

LITTERATUR

1. De Caterina R, Husted S, Wallentin L et al. Anticoagulants in heart disease: current status and perspectives. *Eur Heart J* 2007;28:880-913.
2. Murphy SA, Gibson CM, Morrow DA et al. Efficacy and safety of the low-molecular weight heparin enoxaparin compared with unfractionated heparin across the acute coronary syndrome spectrum: a meta-analysis. *Eur Heart J* 2007;28:2077-86.
3. Théroux P, Waters D, Qiu S et al. Aspirin versus heparin to prevent myocardial infarction during the acute phase of unstable angina. *Circulation* 1993;88:2045-8.
4. Magee KD, Campbell SG, Moher D et al. Heparin versus placebo for acute coronary syndromes. *Cochrane Database Syst Rev* 2008;(2):CD003462.
5. Eikelboom JW, Anand SS, Malmberg K et al. Unfractionated heparin and low-molecular-weight heparin in acute coronary syndrome without ST elevation: a meta-analysis. *Lancet* 2000;355:1936-42.
6. Lindahl B, Venge P, Wallentin L. Troponin T identifies patients with unstable coronary artery disease who benefit from long-term antithrombotic protection. *J Am Coll Cardiol* 1997;29:43-8.
7. Husted SE, Wallentin L, Lagerqvist B et al. Benefits of extended treatment with dalteparin in patients with unstable coronary artery disease eligible for revascularization. *Eur Heart J* 2002 23:1213-8.
8. Katsouras C, Michalis LK, Papamichael N et al. Enoxaparin versus tinzaparin in non-ST-segment elevation acute coronary syndromes: results of the enoxaparin versus tinzaparin (EVET) trial at 6 months. *Am Heart J* 2005;150:385-91.
9. Magee KD, Sevcik W, Moher D et al. Low molecular weight heparins versus unfractionated heparin for acute coronary syndromes. *Cochrane Database Syst Rev* 2003;(1):CD002132.
10. Eikelboom J, Guyatt G, Hirsh J. Guidelines for anticoagulant use in acute coronary syndromes. *Lancet* 2008;371:1559-61.

Drænbehandling af recidiverende otitis media hos børn – en gennemgang af et Cochrane-review

Professor Jørgen Lous, cand.scient.san.publ. Christina Ryborg Trankjær & ph.d. Janus Thomsen

EVIDENSBASERET MEDICIN

Syddansk Universitet,
Institut for Sundheds-
tjenesteforskning –
Almen Medicin

RESUME

I et nyligt publiceret Cochrane-review om effekten af indsættelse af trommehindedræn hos børn med recidiverende akut otitis media (RAOM) fandt man kun to studier, som opfyldte inklusionskriterierne. De inkluderede studier påviste en absolut risikoreduktion for at få AOM på 0,34 på seks måneder. Ved at inkludere de tre studier, som man ekskluderede i *reviewet*, kan grundlaget udvides fra 148 til 518 børn. De tre studier understøtter Cochrane-reviewets resultater, selv om deres design er forskellige. Det vil være relevant at inddrage livskvalitet, fravær fra skole og daginstitution samt bivirkninger som effektparametre i fremtidige studier. Som det er nu, hviler drænbehandlingen af børn med RAOM på et beskedent videnskabeligt grundlag.

Akut otitis media (AOM) er en hyppig tilstand hos førskolebørn, og recidiverende AOM (RAOM) er belastende både for barnet og for familien. Der er en stigende tendens til at vælge trommehindedræn som behandling ved RAOM i stedet for længerevarende eller gentagne antibiotikakure [1-3]. RAOM er defineret som tre tilfælde af AOM inden for seks måneder eller fire tilfælde inden for et år med mellemliggende symptomfri perioder.

Det videnskabelige grundlag for behandling med dræn ved RAOM er belyst i et nyligt publiceret Cochrane-review af *Mc Donald et al* fra Bristol, i hvilket de eksisterende randomiserede undersøgelser på området blev gennemgået [4].

METODE

Cochrane-reviewet bygger på en systematisk søgning, der blev gennemført i marts 2008, efter randomiserede kontrollerede undersøgelser (RCT) i MEDLINE, EMBASE, CINAHL samt en række andre databaser. Inklusionskriterierne i søgningen var RCT, i hvilke man havde inkluderet børn mellem nul og 16 år med RAOM.

Effektmålene var reduktion i antallet af AOM-episoder og andelen, der havde RAOM efter behandlingen, samt ændringer i symptomscorer for øresmerter, øre med flåd og antal fraværsdage fra daginstitution eller skole som følge af mellemøre sygdom.

Interventionen var indsættelse af trommehindedræn, og kontrolgruppen kunne være behandlet med antibiotika, anden behandling, placebo eller ikke have modtaget behandling.

SYSTEMATISK LITTERATURSOEGNING

Der blev fundet fem randomiserede RAOM-studier [5-9], der alle havde forskellig behandling i kontrolgrupperne (Tabel 1). Kun to opfyldte Cochrane-reviewets inklusionskriterier [5, 6]. De øvrige tre undersøgelser var problematiske; *Casselbrant et al* [7] blev ekskluderet, fordi kontrolgruppen blev paracenteret med henblik på bakteriedyrkning fra mellemøret. *Gonzalez et al* [8] blev ekskluderet, fordi gruppen med drænbehandling blev behandlet med antibiotiske øredråber i starten af undersøgelsen. *Le et al* [9]

blev ekskluderet, fordi højre og venstre øre hos børnene i undersøgelsen blev randomiseret til hver sin behandling.

Reviewet giver ikke detaljerede oplysninger om, hvor mange studier deres litteratursøgning gav, eller hvordan de trin for trin nåede frem til de fem udvalgte studier [4]. Vi har derfor efterprøvet deres søgeprofil i MEDLINE og herved fundet 143 artikler, inklusive tre af de fem studier, der er omtalt i *Cochrane-reviewet*.

Ved en søgning i EMBASE blev de øvrige to fundet. Vi fandt ikke andre relevante randomiserede studier. Flertallet af de 143 studier omhandlede sekretorisk otitis media.

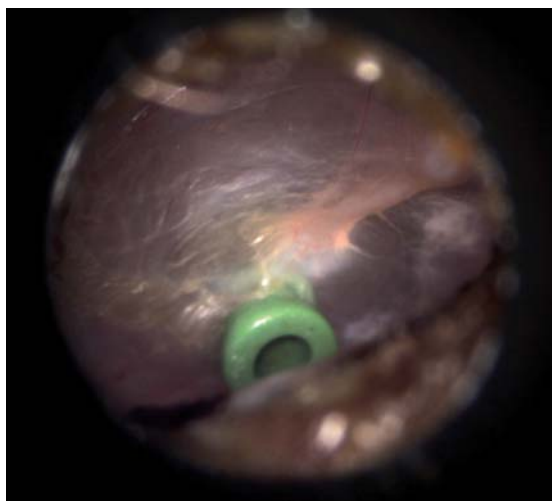
RESULTATER AF COCHRANEREVIEWET

Resultaterne i *reviewet* bygger således kun på to undersøgelser, *Gebhart* fra 1981 [5] og *El Sayed* fra 1996 [6], i hvilke der var henholdsvis 108 og 68 inkluderede børn. Kun resultater fra henholdsvis 95 og 53 børn indgik i selve metaanalysen. Alle børn i de to undersøgelser var under tre år gamle. Begge undersøgelser sluttede efter seks måneder. Samlet havde de to undersøgelser en absolut risiko-reduktion (ARR) for AOM på 0,34 (95% sikkerhedsgrænser (SG) på 0,18-0,47). Det betyder, at tre børn skal behandles, for at et barn undgår AOM i seks måneder efter operationen (*number needed to treat* (NNT) = 3). Kun *Gebharts* undersøgelse gav et sikkert positivt resultat, mens *El Sayeds* undersøgelse viste en tendens til positiv effekt målt på AOM-recidiv. Der blev ikke rapporteret andre effektmål [5, 6]. Drænbehandling hos småbørn med RAOM hviler således på et overraskende spinkelt videnskabeligt grundlag ifølge *Cochrane-reviewet*. Det kan undre, at man i analysen i *Cochrane-reviewet* sammenregner resultaterne fra to undersøgelser, i hvilke drænbehandlingen sammenlignes dels med ingen behandling og dels med sulfamethoxazol og trimethoprim. Da alle fem fundne randomiserede studier hver på sin måde bidrager med viden om effekten af trommehindedræn ved RAOM, finder vi det relevant at gennemgå alle fem studier mere detaljeret.



FORKORTELSER

AOM = akut otitis media
 ARR = absolut risiko-reduktion
 NNT = *number needed to treat*
 RAOM = recidiverende akut otitis media
 RCT = randomiseret klinisk undersøgelse
 SG = sikkerhedsgrænse



Trommehinde med dræn efter akut otitis media. Foto: Ramon G. Jensen og Preben Homøe, Rigshospitalet.

DETALJERET GENNEMGANG AF FEM RANDOMISEREDE STUDIER

I alle fem studier er beskrivelsen af randomiseringen mangelfuld, og i studiet af *Chinh Lee et al* [9] er højre og venstre øre hos deltagerne randomiseret til henholdsvis behandling og kontrol i modsætning til de øvrige studier, i hvilke randomisering gennemførtes på deltagniveau (Tabel 1).

I *Gebharts* undersøgelse inkluderedes børn med RAOM i speciallægepraksis, der var henvist fra praktiserende læger og pædiatere [5]. I alt 108 børn blev randomiseret til trommehindedræn eller ingen behandling. I alt 95 (88%) blev fulgt månedligt gennem seks måneder. Behandling med dræn betød en reduktion i andelen, der fik AOM i de følgende seks måneder på 0,41 (95% SG, 0,25-0,55), hvilket svarer til, at der skal behandles 2,4 barn for at undgå, at et barn får AOM de næste seks måneder (NNT = 2,4).

El-Sayed undersøgte børn med RAOM, der var henvist fra almen praksis eller pædiater til Universitetshospitalet i Riyadh [6]. I alt fuldførte 53 af de 68 randomiserede børn de seks måneders opfølgning, hvoraf 22 børn var randomiseret til sulfotrim (12 mg pr. kg hver aften) i seks måneder og 31 til behandling med trommehindedræn. Der var ikke signifikant forskel i andelen, der fik AOM de følgende seks måneder. Bedste estimat betød, at drænbehandlingen medførte 0,19 færre børn med AOM (95% SG, -0,08-0,43) eller NNT = 5,3.

Casselbrant et al randomiserede i perioden fra 1981 til 1988 i alt 264 børn med RAOM til tre grupper: a) drænbehandling, b) antibiotika (amoxicillin, 20 mg pr. kg hver aften) eller c) placebo [7].

Børnene var fra 7 til 35 måneder gamle, knap halvdelen var 7-15 måneder gamle (Tabel 1). De blev rekrutteret i to pædiatriske praksis og i hospitalets ambulatorium. Behandlingstiden var på to år. Fler-

tallet i drængruppen (55/76 = 72%) fik kun indsat drænen en gang, mens 26% fik indsat drænen to gange. Amoxicillin- og placebogruppen fik lavet paracentese ved ny episode af AOM med dyrkning fra mellemøret af sikkerhedsmæssige grunde. Samtidigt fik de ordineret amoxicillin (40 mg pr. kg pr. døgn) i ti dage fordelt på tre doser eller fik fordoblet den igangværende behandling.

Drængruppen fik ved flydeøre eller AOM samme antibiotika og øredråber med hydrokortison og antibiotika. Det er ikke muligt at sige, hvor meget disse behandlinger har betydet for undersøgelsens resultater. Den gennemsnitlige rate af AOM pr. år var 1,02 i drængruppen, 0,60 i amoxicillingruppen og 1,08 i placebogruppen. Den gennemsnitlige tid med AOM var henholdsvis 7%, 10% og 15% af observationsperioden. Samlet betød drænenbehandling 61 færre dage med otitis media på to år. Gruppen, der var randomiseret til amoxicillin, undgik noget hyppigere

AOM (0,58) end gruppen, der blev behandlet med placebo (0,40) eller drænen (0,35). I gruppen, der blev behandlet med drænen, var der bivirkninger i form af trommehindeperforation hos ti børn (13%). Syv helede efter få måneder, mens tre helede efter 5-21 måneder. I gruppen, der blev behandlet med amoxicillin, udviklede 7% bivirkninger, og 22% fik påvist betalaktamaseproducerende bakterier mod 13% i placebogruppen.

Forfatterne forklarer det lave antal AOM med, at forældrene til de sygeste børn ikke kunne acceptere en randomisering, hvor placebo indgik [7].

Gonzalez *et al* randomiserede 63 børn under fem år med RAOM til tre grupper [8]. De 22 børn i gruppen, der blev behandlet med drænen, fik ud over drænen også øredråber i den første periode af undersøgelsen (siden undlod man øredråber), 21 børn fik sulfasoxazole (500-1.000 mg to gange dagligt) i seks måneder, og 20 børn fik placebo gennem seks måneder. Fore-

TABEL 1

Samtlige fem randomiserede undersøgelser af effekten af trommehindedrænen ved recidiverende mellemørebetændelse.

Reference	Metode	Opfølgning	Inkluderet, n	Intervention/ kontrol	Fuld- førte, n	Alder, mdr.	Køn, % M	Primært effekt mål, %, AOM, 6 mdr. uden AOM	AOM, gns. n i 6 mdr.	AOM-rate, pr. antal deltagerår	
Gebhart, 1981 [5]	Rando- miseret	Kontrol hver md. i 6 mdr.	108 børn under 3 år med RAOM	Trommehindedrænen	54	21,2	66	46	0,67	–	
				Henvist til ØNH- speciallæge	Observation uden antibiotika	41	18,5	61	5	2,2	–
El-Sayed, 1996 [6]	Rando- miseret	Kontrol hver 2. md. i 6 mdr. eller ved mistanke om AOM	56 børn under 3 år med RAOM	Trommehinde-drænen	31	19,9	45	65	–	–	
				Henvist fra egen læge eller pædiater til ØNH-afdeling	Sulfamethizol og trimethoprim	22	19,7	45	45	–	–
Casselbrant <i>et al</i> , 1992 [7]	Placebo- rando- miseret	Opfølgning hver md. samt ved mistanke om AOM. Tilfælde i kontrol- gruppe med mistænkt AOM fik podning fra mellemøret	264 børn fra 7-35 mdr. med RAOM	Trommehindedrænen	86	45% ^a (7-15 mdr.)	58	35 (24 mdr.)	–	1,02	
				Henvist til ØNH-afdeling eller 2 pædiatripraksis	Amoxicillin	90	43% ^a (7-15 mdr.)	53	58 (24 mdr.)	–	0,6
				Placebotablet	88	43% ^a (7-15 mdr.)	65	40 (24 mdr.)	–	1,08	
Gonzalez <i>et al</i> , 1986 [8]	Placebo- rando- miseret	Månedlige kontroller samt kontrol ved mistanke om AOM	63 børn på 6 mdr.-4,9 år Mindst 3 AOM over 6 mdr. eller 4 over 18 mdr.	Trommehindedrænen og øredråber i en uklart defineret periode	22	20,1	45	55	0,86	–	
				Henvist fra pædiater til ØNH-specialist	Sulfisoxazol	21	18,6	76	24	1,4	–
				Placebotablet	20	16,7	60	15	2,0	–	
Le <i>et al</i> , 1991 [9]	Rando- miseret på ører og ikke personer	Kontrol efter 2 og 4 uger samt hver 3. md. op til 2 år (samt 36 mdr. efter operation med drænen)	I alt 44 børn på 1-6 år med gennembrud af AOM og mindre end 3 mdr.s profylaktisk antibiotikabehandling	Trommehindedrænen (44 ører)	–	20,4	59	–	0,6	–	
				Henvist fra pædiater til ØNH-speciallæge	Myringotomi (22 ører)	–	20,4	59	–	1,8 (øre uden drænen)	–
				Ingen kirurgi (22 ører)	–	20,4	59	–	–	–	

AOM = akut otitis media; M = mænd; md. = måned; mdr. = måneder; RAOM = recidiverende akut otitis media; ØNH = øre-næse-hals.

a) Procent af børnene, der var 7-15 mdr. gamle.

komsten af AOM i de første seks måneder var 0,86 (dræn), 1,4 (sulfa) og 2,0 (placebo). Forskellen mellem drænbehandling og placebo var signifikant ($p = 0,006$). Drænbehandlingen syntes således at kunne forhindre 1,1 AOM tilfælde i de første seks måneder efter behandlingen. I drængruppen undgik 12 ud af 22 (55%) at få AOM gennem seks måneder mod kun tre ud af 20 (15%) i placebogruppen. Forskellen i ARR på 0,40 svarer til et $NNT = 2,5$.

Lee *et al* randomiserede højre og venstre øre til hver sin behandling hos 44 børn med RAOM [9]. De fandt, at drænrørene havde 1,2 færre tilfælde af AOM de første seks måneder efter drænbehandlingen, nemlig 0,6 sammenlignet med de ikkedrænbehandlede ørers 1,8 tilfælde af AOM.

DISKUSSION

Cochrane-reviewet bygger sine konklusioner på kun to undersøgelser med i alt 148 børn. Vælger man at

inddrage de øvrige tre undersøgelser, udvides grundlaget til 518 børn. De tre sidstnævnte undersøgelser understøtter trods deres forskellige design Cochrane-reviewets resultater.

Drænbehandlingen af børn med RAOM bygger på et overraskende beskedent videnskabeligt grundlag selv efter inddragelse af de sidste tre studier [7-9] – især når den operative aktivitet tages i betragtning. Indsættelse af trommehindedræn er i mange lande den hyppigste operation, der gennemføres i fuld narkose.

Hvor hyppig indikationen for drænbehandling af RAOM er, ved vi kun lidt om, men to undersøgelser angiver mellem 20% og 40% [2, 3]. Vi savner en række relevante effektmål i de fem studier, f.eks. børnenes livskvalitet og fravær fra institution og arbejde hos henholdsvis børnene og deres forældre. Livskvalitet for hele familien angives ofte at være en vigtig faktor, når ørelæger i dag skal beslutte, om der



ABSTRACT

Grommets (ventilation tubes) for recurrent acute otitis media in children

McDonald S, Langton Hewer CD, Nunez DA

Cochrane Database of Systematic Reviews, Issue 4, 2008

Copyright © 2008 The Cochrane Collaboration. Published by John Wiley & Sons, Ltd.

DOI: 10.1002/14651858.CD004741.pub2.

This version first published online: 8 October 2008 in Issue 4, 2008. Last assessed as up-to-date: 12 August 2008.

This record should be cited as: McDonald S, Langton Hewer CD, Nunez DA. Grommets (ventilation tubes) for recurrent acute otitis media in children. Cochrane Database of Systematic Reviews 2008, Issue 4. Art. No.: CD004741. DOI: 10.1002/14651858.CD004741.pub2.

BACKGROUND

Acute suppurative otitis media is one of the most common infectious diseases in childhood. Recurrent acute otitis media (AOM) is defined for the purposes of this review as either three or more acute infections of the middle ear cleft in a six-month period, or at least four episodes in a year. Strategies for managing the condition include the assessment and modification of risk factors where possible, repeated courses of antibiotics for each new infection, antibiotic prophylaxis and the insertion of ventilation tubes (grommets).

OBJECTIVES

To establish whether ventilation tube insertion reduces the frequency of episodes of recurrent acute otitis media and the proportion of children with symptoms of ear disease.

SEARCH STRATEGY

We searched the Cochrane Ear, Nose and Throat Disorders Group Trials Register, the Cochrane Central Register of Controlled Trials (CENTRAL) (The Cochrane Library, Issue 1 2008), MEDLINE (1950 to 2008), EMBASE (1974 to 2008), CINAHL, mRCT (the metaRegister of Controlled Trials for ongoing/unpublished trials), NRR (National Re-

search Register), LILACs, KoreaMed, IndMed, PakMediNet, Zetoc, ISI Proceedings and Cambridge Scientific Abstracts. Reference lists of articles retrieved from the electronic searches were scanned for further trials. Systematic reviews and other meta-analyses were also searched for and their reference lists scanned. Contact was sought with authors of published trials and other experts in the field. The date of the last search was March 2008.

SELECTION CRITERIA

No trials that included a treatment and a control group that met the inclusion criteria were excluded. Abstracts were screened and full text articles of studies that met our inclusion criteria obtained. Two authors independently applied the inclusion criteria. Studies included in the review underwent quality assessment performed independently by all authors adapting the methods outlined in the Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions.

DATA COLLECTION AND ANALYSIS

Data were extracted independently by the authors and synthesised descriptively. Five randomized controlled trials were identified, of which two fulfilled the inclusion criteria.

MAIN RESULTS

Two studies involving 148 children were included in the review. One of these studies, involving 95 children, showed that ventilation tube insertion leads to a mean reduction of 1.5 episodes of AOM in the first six months after treatment. This study also showed a significant increase in the proportion of children with no episodes of AOM ($p < 0.001$) in the ventilation tube group. The other included study also found a higher proportion of patients in the ventilation tube group who had no episodes of AOM in the six months after intervention, but the difference did not reach statistical significance ($p = 0.16$).

AUTHORS' CONCLUSIONS

Ventilation tubes have a significant role in maintaining a "disease-free" state in the first six months after insertion. Further research is required to investigate the effect beyond six months. Clinicians should consider the possible adverse effects of grommet insertion before surgery is undertaken.

er operationsindikation [1]. Livskvalitet bør være en parameter i fremtidige undersøgelser. Det er især vigtigt, fordi drænbehandling ved RAOM primært er en symptomlindrende behandling.

Cochrane-reviewet belyser ikke betydningen af komplikationer og bivirkninger til drænbehandling eksempelvis narkoseproblemer, ar i trommehinden eller langvarig perforation. En metaanalyse fra 2001 af 134 artikler viste en relativ risiko på 3,5 for atrofi eller trommehinderetraktion efter drænbehandling sammenlignet med ikkedrænbehandlede ører [10]. Resultaterne fra andre opgørelser synes at bekræfte, at drænbehandlingen ikke er uden komplikationer, og flere af undersøgelserne viste, at langtidsbehandling med antibiotika kunne være et alternativ til drænbehandling, hvilket er en holdning, vi ikke deler.

KONKLUSION

Drænbehandlingen betød, at 3-5 børn med RAOM skulle behandles, for at et barn undgik at få AOM inden for de efterfølgende seks måneder i forhold til placebo eller ingen behandling. Drænbehandlingen er ikke uden komplikationer, og indikationen bør overvejes nøje, specielt set i lyset af den sparsomme dokumentation for behandlingens effekt. Drænbehandling er primært en symptomlindrende behandling, og der mangler nye veludvalgte studier af, hvordan drænbehandling påvirker livskvalitet, øresmerter, antal dage med flåd fra ører og antal fra-

værsdage fra daginstitution eller skole som følge af mellemøresygdom. Desuden savnes en prospektiv kortlægning af bivirkninger til behandling med trommehindedræn.

KORRESPONDANCE: Jørgen Lous, Institut for Sundhedstjenesteforskning – Almen Medicin, Syddansk Universitet, 5000 Odense C. E-mail: jlous@health.sdu.dk

ANTAGET: 17. maj 2010

FØRST PÅ NETTET: 23. august 2010

INTERESSEKONFLIKTER: Ingen

LITTERATUR

1. Johansen ECJ, Svendstrup B, Schønsted-Madsen U et al. Forældre er tilfredse med drænbehandling af trommehinde i speciallægepraksis. Ugeskr Læger 2010;172:2530-34.
2. Keyhani S, Kleinman LC, Rothschild M et al. Clinical characteristics of New York City children who received tympanostomy tubes in 2002. Pediatrics 2008;121:e24-e33.
3. Chow Y, Wabnitz DAM, Ling J. Quality of life outcomes after ventilation tube insertion for otitis media in an Australian population. Int J Pediatr Otorhinolaryngol 2007;71:1543-7.
4. McDonald S, Langton Hewer CD et al. Grommets (ventilation tubes) for recurrent acute otitis media in children. Cochrane Database Syst Rev 2008;(4): CD004741.
5. Gebhart DE. Tympanostomy tubes in the otitis media prone child. Laryngoscope 1981;91:849-66.
6. El Sayed Y. Treatment of recurrent acute otitis media chemoprophylaxis versus ventilation tubes. Aus J Otolaryngol 1996;2:352-5.
7. Casselbrant ML, Kaleida PH, Rockette HE et al. Efficacy of antimicrobial prophylaxis and of tympanostomy tube insertion for prevention of recurrent acute otitis media: results of a randomized clinical trial. Ped Infect Dis J 1992;11:278-86.
8. Gonzalez C, Arnold JE, Woody EA et al. Prevention of recurrent acute otitis media: chemoprophylaxis versus tympanostomy tubes. Laryngoscope 1986;96:1330-4.
9. Le CT, Freeman DW, Fireman BH. Evaluation of ventilating tubes and myringotomy in the treatment of recurrent or persistent otitis media. Ped Infect Dis J 1991;10:2-11.
10. Kay DJ, Nelson M, Rosenfeld RM. Meta-analysis of tympanostomy tube sequelae. Otolaryngol Head Neck Surg 2001;124:374-80.

Forældre er tilfredse med drænbehandling af trommehinde i speciallægepraksis

Praktiserende speciallæge Eva Charlotte Jung Johansen, praktiserende speciallæge Berit Svendstrup, praktiserende speciallæge Ulf Schønsted-Madsen & speciallæge i almen medicin Anders P. Munck

ORIGINALARTIKEL

Ørelægerne Fisketorvet, Odense, Øre-næse-halsklinikken, Svendborg og Audit Projekt Odense

RESUME

INTRODUKTION: Indsættelse af dræn i trommehinden er den hyppigste operation, der udføres på børn. Der er sat spørgsmålstegn ved, om der lægges for mange dræn i Danmark. Danmark har en højere registreret incidens af drænbehandling end de lande, vi sammenligner os med. Det er derfor relevant at se på, om de praktiserende speciallæger følger de vejledende retningslinjer for drænbehandling, og hvilke børn de behandler med dræn.

MATERIALE OG METODER: Undersøgelsen blev planlagt som en observerende forløbsundersøgelse med det enkelte barn som

observationsenhed for patientdata. Speciallægen var observationsenhed for lægeadfærd. Data opsamledes via en spørgeskemaundersøgelse, som bestod af to spørgeskemaer, der hver blev udfyldt to gange for hvert barn af både øre-næse-halslæge og forældre.

RESULTATER: I alt 24 speciallæger deltog. De inkluderede 426 børn. Hovedparten af børnene blev observeret mellem tre og seks måneder inden operationen. I 32% (28-37%) af tilfældene havde ørelægen ikke nogen oplysninger om, hvor længe egen læge havde observeret barnet. I alt 95% (92-97%) af forældrene