

Bijlage 4: Otitis media met effusie (OME)¹⁰

Omdat JGZ-professionals regelmatig kinderen met otitis media met effusie (OME) tegenkomen, is deze bijlage toegevoegd ter informatie. De tekst is gebaseerd op de NHG-standaard en de KNO-richtlijn. De JGZ hoeft OME niet actief op te sporen.

Vocht achter het trommelvlies veroorzaakt tijdelijk gehoorverlies, maar kan ook leiden tot permanent gehoorverlies. Bij OME zijn er (in tegenstelling tot acute middenoorontsteking) geen klachten of tekenen van acute infectie. Behalve een verminderd gehoor zullen kinderen er daarom niet veel van merken. OME is een veelvoorkomende aandoening, recidieven komen bij de helft van de kinderen voor. De prevalentie is het hoogst in de eerste vier levensjaren. Er zijn bovendien kinderen met een verhoogd risico op OME, zoals kinderen met het syndroom van Down en kinderen met aangeboren afwijkingen van het gehemelte (schisis). Het natuurlijke beloop van OME is gunstig: spontaan herstel treedt bij ongeveer de helft van de kinderen binnen drie maanden op en in circa driekwart van de gevallen binnen zes maanden. Medische interventies worden daarom pas aanbevolen als klachten een duidelijk nadelige invloed hebben op het functioneren en op de ontwikkeling van het kind. Otitis media studies waarbij audiometrie werd verricht laten zien dat OME met een gehoorverlies (> 20 dB) een significant negatief effect heeft op taalbegrip en taalproductie op 1-, 2-, en 5-jarige leeftijd. Negatieve effecten van OME op de taalvaardigheid van jonge kinderen lijken verdwenen te zijn als deze kinderen 7 tot 8 jaar oud zijn. Er zijn duidelijke aanwijzingen dat otitis media een nadelig effect heeft op het emotioneel welbevinden en fysiek functioneren van het kind.

Huisartsen hanteren de volgende verwijscriteria:

- Kinderen met vermoeden van OME en met het syndroom van Down, palatoschisis, overige aangeboren KNO-afwijkingen, operaties in het KNO gebied in het verleden of een gecompromitteerd immuunsysteem.
- Kinderen met klachten die vermoedelijk het gevolg zijn van een persisterende OME (gehoorverlies ≥ 30 dB bij audiometrie, duidelijke spraak- en taalachterstand of forse gedragsstoornissen) en die een nadelige invloed hebben op het functioneren van het kind.
- Het vermoedelijk langer bestaan dan 6 maanden van een OME.

Afhankelijk van de uitkomsten van diagnostisch onderzoek kan de KNO-arts besluiten tot interventie (trommelvliesbuisjes, adenotomie). Na interventie door de KNO-arts is het volgens de geldende KNO-richtlijn nodig dat deze KNO-arts minimaal één keer een audiologisch onderzoek verricht om eventueel resterend gehoorverlies op te sporen. Dit kan door de KNO-arts zelf worden gedaan, of via verwijzing (door KNO-arts) naar een klinisch fysicus-audioloog (AC).

Signalen bij anamnese

- Recent en acuut ontstaan van klachten en/of verschijnselen van ontsteking van het middenoor en vocht in het middenoor. Dat wil zeggen:
 - lokale klachten: oorpijn en/of
 - systemische klachten: koorts, prikkelbaarheid, nachtelijke onrust.

Signalen bij otoscopie

- Aanwijzingen voor de aanwezigheid van vocht in het middenoor:

¹⁰ Bron: NHG richtlijn OME, 2014; Richtlijn Otitis media in de tweede lijn, 2012

- Ingetrokken trommelvlies;
- Vloeistofspiegel achter het trommelvlies;
- Otorroe, en/of ontsteking van het middenoor (erytheem van het trommelvlies)

Referenties

1. *Richtlijn otitis media bij kinderen in de tweede lijn.* (2012). Utrecht: CBO; Nederlandse Vereniging voor KNO-heelkunde en Heelkunde van het Hoofd-Halsgebied.
2. NHG-standaard Otitis Media met Effusie. (2014).