



# Ohrenschmerzen - Ohrenentzündungen

---

## **OTITIS MEDIA „Mittelohrentzündung“**

Die Mittelohrentzündung (Otitis) ist die am häufigsten gestellte Diagnose in der Pädiatrie und einer der häufigsten Gründe, Antibiotica zu verschreiben.

Da nicht alle Entzündungen im Mittelohr bakteriell sind, muss aber der Einsatz von Antibiotica restriktiv erfolgen.

Unter dem Begriff **akute Otitis media** versteht man die plötzlich einsetzende, eitrige und somit bakterielle Form. Hier ist die antibiotische Therapie gerechtfertigt.

Bei falscher Anwendung dieser Antibiotica (AB) kommt es dazu, dass Bakterien „lernen“, gegen AB resistent zu werden. Bakterien, die sich im Nasen-Rachenraum aufhalten, jedoch nicht Schuld an der Otitis sind (z.B. bei viralen Otitiden) entwickeln bei unnötiger antibiotischer Therapie Resistenzen gegen das AB.

Die Folge davon ist, dass beim nächsten Krankheitsschub, der nun eventuell wirklich durch Bakterien hervorgerufen worden ist, das Antibioticum gegen diese Erreger nichts mehr nützt.

## **Entstehung und Behandlung der akute Otitis media (AOM)**

In der Regel gibt es keine Mittelohrentzündung ohne Schnupfen. Denn das unmittelbare Vorausgehen eines viralen Infektes ermöglicht es den in der Nase vorhandenen Keimen, sich im Mittelohr einzunisten. Die Bakterien steigen vom Nasen-Rachenraum via die Tuba Eustachii ins Mittelohr. Die geschwollene Schleimhaut der Tube macht, dass das entzündliche Sekret nicht abfließen kann, und sich die Bakterien ungehemmt in diesem „stehenden Gewässer“ vermehren können.

**Antibiotisch** behandelt werden sollte **nur** die akute **eitrige** Entzündung im Mittelohr, bei der man auf Grund des Trommelfellbefundes und der Begleitsymptome wie Fieber, Erbrechen und Appetitlosigkeit den gerechtfertigten Verdacht auf **bakterielle** Ursache hat. Bei viralen Entzündungen im Ohr nützen Antibiotica nichts.

## **Die Belüftungsstörung (Tuben-Mittelohrkatarrh, TMK)**

Die Nasenhöhlen, die Nasennebenhöhlen (Sinus) und die Paukenhöhle (Mittelohr) sind Hohlräume und somit lufthaltig. Bei der Mittelohrentzündung sondert die Höhlenwand Flüssigkeit ab. Es bildet sich ein Flüssigkeitsspiegel, der wegen der zugeschwollenen Tube nicht abfließen kann.

Wegen eines Schnupfens mit „Verstopfung“ der Tube kann das Sekret im Mittelohr also nicht abfließen. Ohne zusätzliche bakterielle Infektion kann der Sekretstau im Mittelohr über längere Zeit bestehen bleiben, ohne viel Symptome zu verursachen. Allenfalls verspürt das Kind „Wattegefühl“ im Ohr, manchmal auch Schmerzen, weil ein Unterdruck im Mittelohr entsteht. Solche ungefährliche Sekretanschoppungen im Mittelohr (Mittelohrerguss) sind häufig und fast bei jedem Schnupfen vorübergehend festzustellen.

Gemessen werden kann der Erguss mittels der Tympanometrie. In einer Kurve (=Tympanogramm) wird die Trommelfellbeweglichkeit gemessen.

Der Erguss im Mittelohr vermindert die Beweglichkeit des Trommelfelles, was auch der Grund ist, dass die Kinder schlecht hören können.

Ein Problem stellt sich allenfalls ein, wenn der Erguss über 3 Monate persistiert. Dies findet sich bei Kinder mit grossen Rachenmandeln („Polypen“, Adenoide) oder durch chronisch entzündlich aufgeschwollenen Nasenschleimhäute bei Allergien gegen Milben oder Tierhaare

Die Therapie des TMK ist:

- a. abschwellende Nasentropfen, cortisonhaltige Nasentropfen
- b. Kaugummi kauen, Belüftungsübungen (Gähnen, Schlucken, „Nasenballon“)

## **Chronischer oder immer wiederkehrender TMK**

Ueber längere Zeit schlecht belüftete Tuben und Mittelohrverhältnisse machen das Sekret dickflüssig, klebrig (Leimohr). Das Trommelfell wird nach innen gezogen und wird steif. Das Kind hört schlecht. Diese Belüftungsstörungen führen zum chronischen Tubenmittelohr-Katarrh, der das operative Absaugen des Sekretes (Paracentese) und Einlegen von Röhrchen durch das Trommelfell (Paukendrainage) nötig macht. Für diese Massnahmen werden die Kinder zum ORL Spezialisten weitergeschickt.