler* er sterkt omdiskutert, men kan være indisert som adjuvant terapi ved refraktær periodontitt. Indikasjonsstillingen bør være restriktiv, og behandlingen bør fortrinnsvis iverksettes i samråd med spesialist i periodonti. Måltrett antibiotikaterapi bør baseres på mikrobiologisk diagnostikk og resistensbestemmelse.
  - Anbefalte antibakterielle regimer med dokumentert effekt mot refraktær periodontitt er stort sett bredspektrede (f.eks. 250 mg metronidazol x 3 og 250–500 mg amoksisillin x 2–3 i en uke). Andre antibiotikatyper kan være indisert basert på mikrobiologisk diagnostikk.
  - Et alternativ kan være lokal applikasjon i periodontallommer av metronidazol dentalgel eller klorheksidin dentalinnlegg.

## Legemiddelomtaler og preparater

Amoksisillin

Klorheksidin

Metronidazol

## T11.4.9. Gingival hyperplasi utløst av legemidler

Publisert: 13.02.2017

### Generelt

Variierende og omdiskuterte insidenser angis: Fenytoin (20–50 %), ciklosporin (10–30 %) og kalsiumantagonister (0,5–50 %). Dentalt plakk disponerer for denne bivirkningen.

### Symptomer

Starter ofte med nodulær forstørrelse av tannkjøttpapillene mellom fortennene. I ekstremtilfeller kan hyperplasi vokse over tennene og interferere med tygge- og talefunksjonen. Kan manifestere seg fra 1–2 måneder til opptil flere år etter behandlingsstart.

### Behandling

God munnhygiene som hindrer plakkdannelse kan begrense utvikling av gingival hyperplasi. Fjernes hyperplasiene ved gingivektomi, må det regnes med residiv ved fortsatt legemiddelbehandling. Ved seponering av kalsiumantagonister reduseres vanligvis de gingivale hyperplasiene markert eller forsvinner i løpet av et par måneder.

## T11.4.10. Orale virusinfeksjoner

### Generelt

Kjennetegnes ved multiple vesikler som brister tidlig og gir smertefulle ulcerasjoner.

### T11.4.10.1. Primær herpetisk gingivostomatitt

Publisert: 13.02.2017

#### Etiologi

Opptrer hyppigst i aldersgruppen 1/2–5 år, skyldes infeksjon med herpes simplex-virus 1 (HSV-1). Primær orofaryngeal HSV-1-infeksjon kan også forekomme hos voksne, men da oftest som herpetisk faryngotonsillitt. Vanlig er også infeksjoner med Coxsackie A-virus.

#### Symptomer

Initialt vesikler, senere ulcerasjoner. Ofte feber og påvirket allmenntilstand (3–14 døgn), samt cervikal lymfadenopati i alvorlige tilfeller.

#### Behandling

- Skylling eller pensling med *klorheksidinglukonat oppløsning 1 mg/ml* (0,1 %) mot plakkdannelse og sekundærinfeksjoner
- Om nødvendig analgetikum f.eks. paracetamol ev. lokalanestesioppløsning f.eks. benzokain (Dentinox)

Viktig at barn opprettholder væske-/elektrolyttbalansen (f.eks. ved å drikke en blanding av Farris og eplemost)

#### Legemiddelomtaler og preparater

Benzokain

Klorheksidin

Paracetamol

### T11.4.10.2. Herpes labialis

Publisert: 13.02.2017

#### Generelt

Leppesår er den vanligste manifestasjon av residiverende HSV-1-infeksjon. Kan også skyldes HSV-2, men har da ofte mildere forløp. De fleste har moderate plager, men enkelte har hyppig residiverende og plagsomme ulcerasjoner.

#### Symptomer

Initialt parestesier, erytem og dannelse av vesikler som brister med skorpedannelse.

#### Behandling

De fleste trenger ikke behandling.

- Lokal applikasjon av penciklovir/aciklovir krem gir noe raskere tilheling og smertefrihet. Bør pga. risiko for resistensutvikling forbeholdes pasienter med normalt immunforsvar
- Påsmøring av sinksalve/-pasta (f.eks. Lassars pasta) kan også gi mildere og kortere forløp
- Pasienter med nedsatt immunforsvar vil kunne ha hyppigere og mer plagsomme residiv. Hos noen slike pasienter kan systemisk behandling vurderes.

#### Legemiddelomtaler og preparater

Aciklovir

Penciklovir

Sinkoksidpreparater (L16.5.1.2)

## T11.4.11. Orale soppinfeksjoner

### Generelt

Vanligst forårsaket av *Candida albicans* som finnes i munnhulen hos nær 50 % av friske individer. Opportunistisk patogen. Candidose oppstår ved systemiske eller lokale predisponerende faktorer (f.eks. nedsatt immunforsvar, munntørrehet, dårlig proteserenhold og langtidsbruk av inhalasjonsglukokortikoider).

### T11.4.11.1. Pseudomembranøs candidose

Publisert: 13.02.2017

### Trøske

#### Etiologi

Forekommer hos nyfødte, ved svekket allmenntilstand, ved immundefekter (HIV/AIDS), ved behandling med antibakterielle midler, langtidsbruk av inhalasjonsglukokortikoider, cytostatika, m.m.

#### Symptomer

Hvite plakk som kan skrapes bort og etterlater sår, rød slimhinne. Utbredelse fra små isolerte flekker til store konfluerende plakk. Ofte også angulær keilose (munnvinkelsår som ikke gror).

#### Behandling

Fortrinnsvis mot predisponerende faktorer, men spesifikk behandling iverksettes dersom dette ikke hjelper. Lokal behandling med antimykotika bør svelges etter god eksponering av alle affiserte slimhinner i munnen, for å motvirke ev. reinfeksjon fra svelg og spiserør.

- Nystatin mikstur 1 ml × 4 (holdes i munnen så lenge som mulig før det svelges). Iverksatt behandling bør kontrolleres etter 1–2 uker. Normal behandlingstid 4–6 uker. Behandlingen bør vare i minst en uke etter klinisk symptomfrihet.
- Ved alvorlige candidoser, og/eller der det er dårlig compliance (f.eks. hos eldre, og i palliativ medisin) anbefales systemisk bruk av flukonazol eller itraconazol. (Se også [Munntørrehet og andre plager i munn og svelg \(T21.1.2.4\)](#))

#### Legemiddelomtaler og preparater

Flukonazol

Itraconazol

Nystatin

### T11.4.11.2. Diffus/granulær soppstomatitt

Publisert: 13.02.2017

#### Generelt

Er vanligst hos protesebærere (ofte også angulær keilit). Kan skyldes dårlig proteserenhold. Gir moderat eller lite besvær hos de fleste.

#### Behandling

- *Candida-assosiert protesestomatitt*. Protesen må rengjøres fullstendig. Protesen kan legges i klorheksidinløsning 0,2–0,1 % over natten. Misfarging kan forekomme.
- *Kronisk oral candidose* kan behandles med nystatin mikstur 1 ml x 4 (holdes i munnen så lenge som mulig før det svelges) i 4–6 uker. Iverksatt behandling bør vare i minst en uke etter klinisk symptomfrihet. Bruk av flukonazol eller itraconazol vurderes ved alvorlige infeksjoner som ikke svarer på lokal behandling med mikstur. Sekundær oral candidose ved *mukokutan candidose* er spesialistbehandling.

#### Legemiddelomtaler og preparater

Flukonazol

Itraconazol

Nystatin

### T11.4.11.3. Munnvinkelsår (cheilose, rhagader)

Publisert: 13.02.2017

#### Generelt

Sees oftest hos eldre mennesker. Predisponerende faktorer kan være mangeltilstander, helproteser og muligvis lavt bitt. Munnvinkelsår inneholder sopp og henger ofte sammen med oral soppinfeksjon, men også bakterier (f.eks. stafylokokker) kan bidra til å opprettholde tilstanden.

#### Behandling

Fjerning av predisponerende faktorer er viktig for tilheling. Vannavstøtende salve for å hindre reinfeksjon av sår via spytt kan forsøkes. Ved manglende respons på vannavstøtende salve kan mikonazol krem påsmøres i begrensede mengder 3 x daglig til sårene er helet. Ved forekomst av stafylokokker bør antimykotika suppleres med fusidin salve. Sår som ikke gror selv ved langvarig behandling bør undersøkes av tannlege eller lege.

#### Legemiddelomtaler og preparater

Fusidin

Mikonazol

### T11.4.12. Tann- og munnstell hos syke

Publisert: 13.02.2017

#### Generelt

Dårlig munnhygiene disponerer for såre og sprukne lepper, munntørrehet, plakkdannelse og øker risikoen for utvikling og spredning av orale infeksjoner. Jo sykere pasienten er, dess viktigere er god munnhygiene.

#### Profylakse

Grundig renhold med tannbørste etc. Unngå stadig inntak av sukker, f.eks. i saft. Munnstell utføres 2–3 ganger daglig eller etter behov. Hos alvorlig syke og svekkede pasienter kan det være hensiktsmessig å applisere 0,1–0,2 % (1–2 mg/ml) klorheksidinglukonat (tupfer, vattpinne eller skylling) ved 2–3 av døgnetts stell. Ved områder med særlige behov for plaktkontroll kan klorheksidin gel vurderes. Ved de øvrige stell er mekanisk renhold og skylling med vann tilstrekkelig. Slimhinne-/leppeuttørring kan motvirkes ved pensling med 75 % glyserol i vann, bruk av spyttstatningsmiddel, ev. leppepomade.

Tidsbegrenset bruk av klorheksidin kan også være aktuelt ved mindre alvorlige sykdommer når vanlig munnhygiene er vanskelig, f.eks. ved infeksjonssykdommer med oppkast hos barn.

#### Legemiddelomtaler og preparater

Klorheksidin (L1.9.2.5)

### T11.4.13. Munnhuleantiseptika ved kirurgi og intensivmedisin

Publisert: 13.02.2017

#### Oralkirurgi

- Munnskylling med klorheksidinglukonatløsning 2 mg/ml (0,2 %) gir kraftig og langvarig reduksjon av antall bakterier og sopp i munnhulen og reduserer overgang til blodbanen. Anbefales også postoperativt til ev. suturer fjernes etter oralkirurgiske inngrep
- Profylaktisk bruk av antibakterielle midler anbefales bare for infeksjonsutsatte grupper, se endokardittprofylakse Bakteriell endokarditt (T1.14).

#### Hjerte-, lungekirurgi/intensivmedisin

Munnskylling eller munnspray med klorheksidinglukonatløsning 1 mg/ml (0,1 %) er en enkel og billig metode som er vist å kunne redusere hyppigheten av nosokomiale luftveisinfeksjoner, mortalitet og behovet for ikke-profylaktisk behandling med antibakterielle midler ved hjertekirurgi. Enkelte kilder angir redusert infeksjonshyppighet og mortalitet i andre intensivmedisinske situasjoner, f.eks. ved respiratorbehandling, ved bruk av klorheksidinløsninger opp til 20 mg/ml (2 %).

## Legemiddelomtaler og preparater

Klorheksidin (L1.9.2.5)

# T11.4.14. Tannbehandlingsangst

Publisert: 13.02.2017

### Generelt

80 % av befolkningen gruer seg for tannbehandling, 20 % lider av tannbehandlingsangst og 5 % er så engstelige at de ikke tør oppsøke tannlege eller vegrer seg i det lengste.

### Etiologi

Kompleks og varierende: Egne negative erfaringer hos tannlege, kulturelt betingede negative oppfatninger av tannleger/tannbehandling, lav smerteterskel, arv, munnhulen, personlig intim sfære m.m. Ofte enkel fobi. Kan være del av generell angstlidelse eller annen psykopatologi.

### Behandling

Den psykologiske tilnærming er alltid viktig, skape et tillitsforhold slik at pasienten føler å ha kontroll over behandlingssituasjonen. For de fleste er psykologiske tilvenningsteknikker tilstrekkelige, men for et betydelig antall pasienter er det berettiget eller nødvendig å supplere med legemidler. Noen få kan kun tannbehandles under generell anestesi. Om mulig bør farmakologiske metoder med våken sedasjon foretrekkes. De to mest aktuelle alternativer er benzodiazepiner og lystgass. Våken sedasjon innebærer at pasienten er i stand til å reagere og svare på tiltale. Metoden forutsetter god smertekontroll.

- **Lystgassedasjon** (dinitrogenoksid (N<sub>2</sub>O) + minst 40 % oksygen (O<sub>2</sub>)). Velprøvet metode ved tannbehandling. Gir sedasjon, bløtvevsanalgesi og amnesi. Lokalanestesi må gis i tillegg. Forutsetter at pasienten aksepterer nesemaske og kan puste gjennom nesen med åpen munn. Mer enn 450 norske tannleger er autorisert for bruk av lystgass. (Se også [Dinitrogenoksid \(L22.2.1.1\)](#))
- **Benzodiazepiner**. Akutt situasjonsangst som ved tannbehandling, krever relativt høy dosering. Alternative sedasjonsmidler er diazepam, oksazepam, flunitrazepam og midazolam. Midazolam kan være fordelaktig ved at det har en kortere biologisk halveringstid enn de andre nevnte midlene. Det kan være hensiktsmessig først å teste hvordan den foreslåtte «standarddose» virker på den aktuelle pasient, og ev. justere dosen som gis før tannbehandling. Rekvirer til bruk i praksis og utlever før hver tannbehandling kun den aktuelle dosering.
  - *Flunitrazepam*: Voksne: 1 mg (eldre/gamle 0,5 mg) 30–45 minutter før tannbehandling. Kan forskrives ved søknad om godkjenningsfritak, se [Forskrivning av legemidler på godkjenningsfritak \(G20\)](#).
  - *Oksazepam*: Voksne: 15–30 mg minst en time før tannbehandling. Danner ikke aktive metabolitter og kan i lavere dosering være velegnet for eldre/gamle
  - *Midazolam*. Behandlingsuvillige barn:
    - a) Peroralt: 0,5 mg midazolam/kg kroppsvekt med 12,5 mg som maksimaldose også for barn over 25 kg. Appliseres bak i barnets munn med en 5 ml sprøyte (uten kanyle). Apotekfremstilt mikstur (2 mg/ml) av injeksjonsvæsken kan benyttes. Midazolam mikstur (Versed sirup) markedsføres i USA, godkjent for peroral sedering av barn (< 15 år) på sykehus eller på lege/tannlegekontor med adekvat utstyr og kompetanse. Kan fås etter søknad om godkjenningsfritak, se [Forskrivning av legemidler på godkjenningsfritak \(G20\)](#)
    - b) Rektalt: Er aktuelt for noen. Injeksjonsvæsken kan benyttes. 0,3 mg/kg kroppsvekt med 11,5 mg som maksimal dose

### Komplikasjoner, forsiktighetsregler

- Forsiktighet (særlig små barn) ved koadministrasjon av preparater med depressiv effekt på CNS. (f.eks. peroral sedasjon, overflateanestesi med benzokain og injeksjon av lokalanestetikum)
- Premedisinerte voksne må informeres om forsiktighetsregler som ikke å kjøre bil etc.
- NB! Barn må holdes under oppsyn noen timer etterpå, slik at de ikke skader seg ved f.eks. å falle

Gis benzodiazepiner i oppløst form som f.eks. nesedråper eller rektalt, er det økt risiko for at rask absorpsjon kan gi kraftige utilsiktede effekter. Ved slik sedasjon bør pasientens respirasjons- og hjertefunksjon overvåkes med pulsoksimeter og rutiner som bruk av oksygen for overtrykksventilasjon være innarbeidet.



## Sprøyteskrekk

Pasienter med sterk angst for injeksjon av lokalanestesi kan få god hjelp ved at det holdes en bomullspinne med en *liten* mengde overflateanestetikum (f.eks. benzokain eller lidokain gel) mot munnslimhinnen på injeksjonsstedet som er tørket av for saliva en stund før injeksjonen. (Topicale, gel med 18 % benzokain, kan fås etter søknad om godkjenningfritak, se [Forskrivning av legemidler på godkjenningfritak \(G20\)](#))

## Legemiddelomtaler og preparater

### Benzodiazepiner (L5.1.1)

Benzokain

Diazepam

Dinitrogenoksid

Flunitrazepam

Lidokain

Midazolam

# T11.5. Spyttkjertelsykdommer

Sverre Steinsvåg

## T11.5.1. Spyttkjertelbetennelser

### T11.5.1.1. Akutt suppurativ parotitt

Revidert: 30.03.2024

#### Generelt

Forekommer oftest hos pasienter med nedsatt allmenntilstand, negativ væskebalanse og dårlig munnhygiene.

#### Etiologi

Som regel retrograd infeksjon fra munnhulen i forbindelse med nedsatt spyttsekresjon eller spyttretensjon. Oftest gule stafylokokker.

#### Symptomer

Ømfintlig hevelse i den ene eller begge kjertler. Puss kan presses ut fra utførselsgangen. Pasienten har som regel høy feber.

#### Behandling

Antibakterielle midler med virkning på gule stafylokokker, f.eks. dikloksacillin eller kloksacillin. Ved kjent penicillinallergi kan klindamycin brukes. Det er viktig samtidig å sørge for normal væskebalanse og god munnhygiene.

## Legemiddelomtaler og preparater

Klindamycin

Kloksacillin, dikloksacillin, flukloksacillin

### T11.5.1.2. Kronisk residiverende parotitt

Revidert: 30.03.2024

#### Etiologi

Ukjent. Forekommer hos barn; mulig medfødte misdannelser i de små utførselsgangene.

## Symptomer

Residiverende smertefull hevelse i glandula parotis med moderat feber. Tyntflytende purulent sekret kan presses fra utførselsgangen. Symptomene er ensidige, men røntgenologisk kan det som regel påvises sykdomstegn i begge kjertler. Spontan bedring er vanlig i ungdomsalder.

## Behandling

Bredspektrede antibakterielle midler (f.eks. doksyklin) kan forsøkes ved akutte episoder. I tilfeller med store plager kan det være nødvendig med parotidektomi.

## Legemiddelomtaler og preparater

Doksyklin

## T11.5.1.3. Akutt og kronisk suppurativ betennelse i glandula submandibularis. Sialolitiasis.

Revidert: 30.03.2024

### Etiologi

Betennelse, utfelling av salter og steindannelse henger nært sammen. Utførselsgangens anatomi og komponentene i spyttet disponerer for steindannelse. Hevelse og smerter utøses typisk ved måltider. Over tid vil tilstanden kan kronisk med forandringer også i kjertelvevet.

### Symptomer

Retrograd infeksjon vil kunne gi akutte symptomer med sterk ømfintlig hevelse av kjertelen, rubor i huden, puss fra utførselsgangen og høy feber. Slike akutte episoder vil holde ved like de kroniske betennelsesforandringene i kjertelen.

### Behandling

- Ved akutt sialoadenitt: Antibakterielle midler med virkning både på gramnegative og grampositive bakterier, f.eks. doksyklin
- I mer fredelig fase kan steiner som ligger perifert i utførselsgangen fjernes via snitt i munnslimhinnen. Sialoskopi med uthenting av stener kan også benyttes, utføres i lokalbedøvelse ved flere sentra.
- Hvis steinene ligger sentralt i utførselsgangen eller tilstanden har vart så lenge at det er kommet betydelige forandringer i kjertelen, må hele kjertelen fjernes

### Andre betennelsestilstander i spyttkjertelen

Se [Spyttkjertelbetennelser](#)

## Legemiddelomtaler og preparater

Doksyklin

## T11.6. Obstruktivt søvnapné syndrom – snorking

Revidert: 30.03.2024

Sverre Steinsvåg

### Generelt

Omtrent halvparten av befolkningen snorker i mer eller mindre grad. Det er derfor tvilsomt om snorking kan betraktes som sykdom. Snorking er hos enkelte kombinert med respirasjonsstans, særlig i forbindelse med REM-søvn (rapid eye movement), gispning etter luft under søvn, avbrutt søvn med gjentatte oppvåkninger, slitenhet om morgenen, økt tretthet på dagtid og redusert konsentrasjonsevne. Dette tyder på forekomst av obstruktiv søvnapné syndrom. Diagnosen bekreftes dersom søvnregistrering viser 5 eller flere episoder med apné (pustestopp av mer enn 10 sekunders varighet hos voksne, 3 sekunder hos barn) eller hypopné per time under søvn. Tilstanden er assosiert med kols, hypertensjon, nedsatt glukosetoleranse og ev. metabolsk syndrom. Kardiopulmonal status bør utredes.

### Årsaker

Overvekt, hypertrofi av ganemandler (særlig hos barn), anatomiske forhold i kjeve og svelg. Bruk av alkohol, sovemedisiner og psykofarmaka kan forverre symptomene.

## Behandling

- *Barn*: Adenotomi, ev. adenotonsillektomi/ tonsillotomi.
- *Voksne*: Behandlingen må rettes mot årsaken. Primært undersøkes pasienten i søvnlaboratorium med kartlegging av antall episoder med respirasjonsstans, oksygenmetning i blodet etc. Sammenhengen mellom nesetetthet og søvnsykdom er usikker, men å åpne trange passasjeforhold i nesene, enten med legemidler eller kirurgisk kan ha noe for seg. Vektreduksjon er viktig hos overvektige. Bittskinner, som ved å skyve tungen nedover og fremover åpner forholdene i svelget, vil kunne ha god effekt. Det samme vil såkalt neseplaster. Ved utilfredsstillende effekt av ovennevnte vil overtrykksventilasjon (CPAP – continuous positive airway pressure) være aktuelt.

## T11.7. Figurer

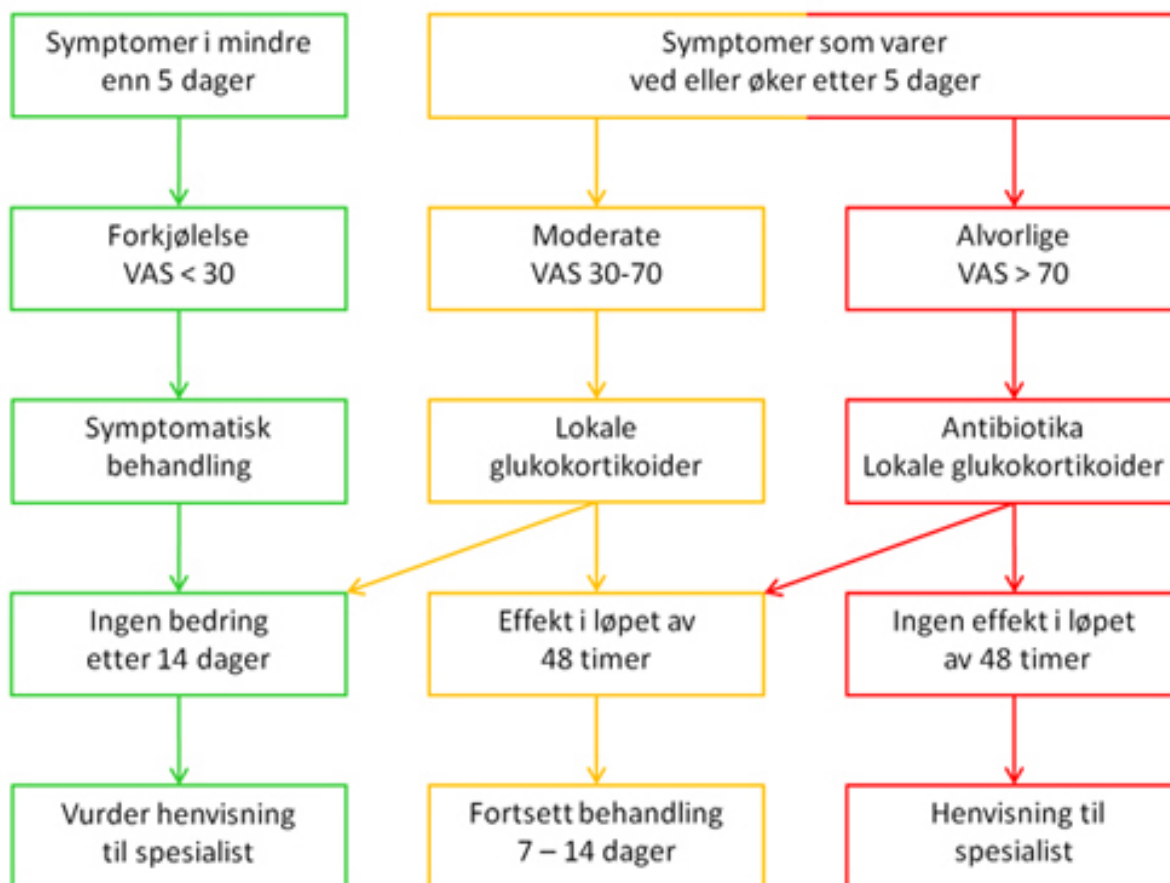


Fig. 1: Behandlingsalgoritme, akutt rhinosinusitt

## T11.8. Kilder

### Kilder

Fokkens WJ, Lund VJ, Hopkins C, Hellings PW, Kern R, Reltsma S, et al. [European Position Paper on Rhinosinusitis and Nasal Polyps 2020](#) *Rhinology*. 2020 Feb 20;58(Suppl S29):1-464.

Guldfred LA, Lyhne D, Becker BC. Acute epiglottitis; epidemiology, clinical presentation, management and outcome. *J Laryngol Otol*. 2008 Aug; 122(8):818-23

Helsedirektoratet. [Nasjonale faglige retningslinjer for antibiotikabruk i primærhelsetjenesten](#). Oppdatert 01.03.2024

Helsedirektoratet. [Nasjonale retningslinjer for utredning, behandling og oppfølging av pasienter med Ménière's sykdom](#). Oppdatert 15.12.2016.

James A, Burton MJ. Betahistine for Ménière's disease or syndrome. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2001, Issue 1

Johnson DW, Bjornson C, Durec T, Vandermeer B, Russell KF, Klassen TP. Nebulized epinephrine for croup in children. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2007, Issue 2

Kozyrskyj A, Hildes-Ripstein GE, Longstaffe SE, Wincoff JL, Sitar DS, Klassen TP, Moffatt M. Short course antibiotics for acute otitis media. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2000, Issue 2

Lindbæk M, Kværner KJ. [Behandling av akutt otitis media hos barn](#). Tidsskr. Nor Lægeforen 2004; 124:2242-3

Lous J, Burton MJ, Felding JU, Ovesen T, Rovers MM, Williamson I. Grommets (ventilation tubes) for hearing loss associated with otitis media with effusion in children. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2005, Issue 1

McDonald S, Langton Hewer CD, Nunez DA. Grommets (ventilation tubes) for recurrent acute otitis media in children. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2008, Issue 4

Revez L, Cardona AF, Ospina EG. Antibiotics for adults with acute laryngitis. Cochrane Database of Systematic Reviews 2007, Issue 2

Russel K, Wiebe N, Saenz A, Ausejo Segura M, Johnson D, Hartling L, Klassen TP. Glucocorticoids for croup. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2004, Issue 1

Sanders G, Glasziou PP, DelMar C, Rovers M. Antibiotics for acute otitis media in children. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2004, Issue 1

Thirlwall A, Kundu S. Diuretics for Ménière's disease or syndrome. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2006, Issue 3

Van Benthem PP, Giard JL, Verschuur HP Surgery for Ménière's disease. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2006, Issue 2

Vorwerk C, Coats T. Heliox for croup in children. Cochrane Database of Systematic Reviews 2007, Issue 4