

og sikker kommunikation på tværs af primær- og sekundærsektor samt kommuner. Eftersom enhver diagnose i ICP-2-DK refererer både til en ICPC- og en ICD-10-kode betyder det, at kommunikationen mellem sektorerne fremover i det væsentlige kan foregå automatisk: Ved henvisning af en patient fra almen praksis medsendes en diagnosetekst til sygehuset, som automatisk forsynes med en ICD-10-kode. Når data kommer tilbage, bliver udskrivningsdiagnoserne mappet med en ICPC-kode. Herved er der skabt et grundlag for sammenhængende patientforløb i sundhedssektoren.

Konklusion og perspektiver

Almen praksis får fra 2009 et opdateret klassifikationssystem med mulighed for forbedret validitet og større brugervenlighed. Systemet ventes indarbejdet i de elektroniske patientjournaler og vil medvirke til at skabe struktur og overblik i journalen og kan samtidig anvendes som beslutningsstøtte og kvalitetsudviklingsværktøj. ICPC-2-DK vil være opdateret på internationalt niveau – også hvad konverteringen til ICD-10 angår. Endelig er der udsigt til, at den sekundære sundhedssektor vil overgå til et nyt system, SNOMED-CT. Der vil imidlertid ikke ske ændringer i anvendelsen af diagnosekoder i dansk almen praksis, idet man vil foretage en mapping mel-

lem ICPC og SNOMED-CT på samme måde, som man hidtil har mappet ICPC- til ICD-10-diagnoser.

Korrespondance: *Marianne Rosendal*, Forskningsenheden for Almen Praksis, Aarhus Universitet, DK-8000 Århus C. E-mail: m.rosendal@alm.au.dk

Antaget: 15. november 2008

Interessekonflikter: Ingen

Litteratur

- Schroll H, Falko E. Hvorfor skal vi diagnosekode i almen praksis? *Ugeskr Læger* 2002;164:5267-9.
- White KL. Restructuring the International Classification of Diseases: need for a new paradigm. *J Fam Pract* 1985;21:17-20.
- Kendell R, Jablensky A. Distinguishing between the validity and utility of psychiatric diagnoses. *Am J Psychiatry* 2003;160:4-12.
- de Lusignan S. Codes, classifications, terminologies and nomenclatures: definition, development and application in practice. *Inform Prim Care* 2005;13:65-70.
- de Lusignan S, Minmogh C, Kennedy J et al. A survey to identify the clinical coding and classification systems currently in use across Europe. *Medinfo* 2001;10:86-9.
- Klassifikation av sjukdomar och hälsoproblem 1997, Primärvård. Stockholm: Socialstyrelsen, 1997.
- Ustun TB, Goldberg D, Cooper J et al. New classification for mental disorders with management guidelines for use in primary care: ICD-10 PHC chapter five. *Br J Gen Pract* 1995;45:211-5.
- Pincus HA, Wise T, First MB et al. DSM-IV primary care version: an opportunity for general hospital and consultation-liaison psychiatrists? *Gen Hosp Psychiatry* 1995;17:324-5.
- Falkø E, Bentzen N. International klassifikation for den primære sundheds-tjeneste. 2. udgave. København: Lægeforeningens forlag, 2003.
- Wonca. International Classification of Primary Care. ICPC-2-R. Second edition. New York: Oxford University Press, 2005.

Overskæring af nervus vestibularis ved morbus Menière

Læge Martin Nue Møller, overlæge Per Cayé-Tomasen & professor Jens H. Thomsen

Gentofte Hospital, Øre-næse-halskirurgisk Afdeling

Resume

Introduktion: Overskæring af nervus vestibularis i behandlingen af morbus Menière blev introduceret i Danmark i 1980. Behandlingen er centraliseret på Gentofte Hospital, og resultaterne fra 1980 til 1996 er tidligere publiceret. Vi præsenterer her de opdaterede erfaringer fra 2000 til 2007 med i alt 18 patienter.

Materiale og metoder: Journalgennemgang på alle cases samt spørgeskema mhp. postoperativ tilfredshed med operation, svimmelhedsanfald og involvering af sygdommen i dagligdagen.

Resultater: Alle patienter opnåede totalt ophør af svimmelhedsanfald. I alt 15 patienter (83%) var tilfredse med operationen. Seksten patienter (89%) rapporterede at svimmelhed havde ingen, let eller moderat indvirkning på dagligdagen. Forskellen mellem det præ- og postoperative funktionsniveau var højsignifikant. Forventet følgevirkning i form af gangusikkerhed eller konstant fornem-

melse af ubalance opstod i varierende grad hos 14 af patienterne (78%). To patienter udviklede postoperativ likvoré og en partiel facialispærese.

Konklusion: Resultaterne demonstrerer, at overskæring af nervus vestibularis medfører anfaldsfrihed og forbedret funktionsniveau hos patienter med svær, i øvrigt behandlingsresistent morbus Menière. Dette er i overensstemmelse med internationale opgørelser. Nye muligheder for vestibulær rehabilitering giver forventning om signifikant formindskelse af den postoperative ubalance. Fortsat centralisering af det kirurgiske indgreb er anbefalelsesværdig, ligeså informering af patienter om de gode resultater ved denne behandlingsform.

Morbus Menière er karakteriseret ved anfald af rotatorisk svimmelhed, høretab og tinnitus. Anfaldene opstår med varierende hyppighed og sværhedsgrad, varer oftest nogle timer og kan være ledsaget af trykfornemmelse i og omkring øret (såkaldt *fullness*). Under anfald er eneste behandling antihistaminergika med sederende effekt (f.eks. cinnarizin).

VIDENSKAB OG PRAKSIS | ORIGINALARTIKEL

Forebyggende har man forsøgt en lang række behandlinger, f.eks. saltrestriktion, diuretika og kirurgisk drænage af den endolymfatiske sæk. Aktuelt anvendes hyppigst beta-histin eller/og trimetazidin som førstevalg, om end der ikke foreligger overbevisende evidens for effekt. Herudover kan der tilbydes tubulation (dræn i trommehinden) og/eller behandling med Meniett-apparat (trykbehandling i øregangen). Endelig er instillation af oto- og vestibulotoksisk gentamicin i mellemøret eller overskæring af nervus vestibularis en mulighed i svære tilfælde.

Overskæring af den ottende hjernenerve (nervus vestibulo-cochlearis) introduceredes i 1912 af *Frasier* [1], og indgrebet modificeredes senere af *McKenzie* i 1932 i form af selektiv overskæring af den vestibulære del af nerven (nervus vestibularis) [2]. I Danmark introduceredes selektiv overskæring af nervus vestibularis i 1980 for at forebygge svimmelheden ved Ménière-anfaldene [3], idet den klassiske suboccipitale adgang veg for den retrosigmoidale adgang (umiddelbart bag sinus sigmoideus), alternativt en translabyrinthær adgang [4].

Behandlingen er i Danmark centraliseret til Øre-næse-halskirurgisk Afdeling, Gentofte Hospital, idet man her har betydelig operativ erfaring med fjernelse af vestibulære schwannomer. Siden publikation af de første resultater fra 1980 til 1996 [3] har afdelingen opereret 2-3 patienter om året. Vi præsenterer her opdaterede erfaringer fra perioden 2000 til 2007.

Materiale og metoder

Materialet er en retrospektiv gennemgang af journaler og udsendelse af spørgeskema til 18 patienter, heraf ti mænd og otte kvinder. Materialet omfatter samtlige patienter, som har fået foretaget vestibulær neurektomi i Danmark i perioden 2000-2007.

Præoperativt havde 11 patienter forsøgt medicinsk behandling, fire lokal gentamicininstillation, seks lokal gentamicinpumpe og to Meniettbehandling uden betydende effekt.

Alle indgreb var unilaterale, og patienterne led således af unilateral sygdom. Patienternes alder var gennemsnitligt 51 år på operationstidspunktet, den varierede fra 34 til 67 år. Elleve patienter blev opereret via retrosigmoidal adgang og syv via translabyrinthær adgang pga. persisterende døvhed på samme øre, eller invaliderende samtidig tinnitus. Alle patienter var blevet set til planmæssig ambulant kontrol efter en og tre måneder.

Spørgeskemaet udsendtes til patienterne pr. brev gennemsnitligt fire år (spændvidde 1-8) efter indgrebet, og alle returneredes udfyldt.

Fishers eksakte test er anvendt til sammenligning af det angivne funktionsniveau før og efter operation (niveau 1 + 2, 3 + 4 og 5 + 6, se **Tabel 1**).

Resultater

Alle patienter var præoperativt alvorligt invalideret af deres sygdom. Således bedømte 14 af patienterne ved besvarelse af spørgeskemaet retrospektivt deres præoperative funktion som

Tabel 1. Funktionelt niveau for 18 Ménièrepatienter før og efter selektiv overskæring af nervus vestibularis i henhold til *The American Academy of Otolaryngology Head and Neck Surgery (The committee on Hearing and Equilibrium)*. Kun 14 patienter har angivet præoperativt niveau i den retrospektive spørgeskemaundersøgelse.

Niveau	Beskrivelse	Antal patienter	
		før operation	efter operation
1	Dagligdagen ikke påvirket af svimmelhed	0	10
2	Dagligdagen let påvirket af svimmelhed	0	4
3	Dagligdagen moderat påvirket af svimmelhed	0	2
4	Væsentlige tilpasninger nødvendige	2	1
5	Hæmmet i vigtige aktiviteter	9	0
6	Invalideret	3	1

Tabel 2. Kontrol med anfald af svimmelhed efter selektiv overskæring af nervus vestibularis, skaleret i overensstemmelse med *The American Academy of Otolaryngology Head and Neck Surgery (The Committee on Hearing and Equilibrium)*.

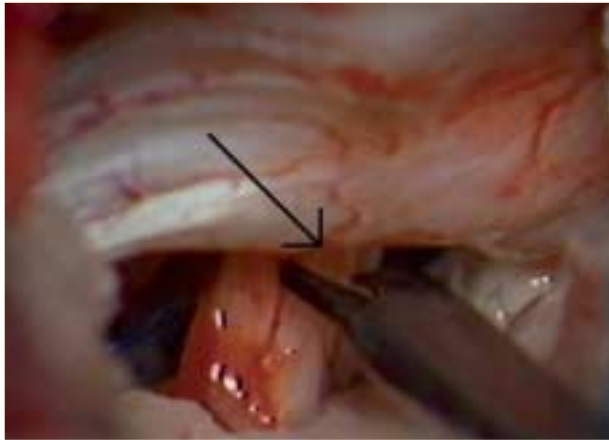
Gruppe	Beskrivelse	Antal patienter
A	Fuldstændigt ophør af svimmelhed	18
B	Væsentlig reduktion af svimmelhed	0
C	Moderat reduktion af svimmelhed	0
D	Svimmelhed uændret efter operation	0
E	Svimmelhed forværret efter operation	0

niveau 4-6 på en standardiseret skala fra 1 til 6. Skalaen fungerer som international referenceramme og er udarbejdet af *The American Academy of Otolaryngology Head and Neck Surgery (The Committee on Hearing and Equilibrium)* [5] (se **Tabel 1**). Behandlingseffekten er angivet i overensstemmelse med kravene fra samme reference.

Alle patienter opnåede totalt ophør af svimmelhedsanfald (**Tabel 2**). På tidspunktet for besvarelse af spørgeskemaet tilkendegav 15 af de 18 patienter, at de var tilfredse med operationen, hvorimod tre fortrød indgrebet. Seksten patienter (89%) rapporterede, at svimmelhed havde ingen, let eller moderat indvirkning på dagligdagen. Heraf markerede 56% ingen indvirkning, 22% let indvirkning og 11% moderat indvirkning (**Tabel 1**). Forskellen mellem præ- og postoperativt funktionsniveau var højsignifikant (Fishers eksakte test: $p < 0,0000005$). En patient udviklede kontralateral sygdom i observationsperioden.

Følgervirkninger

Forventet følgervirkning ved unilateral ablation af det perifere vestibulærapparat er gangusikkerhed og/eller konstant fornemmelse af ubalance, som opstod i varierende grad hos 14 af patienterne (78%).



Operationsmikroskopisk billede. Pilen angiver nervus vestibularis før overskæring. Der ses desuden nervus cochlearis til venstre, og bagtil anes nervus facialis.

Komplikationer

Alle patienter, der var opereret via retrosigmoidal adgang, bevarede præoperativ hørelse. To patienter udviklede postoperativ rino-likvoré og behandledes adækvat med lum-baldræn. En patient udviklede facialisparesse House-Brackmanns skala (HB)-grad fire, som blev fulgt i et år uden væsentlig remission.

Diskussion

Hovedformålet ved behandling af morbus Menière er at opnå kontrol over de invaliderende svimmelhedsanfald. Nærværende resultater demonstrerer, at selektiv overskæring af nervus vestibularis er en god behandling til opfyldelse af dette formål, idet alle patienter opnåede anfaldsfrihed postoperativt.

Trods ophør af svimmelhedsanfald bemærkes det dog, at ikke alle patienter er funktionelt kurerede. Således angiver 56% at kunne leve et liv helt uden sygdomspåvirkning, 22% med let påvirkning, 11% med moderat og 5% med svær påvirkning, som det fremgår af Tabel 1. Tre patienter fortrød indgrebet. Årsagen til dette skyldes ikke anfaldsvis svimmelhed, men derimod den forventede ændring af balancefunktionen efter ensidig ablation af vestibulærapparatet. I de fleste tilfælde drejer det sig om en let, men konstant følelse af ubalance. For enkelte patienter er denne følgevirkning dog så tydelig, at funktionsniveauet påvirkes væsentligt, hvilket er en velbeskrevet risiko [9-16], hvorom patienterne naturligvis skal orienteres inden eventuel operation.

Der foreligger efterhånden god evidens for effekt af vestibulær rehabilitering efter unilaterale vestibulære lidelser, herunder for følger efter intrakraniell kirurgi [17]. Vi har imidlertid ikke haft mulighed for at tilbyde rehabilitering og for at følge patienterne i en længere periode postoperativt, idet vi ikke har haft de fornødne resurser til træning og til de påkrævede, specialiserede undersøgelser.

Givet de veldokumenterede resultater af vestibulær reha-

bilitering ville en sådan medføre forventning om signifikant formindskelse af den postoperative positionelle ubalance, som flere patienter lider af. Med bl.a. dette formål er der nu oprettet et vestibulær laboratorium på Øre-næse-hals-kirurgisk Afdeling, Gentofte Hospital, hvorfor yderligere forbedring af resultaterne forventes. Rehabiliteringen koordineres med fysioterapeutisk assistance, der tidligere har vist god effekt [16].

Idet der er tale om intrakraniell kirurgi, bør man i udgangspunktet betragte vestibulær neurektomi som en sidste udvej i behandlingen af morbus Menière og erindre om den risiko, der er for udvikling af sygdommen på det kontralaterale øre, der ved en opfølgingsperiode på gennemsnitligt ni år forekommer hos 14% af patienterne [18]. I vores materiale udviklede en patient (6%) kontralateral sygdom i observationsperioden. Større internationale centre har gjort den erfaringen, at risiko for udvikling af kontralateral sygdom reduceres efter, hvilket dog ikke er dokumenteret i litteraturen. Trods gode og reproduktive resultater er vi derfor stadig tilbageholdne med at tilbyde operation, og binaural affektion kontraindicerer i udgangspunktet neurektomi.

De patienter, som her har gennemgået selektiv overskæring af nervus vestibularis, har netop som det typiske været igennem et længere forudgående forløb, hvor behandling med perorale medikamina, lokal gentamicin instillation/pumpe, og/eller Meniettapparat har været forsøgt uden effekt. Enkelte patienter kan dog debutere så voldsomt, at overskæring kan være indiceret som førstebehandling. Interessant er det, at visse præoperative faktorer synes at være relaterede til behandlingsresultatet [15]: subjektivt funktionsniveau (jf. Tabel 1), anfaldsfrekvens og sygdomsvarighed. Dårligt funktionsniveau og høj anfaldsfrekvens relateres således til et dårligere behandlingsresultat, mens lang sygdomsvarighed relateres til et bedre resultat [15]. Psykologiske faktorer kan være medvirkende i disse sammenhænge, hvorfor man bør foretage en grundig præoperativ vurdering og nøjsom udvælgelse af patienter.

Den aktuelt anbefalede kirurgiske adgang er retrosigmoid, hvor hørelsen bevares, og risiko for facialisparesse vurderes som negligabel [6, 7]. Den translabyrinthære adgang har været valgt i situationer, hvor hørelsen ikke ønskes bevaret, pga. invaliderende tinnitus eller anden lidelse i det indre øre/mellemøret. Vi har i vort samlede patientmateriale (i alt 60 patienter i perioden 1980-2008) en patient med postoperative sequelae i form af facialisparesse HB-grad 4. Patienten blev opereret via translabyrinthær adgang, som ikke længere kan anbefales. Adgang supraaurikulært via fossa media anvendes ikke pga. risiko for elektroencefalografiske forandringer efter peroperativ retraktion af temporallappen, samt dårlige resultater mht. postoperativ hørelse [8].

Den præoperative hørelse bevaredes hos alle patienter i dette studie, hvilket er en vigtig bekræftelse af indgrebets sikkerhed for patienter uden væsentligt høretab. Dette er særlig

VIDENSKAB OG PRAKSIS | ORIGINALARTIKEL

væsentlig information, når lokal gentamicinbehandling overvejes som alternativ, idet der her findes en velkendt risiko for samtidigt høretab. Man bør således være tilbageholdende med gentamicin hos patienter med en god hørelse.

Med hensyn til kontrol med svimmelhedsanfald er resultaterne af vestibulær neurektomi sammenlignelige med eller bedre end gentamicininstillation [17].

Vi har tidligere demonstreret god effekt af vestibularis-overskæring, idet ophør af svimmelhedsanfald var resultatet for 88% af patienterne [4]. I denne opfølgende opgørelse dokumenteres 100% anfaldsfrihed. Man kunne tilskrive denne forbedring en akkumuleret erfaring med det kirurgiske indgreb, hvilket taler for en fortsat centralisering af behandlingen. Det er herunder væsentligt, at patienter, behandlere og foreninger orienteres om muligheden og om resultaterne, idet behandlingen i flere tilfælde har afhjulpet svær invalidering og forhindret eksklusion fra arbejdsmarkedet.

Resultaterne er i øvrigt sammenlignelige med internationale referencer [9-14], hvorunder der desuden foreligger god evidens for en vedvarende effekt [9, 10, 13, 14].

Korrespondance: *Martin Nue Møller*, Øre-næse-halskirurgisk Afdeling E, Gentofte Hospital, DK-2900 Hellerup. E-mail: MANUM002@geh.regionh.dk

Antaget: 26. oktober 2008
Interessekonflikter: Ingen

Litteratur

1. Frazier CH. Intracranial division of the auditory nerve for persistent aural vertigo. *Surg Gynecol Obstet* 1912;15:524-9.

2. McKenzie KG. Intracranial division of the vestibular portion of the auditory nerve for Ménière's disease. *Can Med Assoc J* 1936;34:1127-52.
3. Thomsen J, Berner B, Tos M. Vestibular neurectomy. *Auris Nasus Larynx* 2000;27:297-301.
4. Thomsen J, Tos M. Surgery of acoustic neuromas. Preliminary experience with translabyrinthine approach. *Acta Neurol Scand* 1977;56:277-90.
5. Committee on Hearing and Equilibrium guidelines for the diagnosis and evaluation of therapy in Ménière's disease. *Otolaryngol Head Neck Surg* 1995;113:181-5.
6. Glasscock ME 3rd, Thedinger DA, Cueva RA et al. An analysis of the retrolabyrinthine vs the retrosigmoid vestibular nerve section. *Otolaryngol Head Neck Surg* 1991;104:88-95.
7. Magnan J, Bremond G, Chays A et al. Vestibular neurectomy by retrosigmoid approach: technique, indications and results. *Am J Otol* 1991;12:101-4.
8. Thomsen J, Stougaard M, Becker B et al. Middle fossa approach in vestibular schwannoma surgery. Postoperative hearing preservation and EEG changes. *Acta Otolaryngol* 2000;120:517-22.
9. Pappas DG Jr, Pappas DG Sr. Vestibular nerve section: long-term follow-up. *Laryngoscope* 1997;107:1203-9.
10. Gavilán J, Gavilán C. Middle fossa vestibular neurectomy. Long-term results. *Arch Otolaryngol* 1984;110:785-7.
11. Silverstein H, Jackson LE. Vestibular nerve section. *Otolaryngol Clin North Am* 2002;35:655-73.
12. Perez R, Ducati A, Garbossa D et al. Retrosigmoid approach for vestibular neurectomy in Ménière's disease. *Acta Neurokir (Wien)* 2005;147:401-4.
13. Tewary AK, Riley NR, Kerr A. Long-term results of vestibular nerve section. *J Laryngol Otol* 1998;112:1150-3.
14. Wazen JJ, Spitzer J, Kasper C et al. Long-term hearing results following vestibular surgery in Ménière's disease. *Laryngoscope* 1998;108:1470-3.
15. Teufert KB, Berliner KI, De la Cruz A. Persistent dizziness after surgical treatment of vertigo: An exploratory study og prognostic factors. *Otol Neurotol* 2007;28:1056-62.
16. Hillier SL, Hollohan V. Vestibular rehabilitation for unilateral peripheral vestibular dysfunction. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2007;(4): CD005397.
17. Hillman TA, Chen, Arriaga MA. Vestibular nerve section versus intratympanic gentamicin for Ménière's disease. *Laryngoscope* 2004;114:216-22.
18. House JW, Doherty JK, Fisher LM et al. Ménière's disease: prevalence of contralateral ear involvement. *Otol Neurotol* 2006;27:355-61.

Mini-clinical evaluation exercise til evaluering af kommunikation og samarbejde i ambulatoriet

Læge Jesper Grau Eriksen, sygeplejerske Dorit Simonsen, læge Lars Bastholt, læge Knut Aspegren, læge Claus Vinther, sygeplejerske Kirsten Kruse & læge Troels Kodal

Odense Universitetshospital, Onkologisk Afdeling R, Sydvestjysk Sygehus i Esbjerg, Parenkymkirurgisk Afdeling, og Region Syd, Den Lægelige Videreuddannelse

Resume

Introduktion: I speciallægeuddannelsen er der fokus på svært målbare kompetencer som kommunikation og samarbejde. *Mini-Clinical Evaluation Exercise* (mini-CEX) er standardiseret direkte observation ved brug af et observationsskema, og vi ville teste om mini-CEX: 1) Var anvendeligt til at evaluere yngre lægers kompetencer i patientkontakt og 2) Var egnet til at give reproducerbare informationer.

Materiale og metoder: 21 yngre læger blev evalueret med mini-CEX af trænedede observatører. I alt 17 læger havde mere end to observationer med kort interval. Disse blev brugt til at vurdere reproducerbarheden af data. Læger og sygeplejersker udfyldte også et spørgeskema vedrørende tilfredsheden med at evaluere med mini-CEX.

Resultater: Observationerne tog 20 minutter (10-60). Feedback blev foretaget lige efter og tog 15 minutter (5-60). Tiden til feedback blev halveret ved næstfølgende evalueringer af samme læge. Der var stor intern konsistens i data for såvel læger som observatører. Der var ingen klinisk signifikant forskel mellem lægens egen-vurdering og observatørens vurdering, hvilket også var tilfældet mellem ambulatoriepersonalets vurdering og observatørens vurdering. Der var fra lægernes side stor tilfredshed med anvendelsen af mini-CEX.

Konklusion: Mini-CEX er et effektivt og accepteret formativt evalu-