

VOLYM 27 / NUMMER 3 / 2019

ÖNH



SVENSK ÖNH-TIDSKRIFT

*Svensk förening för otorhinolaryngologi
huvud- och halskirurgi*



Taylor & Francis
Taylor & Francis Group





Det svenska originalet!

Skölj: rinosinuit, förkylningar, näspolypos, luftvägsallergier, partikelrika miljöer, förskölj innan nässpray, post-op näsa/bihålor.

Finns på alla apotek! www.nasaline.se

Nasaline

ENTpro

SVENSK ÖNH-TIDSKRIFT

är officiell tidskrift för
Svensk Förening för Otorhinolaryngologi,
Huvud- och Halskirurgi.
ISSN: 1400-0121
Volym 27, Nr 3/2019

REDAKTIONSKOMMITTÉ

Marie Gisselsson-Solén
Jens Andersson
Karin Lindström

Kontaktinfo – redaktion
Överläkare Marie Gisselsson-Solén
marie.gisselsson-solen@med.lu.se
ÖNH-kliniken SUS, 221 85 Lund
Tel: 046-172815

Överläkare Jens A. Andersson
jens_a_andersson@hotmail.com
Öron-, näs- och halskliniken
Helsingborgs Lasarett, 251 87 Helsingborg
Tel: 0703-144437

ST-läkare Karin Lindström
karin.k.lindstrom@regiongavleborg.se
ÖNH-mottagningen
Hudiksvalls sjukhus, 824 43 Hudiksvall
Tel: 070-56 30 960

FÖRLAG

Svensk ÖNH-tidskrift utges av
Taylor & Francis AB

Kontaktinfo – förlag
Maria Montzka
Tel: 0760-14 24 68
maria.montzka@informa.com

INSTRUKTIONER TILL FÖRFATTARE

Manuskript skickas i elektronisk form till:
jens_a_andersson@hotmail.com
marie.gisselsson-solen@med.lu.se
karin.k.lindstrom@regiongavleborg.se

Författare till inskickat material får
korrektur innan tryck.

Ange namn, titel, arbetsplats och
eventuellt fax-nummer och e-post,
i alla manusfiler. Bifoga gärna även
en porträttbild.

BILDMATERIAL

Allt bildmaterial måste bifogas som
separata bildfiler, inte enbart inklistrade
i word-filen. Bilder skickas till:
marie.gisselsson-solen@med.lu.se
karin.k.lindstrom@regiongavleborg.se
eller jens_a_andersson@hotmail.com

SÄRTRYCK

Ange hur många särtryck du vill beställa.
Beställningen bör omfatta minst 100 ex.
Kostnad för 100 ex av 4-sidigt särtryck
1 100 Sek. Porto tillkommer.
En omslagssida tillkommer till varje artikel.
Beställning skickas till:
marie.gisselsson-solen@med.lu.se

MEDLEMSREGISTER/NYANMÄLNINGAR

Vill du bli medlem, gå till www.orlforum.se
– föreningens hemsida och följ instruk-
tionerna eller maila till: medlem@slf.se
Du som är medlem men som byter adress,
var vänlig meddela adressändring till:
medlem@slf.se
Kom ihåg att uppge er nya e-postadress.

ANNONSER

Taylor & Francis AB
Maria Montzka
Portfolio Manager–Medicine
PO. Box 3255
SE-103 65 Stockholm, Sweden
Tel: 0760-14 24 68
maria.montzka@informa.com

LÄNK TILL SVENSK ÖNH-TIDSKRIFT

<http://www.orlforum.se/aktuellt-meny/>
elektronisk-svensk-oenh-tidskrift

TRYCK:

Åtta.45 Tryckeri AB

INNEHÅLL

REDAKTÖRSRUTAN

Marie Gisselsson-Solén 4

ORDFÖRANDE HAR ORDET

Per von Hofsten 5

EN FÖRENING FÖR ENDOSKOPISK SKALLBASKIRURGI ÄR FÖDD!

Jerker Stigare, Adnan Lidian 6

NYHETER

Adenoidektomi - varför och hur?

Hanna Gerhardsson, Ola Sunnergren
& Ann Hermansson 8

Vem var det som blödde, då?

Lisa Forsling, Ola Sunnergren 9

ÖNH-DAGARNA

Hyaluronan i respiratoriska papillom

Anna Holm 13

Från kaos till struktur

Ulrika Fyrhag, Agneta Hagren 15

Är post-operativa stämbandskontroller nödvändiga?

Taceddin Cicek 16

Att höra men inte förstå

Karin Stenfeldt 20

Årets Holmgrenföreläsning

Marie Gisselsson-Solén 24

KÅSERI

Mobil distansdoktor

Mats E Nilsson 26

SPUR

Eva Ellegård 27

ÅRETS AVHANDLINGAR

Ann Hermansson, Diana Berggren 32

DAGENS TIPS

Mats E Nilsson 35

I KUNSKAPSFRONTEN

Anders Niklasson 36

DET VAR BÄTTRE FÖRR, ELLER?

Gunilla Islander 38

Redaktörsrutan

JAG HOPPAS ATT NI ALLA haft en skön sommar! För egen del har jag framför allt njutit av sol, bad och båt här hemma i Sverige, men har också hunnit med en tur till operafestivalen i Bayreuth, vilket var en sann fröjd för örat.

Nu har terminen börjat igen, och stor som liten har åter måst inrätta sig i rutinerna. Ett sommarsömnigt Lund har åter fyllts till brädden när alla studenter återvänt, och i tidningen beklagar sig lokalreportern över vilken ansträngande cykelmånad september är, innan novischerna lärt sig att bli lika laglösa på två hjul som vi andra. Morgonsprinturen i Botaniska trädgården har förvandlats till en dagblöt men färgstark historia, men än så länge är det i alla fall ljust på morgonen. Bilden jag bjuder på i detta nummer är från gårdagens runda, men innehåller inga prunkande dahlior eller svartögda solhattar, utan ter sig till en början rätt menlös. Det hade regnat från och till dagen innan, och när jag passerade den stora agaveplantan såg jag att ett av de marknära bladen, liksom en sked, var fylld av vatten i vilket himlen speglade sig. Det stora i det lilla.

Förutom diverse nyheter speglar detta nummer en del av det som presenterades i samband med ÖNH-dagarna i Malmö i våras. Du som inte var där eller du som var i salen bredvid kan här ta del av några av de föredrag som hölls och postrar som visades. Redan nu är det dags att börja tänka på vad man ska bidra med till ÖNH-dagarna 2020, vilket framgår av annons längre fram i tidningen. Vi bjuds också på en sammanfattning av årets ÖNH-avhandlingar, och en av de nyblivna medicine doktorerna presenterar sitt arbete lite närmare.



Marie Gisselsson-Solén

I detta nummer är det premiär för ett samarbete med vår systertidskrift inom anesthesiologi. Beröringspunkterna för våra specialiteter är som bekant många, och nu har vi utbytt historiska artiklar med varandra. Detta innebär att det i denna tidskrift går att läsa Gunilla Islanders artikel om hur man under de senaste 40 åren sövt barn som ska abraderas, medan våra anesthesiologikollegor istället kan läsa om bronkoskopins historia (Svensk ÖNH-tidskrift nr 1, 2018).

Till detta nummer har vi haft gott om bidrag, faktiskt så många att några kommer med först i julnumret. Detta innebär absolut inte att ni ska slå er till ro och tänka att det inte är lönt att skicka in saker till tidskriften, men jag vill tacka alla som i början av sommaren glatt svarade mig att de gärna skrev i tidningen. Sådant gläder verkligen en redaktör! Vi gör tidningen tillsammans, så fortsatt på detta sätt!

Och vattenspegeln i agaven? När jag sprang förbi i morse var den borta. ■

/ Marie

Ordförande har ordet

Tiden går fort och vi är nu mitt inne i hösten, en härlig tid på året som snabbt flyter förbi och innan man vet ordet av så är det dags att ta fram adventsljusstakarna. Blickar vi tillbaka kring vad som hänt sedan senaste numret av denna tidskrift, som kom ut i mitten av maj, så har vi alla njutit av sommar och ledigheter men det finns också en del nyheter att notera.

I början av juli hölls den europeiska ÖNH-kongressen (CE-ORL HNS) i Bryssel. Tidsmässigt var placeringen denna gången mindre lämplig och många kollegor från Norden kan ha haft svårt att komma iväg eftersom det krockade med semesterperioden. Nästa gång mötet hålls är i Milano 2021 och då åter under hösten, vilket givetvis passar oss svenskar bättre.

SFOHH har som önskan och tydligt mål att få hit denna stora kongress till Sverige 2025, något vi tror inte bara skulle vara en ära för Sverige utan även vara en styrka för svensk ÖNH samt en möjlighet att ytterligare öka sammanhållningen inom vår specialitet. Stöd finns både på nationellt och europeiskt plan att fortsätta bereda frågan genom SFOHH. Samtidigt behöver vi ha respekt för att det är ett mycket omfattande arbete att vara med och leda en kongress av denna storlek. Först 2021 tas beslut om var kongressen hålls 2025 och ni lär höra mer kring detta innan dess.

I förra numret skrev jag en hel del om frågan som dök upp under vintern, att Socialstyrelsen plötsligt ville diskutera det eventuella bildandet av en ny medicinsk specialitet, nämligen maxillofacial kirurgi. Styrelsen är tydligt emot detta och lade direkt mycket kraft och arbete på att påverka. Beslutet i början av juni, att myndigheten inte ser något behov av en förändring och att frågan därmed läggs ner, var givetvis glädjande men också förväntat. Vi skall dock komma ihåg att detta är en återkommande följetong och att vi nog riskerar att se detta aktualiseras igen om några år, varför vi nu även behöver verka mera långsiktigt.

I slutat av augusti kom så en annan mycket god nyhet; att frågan kring ST-utbildningen i Stockholm äntligen verkar ha fått en lösning genom att KS nu ges i uppdrag att öppna en utbildningsenhet inom ÖNH på Danderyds sjukhus. Vi gläds åt att förutsättningar nu skapas för en godkänd ST-utbildning även i Stockholm! Ett viktigt beslut och en framgång i linje med de förslag som lagts fram. Trägen vinner.

Med dessa goda ÖNH-nyheter i ryggen inleder nu styrelsen höstens arbete. I skrivande stund är det fortsatt augusti och höstens arbete har precis kommit igång, men när denna tidskrift distribuerats har styrelsen hunnit ha ett internat i början av oktober och verksamheten är i full gång.

Per von Hofsten,
ordförande Svensk förening
för Otorhinolaryngologi,
Huvud- och Halskirurgi
per.vonHofsten@sfohh.se



Vi har flera fokusområden inom styrelsearbetet, exempelvis ST-utbildningen, att värna en sammanhållen specialitet exempelvis genom ökad samverkan med våra intresseföreningar, samt utvecklade former för kommunikationsarbete. I det sistnämnda ligger en viktig uppgift för vår förening, både för att verka för ökad synlighet mot er som medlemmar, men också externt sett för att driva frågor som är viktiga för vår specialitet. Malin Wendt innehar det nya uppdraget i styrelsen som ledamot med kommunikationsansvar och jag ser stora möjligheter att utveckla detta område. Vi har ett gott stöd från bland annat Läkarförbundets kommunikationsavdelning och jag tror att ni kommer att uppleva föreningen som synligare framöver.

Sammanfattningsvis ser styrelsen fram emot ett spännande verksamhetsår. Jag vill också påminna om att vi givetvis värdesätter synpunkter och förslag som kommer in från er medlemmar. Ni är alltid välkomna att maila eller ringa mig eller någon annan i styrelsen om ni har några tankar eller funderingar kring föreningens verksamhet! ■

Per von Hofsten, ordförande SFOHH

Per.vonHofsten@sfohh.se

En förening för endoskopisk skullbaskirurgi är född!

Överläkare JERKER STIGARE och överläkare ADNAN LIDIAN, Akademiska Sjukhuset i Uppsala



Adnan Lidian och Jerker Stigare på ÖNH-operationsavdelning

DET SENASTE TVÅ DECENNIERNA har utvecklingen av den sinonasala endoskopiska kirurgin utvecklats till att även komma att omfatta de lesioner som engagerar själva taket i näs- och bihålorna, oftast benämnt "skallbasen" eftersom den av neurokirurger betraktas mer som golvet i den intrakraniella kaviteten. Traditionellt har patologiska och traumatiska förändringar som engagerar skallbasen opererats av neurokirurger genom transkranieellt ingrepp och av ÖNH-kirurger via incision i ansiktet, eller som ett kombinerat ingrepp.

Den endoskopiska FESS-kirurgins utveckling de senaste åren har skapat möjligheter att med samma teknik åtgärda även mindre benigna tumörer (till exempel hypofystumörer), likvorläckage, meningo-/encephalocele och även maligna tumörer engagerande skallbasen.

Endoskopisk skullbaskirurgi utvecklades först av dubbelspecialister i både neurokirurgi och ÖNH-kirurgi (exempelvis Aldo Stamm i Brasilien) och andra kollegor som såg möjligheterna att med denna kirurgi framgångsrikt operera patienterna med mindre morbiditet som följd. Speciellt i Pittsburgh i USA (neurokirurgen Kassam och ÖNH-kirurgen Snyderman) genomfördes en systematisk studie och utveckling av denna nya operationsteknik, vilken lett till fastställandet av en gyllene internationell standard för hur kirurgin skall tillämpas.

I Sverige har det också skett en kontinuerlig utveckling av den endoskopiska kirurgin parallellt med den internationella genom nära samarbete och kliniskt kunskapsutbyte. Vi, involverade kirurger vid universitetssjukhusen i Sverige, beslöt att träffas på Akademiska



Från vänster i bild: Mohammad Saadat, Ali Adnan, Konstantinos Roussos, Pär Stjärne, Pernilla Björnberg, Adnan Lidian, Jerker Stigare, Henrik Bergquist

sjukhuset i mitten av mars 2019 för att inventera omfattningen av denna kirurgi nationellt. I två dagar gick vi igenom hur kirurgin för närvarande används runt om i Sverige, vilka diagnoser som opereras, styrkor och begränsningar för kirurgin, hur tekniken används och den praktiska organisationen kring denna kirurgi vid de olika sjukhusen. Målet var att försöka uppnå en samstämmighet och rekommendation för när, hur och vid vilken typ av patologiska förändringar man bör använda sig av en endoskopisk operationsteknik. Som grund använde vi oss av de internationellt fastställda riktlinjer som redan existerar genom gemensamma utvecklingsarbeten i exempelvis Europa och USA, men med förhoppningen att uppnå nationellt detaljerade rekommendationer anpassade till den svenska hälso- och sjukvården.

Vi kan med glädje meddela att diskussionerna varit ytterst framgångsrika och att samtliga närvarande beslöt att formalisera samarbetet genom bildandet av en ny förening med inte bara ÖNH-kirurger med bred erfarenhet av endoskopisk kirurgi, utan även inbjudna neurokirurgiska kollegor, för att kunna fortsätta det påbörjade arbetet med beskrivning och kvalitetssäkring av denna ”nya” multidisciplinära kirurgiska teknik. Under det korta och kärnfulla namnet: ”Svensk

intresseförening för endoskopisk skullbaskirurgi” har en bas bildats för att monitorera och utveckla endoskopisk skullbasverksamhet i Sverige. Med ordet ”intresseförening” vill vi understryka föreningens ”intresse” i att övervaka så att denna teknik utnyttjas där behov finns, att yngre kollegor kontinuerligt utbildas och att en utveckling av tekniken kontinuerligt skall få ske i Sverige till en hög internationell nivå. För att uppnå detta krävs en samordning och kontinuerlig uppföljning som vi hoppas blir möjlig om alla inblandade kirurger samarbetar formellt.

Vi önskar alla att den bildade föreningens uttalade förhoppning om att stimulera utvecklingen och utbildningen av kirurger i denna teknik, och inte minst samarbetet mellan samtliga universitetssjukhus, kommer att kunna förverkligas i Sverige i samma positiva stämning och atmosfär som vi deltagare själva upplevde under de två dagar vi hade möjlighet att träffas och utbyta erfarenheter i Uppsala.

Svensk intresseförening för endoskopisk skullbaskirurg

Ordförande: Jerker Stigare

Vice ordförande: Henrik Bergquist

Kassör: Pernilla Björnberg

Sekreterare: Pär Stjärne



Adenoidektomi - varför och hur?

Håll utkik efter praxisenkäten!



Hanna Gerhardsson

ST- läkare HANNA GERHARDSSON, Öron-, näs- och halskliniken, Region Jönköpings län
Docent OLA SUNNERGREN, Jönköping, Ordförande Tonsilloperationsregistret
Professor ANN HERMANSSON, Lund, Vetenskaplig sekreterare ÖNH-föreningen

Alla medlemmar i ÖNH-föreningen kommer inom några få veckor få en kort enkät via mail. Enkäten syftar till att kartlägga praxis rörande adenoidektomi.

Adenoidektomi utförs som ensamt ingrepp eller tillsammans med annan operation, ofta en tonsilloperation eller rör i trumhinnan. Varje år görs över 8000 operationer, varav cirka en tredjedel är rena adenoidektomier [1]. Trots att operationen är så vanlig vet vi idag väldigt lite om på vilka indikationer operationen utförs i Sverige, vilka tekniker som används, hur vanligt det är med blödning efter operation, hur ont det gör efter operationen eller hur nöjda patienterna blir. Detta till skillnad från två andra vanliga ingrepp inom ÖNH: tonsill- och röroperationer, vilka är väl dokumenterade i kvalitetsregister.

En rad indikationer för adenoidektomi anges ofta internationellt: nästäppa, munandning, snarkning, se-rös mediaotit, recidiverande akut mediaotit, purulent rinit, sinuit, avvikande bett- och ansiktsutveckling och akut/kronisk adenoidit [2,3,4]. Några av dessa diagnoser känns främmande ur ett svenskt perspektiv. Hur ser det ut i Sverige?

Adenoidoperation har historiskt utförts med kallt stål (ringkniv), där blödning stoppats med kompression. De senaste åren har nya kirurgiska instrument introducerats. Gemensamt för dessa instrument är att de tillför värme (exempelvis koablation). Fördelar som ofta framförs för instrument som använder värme är kortare operationstid, mindre postoperativ smärta och minskad peroperativ blödning. Vi har idag god kunskap om vilka tekniker som används vid tonsillkirurgi och dess för- och nackdelar, men hur ser det ut för adenoidektomi?

Med tanke på hur vanligt det är med adenoidektomi och hur lite vi vet vill vi göra en kartläggning av praxis i Sverige. Ett syfte med kartläggningen är att utreda om det vore av värde att lägga till adenoidektomi i tonsilloperationsregistret (TOP). En stor del av registreringarna i TOP utgörs av kombinerad tonsilloperation och adenoidektomi (däremot registreras alltså inte barn som opereras med enbart med adenoidektomi).



Ringknivar

Tonsillerna och adenoiden är fysiologiskt sett en enhet och operationerna utförs oftast på samma indikation. Att lägga till adenoidektomi i tonsilloperationsregistret skulle möjliggöra uppföljning av indikation, teknik, komplikationer och utfall för denna viktiga del av den pediatrika ÖNH-kirurgin.

HÅLL UTKIK EFTER ENKÄTEN I DIN E-POST!

Vi vore tacksamma om alla ÖNH-läkare svarar, även de som inte till vardags gör adenoidektomier.

En praxis-enkät kring adenoidektomi kommer att skickas ut per mejl i november till alla läkare i ÖNH föreningen.

1. Pediatric adenoid surgery in Sweden 2004-2013: Incidence, indications and concomitant surgical procedures. Gerhardsson H, Stalfors J, Odhagen E, Sunnergren O. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol.* 2016 Aug; 87:61-6.
2. M Anniko, M Bernal-Sprekelsen, V Bonkowsky, PJ Bradley, S Iurato. *Otorhinolaryngology, Head and Neck Surgery*, Springer Berlin Heidelberg, Berlin, Heidelberg, 2010.
3. CW Cummings. *Cummings otolaryngology-head & neck surgery*, fourth ed., Mosby, St. Louis, 2005.
4. WG Scott-Brown, M Gleeson. *Scott-Brown's otorhinolaryngology, head and neck surgery*, seventh ed. Hodder Arnold, London, 2008

Vem var det som blödde, då?

LISA FORSLING, Koordinator och biträdande registerhållare, Nationellt kvalitetsregister för ÖNH-sjukvård
Docent OLA SUNNERGREN, Jönköping, Ordförande Tonsilloperationsregistret

Nu har ett nytt verktyg introducerats på Tonsilloperationsregistrets hemsida. Verktöget hjälper er att enkelt följa komplikationer och utfall.



1. Logga in

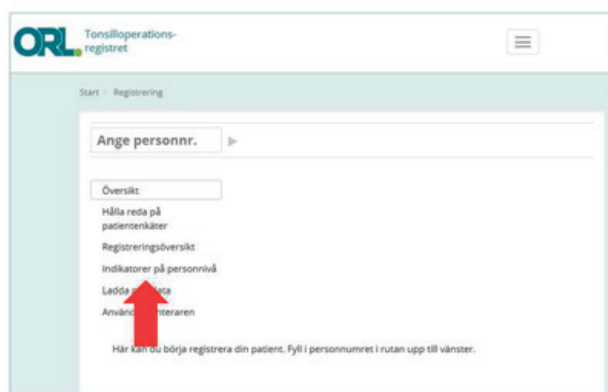


2. Klicka på "Registrering med mera"

Med verktöget identifieras patienter och grupper utifrån deras svar på några av registrets huvudindikatorer i patientenkäterna; inläggning pga. blödning, kontakt p.g.a. smärta och andel som anger att besvären är borta eller att de blivit ganska bra.

Verktöget hittar ni genom att efter inloggning klicka på knappen "Registrering med mera". Verktöget heter "Indikatorer på personnivå". För att komma åt verktöget behövs en personlig inloggning med SITHS-kort till registret.

Tonsilloperationsregistret innehåller mycket data som är värdefull för det lokala kvalitetsarbetet och registrets ledning arbetar aktivt med att återrapportera data till klinikerna. Återrapportering görs på flera olika sätt för att klinikerna ska få maximal nytta av att delta i registerarbetet. Den kanal som huvudsakligen används och som alltid är tillgänglig för varje klinik är registrets hemsida – orlqualitysweden.se (välj här Tonsilloperationsregistret).



3. Klicka på "Indikatorer på personnivå"

Här finns utöver det nya verktöget ständigt uppdaterad data, som både kan ses interaktivt och laddas hem som kliniktabeller. Registrets ambition är att alla kliniker enkelt ska komma åt sina kvalitetsregisterdata och kunna använda det för lokala uppföljningar och till förbättringsarbeten.

SÅ HÄR ANVÄNDER DU DET NYA VERKTYGET

Verktyget ”Indikatorer på personnivå” hjälper er att filtrera registreringarna utifrån sex variabler;

- Operationsdatum
- Ålder vid operation
- Operationsmetod
- Har du blivit inlagd på sjukhus på grund av blödning från halsen?
- Har du kontaktat sjukvården på grund av smärta efter operationen?
- Symtombefrielse efter operationen

Filtrering görs genom att skriva in ett kriterium i rutan med ett litet förstoringsglas ovanför respektive variabel. Alla variabler kan användas till filtrering samtidigt. Det innebär att ni till exempel kan filtrera fram alla sjuåringar som har opererats 2018, och som har inlagts för blödning samt vars situation inte har förbättrats avseende besvär.

En filtrering genererar en lista med personnummer. Genom att klicka på ett personnummer kommer ni direkt

in i registreringen som finns för operationen, och vill ni spara en filtrering finns funktioner att ladda ner listan som en Excelfil. Den går också att skriva ut på papper.

Tidigare har det inte varit möjligt att filtrera direkt i en kliniks databas. Det har bara kunnat göras genom att först ladda ner klinikkens registreringar i form av Excelfil eller .csv-fil. All data är fortfarande tillgänglig genom nerladdning, samtidigt som förhoppningen för verktyget är att det kommer underlätta arbetet med de vanligaste frågeställningarna. ■

Lisa Forsling

Koordinator och biträdande registerhållare, Nationellt kvalitetsregister för ÖNH-sjukvård

Registercentrum Västra Götaland, 413 45 Göteborg
www.orlqualitysweden.se
Tel. 072- 516 90 50

Ola Sunnergren

Ordförande Tonsilloperationsregistret
(ola.sunnergren@rjl.se)

INDIKATORER PÅ PERSONNIVÅ

Nedan visas en lista med indikatorer på personnivå. I sökrutorna ovanför respektive kolumn i listan kan du skriva ett sökvillkor och på så sätt filtrera listan. När du tar bort texten i sökvillkoren visas hela listan igen. Du kan också sortera genom att klicka på rubrikerna. Klickar du en gång till blir sorteringsordningen omvänd.
Förklaring av olika färger och texter i listan:

- Grön färg indikerar ett önskat utfall för indikatorn.
- Röd färg indikerar ett icke önskat utfall för indikatorn.
- Inte uppföljd betyder att den patientenkät som innehåller frågan som används till indikatorn inte är besvarad av patienten.
- Svar saknas betyder att just den fråga som används till indikatorn inte är besvarad i den bevarade patientenkäten.

Listan är filtrerad på Op datum.

Från:	1900-01-01	Till:	2019-07-30	Alla	Årets	Månadens	1 år	Skriv ut	Ladda ner
Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q
Person	Op.datum	Op.metod	Ålder vid op.	Återinl. blödning	Sökt smärta	Besvärfrihet			
20031062-7542	2018-07-30	TE	14	nej	ja	ja			
20150463-5440	2018-07-30	TTA	3	nej	ja	ja			
20160163-5418	2017-07-30	TEA	1	nej	nej	ja			
20160463-5449	2017-07-30	TEA	1	ja	ja	ja			
20110263-5446	2016-07-30	TT	5	nej	nej	nej			
5 rader av 5 visas									

Här är ett exempel på hur en fiktiv kliniks data kan se ut (personnumren som visas är låtsasnummer). En grov första filtrering är gjord genom att ha klickat på knappen "Alla" (mörk när aktiverad). En klinik med många registreringar visar per automatik alltid innevarande års registreringar (Årets) som förvalt läge.

INDIKATORER PÅ PERSONNIVÅ

Nedan visas en lista med indikatorer på personnivå. I sökrutorna ovanför respektive kolumn i listan kan du skriva ett sökvillkor och på så sätt filtrera listan. När du tar bort texten i sökvillkoren visas hela listan igen. Du kan också sortera listan genom att klicka på rubrikerna. Klickar du en gång till blir sorteringsordningen omvänd.

Förklaring av olika färger och texter i listan:

- Grön färg indikerar ett önskat utfall för indikatorn.
- Röd färg indikerar ett icke önskat utfall för indikatorn.
- Inte uppföljd betyder att den patientenkät som innehåller frågan som används till indikatorn inte är besvarad av patienten.
- Svar saknas betyder att just den fråga som används till indikatorn inte är besvarad i den bevarade patientenkäten.

Listan är filtrerad på Op datum.

Från:	1900-01-01	Till:	2019-07-30	Alla	Årets	Månadens	1 år	Skriv ut	Ladda ner
Q	2017	Q	Q	nej	Q	Q			
Person	Op.datum	Op.metod	Ålder vid op.	Återinl. blödning	Sökt smärta	Besvärsfrihet			
20160163-5418	2017-07-30	TEA	1	nej	nej	ja			
1 rader av 5 visas									

Här är en filtrering gjord för att identifiera de som har operationsdatum under 2017 och som har svarat Nej på frågan om inläggning för blödning. Alla registreringar har använts i filtreringen.

INDIKATORER PÅ PERSONNIVÅ

Nedan visas en lista med indikatorer på personnivå. I sökrutorna ovanför respektive kolumn i listan kan du skriva ett sökvillkor och på så sätt filtrera listan. När du tar bort texten i sökvillkoren visas hela listan igen. Du kan också sortera listan genom att klicka på rubrikerna. Klickar du en gång till blir sorteringsordningen omvänd.

Förklaring av olika färger och texter i listan:

- Grön färg indikerar ett önskat utfall för indikatorn.
- Röd färg indikerar ett icke önskat utfall för indikatorn.
- Inte uppföljd betyder att den patientenkät som innehåller frågan som används till indikatorn inte är besvarad av patienten.
- Svar saknas betyder att just den fråga som används till indikatorn inte är besvarad i den bevarade patientenkäten.

Listan är filtrerad på Op datum.

Från:	1900-01-01	Till:	2019-07-30	Alla	Årets	Månadens	1 år	Skriv ut	Ladda ner
Q	Q	Q	Q	Q	ja	Q			
Person	Op.datum	Op.metod	Ålder vid op.	Återinl. blödning	Sökt smärta	Besvärsfrihet			
20031062-7542	2018-07-30	TE	14	nej	ja	ja			
20150463-5440	2018-07-30	TTA	3	nej	ja	ja			
20160463-5449	2017-07-30	TEA	1	ja	ja	ja			
3 rader av 5 visas									

Här är en filtrering gjord för att identifiera de som svarat Ja på frågan kontaktat vården pga. smärta. Alla registreringar har använts i filtreringen.



SK-kurs: Den svåra luftvägen – hur gör vi?

En utmaning för både anesthesi och ÖNH-läkare

Datum:

27-30 april 2020

Plats:

Nya Karolinska Sjukhuset Solna,
Stockholm

Kursledare:

Åse Lodenius, överläkare
Remeo, Rkliniken AB, Sköndal

Alexandra Elliot, bitr. överläkare
Huvud-halscancer, NKS Solna

Johan Ullman, överläkare,
Perioperativ Medicin och
Intensivvård (PMI), NKS Solna

Kursadministratör:

Cecilia Moström

E-post: Cecilia.Mostrom@sll.se

Tfn: 072- 584 07 59

Målgrupp:

ST-läkare i anesthesi och ÖNH

Innehåll:

Kursen ger en teoretisk och praktisk genomgång av luftvägshantering och består av föreläsningar, seminarier, falldiskussioner och workshops (kirurgisk luftväg, bronkoskopi, ultraljud och videotekniker). Flertalet instrument aktuella på den svenska marknaden finns tillgängliga. Stor vikt läggs vid samarbete mellan anesthesi och ÖNH. Kursen ges i samarbete mellan Remeo, Sköndal och Karolinska Sjukhuset Solna.

Delmål som täcks:

Enligt 2015 års författning

Anesthesi:

a1,a3,b3,c1,c2,c3,c4,c5,c6 c9,c10

ÖNH: a1,b3,c1,c2,c4,c5,c6,c8,c11

Enligt 2008 års författning:

Anesthesi:1,2,3,4,5,6,9,10,13,14,15

ÖNH: 1,2,4,5,6,8,11

Avgift:

13.000:- + moms. Faktureras av SFAI Verksamheter AB.

OBS! Anmälan är bindande, även vid återbud äger kursgivaren rätt att debitera kursavgift.

Anmälan:

Sker via www.stairs.se

Senast 2020-02-14



Hyaluronan i respiratoriska papillom

ANNA HOLM, ST-läkare, Umeå universitetssjukhus

I samband med ÖNH-dagarna i Malmö i april delades SFOHHS pris för bästa föredrag ut till Anna Holm. Här kan alla som inte kunde höra hennes prisbelönta föredrag i alla fall läsa vad hon pratade om! Detta arbete har publicerats online 190218 i *Acta Oto-Laryngologica* med titeln: *'Hyaluronan in vocal folds and false vocal folds in patients with recurrent respiratory papillomatosis'*

Anna Holm, Urban Hellman, Claude Laurent, Göran Laurell, Karin Nylander & Katarina Olofsson (<https://doi.org/10.1080/00016489.2018.1500712>)



Anna Holm

VAD

Virus orsakar en mängd mer eller mindre allvarliga sjukdomar hos människa. I detta projekt har vi kartlagt Humant Papillomvirus (HPV) och Hyaluronan (HA) i olika molekyllära storlekar i stämveck (stämband) och falska stämveck (fickband) hos patienter med respiratoriska papillom (RRP). HPV infekterar vanligen stämvecken men HPV mRNA påvisas även i de falska stämvecken i 50% av fallen. HA är ett protein med viskoelastiska egenskaper, vilket krävs för en fungerade röst. Storleken på HA-molekylen är avgörande för dess funktion. Högmolekylärt HA har anti-inflammatoriska, anti-angiogena och immunsupprimerande egenskaper, medan låg-molekylärt HA har motsatt effekt.

MÅL

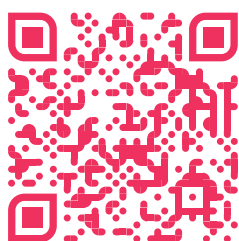
Vår avsikt var, genom att studera skillnaden mellan molekyler i falska och äkta stämveck, att kunna förklara varför RRP-vegetationer är mindre vanliga på de falska stämvecken, trots närvaro av HPV-mRNA.

HUR

Tjugofyra patienter med RRP undersöktes. Under en diagnostisk/terapeutisk operation togs biopsier från falska och äkta stämveck. Tolv prover undersöktes med GEMMA (gas-phase electrophoretic mobility molecular analysis) i syfte att bestämma HA-molekylens storlek och därmed egenskapen. Tolv prover analyserades histologiskt för att tydliggöra distributionen av HA och dess receptor CD44.

RESULTAT

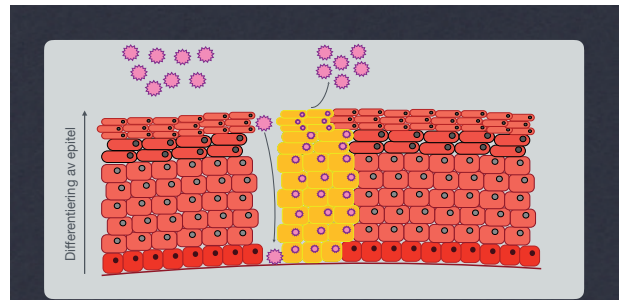
Både äkta och falska stämveck uttryckte högmolekylärt HA. Vår studie visade även uttryck av väldigt högmolekylär HA (vHMHA). vHMHA har tidigare påvisats hos nakenrätta och anses vara en av orsakerna till att den sällan utvecklar cancer. Förekomsten av vHMHA var mera varierande i de äkta stämvecken.



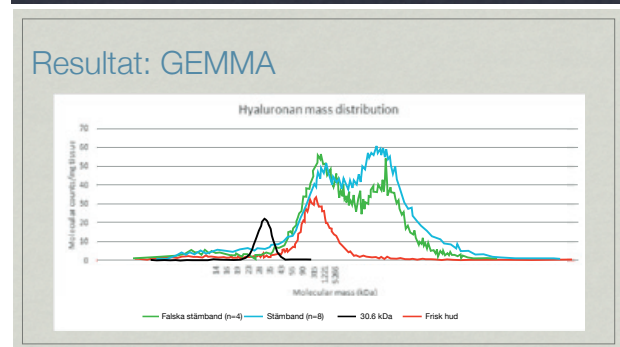
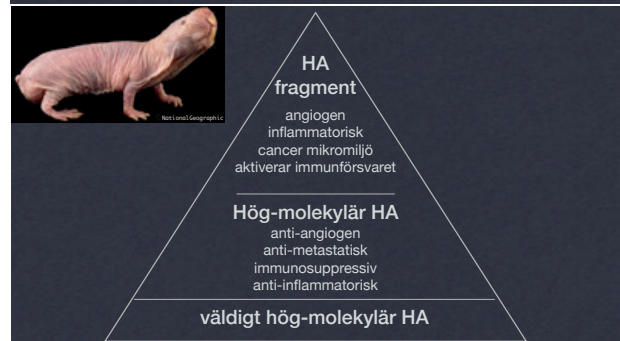
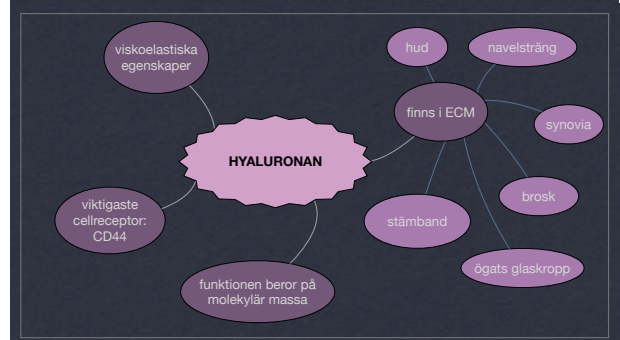
QR-kod till artikel, Journal Acta Oto-Laryngologica

RELEVANS

Fördelningen av vHMHA mellan äkta och falska stämveck kan utgöra en förklaring till varför RRP-lesioner är vanligare på de äkta stämvecken. Vi misstänker att den vHMHA vi hittade utgörs av HA som är korsbunden till en annan specifik molekyl (till exempel anti-alpha inhibitor). Det finns idag medicinsk möjlighet att påverka den korsbindning av HA som kan vara HPV inducerad med anti-TNF-alfa. Dessa spekulationer går i riktning mot ett medicinskt behandlingsalternativ till kirurgi av RRP. HA och CD44 uttrycktes inte på samma plats i vävnaden, vilket kan vara en av förklaringarna till varför man inte sett någon inflammatorisk reaktion i RRP. Ett intressant bifynd är att vi kunde se papillomvävnad i hälften av alla makroskopiskt friska falska stämband. ■



Schematisk illustration av HPV infektion



Från kaos till struktur

Cancerrehabilitering för patienter med huvud- och halscancer

ULRIKA FYRHAG, AGNETA HAGREN, kontaktsjuksköterskor, SUS, Lund

Förändrat utseende, otydligt tal och svårigheter att äta och dricka med de sociala konsekvenser som detta medför, är verklighet för många patienter som behandlats för huvud- och halscancer. Förutom de fysiska problem som kan uppstå av sjukdom och behandling blir cancerdiagnosen ofta en svår upplevelse där patient och närstående konfronteras med mycket rädsla och ovisshet.

Patienterna har stort behov av cancerrehabilitering som syftar till att ge patient och närstående stöd och förutsättningar att ha ett så bra liv som möjligt. Otillräcklig cancerrehabilitering kan leda till livslånga besvär och svårigheter för patienter att återgå i arbete.

På ÖNH-kliniken på SUS har det sedan många år funnits en välfungerande struktur för återbesök till läkare för cancerkontroll efter avslutad behandling. Dock saknades ett systematiskt arbetssätt för cancerrehabilitering. Ulrika Fyrhag och Agneta Hagren, som arbetar som kontaktsjuksköterskor, har genomfört ett förbättringsarbete där målet är att erbjuda alla patienter cancerrehabilitering. I förbättringsarbetet har patienter, personal och representanter från Mun- och halscancerförbundet deltagit.

FÖRBÄTTRINGSARBETET HAR RESULTERAT I FÖLJANDE:

- Alla patienter erbjuds cancerrehabiliteringssamtal i samband med återbesök till läkare vid tre och sex månader efter avslutad behandling. Inför återbesöken fyller patienten i en hälsokattning och en individuell rehabiliteringsplan utformas tillsammans med patienten.
- En informationsbroschyr som innehåller patientens vårdplan med information om behandling och dess effekter, rehabilitering samt egenvårdsråd och kontaktuppgifter.
- Informationsfilmer om sväljningsträning, gapträning och axelrörlighetsträning. Filmerna finns lättillgängliga på YouTube.

Genom en strukturerad cancerrehabilitering kan eventuella komplikationer, akuta inläggningar och onödiga utredningar undvikas. Att arbeta strukturerat sparar tid.

Förbättringsarbetet har uppmärksammats i Region Skåne och har tilldelats Inspirationspriset för patientsäkerhet och kvalitet 2019, samt Diabasens hederspris 2018, ett pris för goda resultat inom den offentliga vården. ■

Är post-operativa stämbandskontroller nödvändiga efter sköldkörtel-/bisköldkörtelkirurgi om den intraoperativa neuromonitoreringen tyder på normal funktion av nervus laryngeus recurrens?

TACEDDIN CICEK, Specialistläkare, ÖNH-kliniken Centralsjukhuset i Kristianstad

BAKGRUND

Sjukdomar i thyroidea och parathyroidea behandlas i många fall med kirurgi.¹ Trots att incidensen av cancer i thyroidea ökar, är benign åkomma den vanligaste orsaken till thyreoideakirurgi.² Blödning och hypokalce-mi är exempel på två komplikationer som kan uppstå, men skada på nervus laryngeus recurrens (NLR) och åtföljande stämbands pares är den mest fruktade. Skada kan uppstå genom att nerven delas, bränns, tänjs eller utsätts för tryck. Ensidig NLR-skada ger heshet och påverkar livskvaliteten. Skada på båda sidors nerver ger bilateral stämbands pares med obstruktion av luftvägarna, och i de flesta fall blir det nödvändigt med en trakeostomi. I en ny granskning uppskattas att tillfällig och permanent stämbands pares sker i genomsnitt hos 9,8 % respektive 2,6 % av de opererade.³

Standardmetoden för att identifiera och förhindra skada på NLR har varit att direkt visualisera nerven, men på senare tid har det i många länder blivit vanligt att använda intraoperativ neuromonitorering (IONM).² Syftet med IONM är att identifiera NLR under operationen för att underlätta för kirurgen i samband med dissektionen.¹

Operationsstrategin hos de flesta som använder IONM-systemet är att man mäter signalen från N. vagus innan dissektionen av sköldkörteln eller bisköldkörtlarna påbörjas. Signalen verifierar att IONM systemet fungerar och att man kan lita på en negativ signal. Anledningen till att man vill ha en signal från N. vagus och inte bara från NLR är att man härigenom testar hela nervbanan och därmed undviker en potentiellt falsk negativ signal genom att stimulera en skadad NLR distalt om skadan. När dissektionen är klar stimulerar man åter N. vagus för att testa om NLR är intakt.⁴

På sjukhuset i Kristianstad använder vi nervmonitoreringssystemet Medtronic NIM® 3,0. Detta är ett system som baseras på att man har en endotrakealtub

med elektroder på ytan, vilka placeras vid stämbanden. Dessa elektroder registrerar elektromyografi (EMG) från stämbanden. När kirurgen stimulerar N. vagus eller NLR med stimulatorproben sker det en depolarisering av musklerna i stämbanden. Detta registreras av elektroderna på endotrakealtuben, och informationen skickas vidare i systemet, varpå resultatet visas på en EMG-monitor.⁴

Vid normalt tal varierar amplituden i stämbands-EMG mellan 100-800 uV. Amplituden representerar antalet fibrer som medverkar i depolariseringen. Förlust av signal definieras som en signal från N. vagus som är mindre än 100 uV, och om sådan föreligger är risken för nervskada stor.

Orsaker till falskt negativ signal (ingen signal men normal stämbandsfunktion) kan vara:

- Förskjutning av endotrakealtuben.
- Blod/vävnad som täcker den stimulerade nerven.
- Neuromuskulär blockad.

Orsaker till falskt positiv signal (normal signal men postoperativ stämbands pares):

- Skada på nerven har inträffat efter den normala signalen.
- Stimulering av distala delen av nerven som är skadad.
- Stämbands pares på grund av icke-kirurgiska komplikationer, exempelvis larynxödem orsakat av intubationen.⁴

I en fransk prospektiv studie från 2015 undersökte man huruvida det finns en korrelation mellan minskad aktionspotential och utveckling av postoperativ stämbands pares. Studien visade att en relativ minskning på mer än 61% av amplituden från N. vagus när dissektionen var avklarad jämfört med före var associerad med risk för stämbands pares (sensitivitet 89%, specificitet

95%). Studien visade också att om den relativa amplituden efter jämfört med före dissektion var större än 61% så var risken för stämbands pares i princip noll.⁴ I en annan retrospektiv studie från 2014 undersökte man korrelationen mellan amplituden av aktionspotentialen av NLR efter dissektion och stämbandsrörligheten omedelbart postoperativt. Denna studie visade att intraoperativ nervmonitorering med EMG ger en tillförlitlig prediktion på postoperativ stämbands pares med en precision på 99,1% när man använde en gräns på 200 uV. Man fick dessutom fram ett negativt prediktivt värde på 99,9%, det vill säga en överväldigande sannolikhet för att skada på NLR inte föreligger om det finns en signal på minst 200 uV. I de fall man fick en signal på under 200 uV efter dissektion på ena sidan av thyroidea så var risken för ensidig stämbands pares över 70%.⁵

SYFTE

Syftet med denna studie var att undersöka om man kan avstå från postoperativa stämbandskontroller hos de patienter där man har fått normal signal (>200uV) från N. vagus när dissektionen av thyroidea/parathyroidea är avslutad.

METOD

På sjukhuset i Kristianstad utförs cirka 100 thyroidea- eller parathyroideaoperationer årligen. Journalerna på patienter som opererats mellan januari 2014 och december 2016 gicks igenom. Alla typer av operation på thyroidea/parathyroidea inkluderades det vill säga cancerkirurgi, tyreotoxikos, adenom med mera. De patienter som exkluderades var de som genomgått operation utan nervstimulator samt de där det inte fanns någon postoperativ amplitud för n. vagus angivet i operationsberättelsen. Dessutom exkluderades de som hade en stämbands pares preoperativt. Totalt inkluderades 246 patienter i studien.

I journalerna hämtades data från vårdtillfället då patienten genomgick sin operation, inklusive information gällande de pre- och postoperativa stämbandskontrollerna samt information om den peroperativa signalen från N. vagus. Operatörerna avslutar alltid operationen med att kontrollera om det finns en normal signal från N. vagus eller inte efter avslutad dissektion och detta dokumenteras i slutet av operationsberättelsen. I Kristianstad är definitionen av normal signal en EMG-amplitud på över 200 uV, således har det förutsatts att amplituden varit minst 200 uV om operatören angivit att signalen från N. vagus varit normal.

RESULTAT

Under studieperioden thyroideaopererades totalt 287 patienter på Centralsjukhuset i Kristianstad, varav 246 inkluderades i studien. Anledningen till exklusion var

att det saknades information om postoperativa värden från n.vagus (32 patienter), att NIM-stimulatorn inte fungerade (6 patienter) och att det förelåg en preoperativ stämbands pares (3 patienter). I tabellen nedan ses en sammanställning av de patienter som inkluderades.

	Stämbands pares	Normal stämbandsrörlighet
Ingen signal	11	14
Normal signal	2	418

Tabell 1. Korrelation mellan postoperativ nervmonitorering och postoperativ stämbandsrörlighet (avser antal mätta nerver/stämband)

Från tabellen kan sensitivitet, specificitet, positivt och negativt prediktivt värde beräknas.

- Sensitiviteten det vill säga andelen av de patienter med nedsatt stämbandsrörlighet som identifieras korrekt via nervmonitorering, var 85%.
- Specificiteten det vill säga andelen av de patienter med normal stämbandsrörlighet som identifieras korrekt genom nervmonitorering, var 97%.
- Det positiva prediktiva värdet, det vill säga sannolikheten att de som inte hade någon nervsignal efter dissektion också verkligen hade stämbands pares, var 44%.
- Det negativa prediktiva värdet, det vill säga sannolikheten att de med normal signal också hade normal stämbandsrörlighet, var 99,5%.

Från tabellen kan det utläsas att det totalt utvärderades 445 nerver i studien. Av dessa hade 420 nerver en normal signal postoperativt medan 25 nerver hade nedsatt eller ingen signal. Av de med normal signal uppvisade 418 stämband normal rörlighet och två nedsatt rörlighet. På motsvarande sätt rörde sig stämbanden normalt i 14 fall och sämre/inte alls i 11 fall när den postoperativa signalen varit nedsatt eller obefintlig.

DISKUSSION

Resultaten visar att om NIM-stimulatorn visar normal signal från N. vagus postoperativt är det med överväldigande sannolikhet så att nervus laryngeus recurrens är intakt och att stämbanden rör sig normalt. Endast i två fall förelåg normal nervsignal i kombination med dålig stämbandsrörlighet. Vid uppföljande undersökning av dessa patienter hade stämbandsfunktionen återkommit en månad efter operationen utan någon som helst behandling från logoped. Man skulle alltså kunna hävda att de 420 stämband som undersöktes med fiberskop efter operation och där signalen mot slutet av opera-

tionen hade varit normal undersöktes i onödan eftersom samtliga stämband rörde sig normalt vid kontroll efter en månad. Man kan därför, menar vi, känna sig trygg med att endast utföra postoperativa stämbandskontroller hos de patienter som har nedsatt (<200 uV) eller ingen signal postoperativt. Detta skulle betyda att de flesta patienter inte behöver träffa en öron-, näs- och halsläkare efter operation och således slipper en, för många, besvärlig fiberskopi-undersökning samt att öron-, näs- och halskliniken sparar mottagningsbesök till andra patienter som behöver det bättre.

Vår tanke är att man framöver endast utför postoperativa stämbandskontroller på de patienter där man inte har fått någon signal från N.vagus eller där signalen är nedsatt. I vårt material skulle det under perioden januari 2014 – december 2016 ha inneburit att vi endast hade kontrollerat 25 nerver (stämband) istället för de 445 nerver som faktiskt undersöktes, alltså endast 5,6 procent av de patienter som genomgick thyroidea/parathyroidea-kirurgi hade behövt genomgå en kontrollundersökning.

KONKLUSION

Denna studie visar att man endast behöver utföra postoperativa stämbandskontroller hos de patienter där man har nedsatt (<200 uV) eller ingen signal från N.vagus postoperativt. Under den treårsperiod som studien är baserad på hade ingen patient stämbands pares vid kontroll efter en månad om de hade haft en normal signal från N.vagus mot slutet av operationen. Vi menar därför att man tryggt kan undvara stämbandsundersökningar hos patienter med normal signal, och härmed spara både tid och lidande för patienten. ■

Referenser

- 1) Danschutter SJR, Schreinemakers JM, Smit LHM, Van der Laan L, Nuytinck HKS. *Thyroid Surgery and the Usefulness of Intraoperative Neuromonitoring, a Single Center Study*. Journal of Investigative Surgery. 2015; 28:86-94.
- 2) Smith J, Douglas J, Smith B, Dougherty T, Ayshford C. *Assessment of recurrent laryngeal nerve function during thyroid surgery*. Ann R Coll Surg Engl. 2014; 96: 130-135.
- 3) Klopp-Dutote N, Biet-Hornstein A, Guillaume-Souaid G, Strunski V, Page C. *Intra-operative neuro-monitoring of the vagus nerve during thyroidectomy. A prospective study*. Clin Otolaryngol. 2016; 41: 454-460.
- 4) Randolph GW, Dralle H, Abdullah H, Barczynski M, Bellantone R, Brauckhoff M, et al. *Electrophysiologic Recurrent Laryngeal Nerve Monitoring During Thyroid and Parathyroid Surgery: International Standards Guideline Statement*. The Laryngoscope. 2011; 121: 1-16.
- 5) Genther DJ, Kandil EH, Noureldine SI, Tufano RP. *Correlation of Final Evoked Potential Amplitudes on Intraoperative Electromyography of the recurrent Laryngeal Nerve with Immediate Postoperative Vocal Fold Function After Thyroid and Parathyroid Surgery*. JAMA Otolaryngol Head Neck Surg. 2014; 140(2): 124-128.

Välkommen till Örebro och ÖNH-dagarna 26-29 maj 2020!

Programmet släpps och anmälan öppnar i november.

Läs mer på www.onhdagar.se



ÖNH
DAGAR

ÖREBRO 26-29 MAJ 2020

Att höra men inte förstå

Erfarenheter av utredning av APD, auditiv bearbetningsstörning

KARIN STENFELDT, Överläkare, specialist i hörsel- och balansrubbningar

Bild: JONAS LINDSJÖ, Leg logoped

Öron-, näs- och halsmottagning audiologi, Skånes universitetssjukhus i Lund

Vid audiologiska mottagningen på Skånes universitetssjukhus i Lund har vi utrett barn för auditiv bearbetningsstörning (Auditory processing disorder, APD) under tio års tid. Vi arbetar i ett team med läkare, logoped och audionom. Att arbeta tvärprofessionellt kring denna patientgrupp är nödvändigt.

HUR YTTRAR SIG APD?

Vid auditiv bearbetningsstörning har barnet svårt att tolka vad personer säger i svårare lyssningsmiljöer, såsom i buller. Barnet kan ha svårt att följa långa instruktioner, blir lyssningstrött eller kan ha svårt att lokalisera ljud. Ofta berättar barnen att de inte hör vad läraren säger när det är stökigt i klassrummet. Det kan ju var och en känna igen, men de här barnen har så uttalade problem att de under många år inte förstått vad som sägs i klassrummet. De har ofta utvecklat egna strategier, såsom att fråga en kompis eller läraren vad de ska göra. Många gånger har de fått höra att de "inte lyssnar", vilket bekräftats av att barnen presterar normala tonaudiogram. Men just att barnen har normala tonaudiogram är en av definitionerna på APD – att skälen till lyssningssvårigheterna inte går att förklara med andra orsaker, som till exempel perifer hörselnedsättning eller kognitiv nedsättning. Samtidigt kan det vid APD finnas en samsjuklighet med andra tillstånd, såsom ADHD/ADD, autism, dyslexi och språkstörning. Vid dessa tillstånd kan man ha liknande auditiva svårigheter som man har vid APD.

DEFINITION

Det finns inte en enhetlig internationell definition av APD. Olika länder har samlat expertis och utformat egna policydokument. Vi har utgått ifrån det amerikanska dokumentet från American Academy of Audiology

(AAA)[1]. Dess utgångspunkt är en så kallad bottom-up-syn, där man förlägger orsaken till störningen i det auditiva nervsystemet. I hjärnstammen sker ett intrikat processande av de mycket informationsrika och snabba auditiva signalerna, där nervsignaler skickas mellan omkopplingsstationer i ipsi- och kontralaterala banor i ett nätverk av banor och loopar. Vid APD kan man identifiera att vissa auditiva förmågor är svaga. Dessa förmågor är enligt AAA tidsprocessande (uppfatta korta pauser i brus), försvårat tal, ljudlokalisering, auditiv diskriminering, auditiv mönsterigenkänning (korta, långa, ljusa, mörka toner) och dikotiskt lyssnande (att kunna sammanfoga och separera information från vänster och höger öra) [1].

APD-TEAM

Prevalensen av APD är mycket osäker och siffror varierar, men kanske 2-3 % av alla barn är drabbade, och det är en övervikt av pojkar (2:1). I Sverige har inte APD uppmärksammats alls i den utsträckning som behövs. Utredning av APD bedrivs på få orter och vi har inga svenska prevalenssiffror. För att utreda barn med misstanke om APD behövs engagerade personer som samlar kunskap och genom nätverkande bygger upp ett team. I Lund har teamet byggts upp på just det sättet, enskilda yrkesutövare har sett behovet och börjat samarbeta. Glädjande nog har logoped och psykologer som utreder barn för dyslexi och neuropsykiatriska



APD-teamet i Lund: Jonas Lindsjö (logoped), Lucas Holm (audionom), Malin Lindgren (logoped), Karin Stenfeldt (audiolog)

funktionshinder, samt skolhälsovård, specialpedagoger och kommunernas hörselpedagoger visar stort intresse och samarbetar med oss kring barnen.

UTREDNING

Vi utreder barn från 9 år och uppåt beroende på att testbatteriet är så pass krävande att barnet behöver ha nått en viss mognad. Utredningen startar med att barnet träffar audionom för objektiva och psykoakustiska hörseltester: ton- och talaudiometri, tal i brus, OAE samt hjärnstamsaudiometri. Utredningen är till för att se om det finns en perifer hörselnedsättning och för att utesluta auditiv neuropati (vilket inget av barnen hittills har haft!). Många gånger har barnet ett sänkt resultat på tal i brus, men det är inte en nödvändighet för APD-diagnos.

Sedan sker ett läkarbesök med en omsorgsfull anamnes kring hörselproblemen och livssituationen. Om patienten visar sig ha svårigheter som inte överensstämmer med APD, eller om svårigheterna kan förklaras på annat sätt, avslutas utredningen. Likaså önskar vi att utredningar angående ADHD/autism/ dyslexi genomförs före vår utredning i de fall det finns skäl att utreda det-

ta. Anamnesen kompletteras förstås med ÖNH-status, men även med översiktligt otoneurologiskt status och med grovkraft, balans, koordination. Vidare fyller barnet och förälder i ett frågeformulär med frågor kring hörselproblem.

I nästa fas utförs tester som mäter central auditiv bearbetningsförmåga, språkförmåga och auditivt arbetsminne [2, 3]. Hos oss är det logoped som utför dessa tester. De centrala auditiva förmågor som testas följer policydokumentet från AAA, som tidigare nämnts [1]. Att vi också testar språkförmåga är för att delar av testbatteriet för APD är språkligt belastat och vi får en referens angående barnets språkliga färdigheter. Testet kan också indikera en språkstörning som behöver utredas ytterligare.

TOLKNING OCH DIAGNOSSÄTTNING

För att uppfylla kriterier för diagnosen APD ska minst två centrala auditiva förmågor vara signifikant nedsatta och att det passar in i en helhetsbild av barnets besvär. Vidare ska barnens svårigheter att lyssna inte kunna förklaras av andra orsaker. Om barnet har dåligt resultat på många eller samtliga tester får barnet

inte diagnosen APD, eftersom svårigheterna då bedöms vara mer generella. Vi är också försiktiga med att sätta diagnos APD om vi misstänker andra neuropsykiatriska funktionshinder som bör utredas.

SAMMANSTÄLLNING FRÅN LUND

Sedan 2015 har vi fått in 82 remisser, det vill säga ungefär två per månad. De flesta remisser kommer från skolhälsovården, från kliniken internt, andra ÖNH-mottagningar, men även från logopedmottagningar och psykologer. En mindre del är egenremisser och en liten ström av remisser kommer från Hörselenheten (pedagogiska hörselvården), barnhabiliteringen och BUP. Bland de remisser som inkommit har vi ställt diagnosen APD i 54% av fallen (Fig 1). I 52% av fallen har barnet en isolerad auditiv störning som förklaring till problemen (Fig 2). I övriga fall finns en samsjuklighet där läs- och skrivsvårigheter dominerar (Fig 3). Få av barnen med APD i vårt material har ADHD/ADD eller autism. Det kan förklaras av att vi ofta inte utreder barn som redan har dessa diagnoser, utan att vi efter en noggrann anamnes som bekräftar hörselproblemen ser det som en del av barnets andra diagnos. Åtgärder för att förbättra hörselsituationen i skolan ska förstås ändå vidtas. Att så många barn har dyslexi kan bero på att remisser kommer från logopeder, vilka utreder dessa barn, och i deras utredning har barnets auditiva förmågor varit svaga eller svårtolkade. Om det uppstår frågor kring auditiva svårigheter under dyslexiutredningen så utreder vi barnet. Detta är viktigt eftersom barn med dyslexi ofta får inläsningshjälp och muntliga prov. Ett förvånande resultat i vårt material är övervikten av flickor (Fig 4), tvärtemot internationella data. Det är intressanta data att titta närmare på.

EFTER DIAGNOS

När barnet är utrett samråder logoped och läkare kring diagnos. Logopeden träffar familjen tillsammans med pedagog från skolan om familjen önskar. Det är viktigt att ljudmiljön optimeras. Att förbättra signal/brus-förhållandet gör stor nytta. Pedagogiska åtgärder är viktiga, såsom att barnet ser ansiktet på den som pratar i god belysning, att barnet har blivit förberett på vad lektionen ska handla om, sammanfattningar och andra viktiga hörselstrategier. Här har kommunens hörselpedagog en viktig roll. Man kan arbeta med kompensatoriska mekanismer såsom minne, syn, uppmärksamhet och språk. På svenska finns ännu inga träningsprogram för att stärka de auditiva processerna.

Vår erfarenhet är att det är viktigt för barn med APD att få en diagnos. De åtgärder man sätter in, samt den förståelse barnet och omgivningen får efter informationen har stor betydelse för barnet. Möjligheterna att utreda barn med APD behöver utökas i Sverige. Vi behöver utveckla tester och normalmaterial för olika åldrar. Likaså behövs validerat träningsmaterial och förbättringar i skolan för barnen. Det är vår förhoppning att fler tvärprofessionella APD-team bildas runt om i Sverige och att fler barn kan få hjälp! ■

Referenser:

1. American Academy of Audiology. *Diagnosis, Treatment and Management of Children and Adults with Central Auditory Processing Disorder*. 2010. Elektronisk resurs (besökt 190828): https://audiology-web.s3.amazonaws.com/migrated/CAPD%20Guidelines%208-2010.pdf_539952af956c79.73897613.pdf
2. Hällgren M, Johansson M, Larsby B, Arlinger S. *Dichotic speech tests*. *Scand Audiol* 1998;27 Suppl 49:35–39.
3. Pedersen ER, Dahl-Hansen B, Christensen-Dalsgaard J, Brandt C. *Implementation and evaluation of a Danish test battery for auditory processing disorder in children*. *Int J Audiol*. 2017;56:538-549.

Fig 1 Hur många av barnen som remitteras till oss får diagnos APD?

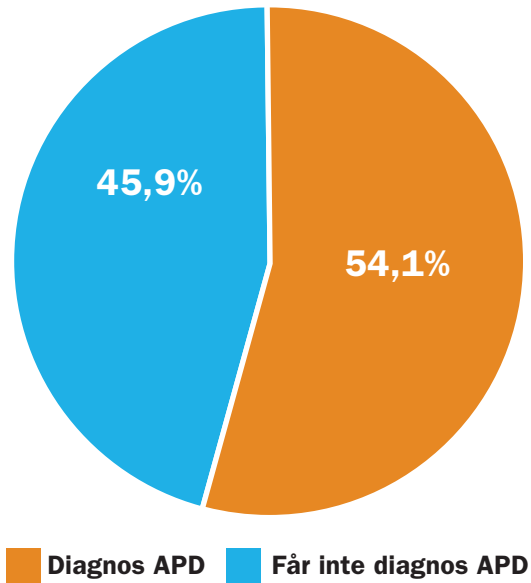


Fig 2 Hur många av barnen som får diagnos APD har också annan form av problematik, samsjuklighet?

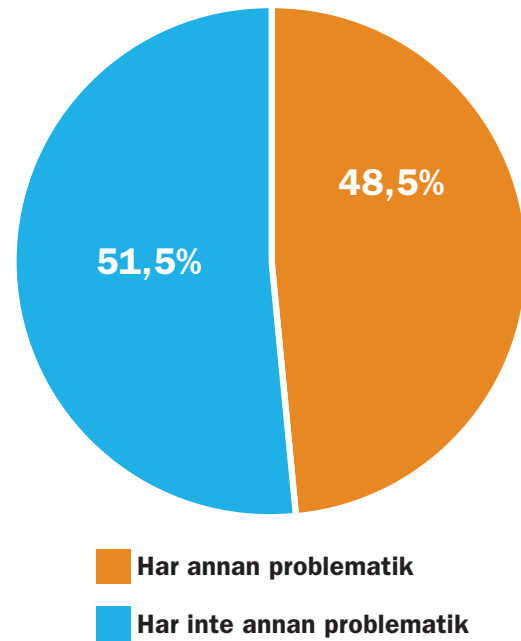


Fig 3 Typ av annan problematik/samsjuklighet hos barnen som fått APD-diagnos

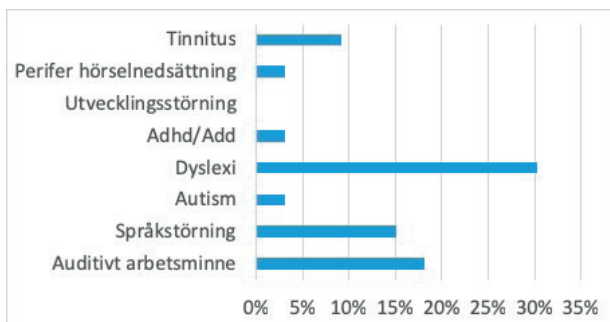
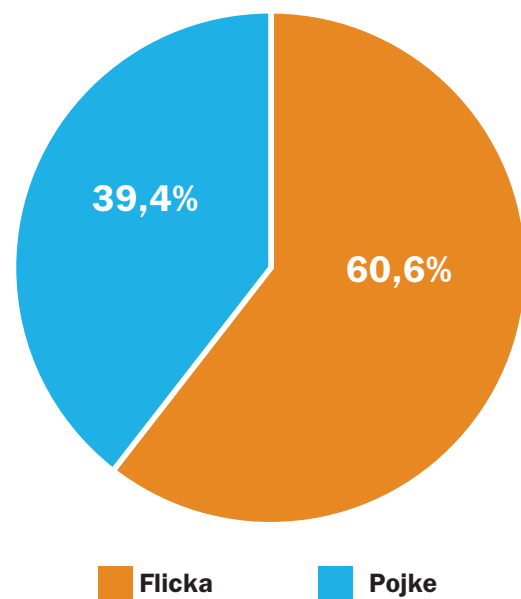


Fig 4 Könsfördelning



Årets Holmgrenföreläsning

MARIE GISSELSSON-SOLÉN, Överläkare ÖNH-kliniken Skånes universitetssjukhus

På ÖNH-dagarna i Malmö i våras hölls årets Holmgren-föreläsning av professor Martin Burton från Oxford. Han är förvisso ÖNH-läkare, men det var kanske inte främst som ÖNH-kollega han pratade, utan snarare för att han är en av två ordförande för Cochrane (tidigare the Cochrane Collaboration).

Att Cochrane är en organisation med högt förtroende-kapital och att artiklar med Cochranes logo (som ju föreställer en så kallad forest plot, ett sätt att grafiskt visa resultatet av en meta-analys) betraktas som hög-kvalitativ forskning vet nog de flesta, men – handen på hjärtat – hur väl insatt är egentligen gemene doktor i vad Cochrane egentligen håller på med?

Cochrane etablerades 1993 i Storbritannien av Iain Chalmers. Organisationen fick sitt namn efter Archie Cochrane (1909-1988). Cochrane var en skotsk läkare som tjänstgjorde, först i brittiska ambulansskåren under spanska inbördeskriget, och sedan inom brittiska armén under andra världskriget. Hans erfarenheter under kriget fick honom att reflektera över hur mycket (eller snarare hur lite) av de behandlingar soldaterna erbjöds som egentligen hade vetenskapligt stöd. Han beskrev bland annat att det inte fanns någon som helst evidens för någon av de behandlingar som man gav mot tuberkulos, och att han ibland var rädd att de medicinska insatserna förkortade patienternas liv snarare än tvärtom. Efter kriget läste Cochrane en utbildning i folkhälsa vid London School of Hygiene and Tropical Medicine. Han publicerade 1972 skriften *Effectiveness and Efficiency: Random Reflections on Health Services*, vilken fick stort genomslag. I denna bok pekar Cochrane ut den randomiserade kliniska studien som grundpelaren i medicinsk forskning, och han argumenterar vidare för att kunskap inhämtad från sådana studier sedan måste sammanställas i systematiska översiktsartiklar.

Cochrane arbetar alltså för att beslut inom hälso- och sjukvården ska vara understödda av högkvalitativ och uppdaterad evidens. Kunskapen ska inhämtas systematiskt och på ett oberoende sätt, fritt från industrin. Cochrane arbetar för evidensbaserad medicin framför allt genom att sammanställa forskningsresultat från randomiserade kliniska studier i systematiska översiktsartiklar. Dessa är inte bara till för att stödja kliniskt beslutsfattande, utan det är också viktigt att man utvärderar tillgänglig kunskap innan man påbörjar nya kliniska studier så att man inte ger sig på en ny studie inom ett område där forskningsfrågan egentligen redan



Martin Burton föreläser

är besvarad. I sitt föredrag på ÖNH-dagarna berörde Martin Burton detta genom att visa att man egentligen kunde ha slutat att göra studier syftande till att besvara huruvida streptokinas ökar överlevnaden efter hjärtinfarkt flera år tidigare än man faktiskt gjorde, bara någon hade bemödat sig att sammanställa resultaten från de studier som redan fanns. Då hade man långt tidigare kunnat se att evidensen för streptokinasets positiva effekt var övertygande, och på så vis kunnat spara både människoliv och pengar!

Cochrane är alltså en helt fristående organisation. Huvudkontoret finns i Oxford, Storbritannien, men det finns 11.000 medlemmar och 68.000 stödmedlemmar från 130 länder i hela världen. Det finns åtta nätverk (ämnesområden) av *Cochrane Review Groups*. I 43 länder finns det finns officiella Cochrane-grupper, vilka representerar organisationen i respektive land, arbetar för att den evidens som står att hämta i Cochranes publikationer implementeras i vården, samt stöder Cochranes medarbetare i landet. Vidare har Cochrane 11 tematiska områden med kontor på olika ställen i världen. Dessa tematiska områden syftar till att titta på en viss dimension av hälso- och sjukvården snarare än en viss sjukdom eller ämnesområde. Slutligen finns

det 17 olika metodologiska grupper. Mer än hälften av Cochranes styrelse väljs av Cochranes medlemmar. De återstående utses av styrelsen men måste godkännas av medlemmarna. Cochranes styrelse har två ordförande, varav Martin Burton alltså är den ena. Vem som helst kan bli stödmedlem i Cochrane, och om man sedan bidrar aktivt till verksamheten kan man bli fullvärdig medlem.

The Cochrane Library är ett bibliotek bestående av en samling databaser, varav den mest kända kanske är *the Cochrane Database of Systematic Reviews*. I *the Cochrane Library* finns i dagsläget cirka 7500 systematiska översiktsartiklar. Målet är att the Cochrane Library ska vara tillgängligt utan kostnad för så många som möjligt, och idag kan 3.7 miljarder människor världen över läsa publikationerna gratis. De sammanfattningar som inleder varje Cochrane-review översätts till 14 språk. Cochrane tillhandahåller också utbildningar och olika typer av elektroniska verktyg som underlättar för den som ska göra en systematisk översiktsartikel. Cochrane samarbetar med en sådan aktör som Wikipedia för att sprida kunskap, och idag ligger Cochrane-reviews till grund för 80% av WHO:s behandlingsriktlinjer.

Trots att Sverige har ett välutvecklat sjukvårdssystem och att antalet publicerade randomiserade kliniska prövningar per invånare är bland de högsta i världen har Sverige saknat ett nationellt Cochrane-center, även om det funnits ett nordiskt center i Köpenhamn. Sverige har också valt att inte ge invånarna fri tillgång till



Medarbetare vid Cochranes svenska kontor; Dina Muscat Meng, Minna Johansson och Matteo Bruschetti

the Cochrane Library, utan den forskare som vill läsa en Cochrane-review får hämta den via sitt universitets- eller sjukhusbibliotek på samma sätt som andra vetenskapliga publikationer. Jämfört med andra länder

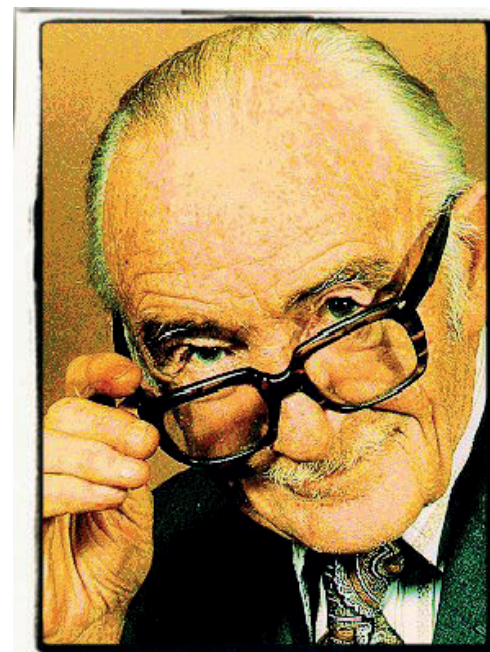
har systematiska översiktsartiklar traditionellt inte värderats lika högt i Sverige som "ny" forskning. Till exempel tillåter många lärosäten inte att systematiska översiktsartiklar ingår i avhandlingar eller docenturansökningar.

För två år sedan öppnade dock Cochrane Sweden sitt kontor i Lund. Detta nationella Cochrane-center får för närvarande stöd av HTA-enheten vid Skånes universitetssjukhus och av medicinska fakulteten vid Lunds universitet. När jag en varm dag i juli träffar Cochrane Swedens direktör, den italienske neonatologen Matteo Bruschetti, berättar han stolt att medicinska fakulteten i Lund nu som första universitet i världen gjort det obligatoriskt för de nya medicinstudenterna att gå en Cochrane-utbildning. Denna består av en elektronisk läromodul som varje student gör på egen hand. Steg för steg tar den studenten genom de olika delarna av processen i att skriva en systematisk översiktsartikel. Att medicinstudenterna på detta sätt på ett tidigt stadium lär sig att utvärdera litteraturen systematiskt är förstås en väldig tillgång för dem i framtiden.

Cochrane Sweden erbjuder diverse kurser i Cochrane-metodologi, och har också ett så kallat *Cochrane International Mobility Programme* där medarbetare från andra länder kan komma till Sverige och arbeta under en tid och vice versa.

Vad gör man då om man själv vill engagera sig i Cochrane eller rentav skriva en översiktsartikel, frågar jag Matteo Bruschetti. Han föreslår att man kontaktar honom själv eller någon av hans medarbetare, och att man sedan börjar med att gå en kurs i Cochrane-metodologi. Cochrane Sweden organiserar kurser i hela landet, alltifrån basala till avancerade. All information står att finna på centrets hemsida.

Så – med tanke på att vi i Sverige så nyligen fått ett eget Cochrane-center var det passande att den ÖNH-läkare som basar för denna världsomspännande organisation kom hit och föreläste. ■



Archie Cochrane

Mobil distansdoktor

MATS E NILSSON,
fd överläkare ÖNH Östersund (1983 -?)

I obygderna mellan Kiruna och finska gränsen bodde en ung kvinna, som fick ont i halsen. Svalgodlingen var negativ. Med mobilens hjälp togs en bild av svalget, vilken sändes till patientens mor.

Mor satt just då i möte i Östersund, 80 mil söderut. Ordförande vid detta möte var öron-, näs- och halsläkare. Vederbörande tittade på bilden och rekommenderade färd till närmaste ÖNH-läkare, vilket var i Luleå, 40 mil enkel resa. Tid gavs till patienten nästa dag, en lördag kl 11.00. Det som på bilden såg nekrotiskt ut visade sig vara en torkverad polyp. Denna borttogs raskt, varefter patienten reste hem samma dag, botad från sitt onda. PAD visade benign polyp.

Med modern teknik överlever vi i norr, 180 mil norr om Lund.



Kurs i teknisk audiologi

SMAF (Svensk medicinsk audiologisk förening) anordnar kurs i teknisk audiologi 27- 28 januari 2020 i Malmö.

Kursen är i första hand för ST-läkare i hörsel- och balans, men även audiologer och ÖNH-läkare med intresse för audiologi är välkomna.

Mer information om kursen och anmälan finns på föreningens hemsida: <https://slf.se/smaf/>



Svensk Medicinsk
Audiologisk Förening

SPUR

EVA ELLEGÅRD,
Överläkare, Hallands sjukhus Kungsbacka

Hans första SPUR-inspektion var 1996 i Falun, och nu slutar han. Åke Davidsson är vår förenings mästerringmästare. Självtillärd av Pålle Jeppson har han lärt upp många av oss andra. Åke har många erfarenheter och idéer som han generöst har delat med sig av och han har genom åren sett hur ST-utbildningens kvalitet huvudsakligen gått framåt. Under många år drog han det tyngsta lasset som samordnare för vår SPUR-grupp. På senare tid har han oftast inspekterat tillsammans med rutinerade Mats Holmström.



Mästerringmästare Åke. Foto: Mats Holmström

Även Magnus Järholm slutar som inspektör. Elina Mäki Torkko kommer framöver att koncentrera sig på inspektion av audiologi. För foniatri har vi adjungerade inspektörerna Katarina Olofsson och Gunnar Björck.

NYA RAPPORTER BLIR POÄNGLÖSA

Lipus har inför hösten 2018 låtit Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd styra betygssättningen på de olika avsnitten i SPUR-protokollet på ett ännu striktare sätt än tidigare. Det medför att de betygs-bokstäver A-D, som nu delas ut inte är jämförbara med dem som delats ut tidigare. Vi i ÖNHs SPUR-grupp har av denna anledning beslutat oss för att sluta översätta bokstäverna till poäng.



De åtta avsnitten i bedömningen är som tidigare:

- Verksamheten
- Medarbetarstab och interna kompetenser
- Lokaler och utrustning
- Tjänstgöringens uppläggning
- Handledning och uppföljning
- Teoretisk utbildning
- Medicinsk vetenskap och kvalitetsarbete
- Ledarskapskompetens och kommunikativ kompetens

DE NYA BETYGEN:

- A. Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd följs. Övriga kvalitetsindikatorer är uppfyllda, men enstaka undantag kan förekomma.
- B. Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd följs.
- C. Socialstyrelsens föreskrifter följs. Allmänna råd följs i väsentliga delar men brister förekommer. Åtgärder rekommenderas.
- D. Brister har påvisats vad gäller följsamheten till Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd. Åtgärder krävs.

För de olika avsnitten i bedömningen är inte alltid alla fyra betygsgrader möjliga.

Vid ett D (underkänt) finns i vissa fall möjlighet för kliniken att inom 3 månader genomföra förbättringar och presentera en åtgärdsplan, som i så fall kan innebära att betyget höjs till C, men inte högre.

Den nya, striktare betygssättningen kan innebära att klinikerna får svårare att få godkänt, särskilt på avsnitten "Medicinsk vetenskap och kvalitetsarbete" och "Ledarskap och kommunikativ kompetens". Dessa tillhör de allmänna delmålen och ska således bedömas på samma sätt oavsett specialitet, och är med andra ord inte specifika för ÖNH.

Vi vill här ge exempel på hur ovanstående mål kan uppnås:

1. "ST-läkarnas kompetens i medicinsk vetenskap bedöms fortlöpande och återkoppling sker".

Ett sätt att uppfylla denna föreskrift kan vara återkommande kritisk artikelgranskning med feedback. Det innebär inte artikelreferat, utan att samtliga deltagare läst samma artikel, som man går igenom kritiskt med avseende på studiens metodologi och resultatutvärdering.

Även årliga specialistkollegier där varje ST-läkare diskuterar avseende kompetens i medicinsk vetenskap är värdefulla.

2. "ST-läkarnas kompetens i kvalitetsutveckling bedöms fortlöpande och återkoppling sker."

Här räknas aktivt deltagande i framtagande/revidering av vårdprogram och patientinformation inklusive feedback på ST-läkarens insats vid till exempel handledarsamtal.

3. "ST-läkaren ges kontinuerlig handledning i kommunikativ kompetens."

Handledaren kan ge feedback vid journalläsning i samband med exempelvis sittrönder och instruktionstillfällen, samt vid vidimering av epikriser. ST-läkaren kan medverka vid gemensam remissbedömning.

4. "ST-läkarens kompetens i ledarskap bedöms fortlöpande och med återkoppling."

Ledarskap tolkas här inte som inskränkt till chefsuppdrag, utan i vid mening, så som det utövas av läkare i det dagliga arbetet. Detta kan bedömas genom direkt observation under kliniskt arbete, via sit-ins, träning i simulerad miljö, 360-graders bedömning och med återkoppling på specialistkollegium minst årligen.

INSPEKTIONSRAPPORTER:

Jag måste först be om ursäkt för att jag hade med inaktuell information i förra artikeln i ÖNH-tidskriften angående audiologi i Kalmar, där man efter kompletterade information fick godkänt: BAA CBB CA.

Göteborg

ÖNH 170912-14 ADB DDA AB.

Reinspektion 180904-05: ACB CCA AB.

Styrkor: Nyttillträdd, engagerad och aktiv studierektor som regelbundet uppdaterar ST-läkarnas utbildningsplaner i klinikgemensamt dokument. Kompletta kliniker som har goda förutsättningar att kunna erbjuda en god ST-utbildning. Goda förutsättningar för vetenskapligt arbete och handledning. God stämning på kliniken. Positiv inställning till externa kurser. Teoretisk utbildning i VG-regi är omfattande och uppskattad. "Sit-ins" och ST-kollegium används regelbundet.

Reinspektion 2018: Man har under året genomfört en genomgång av dagens operationsprogram på morgonen så att ST-läkarnas medverkan kan planeras.

Svagheter: ST-kontrakt saknas i många fall. Få handledare med adekvat handledarutbildning. Varierande aktivitetsnivå bland vissa handledare avseende handledarmöten. Dokumentation av handledarsamtal saknas i de flesta fall. Många ST-läkare och handledare upplever att produktion prioriteras före utbildning. ST-läkarna saknar ibland tillgång till kompetent kollega. Detta är särskilt problematiskt när ST-läkare utan tidigare ÖNH-erfarenhet arbetar med dagjournsmottag-

ning. Uppföljning av teoretisk utbildning kan förbättras. Detta gäller främst litteraturstudier. Operationsplaneringen för ST-utbildning kan optimeras. Det finns brister i uppföljning avseende kirurgisk utveckling vid olika sektionsplaceringar. Uppföljning av ledarskap och kommunikativ förmåga bör förbättras. Det finns ett hot mot kliniken i form av minskad verksamhet på operation och vårdavdelning på grund av sköterskebrist. Ett annat hot är att den för ST-utbildningen viktiga basala verksamheten kan komma att minska på grund av eventuell utflyttning av vård till vårdval. Flera ST-läkare upplever brister i utbildningsklimatet.

Reinspektion 2018: ST-kontrakt har tillkommit och handledarna har fått adekvat utbildning. Handledarnas aktivitetsnivå har diskuterats på kliniken och viss förbättring har skett av dokumentationen. Övriga svagheter kvarstår. Vissa ST-läkare upplever sig stressade på operation, då personalen vill avsluta ingreppen snabbt.

Förbättringspotential: Handledare som saknar handledarutbildning, bör genomgå sådan. Somliga handledare behöver på ett tydligare sätt följa upp praktiska och teoretiska färdigheter. Feedback från ST-kollegiet kan göras mer tydlig. En tillgänglig specialist med reducerad verksamhet bör finnas på mottagningen som stöd för ST-läkarna. Tillgängliga operationsresurser bör tillvaratas bättre för utbildningsändamål. Detta gäller den basala kirurgin i Mölndal, Frölunda, Sahlgrenska och på Östra sjukhuset, där specialister generellt bör operera fyrhänt med ST-läkare. Vid operationsplanering bör hänsyn tas till ST-läkare som operatörer. Sektionsplaceringarna kan förbättras genom att utse delhandledare som följer ST-läkarens progress under placeringen. ST-läkaren bör under sektionsplaceringen ha mottagning och operationsinnehåll som motsvarar sektionens verksamhet samt tjänstgöra parallellt med specialist från sektionen. Aktuell litteratur kopplad till sektionens verksamhet kan sammanställas. Ledarskap bör utvärderas systematiskt vid avdelningsplacering och amanuensskap och vara föremål för feedback till ST-läkaren. Denna punkt kan vara stående vid ST-kollegier, liksom utvärdering i kommunikativ förmåga. Det embryo till journal clubs som nu finns bör formaliseras. ST-läkare eller studierektor bör ingå i ledningsgruppen. Introduktion av nya läkare på mottagning och operation kan förbättras avseende information om kompetensnivå.

Reinspektion 2018: I nuläget rekommenderas ST-läkarna att individuellt ta kontakt med vårdplanerarna men det vore sannolikt bättre om fyrhänt kirurgi fanns inbyggt i operationsplaneringen. Introduktionsprogrammet har förbättrats under året. Kliniken befinner sig i ett utsatt läge med personalbrist och resursproblem. Detta påverkar arbetsmiljön negativt avseende ST-läkarnas arbetssituation, men påverkar även övriga medarbetare negativt. En fördjupad analys av detta bör ske och åtgärdsprogram skapas inom snar framtid. På

mottagningen bör det skapas utrymme hos någon senior kollega för handledning av yngre läkare. Detta kan ske genom att 3-4 mottagnings-tider per mottagningspass stryks hos vederbörande. Det är uppenbart att flera mycket seniora kollegor är operatörer. Dessa borde under sina sista tjänstgöringsår i större utsträckning användas som handledare/assistenter på operation. Att "släppa kniven vidare" borde genomföras i större utsträckning. Den vetenskapliga diskussionen kring vardagliga medicinska frågor kan förbättras.

Lund/Malmö 181010-12

ÖNH DAA ACA DA. Efter åtgärdsplan CAA ACA CA

Audiologi AAA AAA DA. Efter åtgärdsplan AAA AAA CA

Bristande mängd basal ÖNH. Bedömning och återkoppling av ST-läkarnas kompetens i vetenskap och kvalitetsutveckling sker i viss omfattning men inte konsekvent.

Styrkor: Gott utbildningsklimat. Bra stöd till ST-läkarna i det kliniska arbetet inklusive jourtjänstgöringen. Det finns en regelbundenhet avseende teoretisk utbildning samt god dimensionering av denna, och det sker schemalagt. Det finns en bred klinisk kompetens och ett bra formellt ramverk avseende ST. Studierektorsrollen är tydlig och ges tid och utrymme. Studierektor är mycket engagerad och deltar regelbundet i ledningsmöten. Det finns en bred vetenskaplig kompetens. ST-kollegier hålls regelbundet.

Svagheter: Brist på basal kirurgisk ÖNH-sjukvård. Denna brist kompenseras inte till fullo av tjänstgöringen i Trelleborg i dess nuvarande omfattning. Detta gör att det är tveksamt att en läkare utan tidigare ÖNH-erfarenhet påbörjar sin ST på kliniken. Jourbördan är betydande och betungande för ST-läkarna. Den operativa verksamheten är för närvarande reducerad och begränsad i relation till det stora antalet läkare under utbildning. Bland annat har en vårdplatsneddragning bidragit till minskad operationsvolym. Möjligheten till tillräcklig kirurgisk träning under ST blir därför begränsad.

Förbättringspotential: Ökad volym av basal ÖNH-sjukvård är nödvändig för att målbeskrivningen för ST ska kunna uppfyllas. Tjänstgöring vid enhet som bedriver tillräcklig volym av basal ÖNH-sjukvård bör läggas i början av ST och som minimum utgöra 12 månader. Auskultation vid enhet som bedriver sömnapnévård rekommenderas. Sektionsvisa rekommendationer avseende inläsningslitteratur (se exempelvis Balansmottagningen) för finnas. En namngiven handledare bör tillsättas på varje sektionsplacering. Samtliga operationer bör ses som utbildningstillfällen för fyrrhänt kirurgi. En ökad dokumentation av handledarsamtalen bör ske. Strukturerad återkoppling av ledarskap, kom-

munikation och pedagogisk förmåga ska lämnas efter amanuensskap. Arbetsgivaren har en förväntan om 6 skriftliga utvärderingar/år. Utvärderingsinstrument (Mini-Cex, DOPS, 360, sit-in) är väl kända men kan i större utsträckning användas för att följa riktlinjerna. Journal clubs kan i större utsträckning inriktas på bedömning av artiklars vetenskapliga kvalitet.

Audiologi: Kontinuerlig tjänstgöring om minst 50% på audiologen är en förutsättning för ST-läkare i audiologi att nå utbildningsmålen.

Åtgärdsplan från kliniken (kortad sammanfattad version):

Under 2018 har möjligheterna till placering (mottagning och operation) i Trelleborg ökat, så att ST-läkarna kan vara där 4 dagar per vecka. Varje år finns det utrymme för två ST-läkare att placeras 6 månader var i Trelleborg. I Region Skånes nya organisation knyts Ystad närmare SUS. Varje ST-läkare kan där få ytterligare 6 månaders basal ÖNH, inklusive OSAS och kirurgi. Privata Specialistläkarna i Lund tar också gärna emot varje ST-läkare vid ÖNH-kliniken under 2-4 veckor för fördjupning i sömnapnéverksamhet.

Genom denna tjänstgöring kan alltså ST-läkarna få 12 månaders basal ÖNH utanför den egna kliniken plus några extra veckors arbete med sömnapnépatienter. Vi kommer att sträva efter att sprida ut dessa tjänstgöringar under ST-tiden så att man inte får all basal ÖNH under en och samma tidsperiod. Detta i kombination med jouren på hemmakliniken, vilken i högsta grad är att betrakta som basal ÖNH, och med den begränsade basala kirurgi som utförs på SUS, torde innebära att den basala ÖNH-verksamheten inte bara blir en punktinsats under ST.

Undersökningar av esofagus (tryck- och pH-mätningar) finns inte på kliniken, men väl på sjukhuset, såsom påpekas i granskningsrapporten. Under foniatrion får ST-läkarna gå tillsammans med esofagusintresserad foniatrer och delta i tolkningen av dessa undersökningar.

Medarbetarsamtal med samtliga anställda genomförs årligen samt vid behov. Ett förbättrat chefsstöd till klinikkens sektionschefer infördes hösten 2018, vilket underlättar genomförandet av medarbetarsamtalen, både genom att avlasta cheferna med bokning av tider och genom kontroll av att de faktiskt genomförs.

Under det gångna året har SR påmint samtliga ST-läkare som varit på randningar på anestesi, plastikkirurgi och käkkirurgi om att fylla i SUS utvärderingar, som ska diskuteras och följas upp i samband med handledarsamtalen.

ST-läkarna får alla två veckor avsatta för att genomföra sitt kvalitetsarbete, som ofta utförs i samarbete med andra personalkategorier och redovisas såväl skriftligt

som muntligt på kliniken samt utvärderas av handledaren för projektet.

Andelen regelrätta artikelgranskningar på journal club har sedan granskningen ökat rejält.

För det vetenskapliga arbetet avsätts 10 veckor. Flera av ST-läkarna är doktorandanmälda. Detta ger goda möjligheter till kontinuerlig uppföljning av deras kompetens, både i sakfrågor och i vetenskapligt förhållningssätt, även av annan än den kliniska handledaren.

Tidigare har det hållits två specialistkollegier under vars och ens ST, sedan 2018 är detta utökat till tre. Den enkät som inför dessa fylls i av alla specialister innehåller även uppgifter om ST-läkarens förmåga till vetenskapligt och kritiskt förhållningssätt.

Karlstad 181109-10

AAA ACA DC. Efter åtgärdsplan AAA ACA CC

Styrkor: Stabil väl sammanhållen klinik med bredd i kompetensen. Tillräckligt antal specialister i förhållande till antal ST. Alla specialister har handledarutbildning och är positiva till det. Verksamhetschefen är läkare. Engagerad studierektor. God stämning på kliniken, alla trivs. ST-läkarna är aktiva i utbildningen av randande distriktsläkare och kandidater. Det finns en positiv inställning till kurser och kongresser. Vetenskaplig kompetens finns på kliniken. Bra utvärderingsinstrument finns och används.

Svagheter: Icke schemalagd handledning. Möjlighet till 4-händig kirurgi utnyttjas ej fullt ut. Otillsatta läkartjänster medför ökade produktionskrav på kvarvarande läkare. Inläsningstiden inför specialistexamen riskerar att dras in som en följd av att tilldelad tid för egenstudier inte utnyttjas till fullo för rätt ändamål. Oklara produktionskrav på mottagningen för hur snabbt man förväntas ha lika många patienter som en specialist.

Förbättringspotential: Styr upp innehållet i ST-tiden (det som i läkarschemat rubriceras ST). Gör upp ett schema i början av varje termin/schemaperiod tillsammans med handledaren. Sätt till exempel upp en litteraturlista (artiklar/böcker), och bocka av tillsammans med handledaren när olika saker utförts. Se över lämpliga auskultationsmottagningar/operationer för att få fördjupning i till exempel handläggningen av patienter med kronisk otit. Schemalägg handledarsamtalen. Schemalägg deltagande i SVF-mottagning för ST. Låt ST-läkarna delta i remissgranskning tidigt och planerat, dels som läromoment, dels för att hitta lämpliga ST-fall. Inför journal club. Inför strukturerade placeringar med inriktning mot till exempel rinologi och otologi, både avseende kirurgi och mottagningsarbete. Planlägg delmål H (ledarskap/kommunikation) med exempelvis moment som att följa verksamhetschefen och ha sit-in när ST undervisar. Glöm inte att dokumentera.

Åtgärdsplan från kliniken:

Handledning och uppföljning: Från januari 2019 har ST-läkarna schemalagd handledningstid 1-2 ggr/mån. Handledare och ST har informerats om att innehållet i ST-tiden ska planeras tydligt. Under våren 2019 kommer en plan att utarbetas för hur vi handlägger problem med eventuella ST som riskerar att inte klara målen.

Medicinsk vetenskap och kvalitetsarbete: Var 4:e vecka kommer ST-läkare att granska en vetenskaplig artikel som sedan presenteras på internutbildning. Vi kommer också att schemalägga tid för "Journal Club" på läkarmöte ett par gånger/termin. Vi kommer att införa DOPS 2 ggr/halvår där ST-läkarens kompetens i kvalitetsutveckling också kan bedömas.

Ledarskapskompetens och kommunikativ kompetens: ST-läkaren kommer att i större omfattning än tidigare handleda annan vårdpersonal på avdelning och mottagning, samt hålla i utbildning för vårdpersonal under deras APT i samarbete med specialist. ST-läkaren har redan nu schemalagda pass som dagbakjour under handledning av specialist från och med år 3. De introducerar också kandidater på ÖNH-kliniken i samband med deras VFU hos oss, samt har sit-in med studenterna under handledning.

Jönköping 181115-16

ÖNH AAA ABA DC.

Efter åtgärdsplan AAA ABA CC

Audiologi AAA ABA AC

Styrkor: Allsidig verksamhet och bred kompetens. Lättillgänglig hjälp av husjour. God tillgång till basal kirurgi. Utbildningsinriktat arbetsklimat. Utbildningsintresserade ledningsfunktioner. Schemalagd handledar- och studietid. Välorganiserad extern randning. Kopplade mottagningar och "bredvid-placering". Bra introduktionsprogram. Vid noterade brister sätts åtgärdsprogram in.

Svagheter: Underutnyttjad undervisningsmöjlighet på operation. På gränsen till för få specialister relaterat till antal ST. Loggboken underutnyttjad. Bristande möjlighet att utveckla kompetens i medicinsk vetenskap. Låg volym på tracheotomier.

Det saknas tillräcklig handledning och verksamheten är dessutom inte organiserad på sådant sätt att den duger för en god audiologutbildning, något som kliniken klokt insett, varför man utbildar sin blivande audiolog på regionklinik.

Förbättringspotential: Inför mer detaljerade individuella utbildningsplaner. Inför rondarbete vardagar för ST. Mer fyrehändig kirurgi. Inför Journal club och artikelreferat. Utnyttja remiss-granskningen som utbildningstillfälle.

ÖNH underkändes avseende Medicinsk vetenskap och

kvalitetsarbete på grund av att det inte fanns någon formell fortlöpande bedömning av ST-läkarnas kompetens i medicinsk vetenskap.

Åtgärdsplan från kliniken: Från och med januari 2019 har vi infört Journal club varannan fredagmorgon. Journal clubs är obligatoriska för ST-läkare, men även övriga läkare på kliniken förväntas delta. Det finns ett schema publicerat på vårt intranät över vem som vid varje tillfälle har ansvar för att ta fram artikeln. En av ST-läkarna ansvarar för att uppdatera schemat. Artikeln kommer sedan att diskuteras och granskas efter en särskild mall för kvalitetsgranskning av vetenskapliga studier. På detta sätt anser vi att vi nu uppfyller Societalstyrelsens föreskrift avseende fortlöpande bedömning av ST-läkarens kompetens i medicinsk vetenskap och att återkoppling sker.

Skövde december 2018, komplettering till ÖNH-inspektionen november 2017.

Audiologi ACB BCC BA

Styrkor: Drygt 50% av basutbildningen görs på audiologisk universitetsklinik. Tjänstgöringen på hemmaplan är starkt audiologiskt profilerad. Regelbundna teamträffar med övrig hörselvård i Skövde. Huvudhandledare audiolog och lättillgänglig.

Svagheter: För att fungera och vidmakthålla en god audiologisk kompetens krävs en multiprofessionell miljö, som saknas på hemmakliniken. Att ibland vara på HVC förbättrar detta något men egentligen finns en fullgod miljö enbart på våra universitetskliniker. För modern yrseldiagnostik/utbildning saknas framför allt v-HIT men också i viss mån c-vemp.

Förbättringspotential: Ge ST ordentligt med självstudietid, då litteratur och artikelstudier hittills varit något eftersatt. Införskaffa v-HIT, som av yrseexperter idag anses som det viktigaste instrumentet i utredningar, förutom klinisk bedömning och video-Frenzel.

Läs de kompletta SPUR-rapporterna på Lipus hemsida!

På hemsidan hittar du lätt våra rapporter, sök bara på specialitet.

SPUR-inspektörer: Johan Knutsson, Mats Holmström, Thomas Eriksson, Serge Padoan, Rut Florentzon, Marie Ryding, Elina Mäki Torkko, Anna Hafström, Karin Rahm Björnelid, Lotta Hessén Söderman, Ola Sunnergren, Daniel Nordanstig, Eva Ellegård. ■

Årets avhandlingar

ANN HERMANSSON, Överläkare, professor, ÖNH-kliniken, Skånes universitetssjukhus

DIANA BERGGREN, Överläkare, professor, ÖNH-kliniken, Universitetssjukhuset i Umeå



PÅ ÖNH-DAGARNA 2019 hade vi glädjen att presentera "Årets avhandlingar", alltså de avhandlingar som presenterats av ÖNH-läkare under året som gått sedan senaste mötet (2018/2019).

Det är en mycket trevlig uppgift eftersom den "tvingar" oss att faktiskt gå igenom alla dessa fantastiska och inspirerande arbeten. Vi kan bara rekommendera fler att göra det!

Idag kan man lätt komma åt alla avhandlingar på respektive universitets hemsida om man inte vill maila författaren och be om ett exemplar! Få saker gör en nydisputerad så glad, så vi rekommenderar att ni gör det sistnämnda om ni blir intresserade av att läsa mer!

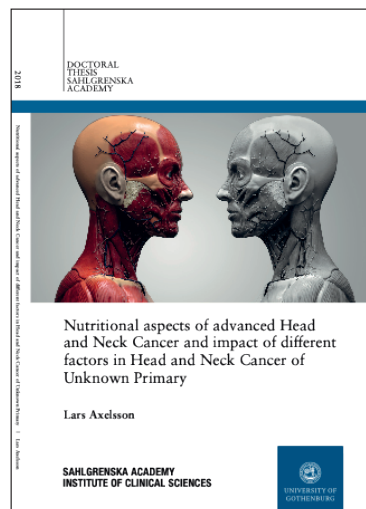
Som vanligt är skörden av arbeten varierad och kommer från olika lärosäten, berör olika ämnen och är mer eller mindre kliniskt inriktade. Gemensamt är att alla väcker intresse och tillför ny kunskap. Det känns uppmuntrande och kommer förhoppningsvis att inspirera fler att studera stora sammanhang - och små detaljer. Ingen annan gör detta om vi inte gör det!

Det skulle behövas flera nummer av tidskriften för att i detalj beskriva varje arbete, så vi ger bara en snabb sammanfattning av vad som presenterades och rekommenderar varmt "självstudier".

Först i alfabetisk ordning kommer **Lars Axelsson** från Sahlgrenska akademien som presenterade avhandlingen: *Nutritional aspects of advanced Head and Neck Cancer and impact of different factors in Head and Neck Cancer of Unknown Primary*.

Handledare har professor Eva Hammerlid, också från Göteborg, varit och opponent var Eva Munck Af Rosenschöld Wikland från Karolinska Institutet, Stockholm.

I flera olika studier undersöktes patienter med avancerad cancer i huvud- halsregionen. Sväljningsfunktion, möjligheter att finna nya metoder för att förutsäga förloppet (vad vet ni om fasvinklar?) och förekomsten av HPV vid huvud-halscancer med okänd primärtumör, liksom olika behandlingsmetoder redovisas. Här finns



mycket att hämta för oss alla, och många viktiga uppslag för framtiden.

Från Karolinska Institutet utgick avhandlingen av **Alexandra Elliot**: *Inverted papilloma and sinonasal malignancies in Sweden*. Handledare har professor Pär Stjärne, också Stockholm, varit och opponent var professor Valerie Lund från University College London.

Även här diskuteras HPV-infektion och dess betydelse för förekomst och prognos. Antalet tumörer i näs- bihålör förefaller ha minskat något, medan maligna melanom ökar, liksom antalet diagnostiserade fall av inverterat papillom. Alexandra citerar Mark Twain när hon inleder med att konstatera "I'm glad I did it, partly because it was worth it but mostly because I shall never have to do it again", vilket många säkert kan instämna i. Vi är glada att du gjorde det, Alexandra!

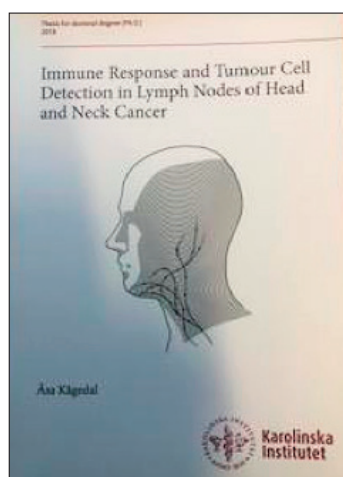
Från Sahlgrenska akademien utgick nästa avhandling skriven av **Erik Odhagen**: *Tonsil surgery. Studies on surgical methods and potoperative haemorrhage*. Handledare har docent Joacim Stalfors, också Göteborg, varit och opponent var docent Mikael Karlberg från Lunds Universitet.

I avhandlingen identifieras riskfaktorer för kompli-

kationer som är möjliga att förebygga vid tonsilloperation. Detta är viktigt särskilt eftersom det i Sverige genomförs ungefär 13.500 tonsilloperationer årligen! Syftet var också att jämföra postoperativa komplikationer och risk för reoperationer efter TT och TE hos barn och olika operationsmetoder.

Tillbaka till Karolinska institutet där **Andreas Kaiser** försvarade sin avhandling: *Auditory organotypic cultures and progenitor cell implantation*. Handledare var docent Petri Olivius från Uppsala Universitet, och opponent var professor Diana Berggren från Umeå Universitet.

Det finns hörselskadade patienter som trots framsteg inom medicin och teknik, inklusive CI, inte uppnår en god hörsel. Det är för dessa patienter som en transplantation av celler till hörselsystemet skulle kunna bidra till hörselrehabilitering. Avhandlingen ger en detaljerad beskrivning av hur olika celler som kan vara möjliga för transplantation beter sig i den undersökta hjärnstamsmiljön där hörselbanornas nervceller finns.

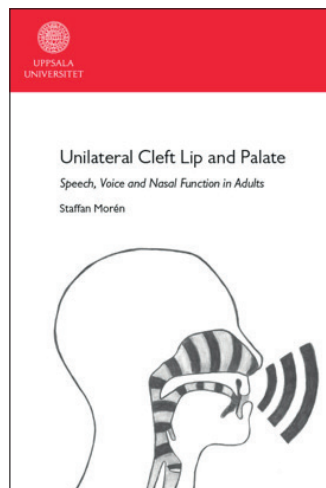


Från Karolinska institutet utgick också **Åsa Kågedal** avhandling: *Immune Response and Tumour Cell detection in lymph nodes of Head and neck cancer*. Handledare har professor Lars Olaf Cardell, också Stockholm, varit och opponent var professor Gustav Ullenhag från Uppsala Universitet.

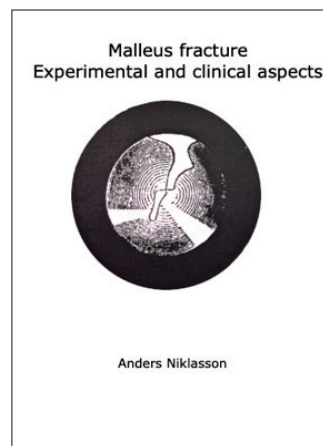
Åsa inleder med ett tankeväckande citat. "Allting är mycket osäkert och det är just det som lugnar mig" Too-Ticki /Tove Jansson. I svåra tider är detta tänkvärt, liksom de följande undersökningarna om det immunologiska samspelet mellan huvud-halscancer och immunologiskt verksamma celler som återfinns i blod, tumör och lymfkörtlar.

Framförallt är detta intressant med tanke på de nya former av immunologiska terapier som nu finns tillgängliga men tyvärr ofta är kostsamma och behäftade med svåra biverkningar.

Från Uppsala universitet utgick **Staffan Moréns** avhandling: *Unilateral Cleft Lip and Palate: Speech, Voice and Nasal Function in Adults*. Handledare var docent Maria Mani Uppsala Universitet, och opponent var docent Magnus Becker från Malmö



Målet för behandlingen av Läpp-, käk- gomspalt (LKG) är normaliserat utseende och funktion. Målen med denna avhandling var att utvärdera näsfunktion, tal och röst hos vuxna individer med enkelsidig LKG födda 1960-1987 och behandlade i barndomen vid Akademiska sjukhuset i Uppsala.

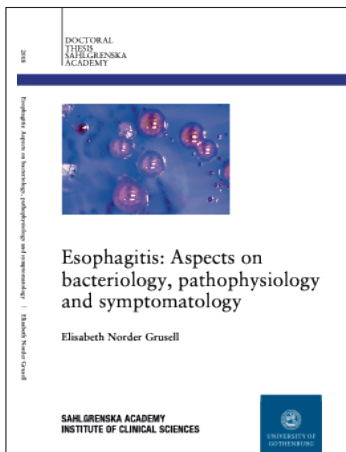


Från det stora till det lilla tar **Anders Niklasson** oss i sin avhandling: *Malleus fracture: experimental and clinical aspects*. Handledare var docent Krister Tano, Sunderbyn, Umeå Universitet och opponent var professor Preben Homøe, Køge Universitet

Fraktur på hammarskaftet är en ovanlig diagnos med cirka 50 fall beskrivna i litteraturen. Majoriteten av frakturerna har uppstått efter att patienterna dragit ut sitt fuktiga finger ur hörselgången efter dusch/bad, med omedelbara symtom på snabbt övergående smärta, ibland tinnitus och en bestående lätt till måttlig hörsel-

nedläggning. Jag har helt slutat att göra det efter att ha läst avhandlingen!

Diagnostik, förlopp och behandling diskuteras, men dessutom redovisas två experimentella modeller, en på färskfrysta humana temporalben, där ljudvågor mot trumhinnan och vibrationerna på stigbygelplattan mätts efter olika ingrepp och en där nybildningen av ben i mellanörat studerats hos australiensiska får.



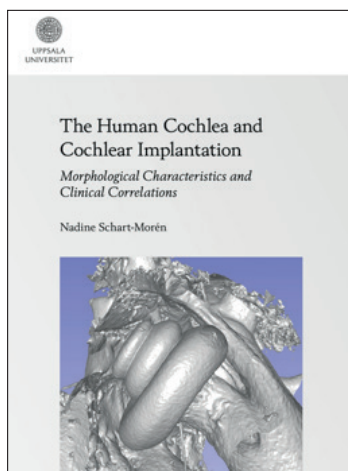
Ett större och oftare förekommande kliniskt problem har Elisabeth Norder Grusell från Sahlgrenska akademien studerat, i avhandlingen: *Esophagitis: Aspects on bacteriology, pathophysiology and symptomatology*.Handledare var docent Henrik Bergquist och opponent var professor Bodil Ohlsson, Lunds universitet.

Knowledge is not only power, but also fun! Så inleds denna spännande avhandling.

Det övergripande syftet har varit att granska och jämföra gastroesofageal refluxsjukdom (GERD) och eosinofil esofagit (EoE), de två vanligaste orsakerna till esofagit, beträffande skillnader i symtomatologi, diagnostik och patofysiologi med huvudfokus på bakteriologi.

Nadine Schart-Morén: *The human cochlea and cochlear implantation. Morphological characteristics and clinical correlations*. Uppsala Universitet. Handledare var professor Helge Rask-Andersen och opponent var professor Elina Mäki-Torkko.

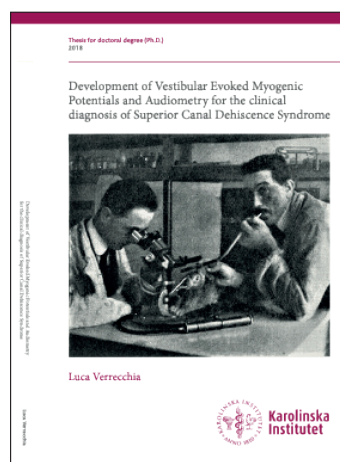
Panta rei inleds avhandlingen med. Herakleitos hävdade en gång detta för att påtala att allt är i ständig förändring. Här syftar författaren till att människans komplexa inneröreatomi kanske inte förändras, men vår kunskap om den gör. Detta har aktualiserats genom så kallad hörselbevarande CI-kirurgi, aktuell för patienter med grav hörselnedsättning men bevarad hörsel i de lägre frekvensom-



rådena. Det unika material av tidigare utförda exakta temporalsbensavgjutningar samt mikrodissektioner som finns i Uppsala undersöktes med hjälp av Mikroskop-CT.

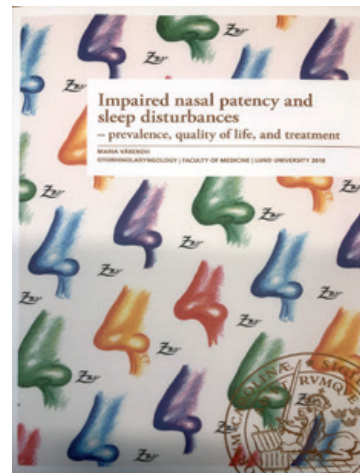
Luca Verrecchia: *Development of vestibular evoked myogenic potentials and audiometry for the clinical diagnosis of superior canal dehiscence syndrome*. Stockholm. Handledare var docent Maoli Duan vid Karolinska Institutet och opponent var docent Fredrik Tjernström från Lunds Universitet.

Vid vissa tillstånd kan örats funktion påverkas genom tillkomsten av ett ”tredje fönster”.



Ett typiskt tredje fönstersyndrom är det så kallade takfönstersyndromet, där fönstret ligger i taket på labyrinthen. Symptom är till exempel ljudframkallad yrsel (Tullios fenomen) och tryckframkallad yrsel (Hennebertfenomen) samt autofoni. Metoder för diagnostik presenteras och jämförs i studien.

Nästäppa och sömnproblem studerade Maria Värendh från Lunds Universitet i avhandlingen: *Impaired nasal patency and sleep disturbances - prevalence, quality of life, and treatment*. Handledare var docent Morgan Andersson, också Lund, och opponent var professor Eva Lindberg från Uppsala Universitet.



I avhandlingen har kopplingen mellan de två vanliga problemen nästäppa och sömnproblem studerats. Mer än en tredjedel av alla patienter med sömnproblem har också besvärande nästäppa. Hur sömnen påverkas av nästäppa och hur nästäppan påverkas av övertrycksbehandling har klarlagts i studierna. ■

Dagens Tips

Tragusnära lambå

MATS E NILSSON, fd överläkare ÖNH Östersund (1983 -?)

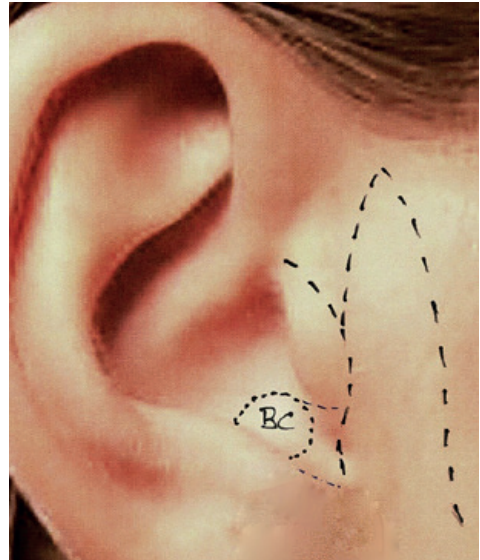
Framför tragus finns ett hudområde som redan i 35-årsåldern blir rynkigt, det vill säga det finns hud att ta som fritt fullhudstransplantat. Det är lätt att komma till vid operation i ansiktet, samtidigt blir det lite av en "face-lift", vilket brukar uppskattas.

En defekt i cavum conchae kan täckas med "meshad" fullhud om en förändring, exempelvis ett basaliom, skall borttas med underliggande brosk. Jag brukar försöka ta bort lite extra brosk så att fullhudstransplantatet inte ligger direkt mot brosket utan broskkanten ligger gömd under intakt vaskulariserad hud.

Nyligen opererade jag ett basaliom nedtill i cavum conchae, nedanför hörselgångsmynningen. Det kändes som att det var svårt att efter excisionen trimma bort extra brosk, och det var inte helt lätt att få ett fullhudstransplantat att komma i god kontakt med underlaget. I stället för att ta fullhud framför tragus löste jag då en nedåtbaserad V-formad lambå framför tragus. Jag skar så bort hela tragus, inklusive brosk, för att kunna svänga in lambån i cavum conchae utan att den "knickades", vilket skulle kunna påverka kärlförsörjningen. Jag sydde hudkanten framför tagstället mot hörselgångshuden bak (före detta tragus) och då flyttades även lambån in mot cavum nedom hörselgången. Den föll snällt på plats utan dragning. Jag satte några nätta suturer för att hålla lambån på plats och ett antytt tryck med fuktad kompress över natten. Jag lade även en tamponad i hörselgången över natten så det inte skulle samlas koagel där. Tamponaden kunde patienten ta själv nästa dag.

Jag har tidigare fått ta hand om en äldre kollega som efter en mellanöreoperation inkluderande uppmejsling länge besvärats av en svårsläkt fistel från hörselgången in i mastoid. Den gången gjorde jag en uppåtbaserad V-lambå tagen framför tragus. Jag skar även denna gång bort tragus och lade via ett endauralsnitt in lambån i hörselgången så att den väl täckte fisteln mot mastoiden, och det hela läkte snällt. Upprepade infektioner och långvarig flytning var borta!

För en ÖNH-läkare som har utfört operation på parotis, som tänker på N. facialis förlopp samt är medveten om käkledens närhet till hörselgången så kanske denna lambå kan vara en möjlighet att få täckning med väl vaskulariserad fullhud inne i hörselgången eller i cavum conchae. Kosmetiskt är det kanske inte helt perfekt - du ser ju rakt in mot trumhinnan efter operation - men vilka är alternativen? ■



Hammarfraktur

ANDERS NIKLASSON, privatpraktiserande ÖNH-läkare i Norrbotten.

Isolerad fraktur på hammarskaftet är en relativt ovanlig diagnos, men kanske underdiagnostiserad. I modern litteratur finns cirka 50 fall beskrivna. På ÖNH-klinikerna i Norrbotten har vi dock under de senaste 10 åren hittat cirka 10 patienter med en isolerad hammarskaftsfraktur. Om våra siffror gäller för Sverige som helhet skulle det innebära cirka 40 fall per år.

I det första delarbetet, en fallstudie plus en review i litteraturen, var målet att få en djupare förståelse för hur frakturer på hammarskaftet uppstår, diagnostiseras och behandlas. I detta delarbete framkom det att hammarskaftsfrakturer sannolikt är vanligare än man tidigare anat. Majoriteten av frakturerna har uppstått efter att patienterna dragit ut sitt blöta finger ur hörselgången efter dusch/bad (72%). De har upplevt symptom i form av övergående smärta, ibland tinnitus och en bestående hörselnedsättning. För att kunna sätta diagnosen hammarfraktur har man god hjälp av hörsel-



Anders Niklasson

prov som visar ett ledningshinder med ökning mot diskantområdet (Fig. 1a) och man ser också en överrörlig trumhinna vid Sieglings och vid tympanometri (Fig. 1b). Oftast finner man även en veckbildning på trumhinnan nedanför spetsen på hammarskaftet (Fig. 2).

Fig. 1a

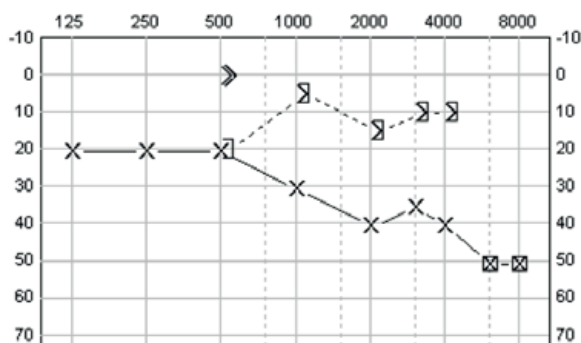


Fig. 1b

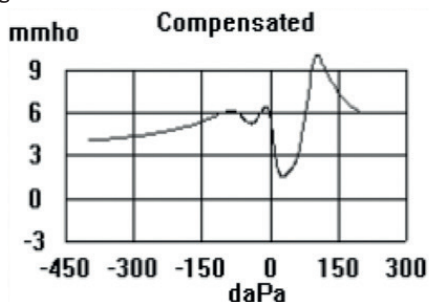


Fig. 1. Ett relativt vanligt audiogram där ledningshindret ökar mot diskanten (a). Med tympanometri ses i princip alltid en överrörlighet med höga eller M-formade kurvor (b).

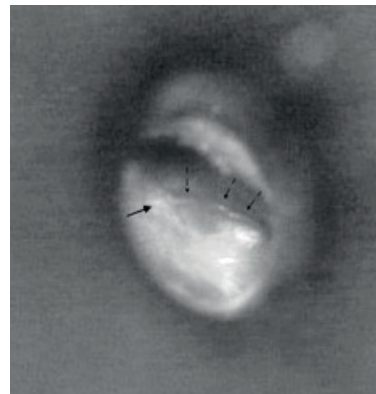


Fig. 2. Fraktur proximalt på hammarskaftet (helstreckad pil) med veckbildning av trumhinnan (små streckade pilar) som ofta går runt om distala spetsen av hammarskaftet.

Vi utvecklade en modell på humana temporalben för att undersöka hur hammarfrakturer kirurgiskt kan behandlas på bästa sätt. En försöksdesign skapades där innerörat togs bort och medialsidan av stigbygelplattan visualiserades för att kunna mäta dess vibrationer. En öppning gjordes via mellersta skullgropen in till mellanörat för att kunna göra olika typer av hörselbensplastik (Fig. 3). Genom att skicka in ljudvågor mot trumhinnan och sen mäta vibrationerna på stigbygelplattan kunde vi mäta resultaten av de olika ingreppen som vi gjorde.

Vibrationer i stigbygeln mäts med Laser Doppler vibrometry (LDV). Detta är en metod där den så kallade Dopplereffekten utnyttjas. En sådan effekt kan upplevas då man som stillastående observatör hör ljudet av ett uttrykningsfordon med siren passera. Ljudet ändrar då ton från en högre till en lägre då fordonet passerar.

Ljudsignalen (frekvensen) pressas samman då den kommer mot observatören och en högre ton med hög frekvens hörs för att sedan sjunka med lägre ton och frekvens då det passerar. En laserstråle som är kopplad till ett mikroskop skickas mot det rörliga föremålet, i detta fall den vibrerande stigbygelplattan. En del av strålen reflekteras tillbaka och kan mätas. Eftersom plattan är i rörelse kommer frekvensen ändras beroende på hur plattan rör sig. När plattan rör sig bort från laserstrålen förlängs frekvensen och då plattan rör sig mot laserstrålen kommer den att förkortas och en Dopplereffekt har uppstått. Hastigheten av stigbygelplattans vibrationer är direkt proportionerlig mot de ljudvågor som vi skickar in mot trumhinnan och kan därför översättas till skillnader i decibel.

I det andra delarbetet gjorde vi en hammarfraktur och testade olika metoder att överbrygga frakturen. Vi jämförde lagning av frakturen med cement och en specialdesignad hammarprotes med konventionell hörselbensplastik (Fig. 3). En konventionell hörselbensplastik innebar i detta fall att städet togs ut, omformades och sattes tillbaka mellan stigbygeln och trumhinnan. Vi fann att lagning med cement fungerade bäst, även om de andra varianterna fungerade nästan lika bra.

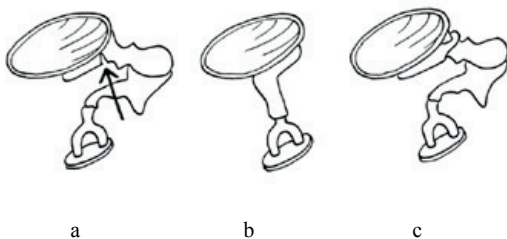


Fig. 3. Olika typer av hörselbensplastik vid en hammarfraktur. Bencement (Otomimix®) direkt vid frakturen som är markerad med en pil (a), en konventionell hörselbensplastik mellan stigbygeln och trumhinnan (b), och en specialformad hammarprotes som fixerats med bencement (c)

Det är inte alltid möjligt att använda cement eller en hammarprotes för den delen. Spalten mellan frakturen kan tex vara för bred, den distala delen av hammaren kan ibland även saknas och det kan vara tekniskt svårt att få till en hammarprotes. Därför använder man ofta en konventionell hörselbensplastik där en protes sätts på stigbygeln och vilar utåt mot trumhinna och/eller hammarskaft. I tredje delarbetet jämförde vi olika varianter av en sådan hörselbensplastik där proteser satts på stigbygeln och hade olika kontakt med trumhinna och eller hammarskaftet (Fig. 4). Vi fann att de proteser som hade kontakt med både trumhinna och hammarskaft hade bäst resultat i våra LDV-mätningar.

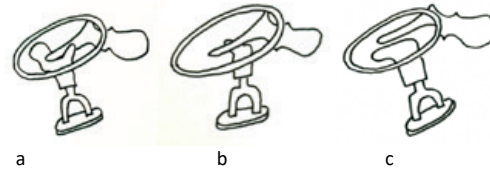


Fig. 4. Olika varianter av hörselbensplastik där proteser har kontakt både med hammarskaft och trumhinna (a), kontakt bara med hammarskaft (b) och kontakt bara med trumhinna (c).

Det är tidigare känt att benet i både inneröra och hörselben är mycket hårt och att dessa ben i det närmaste är färdigutvecklade vid födseln. Man har även funnit en sämre läkningsförmåga jämfört med andra ben i kroppen. För att undersöka om det finns någon form av nybildning av ben i hörselbenen och framför allt hammaren, gjorde vi ett fjärde delarbete i en djurstudie där vi arbetade med får. Fårets öra är relativt likt ett mänskligt och tekniskt enklare att jobba med än andra djur i jämförbar storlek. Vi gjorde frakturer på hammaren och jämfördes dessa med frakturer på näsa och underkäke. Efter 4 veckor fann vi inga tecken på nybildning av ben i hammaren trots att dessa frakturer även kunde stabiliseras. Däremot såg vi nybildning av ben på frakturerna av näsa och underkäke.

Sammanfattningsvis har vi har kunnat visa att hammarfrakturer upptäcks oftare än vad som tidigare beskrivits om en medvetenhet finns om hur de uppkommer och hur de vanligtvis yttrar sig. Med hjälp av temporalben och laser har vi kunnat visa hur en hammarskaftsfraktur kan åtgärdas kirurgiskt och även kunnat studera olika parametrar för hur en protes skulle kunna vara beskaffad för att teoretiskt ge det bästa hörselresultatet. Vi har även sett att det inte tycks ske någon nybildning av ben i hammaren efter en fraktur. Detta är av betydelse då man väljer olika typer utav lagning. Vi såg tex att lagning med cement fungerar mycket bra. Det är däremot oklart om cementet är permanent stabilt över tid. ■

Det var bättre förr, eller?

Hur jag sövt abrasio - eller ett kort svep genom historien

GUNILLA ISLANDER, överläkare och docent emerita, VO Intensiv- o Peroperativ vård,
Skånes Universitetssjukhus Lund

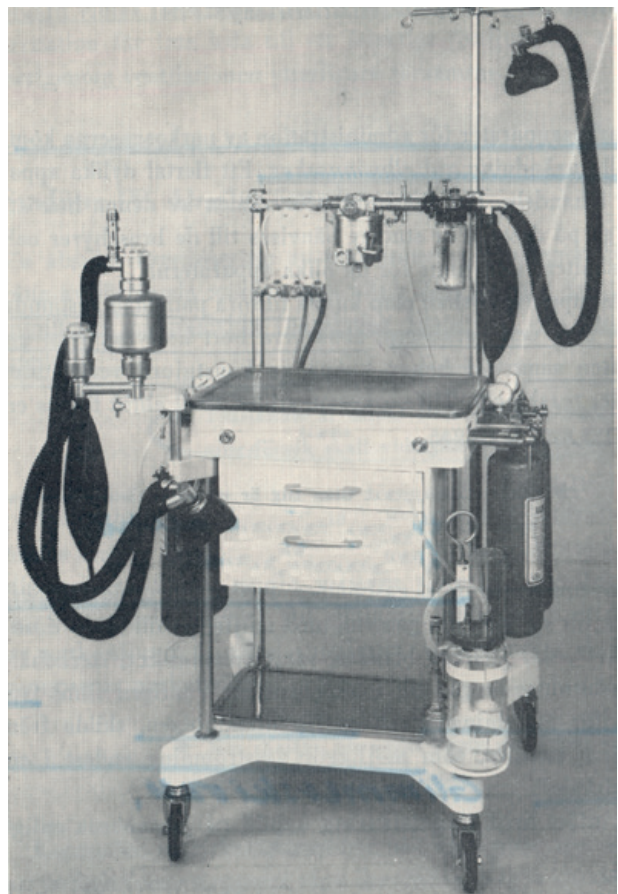
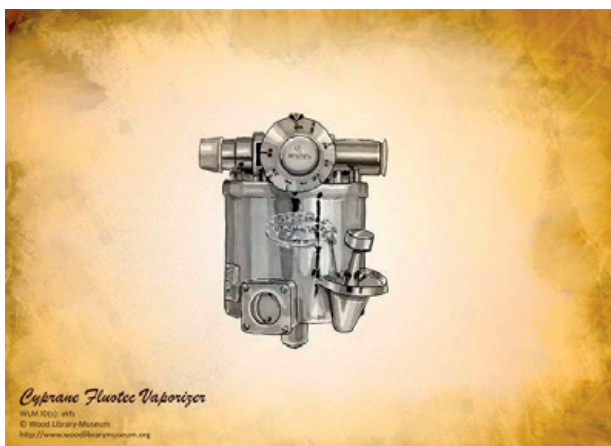
Denna lilla berättelse tar sin början på nyåret 1975. Jag hade just kvitterat ut min läkarexamen och kände mig som en relativt erfaren (!?) anestesilog eftersom jag hade nästan fem månaders anestesivikariat i bagaget.

Platsen var ett centrallasarett, där öronmottagningen låg lite avsidet. Öronbarnen sövdes i ett litet rum på mottagningen. Bemanningen var tre personer: 1: operatören; 2 mottagningsundersköterskan; 3: narkosläkaren. Undersköterskan skulle instrumentera samt vid behov assistera anestesologen. Teknisk utrustning var en AGA narkosapparat med gastuber samt en Fluotec-förgasare. Narkosapparaten hade en rotameter för syrgas, en för lustgas och så den i mitten för cyklopropan – den sistnämnda rotametern var inte använd på några år. Det fanns också en sug.

Att söva på öronmottagningen var spännande på flera sätt. De tekniker som användes för att söva abrasio på den tiden innebar, att ingreppet kunde börja i det ögonblick man slutade att söva patienten. Rätt originellt. Någon teknisk övervakningsutrustning fanns inte för det var mer än ett decennium före pulsoximetern och kapnografen kom i allmänt bruk. Det var ingenting man saknade, för den utrustningen fanns inte i ens

Fig 2. Fluotec förgasare från 60-70 talet.

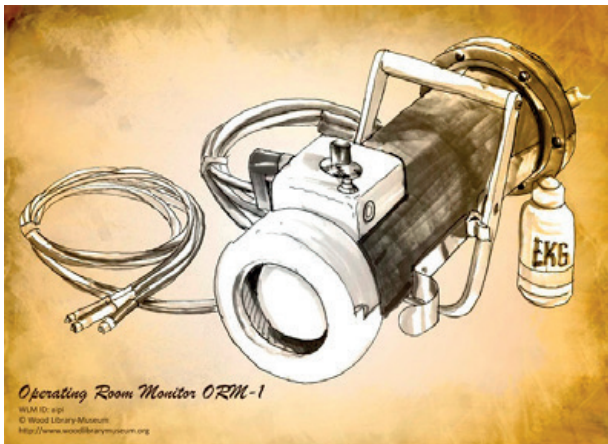
Image courtesy of the Wood Library-Museum of Anesthesiology, Schaumburg, Illinois USA.



Figur 1 AGA narkosapparat. Bild från Matts Halldins bok Narkos och bedövning fjärde upplagan 1968

praktiska tankevärld. EKG fanns inte heller tillgängligt och ansågs nog som onödigt. Om man haft EKG, skulle bilden ha varit en liten grön prick som rörde sig mot en mörk bakgrund. Att intubera, och ha fri venväg på en kort anestesi till ett friskt barn – det var inte aktuellt. Det var också årtal innan den första prototypen av LMA användes första gången.

Monitoreringen av patienten gjordes med hjälp av de fem sinnen, ibland förhoppningsvis kompletterat med det sjätte. Huden - färgen - färgen – färgen, marmore-rad? Andning – höjer sig bröstskorgen, ser det lagom ut? Andningsfrekvens? Puls – frekvens, regelbunden?



Figur 3. Gammal utrustning för EKG övervakning. Cylindriskt katodstrålerör där EKG ses som en ljusprick som rör sig på en mörk skärm. Image courtesy of the Wood Library-Museum of Anesthesiology, Schaumburg, Illinois USA.

Pupillerna - små eller stora? Som anestesör var man alltid fysiskt förbunden med patienten på något sätt: ett finger på pulsen och/eller ofta en stetoskopsnäcka i ena örat och lyssnande ut i salen med andra örat, medan ena handen såg till att underkäken var i "andningsvänligt läge". Det fungerade inte alltid så bra med stetoskop vid abrasio, men man kunde lägga en lätt hand på bröstkorgen och känna. Man tog inte blicken från patienten. Att hänga med i ingreppet var ett måste. Den sparsamma dokumentationen skulle man göra senare, när allt var klart. All koncentration skulle riktas mot patienten.

Operatören var överläkare, man och minst 64½ år. Han hade all den pondus som en äldre erfaren överläkare på ett centrallasarett hade för drygt fyrtio år sedan. Själv var jag 25 år med färsk läkarexamen, glad och arbetsvillig, med stor respekt för äldre, framför allt om det var en överläkare. Min pondus var helt obefintlig, den avsaknaden uppvägdes dock av en viss envishet kombinerat med lätt vettskrämdhet – man var ensam och det här var farligt, kändes det som. Samtidigt tänkte jag – du har ju faktiskt vikarierat i nästan fem månader som narkosläkare. Jag kände mig ganska erfaren och rutinerad... Den känslan kom att snabbt gå över och har egentligen aldrig riktigt återkommit.

Operatören var mycket skicklig och snabb. Han ville absolut ha barnen sittande. Jag protesterade, men "för-lorade" i början. Efter ett kort tag fick jag klara direktiv att vid abrasio skulle det vara hängande huvud och därmed basta. Spolning av maxillarsinus var OK att göra i sittande. Anestesimetoden var alltid induktion med halotan (Fluotan®), inget anesthesiunderhåll under ingreppet utan sedan flöda syrgas över munnen under ingreppet oavsett kroppsposition. Det var anestesidju-

pet som skilde sig åt mellan de sittande och liggande patienterna.

Jag blev överrumplad några gånger. Efter att ha spolat maxillarsinus i sittande, så gav operatören order om att sätta in munspärr så att vi kunde utföra en snabb abrasio – "vi är ju ändå igång". Undersköterskan var mycket snabb att hjälpa till (var dom i maskopi?). Då gällde det att så fort det gick hålla fram hakan maximalt och luta patienten framåt – se till att så mycket som möjligt rann ut ur munnen, i stället för att hamna någon annanstans. Patienten var ju redan milt sagt ytlig, ja kanske nästan halvvaknen. Laryngospasm var vardagsmat, det är lätt att förstå.

En gång var det en liten pojke som abraderades, hans hudfärg gick direkt från rosig till grå, utan att passera blått. Jag kunde inte säkert känna någon puls. Jag skrek på hjälp, som kom efter fem sex minuter, vilket upplevdes som en timme - minst. Jag ventilerade patienten och jag tror jag bankade till en gång på bröstet. Situationen löste sig någorlunda, ungefär när hjälpen anlände. Pojken fick ligga på IVA tills dagen därpå. Vad som egentligen hade hänt, det är ju lite svårt att säga – sannolikt arytmii??? Kanske var han anemisk så att man inte såg en hypoxi. Jag hade i alla fall fullt upp med få luft i patienten och försöka begripa vad som hände och få kontroll över situationen. Jag skulle vilja ha haft åtminstone tre, helst fyra händer. EKG-övervakning och SaO2 hade suttit fint, men det var ett decennium innan pulsoximetrin kom i kliniskt bruk. Dagen därpå vaknade jag och hade vansinnigt ont i benen, framförallt i quadriceps. Jag kunde nästan inte gå. Först var det helt obegripligt, men sedan insåg jag att det var träningsvärk – mina knän hade skakat så dagen innan. En del narkoser har man med sig resten av livet.

Mina privata anesthesiologiska principer vid abrasio på den tiden (inte nu) var mycket enkla och handfasta:

- Abrasio med hängande huvud: sov med halotan tills det tror att du nästan sövt ihjäl patienten, så sov lite till - mest diafragma-andning och små centrerade pupiller. Använd mycket syrgas. Sugan beredd och på plats precis vid patientens huvud. Full koncentration.
- Om Du skulle bli tvingad att söva abrasio sittande, så gör tvärtom. Sov ytligt, se till att behålla alla reflexer. Se till att det går dj-t fort. Full koncentration.
- Laryngospasm: "they always relax before they die" (en tröst en ambulering erfaren brittisk anesthesiolog gett mig vid ett tillfälle... Fast jag har inte riktigt litat på den regeln på länge...).

Så flyttade jag till Lund. Där sövdes abrasio-patienterna på en operationsavdelning med gott om kompetent personal. Abrasio sövdes alltid med hängande huvud. Fortfarande ingen elektronisk övervakning, det vill säga inget EKG eller pulsoximetri. Ingen fri venväg heller. Trots detta kändes det tryggt, vid behov fanns hjälp nära.

Det var ett mycket gott samarbete, en ömsesidig respekt och förståelse mellan anestesiológ och operatör. Man stod bokstavligen skuldra vid skuldra. Det var som att dansa tango, där man efter behov bytte vem som skulle föra, beroende på var man var i operationen eller om några komplikationer uppstått. Anestesimetoden var ju fortfarande sådan att kirurgen började när man slutade ge anestesimedel och möjligheten att "förlänga" narkosen var i stort sett obefintlig. Vaknade barnet, ja då var tiden ute. Uppvakningen var en kort stund med en mycket erfaren undersköterska med klinisk blick och sedan ut till mamma. Det var gyllene tider för den som är "flödesfundamentalist" vad gäller operationsprogramplanering.

Tiden gick och Gisli Sigurdsson (numera professor på Island) påbörjade sitt avhandlingsarbete. Han tog EKG och mätte stresshormoner på dessa barn. Resultaten blev lite av en skräckupplevelse. Det visade sig att dessa barn periodvis såg ut som koronarsjuka åldringar med arytm. Barnen hade stort påslag av stresshormoner (1). Jösses - tänkte man - det var ju tur att man inte hade sett detta tidigare. Nu blev det ändring; fri venväg, intubation och EKG-övervakning. Enfluran var mindre arrytmogent, så halotanet byttes ut. Operatören fick nu

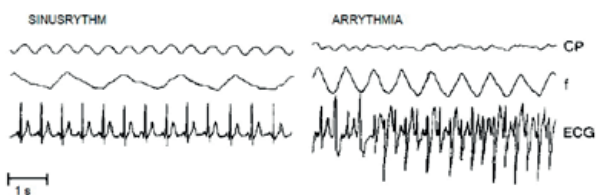


Fig. 3. Capillary pulsation (CP), respiratory rate (f) and ECG in one child with sinus rhythm and with a chaotic ventricular arrhythmia. Note the decreased CP during arrhythmia.

Fig 4 Från Sigurdsson GH, Carlsson C, Lindahl S, Werner O. Cardiac arrhythmias in non-intubated children during adenoidektomi. A comparison between enflurane and halothane anaesthesia. *Acta Anaesthesiol Scand.* 1983 Feb;27(1):75-80.

så mycket tid som önskades att blodstilla. Det var inte riktigt samma flöden genom programmet. Men säkrare blev det.

Tiden gick och pulsoximetern kom i allmänt bruk. Det var med pulsoximetern som med mikrovågsugnen, efter en vecka tänkte man "hur kan jag ha levt utan denna apparat?" (de är de enda två apparater jag äls-

kat omedelbart). Propofol kom ungefär i samma veva, men inhalationsinledning var det som mest användes till barnen. Lite senare kom ett luftvägshjälpmiddel som ingav hermafroditiska associationer – larynxmasken. Det visade sig att den gick utmärkt bra att använda vid



Figur 5. Abrasio i lugn och ro på intuberad patient. Lund 1990. Från Sydsvenska Medicinhistoriska Sällskapets bildsamling. http://www.medicinhistoriskasyd.se/smhs_bilder/

abrasio. Bra kontroll över luftvägen utan intubation. Inte dumt alls. Nu var det LMA, pulsoxymetri, kapnografi, EKG och fri venväg. Tryggheten och lugnet spred sig i kroppen.

Tiden gick och vi fick ett barnsjukhus. Sedan länge söker jag inte abrasio barn för jag är "vuxenanesiolog" och därtill pensionär sedan ett tag. Under större delen av detta årtusende har barnanesiologerna sövt abrasio barnen. När det någon enstaka gång varit aktuellt med abrasio på lite äldre patienter så har operatören använt en shaver... Undrar just hur man gör i framtiden?

ADENOIDEN OCH ABRASIONS HISTORIA

Abrasio lär vara beskrivet första gången ca 1000 före Kristus, i hinduisk litteratur (2). Den kirurgiska kunskapen var väl utvecklad i det gamla Indien. I västerlandet beskrevs adenoiden eller "pharyngeal tonsil" första gången av Conrad Victor Schneider år 1661 (3). Ingen tog någon större notis eller visade intresse för denna struktur, för nästa gång den omnämns i litteraturen var först 1775.

Hans Wilhelm Meyer i Köpenhamn noterade att epifarynx var helt utfyllt av en tumorös massa hos en ung kvinna, fröken Maren Tangaard, som led av en allvarlig hörselnedsättning, smärtor och flytningar från ett öra samt talsvårigheter. Han förstod att det fanns ett samband och bad sin skicklige instrumentmakare att göra en kniv konstruerad som en ring. Med hjälp av kniven

skrapade bort utfyllnaden i epifarynx. Patienten blev frisk. Därefter opererade han ytterligare 47 patienter med gott resultat. Han publicerade sina resultat och hans erfarenhet fick snabbt genomslag (4, 5). Det var

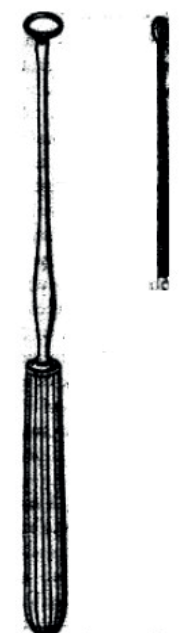


Fig 6. Hans Wilhelm Meyer 1924-1895, bild från Wikipedia

inte bara hans ringformade kniv som kom att användas som verktyg utan även t.ex. ett finger med en lite längre vass nagel har använts för att skrapa bort adenoiden. Utvecklandet av munspärren på 1870 alet kom att underlätta ingreppet.

Oftast kombinerades abrasio och tonsillektomi. Antalet ingrepp kom att öka närmast explosionsartat framförallt under tidiga delen av 1900-talet. Det var innan epidemiologiska och kontrollerade studier hade gjort sitt stora inträde (6,7). Under flera decennier var abrasio, oftast med tonsillektomi, det vanligaste kirurgiska ingreppet i USA, och sannolikt också i Sverige. År 1984 gjordes 1,5 miljoner abrasio, med eller utan tonsillektomi, i USA på patienter yngre än 15 år. Trettio år senare var det 230 000.

Adenoiden och tonsillerna ansågs vara inkörsportar för diverse infektioner, inte bara till övre luftvägsinfektioner, utan en orsak till dålig hörsel, sen talutveckling, utvecklingsförse-



Front and side view of the instrument, one half the real size.

ning, ledvärk och mycket mera. Det var delvis sant men inte mer. Så abrasio, oftast i kombination med tonsillektomi, blev ett standardingrepp på många, många barn. I Rochester i USA gjordes 1920, under fem månader, 10 000 abrasio i ett myndighetsfinansierat projekt för att förbättra barnhälsan (!). Ansvarig kirurg var ansvarskännande och följde upp sina patienter under en tioårsperiod. Tyvärr kunde han inte hitta någon signifikant förbättring av hälsan. Flera studier indikerade att risken var större för en bulbar form av polio om personen drabbades av polio (7).

Ingreppet gjordes fram till mitten av trettioalet utan anestesi (6). Denna rutin utan narkos fortsatte på sina ställen i världen under många år. Det kan noteras att ingrepp utan anestesi har förekommit in i detta milenium. Denna länk från 2010 visar tonsillektomi utan bedövning i Europa <http://tywkiwdbi.blogspot.com/2010/07/tonsillectomy-without-anesthesia-in.html>. (Känsliga tittare varnas!) Det är viktigt att notera att det inte är elak sjukvårdspersonal! Crowdfunding eller liknande finansiering fixade en narkosapparat till sjukhuset, vilket måste ha varit en välsignelse. Om patienten inte bands fast, som i filmen, så kunde man göra så här: barnet sattes i knät på en muskelstark assistent, barnets ben fixerades mellan assistentens ben, barnets armar lars i kors över bröstet och fixerades med assistentens ena arm, den andra armen fixerade huvudet och så in med munspärren. Roald Dahl har målande beskrivit hur det upplevdes i sin bok *Boy: Tales of Childhood*. "The tiny blade flashed in the bright light and quickly disappeared into my mouth. It went high up into the roof of my mouth, and the hand that held the blade gave four or five very quick twists and the next moment, out of my mouth into the basin came tumbling a whole mass of flesh and blood." (8)

Även om abrasio/tonsillektomi ansågs vara bra för barns hälsotillstånd så var det ju förenat med morbidity och mortalitet och det fanns kritiker. 1916 skrev S Moore vid University of Minnesota Medical School "It has become the germ of medical hysterias, and by the indiscriminating and immoderate employment of tonsillectomy this operation has blossomed into the jester of therapeutic measures, and the clown of surgical procedures—but a prince of financiers nevertheless." (7)

Som ett alternativ började man i USA på 1920-talet att strålbehandla adenoiden, det skulle bland annat förebygga dövhet. Det fanns många förespråkare för denna typ av behandling och dess kritiker blev inte nådigt behandlade (6). Spiken i kistan för strålbehandlingen kom nog dock när en radiumkapsel glömdes kvar i epifarynx på en liten 5-årig flicka år 1958 (6). Hon spottade ut kapseln hemma, oklart var. Dagen därpå saknade sjukhuset en radiumkapsel och man började leta. Den kun-

de inte återfinnas vare sig inuti patienten eller i huset hon bodde i. Runtom i huset återfanns däremot massor av strålning. Huset var så radioaktivt kontaminerat, att familjen fick lämna huset och den närliggande skolan fick stänga! (7). Det skyndade nog på avvecklandet av den behandlingsmetoden. Jag tror inte det har varit en vanlig behandlingsmetod i vårt land. Att det vid den tiden var stor tro på behandlingen illustreras av att USA profylaktiskt ”strålbehandlade” adenoiden hos piloter och ubåtspersonal under andra världskriget i syfte att minska problem från mellanörat utlöst av extrema tryckvariationer (6). Studier kom att visa en ökad frekvens av maligniteter hos de som blivit strålade.

Vad kan ligga bakom dessa skeenden – är det enbart vetenskap? När Meyer gjorde sin abrasio i Köpenhamn 1864 så gjordes det av naturliga skäl på en noggrant ”utvald” patient. När antalet utförda abrasio hastigt började öka i USA på 1910-talet så skedde det i ett paradigmskifte av sjukvårdens struktur, det vill säga allt fler sjukhus byggdes. Bakteriologin utvecklades och allt fler bakterier kunde odlas fram från allt fler ställen. Den lymfoida vävnaden i svalget sågs enbart som entré för infektioner lite varstans. Få tänkte på den som ett försvar. Genom att göra abrasio och/eller tonsillektomi så kunde nästan alla barn få bättre hälsa – trodde man. Man får inte heller glömma den ekonomiska aspekten, pengar tjänades. De kontrollerade studierna fanns inte riktigt. Det var flera faktorer som samverkade (6,7).

I Sverige sjönk antalet ingrepp av denna typ efter sjukvårdsreformen (9). Det berodde sannolikt på en kombination av många faktorer, dels ökad kunskap, dels kanske också det faktum att månadsinkomsten efter sjukvårdsreformen var en fast summa från landstinget och kontant betalning från patienterna inte längre fanns.

Vilka slutsatser kan man då dra av utvecklingen av anestesin och kirurgin vid abrasio genom historien?

- Att vi bör kontrollera och studera utfallet av medicinska åtgärder, även på lite längre sikt.
- Det kan också finnas andra faktorer än de medicinska som har betydelse för vad vi gör och hur vi arbetar. Sådana faktorer som kan influera rutiner är politik och ekonomi.
- Vår profession har ett stort ansvar!

Ibland skall man tänka efter – vad av det jag gör idag, kommer man att skratta åt om femtio år? Vi kan inte veta och självklart tänker vi att det finns ingenting man kommer att skratta eller le åt. Men det är nog inte sant. Själv är jag förundrad över hur mycket som har hänt under min tid, jag är faktiskt född på 50-talet. ■

Referenser

- 1 Sigurdsson GH, Carlsson C, Lindahl S, Werner O. Cardiac arrhythmias in non-intubated children during adenoidectomy. A comparison between enflurane and halothane anaesthesia. *Acta Anaesthesiol Scand.* 1983 Feb;27(1):75-80.
- 2 Bangera A. Anaesthesia for adenotonsillectomy: An update. *Indian J Anaesth.* 2017 Feb;61(2):103-109.
- 3 Schneider CV. Liber de Tertius quo Novi Catarrhorum meatus demonstrantur. Wittenbergae, Germany: Sumptibus Haered. D. Tobiae Mevii, & Elerdi Schumacheri: Excudebat Michael Wendt; 1661
- 4 Meyer HW. Om adenoid Vegetationer Nasesvalgrummet. *Hospitalstidende* 1868;11:177-181.
- 5 Meyer HW. On adenoid vegetations in the nasopharyngeal cavity: their pathology, diagnosis and treatment. *Medico-Chirurgical Transactions, London* 1870;53:191-217.
- 6 Ruben RJ. The adenoid: Its history and a cautionary tale. *Laryngoscope.* 2017 Jun;127 Suppl 2:S13-S28.
- 7 Grob GN. The rise and decline of tonsillectomy in twentieth-century America. *J Hist Med Allied Sci.* 2007 Oct;62(4):383-421.
- 8 Dahl R. Boy: “Boy Tales of Childhood” 1984.
- 9 Flodin U. Vinst i vården leder fel. *Läkartidningen* 2013 (110) 366



B

Returadress

Taylor & Francis
Taylor & Francis Group

PO Box 3255, SE-103 65 Stockholm, Sweden

Betalningsanvarig: Åtta.45 Tryckeri AB
Box 515, 175 26 Järfälla

Dymista® – i en egen klass

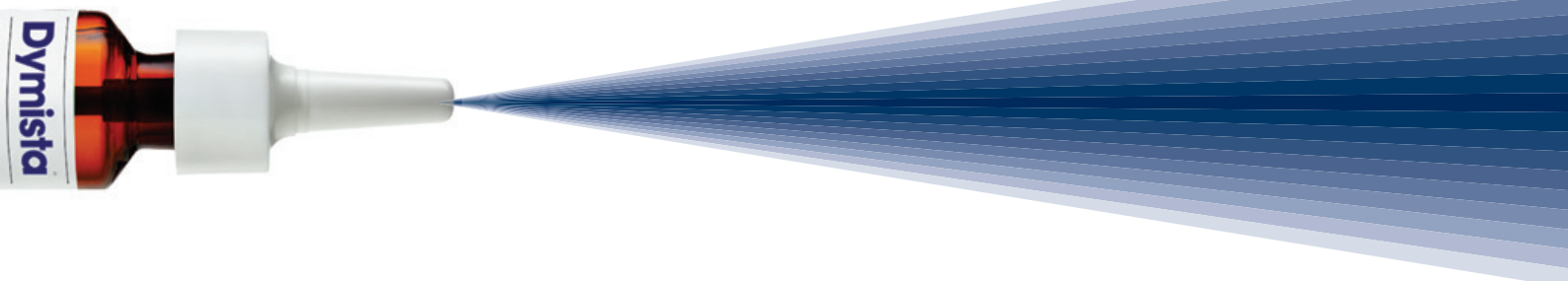
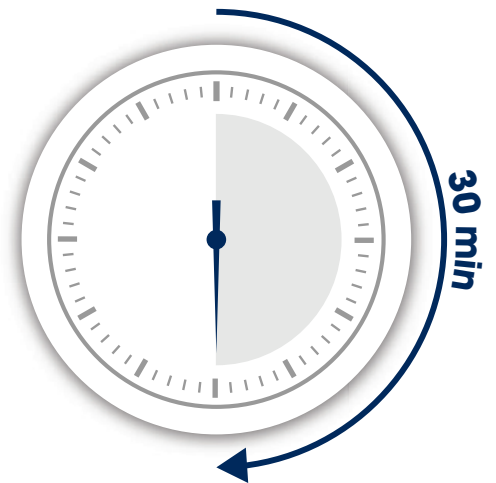
(flutikason/azelastin, ATC-kod R01AD58)

Dymista®
flutikason/azelastin

Pollenallergi? Nästäppa?

Erbjud Dymista® när dina patienter inte kan vänta på effekt!*

- Ger effekt inom **30 minuter**.¹
- Signifikant **bättre effekt** jämfört med nasal steroid.^{**}, ²



* I jämförelse med tid till effekt med nasala steroider. ** I de kliniska studierna jämfördes Dymista med flutikasonpropionat vid måttlig och svår allergisk rinit. 1. Meltzer et al. Allergy Asthma Proc. 2012;33(4):324-32. 2. Meltzer et al. Int Arch Allergy Immunol 2013;161:369-377.

Dymista® (flutikason/azelastin) R01AD58, Rx. F. **Indikation:** lindring av symtom vid måttlig till svår säsongsbunden och perenn allergisk rinit, om monoterapi med antingen intranasalt antihistamin eller glukokortikoid inte anses tillräcklig. **Styrka:** nässpray 125 mikrogram + 50 mikrogram/sprayning, spraybehållare. **Förpackningar:** 120 doser, 3 x 120 doser. Produktresumén senast granskad 2018-05-18. För mer information och pris: www.fass.se