

Dokumentegenskaber:	Version 1
Gældende for	Otorhinolaryngologi, hoved- og halskirurgi & audiologi
Udarbejdet af	Dansk Otologisk Selskab. 01.04.14
Opdateringsdato	01.10.19
Faglig ansvarlig	Dansk Selskab for Otolaryngologi, Hoved og Halskirurgi
Nøgleord	Tubulation af trommehinden.

1. Titel

Tubulation af trommehinden.

2. Formål

At beskrive indikation for og procedure ved trommehinde-tubulation.

3. Definition

- Paracentese: Incision i trommehinden, som foretages med en slank, spids kniv (paracentesenål).
- Tubulation: Anlæggelse af dræn i trommehinden efter paracentese og udsugning af eventuelt sekret.

4. Baggrund

a. Ætiologi

Sekretorisk otitis media (SOM) er en inflammatorisk tilstand, der er hyppigst i 1-4 års alderen.

- Afløb fra og trykkudligning i mellemøret kan opnås ved paracentese. Dræn kan anlægges for at holde paracentesen åben, hvorved opnås trykkudligning over trommehinden, afløb fra og udluftning af mellemøret. Adenotomi kan være indiceret i samme seance for at gøre tubafunktionen bedst mulig, idet SOM kan være symptom på adenoide vegetationer.

5. Fremgangsmåde

a. Indikation: Der henvises til evidens beskrevet i National Klinisk Retningslinje

- SOM, observeret i minimum 3 måneder, og hvor der er formodning om at tilstanden generer patienten. Dette kan være i form af påvist hørenedsættelse, påvirket taleudvikling, dårlig trivsel eller smerter. Ved ensidig væske vil man derfor kunne observere længere end 3 måneder. Er der begyndende retraktionslommer, bør der tubuleres tidligere
- Ved recidiverende akut otitis media (>3 tilfælde inden for 6 måneder, eller >4 inden for 1 år)
- Ved akut mastoiditis (se denne retningslinje)
- I forbindelse med ørekirurgi ved nedsat tubafunktion (ingen Valsalva-passage)
- Tryktanksbehandling ved tuba dysfunktion

- Morbus Meniere

b. Forundersøgelse:

- Otomikroskopi med tympanometri, audiometri hvis muligt.
Rhinopharyngoskopi ved voksne. Børn må undersøges for adenoide vegetationer ved anamnese og kun eventuelt fleksibelt skop, og oropharynx inspiceres. Der informeres om risiko for øreflåd (normalt under en uge) og blivende trommehindeperforation (1% efter 24 måneder).

c. Teknik:

- Patienten lejres på ryggen. Trommehinden paracenteres (typisk 3-4 mm lang) under brug af otomikroskop. Bagre øvre kvadrant med knoglekæden undgås. Med øresug fjernes mellemøresekret for at mindske inflammationsstimuli og tilstopning af dræn lige efter anlæggelsen. Tubulationsdræn sættes i med tang eller sug. Der anvendes rutinemæssigt almindeligt kraveknapsdræn (silicone eller titanium). T-dræn bør kun anvendes i specielle tilfælde, da de medfører højere forekomst af blivende trommehindeperforationer.

d. Postoperativt:

Observation: Blødning og flåd fra øret kan forekomme

Behandling: Ingen

-

e. Efterbehandling:

- Tubulationsdræn forventes at blive siddende i (3-) 6-12 måneder efter indgrebet. Kontrol hos egen otolog fx to måneder postoperativt, dog før ved problemer som purulent flåd. Der anbefales ingen vandrestriktioner, man bør dog undlade at dykke.

-

f. Komplikationer:

- Hyppigt ses arvæv eller myringosklerose (forkalkning i trommehinden) på drænstedet. Dette skal ses i forhold til, at der kan ses udbredt myringosklerose ved ubehandlet SOM. Persisterende trommehindeperforation (1%). Iatrogen knoglekædeskade (sjældent).

6. Referencer

Ovesen T & von Buchwald C (Ed): Lærebog i Øre-næse-hals-sygdomme og Hoved-HAls Kirurgi. Munksgaard Danmark, 2011.

Browning GG, Rovers MM, Williamson I, Lous J, Burton MJ. Grommets (ventilation tubes) for hearing loss associated with otitis media with effusion in children. Cochrane Database of Systematic Reviews 2010, Issue 10.

McDonald S, Langton Hower CD, Nunez DA. Grommets (ventilation tubes) for recurrent acute otitis media in children. Cochrane Database of Systematic Reviews 2008, Issue 4.

Schousboe LP, Ovesen T & Pedersen CB. Middle ear epithelium has

inflammatory capacity. Acta Otolaryngol suppl 2000;543:89-91