MELLANÖRESJUKDOM AV RETRAKTIONSTYP

Från otosalpingit till kolesteatom

Kliniska observationer hos patienter och resultaten vid en rad experimentella undersökningar har förändrat vår uppfattning om patogenes och behandling vid ett antal besläktade mellanöresjukdomar. Dessa tillstånd sammanfattas av begreppet mellanöresjukdom av retraktionstyp. Vår nuvarande uppfattning om patogenesen bygger på att det finns ett samspel mellan två viktiga faktorer, undertryck och infektion, som tillsammans initierar och underhåller sjukdomen. För båda faktorerna gäller att patientens eget beteende i hög grad medverkar till sjukdomsutvecklingen. Här presenteras en sammanhängande beskrivning av sjukdomsbegreppet, sjukdomens etiologi, symtomatologi, diagnostik och behandling.

Inom det oklart avgränsade begreppet »kronisk otit» kan man sammanföra ett antal till synes olika åkommor till en sjukdomsgrupp med gemensam genes och likartad morfologi. Uttrycket »mellanöresjukdom av retraktionstyp» präglades i början av 1980-talet för att skilja ut och definiera denna kategori [1].

I dagligt tal använder vi uttrycket »retraktionssjukdom» eller »retraktionspatologi» för att karakterisera den otomikroskopiska bilden.

Retraktionssjukdom är således ett kliniskt begrepp som grundar sig på otomikroskopiska iakttagelser, anamnestiska data och experimentella fynd hos patienter med öronsjukdom. Vår erfarenhet visar att det finns en mycket nära koppling mellan retraktionssjukdom, örontrumpetens patofysiologi och ett reaktivt beteende som initierar och underhåller sjukdomsutvecklingen. För att karakterisera sjukdomsgruppen måste dessa olika aspekter presenteras i ett sammanhang.

Morfologiska kännetecken

Ett gemensamt morfologiskt kännetecken vid retraktionssjukdom är indragning av trumhinnan, retraktion, (Figur 1). En retraktion av trumhinnan är ingen perforation, även om de två beteckningarna tyvärr ofta blandas ihop. En *perforation* är ett öppet hål genom trumhinnan som exponerar mellanörats slemhinna mot omvärlden – en *retraktion* är en inbuktning som bildas av trumhinnan, en inbuktning som kan vara alltifrån en grund grop till en djup fickbildning. Retraktionen kan omfatta hela trumhinnan, eller en mindre del av trumhinneytan i form av en lokal fickbildning i pars tensa eller flaccida.

När trumhinnan retraheras blir den tunnare, och retraherade delar framträder i mikroskopet som mer genomskinliga än angränsande normala trumhinnepartier (atrofi). Ofta förekommer perioder då mellanörat är vätskefyllt (»otosalpingit»). Vätskan kan vara serös och genomskinlig, och ibland innehåller den gasbubblor. Vid andra tillfällen kan vätskan vara gulfärgad, högviskös och helt utfylla mellanörat (glue ear) (Figur 2, 3).

En trumhinneretraktion bildas vanligen tidigt i livet, och i de fall tillståndet progredierar blir retraktionen djupare efter hand tills den möter ett motstånd. Retraktionsfickan lägger sig då an mot promontoriet och draperar sig över olika strukturer i mellanörekaviteten, t ex städets långa utskott och stigbygeln (Figur 3). Ofta växer det tunna retraktionsmembranet fast mot underlaget och blir »adhesivt». Retraktionsfickan kan söka sig in i alla små skrymslen som finns i mellanörekaviteten och fortsätta till epitympanum, antrum och cellsystem, där den bildar underlag för utveckling av kolesteatom (matrix). I retraktionen sker då en ackumulation av keratinmaterial beroende på ökad nybildning och försämrad avtransport av keratinlagret (Figur 4).

Begreppet retraktionssjukdom omfattar således ett kontinuerligt spektrum, från banala och reversibla tillstånd med en helt grund retraktion, till avancerade och irreversibla tillstånd (adhesivotit, kolesteatom) (Faktaruta 1). De tunna retraherade trumhinnepartierna är vulnerabla, och inte sällan uppstår en sekundär perforation inom det retraherade området, så att det bildas en perforerad retraktion, en »ficka med hål» (Figur 1, 5).

Författare

BENGT MAGNUSON
överläkare, öron-, näs- och halskliniken, Universitetssjukhuset, Linköping

MARIE BUNNE
överläkare, öron-, näs- och halskliniken, Bodens sjukhus

LEIF HERGILS
biträdande överläkare, öron-, näs- och halskliniken, Universitetssjukhuset, Linköping

BERNT FALK
överläkare, öron-, näs- och halskliniken, Västerviks sjukhus

HENRIK HARDER
överläkare, öron-, näs- och halskliniken, Universitetssjukhuset, Linköping.

*

Artikeln är en sammanfattning av ett minisymposium vid Svenska Läkaresällskapets riksstämma 1996.

Patofysiologin – en växelverkan

En trumhinneretraktion, liksom en perforerad retraktion, blir mycket lätt infekterad av bakterier från hudfloran. I obehandlade fall domineras därför bilden inte sällan av en sekundär extern infektion i form av ett »rinnande öra»med granulationsbildning. Både episoder av akut otit och långdragna och recidiverande perioder av extern otit förekommer vid retraktionssjukdom. För att en manifest trumhinneretraktion skall utvecklas krävs en atrofi med nedbrytning av kollagenlagret i lamina propria, vilken kan sammanhänga med inflammationssvaret vid infektioner. Samma sak gäller troligen den nedbrytning av benvävnad med ossikelskador som förekommer i mer avancerade fall, vanligen i form av »karies» av städets långa utskott.

Här finns således en växelverkan mellan infektion och undertryck. Att

undertryck spelar en viktig roll vid bildningen av en trumhinneretraktion är helt okontroversiellt och ansluter till hydrops ex vacuo-teorin. Utvecklingen av retraktionssjukdom är nära knuten till örontrumpetens funktion, eller snarare malfunktion. När det gäller arten av denna malfunktion och det sätt på vilket undertrycket uppkommer finns skilda meningar.

Den klassiska hydrops ex vacuo-teorin postulerar en ständigt pågående fysiologisk resorption av mellanöregas genom diffusion till blodbanan. I sjuka öron antog man att det förelåg en »tubarstenos» med oförmåga att utjämna tryck, vilket i kombination med gasabsorptionen ansågs leda till att det efter hand bildades ett kraftigt undertryck i mellanörat. Detta undertryck tvingade i sin tur trumhinnan att bukta in, samtidigt som det orsakade vätskeutgjutning i mellanörat [2]. Örontrumpetens funktion kom att definieras operationellt med mätmetoder (tubarfunktionstest) avsedda att bestämma utjämningsförmågan av artificiellt applicerade tryck i mellanörat.

Våra egna undersökningar talade för att den bakomliggande mekanismen var av helt annat slag. Kliniska observationer följda av tryckmätningar på barn och vuxna med retraktionssjukdom visade entydigt att stora undertryck uppkom *momentant* genom en direkt evakuering av mellanörat via en alltför lättöppnad örontrumpet [3-5].

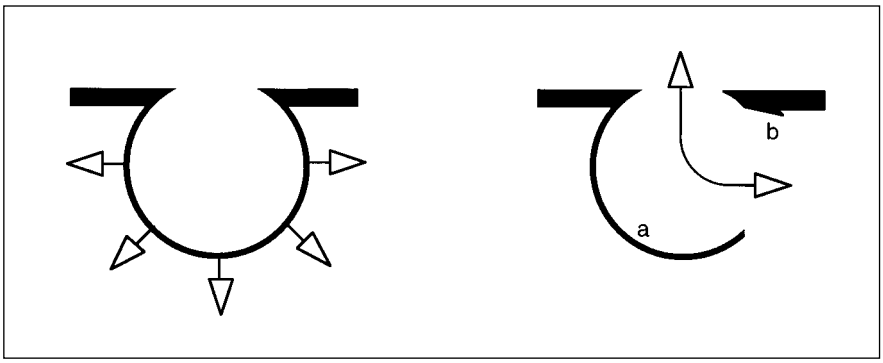
Tryckmätningarna utfördes på öron med trumhinnerör eller en liten paracentesöppning som gav tillgång till mellanörat. Försökspersoner, både friska och sjuka, försågs med tre tryckgivare som var lufttätt anslutna till vardera hörselgången och till epifarynx via den ena näsgången. På så sätt kunde tryckvariationer registreras simultant på tre kanaler (se exempel i Figur 6). De centrala fynden kan sammanfattas i tre punkter:

1. En kraftig sniffning med näsan (insnörvling) kunde momentant ge en kraftig trycksänkning i mellanörat, ett undertryck som ofta stod kvar trots utjämningsförsök med sväljningar. Upprepade sniffningar kunde ge ett stegvis ökande undertryck i mellanörat.

2. Örontrumpeten uppvisade ofta en mekanisk ventilverkan som medgav passage genom örontrumpeten företrädesvis i riktning från örat vid sniffning, medan passage till örat vid Valsalvablåsning var försvårad.

3. Förutom denna ventilverkan fanns ofta ett specifikt beteende hos patienten som orsakade evakuering av öronen (vanemässig sniffning).

Slutsatsen blev att örontrumpeten i dessa fall inte var obstruerad i den klassiska bemärkelsen. Snarare uppvisade den en bristande tillslutning genom att den inte kunde stå emot det undertryck som uppstår i luftvägarna vid sniffning. Örontrumpeten var alltför lättöppnad i ena riktningen, samtidigt som den var svåröppnad i den andra. Kombinationen av de mekaniska egenskaperna (ventilverkan) och det speciella beteendet (vanemässig sniffning) gav upphov till upprepad evakuering av öronen. Undersökningarna visade också att det fanns en utpräglad tidsvariabilitet hos enskilda patienter och i enskilda öron; örontrumpetens funktion visade sig inte vara statisk, utan i högsta grad variabel från tid till tid [6, 7].



Figur 1. Schematisk bild av trumhinneretraktion. Till vänster en intakt retraktion. Pilarna antyder den tryckskillnad mellan atmosfär och mellanöra som skapar och vidmakthåller retraktionen. Till höger en perforerad retraktion med kvarlämnat keratiniserande epitel innanför trumhinnans nivå (a) och en trumhinneduplikatur vid retraktionskanten (b). Dubbelpilen anger att det finns en fri kommunikation via perforationen.

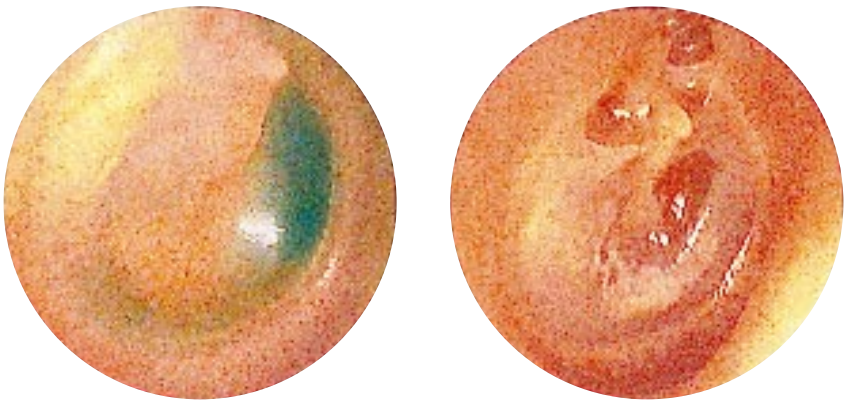
Undersökningar av friska öron

Hos friska försökspersoner visade det sig att örontrumpetens ventilverkan var omvänd: passage till örat (vid Valsalvablåsning) gick lättare än i andra riktningen (vid sniffning). Undertryck i mellanörat kunde ibland provoceras fram efter kraftiga sniffningar även i friska öron, men inte i samma omfattning som i öron med retraktionssjukdom [3].

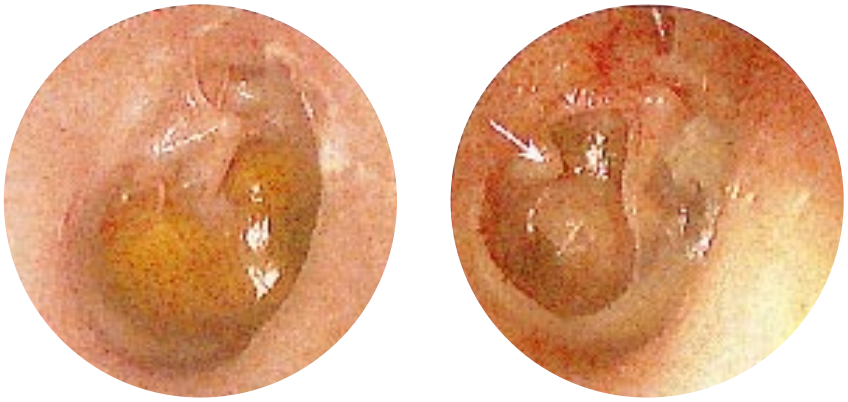
För att närmare studera förutsättningarna för det friska örat mätte vi sammansättningen av den gasblandning som fyller mellanörat. Hos ett antal vuxna försökspersoner punkterades trumhinnan utan anestesi, samtidigt som hörselgången spolades med heliumgas för att undvika kontamination med atmosfärisk luft. Punktionsnålen var direkt ansluten till en massspektrometer som mätte de ingående komponenterna [8]. Resultaten visade att partialtrycken för syrgas (pO_2 41 mm Hg) och koldioxid (pCO_2 53 mm Hg) stämde med vad man kan förvänta sig. Partialtrycken för gaser lösta i vävnad och venöst blod ligger ungefär vid dessa nivåer, och således finns en genom diffusionen orsakad jämvikt. Värdena för inert gas i form av kväve (pN_2 612 mm Hg) och argon (pAr 7 mm Hg) var emellertid högre än i blodet. Våra mätvärden överensstämmer mycket väl med mätningar utförda med annan teknik [9]. När vi senare undersökte sjuka öron, i samband med inläggning av trumhinnerör hos barn med upprepade otosalpingiter, fann vi att de relativa koncentrationerna för de olika gaserna var närmast identiska med de värden vi funnit i friska öron [10].

Den stora differensen för inert gas i mellanöra gentemot blod borde ge förutsättningar för en fysiologisk gasabsorption i enlighet med ex vacuo-teorin, men mätningar för att påvisa ett sjunkande mellanöretryck som följd av absorption gav oväntade resultat. För att undersöka gasabsorption genom diffusion utnyttjade vi det faktum att örontrumpeten inte öppnar sig så lätt i liggande kroppsställning. Under sömn och vila finns en fysiologisk tubarocklusion, och förutsatt att det finns en gasabsorption borde det i denna situation spontant uppstå ett undertryck i mellanörat. Ett antal öronfriska försökspersoner mättes med tympanometri vid uppvaknandet på morgonen. Resultaten visade oväntat ett *övertryck*, således ett tryck som låg över rådande atmosfärtryck [11]. Detta fynd var från början förbryllande, men tryckstegringen i mellanörat under vila har verifierats upprepade gånger vid andra undersökningar med serietympanometri [12, 13].

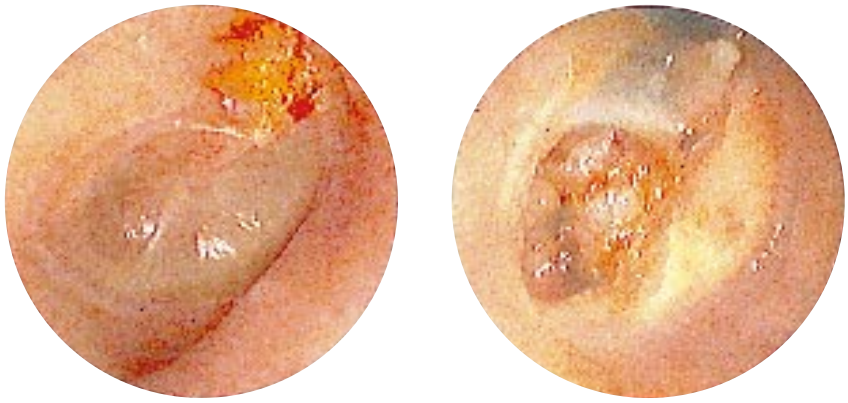
Djurförsök med experimentell tubarocklusion har utförts av andra undersökare och visar att så länge man inte stör den normala gasblandningen i mellanörat bildas inte det kraftiga undertryck genom diffusion som postuleras av ex vacuo-teorin [14]. Det förefaller som om diffusionen av kväve går betydligt långsammare än man förväntat, och att en hög kvävehalt kan bibehållas under lång tid (upp till ett dygn), utan att



Figur 2. Videoendoskopiska bilder av trumhinnor (högeröron). Till vänster en frisk trumhinna. Till höger exempel på retraktionssjukdom med lokala retraktioner av pars flaccida och tensa. Dessutom ses atrofi och vita myringosklerotiska inlagringar som minne av tidigare behandling med trumhinnerör. Mellanörat är fyllt av bärnstensfärgad högviskös vätska (glue).



Figur 3. Till vänster ett öra med gulfärgad vätska i mellanörat och en luftbubbla. Hela trumhinnan är retraherad. Örat till höger uppvisar djupa retraktioner. Pars tensa ligger an mot promontoriet och draperar sig över stigbygeln vid pilen.



Figur 4. Vänstra bilden visar ett kolesteatom som utgår från en djup retraktion av pars flaccida (atticuskolesteatom). Pars tensa uppvisar en helt grund retraktion. Till höger ett kolesteatom som utgår från en djup retraktion av den bakre delen av pars tensa.



Figur 5. Till vänster ett öra med retraktion av den bakre-övre kvadranten av pars tensa i en delvis myringosklerotisk trumhinna. Till höger en perforerad retraktion på samma plats. Genom perforationen ses runda fönsternischen.

diffusionen leder till undertryck i mellanörat [15].

Symtomatologin varierad och individuell

När det gäller denna sjukdomsgrupp måste man vara medveten om att den underliggande oförmågan hos örontrumpeten att sluta tätt är av varierande grad. Den bristande tillslutningen sträcker sig över ett kontinuum från en ständigt vidöppen örontrumpet, till en örontrumpet som knappast öppnar sig alls, annat än vid en kraftig provokation vid forcerad sniffning. Symtomatologin är följaktligen varierad och individuell och därför ofta mycket svårfångad; en summarisk uppställning av underkategorier visas i Faktaruta 2.

Tidsfaktorn är av stor betydelse. Om man har en vidöppen örontrumpet under större delen av sitt liv har man inget annat att jämföra med. Man uppfattar tillståndet som normalt och har oftast inga symtom alls. Den här extremformen är ovanlig och kallas »tuba aperta». Vanligen föreligger inga omfattande trumhinneskador (kategori A).

Om man i stället upplever episoder när örontrumpeten ställer sig i vidöppet läge märker man en drastisk skillnad och får akustiska och taktila symtom (kategori B). Ljudet av den egna rösten dånar i örat när man talar (autofoni). Det blir fel på återkopplingen mellan tal och hörsel, och obehaget gör det svårt att modulera rösten. Trumhinnan rör sig med andningen, vilket både hörs och känns obehagligt i örat (trumhinnefladder). Trumhinnan har i dessa fall ofta ett helt normalt utseende.

Somliga lär sig att behärska situationen genom att tvinga den öppna örontrumpeten att stänga till (kategori C). Denna form föreligger ofta i fall av mer eller mindre avancerad retraktionssjukdom. Individen utnyttjar det faktum att örontrumpeten är lättgenomsläpplig och sniffar in kraftigt med näsan. Det kraftiga undertrycket i luftvägarna fortplantas omedelbart till mellanörat, varvid trumhinnan buktar in och örontrumpeten sugs ihop och sluter sig. Somliga gör med samma resultat i stället en omvänd Valsalvamanöver. Det problem man upplever är att obehaget snart kommer tillbaka beroende på att örontrumpeten kan öppna sig igen, t ex i samband med en sväljning eller gäspning. Proceduren måste därför upprepas gång på gång under dagens lopp. Metoden att tvinga örontrumpeten att sluta sig utvecklas till en oftast omedveten vana, så att beteendet utlöses automatiskt hundratals gånger om dagen (vanemässig sniffning).

Under tiden som man har ett undertryck i mellanörat står trumhinnan indragen och spänd, vilket förändrar ljudtransmissionen. Man får ett ledningshinder, vänjer sig småningom vid detta och kommer att uppfatta den ljudkaraktär som beror av undertryck och eventuell vätskebildning som ett normaltillstånd. Detta innebär att man har skaffat sig en felaktig normalreferens. I detta stadium kanske man inte längre har några episoder av vidöppen örontrumpet, men accidentell tryckutjämning upplevs som en störning. En tryckutjämning vid sväljning, eller när man snyter näsan, återställer trycket, men normaliseringen av ljudtransmissionen upplevs som obehaglig och störande. Ljudet känns för starkt och påträngande (hyperakusis). Detta tjänar nu som stimulus för att genast återställa den önskvärda ljudkvaliteten genom att återigen evakuera örat med sniffning.

Den ovan beskrivna kategorin övergår utan skarp gräns i en form av relativ slutningssvikt där man sällan eller aldrig har en helt öppen örontrumpet (kategori D). Örontrumpeten öppnar sig kanske inte alls, annat än vid kraftig provokation. Den stora momentana tryckdifferens som uppstår vid sniffning kan forcera motståndet i örontrumpeten och skapa och vidmakthålla undertryck i mellanörat. I denna kategori finner man många av de barn som behandlas för långvariga och recidiverande otosalpingitperioder. Liksom i den ovan beskrivna kategorin förefaller dessa patienter uppleva obehag av tryckutjämning. En spontan tryckutjämning vid gäspning, eller en uppblåsning i samband med snytning, ger en obehaglig ljudupplevelse och en obehaglig känsla i örat. Även patienter med denna typ av tubarmalfunktion använder sig inte sällan av vanemässig sniffning för att försöka eliminera obehaget.

Diagnostiken kan vara svår

Den morfologiska bilden av trumhinneatrofier, vätska i mellanörat, retraktioner eller manifest kolesteatom är avgörande för diagnosen »retraktionssjukdom»; diagnosen bygger på att man känner igen trumhinnebilden i mikroskopet. När det gäller tubarmalfunktionen får man söka orsakssamband med hjälp av anamnesen i det individuella fallet, genom att ställa de rätta frågorna och ge patienten tid att tänka efter. Kanske klarnar inte situationen förrän efter flera besök på mottagningen.

För att objektivisera sina fynd kan man observera trumhinnans position med öronmikroskopet före och efter uppblåsning och sniffning (snifftest). Man kan mäta mellanöretrycket med hjälp av tympanometern före och efter (serietympanometri), eller man kan använda sig av tryckgivare som vi gjort (manometri). I de flesta fall kan man komma på rätt spår med hjälp av enkla kliniska metoder i mottagningsrummet (se nedan).

När man undersöker och behandlar patienter med retraktionssjukdom upptäcker man emellertid att den egna diagnostiska träffsäkerheten sviktar av och till. En välkänd patient har kanske genomgått en eller ett par operationer, men det finns en envis retraktionstendens – och sjukdomen recidiverar. Man uppmärksammar plötsligt att denna patient, som man träffat ett flertal gånger på mottagningen på grund av detta gåtfulla och svårbehandlade tillstånd, se-

FAKTARUTA 1

Öronåkommor som ingår i begreppet retraktionssjukdomar

Otosalpingit, hit räknas inte kortvariga episoder efter akut otit.

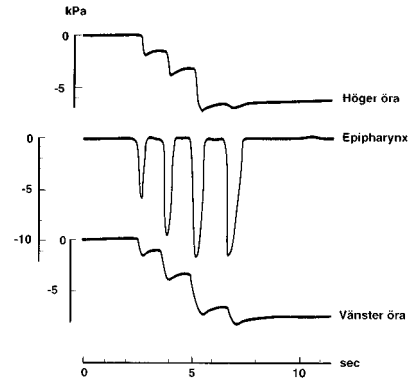
Trumhinneatrofi, kallas ofta ärrbildning eller »sequelae otitis media».

Trumhinneretraktion, fickbildning eller atelektas, kallas ofta felaktigt perforation.

Perforerad retraktion, kallas ofta »randstående perforation».

Kolesteatom, hit räknas inte kongenitalt (primärt) kolesteatom.

Adhesivotit, slutstadium, total atelektas.



Figur 6. Simultan tryckmätning från epifarynx, höger och vänster öra hos en kvinna med bilaterala trumhinneretraktioner och vätska i båda öronen. Upprepade sniffningar gav tillfälliga, kraftiga undertryck i epifarynx och skapade kvarstående, stegvis ökande undertryck i öronen.

dan åratal är en inbiten »generalsniffare».

Vid en ständigt vidöppen örontrumpet (kategori A i Faktaruta 2) finns det vanligen inga grava trumhinneskador, som nämnts ovan, och heller inga symtom. Eftersom det finns fri passage genom örontrumpeten kan man se trumhinnan bukta in och ut rytmiskt i takt med andningen. Trumhinnan är ofta litet för stor och »sladdrig» med atrofiska områden eller fläckvisa myringosklerostiska inlagringar som minne av en tidigare epok då örat var mer utsatt. Tidsvariabiliteten medger att örontrumpeten kan ha betett sig på ett helt annat sätt, t ex i samband med tidigare långdragna förkylningar. Det är inte orimligt att det vid tidigare perioder i patientens liv kan ha förekommit sniffinducerat undertryck, indragning av trumhinnan och vätskebildning i mellanörat.

Diagnosen av episodiskt helöppen örontrumpet hos patienter med otomikroskopiskt friska öron (kategori B) bygger helt på anamnesen, eftersom det oftast inte finns någon andningssynkron trumhinnerörlighet vid undersökningstillfället. Patienten beskriver ofta obehaget som ett lock, eller en tryckkänsla i örat, vilket kan vara vilseledande. Autofonin beskrivs ibland som att den egna rösten låter som när man talar med huvudet i en tunna. Det är karakteristiskt att obehaget snabbt försvinner när man lägger sig ner. Vanligen stänger sig då örontrumpeten på grund av det ökade venösa trycket i de omgivande vävnaderna.

Hos vuxna patienter med retraktionssjukdom som undertrycker sina besvär med vanemässig sniffning (kategori C) kan man ofta få fram en alldeles klar anamnes när man frågar om patienten stundvis upplever en lockkänsla och ber att han eller hon visar hur man kan bli kvitt obehaget. I andra fall är både obehagets karaktär och det reaktiva beteendet helt omedvetna och inte möjliga att verbalisera. Barn har inget att jämföra med och kan uppfatta öronåkomman som ett normaltillstånd. Att beskriva obehaget kräver tid för eftertanke, att patienten får tid att känna efter och sedan försöka uttrycka det med ord. Man kan fråga hur det känns om patienten snyter näsan hårt, så hårt att det poppar i örat. Svaret kan bli att det »känns otäckt». Svaret på frågan vad det är för skillnad före och efter en uppblåsning kan bli: »Jag hör bättre efter jag har blåst, men jag hör skönare annars.»

Man kan objektivisera genom att be patienten blåsa upp trumhinnorna med en Valsalvablåsning. Patientens attityd till detta ger vägledning. Samma procedur kan användas på både vuxna patienter och barn med en rubbning av örontrumpetens funktion enligt kategorierna C och D. Många visar stor tvekan inför förslaget att blåsa upp trumhinnorna, andra undviker metodiskt att blåsa på ett effektivt sätt, eller rent av vägrar att försöka. Efter eventuell övertalning och ett lyckat försök att blåsa upp kan man be patienten beskriva upplevelsen av ljudet, samtidigt som man själv noga observerar patientens beteende. Man kan ofta se hur patienten efter en lyckad uppblåsning nästan omedelbart försöker korrigera mellanöretrycket och trumhinnans position med en eller annan sniffning, helt omedvetet och automatiskt.

FAKTARUTA 2

Underkategorier av tubar slutningssvikt

A: Total konstant slutningssvikt, ovanlig form, kallas »tuba aperta», oftast inga symtom.

B: Intermittent slutningssvikt, inte ovanlig, mycket besvärande autofoni.

C: Undertryckt slutningssvikt, vanlig vid retraktionssjukdom, symtom undertrycks aktivt.

D: Relativ slutningssvikt, flertalet fall, hörselnedsättning, annars inga symtom.

Kausal behandling kräver beteendeförändring

Vid retraktionssjukdom finner man vid första undersökningen inte sällan ett infekterat och rinnande öra med pus och granulationer, eller kanske en stor polyp som helt skymmer trumhinneplanet. Bilden klarnar när man behandlat den externa infektionen. Det går i de flesta fall att hålla örat fritt från infektioner när man förmått patienten att iaktta en sträng öronhygienisk regim. Den sekundära infektionen är till stor del självförvållad genom det myckna kliandet och petandet i örat. Härvid inokulerar patienten olika patogener i revor och skrapsår i hörselgångshuden, och behandlingen går ut på att förändra patientens felaktiga beteende.

Förr fick många barn en bestående trumhinneperforation i samband med svårartad akut otit, och åkomman permanentades på detta stadium. Numera läker trumhinnan vid nästan alla akuta otiter, och i stället ser vi fler fall av retraktionssjukdom som har blivit en av de allra vanligaste öronåkommorna. Oftast förbättras tillståndet när barnen växer upp, men under tiden det pågår krävs många läkarbesök och behandlingar av olika slag. I en mindre andel av fallen uppstår manifesta skador som kräver kirurgisk behandling, ossikelskador med hörselnedsättning, sekundär perforation av trumhinnan eller kolesteatom.

Den kirurgiska behandling som kommer i fråga är i första hand symtomatisk. Lindrig retraktionssjukdom i form av vätska i mellanörat med hörselnedsättning kan framgångsrikt behandlas med trumhinnerör. Sekundära trumhinneperforationer eller ossikelskador kan behandlas med myringo- eller ossikelplastik. Kolesteatom behandlas med mer omfattande kirurgi i mellanörat och temporalbenet. I samtliga fall finns en inte obetydlig risk för recidiv av retraktionssjukdomen, eftersom sjukdomens orsaker inte förändras.

Det finns ingen effektiv medicinsk eller kirurgisk behandling mot den tubarmalfunktion som ligger till grund för sjukdomsutvecklingen. Den möjlighet som finns är att påverka beteendet. Denna behandling kan vara synnerligen krävande för alla parter – läkare och patient (samt föräldrar). Avsikten är att minska behovet av kirurgisk behandling och att satsa på en kausal behandling, genom att påverka det beteende som styr sjukdomsutvecklingen. Evakuering av öronen i samband med sniffning fungerar ofta som en betingad reflex. Om man lyckas med att vända detta medvetna eller omedvetna beteende till sin motsats, dvs att patienten i stället ventilerar öronen aktivt genom att blåsa upp trumhinnorna gång på gång under dagens lopp, uppnås två syften: patienten blir medveten om sammanhanget, och sjukdomsutvecklingen kan avbrytas.

Patientens ansvar för sina öron

Det gäller att motivera och lära patienten att leva med sin opålitliga örontrumpet utan att förstöra örat, och i början måste detta ske mot individens egen vilja. Patienten uppskattar vanligen inte alls förslaget att blåsa upp trumhinnorna; det är otäckt och ljudet blir alldeles fel. Alltså negligerar man rådet, eller också blåser man för syns skull på ett ineffektivt sätt, så att man är säker på att det inte går upp någon luft i öronen. Det välmenta rådet att blåsa upp flera gånger om dagen är helt otillräckligt. En sådan information går nästan aldrig fram.

För att åstadkomma en förändring av beteendet måste man informera i detalj och använda olika ordval beroende på om man vänder sig till vuxna patienter, barn eller föräldrar. Om man har tillgång till teknisk utrustning som tympanometer eller videoendoskop kan det vara till hjälp för att visa vad som är fel och hur man skall göra. Det gäller att i första hand beskriva vad som är fel och förklara sambanden mellan örat, örontrumpeten och luftvägarna – anatomiskt och funktionellt. Hörselsymtom, känselupplevelser i öronen och det reaktiva

beteendet måste förklaras och medvetandegöras så att sammanhanget går att förstå.

Denna information har en central plats i vår behandlingspraxis när det gäller barn och vuxna med retraktionssjukdom. Pre- och postoperativt anser vi denna information vara av stort värde för att förebygga recidiv. Informationen bör upprepas flera gånger på ett engagerat sätt så det tydligt syns att man själv tar det på stort allvar.

Det är lätt att snabbt avsluta ett mottagningsbesök med en remiss eller beslut om behandling med trumhinnerör. Det är i många fall en utmärkt behandling, men alla behöver inte trumhinnerör om de får lära sig hur man kan klara det själv. Tekniken att blåsa upp måste instrueras och prövas på mottagningen. Små barn kan oftast inte göra Valsalvablåsningar på en gång. Otoventmetoden fungerar ofta mycket bra om den instrueras och tränas in på mottagningen. När det gäller små barn kan det vara lämpligt att först instruera föräldrarna att träna barnen att snyta näsan i näsduk. Snytning är ibland den mest effektiva metoden att ventilera örat aktivt, även hos vuxna. Pappersnäsdukar måste alltid finnas till hands.

Förr eller senare måste patienten klara sig utan rör och själv ta ansvar för sina öron. Ibland kan det löna sig, efter ett par röromgångar och information som upprepas vid flera tillfällen, att ge patienten en klart formulerad valmöjlighet: »Antingen måste vi sätta in rör igen, eller också tar du själv hand om dina öron som vi har talat om. Jag tror det går bra nu, eftersom du vill klara det. Vi får se nästa gång vi träffas!» Det är sedan viktigt att varje framsteg uppmärksammas och belönas med beröm och uppmuntran.

Den största svårigheten är nog inte att lära sig tekniken att blåsa upp, utan snarare att vara tillräckligt målmedveten och uthållig och verkligen fortsätta många gånger varje dag – alla dagar. De patienter som småningom lyckas hålla sina öron ventilerade har under tiden lärt sig att uppskatta och sträva efter att bibehålla det normala och starka ljud som hörs med uppblåst trumhinna, i stället för det dämpade ljud som uppstår när den är inbuktad.

Referenser

1. Magnuson B. Mellanöresjukdom av retraktionstyp: en ny teori om sjukdomens orsaker grundad på klinisk och experimentell undersökning [dissertation]. Linköping: Linköping University, 1980. Medical Dissertations No 104, 1980.
2. Politzer A. Diagnose und Therapie der Ansammlung seröser Flüssigkeit in der Trommelhöhle. Wien Med Wochenschr 1867; 244-7.
3. Magnuson B. On the origin of the high negative pressure in the middle ear space. Am J Otolaryngol 1980; 2: 1-11.
4. Falk B, Magnuson B. Eustachian tube closing failure in children with persistent middle ear effusion. Int J Pediatr Otorhinolaryngol 1984; 7: 97-106.
5. Falk B, Magnuson B. Evacuation of the middle ear by sniffing; a cause for high negative pressure and development of middle ear disease. Otolaryngol Head Neck Surg 1984; 92: 312-8.
6. Falk B, Magnuson B. Test-retest variability of eustachian tube responses in children with persistent middle ear effusion. Arch Otorhinolaryngol 1984; 240: 145-52.
7. Falk B, Magnuson B. Eustachian tube closing failure: Summary of experimental results. Ann Otol Rhinol Laryngol 1985; 4 suppl 120: 40-1.
8. Hergils L, Magnuson B. Human middle ear gas composition studied by mass spectrometry. Acta Otolaryngol (Stockh) 1990; 110: 92-9.
9. Felding JU, Rasmussen JB, Lildholdt T. Gas composition of the normal and the ventilated middle ear cavity. Scand J Clin Lab Invest 1987; 47 suppl 186: 31-41.
10. Hergils L, Magnuson B. Middle ear gas composition in pathologic conditions – mass spectrometry in otitis media with effusion and atelectasis. Ann Otol Rhinol Laryngol 1997; 106(9): 743-5.
11. Hergils L, Magnuson B. Morning pressure in the middle ear. Arch Otolaryngol Head Neck Surg 1985; 111: 86-9.
12. Bylander A, Ivarsson A, Tjernström Ö, Andréasson L. Middle ear pressure variations during 24 hours in children. Ann Otol Rhinol Laryngol 1985; 94 suppl 120: 33-5.
13. Shinkawa H, Okitsu T,Yusa T, Yamamuro M, Kaneko Y. Positive intratympanic pressure in the morning and its etiology. Acta Otolaryngol 1987; 104 suppl 435: 107-11.
14. Cantekin EI, Doyle WJ, Phillips DC, Bluestone CD. Gas absorption in the middle ear. Ann Otol Rhinol Laryngol 1980; 89 suppl 68: 71-5.
15. Doyle WJ, Seroky JT. Middle ear gas exchange in rhesus monkeys. Ann Otol Rhinol Laryngol 1994; 103: 636-45.

ÖVERVIKT



Särtryck av en serie i Läkartidningen 1996–1997

I rika länder blir allt fler allt fetare och riskerna med övervikt uppmärksammas allt mer. Samtidigt klarnar den genetiska bakgrunden och forskarna öppnar vägen för nya medel mot övervikt.

Lönar det sig att behandla övervikt? Vilka metoder fungerar? Hur verkar de nya läkemedel som är på väg in på den svenska marknaden?

Sådana centrala frågor belyses i Läkartidningens serie som nu finns som särtryck.

Häftet omfattar 16 artiklar på sammanlagt 50 sidor + färgomslag. Priset är 65 kronor. Vid köp av 11–50 ex 60 kronor och vid större upplagor 56 kronor/exemplar.

– – – – – – – – – – – – – – – – –

Beställer härmed

..... ex Övervikt

.....
Namn

.....
Adress

.....
Postnummer/Postadress

.....

Insändes till Läkartidningen, Box 5603,114 86 Stockholm

Märk gärna kuvertet »Övervikt»

Telefax: 08-20 76 19