

Kurzversion

Definition und Ursachen

Ohrenschmerzen können lokal aus dem äußeren Ohr oder Mittelohr herrühren (z.B. akute Entzündung, traumatische Trommelfellperforation, Gehörgangsverletzung) oder weitergeleitete bzw. ausstrahlende Schmerzen sein (z.B. Tonsillitis, Kiefergelenksarthrose, Tonsillenkarzinom).

Übersicht über die häufigsten Ursachen von Ohrenschmerzen

Säuglinge und Kinder	Jugendliche	Erwachsene	Ältere Erwachsene
<ul style="list-style-type: none"> • Otitis media acuta • Fremdkörper im äußeren Gehörgang (z.B. Mürmeln) • Parotitis (Mumps) • Pharyngitis 	<ul style="list-style-type: none"> • Otitis externa (v.a. im Sommer) • Tonsillitis • Trauma • Weisheitszähne • Fremdkörper im äußeren Gehörgang 	<ul style="list-style-type: none"> • Otitis externa • Kiefergelenksarthropathie • Zervikalneuralgien • Paukenerguß • Trigeminusneuralgien • Kariöse Backenzähne 	<ul style="list-style-type: none"> • Furunkel im Gehörgang • Zoster oticus • Zahnschäden, Kieferentzündung • maligne Tumore • Pharynxkarzinome

Abwendbar gefährliche Verläufe – spezifische Probleme

- ! Übersehen seltener anderer gefährlicher Ursachen (als Otitis)
- ! Bei Otitis media acuta (AOM):
 - Seltene Komplikationen wie Mastoiditis (Rötung retroaurikulär, abstehende Ohrmuschel), Mastoidabszess, Meningitis, Innenohrbeteiligung (Labyrinthitis), Fazialisparese
 - Sehr seltene Komplikationen wie intrakranieller Abszess, Empyem, Thrombose o.ä.
 - Antibiotika-Gabe verhindert Komplikationen nicht
- ! Länger anhaltende Hörminderung und evtl. dadurch bedingte Sprachentwicklungsverzögerung

Hausärztliche Diagnostik

	Säuglinge, Kleinkinder	Ältere Kinder, Jugendliche, Erwachsene
Anamnese	Dauer, Stärke, Verlauf der Symptome, vorangehender Infekt, bereits unter antibiotischer Behandlung, frühere Episoden von Otitiden Grunderkrankung (Diabetes mellitus, HIV etc.)	Dauer, Stärke, Verlauf der Symptome, vorangehender Infekt, wiederholte Schwimmbadbesuche, Hauterkrankung Vorangehende OP im HNO-Bereich Grunderkrankung (Immunsuppression etc.)
Untersuchung	Ganzkörperlich orientiert: <ul style="list-style-type: none"> • Inspektion beider Ohren • Inspektion des Rachens (Tonsillitis, Polyp) 	Symptomorientiert: <ul style="list-style-type: none"> • Inspektion beider Ohren • Inspektion des Rachens • Gesichts-/ Kieferknochen • Tragusdruckschmerz (ja= V.a. Otitis externa, nein= V.a. Otitis media acuta)
Otoskopie	Beurteilung des Trommelfells: verfärbt oder matt, vorgewölbt (AOM) oder retrahiert (Seromukotympanon), Flüssigkeitsspiegel, Erguss	

Diagnose einer Otitis media acuta (AOM)

- Verlauf: plötzlich einsetzende, heftige Ohrenscherzen
- Infektion der oberen Atemwege, Fieber, Reizbarkeit, Hinfallen zum Ohr
- Trommelfellentzündung, -perforation, Erguss

Therapie einer Otitis media acuta

80% der akuten Mittelohrentzündung heilen spontan ohne Antibiotika (AB) ab!

Die folgenden Empfehlungen gelten NICHT für:

- Säuglinge (bis 6 Monate) → Überweisung an die Pädiatrie!
- Kranke Kinder (6-24 Monate) mit anhaltendem Fieber, Erbrechen, eingeschränktem Allgemeinzustand → Stationäre Einweisung (Pädiatrie)!
- Sehr kranke Kinder (ab 2 Jahren) mit hohem Fieber, septischem Zustand, peristierendem Erbrechen, Meningismus, Krampfanfällen, akuter Fazialisparese etc. → Stationäre Einweisung (Pädiatrie)!
- Kinder unter Immunsuppression, mit früheren Komplikationen bei AOM, Grunderkrankungen etc. → Überweisung an die HNO oder Pädiatrie!

Wenig kranke Kinder (6-24 Monate)	Kinder ab 2 Jahre
<ul style="list-style-type: none">• Wenig ausgeprägte Krankheitssymptome• Gute Überwachung• Zunächst keine AB, wenn Wiedervorstellung nach 24h gewährleistet• Analgesie mit Paracetamol bis max. 60mg/kgKG/d (verteilt auf 3-4x10-15mg/kgKG) oder Ibuprofen bis max. 20-30mg/kgKG/d (verteilt auf 3-4 Gaben/d) Alternativ: <ul style="list-style-type: none">• 1. Wahl: Amoxicillin 50 mg/kgKG/d (2-3 Einzeldosen) über 7 Tage• 2. Wahl : Orales Cephalosporin der 2. Generation: z.B. Cefuroximaxetil 20-30 mg/kgKG/d für 5-10d Bei Vorliegen von Allergien gegen Penicilline/ Cephalosporine Makrolid: z.B. Erythromycin über 7 Tage	Symptomatisch: <ul style="list-style-type: none">• Körperliche Schonung• Flüssigkeit!• Analgesie mit Paracetamol bis max. 60mg/kgKG/d (verteilt auf 3-4x10-15mg/kgKG) oder Ibuprofen bis max. 20-30mg/kgKG/d (verteilt auf 3-4 Gaben/d)• Keine sofortige Antibiotikatherapie, Abwarten für 24-48h gerechtfertigt:<ul style="list-style-type: none">- Aufklärung der Eltern (Kooperation!)- Beobachtung des Kindes- Aushändigen eines AB-Rezepts in Reserve, wenn möglich 48h vor Einlösung abwarten, bei Verschlechterung früher- Bei hohem Fieber / Erbrechen sofortige Antibiotikatherapie erwägen
Keine Besserung / Verschlechterung nach 24h: <ul style="list-style-type: none">• Prüfen der Diagnose• Beginn der antibiotischen Therapie (s.o.) und ggf. Überweisung an die Pädiatrie• Bei bereits erfolgter Behandlung Einweisung in die Klinik!	Keine Besserung / Verschlechterung nach 48h: Antibiotische Therapie (s.o.)

Nachuntersuchung bei:

- Hörminderung nach 3 Monaten durch peristierenden Erguss → HNO
(50% der Kinder mit AOM haben nach 1 Monat noch Erguss → Übergang in Seromukotympanon möglich)

Prävention von AOM, rezidivierenden Otitiden, Seromukotympanon

- Vermeiden von Risikofaktoren wie Rauchexposition, Schnuller, Saugflasche etc.
- Stillen wirkt hingegen protektiv. Zu möglichen Impfungen gibt es keine klare Empfehlung.