

Brugen af trommehindedræn i Danmark

LEDER

Jørgen Lous

Ugeskr Læger
2019;181:V70764

Siden *Beverly W. Armstrong* i 1954 publicerede sin to-sidersartikel om den positive effekt af behandlingen med trommehindedræn (VT) i nogle få uger hos fem voksne med væske i mellemøret, har denne behandling gået sin sejrsgang på trods af manglende randomiserede undersøgelser af effekt og bivirkninger. VT bruges især som behandling af kronisk væske i mellemøret (COME) hos småbørn. I både Holland og Danmark bruges VT hyppigt, dvs. 2-3 gange så hyppigt som i USA og ti gange så hyppigt som i Storbritannien. Nogen forklaring på forskellen kendes ikke. Mit gæt er en let adgang til et velfungerende korps af praktiserende ørelæger i Danmark. I 2002 havde 26% af børn i treårsalderen i Hillerød Kommune været i behandling med VT. Berettigelsen af dette indgreb hos så stor en andel af vores børn har været debatteret lige siden konsensuskonferencen om sekretorisk otitis media i 1987. Her er det vigtigt at minde om, at COME har en god prognose, idet den ofte forsvinder uden behandling i løbet af nogle måneder, når barnet ikke længere er forkølet. I de senere år er VT også blevet brugt til behandling af recidiverende akut otitis media (RAOM). Der er fortsat diskussion af effekten af VT ved RAOM. I et systematisk review i 2011 fandtes kun fem randomiserede studier, hvor VT typisk var sammenlignet med antibiotika. Reviewet tydede på, at VT kan forhindre et AOM-tilfælde i det første halve år efter operationen. Næsten alle VT indsættes i Danmark i øre-næse-hals-speciallægepraksis, undertiden laves der samtidig adenotomi. Dokumentation af effekten af behandlingen med VT har været sparsom i betragtning af, hvor hyppigt denne operation foretages. I et Cochranereview, opdateret i 2010, fandt man kun ti randomiserede undersøgelser, de fleste med hørelsen som vigtigst effektmål [1]. Det er derfor meget glædeligt, at en gruppe danske praktiserende ørelæger har taget initiativ til at lave en fortløbende registrering af alle deres VT-operationer hos børn under 12 år med præ- og postoperative symptomer, objektive fund samt forældrenes tilfredshed efter indgrebet, og at de har brugt energi på at præsentere deres fund i the Danish Medical Journal (dette nr. af Ugeskrift for Læger) [2]. Tak for det. *Siggaard et al* har endvidere brugt tid på at udvikle og evaluere et dansk øredrænsørgeskema (dette nr. af Ugeskrift for Læger) [3]. I deres artikel savner jeg en sammenligning af deres skema og lignende internationale spørgeske-

maer og en begrundelse for, hvorfor der er behov for et nyt dansk spørgeskema. I en tredje artikel (dette nr. af Ugeskrift for Læger) [4] analyserer forfatterne, i hvilken grad de har fulgt de danske kliniske retningslinjer, som blev publiceret i 2015-2016 [5]. De danske retningslinjer følger ret nøje de amerikanske, da begge bygger på foreliggende evidens; det vil sige, at der ved COME kræves dokumenteret langvarig (i mere end tre måneder) forekomst af væske i begge mellemører og dokumenteret ledsagende hørenedsættelse eller andre specielle indikationer såsom forsinket sprogudvikling. Det er desværre et problem, at forfatterne ikke har dokumenteret forekomsten af væske i et eller begge mellemører ved f.eks. beskrivelse af otomikroskopi, pneumatisk otoskopi eller tympanometri i de tre måneders præoperative observation. Man har i stedet spurgt forældrene om varigheden af deres mistanke om øresymptomer og mistanke om hørenedsættelse, og det er jo ikke det samme. Jeg vil håbe, at registreringen i ørelægepraksis vil fortsætte og inkludere tympanometri og måling af hørelse fremover. Et vigtigt og stadig uafklaret spørgsmål er betydningen for børnenes sproglige, kognitive og sociale udvikling af den midlertidige hørenedsættelse, som ledsager COME. Behandling med VT giver i gennemsnit 10-12 dB høreforbedring i de første måneder, og efter seks måneder er effekten kun ca. 4 dB. Jeg mener, at der bør laves en randomiseret undersøgelse af effekten af trommehindedræn – med en grundig observation i tre måneder – af både de børn, der ender med at blive inkluderet, dem, der trækkes ud af forældrene, og dem, som normaliseres i observationsperioden, og med undersøgelse af deres hørelse, mellemøretilstand og gerne sproglige udvikling. En sådan undersøgelse mangler vi alle.

LITTERATUR

1. Browning GG, Rovers MM, Williamson I et al. Grommets (ventilation tubes) for hearing loss associated with otitis media with effusion in children. *Cochrane Database Syst Rev* 2010;10:CD001801.
2. Siggaard LD, Barrett TQ, Lüscher M et al. Parent satisfaction and symptom relief in children with otitis media undergoing tympanostomy tube insertion. *Dan Med J* 2019;66(9):A5567.
3. Tingsgaard J, Tingsgaard P, Siggaard L et al. Validation of the Danish National Tympanostomy Tube Insertion Questionnaires. *Dan Med J* 2019;66(9):A5568.
4. Siggaard L, Barrett TQ, Lüscher M et al. Specialist's adherence to guidelines on tympanostomy tube insertion. *Dan Med J* 2019;66(9):A5552.
5. Heidemann CH, Lous J, Berg J et al. Danish guidelines on management of otitis media in preschool children. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol* 2016;87:154-63.

En fuldstændig referenceliste kan fås ved henvendelse til forfatteren.

KORRESPONDANCE:

Jørgen Lous,
Forskningsenheden for
Almen Praksis, Syddansk
Universitet. E-mail:
jlous@health.sdu.dk

INTERESSEKONFLIKTER:

ingen. Forfatterens ICMJE-formular er tilgængelig sammen med artiklen på Ugeskriftet.dk