

Rotatorisk yrsel

Mb Ménière	15
BPPV Benign lägesyrsel bakre /horisontell	17
Cupulolitiasis	17
Vestibularisneurit	16
Viruslabyrinthit (ev pga mässling/parotit)	16
Vestibulärt Schwannom	15
Purulent labyrinthit	16
Perilymfatisk fistel	14
Vestibulär migrän	16
Skallbasfraktur, transversell	77
Cerebellär /hjärnstamsinfarkt	16

Övrig yrsel

Psykogen yrsel	18
Cervikal, nackutlöst, yrsel	17
Persisterande postural perceptuell yrsel, 3PY	18
Ålders- multisensorisk yrsel: synfel/neuropati mm	18
Vaskulärt: TIA, ↓BT. Lm: sedativa, ototoxiskt.	
Myofasciellt smärttillstånd	18
Yrsel + otalgi + blåsor = zoster oticum?	20
Yrsel, unilat HNS + tinnitus = ponsvinkeltumör?	21
Kolesteatom 11; GPA 30, 49; Vaxpropp 4;	

Yrsel - attackduration (tumregler)

Sekundkort: 3PY	18
30 sekunder: BPPV (lägesändring)	17
Minut: vestibulär migrän?	16
<8 timmar: rotatorisk + HNS = Ménière	15
Timmar-dagar: vestibulär migrän, TIA	16, 18
Dagar-veckor: Vestibularisneurit, psykogent, CNS-lesio	16, 18
Långvarigt: yrselkaraktär? fluktuationer?	

Facialis pares 20-21**Yrselutredning i ÖV – när remittera**

1. **Anamnes + status:** CorPulm, BT, puls, hörsel, trh
 2. **Grovneurologi:** handgrepp, Grasset, diadokokinesi gång, Romberg, knä-häl, senreflexer, fotsulereflex
 3. **Kranialnervstatus enkel:** stämband-. gom- och tungrörlighet IX, X, XII; lyft axlar XI; känsel ansikte, cornealreflex V; mimik VII; ögonrörelser III, IV, VI
 4. **Följa objekt m blicken, synfält (Donder), blickriktningstagnus, spontannystagmus**
 5. **Specifika tester:** Impulstest s 21, Dix-Hallpike s 17, lägesnystagmus s 16, Headshake s 21
- Remiss:** Oklar diagnos; betydande besvär; otillräcklig behandlingseffekt, CNS-sjd el livshotande sjd är möjlig

Öronsjukdomar	2-21
Ytteröra	2-4
Mellanöra	5-11
Inneröra	12-21
Näs- och bihållesjukdomar	22-37
Näsanatomi, fysiologi, inflammation	22-27
Bihålor, missbildningar, rinit, CF	28-29
Näsblod, rinosinuit, polypos	30-37
Mun- & svalgsjukdomar	38-49
Munhåla	38-41
Svalg	42-45
Spottkörtlar	46-49
Sjukdomar i larynx + trakea	50-59
Anatomi, trauma, laryngiter	50-53
Stämbandsknuta, recurrenspares	54-57
Trakea, andningshinder, koniotomi	58-59
Matstrupssjukdomar	60-67
Anatomi, varicer, GERD	60-63
Cancer, akalasi, divertiklar, dysfagi	64-67
Ansiktsfrakturer mm	68-77
Ansiktsskelett, käklux, tandtrauma	68-73
Frakturer: okben, blowout, näsa, mm	74-77
Ytlig hals + mjukdelar	78-89
Anatomi, kranialnerv, palpation	78-80
Halscystor, tyroidea, paratyroidea	80-84
Huvud-halscancer, halsutrymning	85-87
Mjukdelsskada, lymfadenit, mm	87-89
Sakregister	90-95

Ovanlig normalvariant: 3:e fönster

3:e fönster, "takfönster", direkt in till horisontell bäggång. Krystning och nysning ger då tryckväg i bäggången ⇒ yrsel. Man hör när fot sätts i mm. Ev autofoni, lockkänsla mm.

Traumatisk trumhinneperforation

kan orsakas av barotrauma, s 5, eller petning. Oftast drabbas främre nedre kvadranten¹. Om bakre övre kvadrant²: är hörselben skadade? Patienten har smärta, HNS och ibland tinnitus.

Otoskopi: oftast flikig perforation m blödning. *Beh:* spontanläker oftast inom 6 månader. Undvik vatten i örat! Snytt inte kraftigt, kan pressa in slem i örontrumpet. Kan handläggas på VC med öronmikroskop + sug + stämgaflar. Ev ÖNH-remiss om perforationen är stor, > 1/3. Reponera flikar + täck med rispapper. Ev Terracortril eller AB-droppar.

Hematotympanon

Blödning i mellanörat pga **skallbasfraktur** (hörselnedsättning, facialispåverkan, rotatorisk yrsel mm), s 77, eller **hakspetsväld** (bettfel?), s 71. Sällsynt orsak: SOM, s 7, el näsblod bakvägen s 31. **Otoskopi:** blåsvart-lila trumhinna, ev blod i hörselgång.

Vanligt med en begränsad långsgående fraktur med enbart hematotympanon + HNS av ledningstyp. Kan behandlas m exspektans ⇒ blod resorberas ⇒ hörsel normaliseras.

Remiss ÖNH-klinik.

Tuba aperta

Öppetstående örontrumpet: oftast vid snabb avmagring eller graviditet (hormonpåverkad kvinna), ibland idiopatiskt. Då kan m tensor tympani inte anpassa trh-spänning, se s 11. Man får lock för örat (andningens luftflöde ger undertryck) och egna rösten får konstiga ekon (ljud via hörselgång resp via farynx-tuba kommer ju inte samtidigt). Sängläge lindrar; även sniffning: undertrycket kan stänga trumpeten, men om för kraftigt kan det ge indragen trh. *Beh:* information, kan självläka. Ev TMD-rör.

Tubardysfunktion / tubarinsufficiens

Tubardysfunktion = örontrumpeten är smalare än normalt. En svalginfektion kan då svälla igen örontrumpeten och omöjliggöra luftning = **tubarinsufficiens**. Luft resorberas sedan vilket skapar undertryck i mellanöra vilket fortsätter att hindra luftning. Gäller ffa små barn. Jfr SOM.

Barotrauma, s 5, kan ge ett så kraftigt undertryck att sväljning eller Valsalvamanöver inte luftar mellanörat.

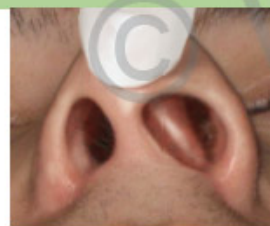
Simplexotit, virusotit

Ont i örat i samband med ÖLI när viroser när mellanörat.

Otoskopi visar kärlnjektion längs hammarskaftet och viss rosighet, annars i stort sett ua. Trumhinnan är något för tjockad med normal rörlighet (Siegles tratt, s 2). *Beh:* Symtomatisk: högläge, näsdroppar, paracetamol. Åter om försämring. Jfr **skrikröd trumhinna:** Kraftigt skrik ökar tryck i huvudet och därmed vasodilatation vilket ses som kärlnjektion i bla trumhinnan, för övrigt ua.

Näsundersökningar

Tumtryck: man ser septumbrosk i ena näsborren vid *främre septumdeviation*, jämför s 29.

**Främre rinoskopi**

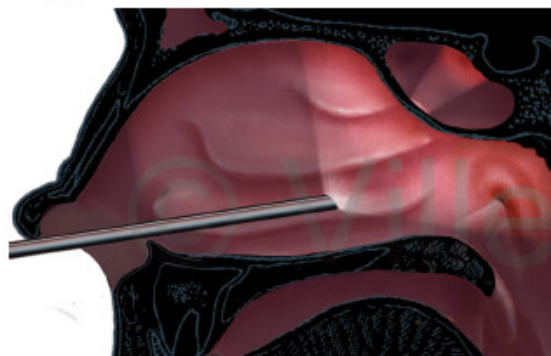
Efter avsvällning. Håll spekulum som på bilden ovan t v. Man ser så långt in som syns på bild ovan t h. Vyn är ungefär som på bild nedan t v., med konka inferior¹ och konka media². Utan avsvällning syns bara svullnad³, kan dölja vargata⁴ eller polyp⁵.



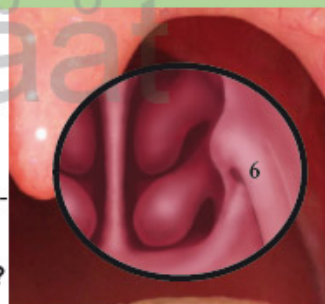
Ev otoskop m största tratten.

Rinoskopi

Efter avsvällning, använd spekulum. Nedan syns stelt rinoskop; böjligt skop s 50. Hela näshålan kan inspekteras, ostier, slh-förändringar mm. Riktad odling, px av förändringar, utbredning av polyper

**Epifarynx-spegling**

Snabb visualisering av choaner, tubarostier⁶ och adenoid (= tonsilla faryngea) upptill. Jämför epifaryngit s 43, eller om slagets baksida.

**Vad ser man i näsan?**

Färg: ua/ rodnad/ blek/ livid/ kärlnjektion
Täppa: ua/ måttlig/ kraftig/ helt/ atrofi
Sekret: tunn serös rinnande/seg mukopurulent purulent/ illaluktande/ hemorragisk/ blodtingerad/ krustor
Kolumella: rak/ sned/ breddökad
Septum: rak/ sned/ breddökad/ dislocerad
Polyper: saknas/ gradering s 36.

Rhinomanometri, RM

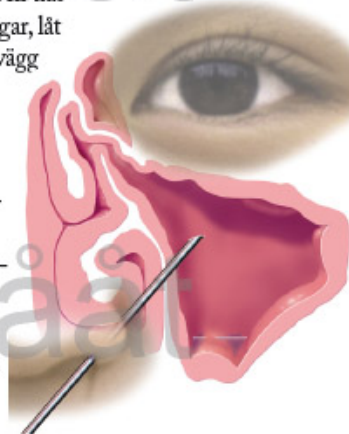
Mäter näsluftflöde hö och vä sida, före och efter avsvällande. Kan stödja klinisk bedömning: svullnad eller strukturell täppa?

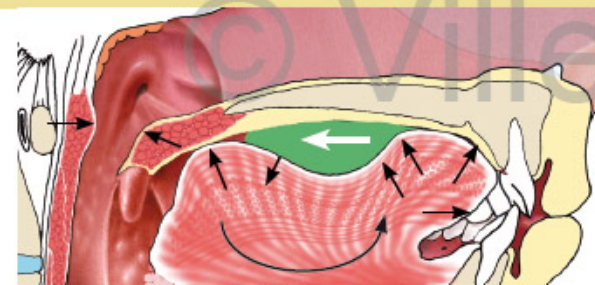
**NP-odling**

Indikationer: otit m terapivikt, recidivotiter, ev pertussis, otit m nylig resa utomlands. Begränsat värde vid sinuit o bronkit (pneumoni?) Dagisbarn däremot har ofta luftvägspatogener där, s 22. Efter avsvällning: välj sida, använd spekulum, pinnen mellan nedre konkan och näsbotten, inte nudda väggar, lät nudda nasofarynx bakvägg några sekunder.

Käkspolning

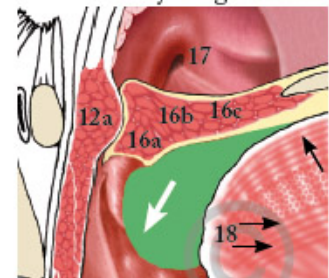
Efter avsvällning; Stick in sprutspets under konka inferior. Rikta spetsen mot laterala ögonvinkeln. Ngn stabiliserar patienten. Tryck igenom.



**Sväljning: oral + faryngeal fas**

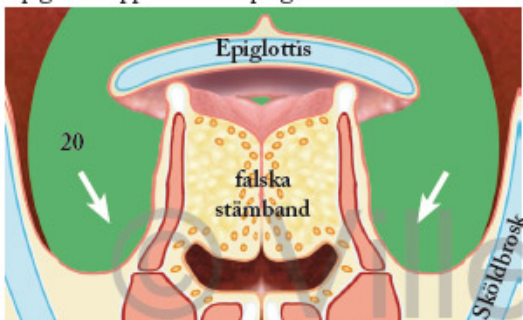
På en sekund när tuggan esofagus. Under tiden pressas mandibula upp hårdare än under normal tuggning. Det ger en stabil bas för muskelrörelserna.

Oral fas: tungan pressas framåt + tätar mot gom. En sveprörelse bakåt (viljestyrd) utlöser sväljreflex: övre farynx + gommuskler börjar dras ihop, se ovan.



Faryngeal fas: tuggan har nått orofarynx, svalg- och gommuskler^{16abc} (palatofaryngeus, palatoglossus, levator palatinus) tätar uppåt; samtidigt öppnas örontrumpeten¹⁷. Tungrot förs fram¹⁸ så tuggan får plats i val-

lecula^{11b}. Tungben förs framåt uppåt, larynx lyfts, epiglottis tippas ned + supraglottisk muskulatur tätar



mot larynx + vidgar sinus piriformis²⁰, jfr s 51. Konstriktorer tätar mot gom och tunga i en nedåtgående väg. UES slappas + öppnas även av att farynx lyfts. **Esofageal fas:** 6-7 sek, s 60.

Lymfatisk vävnad och dränage

Waldeyers svalgring består av ovan nämnda lymfatiska vävnad (3, 6, 8) samt sidosträngarna^{3b} i svalgväggen, se s 42, som mikroorganismerna måste passera. Lymfa från tonsilla palatina går via knutor längs vena jugularis i höjd med käkinkeln. Nedanför ligger knutor som dränerar tungbasen, jämför s 80.

**Akut faryngit**

Inflammation i svalget som del i en ÖLI, s 29. Oftast pga rino-, corona-, adeno- eller coxsackievirus, men betahemolyserande streptokocker förekommer.

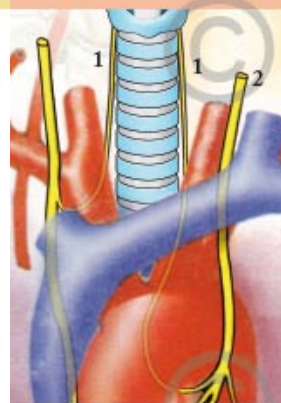
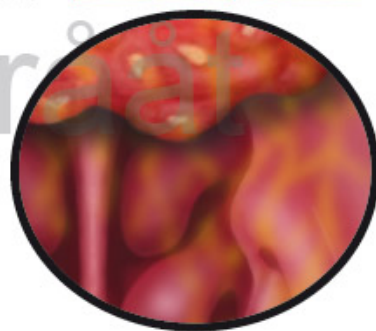
Symtom: irritation, stickningar och sveda i halsen, smärtsamt att svälja. Rodnat svalg, ibland blåsor el beläggningar, sidosträngar kan vara engagerade. **Beh:** symtomatisk.

Epifaryngit²¹ är ofta en del av en rinofaryngit, ÖLI. Pat känner sveda och klump bakom näsan, ofta huvudvärk samtidigt. Vuxna har mest virus, barn bakterier. Kan finnas kroniskt hos äldre – degenerativa förändringar?

Indirekt epifaryngoskopi visar svullen, rodnad adenoid (tonsilla faryngea) och slemhinna, mer eller mindre smetig, som kan ha proppar/beläggningar. Jämför normal epifaryngospeglning s 28.

Beh: symtomatisk, nässköjningar + avsvällande. Om kvar efter en vecka: NP-odling (hos barn) + ev antibiotika.

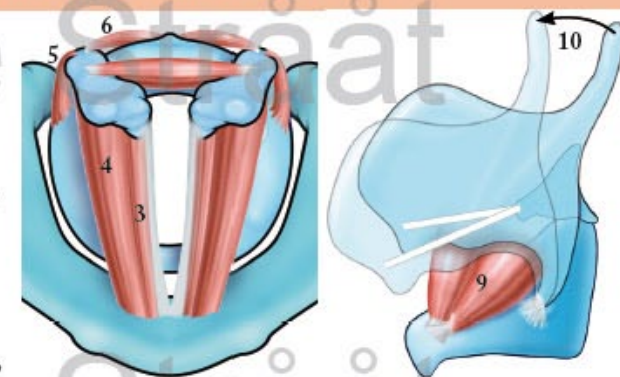
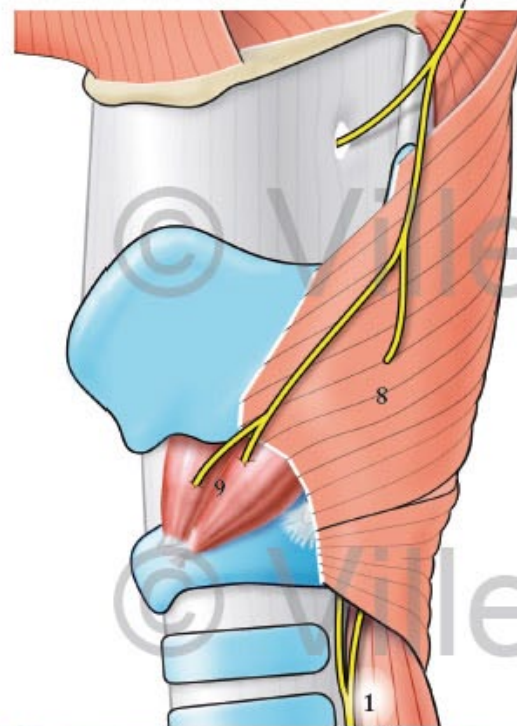
ÖNH-remiss vid terapiresistens.



N laryngeus recurrens¹ från n vagus², innerverar nästan alla muskler i larynx, tex vocalis³, thyroarytenoideus⁴, cricoarytenoideus lateralis⁵, och den enda öppnaren cricoarytenoideus posterior⁶. De flesta stänger alltså larynx, troligen en slags skyddsmekanism. Recurrens rundar stora kärl, subclavia resp aorta, i thorax på väg upp till larynx.

N laryngeus superior⁷

innerverar nedre farynxmuskler⁸ samt cricothyroidmuskeln⁹, tippas sköldbrösk framåt¹⁰, jfr s 50-51.

**Recurrens pares**

Skador kan uppstå vid: Mononeurit/polyneuropati, stroke/MS, borrelia, s 21. Trauma mot halsen, s 51, eller efter thorax-/strumakirurgi. Tumöröversväxt fr tyreoidea, s 83, esofagus, s 56, hypofarynx, lunga mm. Aortaaneurysm i arcus, hjärtförstoring.

Unilateralt skadad recurrensnerv ger slappt, orörligt stämband i paramedianställning, se nedan mittbild, jämför med bild på normal fonation och forcerad andning.

På vardera sidan syns plica aryepiglottica¹¹, men med olika sträckning på höger och vänster. Symtom: hes och läckande röst.

Vid bilateral pares, ovanligt, kan inspiratorisk stridor dominera.

Aspirationsrisk.

Utredning: riktad anamnes, ÖNH-status + kranialnervsstatus IX-XII, s 79. Överväg rtg pulm, CT skallbas/hals/thorax, endoskopier.

Beh: Åtgärda grundsjukdom. Röstträning hos logoped. Exspektans för spontan regress, upp till ett år (om iatrogen, oftast regress inom 6v).

Kir: inj hyaluronsyra i stämband förbättrar fonation. **Bilateral pares:** nu vidgas istället andningspringan med lateralisering av stämband för fri andning.

