

Udsendt af Dansk Selskab for Otorhinolaryngologi,  
Hoved- & Halskirurgi i anledning af selskabets 125 års jubilæum

# Otorhinolaryngologi

## I DANMARK 1999-2024



JUBILÆUMSSKRIFT 1999-2024

## FORORD

Kære kolleger,

Vi fejrer intet mindre end DSOHH's 125-års jubilæum – en historisk milepæl, som vi er stolte af at dele med jer alle.

Denne jubilæumsbog fortæller historien om vores speciale gennem de seneste 25 år. I den finder I anekdoter, beretninger og faglige fortællinger, leveret af kolleger fra øre-næse-hals-afdelinger og speciallægepraksis i hele landet. I kan dykke ned i historier fra den travle kliniske hverdag og læse om præstationer og fremskridt, som har formet vores fag gennem årene.

Bogen er en ægte hyldest til vores kollegiale bånd, vores samarbejde og venskaber, og vores dedikation til øre-næse-hals-specialet. Sammen udgør vi en stærk og sammentømret faglig familie.

Jeg ser frem til at skabe endnu flere uforglemmelige minder i vores fælles rejse mod fremtidens øre-næse-halskirurgi.

Afslutningsvis vil jeg rette en stor tak til alle, der har bidraget til udarbejdelsen af jubilæumsskriftet. Gennem jeres tekst og billeder, har I været med til at formidle historien om ØNH i Danmark gennem de seneste 25 år. Alt sammen flot samlet og redigeret af selskabets redaktør. Mange tak!

På vegne af bestyrelsen

Thomas Kjærsgaard

Aarhus, 2024

### Otorhinolaryngologi i Danmark 1999-2024.

En bog lavet i forbindelse med 125 års jubilæet for Dansk Selskab for Otorhinolaryngologi, Hoved- & Halskirurgi.

### Ansvarshavende redaktør:

Thomas Hjuler, København 2024

### Redaktion:

Bestyrelsen i DSOHH Thomas Kjærsgaard, Thomas Hjuler, Jens Wanscher, Christian Bak og Susi Scott

# INDHOLDSFORTEGNELSE

<b>Forord</b> .....	<b>3</b>
<b>Indledning</b> .....	<b>6</b>
<b>Fagets udvikling ved specialets professorer</b> .....	<b>9</b>
Kvantespring i dansk øre-næse-hals-forskning af Professor Therese Ovesen .....	9
Nyt fra den femte i rækken – status fra lærestolsprofessoren fra Københavns Universitet og Rigshospitalet af professor Christian von Buchwald .....	12
De første årsmøder, Køge og Grønlandsfunktionen af professor Preben Homøe.....	15
Thyroideakirurgi, glottiscancer og kræftpakker af professor Christian Godballe .....	20
Professor i Rhinologi og vaskulære malformationer - Etablering af et nationalt center på OUH for behandling af patienter med Hereditær Hemoragisk Telangiectasi (HHT) af Anette Kjeldsen.....	23
Indre ørekirurgi og afdelingssammenlægning i det nye årtusinde af professor Per Cayé-Thomasen .....	26
Fra postgraduat uddannelse til prægraduat undervisning og forskning af professor Michael Gaihede .....	30
<b>Fagets udvikling beskrevet af fagområderne</b> .....	<b>33</b>
Hoved-halskirurgien i begyndelsen af det 21. århundrede af Dansk Hoved-Halskirurgisk selskab.....	33
Highlights fra laryngologien siden årtusindskiftet af Dansk Laryngologisk Selskab.....	36
Den medicinske audiologi set over de sidste 25 år af Dansk Medicinsk Audiologisk Selskab .....	39
Cochlear implantation i det nye årtusinde, af Lone Percy-Smith, Michael Bille og Per Cayé-Thomasen.....	44
Ørekirurgi - et traditionelt fagområde med spændende udvikling af Dansk Otokirurgisk Selskab .....	49
Udviklingen i dansk rhinologi i brede termer over de sidste 25 år af Dansk Rhinologisk Selskab.....	52
Skelsættende forbedring af diagnostik og behandling revolutionerer det vestibulogiske fagområde af Dansk Selskab for Vestibulogi .....	55
Danske Øre-Næse-Halslægers Organisations historie kort fortalt, af Peter Tingsgaard og Mikkel Holmelund.....	58
Øre-næse-hals og Flyvemedicin af Mads Klokke.....	62
Mesterlære tur-retur i øre-næse-hals – udviklingen i speciallægeuddannelsen .....	64
Otorhinolaryngologi de næste 25 år – et vildt bud .....	66

<b>Begivenheder i DSOHH og øre-næse-halsfaget samt fotografier fra dagligdagen 1999-2024</b> .....	<b>70</b>
<b>Dagligdagen som øre-næse-hals-læge</b> .....	<b>79</b>
Vil du mærke magien? - velkommen til otorhinolaryngologien .....	79
En dag i februar, Øre-Næse-Halsklinikken Hobro .....	83
En dag med en afdelingslæge på Regionshospitalet, Gødstrup .....	85
En intensiv dag med fagpolitisk forhandling – væk fra min normale kliniske .....	88
I går var en helt almindelig næsedag på OP .....	90
Esbjerg Sygehus – Syddansk Universitetshospital den 11. marts 2024.....	93
<b>DSOHH infogram</b> .....	<b>96</b>
Om DSOHH .....	96
Medlemsantal.....	98
DSOHH's formænd i perioden 1999 til 2024 .....	99
Øre-næse-halsafdelinger i Danmark 1999 og 2024 .....	100
<b>Selskabets æresmedlemmer</b> .....	<b>101</b>
<b>Kleinprisen</b> .....	<b>105</b>
<b>Referencer</b> .....	<b>106</b>

# INDLEDNING

## DSOHH 125-ÅRS JUBILÆUMSSKRIFT: DEN OVERORDNEDE UDVIKLING Gennem DE SIDSTE 25 ÅR

Scenen for den kliniske øre-næse-halsforskning herhjemme har foregået og foregår fortsat tæt op ad klinikken – og dermed driften. Dette giver både muligheder og udfordringer med selektion af den stigende mængde forskningsgenererede viden med henblik på implementering i den daglige klinik. Senest med introduktion af big data samt artificial intelligence (AI). Set fra patienternes perspektiv er forskningen først interessant, når den er blevet til evidensbaseret forebyggelse, diagnostik, eller behandling. Så ingen tvivl om at det optimale er et tæt parløb mellem forskning og drift centreret omkring patienten- og gerne med patient-involvering. Et sted hvor forskning, klinik og drift mødes på bedste vis er implementering af "days alive and out of hospital" og "why in hospital".

Igennem de seneste 25 år har vi som speciale bidraget med ny viden på internationalt niveau. Her kan nævnes den nye fænotype af oropharynx-cancer, nemlig den yngre og ellers raske patient, hvor HPV er årsagen. Nævnte virusinducerede cancer er nu den hyppigste hoved-halscancer herhjemme og i den vestlige verden. Disse patienter har ønske om en mulig alternativ behandling til den traditionelle stråle- og kemoterapi med de kendte langvarige bivirkninger. Transoral robotkirurgi (på engelsk forkortet til TORS) er nu en protokolleret behandling på vores hoved-halscancer centre (RH, AUH og OUH) – de foreløbige resultater er positive. TORS sammen med Computer Aided Surgery Endoscopic Sinus Surgery (kaldet CAS (F)ESS) og sentinel node biopsi (SNB) er gode eksempler på udvikling og implementering af nye evidensbaserede former for minimal invasiv præcisionskirurgi. Hertil er der udviklet "fast track kirurgi" med henblik på at opnå den smerte- og risikofri operation.

Vores speciale havde under COVID-19 pandemien fra 2020-2023 en nøglerolle grundet infektionens affinitet for slimhinderne i næse og svælg – samt ledsagende kraftige påvirkning af lugtesansen. Vi bidrog med international bevågenhed med store kliniske studier, som viste hvor og med hvilke metoder eller testkit, SARS CoV-2 detekteres optimalt, ligesom WHO-test-instruktionsvideo var produceret herhjemme (RH). Interessen for lugtesansen steg voldsomt under COVID-19 pandemien, hvilket resulterede i etablering af flere lugte- og smagsklinikker. Da tab af lugte- og høresans er tæt associeret med neuro-degenerative lidelser, er vi som

speciale interessante og vigtige forskningssamarbejdspartnere for blandt andet neuro-medicinerne.

Ny viden og forståelse af astma og kronisk rhinosinuitis med næsepolypper, som begge forårsaget af Type 2 inflammation, har gjort at vi som speciale, nu kan tilbyde de sværest ramte med næsepolypper protokolleret biologisk medicin (Global Airways-konceptet). Hertil er der nu oprettet fælles undersøgelse og behandling med lungemedicinerne. Også her indgår studier af lugtesans.

Mens det banebrydende cochlear implant stille og roligt indtog en slags hverdagsplads i både klinisk drift og forskning med flotte internationale bidrag, vågnede vestibulogen anført af adgang til nye undersøgelsesmodaliteter styret af briller med infrarøde-kameraer. Hermed fjernede vestibulogen sig fra at være en slags subjektiv kunst til at kunne producere objektive og sammenlignelige parametre. Den eksponentielle stigning i publikationer vedrørende vestibulære emner vil givet fortsætte og vi må imødesee endnu større landvindinger på den front.

Nationalt blev man endelig enige om, at den bedste indgang til udredning og behandling af snorken og obstruktiv søvnapnø er øre-næse-hals med initial visualisering af de ret essentielle forhold i de øvre luftveje. Som ny landvinding er indført drug induced sleep/sedation endoscopy (DISE) som en mulighed for i en slags søvn at vurdere kollaps i de øvre luftveje. En procedure, der formentlig kommer til at betyde meget for især de søvnkirurgiske procedurer i fremtiden. Endelig blev robotkirurgien (TORS)'s indikationsområde udvidet til også at omfatte visse søvnkirurgiske behandlinger, der som seneste er suppleret med introduktion af nervus hypoglossus-implantation.

Også på det prægraduate undervisningsfelt er der sket en betydelig vækst og udvikling i de sidste 25 år. Flere et voksende antal medicinstuderende skal hvert år undervises i teori og hands-on procedurer samt ikke mindst mundtligt eksamineres. Vi forsøger med fagets egen lærebog at være opdateret ikke kun med evidensbaseret viden, men også med nye læringstiltag som videoer og teoretiske spørgsmål. En opgave for fremtiden vil være på landsplan at på højeste niveau at ensrette den prægraduate undervisning især mht. omfang, indhold og eksamenskrav. Dette vil øge mobiliteten mellem universiteterne og dermed de studerendes muligheder for at skifte undervisningssted.

Professorerne har fortsat ret til fri forskning, hvilket har været grundpillen for de store landvindinger også inden for vort speciale. Igennem de sidste 25 år er der generelt udnævnt flere professorer, hvilket faciliterer et større akademisk miljø

og en øget forskningsaktivitet, hvilket øre-næse-hals-specialet også har nydt og nyder godt af. En positiv konsekvens af det stigende antal professorer og dermed forskningsaktivitet er, at vi igennem de seneste 25 år har udklækket et stort antal ph.d.erne. Doktordisputatser er nu for de meget få og er ikke længere et krav for at være professorkvalificeret. Men forhåbningen er, at de mange speciallæger med ph.d.-grad og dermed en formaliseret forskningsuddannelse kan tilføre et generelt højere akademisk niveau i mødet med patienterne – med hvad er god evidens etc. Big data og artificial intelligence skal også udfordres.

*Therese Ovesen,*  
Aarhus

*Christian von Buchwald,*  
København

Januar 2024

## FAGETS UDVIKLING VED SPECIALETS PROFESSORER

### KVANTESPRING I DANSK ØRE-NÆSE-HALS-FORSKNING

I slipstrømmen på det forrige årtusinde og dermed de første 100 års DSOHH-historie fulgte et kvart århundrede med en sand eksplosion indenfor øre-næse-hals forskningen – langt fra det begyndende dødvande med polypper og otitter samt fordums storhedstid med høreapparater. Startskuddet blev cochlear implantation, som kørte for lavt blus på voksne i 1990'erne grundet statsstyret aktivitet. Med midler til flere operationer og tilladelse til implantation på børn blev der skabt grundlag for klinisk forskning i større stil end blot kasuistiske meddelelser. Behovet for genetisk back up blev stadfæstet med udnævnelse af Lisbeth Tranebjærg som professor i audiologisk genetik ved København Universitet. Jeg havde fornøjelsen af at deltage i organiseringen af The Brain Prize Meeting i 2012 i anledning af uddeling af Grethe Lundbeck priser til Christine Petit (fransk genetiker) og Karen Miller (engelsk zoolog) for deres pionerarbejde inden for den audiologiske genetik. Der var flot deltagelse ved mødet fra Aarhus med Music in the Brain. Danmark kom hurtigt på verdenskortet som en nation, der kunne levere large-scale studier inden for cochlear implantation af meget høj kvalitet og vi var blandt de første med opgørelser over komplikationer og særlige udfordringer ved indgrebet samt resultater af simultan bilateral implantation. Jeg var så heldig at være den, der foretog implantation nr. 1000 i Danmark i 2014 med den australsk producerede elektrode –den tvivlsomme ære bestod i at holde tale om cochlear implantation på den australske ambassade!

Også vestibulogien fik en tiltrængt genoplivning i 2000'erne. Øresten blev den helt store dille samtidig med en teknologisk revolution af de velkendte Bartel og Frenzel briller: goggles med infrarøde kameraer. Ind på arenaen fløj Epley stolen fra USA til reposition af ørestenene efterfulgt af TRV stole og platforme. Antallet af publikationer vedr. vestibulære emner steg eksponentielt samtidig med etablering af vestibulære klinikker overalt i landet. I Aarhus donerede amtet midler





*Cochlear implant nummer 1000 i Danmark indsættes på Aarhus Universitetshospital i 2014.*

til, at Jens-Jacob Henriksen (senere formand for Dansk Selskab for Vestibulogi) og jeg kunne købe stort ind i Marseille til klinikken og dermed initiere vestibulær forskning. Der var ikke kun tale om klinisk forskning, men også basal og translational videnskabelig aktivitet manifesteret med Louise Devantiers ph.d. om FDG PET til demonstration af den centrale processing af vestibulære stimuli.

Som led i flere vestibulære ph.d.-for-

løb blev der etableret samarbejde med prominente udenlandske svimmelhedsforskere – senest med det adjungerede professorat til Michael Strupp fra München i 2023 ved Universitetsklinikken for Flavour, Balance og Søvn, Øre-næse-hals-afdelingen i Gødstrup.

Indtil 2000'erne havde onkologien nærmest oligarkisk ejendomsret over forskningen inden for øre-næse-hals kræft og sprøjtede DAHANCA-baserede publikationer ud i hobetal godt anført af den Aarhusianske onkologiske afdeling. Men med implementering af kræftpakkernes i 2007 og nationale guidelines kom der andre boller på suppen og hoved-hals kirurgerne begyndte at blande sig. Der havde stort set aldrig været udarbejdet en kirurgisk DAHANCA protokol, men nu var tiden inde og DAHANCA 16 blev lanceret - dog på forhånd dømt til fiasko. Imidlertid var hoved-hals kirurgerne ikke sådan at kyse og med hjælp fra det store HPV-hype blev vi pludselig taget meget alvorligt af både offentligheden og andre specialer, ikke mindst gynækologien. I 2017 inviterede ugeskriftet mig til at skrive en leder om HPV: "Kræft i mundsvælget: Sex og vacciner" og netop med vaccinen lancering blev også medicinalindustrien interesseret i øre-næse-hals-specialet. Endelig fik vi som speciale også manifesteret os inden for hoved-hals-kirurgien på det basale og translationelle forskningsfelt i Region Midt med Maria Rusans ph.d.-afhandling om biomarkører ved HPV associeret hoved-hals-cancer. I det hele taget havde vi videreført en stigende eksperimentel/translational forskningsaktivitet i Region Midt med Susanne Blegvads, Lars Peter Schousboes, Jacob Tauris' og Anders Britzes ph.d.-afhandlinger involverende dyremodeller, immunhistokemi og proteomics.

Og det skulle ikke slutte her med hoved-hals-kirurgiens massive fremstød. Igen kom hjælpen fra et teknologisk vidunder: Robotten. Sammen med professor Søren Laurberg ansøgte jeg om en Da Vinci model til deling, og endelig kunne vi for

alvor udvide det onko-kirurgiske område i Aarhus, som overlæge, ph.d. Thomas Kjærgaard så flot kørte videre i stilling - også på det forskningsmæssige område.

Jeg har personligt altid været meget fascineret af vores sanser – ikke mindst lugtesansen. Men desværre havde denne tilsyneladende slet ingen klinisk interesse og som en engelsksproget lærebog i neurologi anfører under kranienerve I: unødvendigt at undersøge, da der ikke findes behandlingsmuligheder. Så kom der enkelte publikationer om, at Parkinson patienter oplever et udtalt fald i lugtesansen 5-8 år før de klassiske motoriske symptomer. Jeg indkaldte alle med relation til Aarhus Universitet, der kunne tænkes at have interesse i lugtesans og etablerede i 2011 ORCA: Olfaction Research Centre Aarhus. Senere erfarede jeg, at Orca betyder spækhugger og at den ironisk eller rammende nok ikke har lugtesans. Vi endte med at være en meget lille sluttet kreds, så derfor vendte vi os mod det store udland og fik et ekstremt frugtbart samarbejde med professor Thomas Hummel i Dresden alias den kliniske lugtesansforsknings fader, samt professor Morten Kringselbach på Oxford Universitet. Vi blev omdøbt til Flavour Institute i 2015 forankret i Institut for Klinisk Medicin, Aarhus Universitet, og så støbte vi hele platformen til Flavour Klinikken ved Regionshospitalet i Holstebro, nu Gødstrup. Behovet for et klinisk tilbud vedr. forstyrret lugte- og smagssans blev ret solidt konsolideret med COVID-19 pandemien og siden den officielle åbning i december 2016 har klinikken udredt mere end 3000 patienter fra det ganske land. Ikke mindst takket være Alexander Fjældstad har vi nu udgivet to ph.d.-afhandlinger; mere end 50 publikationer og lærebøger, og yderligere en ph.d.-afhandling samt en disputats er på vej. Det taler vist sit eget stille sprog.

Nationale forskningsprojekter har ikke rigtig haft en fremtrædende plads inden for øre-næse-hals-specialet. Men med etablering af tonsildatabasen og ph.d.-projektet om tonsillektomi, involverende fem ud af de seks jyske afdelinger, kan man kun håbe på mere samarbejde. Og med den nyeste stjerne på himlen, nemlig biologisk behandling af kronisk rhinosinuitis, er der da virkelig grund at tro på succes, idet projektet er nationalt – alle deltager, og der er allerede flere interessante spin-off-projekter og tillægsstudier til Global Airway.

Jeg har deltaget som professor i ovenstående historie i cirka 23 af de 25 år. Jeg er ovenud taknemmelig og stolt over vores speciale. Det har været et gigantisk privilegie og meget givende at være med på dette togt, som jeg inderligt håber vil fortsætte, og at flere af jer vil bruge tid og kræfter på og med i fremtiden. Gevinsten er et rigere professionelt liv og et stærkt speciale.

**Therese Ovesen, professor, dr.med.**

Institut for klinisk medicin, Aarhus Universitet og Øre-Næse-Halskirurgisk afsnit Regionshospitalet Gødstrup

## NYT FRA DEN FEMTE I RÆKKEN – STATUS FRA LÆRESTOLSPROFESSOREN FRA KØBENHAVNS UNIVERSITET OG RIGSHOSPITALET

Da jeg i 2008 med stolthed efterfulgte professor Poul Bretlau som øre-, næse-hals-professor på Rigshospitalet og Københavns Universitet, blev jeg den femte i rækken, hvor Ernst Schwegelow i 1916 var den første i embedet. Som eneste professor i afdelingen, der efterfølgende blev fusioneret med øre-næse-hals-afdelingen på Gentofte Hospital, var der nok at tage fat på. Heriblandt den prægraduate undervisning. Det lykkedes hurtigt at få løftet de 15 kliniske lektorater fra B- til A-niveau.

Status her i 2024 er, at der på Rigshospitalets Afdeling for Øre-Næse-Halskirurgi og Audiologi undervises 16 studenterhold. De 29 timers klinikundervisning og den 10 timers forelæsningsrække afsluttes med en klinisk eksamen. I alt undervises cirka 450 studerende pr. år, hvilket giver rigtigt gode muligheder for at rekruttere studenter til sikring af specialiets fortsatte udvikling. I samarbejde med Harvard University sendes hvert år fire studerende på en måneds klinisk ophold på Mass Eye and Ear.

Til forskel fra min otologi-kyndige forgænger ligger min primære forskningsinteresse inden for hoved-hals-cancer, rhinologi og evidensbaseret læring. I 1998, efter studiebesøg i USA på blandt andet NYU og Harvard, lykkedes det via blandt andet private fondsdonationer at vi blev den første øre-, næse-halsafdeling i Nord-Europa, der indførte Computer Aided Surgery (CAS) med brug af præoperativ CT- og MR-data i forbindelse med den fortsatte udvikling af vores minimal invasive endoskopiske næse-bihulekirurgi CAS (F)ESS.

Denne nye teknik medvirkede til, at vi ikke længere alene var begrænset med FESS (F står for functional), til at operere patienter med kronisk bihulebetændelse med eller uden polypper til, at vi nu opererer benigne neoplasier med CAS (F)ESS ligesom samme er kirurgisk førstevalg til de fleste maligne næse-bihule-tumorer. I sidstnævnte tilfælde opereres ofte i samarbejde med neuro- og øjenkirurger, som vi har en ugentlig fælles konference med.

Med konceptet, "Global Airways" indledtes et frugtbart samarbejde med infektions- og lungemedicinere. Dét at klinik og forskning går hånd i hånd, faciliterer ofte de største landvindinger for patienterne. Vi påviste, at de resistente patogene bakterier, fortrinsvis *P. aeruginosa*, som destruerer lungerne hos patienter med Cystisk Fibrose (CF), og Primær Ciliedyskinesi (PCD) opnår deres resistens i bihulerne.



**CHRISTIAN VON  
BUCHWALD**

Vort bidrag i form af CAS (F)ESS, kombineret med lokal antibiotisk behandling, forbedrede på afgørende vis behandlingen af CF- og PCD-patienterne.

Parallelt hermed startede vi et spændende forskningssamarbejde med lungemedicinere: Er det samme type inflammation, der findes i næsepolypper og astma? Vore studier viste, at 66% af de patienter med næsepolypper, som vi fik henvist til CAS FESS, havde samtidig astma – og hos halvdelen af dem med astma, blev astmaen faktisk diagnosticeret af os i forbindelse med studiet. Vi viste også, at i øre-næse-halspraksis var der i samme patientgruppe 50% med samtidig astma, som - også her - ofte ikke var diagnosticeret.

I 2021 fik vort speciale muligheden for at give biologisk behandling til vores patienter med svær nasal polypose. Det krævede omfattende forarbejde, blandt andet som formand for fagudvalg under Medicinrådet. Flere krav fulgte, herunder etablering af RedCap-database samt ph.d.-projekter med henblik på at afklare den forventede effekt af denne nye og omkostningstunge behandling. En naturlig konsekvens af udviklingen blev etablering af vores Luftvejsambulatorium og en nylig ansættelse af professor i lungemedicin. Inspireret af studiebesøg i USA bliver vores patienter med svær nasalpolypose og obs på astma nu set samtidigt af både en rhinolog og en lungemediciner.

I 2020-2021 var vi alle hårdt ramt af covid-pandemien Vi bidrog med vigtige og omfattende studier af testmetoder for covid. Med afsæt i Covid-forårsaget anosmi oprettedes en Enhed for Smags- og Lugtesans, som nu indgår i tæt samspil med Luftvejsambulatoriet.

Et andet område, som har haft, og har, min store interesse er HPV og hoved-hals-cancer, men det har ikke været nemt at få anerkendt HPV som årsag til en ny fænotype af cancer i oropharynx. Oprettelsen af vores egen database med oropharynx-cancer, gående tilbage til år 2000, blev afgørende og betyder, at vi nu har verdens største database med over 3000 østdanske patienter, hvor der også indgår HPV-data. Vi kan derfor forklare den kraftige stigning i antallet af cancer i oropharynx – som desværre ser ud til at fortsætte. Vort forskningsbidrag har været afgørende for, at HPV-testning nu anbefales internationalt. Siden 2019 kan drenge, som led børnevaccinationsprogrammet ligesom piger, også blive vaccineret mod HPV. Per tradition behandles patienter med oropharynxcancer med stråleterapi og eventuel kemoterapi. Den største gene for cancerpatienterne efter stråleterapi er xerostomi. En mulig, ny behandling er implantation af stamceller i de stråleramte, store spytkirtler. Igennem de seneste fem år har vi gennemført flere omfattende, basale og kliniske studier, der viser, at stamcellebehandlingen har en positiv effekt. Næste tiltag er et internationalt baseret studie med henblik på ekstern validering. Den nye fænotype med HPV-forårsaget oropharynxcancer består af yngre og ellers raske patienter, og som har en signifikant bedre prognose,

dvs. skal leve mange år med bivirkninger af behandlingen. Vi har nyligt vist, at vi kan spore effekten af behandlingen af de HPV+ oropharynx-patienter vha ct HPV DNA – et vigtigt værktøj som kan ændre måden, vi følger op på nævnte patienter. Med inspiration fra samarbejdspartnere i USA lykkedes vi, som de første i verden og via fondspenge, at få vores egen robot i 2013. Med dygtige robot-teams, også i Odense og Aarhus, har vi nu etableret et godt alternativ til strålebehandling. Som sponsor for vores nationale QoLATI/dahanca 34-projekt med fokus på behandlingsmorbidity et år efter behandling er jeg spændt på, hvad det viser – det ved vi inden to år. Sikker er det, at robotkirurgi er et godt alternativ til stråle- og kemoterapi.

Som chairman på det multidisciplinære studie "Optical Guided Cancer Surgery", lykkedes det i 2021, som det første kirurg-projekt, at blive til udvalgt som Clinical Academic Group under Greater Copenhagen Health Sciences Partners. Sammen med Cluster of Molecular Imaging, Kemisk Institut, begge KU samt DTU arbejder vi på at udvikle targeteret optisk guided cancer-kirurgi inklusive som led i vores robotkirurgi. Ud over at øge den kirurgiske præcision forsker vi i det optimerede smerte- og risikofrie operationsforløb. Parallelt hermed udføres projekter i evidensbaseret kirurgisk oplæring, ligesom jeg siden år 2000 har glæden af at være ansvarlig for to årlige internationale og meget søgte øre-næse-hals-dissektionskurser.

Vi har nyligt publiceret specialets første AI- og ChatGPT-baserede studie og med en studerende som førsteforfatter. Som speciale nyder vi godt af, at også vore studenter gerne vil øre-næse-hals-specialet.

Så jeg har så mange at takke for så meget – og en fremtid så spændende!

**Christian von Buchwald, professor, overlæge, dr.med.**

Afdeling for Øre-Næse-Halskirurgi & Audiologi, Rigshospitalet



*Professor Poul Bretlau og Christian von Buchwald ved sidstnævntes professor-tiltrædelse i 2008*

*Professor Christian von Buchwald får, som den første dansker, overrakt den Svenske Lægeforenings forskningspris, Hambergerprisen, i 2022, Stockholm.*

## DE FØRSTE ÅRSMØDER, KØGE OG GRØNLANDSFUNKTIONEN

### De første årsmøder

Deltagerne ved medlemsmøderne blev efterhånden færre og foredragstilmeldingerne skrumpede ind. Efter en høring blandt medlemmerne blev det i november 2003 vedtaget at ophøre med de fire årlige lørdagsmøder, som hidtil var blevet afholdt på Rigshospitalet med frokost på Doctors Pub. Vedtægterne ændredes til to årlige møder med et forårsmøde og et efterårsmøde. Efterårsmødet er nu også forsvundet, men blev bibeholdt en kort årrække for at takkes de mest hårdnakkede modstandere mod et stort årsmøde. I stedet afholdes nu et efteruddannelsesmøde. Årsmødet skulle forbedre fremmødet fra ca. max 40 deltagere, vare to hverdage og placeres centralt i landet. Nyborg Strand Hotel blev valgt. Bestyrelsen nedsatte et årsmødeudvalg bestående af sekretær Birgit Claudia Becker (1961-), kasserer Søren Jelstrup (1952-) og Preben Homøe (1960-). Man entrerede med et eventfirma. Der var stor ængstelse over om, sponsorer/udstillere og medlemmer ville bakke op. Første årsmøde afholdtes den 16.-17. april 2004. Det blev en kæmpe succes, og der blev hurtigt udsolgt, idet Nyborg Strand i 2004 ikke kunne rumme mere end 180 deltagere. Det skabte naturligvis røre, at tilmeldingen måtte lukkes, men dette er heldigvis forbedret over årene og Nyborg Strand kan nu rumme alle. Vi fandt ret hurtigt ud af, at vi selv kunne afholde årsmøderne og ikke havde behov for et dyrt eventfirma. Derfor indgik vi en aftale om, at sekretæren i DSOHH stod for det videnskabelige program og generalforsamlingen og vi indgik en aftale med Pernille Sloth om at stå for kontakten til udstillerne. Årsmøderne er fortsat en stor succes med høj kvalitet af foredrag og poster, og der er bl.a. indført præsentation af ph.d.-afhandlinger. Festsiddagen er et tilløbsstykke for alle.



**PREBEN  
HOMØE**

### Den nye fusionerede Øre-næse-halskirurgiske afdeling i Region Sjælland

Gradvist er antallet af øre-næse-hals-afdelinger på Sjælland reduceret ligesom i resten af landet. Øre-næse-hals afdelingen i Roskilde flyttedes til Køge i 2003, og øre-næse-hals-afdelingerne i henholdsvis Holbæk, Næstved og Nykøbing Falster nedlagdes eller blev sammenlagt med øre-næse-hals i Slagelse. Per 1. juli 2013 sammenlagdes så Slagelse og Køge, og afdelingen blev dermed den næststørste i landet og eneste i Region Sjælland. Afdelingens første chef blev Søren Jelstrup (1952-), som allerede var chef i Slagelse. Vibeke Zederkof Sørensen (1958-), som var chef i Køge efter Christian Siim (1948-), fortsatte som overlæge ved den fusionerede afdeling. Afdelingen i Køge var forinden i 2011 blevet udpeget som



undervisningssted for lægeuddannelsen ved Københavns Universitet. Preben Homøe (1960-) blev udlånt fra øre-næse-hals Rigshospitalet, hvor han var overlæge og klinisk lektor og Franz Rømeling (1949-), som var overlæge i Køge blev ansat som klinisk lektor. Sammen udviklede de øre-næse-hals undervisningen. Aktuelt undervises 4 hold per semester, og afdelingen har nu, udover et klinisk professorat, fire kliniske lektorer i form af Henrik Glad (1966-), Gitte Bjørn Hvilsom (1972-) og Bjarki Djurhuus (1978-) samt senest Asbjørn Kørvel-Hanquist (1982-). Alle har ph.d.-grad. Andreas Jørkov (1973-) har ligeledes varetaget et klinisk lektorat. I 2013 opstod et klinisk professorat ved KU med overlægestilling ved afdelingen i Køge og 1. november 2013 tiltrådte Preben Homøe. Professoratet var 5-årigt og eksternt finansieret af Region Sjælland. Efter forlængelse blev der i 2019 opslået et lærestolsprofessorat ved Københavns Universitet. Det blev besat 1. januar 2020 med Preben Homøe.

Efter Søren Jelstrup gik på pension i 2018 opstod en periode uden lægelig leder, men den 1. marts 2019 ansattes Louise Rabøl (1974-) som ledende overlæge. Louise var samfunds-mediciner, men "eksperimentet" faldt heldigt ud med nye initiativer, og afdelingen udviklede sig fortsat flot. Det lægefaglige ansvar blev varetaget af professoren. Rabøl ophørte den 1. december 2022 og den 1. maj 2023 tiltrådte Bahareh Bakshaie Philipsen (1977-), som kom fra øre-næse-hals Odense universitetshospital, efter at Homøe, Hvilsom og Jørkov havde ledet afdelingen i den mellemliggende periode. Audiologien er også blevet samlet ved Hørecenter Sjælland i Køge med ledende overlæge Janko Moritz (1970-), overlæge Finn Clement (1956-) og overlæge Lars Rosenkvist (1959-).

Øre-næse-hals afdelingen ved det nye Sjællands Universitetshospital i Køge varetager speciallægeuddannelse ledet af overlæge Bent Ivan Holmegaard Larsen (1969-) og har per 1. januar 2024 i alt 13 overlæger, 7 afdelingslæger, 5 1. reservelæger, 10 reservelæger, 1 logopæd og 6 ph.d.-studerende. Al diagnostik og benign øre-næse-hals kirurgi inklusiv robotkirurgi udføres ved afdelingen. Dog udføres også T1a larynxcancer-behandling, idet foniatri og laryngologi igennem mange år har været et styrkeområde ligesom søvn udgør en stor enhed. CAS-FESS kirurgi og ansigtsfrakturkirurgi er også indsatsområder, og thyroideakirurgi udgør en stor del af hoved-halsoperationerne.

Forskningen ved afdelingen har været i rivende udvikling fra nærmest ingen til nu omkring 25-30 peer-reviewed publikationer årligt samt indtil nu 6 færdige ph.d.ere (Asbjørn Kørvel-Hanquist, Simon Andreasen (1985-2020), Ida Andersen (1986-), Malene Nøhr Demant (1984-), Nille Lyngeraa Wulff (1986-) og Anna Højager Christiansen (1989-) samt 1 sygeplejefaglig ph.d.. Aktuelt er 7 ph.d. projekter i gang.

I efteråret 2024 igangsættes en selvstændig lægeuddannelsen i Køge ved Sjællands Universitetshospital. Forberedelserne er i fuld gang og det bliver spændende at følge udviklingen fremover.



*Ph.d.-gruppen ved øre-næse-hals-afdelingen, SUH, 2015. Fra venstre Simon Andreasen, Jakob Gerlach Christensen, Asbjørn Kørvel-Hanquist, Malene Nøhr Demant, Preben Homøe og Ida Gillberg Andersen.*

### Øre-næse-hals i Grønland

Grønland bliver øre-næse-halsmæssigt betjent af rejsende specialister. Siden 1950'erne har øre-næse-hals Rigshospitalet styret denne betjening, idet Rigshospitalet var statens hospital og Grønland hørte i 1950'erne under staten. I 1990'erne havde man en øre-næse-hals overlæge ved Dronning Ingrid's hospital i Nuuk, men efter et par år kunne stillingen ikke besættes. Christian Siim (1948-), som var afdelingslæge ved øre-næse-hals Rigshospitalet, ledede derefter i en år-række grønlandsfunktionen, men da Siim blev ledende overlæge ved øre-næse-hals Køge, overtog Preben Homøe (1960-) grønlandsfunktionen. Preben havde udført en del forskning i øre-næse-hals-sygdomme, særlig om mellemøreproblemer blandt grønlandske børn, og forsvarede blandt andet sin disputats "Otitis Media in Greenland – Studies on Historical, Epidemiological, Microbiological and Immunological Aspects" i 2001 og blev dermed den første danske øre-næse-hals læge med både ph.d.- og doktorafhandling. Mange danske øre-næse-hals

specialister deltog i dækningen af specialet og flere var gengangere med en forkærlighed for det grønlandske. En særlig genganger var overlæge dr. med. Ole Greisen (1935-) fra Ålborg. Greisen satte sig for at udarbejde en grønlandsk parlør til konsulenterne. Greisen havde lært sig en del grønlandsk under sine mange konsulentrejser. Det lykkedes at udgive parløren, som nu desværre ikke trykkes længere. I Siim's tid etablerede vi et øre-kirurgisk projekt i Grønland. Vi kaldte det "Fly in and fly out ear surgery". Ørekirurgerne havde traditionelt en konservativ holdning og mente at ørekirurgi var så højt specialiseret, at det ikke kunne udføres i Grønland. Imidlertid viste det sig, at ørekirurgi godt kunne udføres i Grønland dog med lidt dårligere resultater end i Danmark selv blandt de ypperste ørekirurger, som alle jo mener, de er. De lidt dårligere resultater skyldtes dog nok de syge grønlandske ørers tilstand med udtalt tympanosklerose og ofte store perforationer og dermed ikke så meget de ørekirurgiske færdigheder. Resultaterne er publiceret (Otolaryngol Head Neck Surg. 2008 Jul;139(1):55-61) og har inspireret til denne form for kirurgi rundt omkring i verden, hvor ørekirurger er en mangelvare, og afstande er store. De opnåede ørekirurgiske resultater i Grønland var faktisk væsentlig bedre end, hvad man opnåede ved at sende de grønlandske patienter til Danmark og hjem igen. Det var desuden billigere for det trængte grønlandske sundhedsvæsen, og de grønlandske patienter var tilfredse med at kunne blive opereret i deres hjemland.

Grønland ønskede at hjemtage øre-næse-hals-specialet og overlæge Jørn Rosborg (1939-) fra Ålborg blev ansat ved Dronning Ingrid's hospital i Nuuk med ansvar for al øre-næse-hals i Grønland. Rosborg havde stor grønlandserfaring efter adskillige konsulentrejser og var samtidig en dygtig ørekirurg, men favnede også bredt i specialet. Rosborg var derfor perfekt for det Grønlandske sundhedsvæsen og lykkedes med at udvikle specialet også ud i kystbyerne. Ørekirurgi-rejserne fortsatte, og der blev indkøbt flere fiberlaryngoskoper og transportable otomikroskoper til forbedring af særlig diagnostikken. Der blev indkøbt standere til de transportable otomikroskoper, som skulle stå i alle sygehusene i Grønland. Da jeg selv i 2008 kom til Ittoqqortoormiit (Scoresbysund) sygehus som konsulent havde ingen dog hørt om en stander. Vi kontaktede derfor posthuset, som var et rum i en lille helt almindelig bolig. Og jo – sørme – postmesteren havde i flere måneder haft en kæmpekasse stående, som vejede som et ondt år. Ingen havde dog efterspurgt kassen. Vi fik fragtet kassen til sygehuset. Nu kunne jeg som konsulent stille mere korrekte diagnoser særlig kolesteatom eller afkræfte dette mere sikkert. Efter nogle år blev Susanne Brofeldt (1951-) ansat i en anden overlægestilling og fungerede sammen med Rosborg i nogle år indtil Rosborg stoppede. Herefter varetog Brofeldt grønlandsotologien og deltog blandt andet i videreudviklingen af hoved-halskræft kontroller og rehabilitering. Det blev nemlig dokumenteret, at hoved-halskræft i Grønland diagnosticeredes sent i forløbet og kontrollerne og rehabiliteringen efter den hårde kræftbehandling i Danmark var mangelfuld. Efter Brofeldt fulgte Jens Geelmuyden Fleischer (1968-) som dermed blev den første

grønlandske øre-næse-hals-læge i Grønland. Fleischer taler grønlandsk, men var som ene og ung overlæge i en vanskelig position. Derfor udvikledes en øre-næse-hals stafet som overlæge John Jakobsen (1960-) øre-næse-hals på Odense Universitets hospital administrerede i en årrække indtil Fleischer opsagde sin stilling i Grønland og blev ansat på audiologisk afdeling ved Nordsjællands Universitetshospital i Hillerød.

Aktuelt er grønlandsfunktionen igen tilbage på Rigshospitalet, og ledes af overlæge Ramon G. Jensen (1975-), hvis ph.d.-afhandling omhandlede follow-up af kohorter som var etableret af Homøe i 1993/94 og af Anders Koch (1964-) og Homøe i 1996-97. For nylig sammenlagdes øre-næse-hals og audiologi ved øre-næse-hals Rigshospitalet. Audiologien i Grønland blev tidligere varetaget af audiologisk afdeling, Odense Universitetshospital.

Forskningen indenfor øre-næse-hals i Grønland har væsentligst omhandlet mellemørefektioner, som i Grønland hyppigt udvikler sig til kroniske mellemørelidelser og hørenedsættelse. Siden 2000 har grønlandsforskningen produceret 1 doktorafhandling (Homøe), 1 master (Koch), og 4 ph.d.-afhandlinger (Koch, Fri-borg, Jensen og Demant) samt et større antal peer-reviewede artikler, hvor også hoved-halskræft herunder særlig rhinopharynx cancer har indgået. I 2016 blev Homøe adjungeret professor ved Ilisimatusarfik – Grønlands Universitet. Aktuelt udføres et ph.d.-projekt vedrørende søvnapnø i Grønland.

### **Preben Homøe, professor, overlæge dr.med.**

Øre-næse-halskirurgisk afdeling, Køge, Sjællands Universitetshospital



*Preben Homøe efter tildeling af Hildes medaljen ved IUCh-17 i 2018 sammen med datter, læge Anne-Sophie Homøe (1989-)*



*Personalet på Øre-Næse-Halskirurgisk afdeling, Køge, Sjællands Universitetshospital. Marts 2024.*

## THYROIDEAKIRURGI, GLOTTISCANCER OG KRÆFTPAKKER

Min interesse for det øre-næse-halskirurgiske speciale startede allerede som medicinsk student. Jeg passede som ventilatør et barn med laryngo-trakeo-esophageal kløft og fik gennem denne opgave kontakt til professor Karsten Ejsing Jørgensen fra den øre-næse-halskirurgiske afdeling på Odense Universitetshospital (OUH), der skulle vise sig at blive læremester og mentor for både min kirurgiske og videnskabelige uddannelse.

Februar 1987 bestod jeg den lægevidenskabelige embedseksamen, hvorefter jeg gennemgik turnusperiode og efterfølgende sideuddannelse til det øre-næse-halskirurgiske speciale. Februar 1997 blev jeg speciallæge og havde vekslende ansættelser på øre-næse-halskirurgiske afdelinger i henholdsvis Vejle, Aarhus og Odense. Jeg fik en rigtig god klinisk- og især kirurgisk oplæring fra dygtige kolleger på disse steder. Januar 2001 blev jeg overlæge på Øre-næse-halskirurgisk & Audiologisk Afdeling F, OUH. I juli 2013 blev jeg professor i en 5-årig stilling, hvorefter jeg i 2018 overgik til et varigt fuldt universitetsfinansieret professorat (lærestolsprofessorat). Sideløbende med dette blev jeg ansat som ph.d.-skoleleder i Ph.d.-skolen for det Sundhedsvidenskabelige Fakultet, SDU.

Både i mit kliniske virke og i forskningen har min primære interesse været hovedhalskræft. Min ph.d. handlede om thyroideacancer. Den blev forsvaret i januar 1998. Ph.d.-projektet var baseret på en klinisk database indeholdende patienter med thyroideacancer diagnosticeret og behandlet i Region Syddanmark. Database fik opmærksomhed fra andre hovedhalskræft centre i landet og snart blev den udvidet til en national database (DATYRCA Databasen) med deltagelse fra alle centre, der varetog behandlingen af thyroideacancer. Jeg stod for ledelsen og det praktiske med oprettelse af lokale databaser på de relevante centre, indsamling af disketter med data en gang om året, sammenlægning af alle de danske data og afrapportering. På det tidspunkt var der ikke noget, der hed webbaserede databaser. Databasen blev i 2002 en integreret del af DAHANCA og har siden fungeret i dette regi.

I slutningen af halvfemserne og i nullerne var der stor national debat og uenighed omkring centralisering af thyroideakirurgien. For at kunne dokumentere kvaliteten af thyroideakirurgi udført på de danske øre-næse-halskirurgiske afdelinger, blev



**CHRISTIAN  
GODBALLE**

det besluttet at lave en national database, med fokus på den kirurgiske kvalitet af såvel benign som malign thyroideakirurgi. Dette skete med afsæt i DATHYRCA Databasen og med undertegnede som tovholder. Et par år senere blev en tilsvarende database for parathyroideakirurgi etableret.

Indsatsen med databaser for thyroidea- og parathyroideakirurgien betød, at øre-næse-hals-specialet kunne dokumentere kvaliteten af den udførte kirurgi. Dette kombineret med udbygning af specialets lærebog med kapitler om thyroidea- og parathyroideas sygdomme og deres kirurgiske behandling har utvivlsomt haft stor betydning for Sundhedsstyrelsens beslutning om at centralisere hele området inden for det øre-næse-halskirurgiske speciale.

En anden kirurgisk landvinding for specialet og patienterne er kirurgisk behandling af små kræftknuder på stemmelæberne (T1A glottiscancer). Gennem mange år havde danske patienter kun mulighed for strålebehandling af T1A glottiscancer. Dette på trods af gode resultater fra udlandet og en Cochrane analyse, som viste, at der ikke var forskel i overlevelsesresultater og stemmepåvirkning. Fordelene ved det laserkirurgiske indgreb var den hurtige behandling og muligheden for enten fornyet kirurgi eller strålebehandling ved eventuelt recidiv. Nationale møder med deltagelse af erfarne laserkirurger fra både England og Tyskland kunne imidlertid ikke flytte grundholdningen i DAHANCIRKA Men efter betydeligt pres fra kirurgisk side blev "Vejledning for håndtering af laryngeal intraepitelial neoplasi (LIN) og T1A-glottiscancer" godkendt i 2012 af både kirurger og DAHANCA.

Planen i vejledningen indeholdt tre tiltag:

- Indførelse af national vejledning for diagnostik, behandling og opfølgning af patienter med LIN.
- Oprettelse af national database (DANGLLOT) for patienter med LIN
- Opstart med transoral laserassisteret mikrokirurgisk resektion (TLM) af T1A-glottiscancer vurderet i ph.d.-projekt (DAHANCA 27).

Alle tre tiltag er nu gennemført, og TLM er nu en del af standardbehandlingen for T1A-glottiscancer. Det har været en fornøjelse at være med i denne proces.

I 2006 og 2007 var der stor fokus på udredningstiden af de danske kræftpatienter. DAHANCA førte an i denne kritik og kunne med publikationer vise de katastrofale følger, som ventetid kan medføre. Det gav anledning til avisskriveri og massiv politisk bevågenhed. Pludselig skulle kræft betragtes som akut sygdom og udredning skulle startes inden for 48 timer. Den politiske vilje til indførelse af kræftpakker var nu til stede.

Den nationale kræftpakke for hoved-halskræft startede i 2008. Forinden var der gjort et stort stykke arbejde med at omsætte tanken om præbookede slots til noget praktisk anvendeligt. I arbejdsgruppen for hoved-halskræftpakken var der repræsentanter fra øre-næse-halskirurgi og Onkologi i alle regioner, Dansk Selskab for Patologi og Cytologi, DAHANCA og Sundhedsstyrelsen. Arbejdsgruppen var effektiv og de hurtige resultater betød, at andre kræftpakker lagde sig op ad de grundlæggende ideer. Hoved-halskræftpakken havde på den måde stor impact på udviklingen af hele kræftpakkesystemet. Konceptet blev modtaget godt af både sundhedsprofessionelle og patienter. I dag er kræftpakkerne en selvfølgelighed og er integreret i alle øre-næse-halskirurgiske afdelinger. Også de praktiserende speciallæger har en organisation, som sikrer akuttider til patienter med mistanke om kræft i hoved-halsområdet. Det er min opfattelse, at kræftpakkerne er den største landvinding for vores kræftpatienter i nyere tid. Det har været en kæmpe fornøjelse at medvirke til etableringen af hoved-halskræftpakken. Men, det har også været fantastisk at deltage i den daglige drift af pakken og fornemme den store tilfredshed blandt både patienter og kolleger.

Når dette skriv bliver offentliggjort har jeg forladt min kliniske og videnskabelige hverdag og startet den tredje halvleg med et 5% professorat ved Det Sundhedsvidenskabelige Fakultet, SDU. Jeg har altid været glad for at være øre-næse-halskirurg og har ikke en eneste dag fortrudt mit valg 😊

**Christian Godballe, professor**

Øre-Næse-Halskirurgisk Afdeling, Odense Universitetshospital

**PROFESSOR I RHINOLOGI OG VASKULÆRE MALFORMATIONER - ETABLERING AF ET NATIONALT CENTER PÅ OUH FOR BEHANDLING AF PATIENTER MED HEREDITÆR HEMORHAGISK TELANGIEKTASI (HHT)**

Som medicinstuderende på SDU blev jeg stærkt inspireret af Professor Karsten Ejsing Jørgensen, der var professor på øre-næse-halskirurgisk afdeling F Odense og en eminent underviser. Jeg var derfor ikke i tvivl om at øre-næse-hals-specialet var et speciale, der skulle afprøves.

Øre-næse-hals er et bredt favnende speciale med mange unge patienter, mange ældre og mange benigne lidelser, hvor patienter kan helbredes og livskvaliteten relativt let kan forbedres, men også behov for akutte livredende procedure, og behandling af cancersygdom. Øre-næse-hals er et sænseligt speciale. Sygdomme i specialet påvirker: Smagssans, Lugtesans, hørelse, balance og tale.

Jeg blev ansat i øre-næse-hals-introduktionsstilling på Svendborg og kom til at arbejde tæt sammen med Overlæge dr.med Poul. Vase. Det var her jeg stiftede bekendtskab med patienter der lider af Hereditær Haemorrhagisk Telangiectasi (HHT). En dominant arvelig sygdom med mucokutane og viscerale karforandringer, hvor det hyppigste og mest iøjnefaldende symptomer er epistaxis.

Poul Vase havde i 1988 forsvaret sin disputats, hvor han havde kortlagt de fynske familier med HHT-sygdom. Vi så komplicerede næseblødninger, blødningsanæmi, blodpropper og afmagt blandt kolleger, og vi var enige om, at vi måtte sikre patienterne et godt behandlingstilbud. Vi besluttede at gøre en indsats for at påvise forandringer i arvematerialet samt at udrede og behandle de danske HHT-patienter for lungekarforandringer. Det blev til et større forskningsprojekt. Der blev foretaget koblingsanalyser i familierne, og vi fik etableret en screeningsprotokol for påvisning af lungekarforandringer, en screeningsprotokol som sidenhen er blevet implementeret i store dele af verden.

HHT-patienter kom fra hele Danmark, fra Norge, Sverige og Italien til vurdering i Svendborg og på OUH. Vi fik opbygget en højt specialiseret funktion for udredning og behandling af HHT-patienter. Professor Poul Erik Andersen på røntgenafdelingen var med til at etablere funktionen. Vi havde besøg af Professor Robert White fra Yale USA, der introducerede embolisering af Pulmonale arteriovenøse malformationer i vores center. Vi påviste mutationer i de danske HHT-familier.



**ANETTE  
KJELDEN**

Vi var de første i Danmark, der påviste mutationer, og vi var med til at verificere phenotyperne.

Jeg var med til at etablere det første internationale videnskabelige HHT møde, der blev afholdt i 1996 i Edinburgh, andet møde blev holdt på Curacao i 1997. Her definerede vi de diagnostiske kriterier for HHT-sygdom, der fortsat anvendes. I 1999 afholdt vi møde i Svendborg med international deltagelse. Der er siden afholdt mange møder rundt i verden med stort udbytte for patienter og forskere.

Vi etablerede HHT centeret OUH i 2001 omtrent samtidig med, at jeg blev fastansat som afdelingslæge ved øre-næse-hals-kirurgisk afdeling F OUH, og kort efter blev ansat som lektor ved SDU.

I de følgende år blev kendskabet til HHT større blandt øre-næse-hals-læger i Danmark. Det blev også endnu mere tydeligt at håndtering af HHT-patienter kræver multi-disciplinær tilgang, der er behov for stærke samarbejdspartnere. Patienterne skal udredes genetisk, de har risiko-graviditeter, de kan have alvorlige komplikationer, cerebral absces, stroke, hjertesvigt, gastrointestinal blødning, svær næseblødning, hæmoptyser. Ydermere føler patienterne sig ofte alene, da sygdommen er sjælden, hvorfor de ofte skal forklare, hvad HHT går ud på, når de møder sundhedssystemet. Vi har derfor etableret et stærkt team på OUH til håndtering af alle komplikationer. Vi er anerkendt af Sundhedsstyrelsen som det eneste danske højt specialiserede center for udredning og behandling af alvorlige HHT-komplicationer, og vi har deltaget i det Europæiske samarbejde VASCERN (European reference network for vascular diseases) siden 2017. Vi arbejder tæt sammen med HHT patientforeningen og forsøger konstant at optimere udredning og behandling samt informationen af patientgruppen. Jeg er overbevist om, at der i fremtiden vil komme mere specifikke behandlingsformer målrettet den enkelte patient, med mulighed for at afbøde effekten af den sygdomsfremkaldende mutation

Mit fokus på HHT-sygdom gav naturligt en mulighed subspecialisering i henholdsvis Vaskulære malformationer og rhinologi. Jeg foretager rhinokirurgiske procedure: Rhinoplastik, Septumplastik, Fess og har været med til at indføre CAS fess på OUH, samt udbygget den kirurgiske behandling af patienter med pandehulesygdom med DRAF 3 procedure. På trods af forbedrede kirurgiske behandlingsmuligheder, er der fortsat en patientgruppe med svær nasal polypose, som ikke har det godt. De har ingen lugtesans, svær nasal stenose, hovedpine og store mængder sekret. For disse patienter er der indenfor de seneste år kommet nye behandlingsmuligheder i form af biologisk behandling til patienter med type 2 inflammation. Denne behandling har vi også taget op på OUH, og vi har helt

naturligt deltaget i arbejdet med den landsdækkende Global airways database udgående fra Rigshospitalet. Dette arbejde kommer forhåbentlig til at sikre at flere patienters livskvalitet kan forbedres.

Jeg forventer ikke at biologisk behandling vil erstatte all FESS-kirurgi, men nogle af patienterne vil kunne få sygdomskontrol med biologisk behandling, mens andre patienter har bedst af primær kirurgi som kan gøre dem raske. De kommende år vil, med samarbejdet i blandt andet Global airways databasen være med til at udpege, hvilken behandling der er bedst til den enkelte patient.

**Anette Kjeldsen, professor, overlæge, ph.d.**

Øre-Næse-Halskirurgisk Afdeling, Odense Universitetshospital



*Forskningsenheden på Øre-Næse-Halskirurgisk afdeling, OUH.  
Fra venstre bagest: Jens Højbjerg Wanscher, Helle Døssing, Rikke Green, Anne Lørup Lyster, Jes Slot Mathiesen, Christian Brandt, Ida Grunske Schmidt, Kenneth Stockman Larsen, Carl Pedersen, Tobias Neher. Fra venstre forrest: Jesper Roed Sørensen, Kristine Bjørndal, Stine Camilla Nippgaard, Anette Kjeldsen, Christian Godballe, Malene Korsholm.*

## INDRE ØREKIRURGI OG AFDELINGS-SAMMENLÆGNING I DET NYE ÅRTUSINDE

Efter professor Mirko Tos gik på pension i 2001 fortsatte professor Jens Thomsen vestibularis schwannom-kirurgien på Gentofte Hospital, nu med inddragelse af Sven-Eric Stangerup, og fra udgangen af 2002 Per Caye-Thomassen. Efterhånden som Jens trak sig mere og mere ud af kirurgien fortsatte Stangerup og Caye-Thomassen i et tæt parløb i det efterfølgende årti, indtil Sven-Erics pensionering i 2013, kun et par måneder efter han forsvarede sin disputats om schwannomernes epidemiologi og naturhistorie.

Kirurgien havde hidtil været translabyrinthær, medførende tab af resthørelsen, men hen mod 2010 greb man muligheden for potentielt hørebevarende indgreb hos patienter med bevaringsværdig hørelse, nu ved retrosigmoidal adgang. Kolleger i et tilknyttet speciale reagerede dog noget anfægtende, idet man ikke mente at denne adgang var passende for otokirurger.

Den mindre kendte retrolabyrinthære adgang blev nu bragt på banen, med adgang foran sinus sigmoideus og bag ved labyrinten, herved ligeledes potentielt hørebevarende. Idet denne adgang i udgangspunktet er en variant af det translabyrinthære indgreb – som otokirurgerne havde stor erfaring med – forholdt merbemeldte kolleger sig tavse. Resultaterne var på niveau med internationalt anerkendte centre, idet omkring halvdelen af patienterne bevarede resthørelsen i de kommende år.

Situationen på Gentofte var i disse år blevet tiltagende problematisk, idet flere og flere samarbejdende specialer forsvandt fra hospitalet på grund af sammenlægninger, og det blev stadigt vanskeligere at rekruttere kvalificeret personale til specialiserede funktioner, fx. post-operativ pleje af komplicerede cancer- og schwannom-patienter på intensivafdelingen. Samtidigt varmede Sundhedsstyrelsen op til udarbejdelse af den første specialeplan – en beskrivelse af hvilke indgreb der måtte foretages hvor, i alle kirurgiske specialer.

Undertegnede og en særligt kollegial hoved-hals-kirurgisk overlæge var derfor af den holdning, at afdelingen burde flytte til Herlev Hospital (hvor alle samarbejdende specialer eksisterede) eller sammenlægges med afdelingen på Rigshospitalet. Vi skrev derfor et brev stilet direkte til ledelsen i Region Hovedstaden – bevidst udenom direktionen på Gentofte – hvor vi forklarede baggrunden og foreslog flytning eller sammenlægning. Alle øre-næse-hals-overlæger på Gentofte var



PER CAYÉ-THOMASSEN

medunderskrivere. Regionen forespurgte herefter direktionen på Gentofte om der forelå et problem – som ventet var svaret afkræftende – vi havde således sendt brevduen i den rigtige retning fra starten.

Regionen udviste fremsyn og startede herefter sammenlægning med afdelingen på Rigshospitalet, hvis visionære leder Jørgen Kirkegaard så positivt på en sådan manøvre og efterfølgende var en stærk støtte, da schwannom-kirurgien med Stangerup og Caye-Thomassen, som det første rykkede ind på RH fra starten af 2012. Senere fulgte resten af Gentoftes aktiviteter efter i dryp indtil endelig nedlukning i 2019.

Netop i 2012 var Hidemi Miyazaki fra Tokyo gæsteprofessor på Rigshospitalet, blandt andet med formålet at introducere innovationen per-operativ neuromonitorering med realtime feedback af både n.facialis og n.cochlearis-funktion ved schwannom-kirurgi, med kontinuerlig akustisk stimulation i øregangen og måling af genererede potentialer via elektrode placeret direkte på hjernestammen. Som en yderligere innovation inkluderede systemet mulighed for eksakt identifikation af n.vestibularis og n.cochlearis ved elektrisk stimulation på tumors overflade, hvilket naturligvis bidrager til optimal dissektion. Implementeringen af systemet medførte, at bevarelse af resthørelse nu fandt sted for over 70% af patienterne (1. Sass HCR, 2019). Opbygning af erfaring med at placere en fladeformet elektrode på hjernestammen skulle senere vise sig afgørende for introduktion af hjernestammeimplantation i afdelingen, idet et sådant implantat har design tilsvarende monitoreringselektroden og placeres samme sted på hjernestammen.

Den første danske hjernestammeimplantation fandt sted på Rigshospitalet i 2017 (Figur 1 og 2), idet erfarne oto- og neurokirurger fra Tyrkiet kiggede med. Tidligere havde en tilrejsende tysk neurokirurg foretaget enkelte implantationer på Gentofte Hospital og enkelte patienter var blevet sendt til Stockholm. Patienten var et barn med medfødt aplasi af begge hørenerver. Kandidater har ellers traditionelt været NF2-patienter døde på baggrund af bilaterale vestibularis schwannomer (2. Hansen JO, 2021).

Omkring år 2000 blev en tilstand "ny" for den otologiske verden beskrevet – superior canal dehiscence (SCD; manglende knogledække over superiore buegang). Tilknyttede symptomer inkluderer autofoni (forstærket hørelse af egne kropsslyde, fx. øjen- og ekstemitetsbevægelser), Tullios fænomen (svimmelhed ved høj lyd) og konduktivt høretab ved lave frekvenser, herunder supranormale benlednings-tærskler. Tilstanden har naturligvis altid forekommet, men er nok tidligere blevet associeret med fx. perilymfatisk fistel eller konduktivt høretab af anden årsag. Udviklingen i billeddannende modaliteter har været afgørende i afdækning af SCD,

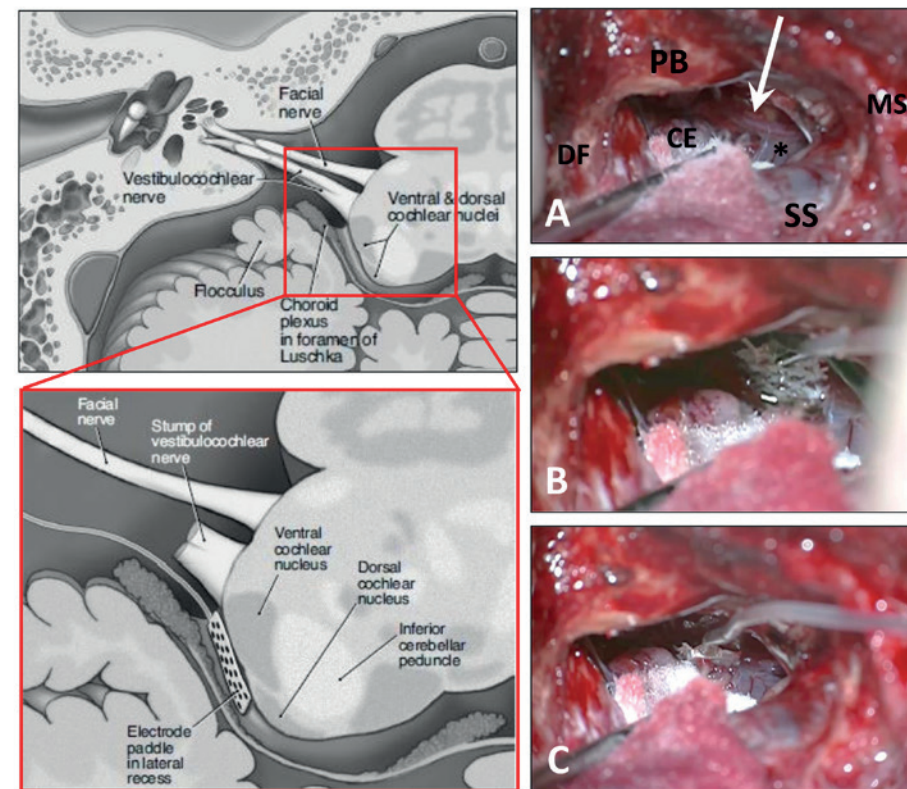
herunder særligt high resolution CT, senest cone beam CT. Introduktion af test af vestibular evoked myogenic potentials (VEMP) sammen med andre landvindinger i det vestibulogiske ambulatorium har ligeledes bidraget, idet der ved SCD ses høje amplituder og lave tærskler for udløsning af VEMP.

Kun udvalgte og særligt hårdt ramte patienter tilbydes operation for SCD, der finder sted på RH. Via en mastoidektomi blotlægges og åbnes superiore buegang, hvorefter buegangens knogledefekt udbedres ved udfyldning med mindre stykker periost, herpå knoglestøv og fibrin. Resultaterne er måske overraskende gode – især lindres den svært generende autofoni og må man undre sig over en meget lille risiko for høretab, selv om det indre øre åbnes ganske bredt, sammenlignet med fx. stapedotomi (3. Eberhard KE, 2024).

Seneste udvikling indenfor indre øre kirurgi inkluderer muligheden for cochlear implantation hos patienter med vestibularis schwannom – både hos observerede, bestrålede og opererede patienter (hvis hørenerven er bevaret under operationen) (4,5 West N, 2020, West N 2024). Muligheden er opstået på baggrund af tiltagende bevidsthed om – og dokumentation for – de kommunikationsbegrænsninger og nærmest ophørte lokalisationsevne der følger med ensidig døvhed er herved efterhånden blevet en veletableret indikation for cochlear implantation – hvilket jo inkluderer mange observerede, bestrålede og opererede schwannom-patienter. Ved operation for schwannom finder implantationen nok bedst sted i samme seance, idet der blandt andet er risiko for, at cochlea udfyldes af arvæv efter fjernelse af tumor. Man kan dog også implantere på et senere tidspunkt, hvis sidstnævnte ikke er tilfældet.

**Per Cayé-Thomassen, professor, overlæge, dr.med.**

Afdeling for Øre-Næse-Halskirurgi og Audiologi, Rigshospitalet



**Hjernestammeimplantation**

**A.** Oversigt efter retrolabyrinthær kraniotomi højre side. Stjernen angiver hjernestammen, mens pilen peger ned i foramen Lushka, der er åbningen mod hjernestammens recessus lateralis, udfor hvilken de cochleære hjernestammekerner er beliggende (se figur til venstre). PB: posteriore buegang; CE: cerebellum; DF: dura fossa media; MT: mastoidal spids; SS: sinus sigmoideus.

**B.** Under elektrodeindføring i recessus lateralis ses silikonenettet på elektrodepladens bagside. Nettet fungerer til fastholdelse af elektroden.

**C.** Elektrodepladen ses nu fuldt indført, hvorefter per-operativ stimulation sv.t. de enkelte elektrodepunkter finder sted. Respons herpå fra hjernestammen måles og anvendes til at vejlede optimal placering af elektroden.

## FRA POSTGRADUAT UDDANNELSE TIL PRÆGRADUAT UNDERVISNING OG FORSKNING

Den mest markante ændring i vores afdeling ovre årene fra 100-års Jubilæet har været en markant stigning i vores forskning og undervisning af medicinstuderende efter, at afdelingen blev en del af Aalborg Universitetshospital. Det skete med dannelsen af Det Sundhedsvidenskabelige Fakultet på Aalborg Universitet i 2010 og efterfølgende oprettelsen af Klinisk Institut i 2013. Det har medført et optag på 50 studerende per år i 2010 stigende til 180 studerende per år på kandidat-delen i 2023.

Det har betydet klinisk undervisning i ØNH samt afholdelse af mundtlige eksaminer hvert semester og udnævnelsen af fem kliniske lektorer, tre timelønnede undervisere samt professorat fra 2019. Undervisningen er baseret på case-undervisning, der er struktureret som 'problem-based learning' (PBL), som er en hjørnesten i Aalborg Universitets undervisningsportefølje, samt obligatorisk klinik ophold i to uger på afdelingen for alle studerende.

Forskningsmæssigt har det også betydet en stadig stigende produktion af videnskabelige artikler og ph.d.-projekter; der har i perioden fra 2018 været tre til fem ph.d.-studerende i afdelingen, og der er forsvaret omkring en afhandling per år i perioden frem til 2024. Desuden bidrager medicinstuderende ved to til fire kandidatspecialer per år, hvoraf de fleste publiceres som videnskabelige artikler. Det følger også, at der har været stort fokus på fondsansøgninger og samarbejder på tværs af hospitalet, på tværs landet og internationalt.

Indenfor otologien udføres traditionel ørekirurgi, hvor vi på nationalt plan har gjort os til talsmand for obliteration af mastoidet ved alle patienter, hvor der udføres mastoidektomi på grund af kronisk otitis media; hyppigst anvendes knoglechips og boresmuld til at oblitere mastoidal kavitet. Obliterations-teknikken har været fremhævet ved flere internationale centre, som en teknik, hvor recidivisme er markant lavere.

Det er velkendt, at recidivisme er et stort problem ved kolesteatom kirurgi, og forbedret teknik med færre tilfælde af ny sygdom har derfor stor betydning for afdelingen og for patienterne. Nyligt forsvaret ph.d.-afhandling har dokumenteret en



overordnet recidivisme på 6% over en gennemsnitlig observationsperiode på seks år. Det er markant bedre end tidligere og på højde med de internationale centre, der anvender teknikken.

Indenfor billeddiagnostikken er MR-scanninger med diffusions-hæmning indført til specifikt at påvise kolesteatom med høj nøjagtighed – noget som traditionel CT-scanning ikke kan gøre. Her på hospitalet anvendes en PROPELLER teknik (General Electrics) med en overordnet nøjagtighed på 89%. Der er pågående studier vedr. fordelene ved evt. at monitorere tidligere kolesteatom-opererede patienter med henblik på at påvise recidivisme i tidligere stadier.

Indenfor vestibulogen har der de sidste par dekader været en rivende udvikling afledt af ny avanceret teknologi på området. Et nyere skud på stammen er Computerstyret Dynamisk Posturografi, som kan skille vestibulær svimmelhed fra andre årsager til svimmelhed, ligesom det kan bidrage til avanceret genoptræning af patienter.

Det har overordnet medført en stor ambulant aktivitet, som er organiseret i Center for Svimmelhed og Balance og tilknyttet Audiologisk Afdeling. Med tre mekaniske ørestensstole er kapaciteten høj, og der ses mere end 2300 ambulante patienter årligt. Den største aktivitet i afdelingen rent forskningsmæssigt ligger for tiden indenfor vestibulogen med talrige publikationer inden for de seneste år og mange igangværende projekter; sigtet for alle er en bedre diagnostik og behandling af vestibulært svimle patienter.

Professor Herman Kingma er deltidsansat ved Klinisk Institut og tilknyttet Centret, og han er vejleder på de fleste af projekterne inklusiv et ph.d.-projekt vedrørende BPPV.

Robot kirurgi har gennem seneste år fået en fremtrædende plads indenfor mange specialer, fordi den tillader adgange, som ellers er meget vanskelige. Således har robot kirurgi også fundet en plads inden for Hoved-Hals kirurgien, hvor den har fået en fremtrædende rolle ved resektion af tumorer i oro- og hypofarynx. Det har betydet, at flere patienter end tidligere kan tilbydes kirurgisk behandling enten som salvage kirurgi eller som første valg og derved undgå invaliderende stråle-sequelae. Afdelingen har 3 certificerede kirurger og et kompetent hold af robot-sygeplejersker, der siden 2018 har kunnet tilbyde behandlingen.

Et andet fokusområde er forskning i biomarkører, som er i fremmarch i mange specialer i takt med hurtig udvikling i molekylær biologi og sekventering af nu-



kleotider. Her arbejder vi med markører indenfor tunge- og mundhule samt tonsil cancer, hvor markører kan anvendes til tidlig diagnostik og monitorering af evt. recidiver efter tidligere behandling. Overordnet er der udsigt til forbedret behandling, fordi både sygdom og recidiver kan findes i tidligere stadier.

**Michael Gaihede, professor, overlæge, ph.d.**

Øre-Næse-Hals-Kirurgisk og Audiologisk Afdeling, Aalborg Universitetshospital

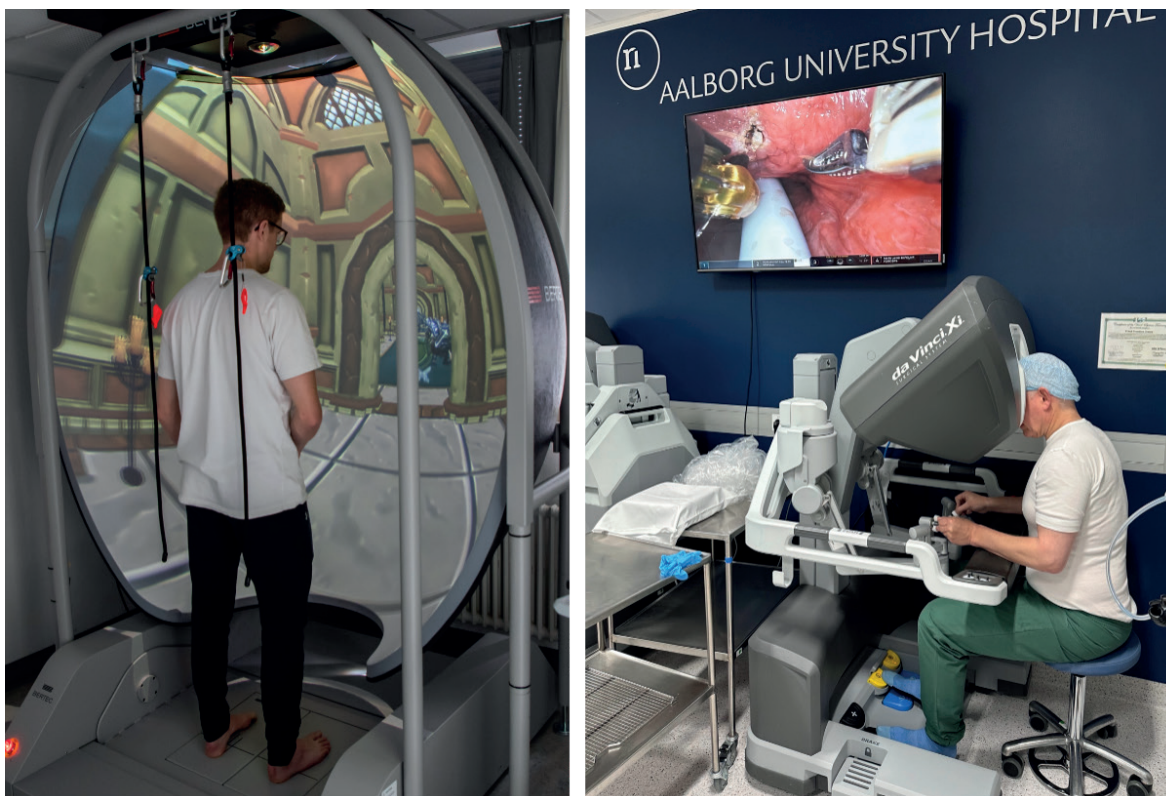


Foto til venstre viser opsætning af Computerstyret Dynamisk Postografi; foto til højre viser opsætning af da Vinci robot ved resektion af tumor i tungebasis.

## FAGETS UDVIKLING BESKREVET AF FAGOMRÅDERNE

### HOVED-HALSKIRURGIEN I BEGYNDELSEN AF DET 21. ÅRHUNDREDE AF DANSK HOVED-HALSKIRURGISK SELSKAB

Hvor man tidligere kunne være i tvivl om hvilket subspecialt, der vægtede tungest inden for otorhinolaryngologien - ikke mindst dygtigt oppebåret af velanskrevne og selvbevidste ørekirurger -, har udviklingen i den første fjerdedel af det 21. århundrede med al tydelig udkrystalliseret subspecialernes relative størrelse. Eksempelvis var der i år 2000 ansat 3 speciallæger inden for ørekirurgi, 2 i næse-bihulekirurgi, 1 i audiologien og 4 tog sig af hoved-halskirurgi på Aarhus Kommunehospital. I skrivende stund (marts 2024) er tallene 4 (øre), 4 (næse-bihule), 4 (audiologi) og 17 (hoved-hals) på Aarhus Universitetshospital. Denne enorme ekspansion generelt og inden for hoved-halskirurgien i særdeleshed, vil tidligere tiders high-performance læger sikkert tilskrive et betydeligt effektivitetsfald gennem tiden (jeg har en stemme i mit øre, der umiskendeligt minder om Ulrik Pedersens, der forklarer, at en parotidektomi kun i særligt komplicerede tilfælde bør tage mere end 30 minutter – skin to skin) og sandsynligvis vil disse erkende (og måske endda påpege), at journalføring, andre administrative opgaver og patientkommunikation også spiller ind. Jeg vil dog tillade mig at nuancere billedet en smule og opridse nogle udviklinger i perioden, som indvirker på antallet af ansatte speciallæger og det hoved-halskirurgiske subspecialt.

#### Flere patienter

Den demografiske udvikling med forskydning af den store boomer-generation ind i seniet og den massive forbedring af middelevealderen i Danmark, har øget antallet af patienter igennem perioden. Dette gælder ikke mindst inden for hoved-hals-onkologien, hvor den eksponentielt stigende incidens af HPV-positiv oropharynx-cancer (der nu udgør den hyppigste cancerform inden for specialet) også bidrager. Herudover synes de mere og mere friske ældre med stadig højere BMI, at have tiltagende mod på omfattende procedurer, sekundært af medicinernes forvisning om at den lange liste af kroniske sygdomme ikke skal være udslagsgivende for intervention. Patienternes forventninger til de lægevidenskabelige muligheder synes stadig stigende, og opfattelsen er, at der er noget galt med lægen, hvis patientens plan er mindre helbredende eller diagnostisk end guldstandardens foreskriver. I den hyppigt forekommende latente (men for mig ofte besynderlige og til tider frastø-

dende) kamp om patienter specialerne imellem, "vandt" hoved-halskirurgien over diverse andre specialer, så al thyreoidea- og parathyreoideakirurgi nu hører under vores (sub-)speciale. Jeg var ikke selv med til at føre "krigen", men forestiller mig at et afgørende argument kunne have været, at kirtlerne er beliggende på halsen.

### Teknologisk udvikling

Det seneste kvarte århundrede har budt på utallige medicinsk-teknologiske fremskridt, hvoraf mange har vundet indpas i den kliniske hverdag og flere har forbedret udrednings- og behandlingsmulighederne inden for hoved-halskirurgien. Dette gælder for stort og småt. I min første ansættelse (2002) husker jeg, at reservelægerne skulle spørge om lov, førend fiberskopet blev fundet frem og anvendt. I sidste uge kiggede samtlige kolleger på mig med et overbærende smil, da jeg til fælleskonference påpegede muligheden for at bruge et spejl til visualisering af stemmebåndsbevægeligheden efter thyreoidektomi. Spejle og varmeblæser findes dog stadig i afdelingen (lidt endnu...). Mere afgørende for patienterne er nok de forbedrede muligheder for at foretage kurative resektioner af glottiske larynxcancere med anvendelse af laser, oropharynxcancere i "Da Vinci robotten" (TORS) og anvendelsen af en stadig større palette af frie lapper (tak til plastikkirurgerne!) til mere og mere omfattende resektioner af især mundhule- og næse-bihulecancere. Disse teknologiske fremskridt og forbedrede kirurgiske muligheder har skubbet flere patienter over på øre-næse-halsafdelingerne og væk fra onkologerne og de upræcise strålebehandlinger. I et forsøg på at genvinde tabt land, har vores onkologiske kolleger med vanlig arrogance overbevist politikkerne om at investere en milliard (ja, en milliard!) kroner i nye protonstrålekanoner, hvis præcision er de konventionelle fotonstråler overlegne. Fremtiden vil vise om investeringen var god eller om kirurgien fortsætter med at vise sig mere skånsom og ressourcelet end stråleterapien. På tærsklen til andet kvartal af det 21. århundrede er immunterapien i rivende udvikling og skønt stadig kun klinisk implementeret som long shot til kirurgisk og stråleterapeutisk inkurable patienter, ser fremtiden lys ud for behandlingsmodaliteten og kommende patienter.

### Skånsom kirurgi

Minimally invasive surgery har været buzzword gennem perioden. Tidligere tiders radikale halsdissektioner med ofring af nerver, større blodkar og muskulatur er afløst af mere selektive, skånsomme resektioner. Sentinel node-teknikken med fjernelse af den førstkomende skildvagslymfeknude som alternativ til halsdissektion, har været anvendt i en del år og bidrager også til skånsomheden. Med udviklingen af stadig mindre skoper er sialoendoskopi blevet standard til diagnostik og intervention hos patienter med non-neoplastiske lidelser i de store spytkirtler på udvalgte afdelinger på tværs af Danmark. Inden for kategorien nice to have, har skopisk thyreoideakirurgi været udbredt i lande som Sydkorea og Italien, hvor kvinders halse er særligt fine og arret efter åben kirurgi et kosmetisk pro-

blem. Denne type kirurgi er i sin vorden i Danmark og tiden vil vise om det bliver standard fremover eller fortsat vil udgøre et kuriøst hjørne af thyreoideakirurgien. Med et hastigt stigende antal identificerede thyreoideaadenomer (se afsnittet nedenfor), hvoraf nogle indeholder små carcinomer, der stort set alle har yderst favorabel prognose, er der fokus på vigtigheden af nedskalering af den kirurgiske intervention af ikke-metastaserede thyreoideacancere – fra total- til hemi-thyreoidektomi og måske endda til ablation eller active surveillance. Jeg forestiller mig at denne trend vil fortsætte indtil forbedrede diagnostiske metoder kan afgøre hvilke carcinomer, der progredierer til et helbredsproblem og hvilke, der forbliver klinisk ligegyldige.

### Problematisk viden

Udvikling og udbredelse af diverse scanningsmodaliteter (fx PET/CT og ultralyd) har været et kvantespring i udredningen og behandlingen af mange patientkategorier. Men de værdifulde informationer, der bidrager til optimal behandling af den sygdom, der lå til grund for scanningen, kommer hyppigt med en pris: overraskende, ikke-relaterede fund ("incidentalomer"), hvis håndtering hyppigt er insufficient videnskabeligt belyst og som ligger beslag på stadig flere ressourcer. Det er kendt at screeninger er problematiske og væksten i brugen af scanninger over det seneste kvarte århundredes kan anses som er en slags kvasi-screening, hvis konsekvenser skal håndteres bedre i fremtiden. Den oplagte løsning på problemet inden for PET/CT er udvikling af lagt mere specifikke tracere end de aktuelle (ikke mindst FDG).

### Tejs Ehlers Klug, overlæge, klinisk lektor, dr. med.



Aarhus Universitetshospital  
Formand, Dansk Hoved-Hals-  
kirurgisk selskab

## HIGHLIGHTS FRA LARYNGOLOGIEN SIDEN ÅRTUSINDSKIFTET AF DANSK LARYNGOLOGISK SELSKAB

I efteråret 2022 var det 20 år siden Dansk Laryngologisk Selskab (DLS) blev stiftet og det blev fejret med manér på DLS-årsmødet i januar 2023. Stiftende GF i DLS fandt sted 24. oktober 2002 på øre-næse-hals-afdelingen i Roskilde efter initiativ fra Niels Rasmussen, Ågot Møller Grøntved og Frans Rømeling og Frans blev selskabets første formand. Ud over de tre førnævnte bestod den første bestyrelse af Susanne Brofeldt, Susanne Blegvad, og som suppleanter Nanna Trojaborg og Christian Faber.

Formålet med DLS var dengang som nu at samle medlemmer af DSOHH med interesse for laryngologi og foniatri, og fremme samarbejde, videnskab og praktiske vilkår inden for området. Virkeområdet skulle være at belyse og diskutere relevante emner såsom diagnostik og behandling af benigne laryngologiske og foniatiske lidelser. Det helt store omdrejningspunkt var dog et ønske om også at diskutere kirurgisk behandling af tidlig larynxcancer, blandt andet med inspiration fra udviklingen i Sverige. I forbindelse med stiftelsen af DLS var der talrige diskussioner med DSOHH af muligheder, begrænsninger og bekymringer blandt andet i forhold til det eksisterende samarbejde med DSHHO og DAHANCIRKA. Man enedes til sidst om en formulering, som også i dag lyder "Selskabets virkeområde er ....at belyse og diskutere diagnosticering af tumorer i larynx og behandling af præmaligne og T1 maligne tumorer, i samarbejde med relevante faglige organisationer". Mon ikke vores entusiastiske kolleger var lykkeligt uvidende om, at der ville gå yderligere 10 år og utallige møder og diskussioner før den kirurgiske behandling af T1a glottis cancer var en realitet i Danmark?

Den danske tradition for primær strålebehandling af al larynxcancer var gennemarbejdet og veldokumenteret, men som tiden gik blev transoral laserassisteret mikrokirurgisk resektion (TLM) efterhånden standard ved tidlig glottisk larynxcancer i flere og flere lande omkring os. Takket være grundigt forarbejde og samarbejde lykkedes det i 2012 for DSOHH, DHHKS, DSHHO og DAHANCA at vedtage nye nationale retningslinjer for udredning, behandling og opfølgning ved mistanke om T1a-glottiscancer eller forstadier hertil. Man besluttede blandt andet at Narrow Band Imaging (NBI) eller lignende teknik skulle supplere stroboskopisk undersøgelse til at lokalisere neoplastisk væv og man indførte TLM og cordectomy af læsionen for at sikre komplet fjernelse af patologi og samtidig en fyldestgørende histologisk undersøgelse. Desuden indeholdt retningslinjerne en detaljeret plan for registrering og opfølgning af patienterne samt en strategi for evaluering af de nye tiltag. Alle de opererende universitetsafdelinger forpligtede sig således til at rapportere til en national database (DANGLLOT) og en forskningsplan blev aftalt. Dette nationale samarbejde har de senere år bidraget til vigtig viden, blandt andet

gennem tre ph.d.-afhandlinger, som har belyst de diagnostiske udfordringer, stemmemæssige konsekvenser og ikke mindst recidivrisiko sammenholdt med stråleterapi. Resultaterne er overbevisende og i skrivende stund arbejdes der på at få TLM godkendt som standardbehandling i Danmark ved T1a glottiscancer.

En vigtig forudsætning for ovenstående succeshistorie har været den tekniske og teknologiske udvikling, som understøtter både diagnostik og kirurgens arbejde. Indenfor mikrokirurgisk fonokirurgi har man fået optimerede mikroskoper, optikker, HD-kameraer og –skærme og effektive CO2 lasere der kan anvendes med høj præcision. Den samme udvikling har man glæde af i den ambulante udredning af vores patienter, hvor tilgængeligheden af fleksible laryngoskoper, som kan anvendes med strobelys eller filtrerede lyskilder såsom NBI, er en stor gevinst. Kompakte løsninger i et overskueligt prisleje har også gjort anvendelsen af stroboskopi tilgængelig for vores privat praktiserende speciallæger og kvalificeret patientbehandling.

Samarbejde på tværs af faggrupper er ikke som sådan noget ny i foniatrik sammenhæng, men de senere år er der flere steder kommet mere fokus på det tværfaglige samarbejde med fælles logopædisk-lægelig visitation i foniatiske ambulatorier, deltagelse af ergoterapeuter i fælles dysfagi ambulatorier og samarbejde med neurofysiologer i udredning og behandling med botulinumtoxin af laryngeal dystoni. Et samarbejde mellem laryngologer, lungemedicinere, pædiatere, logopæder og fysioterapeuter er også de seneste år grundlagt omkring udredningen af kompliceret anstrengelsesudløst åndenød og kendskabet til dynamisk CLE-test og EILO som mulig årsag er øget. Der pågår lige nu flere spændende forskningsprojekter som blandt andet skal belyse logopædiens og kirurgiens plads i behandlingen af EILO.

Andre kirurgiske teknikker er blevet udbredt inden for laryngologien i de seneste årtier, såsom thyroplastik ved stemmebåndsparese med endoskopisk vejledt injektion eller implantat, noget som betyder en stor forskel for vores patienter. De seneste års udvikling inden for laserteknologi betyder også, at man nu nogle steder kan tilbyde behandling i ambulatoriet med fleksibel blue-laser af mindre læsioner såsom papillom. Nye retningslinjer for behandlingstilbud ved transkønnethed har også betydet udvikling inden for laryngologien hvor strubehovedreduktion ved chondroplastik nu tilbydes i alle landets regioner og at man også flere steder nu tilbyder feminiserende stemmekirurgi, hvis en langvarig logopædisk indsats ikke har været tilstrækkelig.

Vores patienter med laryngeale papillomer er vel nok den laryngologiske patientgruppe, som hyppigst gennemgår gentagne operationer på grund af recidiver og/eller arvæv efter operation. Med indførelsen af HPV-vaccine i det danske børne-

vaccinationsprogram i 2009 kan man håbe på en lavere forekomst også af laryngeale papillomer på længere sigt. Terapeutisk HPV-vaccine har også vist sig at kunne mindske recidivfrekvens. Endnu mere lovende er måske systemisk behandling med Bevacizumab, som kendes fra onkologien og behandlingen af Mb. Osler. I internationale studier har dette vist sig særdeles effektivt ved svære tilfælde af laryngeale papillomer, og de første erfaringer herhjemme er også lovende.

Fremtiden for laryngologien både internationalt og i Danmark byder på masser af spændende arbejdsopgaver, forskning og udvikling som kommer til at ændre den måde vi gør ting i dag. Herhjemme tager kolleger fat på at implementere re-innervation ved stemmebåndsparese, som man kender det fra nogle andre lande og andre afprøver effekten af stamcelleinjektion i arvæv i stemmebåndene. Den rivende udvikling der lige nu er inden for AI kommer helt sikkert også til at betyde ændringer i diagnostik inden for laryngologien fx. i vurderingen af malignsuspekterede læsioner. Jeg er ikke i tvivl om at laryngologien og foniatrien også fortsat vil udvikles og stå stærkt i Danmark.

De seneste år har DLS bestyrelsen bestået af Mikael Howitz (Hillerød), Jesper Balle (privat praktiserende, Charlottenlund), Kristine Grubbe Gregersen (RH), Andreas Jørgensen (Køge), Joyce Schulz (Vejle), Thomas Kjærgaard (Aarhus) og undertegnede (OUH). I januar 2024 er Thomas Kjærgaard dog trådt ud og ind er kommet friske kræfter i form af Dalia Larsen, som også er i Aarhus. En del af bestyrelsens tid går med at planlægge årsmødet, som nu strækker sig over to dage med workshops og internationale oplægsholdere, men der er også tid til vigtige snakke om erfaringer og udfordringer i den daglige praksis i tråd med den ånd selskabet blev stiftet i.



**Camilla Slot Mehlum,**  
**konstitueret cheflæge**  
Øre-Næse-Halskirurgisk Afdeling,  
Odense Universitetshospital  
Formand, Dansk Laryngologisk  
Selskab

## DEN MEDICINSKE AUDIOLOGI SET OVER DE SIDSTE 25 ÅR AF DANSK MEDICINSK AUDIOLOGISK SELSKAB

I løbet af de seneste 25 år har den medicinske audiologi gennemgået en kontinuerlig udvikling, der har forbedret diagnosemetoder og behandlingsmuligheder for hørelidende. Disse fremskridt spænder over flere områder, herunder neonatal hørescreening, avancerede høreundersøgelser, udvidet brug af billeddiagnostik, molekylær genetik, behandlingsstrategier og uddannelse af audiologisk personale.



Neonatal hørescreening (aABR) (Foto: Randi Wetke)

I 2005 blev neonatal hørescreening indført i Danmark (6. Sundhedsstyrelsen 2004). Hørescreening er standardpraksis i mange lande, og det har været en afgørende faktor i at sikre tidlig opdagelse af høretab hos nyfødte. Denne tidlige identifikation muliggør hurtig intervention og behandling, hvilket har betydet en stor forbedring af prognosen for børn født med høretab. Den neonatale hørescreening blev indført, blandt andet, på baggrund af Christine Yoshinaga-Itano's arbejder (professor ved University of Colorado). Screeningen har medført, at man i dag

diagnosticerer og behandler langt størstedelen af børn med kongenite høretab inden de er fyldt seks måneder, hvor man tidligere først fik børnene i behandling i helt op til fire til femårsalderen. Målet for hørescreeningen, der tidligere var at screeningen skulle være overstået indenfor første levemåned, udredningen af høretabet overstået indenfor tredje levemåned og behandlingen iværksat indenfor sjette levemåned er nu begyndt at flytte sig fra førnævnte 1-3-6 model til en 1-2-3 model. Dette for at sikre, at man eventuelt kan implantere et cochlear implant helt ned til seks måneders alderen, skulle dette vise sig indiceret. Screeningen udføres på forskellig vis i de forskellige regioner i Danmark, og det afhænger derfor af fødestedet, hvorvidt man udfører automatiseret hjerne-stammeaudiometri (aABR) eller transient evokerede otoakustiske emissioner (TEOAE) som primærscreening.



*Elektrofysiologisk undersøgelse i generel anæstesi (Foto: Michael Bille)*

Sideløbende med indførelsen af hørescreeningen er anvendelsen af elektro-fysiologiske og elektroakustiske høreundersøgelser blevet udvidet og forfinet. Metoder som Auditory Brainstem Response (ABR), otoakustiske emissioner (både TEOAE og DPOAE) samt seneste skud på stammen Auditory Steady State Response (ASSR) har vist sig at være yderst effektive til diagnosticering og vurdering af høretab især hos spædbørn og individer med kognitive eller

kommunikative udfordringer. Den klassiske elektrocochleografi har fået en renæssance i og med erkendelsen omkring årtusindskiftet af betydning og forekomst af auditiv neuropati (AN). Den udføres primært på større audiologiske afdelinger. Det samme gælder måling af Cortical Auditory Evoked Potentials (CAEP), som kan være til nytte ved vurdering af høretærskel ved AN og ved vurdering af effekten af høreapparatbehandling af spædbørn og dermed vurdering af indikation for cochlear implantation.

I takt med teknologiske fremskridt er diagnostisk billedbehandling, såsom MR- og CT-scanninger, blevet en integreret del af den audiologiske praksis. Disse avancerede billedteknikker muliggør en mere præcis og detaljeret evaluering af strukturelle årsager til høretab, hvilket er afgørende for en korrekt diagnose og behandlingsplanlægning. Ligeledes kan nævnes conebeam CT (CBCT), som med en lavere dosis af ioniserende stråling, kan frembringe detaljerede billeder af det indre øre og for eksempel visualisere elektrodeplacering ved cochlear implant (CI).

Den audiogenetiske udredning i Danmark har gennemgået en enorm udvikling gennem de sidste 25 år. Fra 1997 kunne både connexin26 gen (GJB2) og Pendred gen (SLC26A4) undersøges, og det genetiske landskab i Danmark kunne karakteriseres, og en genetisk forklaring på hørenedsættelsen kunne søges. Andre gener blev også undersøgt, et for et i de første år. Genetisk udredning af døvhed og hørenedsættelse tog fart parallelt med indførelsen af hørescreening af nyfødte i 2005. I 2013 blev det muligt at analysere flere gener samtidig via Next-generation sequencing (NGS) og i 2016 kunne de nye sekventeringsmaskiner, med en metode som kaldes exom-sekventering, levere data fra alle de kodende områder af de cirka 20.000 gener, som er kortlagt i arvemassen. De seneste to år er man gradvist overgået til helgenom-sekventering, hvor enorme mængder data leveres fra hele genomet, det vil sige både kodende og ikke-kodende områder. Derudfra undersøges de mange hundrede gener, som er associeret med hørenedsættelse i en enkelt analyse baseret på endnu mere detaljerede data. I takt med de genetiske analysers rivende udvikling er der også kommet et meget større kendskab til nye sygdomsgener og viden om de genetiske sygdomme generelt. De omfattende genetiske analyser kræver en grundig information til familierne inden udredningen omkring risiko for tilfældige fund. Til gengæld findes den genetiske årsag hos flere børn med hørenedsættelse end tidligere. Dette kan bidrage til forbedret genetisk rådgivning, større sygdomsforståelse og identifikation af syndromer hvor opfølgning og behandling af andre organsystemer kan være relevant. (7. Bertelsen M)

En anden vigtig årsag til hørenedsættelse hos børn, udover de genetiske årsager som nævnt ovenfor, er den medfødte infektion med cytomegalovirus (CMV). Infektionen er hyppigt asymptomatisk, men kan også medføre livstruende sygdom.

Kongenit CMV (kCMV) er særlig betydningsfuld i audiologisk regi, da den kan medføre hørenedsættelse samt andre neurologiske udviklingsforstyrrelser. I løbet af de seneste år er screening for CMV derfor blevet implementeret som en rutinemæssig del af den medicinske audiologiske praksis. I begyndelsen primært for at finde en ætiologisk forklaring på høretabet, men gennem de seneste år også for at kunne nå at intervenere og forhåbentligt minimere konsekvenserne af denne infektion for barnets hørelse og andre organsystemer. En eventuel antiviral behandling for kCMV er langvarig (ofte seks måneder), kræver nøje monitorering af barnet grundet risiko for bivirkninger og skal opstartes hurtigst muligt efter fødslen.

Den teknologiske udvikling har også haft en stor indvirkning på behandlingen af høretab. Overgangen fra analoge til digitale høreapparater har forbedret lyd kvaliteten, tilpasningsmulighederne og brugervenligheden markant. Dette har resulteret i en forbedring af patienternes livskvalitet og hørelse. I løbet af de seneste 25 år er der sket et skifte fra rent analoge apparater til rent digitale apparater. Dette har medført indførelse af nye teknologier såsom retningsfølsomhed og digital støjreduktion, samt nye muligheder for opkobling til eksternt udstyr såsom TV, computere og smartphones. Komforten er også øget betydeligt med udvikling af de meget diskrete Receiver In The Ear (RITE) apparater og åbne tilpasninger, som har reduceret okklusionseffekten betydeligt. Den seneste nyhed som sandsynligvis vil blive implementeret i løbet af de næste år er Auracast. Denne nye Bluetooth teknologi vil forbedre lyd kvaliteten betydeligt, sammenlignet med telespole systemet, og vil lette livet for mange høreapparatbrugere.

Generelt set er der kommet stor opmærksomhed på høretab og konsekvenser af høretab for befolkningens sundhed. Således er høretab associeret til forekomsten af demens, og det er vist i danske (8. Cantauria ML, 2024) såvel som internationale undersøgelser, at der er en øget risiko for demens, hvis man har et høretab, og risikoen stiger, hvis høretabet er mere udtalt. Nyere forskningsresultater i de senere år peger på, at brugen af høreapparater kan reducere risikoen for kognitivt svigt (9. Lin FR, 2023), og risikoen for at få en demens diagnose er reduceret hos patienter med høretab, der anvender høreapparater i forhold til personer med et høretab, der ikke anvender høreapparater (8). Således kan et høretab udgøre en risiko for folkesundheden, og et ubehandlet høretab skal derfor ses som en potentiel helbredsrisiko.

Høreområdet generelt har gennemgået en større omstrukturering gennem de sidste 25 år. Indførelsen af et offentligt tilskud har medført en større privatiseringen af høreområdet og der er nu mange muligheder for at få udleveret høreapparater i både privat og offentligt regi. Samtidig har det rejst spørgsmål om tilgængelighed og økonomisk adgang til hørepleje, hvilket er blevet et centralt emne for sundhedsmyndigheder og politikere.

Sundhedsstyrelsen har derfor nedsat en arbejdsgruppe med det primære mål at sikre ensartede standarder og kvalitetskontrol på tværs af audiologiske tjenester. Dette vil kunne bidrage til forbedrede patientresultater og tilfredshed indenfor både det private og det offentlige audiologiske område fremover. Sundhedsstyrelsen har ligeledes iværksat andre initiativer såsom et forsøg med digital visitation (InHear) og udviklet en digital platform, der giver mulighed for at lagre audiometrier på Sundhed.dk (Høremappen). Alt sammen i forsøg på at nedbringe ventetiderne og øge kvaliteten indenfor det audiologiske område. (10. Indenrigs- og Sundhedsministeriet 2018)

Indenfor det audiologiske uddannelsesområde er der også sket en betydningsfuld tilføjelse. Tidligere har området primært bestået af medicinske audiologer (øre-næse-hals-læger med sideuddannelse i audiologi), audiologiassistenter uddannet på Syddansk Erhvervsskole (SDE), og audiologopæder uddannet fra Københavns Universitet. Der er nu tilføjet en ny og målrettet uddannelse i audiologi på Syddansk Universitet (SDU) i Odense, hvor man uddanner audiologer. Uddannelsen kan både tages på bachelor- og kandidatniveau, og har medført et kvalitetsløft indenfor det audiologiske fagområde.



**Jesper Borchorst Yde,**  
**ledende overlæge**  
Øre-Næse-Halskirurgisk  
og Audiologisk afdeling,  
Rigshospitalet  
Formand for DMAS



**Jesper Hvass Schmidt,**  
**professor, overlæge**  
Øre-Næse-Halskirurgisk Afdeling,  
Odense Universitetshospital

## COCHLEAR IMPLANTATION I DET NYE ÅRTUSINDE

I 1993 blev det første barn i Danmark cochlear implanteret (CI) på Gentofte Hospital. Ti år tidligere havde den første voksne patient modtaget et implantat, fulgt af kun enkelte flere i den mellemliggende periode. Den kirurgiske procedure blev dengang anset for udfordrende og kompliceret – alt var nyt og intet gennemprøvet, forventede resultater usikre. Indgrebet tog hele dagen, hvor det nu kræver en time eller to. Det første barn var døv efter meningitis og finansiering af implantatet krævede ekstensivt benarbejde. I flere år efter var netop finansielle vanskeligheder begrænsningen for at implantere og i dele af Danmark er dette stadig aktuelt. Hen mod årtusindskiftet løsnede bevillingerne og antallet af implantationer steg voldsomt for både børn og voksne på de tre CI-centre i København, Aarhus og Odense (voksne).

I 2005 introduceredes neonatal hørescreening og i 2006 åbnedes op for bilateral implantation (11. West N, 2018). Børn blev nu tidligt implanterede og opnåede binaural hørelse, hvorved der forelå gode forudsætninger for sprogudvikling. De første pædiatriske resultater m.h.t. sprogudvikling publiceredes i 2006 (12. Percy-Smith L, 2006) og det viste sig her, at de var ganske elendige, sammenlignet med visse lande vi ellers gerne holder os op imod. Efter grundige analyser og en række internationale publikationer desangående blev det klart, at den væsentligste problemstilling relaterede til sendrægtig og utidssvarende rehabilitering efter implantationen. Man placerede ganske enkelt børnene i de eksisterende døveskoler, hvor traditionen var tegnsprog. Da resultater og konklusioner blev forelagt i diverse fora, blev de mødt med stor modstand fra medlemmer og professionelle tilknyttet døvesamfundet og implicerede medicinske fagpersoner blev udsat for alskens skændsel. En efterfølgende svær og vedholdende kamp medførte modernisering af rehabiliteringen, der efterhånden blev centraliseret og baseret primært på talesproglig stimulation og udvikling.

Fra 2011 indførtes en specifik auditiv og verbal intervention, hvor familierne fik tilbud om tre års træning i udvikling af den auditive sans efter implantationen, varetaget af audiologopæder med efteruddannelse i Auditiv Verbal Terapi (AVT). Det er her væsentligt at vide, at 95% af døvfødte børn har forældre med normal hørelse. Familierne er derfor naturligt inklinerede til talesprog som den prioriterede kommunikationsform i hjemmet. Børn med andre vanskeligheder kombineret med høretab udgør en særlig gruppe, med en prævalens på omkring 25% af populationen med høretab. Her tilbydes nu træning af den auditive sans og en individuel vurdering af mulighed for udvikling af ekspressiv kommunikation, for eksempel computerstyret tale med øjenudpegning eller støttetegn.

I takt med stadigt tidligere implantation, stadigt flere bilateralt implanterede og etablering af AVT blev de sproglige resultater bedre og på niveau med, eller endog bedre end sammenlignelige lande. Inden skolealderen klarer op mod 90% af børnene sig nu alderssvarende i forhold til sprogudvikling og trives på niveau med børn med normal hørelse (13. Percy-Smith L, 2023). Fra 2023 har alle familier obligatorisk modtaget tilbud om auditiv (genop)træning forankret på de audiologiske afdelinger i alle regioner. I dag er omkring 1000 børn implanterede og anledning af 30-års jubilæum for CI-behandling til børn publiceredes en statusartikel herover i Ugeskrift for Læger i 2023 (13. Percy-Smith L, 2023).

Indikationen har, hvad sværhedsgraden af høretabet angår, over tid ændret sig til det mere relaxerede. I de tidlige CI-dage forudsattes meget svær hørenedsættelse eller total døvhed, før implantation kunne komme på tale, mens man i dag tilbyder behandling med CI ved også ikke helt så udtalt hørenedsættelse. Dette i erkendelse af, at selv om der ved svær hørenedsættelse er effekt af høreapparatbehandling, kan CI i mange tilfælde give bedre forudsætninger for en god talesproglig udvikling. Når alt kommer til alt, bør CI overvejes hos alle børn med sensorineural hørenedsættelse, som trods optimal høreapparatbehandling og anden relevant intervention ikke udvikler sig auditivt og talesprogligt som forventet måned for måned. I den forbindelse er det afgørende, at udredning foregår i et multidisciplinært team, hvor de forskellige faggrupper med ekspertise i børneaudiometri, elektrofysiologiske høreundersøgelser, ætiologisk udredning og auditiv og verbal udvikling samarbejder om det enkelte barn og familien. Et tæt samarbejde med kolleger inden for klinisk genetik, billeddiagnostik (MR- og CT-scanning af pars petrosa), pædiatri og oftalmologi er også nødvendigt. En eksplosiv udvikling inden for klinisk audiogenetik med rutinemæssig anvendelse af helgenomsekventering har betydet, at en præcis ætiologisk diagnose langt hyppigere kan stilles i forhold til tidligere. Med viden om den tilhørende fænotype, er det muligt med optimering af kontrol- og behandlingsforløb.

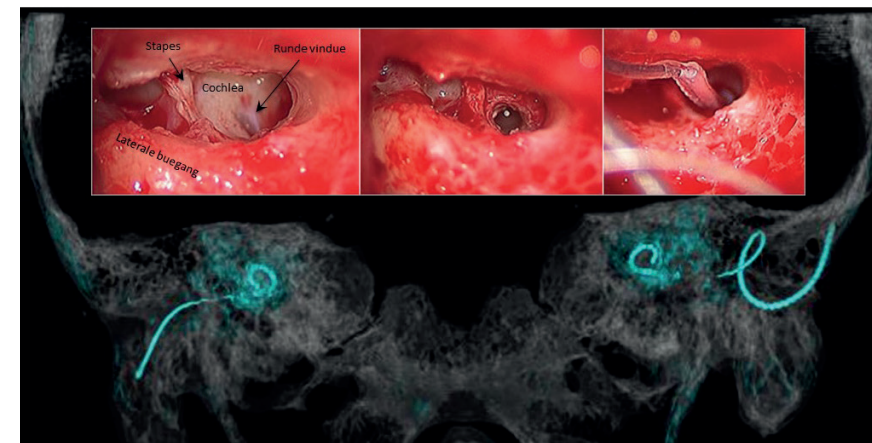
For børn med medfødt døvhed tilstræbes implantation i dag tidligst muligt i 6-12 måneders alderen, for at udnytte hjernens tidlige plasticitet bedst muligt. Implantationsalder er faldet fra 36 måneder på for de første årgange, til 20 måneder efter neonatal hørescreening og 11 måneder for de senest dokumenterede årgange (11, 13. West N, 2018, Percy-Smith L 2023). For de fleste døvfødte foretages simultan bilateral implantation, men nogle opereres konsekutivt (fx. børn med pændred, på grund af øget risiko for vestibulært tab), og hos enkelte kan bilateral implantation ikke udføres eller ønskes ikke af familien. I tilfælde, hvor barnet profiterer af høreapparatbehandling på det ene øre foretages CI-behandlingen kun monauralt. Tilslutning af ydre processor og lyd finder sted to til fire uger efter implantationen. Hvis cochlear implantation ikke kan lade sig gøre – ved fx. malfor-

mation af cochlea, ossifikation efter meningitis eller manglende hørenerve - kan der eventuelt tilbydes hjernestamme implantation (se andet kapitel).

Børn med medfødt eller erhvervet ensidig døvhed, såkaldt Single-Sided Deafness (SSD) udgør en særlig gruppe, hvor hørelsen er normal eller nær normal på det ene øre med middelsvær til svær sensorineural hørenedsættelse eller værre på det andet øre. Disse børn vil ubehandlet have problemer med retningshørelse og taleopfattelse i baggrundsstøj, med risiko for afledte konsekvenser for sproglige og sociale kompetencer. Da børn med SSD typisk ikke har glæde af høreapparat, har man siden 2017 tilbudt CI til SSD-øret under visse forudsætninger, herunder at sandsynligheden for god effekt m.h.t. taleopfattelse er optimal. Indtil i dag er der implanteret cirka 65 børn med SSD i Danmark, og resultaterne for dette i international sammenhæng store materiale er under opførelse.

Om end udviklingen for børnene har været særligt markant foretages langt de fleste implantationer dog i dag hos voksne (omkring 40 børn opereres årligt, mod omkring 200 voksne). Der er hyppigst tale om langsomt progredierende, arveligt betinget høretab (typisk uidentificerede gener), for hvilket konventionelle høreapparater med tiden viser sig utilstrækkelige. Også for voksne er udviklingen gået i retning af at tilbyde implantation ved resthørelse, der tidligere blev fundet for god til CI, ligesom CI ved erhvervet SSD og forsøg på hørebevarende CI ved bevaret bashørelse er aktuel. Med hensyn til resultater for voksne kan man undres over, at de første Nordiske data for taleforståelse først publiceredes i 2020 (14,15. West N, 2020, West NC 2020) – mere end 35 år efter den første implantation! Resultaterne er på internationalt niveau – fx. forbedres skelneevne for det implanterede øre i ro fra omkring 24 til 65%, i støj fra omkring 10 til 41% (Dantale I), signifikant bedre end for konventionelle høreapparater (15. West NC, 2020).

**Lone Percy-Smith, professor, Michael Bille, overlæge og Per Cayé-Thomasen, professor, overlæge, dr.med.**  
Øre-Næse-Halskirurgisk og Audiologisk afdeling, Rigshospitalet



Røntgenoversigt visende korrekt elektrode-placering efter bilateral cochlear implantation (i dag anvendes CT hvis placering ønskes verificeret). Til venstre indlagte billede viser kirurgens overblik i mikroskopet efter højresidig mastoidektomi og posterior tympanotomi (usædvanligt er incus fjernet). Midterste billede viser situationen efter cochleostomi via det runde vindue, hvorved elektrodeplacering i scala tympani sikres. Til højre er elektroden indført.

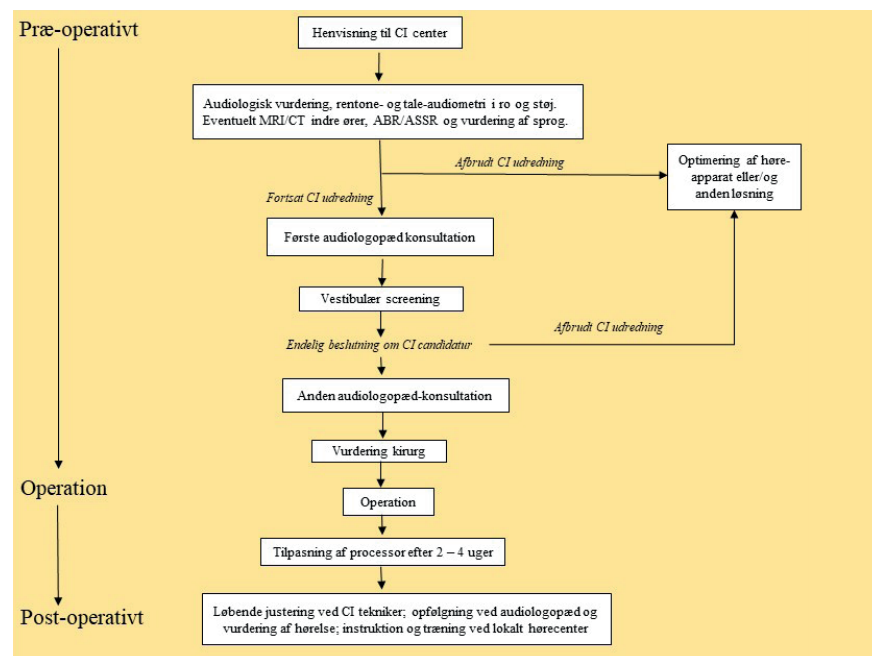
Første CI på børn	<b>1993</b>	
	<b>2005</b>	Neonatal hørescreening
Bilateral CI til børn	<b>2006</b>	
	<b>2011</b>	Retningslinier for udredning, operation og genoptræning
3 års auditiv genoptræning fast forankret tilbud på audiologiske afdelinger i alle fem regioner	<b>2023</b>	

Tidslinje for udvikling indenfor pædiatrisk cochlear implantation





Tilslutning af ydre processor og lyd finder sted to til fire uger efter implantationen.  
Foto: Michael Bille med accept fra forældre.



Illustrerer aktuelt forløb for en voksen modtager af et cochlear implantat. I dag findes omkring 3800 personer med CI i Danmark.

## ØREKIRURGI - ET TRADITIONELT FAGOMRÅDE MED SPÆNDENDE UDVIKLING AF DANSK OTOKIRURGISK SELSKAB

Otologiens plads i det otorhinolaryngologiske speciale har vel aldrig været forfægtet, til trods for, at den indtager en form for niche i de ellers forenede luftveje. En art blind vej i slimhindernes kringelkroge. Ikke desto mindre er der god grund til at lave en status for fagområdet i anledning af 125-års jubilæet for Dansk Selskab for Otorhinolaryngologi, Hoved og Halskirurgi, DSOHH.

Otologi? Ørekirurgi? Hvordan definerer vi vores fagområde? Hvad laver egentlig ørekirurger, når de går på arbejde, og hvordan har det ændret sig de sidste 25 år?

Ordet "ørekirurgi" har været den gængse betegnelse for fagområdet, der beskæftiger sig med indgreb i øregang, mellemøre, indre øre og evt. tilstødende del af basis cranii i Danmark, men internationalt anvendes ofte det lidt bredere "otology" (evt. "neuro-otology") til at betegne området.

Grænserne for fagområdet er som i andre tilfælde flydende og måske mest af akademisk interesse, men blandt andet er der i forbindelse med en større forståelse for de vestibulogiske problemstillinger opstået et frugtbart samarbejde mellem ørekirurger og mere specialiserede vestibuloger. Som eksempel kan nævnes, at man også i Danmark nu i visse tilfælde foretager kirurgisk intervention på grund af intrakabel BPPV.

Ménière's sygdom har nu i over 150 år været en stor forskningsmæssig udfordring indenfor vestibulologi og ørekirurgi, og om end man fortsat ikke har nogen afklaring af sygdommens ætiologi og patofysiologi, endside nogen kirurgisk behandling af sygdommen, er der kommet spændende ny viden om funktionen af den endolymfatiske sæk og dennes interaktion med den vestibulære labyrinth, som forhåbentlig kan danne udgangspunkt for yderligere forståelse for og behandling af sygdommen.

Den helt store landvinding indenfor ørekirurgi de sidste 25 år er naturligvis den fortsatte udvikling og stigende anvendelse af Cochlear Implant (CI) til behandling af døvfødte børn og døvblevne voksne. Udviklingen indenfor området har medført, at døvhed som fænomen stort set er udryddet i Danmark. Mange børn, som ikke har andre udviklingsmæssige forstyrrelser end døvhed, kan med et CI præstere så godt sprogligt, at man ikke kan høre, at de aldrig har haft en naturlig høreelse. Voksne, der med alderen bliver så hørehandicappede, at de ikke kan klare samtale på tomandshånd selv med de bedste høreapparater, kan genvinde funktionel høreelse og dermed meget af deres funktionsniveau og livskvalitet. Sammen med benforankrede høreapparater (BAHA) og andre typer af implanterbare høreap-

parater er der nu en hel palette af implantater, som sammen med konventionelle høreapparater dækker hele spektret af både konduktive og perceptive høretab.

Volumenmæssigt spiller sygdomme relateret til trykregulering og inflammation i mellemøret (tubadysfunktion, perforation og retraktion af trommehinden, cholesteatom) nok stadig den største rolle for de fleste ørekirurger. Til trods for, at der fortsat forskes intensivt i tubadysfunktion og dens afledte effekter, er området fortsat i høj grad emne for debat. De sidste cirka 15 år har der været mulighed for at foretage en endonasal, endoskopisk vejledt ballonudvidelse af tuba auditiva, som i nogle tilfælde kan kurere trykproblemer i ørene og muligvis deraf afledte tilstande, men hvis indikationsområde og langtidseffekt fortsat er delvist uafklaret. Vi kæmper derfor fortsat med cholesteatomsygdommen, og på trods af at mange udenlandske kirurger er begyndt at anvende endoskop i stedet for mikroskop under operationen, er det fortsat en sygdom, der volder besvær på grund af dens tendens til recidiv.

Otosklerose opstår pga. forstyrrelse i knogleremodelleringen i pars petrosa, men på trods af landvindinger indenfor forståelse af ætiologien til sygdommen mangler man fortsat et egentligt behandlingstilbud fraset det kirurgiske, der består i anvendelse af en protese, der overleder lydets vibrationer fra incus gennem et hul i stapesfodpladen og ind til det indre øre (stapedotomi). Forfining af operationsteknikkerne – blandt andet anvendelse af LASER – har medført at operationen bliver fortsat mere sikker, og langt de fleste patienter, der opereres for otosklerose opnår et meget tilfredsstillende resultat.

Danske ørekirurger er forenet i Dansk Otokirurgisk Selskab, DOKS, som i 2024 afholder sit 46. årsmøde. DOKS har cirka 85 medlemmer og en lang tradition for at invitere udenlandske foredragsholdere til årsmøderne, hvor der normalt er et gennemgående tema, som behandles indgående. Til årsmøderne fremlægges også forskning fra inviterede medicinstuderende og yngre læger. Sådan har det ikke altid været. Ved oprettelsen i 1978 og i mange år fremover var selskabet forbeholdt meriterede overlæger indenfor specialet. De sidste 25 år er der sket en løbende tilgang af yngre medlemmer til selskabet, som derfor nu er for alle ørekirurgisk interesserede læger, der har gennemført introduktionsuddannelsen i øre-næse-hals-specialet.

Det kræver fortsat blod, sved, tårer og en god portion tålmodighed at lære at foretage mikrokirurgi gennem det cirka 6-7mm store hul, man oftest har til rådighed for operationer indenfor ørekirurgi, men ørekirurgien tiltrækker fortsat yngre læger indenfor specialet – måske netop derfor? Kombineret med de mange forsknings-

muligheder og den meget varierende patientpopulation vil det også i fremtiden være et attraktivt fagområde indenfor øre-næse-hals-specialet.

Vi håber at kunne bidrage til den fortsatte udvikling af specialet og være med til at profilere DSOHH også i de næste mange år.

Stort tillykke til DSOHH med 125-års jubilæet!



**Morten Høgsbro, overlæge,  
Mølholm privathospital**  
Formand, Dansk Otokirurgisk  
Selskab

## UDVIKLINGEN I DANSK RHINOLOGI I BREDE TERMER OVER DE SIDSTE 25 ÅR AF DANSK RHINOLOGISK SELSKAB

Jeg er som formand for Dansk Rhinologisk Selskab blevet givet den ære at skrive et par ord om udviklingen indenfor næse- og bihulekirurgien i Danmark igennem de sidste 24 år i anledning af DSOHH's jubilæum.

Jeg deler kontor med formanden for Dansk Hoved-Hals Kirurgisk Selskab og er ikke i tvivl om, at man, når det kommer til fagets udvikling i dette årtusinde, må forvente en vis grad af bredside imod os mere kuede subspecialer. Og Tejs har jo ret i, at vi generelt har set en drejning i den offentlige sygehussektor væk fra selektiv kirurgi. Af demografiske, sundhedsøkonomiske men bestemt også fagpolitiske årsager fylder hoved-hals-kirurgien bemandingsmæssigt i alle dens afskygninger på AUH nu lige så meget som ører og næser tilsammen... x 2. Det er værd at bemærke, at det antal lejer, vi har allokeret til næser nu, hvor vi er fire rhinologer, er uændret i forhold til 2015, hvor antallet af næsekirurger var det halve. I kan godt høre det ikke? Forgængernes hvisken... Og selvfølgelig har de ret. Det VAR bedre i gamle dage. Uomtvisteligt.

Men derudover har subspecialt gennemgået en meget omfattende udvikling, som vi måske ikke tænker så meget over. Måske af den grund at vi stadigvæk er lige midt i den.

Nær samtlige delelementer af næse- og bihulekirurgien er ændret radikalt indenfor de sidste 30 år dels hvad angår operationsteknik, dels hvad angår tilgængeligheden og kvaliteten af udstyr. Og dels hvad angår forståelse af og viden om sygdomsårsager og patogenese. Vores kernekompetence som rhinologer og rhinologisk interesserede øre-næse-hals-læger generelt er ikke kun kirurgi. Hvad angår visse af vores sygdomme er vi i udpræget grad blevet medicinere. Vi diagnosticerer, overvejer følgesygdomme og engagerer os i forskning og udvikling på tværs af landet og i tæt samarbejde med medicinalindustrien.

Det var i 70'erne at Messerklinger skrev så epokegørende om mukociliær clearance. Det var besværligt at gøre non-endoskopisk etmoidektomi; Luc-Caldwell havde ikke den effekt på recidiverende akut kæbe hulebetændelse, som man håbede på. Og den lidt voldsomme adgangsvej via lateral rhinotomi udgjorde blandt andre rationalet bag en kontinuerlig proces rettet imod forbedring af den endoskopisk udførte bihuleoperation. De første EPOS guidelines blev udgivet i 2007. Det var også i 00'erne at den første navigations assisterede bihule operation blev udført herhjemme. Jeg var reservelæge og kan stadig huske ståhej'et. Året var vist 2007 og det var inde på stue 4. Cas systemet var den lille blå kasse på fire hjul. Mange

næse-kirurger mente ikke den var nødvendig, hvilket var heldigt, for den var ikke altid lige pålidelig.

Man fandt ret hurtigt tråden kirurgisk. Det handlede om at åbne bredt op til bihulerne; så bredt man kunne. Men hvorfor? Teorien var stadig i sin vorden. Noget med afløbet og bakteriefloraen; skulle man virkelig skylle næse livslangt? Hvorfor virkede antibiotika ikke? Kunne man ikke nøjes med polypektomi? Systemisk steroid var super, men sygdommen kom igen? Hvor omfattende var egentlig det anbefalede behandlingsniveau? En overgang var hypotesen at polypper i næsen skyldtes et lokalt allergisk respons.

Der er videnskabsmæssigt et kæmpe skridt op til i dag, hvor vi navigerer hjemmefantasi blandt lungemedicinere, immunologer og børnelæger. Vi kender til inflammationsmediatorer og går endog meget helhjertet ind i medicinsk behandling af allergiske ØNH-tilstande. Så helhjertet at vi er ved at oprette formelle efteruddannelsesforløb inden for emnet.

Vi kommer ikke til at tabe den endoskopiske kirurgi på gulvet i processen. Den vil stadig være der; for biologisk behandling fjerner ikke mukoceler, er ikke velegnet til papillom og cancerkirurgi og kan heller ikke hjælpe med akutte infektioner. Og kirurgi er meget billigere end livslang immunosupprimerende behandling.

Men en del af vores meget syge og behandlingsrefraktære patienter kan nu rent faktisk håndteres på en måde, der på sin vis er definitiv; der hjælper hele deres luftvej og øger en tryk kvalitet til det tidligere uopnåelige nær-normale niveau. Og det er jo faktisk dét, det handler om... Vi har samtidigt cementeret EPOS guidelines som en landsdækkende skabelon for behandlingen af CRS-patienter - og er vokset tættere på hinanden.

Det er ikke kun hinanden vi er vokset tættere på. Jeg husker engang en af mine gode kollegaer skulle biopere en udfyldning i bagvæggen af sinus sphenoidalis. Den var blå og pulserede. Han havde ikke selv set patienten forinden og tøvede. For en sikkerheds skyld fik vi fat på en repræsentant fra den neurokirurgiske del af vores skullbase samarbejde. Hun kiggede på udfyldningen: "Prøv at stikke en kniv i den", lød hendes neurokirurgiske konklusion...

Vores viden om endoskopisk kirurgi i bihulerne har været løftestang for denne anden gennemgribende udvikling vore subspecialer har gennemgået de seneste knap 30 år. Den endoskopiske håndtering af tumorer i og omkring fossa cranii og orbita udvikler sig stadigt hurtigt. Grænserne for hvad der er muligt og dagligdag flyttes konstant i vekslende samarbejdsflader. Næsekirurger sidder med til kranie

og skullbase konferencer flere steder i landet. Den endoskopiske kirurgi er blevet rykket frem i DAHANCA guidelines og er fuldt integreret i håndteringen af sino-nasal cancer. Grænsefladen mod særligt neurokirurgien kommer uden tvivl til at rykke sig fremadrettet på de større centre efterhånden som vi lærer det intrakranielle rum at kende.

Det sidste område jeg gerne vil slutte af med et par ord om, er behandling af obstruktiv søvnapnø i ØNH-regi. Det er lidt specielt på flere områder blandt andet fordi det bygger bro over flere subspecialer fra speciallæge praksis, hoved-/hals- og næse kirurgi. Men også fordi det åbner op for ret spændende og nytænkte indgreb i oropharynx og tilbyder genvinding af tabt terræn til andre specialer. Området stabiliseres og udvikles meget hurtigt i øjeblikket og er på samme vis som den biologiske behandling af CRS et nyt og dynamisk alternativ til den allerede eksisterende konservative behandling.

Udvikling af transpositions-laps-teknikker til rekonstruktion af vanskelige septumperforationer; implementering af hybride teknikker til rekonstruktion af ydre næse og høst og anvendelse af ribbensbrusk er andre eksempler, som jeg kunne skrive om. Men pointen er at vores subspecialer lige så stille breder sig ud og udvikles. Stående på skuldrene af vores ældre kollegaer er det vores job at prøve at forbedre os og vores klinik indenfor de rammer, vi har.

Man kan kun arbejde for at landet bliver ved med at blive mindre, og at udlandet fortsat rykker tættere på. Måske er dét, det vigtigste der er sket de sidste 24 år. At vi er vokset tættere ikke bare på hinanden men også på de andre.



**Kristian Bruun Petersen, overlæge,**  
**Aarhus Universitetshospital**  
Formand i Dansk Rhinologisk Selskab

## SKELSÆTTENDE FORBEDRING AF DIAGNOSTIK OG BEHANDLING REVOLUTIONERER DET VESTIBULOGISKE FAGOMRÅDE AF DANSK SELSKAB FOR VESTIBULOGI

Det vestibulogiske fagområde har undergået en markant og særdeles banebrydende udvikling de seneste to dekader indenfor både diagnostik samt behandling af indre øresygdomme. Dette har blandt andet givet sig udslag i oprettelsen af et særskilt medicinsk selskab indenfor fagområdet, som i år fejrer 10-års jubilæum. Oprettelsen af selskabet er udtryk for den stigende interesse indenfor fagområdet hos primært øre-næse-hals-læger men også tilgrænsende specialer.

Udviklingen har i første omgang været båret af betydeligt bedre og mere forfinet diagnostik med øget viden, men især har nyt og avanceret udstyr (i øvrigt ofte udviklet i Danmark) bidraget til denne udvikling.



*Der er fx udviklet udstyr til VideoNystagmoGraf (VNG), videohovedimpulstest (vHIT), vestibular evoked myogenic potentials (VEMP), rotationsstole, Subjective Visual Vertical (SVV), Computerstyrede Dynamiske Posturografer samt mekaniske ørestensstole.*

Alle disse nye undersøgelsesmodaliteter har bevirket af vi nu er i stand til at undersøge vestibulærfunktionen ved dels forskellige frekvenser og dels den individuelle funktion af de fem parrede vestibulærganer. Som en naturlig følge

af bedre og mere præcis diagnostik har avancerede og mere målrettede behandlingsmuligheder set dagens løs. Her kan fx nævnes intratympanisk medicininstillation, avanceret behandling af BPPV med ørestensstole samt målrettet og specialiseret vestibulær genoptræning.

Fælles for de mange patienter indenfor dette fagområde er, at de alle oplever akut og/eller kronisk indsættende svimmelhed. Da der er tale om en multifaktoriel sygdomsgruppe, ses disse patienter hos forskellige specialister indenfor både primær-, sekundær- og tertiærsektoren. De patienter, som ikke umiddelbart lader sig diagnosticere og behandle hos de alment praktiserende læger, ses i stort omfang hos praktiserende ØNH-læger. Her diagnosticeres og behandles især mange patienter med BPPV. Studier har vist, at patienter med den hyppigst forekommende undertype (posterior canalolithiasis) kan behandles succesfuldt på et lege i op til cirka 80% af tilfældene.

De resterende (behandlingsresistente) patienter med øresten henvises til en ØNH sygehusafdeling, hvor en mekanisk ørestensstol ofte tages i brug. Her har studier vist, at både diagnostik samt behandling optimeres i en sådan grad, at stort set alle patienter med BPPV, også dem med fx undertypen cupulolithiasis samt multikanal affektion, kan behandles succesfuldt. Der findes i Danmark over 10 mekaniske ørestensstole, hvilket er noget nær verdensrekord ift. indbyggerantal.

På Aalborg Universitetshospital fik vi vores første mekaniske ørestensstol i 2014. Som en del af oplæringen indgik et 2-dages klinisk ophold hos opfinderen læge Thomas Richard-Vitton i Marseilles i Sydfrankrig, som allerede på det tidspunkt havde utrolig stor erfaring indenfor brugen af denne stol. Under besøget bemærkede jeg, blandt andet, at alle patienter samstemmende fortalte, at de havde fået det markant bedre lige umiddelbart efter at de havde modtaget behandling for deres BPPV af den franske læge. Da jeg kom retur til Danmark, forsøgte jeg samme fremgangsmåde med at spørge patienterne til deres symptomer umiddelbart efter stolbehandling. Til min store overraskelse (og frustration), så kunne jeg stort set ikke få en eneste dansk patient til at svare ja til, at de følte sig bedre umiddelbart efter behandlingen. Mit videre virke med stolen, hvor jeg så samtlige patienter til minimum én opfølgning, var trods alt opløftende, da jeg stort set altid var i stand til at befri patienterne for deres BPPV-relaterede symptomer. Det bemærkelsesværdige var bare, at symptomlindringen først indtrådte 1-2 dage efter behandlingen hos de danske patienter! Det tog mig et stykke tid at erkende, at danske patienter nok dels er en smule mindre autoritetstro og dels mere ærlige end de franske patienter!

Udviklingen af nyt udstyr til diagnostik og behandling indenfor det vestibulogiske fagområde har også medført naturlig øget fokus og interesse indenfor især klinisk forskning. Der har fra dansk side været solide bidrag både nationalt og internationalt til faglige kongresser og der er blevet publiceret mange artikler i internationale fagfælle vurderede tidsskrifter. Der er allerede blevet udklækket én dansk ph.d. indenfor fagområdet og adskillige er på vej med nye spændende ph.d.-projekter.

Den øgede fokus på fagområdet har også medført, at vi nu faktisk har fået hele tre udenlandske professorer indenfor fagområdet tilknyttet ØNH-afdelingerne på Rigshospitalet, Aalborg Universitetshospital samt Regionshospitalet i Gødstrup. Med disse tre kapaciteter ved roret vil fremtidig indre øre forskning, som udgår fra Danmark, bringes i verdensklasse!

Udviklingen er bestemt ikke slut endnu, og der udvikles fortsat bedre og mere avanceret udstyr! Hvis vi kigger lidt længere frem i tiden, så vil patienter med bilateral affektion af deres balanceorganer formentlig blive tilbudt operation med vestibulære implantater. Denne nye behandling har lige så store perspektiver som CI havde i sin tid, og studier med disse nye vestibulære implantater fra både Holland og USA viser meget lovende resultater, hvor man fx har været i stand til at genskabe den Vestibulo-Okulære-Refleks (VOR) hos denne gruppe af svært invaliderede patienter.



**Dan Dupont Hougaard, ledende overlæge, klinisk lektor,** Aalborg Universitetshospital  
Næstformand, Dansk Selskab for Vestibulogi

## DANSKE ØRE-NÆSE-HALSLÆGERS ORGANISATIONS HISTORIE KORT FORTALT

De første sygekasser i Danmark dukkede op omkring midten af 1800-'tallet. Tidligt i 1900-tallet indgik praktiserende ørelæger aftaler om ørelægehjælp enkeltvis med diverse sygekasser, en praksis der i provinsen fortsatte indtil sygesikringsloven trådte i kraft i 1971. Overgangen fra sygekasser til offentlig sygesikring var en signifikant ændring, der påvirkede lægernes arbejdsvilkår og honorarsystemer.

Fra 1908 var der i København derimod en generel sygekasseoverenskomst om speciallægehjælp hos ørelæger, og efter de første overenskomsters indgåelse arbejdede ørelægerne i de forskellige dele af landet således efter forskellige aftaler og overenskomster. Der var principielt tale om to takstsystemer. Takst 1 indebar et årligt honorar pr. tilmeldt patient, som dækkede alle ydelser (Københavnerrordningen). Takst 2 betød honorering efter ydelse og indebar, at patienten ikke var fast tilmeldt en bestemt ørelæge. Fra 1987 tiltrådte Københavns Amt denne overenskomst, og fra 1990 blev overenskomsten og dermed takst 2 også gældende for København, og ørelægerne i hele landet har siden kunnet arbejde efter samme overenskomst med sygesikringen.

### Personlig beretning af Jørgen Christrup:

*"Man kunne i 1968 blot nedsætte sig eller overtage en praksis. Det var almindelig fremgangsmåde samtidig at beholde hospitalsansættelse, og hvis praksis mislykkedes da at flytte til et andet sted med bedre omsætning. Det var en fornuftig markedsøkonomi. Ved min nedsættelse kørte jeg rundt og hilste på hver sygekasses forretningsfører. Det var almindelig høflighed, så "man kunne se den nye læge an". Endvidere kørte jeg rundt og hilste på de praktiserende læger i området"*

Danske Øre-, Næse- og Halslægers Organisation (DØRE-NÆSE-HALSO) blev dannet i 1981, ved en sammenslutning af tidligere regionale organisationer. DØNHO var og er ikke som sådan en del af Lægeforeningen, men er en faglig interesseorganisation, som i de første 20-25 år repræsenterede såvel praktiserende som mange hospitalsansatte øre-næse-halslægers interesser, idet der eksisterede en del deltids- og overlægeydernumre i specialet. De seneste 15-20 år er antallet

af overlæger i DØNHOs medlemsskare dog aftaget i takt med de færre og færre deltids- og overlægeydernumre og tilsvarende flere fuldtidsydernumre. I dag er der blot ét deltidsydernummer tilbage i landet.

I forlængelse af de mere og mere omfattende overenskomster og moderniseringer af ydelsessystemet i primærsektoren der fandt sted fra 2000 og frem, har DØNHO fået en tiltagende betydning som initiator og høringspart i et tæt samarbejde med Foreningen af Praktiserende Speciallæger (FAPS), og DØNHO har forsynet FAPS med formænd eller næstformænd og dermed overenskomstforhandlere i 16 af de sidste 20 år.

Indførelsen af flere kirurgiske ydelser ved moderniseringerne i 2000 og 2005 samt aftalerne om flere diagnostiske ydelser (blandt andet UL-scanning af halsen, CRM, legeaudiometri og olfaktionstestning) ved moderniseringerne i 2012 og 2019, har været vigtige skridt i arbejdet med at sikre specialets fremtid som selvstændigt og attraktivt praksisspeciale. Dette som modvægt til de kræfter, der arbejdede på at overføre øjen- og ørelægers arbejde til de praktiserende læger og/eller sygehuses ambulatorier. Den samtidige modernisering af anæstesilægernes speciale blev et gennembrud mht. udbredelse af IV-anæstesi til tonsillektomi, septumplastik, FESS og trommehindekirurgi hos DØNHOs medlemmer landet over.

Der er siden 2000 blevet gjort flere forsøg på integration af offentlig høreapparatbehandling i overenskomsten, det nærmeste man er kommet, er en rammeaftale om høreapparatbehandling. Den har på forskellige betingelser, været ført ud i livet i 3 regioner, men kun i sin fulde udstrækning i Region Hovedstaden hvor alle øre-næse-hals speciallægepraksis kan deltage.

Med fremkomsten af digitale teknologier i slutningen af 1900-tallet har specialet oplevet en revolution inden for IT og kommunikation. Speciallægepraksis var således pionerer på området for digitale journalsystemer og DØNHO introducerede i 2003 sin første hjemmeside, som blandt andet indeholdt debatforum og database.

Fra 2008-2010 pressede DØNHO i tiltagende grad på for, at der blev forhandlet en ordning for tutorlæger i øre-næse-halspraksis, der en gang for alle sikrede en økonomisk acceptabel og enkel aftale, der kunne garantere rekrutteringen af tutorlægepraksis i specialet på sigt. Kun på denne måde kunne et obligatorisk ophold i speciallægepraksis i forbindelse med speciallægeuddannelse bibeholdes i Målbeskrivelsen. Der var forhandlinger med danske regioner i flere omgange, men de gik i stå p.g.a. modvilje hos regionerne. Først med overenskomstaftalen OK 2011 kom gennembruddet. Det lykkedes at få forhandlet den af DØNHO

foreslåede tutorlægeaftale ind i den generelle overenskomsttekst, som derefter kom til at gælde for alle specialer med uddannelsesophold i speciallægepraksis, og siden har det for alle parter utrolig vigtige uddannelseselement, fungeret til stor tilfredshed.

Indførelsen af tutorlægeordningen i hele landet blev også grundlaget for et helt nyt fælles arbejds- og interesseområde mellem DØNHO og DSOHH, og førte blandt andet til etableringen af et årligt fælles bestyrelsesmøde mellem DØNHO's og DSOHH's bestyrelser i forbindelse med DSOHH's årsmøder. Den øgede kontakt og forståelse mellem bestyrelserne førte også til hyppigere forespørgsler og høringer til DØNHO's bestyrelse, og i mange tilfælde begyndte DSOHH og DØNHO at afgive fælles indstillinger og høringssvar.

Det første DØNHO-formøde i forbindelse med DSOHH's årsmøde blev arrangeret i 2007 og disse årlige møder bidrog og bidrager stadig til at styrke identiteten, professionalismen, sammenholdet, samarbejdet og selvforståelsen blandt DØNHO's medlemmer. Møderne er blevet tiltagende velbesøgte og i en fri og fordomsfri tone diskuteres såvel faglige som fagpolitiske emner, hvilket har været vigtigt i forbindelse med implementeringen af særligt OK-2011, som bød på registrering og tilsyn med klinikkerne såvel som arbejde med kvalitetsparametre i speciallægepraksis, som led i forberedelserne til indførelsen af den Danske Kvalitetsmodel i speciallægepraksis. DØNHO var meget aktive i forbindelse med dette arbejde for at sikre vores fingeraftryk på de standarder og det system, der skulle indføres i vores sektor. De følgende år blev alle DØNHO medlemmernes øre-næse-halspraksis stort set problemfrit akkrediteret mindst 2 gange.

En anden nyskabelse var indførelsen af en fælles økonomisk ramme for speciallægepraksis som helhed, og det krævede en del af såvel DØNHO's bestyrelse som medlemmerne at få forklaret og indrettet sig efter implikationerne af denne.

Uddannelse og forskning er områder, der med tiden også er vokset i DØNHO regi. DØNHO har siden 2001 arrangeret et årligt 2-dageskursus for personalet i DØNHO-medlemmernes klinikker, ofte med over 200 deltagere. Der er i DØNHO-regi de seneste år afholdt faglige webinarer for medlemmerne og nyeste skud på stammen er etablering og afholdelse af DØNHO's eget årsmøde i forbindelse med foreningens generalforsamling i november måned. Der har nu været afholdt to årsmøder med mere end 100 tilmeldte ørelæger.

Forskning i speciallægepraksis har DØNHO ønsket at støtte og facilitere blandt andet gennem DØNHOF - foreningens forskningsnetværk - der har været aktivt siden 2015. De senere år er der således udgået såvel talrige enkeltarbejder som

flere ph.d.-afhandlinger fra øre-næse-halsklinikker i DØNHOF. Endelig fik DØNHO i samarbejde med DSOHH i 2023 som det første speciale etableret og afviklet et A-kursus i Praksis.



**Peter Koefoed Tingsgaard**  
Praktiserende speciallæge i  
oto-rhino-laryngologi, Ph.d.,  
Slagelse



**Mikkel Holmelund**  
Praktiserende speciallæge  
i oto-rhino-laryngologi,  
Helsingør

## FORMÆND FOR DØNHO GENNEM TIDERNE

<b>1981 - 1983</b>	<i>Jørgen Christrup</i>
<b>1983 - 1989</b>	<i>Steffen Lund</i>
<b>1989 - 1990</b>	<i>Jan Steglich-Petersen</i>
<b>1990 - 1997</b>	<i>Jørgen Christrup</i>
<b>1997 - 2001</b>	<i>Niels Gammelgaard</i>
<b>2001 - 2004</b>	<i>Peter Haahr</i>
<b>2004 - 2008</b>	<i>Mikkel Holmelund</i>
<b>2008 - 2012</b>	<i>Peter Tingsgaard</i>
<b>2012 - 2014</b>	<i>Pia Juul Andersen</i>
<b>2014 - 2018</b>	<i>Ann-Louise Reventlow-Mourier</i>
<b>2018 - 2022</b>	<i>Thomas Qvist Barrett</i>
<b>2022 -</b>	<i>Rikke Haahr</i>

## ØRE-NÆSE-HALS OG FLYVEMEDICIN

Igennem de seneste cirka 70 år har dansk flyve-otologi været en tiltagende mere integreret del af øre-næse-hals-specialet i dels praksis med de mange, der rejser på ferie og forretning nu om dage, og i dels Afdeling for Øre-Næse-Halskirurgi og Audiologi på Rigshospitalet, hvor pilotselektion og mere specialiserede flyve- og dykkermedicinske problemstillinger håndteres (jf. Specialeplanen).

Efter at den civile del af Flyvemedicinsk Klinik blev nedlagt omkring 2019, fortsætter den militære flyvemedicinske pilotselektion med mere i øre-næse-hals-regi og nu med forøget intensitet grundet det øgede trusselsniveau i verden. I forbindelse med at Rigshospitalets øre-næse-hals-afdeling skulle flytte i nye lokaler i Nordfløjen, lykkedes det med offentlig-privat samarbejde at oprette Copenhagen Hearing and Balance Center (CHBC). I dette center, som åbnede i 2021, varetages i dag audiologi, audiologopædi, otokirurgi, vestibulogi inkl. rehabilitering og høre-relateret forskning (i samarbejde med Danmarks Tekniske Universitet og Aalborg Universitet som begge har forskere i centret) samt flyvemedicinen, der rækker ind i adskillige af de nævnte områder.



*Forsvarschef general Flemming Lefner orienteres af cheflæge oberstløjtnant Mads Klokke om Epley Omniax-stolens tilkomst, som den første af slagsen i Europa i 2010 og vigtigheden af piloter, der skal være "fit for flight", september 2023.*

Samtlige danske militærpiloter har således været undersøgt på Rigshospitalet ligesom flertallet af Rigsfællesskabets civile piloter med flere har det. Desuden ses adskillige patienter med dykkerrelaterede øre-næse-hals-problemer. I øre-næse-hals-regi fokuseres på baro-otologien og vestibulogien foruden alt andet der kan give såkaldt "pludselig inkapacitering". Pludselig inkapacitering betyder pludselig indsættende sygdomssymptomer der gør en pilot under af stand til at flyve sikkerhedsmæssigt forsvarligt (fx. epilepsi, blodprop i hjerte/hjerne, svimmelhedsanfald mm.). Derudover koordinerer afdelingen alle øvrige specialers pilotundersøgelser, idet også andre organsystemer kan udgøre en flyvesikkerhedsmæssig risiko.



**Mads Klokke, cheflæge**  
*Afdeling for Øre-Næse-Halskirurgi og Audiologi,  
Rigshospitalet*



## MESTERLÆRE TUR-RETUR I ØRE-NÆSE-HALS – UDVIKLINGEN I SPECIALLÆGEUDDANNELSEN

Vi fik forvagten anden dag, vi var i specialet – vi lærte at tonsillektomere af den læge, der lærte det dagen før. Uddannelsen var, på godt og ondt, primært baseret på mesterlære. En betydelig del af vores uddannelse involverede at absorbere viden fra de erfarne læger – at finde en mentor til at lære sig dissektion og suturteknik, at identificere én med stærk patientkontakt eller gode tricks til den objektive undersøgelse, som man kunne kopiere eller tilegne sig. Det var også gavnligt at se hvad der ikke virkede. At observere og undgå fejltagelser en særlig uheldig læge begik. Det var optimalt, hvis man kunne finde en læge, som tog én under sine vinger, passede på én og inviterede én med til operationer og lod én få hænderne i feltet. Dette var essensen af mesterlære. På trods af den stigende betydning af moderne uddannelsesforskning, den professionelle udvikling inden for lægefaget og (på trods af en uheldig skævvridning af uddannelsesmuligheder baseret på personlighed), forbliver vores tanker om mesterlæren fra fortiden en guldstandard.

Over en periode på 25 år gik specialet fra omkring 18 afdelinger på landsplan til omkring 10. Kræftbehandling blev systematiseret og centraliseret, og sammen med en begrænset operationskapacitet skabte det et betydeligt pres på næsten alle afdelinger i landet. Selvom mesterlære stadig var den primære læringsmetode og blev beskrevet som central i specialets målbeskrivelse, gjorde udviklingen og tabet af fleksibilitet det udfordrende at implementere den. Begrebet den kliniske vejleder blev introduceret, men det blev sjældent formaliseret, og supervisionstimerne var sparsomme.

Samtidig med denne udvikling blev den lægelige uddannelse akademiseret. De første danske læger med en master i lægelig uddannelse fra Holland prægede debatten. Lægeroller blev defineret, og anbefalinger om kompetencevurdering blev udarbejdet. 360 graders evalueringer blev indført som erstatning for den individuelle mentors vurdering og fordelte ansvaret på gruppen. Samtidig blev indsamling af informationer om den unge læges arbejde og adfærd, informationer som mesterlægen tidligere uformelt indhentede fra sekretærer og sygeplejerskerne, systematiseret.

De seneste 25 år har været præget af et markant øget tempo inden for al lægeligt arbejde, men uddannelse har altid har krævet tid. Med mere konkrete faglige kompetencer blev det klart, at de ikke kunne opnås på samme måde som førhen. Dette blev yderligere udfordret af, at mange basale kirurgiske indgreb gradvist forsvandt fra hospitalerne til praksis og privathospitaler. Som reaktion blev uddannelsen mere præcist defineret. Nogle indgreb blev fjernet fra målbeskrivelsen, mens andre blev beskrevet med specifikke kompetenceniveauer for at sikre uddannelsens kvalitet.

Planen var godt tænkt, men ramte hverdagens travle realiteter og stod overfor modstand, især på de store hospitaler. Det blev umuligt i praksis at give den nødvendige supervision for at opfylde målbeskrivelsens krav. Selvom mange af de definerede kompetencer krævede praktisk supervision, blev underskrifter ofte givet kollektivt under vejledersamtaler. På mindre afdelinger, hvor mesterlæreprincippet bedre overlevede, fungerede det bedre. Dette afspejledes i inspektorrapporter fra perioden, der for uddannelsesentusiaster kunne være udfordrende læsning. Det var svært at strukturere den gode uddannelse på en måde, der ikke kunne overmandes af det konstant stigende produktionspres.

Den seneste målbeskrivelse fra 2022 var et forsøg på at imødegå disse udfordringer. Kompetencer blev løsere defineret men med et stærkt fokus på den kliniske kontekst. For at kompensere for den mindre teoretiske komponent blev der lagt ekstra vægt på de specialespecifikke A-kurser under hoveduddannelsen i specialet. Disse kurser blev øget i antal og planlagt mere struktureret gennem hele uddannelsen. Der var i 2011 blevet tilføjet et kursus i billeddiagnostik, særligt med fokus på ultralyd, og nu har vi senest tilføjet et kursus med fokus på arbejdet i speciallægepraksis.

I tillæg hertil blev et arbejde med e-læring relateret til A-kurser opstartet i 2015 med støtte fra DSOHH skrevet ind i målbeskrivelsen og vejledende prøver blev integreret i forbindelse med kurserne.

Det er stadig tidligt at vurdere, hvordan den nye målbeskrivelse vil påvirke vores nuværende speciallægeuddannelse. Ved besøg på landets forskellige øre-næse-hals-afdelinger oplever man både ros og kritik, og det er tydeligt, at arbejdet med at revidere specialets formelle uddannelsesdokument endnu ikke er afsluttet. Men når man taler med de unge læger under uddannelse, erfarer man hvad der uddannelsesmæssigt er vigtigt. Det handler stadig om den inspirerende kollega, den erfarne læge, der ser én og tager én under sine vinger – som hjælper én med at forstå, hvor "lægekunsten" ligger. Uanset hvilke retningslinjer der fastlægges, vil målet fortsat være at skabe dygtige læger, der fører den næste generation af læger på vej.



**Grethe Badsberg Samuelson,**  
overlæge, ph.d.,  
hovedkursusleder i  
oto-rhino-laryngologi  
Øre, Næse og Hals-  
afdelingen,  
Nordsjællands  
Hospital, Hillerød



**Jacob Melchior,**  
uddannelses-  
ansvarlig over-  
læge, ph.d., klinisk  
lektor, PKL  
Øre-Næse-Hals-  
kirurgisk og Audi-  
ologisk afdeling,  
Rigshospitalet

## OTORHINOLARYNGOLOGI DE NÆSTE 25 ÅR – ET VILDT BUD

I anledningen af DSOHH 125-års jubilæum er jeg blevet spurgt om at spå om fremtiden for specialet. Da vi aktuelt lever i en verden med rivende digital udvikling, fristes man hurtigt til at spå om en ukendelig forandret verden om 25 år. På den anden side husker jeg også at jeg som barn så 'Tilbage til fremtiden' og glædede mig til at kunne opleve flyvende skateboards og biler som voksen. Skuffet må jeg dog erkende at vi ikke engang har fået selvkørende biler på landevejene endnu. Det må således siges at mange fremtidsforudsigelserne ofte har det med at overgå virkeligheden. Alligevel vil jeg forsøge mig med et vildt bud på hvordan øre-næse-hals specialet vil være anderledes om 25 år.

I stedet for at ringe og bestille tid hos en øre-næse-hals praksis, vil borgeren tage sine virtual reality (VR) briller på og her møde en virtuel øre-næse-hals-læge. Lægen vil spørge ind til patientens symptomer og sammenholde det med aktuelle målinger fra VR brillerne (temperatur, puls, pupiller, lyd på vejtrækningen mm.) samt tidligere data fra journalen som afgør om patienten skal ses og i så fald hvornår. Hvis henvendelsen kan klares med nogle gode råd, vil den kunstige intelligens selv informere patienten om dette (fx. opstart med næsespray og næse saltvandsskylninger dagligt) og hvilke advarselstegn, der skal få patienten til at henvende sig igen. Hvis der er behov for at patienten skal ses vil det alt efter hvor akut tilstanden er, blive booket en tid i kalenderen. Hvor mange ledige tider, der skal afsættes per dag, vil også blive beregnet på baggrund af en artificial intelligence (AI) algoritme, der sammenholder klinikens tidligere historik med aktuelle incidens af infektionssygdomme, vejrforhold mm. Således vil man kun skulle se de patienter, hvor det er nødvendigt med fysisk fremmøde til den rigtige tid.



360VR anvendt til træning af traume scenarier.

Mange af de simple procedurer vil blive udført af robotter og således vil patienten, der skal have foretaget en høreprøve, øreoprensning eller halspodning gå ind til en robot, der vil foretage proceduren. Som supplement til udlevering af høreapparater vil man også få installeret software i sine briller således at man ved hjælp af automatisk stemmegenkendelse vil kunne få "live" undertekster til al tale. Hvis patienten har behov for at blive set af øre-næse-hals-lægen, vil lægen gøre det iført nogle "XR" briller. Øre-næse-hals-lægen vil ikke have noget otomikroskop i undersøgelsesrummet, men "XR" brillerne vil i stedet automatisk zoome ind på trommehinden således man kan se den i fuld forstørrelse. Samtidigt vil AI komme med forslag til diagnose og behandling, samt kunne hente et tidligere billede af trommehinden man kan se i sine briller til sammenligning med aktuelle. Når man skal journalføre, vil dette ikke ske via en computer og tastatur, men i stedet vil de samme "XR" briller bruges til dette hvortil det er muligt at styre alt med tale eller ved at række ud med hænderne til virtuel touch system i rummet. Anamnesen er allerede optaget og journalført af den virtuelle øre-næse-hals-læge i receptionen og brillerne kommer også selv med forslag til beskrivelserne i den objektive undersøgelse på baggrund af hvad der er blevet observeret af kameraet. Hvis det er behov for en recept, siger lægen det bare og systemet vil herefter selv sørge for at lægge recepten på serveren. Hvis der er behov for henvisning, vil den kunstige intelligens også sørge for at op resumere de vigtigste informationer og sende en henvisning til hospitalet.

De kirurgiske operationer på hospitalet vil i høj grad blive erstattet af minimal invasive behandlinger. Fx. vil patienten med tungekræft ikke få en operation som første behandling. I stedet vil "Omics" blive undersøgt fra vævsbiopsien og patient specifik immune terapi vil blive fremstillet. Herefter vil der under lokal bedøvelse blive lavet lokal kræftbehandling kombineret med patient specifik immune terapi til at slå de resterende kræftceller ihjel. Ved behov for operation vil det foregå med avanceret robotteknologi integreret i et 360VR miljø således at man under operationen kan tilgå relevant billeddiagnostik samt have indbygget AI copilot system, der vil advare når man nærmer sig kar eller nerver. Visuelt vil kirurgen have muligheder for at bruge diverse optiske modaliteter samt lave mikroskopisk zoom til celleniveau. Efter den kirurgiske behandling vil patienter blive indlagt i eget hjem og passet af en robot, der kommer med hjem fra hospitalet og udøver sårpleje og tager nødvendige værdier. Lægen vil således gå stuegang virtuelt fra hospitalet og der er kun behov for at se patienten på sengeafdelingen hvis forløbet ikke går som planlagt.

Mange af ovenstående beskrivelser lyder måske som en virkelighedsfjern og kynisk "health-care sci-fi" film. Hvorfor skal vi ikke bare gøre som vi plejer med vores varme hænder i lægevidenskaben, bare med mere brug af avanceret teknologi til forbedret fremtidig behandling? Hvorfor risikere at lade en AI algoritme foretage

visitationer med risiko for patientfejl der aldrig kan undgås når man indfører et nyt system? Vi er nødt til at udvikle ny teknologi, der gør vores behandling bedre. Grundet det dobbelte demografiske pres med flere ældre og syge patienter og færre varme hænder er vi også nødt til at finde løsninger, der kan spare brugen af menneskelige ressourcer i sundhedsvæsenet. Så i stedet for at sidde på vores varme hænder og vente på det sker, kan vi lige så godt bidrage aktivt og positivt til denne udvikling inden for øre-næse-hals specialet så vi kan sikre den bedst mulige udvikling til gavn for vores patienter om de næste 25 år.



**Tobias Todsén, afdelingslæge,  
klinisk lektor, digitaliserings-  
ambassadør**

Afdeling for Øre-næse-Halskirurgi  
og Audiologi,  
Rigshospitalet og Københavns  
Universitet



# Begivenheder i DSOHH og øre-næse-halsfaget samt fotografier fra dagligdagen 1999-2024

1999



DSOHH bestyrelsen fotograferet i anledning af DSOHH 100 års jubilæet afholdt i Københavns Universitets festsal. Fra venstre ses Mads Sølvsten Sørensen (KBH), Niels Gammelgaard (Horsens), Therese Ovesen (Aarhus), Ulrik Pedersen (Aarhus), Arne Toft (Vejle).

1999



Fagets professorer fotograferet ved 100 års jubilæet. Fra venstre ses Karsten Jørgensen (Odense), Poul Bretlau (RH), Mirko Tos (Gentofte), og Christian Brahe Pedersen (Aarhus).

1999



DSOHH logo ved årtusindskiftet

2004



Øre-næse-hals undersøgelsessituation i 2004, hvor Preben Homøe undersøger et barn. bemærk pandelampe med lyskabel til lyskilde og "hyster" i lommen (kaldesystem inden mobiltelefon teknologien kom på sygehusene).

2005



Hørescreening på alle nyfødte indføres i Danmark som led i muligheden for Cochlear implant på døvfødte. Læs mere i afsnittet om Cochlear implant.

2005



Morgenkonference, Rigshospitalet. Poul Bretlau for bordenden og Jørgen Kirkegaard til højre herfor. Bemærk bunkerne med papir patientjournaler på konferencebordet.



2006

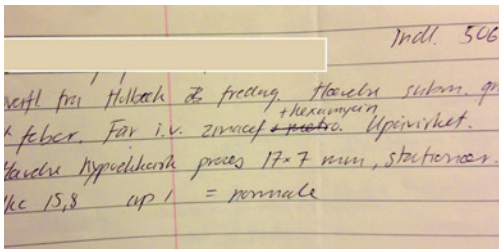
Det ørekirurgiske team på Gentofte, efter sammenlægning mellem afdelingerne i Glostrup og Gentofte. Aktiviteterne fortsatte nogle år på Glostrup, inden det hele samledes på Gentofte, der så i sin tur sammenlagdes med afdelingen på Rigshospitalet (se afsnit om Indre øre kirurgi for nærmere herom). Til højre ses Per Bonding, der var ledende overlæge på Glostrup i en menneskealder. Til venstre Jens Thomsen, Sven-Eric Stangerup og Per Caye-Thomasen.

2007



Regeringen og Danske Regioner indførte kræftpakkeforløb hvor kræftpatienter fik krav på akut handling og klar besked fra sundhedsvæsenet. Der blev sat øget fokus på forløbskoordination på sygehusene og forløbstider bliver herefter nationalt monitoreret. I øre-næse-hals faget betød dette markant forandrede forløb for hoved-halskræft patienter, og en betydelig omorganisering af vores ambulante aktivitet.

2009



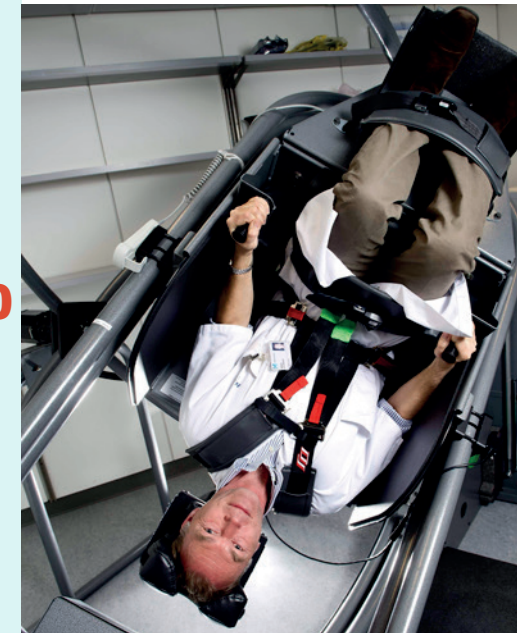
Patient journaler føres stadig på papir og i vagterne bliver alt håndskrevet på gult kladdepapir af vagthavende.



2009

Øre-næse-hals-læger hjemtager ultralydsundersøgelsen, som anvendes både ambulant og på operationsgangen, for at forbedre diagnostik og behandling. Denne udvikling tager fart de næste år hvor ultralydsundersøgelse anvendes i stigende grad også i speciallægepraksis. Her anvendt af Thomas Hjuler i forbindelse med behandling af lymfatisk malformation.

2010



Europas første Epley stol kommer til Danmark, Rigshospitalet.

2010

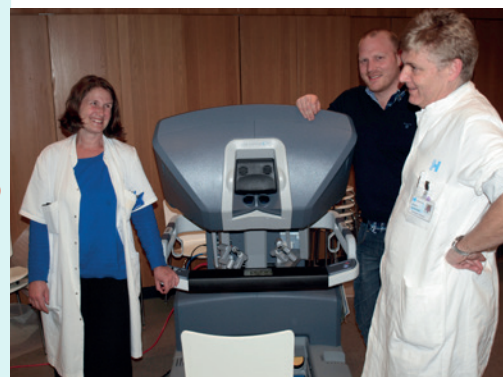


Næstved øre-næse-hals ambulatorium med Christoffer Holst Hahn og Mikkel Alanin ved tasterne.



DSOHH får nyt logo og ny hjemmeside.

2012



Den første DaVinci operationsrobot ankommer til Danmark. Fra venstre ses Birgitte Charabi, Niclas Rubek og Christian von Buchwald

2013

# DSFV

Dansk Selskab for Vestibulologi dannes som det nye 6. fagområde under DSOHH. Stiftere af selskabet var: Jens Højberg Wanscher (Odense Universitetshospital), Jens-Jacob Mølby Henriksen (Århus Universitetshospital), Søren Hansen (Rigshospitalet), Mads Klokker og Søren Vesterhaug (Rigshospitalet).

2013



Nordisk Otolaryngologisk Forenings bestyrelse og organisationskomite ved Nordisk kongres i København. Bagerst fra venstre: Anders S. Larsen Lars V. Johansen, Christian Godballe, Johan Hellgren (S), Mads Klokker, Lars Holme Nielsen, Liviu Gultfred og Einar Hjaltestad (IS). Forrest fra venstre: Reidar Grenman (FI), Rusana Bark (S), Anette D. Kjeldsen og Thomas Hjuler.

2014



Den første lugte- og smagsklinik åbner på øre-næse-halsafdelingen i Holstebro (nu Gødstrup).

2016



Morgenkonference i Centralkomplekset på Rigshospitalet. Forrest fra venstre: Anders Bilde, Christel Lajer, Camilla Hollander, Helena Fagø, Anne Bohr, Ditte Schnack, Thorbjørn Hermanrud, Kira Lundin, Britta Kaltoft og Thomas Frisch.

2016

KRØNIKEN

Jeg er superbruger, overlæge og it-nørd. Men sundhedsplatformen knækkede mig



De digitale patientjournaler vinder indpas, og særlig Sundhedsplatformen der blev indført i Region Sjælland og Region Hovedstaden medførte betydelige forandringer for personalet i Sundhedsvæsenet.

2016



European Academy of Otolaryngology and Neurotology (EAONO) er et af de 5 originale subspecialselskaber i Europa. Med over 500 deltagere afholdt EAONO kongres i det nye Mærsk tårn på Panum Institutet i København i 2018. Fra venstre Stefan Plontke (Tyskland), Gunesh Rajan (Schweitz), Issam Saliba (Canada) og daværende EAONO-præsident Per Caye-Thomasen.

2018

2020



Coronaepidemien medførte i starten et øget pres på telefonlinjerne hos de praktiserende læger, og samtidig blev videokonsultationer for alvor taget i brug i Sundhedsvæsenet. Fra venstre ses Martin Reznitsky, Ramon G. Jensen, Kristine Grubbe og Hani Channir der laver videobaserede forundersøgelser til operation.

2020



Sjællands universitetshospital tildeler årets underviser til Mike Papesch og årets leder til Louise Rabøl. Fotografi fra øre-næse-hals ambulatoriet, SUH Køge. Bemærk at alle bærer mundbind der var påkrævet under Coronaepidemien.

2020



Praktiserende øre-næse-hals-læge Ann-Louise Reventlow-Mourier bliver valgt til formand for Foreningen af Praktiserende Speciallæger, som den første kvindelige øre-næse-hals formand.

2022



Konferencerummet på Gødstrup. Øre-næse-hals afdelingen i Holstebro flytter til Herning i fusionen mellem de to regionshospitalet til et supersygehus på "marken". Fra venstre Nicolai Nielsen, Abdirisag Mohamed, Jacob Miehe og Kasra Zainali-Gill.

2022



Per Cayé-Thomassen bliver valgt som præsident for det store fælles europæiske øre-næse-hals selskab, CE-ORL. Den første dansker til at bestride denne post. Fra venstre ses: Miroslav Tedla, Marc Remacle, Per Cayé-Thomassen, John Russell, Jan Plizák og Elisabeth Sjögren.

2022



DSOHH og den sydkoreanske øre-næse-halsorganisation venskabsforeninger. Dette blev markeret i formel facon under CE-ORL mødet i Milano, med udveksling af gaver og lovning om fremtidigt samarbejde. Fotografiet viser DSOHH formand Thomas Kjærgaard sammen med den sydkoreanske formand Se-Heon Kim.

2023



Dansk Selskab for Otorhinolaryngologi Hoved- & Halskirurgi

DSOHH får ny hjemmeside og nyt logo.



2023

Øre-næse-halsoperationer kan være et til-løbsstykke, så selv på nye store operations-stuer i Nordfløjen på Rigshospitalet kan der blive fyldt godt op.

2024



Morgenkonference i Nordfløjen på Rigs-hospitalet med store lyse lokaler og mange hospitalsansatte læger og forskere om bordet.

2024



Morgenkonference på Aarhus universitets-hospital, tidligere tiders tavler er erstattet af store farve monitører.

2024



Robot-assisteret kirurgi har været en de af store teknologiske udviklinger indenfor øre-næse-hals specialiet. Det har åbnet for nye behandlingsmuligheder men er også tids- og udstyrskrævende.

## DAGLIGDAGEN SOM ØRE-NÆSE-HALS-LÆGE

### VIL DU MÆRKE MAGIEN? - VELKOMMEN TIL OTORHINOLARYNGOLOGIEN

Hvordan er det så at være reservelæge i dagens øre-næse-hals-speciale?

Jeg taler jo næppe på alle reservelægers vegne, men ...

Da jeg stod der i skadestuen i min KBU, midt om natten, og der kom en lidt fors-lugen patient ind med et stykke flæsketeg siddende et uspecifikt sted nord for ventriklen, men syd for halsen, så ringede jeg troligt til den (formodede) travle øre-næse-hals forvagt. Telefonen ringede og ringede. Og til sidst blev røret løftet. Jeg kunne nærmest høre lyden af dynen, der blev løftet, og en søvndrukken forvagt svarede rustent "øre-næse-hals forvagt", og i øvrigt forklarede mig, at det nok godt kunne vente til dagslys. Dét forstod jeg, hvad det vil sige at arbejde visiteret. Hvor måtte det dog være dejligt.

Første dag som reservelæge på en øre-næse-hals-afdeling så jeg ikke bare en, men fire peritonsillære abscesser. FIRE!? Jeg var blown away – ikke blow-outet dog. Bare away.

Herefter tog det hele fart. Der skulle læres utallige procedurer på urimeligt kort tid, for patienterne i venteværelset forstår jo ikke, at man sidder der som "ny i job". Der er jo ikke nogen, der lige giver en et skilt, så folk forstår, at tingene altså lige går ekstra langsomt i dag. Og i øvrigt de næste par måneder... Men det er jo bare ud over stepperne. Den erfarne sygeplejerske ser fortvivlet på en, men er i øvrigt også en uundværlig hjælp (der blandt andet lige forklarer, hvad instrumenterne hedder – og rækker dem pænt ud i forhåbningen om, at reservelægen forstår, hvad næste skridt er/bør være). Så er det ellers bare skopet i hånden, og håbe på, at det man ser, er normalt. For pludselig slår det en – "hvornår er det ikke normalt?" Altså seriøst: Hvornår ved jeg, at noget ikke er normalt, når jeg aldrig har skoperet før? Derfor spørger vi 800 gange, om en senior lige vil se med. "Nå, jaja, en thornwald cyste..." svarer man, når overlægen har stukket hovedet ind og henkastet givet diagnosen på det, man for et øjeblik siden troede var en rhinopharynx-cancer. Hvor dum kan man lige være?!

Nå, men det er jo heldigvis ikke sidste gang, at jeg står med den følelse.

Første gang jeg skulle punktere en peritonsillær absces.... Åh, jeg tænker stadig på den stakkels patient, som sad der, og så på mig, som forsøgte at se selvsikker



ud, men med en desværre alt for afslørende rystende hånd, som prøvede at holde fast på den der monstrøse nål – alt imens jeg håbede på, at patienten ikke tænkte for meget over, at nu kom der lige en KNÆPUNKTURS-KANYLE ind i munden på dem... Jeg havde selvfølgelig en kollega med. Men ikke bare hvilken som helst kollega, nej nej, det var skam en overlæge, som havde supervisionstjansen. Så der sad jeg og min patient – begge ligblege: Patienten supplerede dog med dårlig ånde, smerter og trismus. Jeg havde trods alt kun en pludselig opstået tremor. Og idet jeg stak nålen ind, sagde overlægen forsigtigt over min skulder "...og så passer du bare lige på karskeden".

Undskyld, KARSKEDEN?!

Hvis ikke jeg havde tremor forinden, så skal jeg da love for, at jeg fik det! For ja, ok, jeg ved godt, at anatomy is power og alt det der. Men pludselig bliver tanken om karskeden bare skræmmende på en helt ny måde!

Både patienten og jeg overlevede i øvrigt.

Videre til debuten med fremmedlegemer i næsen (øre-næse-hals-classic) og barnet selvfølgelig ikke ville medvirke til undersøgelse. Jeg skulle senere hen lære, at det var mere reglen end undtagelsen. Igen kom en overlæge til undsætning, og på cirka et sekund var den ært ude. Jeg følte mig så overflødig. Al den pædagogik jeg havde brugt, for så bare at opdage, at man i virkeligheden ikke kan snakke sig ud af et fremmedlegeme i næsen. Det kan man i øvrigt heller ikke med fremmedlegemer i ørerne skulle jeg hilse at sige...

Anatomien i øre-næse-hals er kompleks og det hjælper ikke, at patienterne i øvrigt indimellem er blevet fuldstændig remodellerede. Altså, helt ærligt, at sætte en reservelæge ind på et fyldt øreambulatorium, hvor der skal ses kontroller. Det er simpelthen bare uretfærdigt. "Bare læs operationsbeskrivelsen" siger ørekirurgen...

Ok, tak.

"Annulus", ja det er jo nok ikke fibrosus, tænkte jeg mens jeg febrilsk måtte læse op på øreanatomy. "Scutum" (ikke at forveksle med scrotum.... Jeg er sikker på, vi er mange, der lige har stoppet op et øjeblik!), og gudhjælpemig, om der ikke også er lagt "frimærker" i øret. Og så kigger man ind i øret med et otomikroskop, hvor man sikkert ikke lige har lært at indstille det ordentligt, så det tager lige ekstra lang tid, og så får man øje på.... Ja, hvad i alverden er det lige man får øje på?! For det ligner ABSOLUT ikke noget fra Sobotta. "Canal wall – hvaffornoget?" og en radi-kalkavitet, der bare fortsætter i det uendelige. Øj, jeg var træt, når jeg kom hjem de første måneder.

Så kommer næste skridt. Tonsillektomien. Altså I ved nok, den der "nemme" operation, som man lige kan lære lynhurtig, så man kan gå i vagt hurtigst muligt. Jeg tror, der var en periode, hvor det var svært at have nok tons'er, så der blev skruet lidt ned for ambitionerne, og hvis forvagten bare kunne gagge op, så kunne man teknisk set godt gå i vagt.... Jeg er dog ret sikker på, at det kun var for en ganske kort bemærkning, og nu er alting nok normalt igen – og alle kan formentlig fjerne et sæt mandler inden første vagt. Det er i øvrigt et indgreb, hvor det lader til, at alle speciallæger har "deres egen måde" (også kendt som "in my hands"), så hver eneste gang, man ser en tonsillektomi, så er det som at se det på ny. Det er jo en gave for enhver ny reservelæge, der bare har behov for lidt systematik. Det ene sted går man praktisk talt i vask, når man skal tonsillektomere. Det næste sidder man med, hvad der minder om et slagterforklæde og et par sterile handsker. Sæt i gang.

Ikke at glemme adenotomien. Jeg ved godt, at indgrebet blev opfundet af en dansker, og det er vi meget stolte af. Men igen står man der som reservelæge og skal operere et lille barn, og man får stukket sådan et rhinopharynx-barberblad i hånden, og man i øvrigt ikke kan se, det man opererer, men bare "mærke", og det bløder, og man laver hæmostase, men skal så lige mærke efter om man har taget det hele, og så bløder det igen. Sveden hagler af en de første par gange, men så er det, at man lærer, at det jo i virkeligheden er noget af det, der er så smukt ved øre-næse-hals. Det er så taktilt. Og på et tidspunkt ved man præcis, hvordan det skal føles.

Næsten.

Så kommer dagen, hvor man skal have sin første vagt. Man har spurgt alle om gode råd – mest: Hvordan nødtracheotomerer man? For let's be real. Vi er alle sammen ret bange for, at den der truede luftvej kommer dumpende i den første vagt (og den anden, og tredje etc). Man dobbelttjekker lige, at telefonen virker – og at man har nummeret til bagvagten! Så begynder opkaldene, og spændingen stiger... For at opdage, at man faktisk indimellem sover godt. Og længe. Lige indtil der kommer en efterbløder kl. 05.00 morgenen. For de kommer altid kl. 05 om morgenen!

I starten er det hele så komplekst og så småt. Og det er svært at se, hvad der foregår, når rhinologen og otokirurgen opererer i deres bittesmå huller. Når man får lov at gå med til en septumplastik, og man kigger ind i den blødende næse og lærer om kokain og K-punktet og andre gribende ting, mens man konstaterer, at det faktisk er lidt svært at se, hvad der egentlig foregår i den næse. Ofte er vi i det hele taget bare glade for at få lov at være på operationsgangen, det er ikke som sådan hverdagskost for en reservelæge (længere).

Jeg er næppe den eneste, der er blevet tudet ørerne fulde fra en senior med "... i gamle dage, der opererede vi bare stritørerne i ambulatoriet..." eller "... i gamle dage tracheotomerede vi bare på ITA..." - i det hele taget, lyder det bare som om, at der skete rigtig meget fedt i gamle dage! Og så spørger jeg bare dumt - hvorfor sker det ikke mere? I dag glæder vi os i ugevis til vores operationsdag, og vi gemmer os på operationsgangen i håb om, at vi bliver glemt og ikke bliver sendt til "akutten" på grund af sygdom - igen.

Selv om alting åbenbart var bedre i gamle dage, må jeg erkende, at jeg efter at stukket næsen ind i øre-næse-hals-specialet foruden hjertet, har tabt ører, næse og mund. Jeg har dog ikke tabt kæben, men det er nok en anden snak....



**Anne-Sophie Homøe,**  
**Ph.d.-studerende,**  
Rigshospitalet,  
og forkvinde for YO



*Bestyrelsen af Yngre Otologer, 2024 (Fotografi redigeret). Fra venstre øverst: Marianne Kromann Nielsen, Morten Mathiesen Bach Damm, Ulrik Nielsen. Fra venstre nederst: Maria Surlemont Noyé Kongsvad, Marie-Louise U. Hansen, Elisabeth Arndal og Anne-Sophie Homøe.*

## EN DAG I FEBRUAR, ØRE-NÆSE-HALSKLINIKKEN HOBRO

- Kl. 7.40** Der er lys i vinduerne, da jeg parkerer bilen i båsen. Det er der altid er. Jeg halvløber de 40 meter gennem regnen, inden jeg træder indenfor og tager trappen til første sal. Jeg går gennem venteværelset, hvor jeg mødes af godmorgen og smil fra de 3 klinikassistenter, der er i fuld gang med forberedelserne til dagens patienter. Det er en god start på dagen, og sådan er det næsten hver morgen, på nær når der undtagelsesvis er solskin.
- Kl. 7.55** Hele personalet mødes og gennemser dagens ambulatorieprogram for potentielle udfordringer for afviklingen af dette. Det er som altid meget blandet: 35 patienter, primært voksne over 40 år og børn under 10 år. 2/3 dele er patienter med nye problemstillinger, og resten er kontrol af kendte problemstillinger. Der er ledige huller til akutte patienter. Umiddelbart ligner det et fint flow gennem klinikken, som er til fordel for mig, personalet og ikke mindst patienten. Høreprøver, priktests, spirometri, VHIT/VNG og lugtetest er planlagt hensigtsmæssigt og bliver udført af klinikpersonalet. Den første patient, som har tid kl 8.00, sidder allerede i venteværelset. Det bliver en god dag.
- Kl. 10.30** Jeg er netop færdig med at undersøge en 50-årig kvinde for søvnapnø. Desværre var CRM-målingen ikke af god kvalitet og må gentages. Saturationsmåleren var formentlig faldet af hendes finger. Jeg tror nu, hun har obstruktiv søvnapnø. Hun får lavet en ny CRM. Næste patient er en ung mand med næsetraume i forbindelse med fodbold, ikke på eliteplan. Det findes dog i Hobro, selvom der ikke er superligafodbold i byen. Han får lov at sidde 30 minutter med næsedråbevædet vat i næsen og får reponeret en fraktur, klassisk impressionsfraktur. Det ser meget godt ud, synes jeg selv – og heldigvis også patienten. Men lad os se, hvad han siger, når han kommer til kontrol. Nu er jeg desværre bagud med programmet, men reddes af en udeblevet patient, som jeg ellers godt kunne have ladet mig blive irriteret over. Det er en god dag.
- Kl. 12.25** Jeg spiser frokost, som forstyrres af borerlyde fra håndværkeren, der er ved at sætte et lofthængt øremikroskop op i kliniklokalet, hvor den nye uddannelseslæge skal være. Jeg dvæler lidt ved den forandring, det bliver at være 2 læger fremfor en. Det kan blive rigtig godt.
- Kl. 14.10** Der er presset en ekstra akut patient ind. Var ellers tidsmæssigt med på trods af en mand i krise med oplagt tonsilcancer, dvs.. at en patient med moderat høretab igen må vente på mig. Der er 3 måneders ventetid her i klinikken. En af klinikassistenterne har heldigvis udstyret vedkommende med Sundhedsstyrelsens folder om behandling af høretab. Læser hun den, får hun helt sikkert udfyldt ventetiden,

men den rækker næppe til ventetiden på høreapparatsbehandling i region Nordjylland, som er 40 til 80 uger.

Det er sjældent, at vi i speciallægepraksis rekvirerer ambulance med blå blink. Jeg har været 4 år i praksis og har aldrig haft brug for det indtil i dag. En praktiserende læge har kontaktet klinikken på akuttelefonen og fået en akut tid til patienten. Tiltagende synkesmerter gennem nogle dage. Hoste og hæshed. Ikke ualmindelige symptomer. Det er også sjældent, at vi ser en epiglottit, epiglottisabscess, abcederet valeculacyste eller tungebasisabsces i speciallægepraksis. Epiglottis og tungebasis er ødematøs og inflammatorisk - og det løber med pus. Det er en speciel dag i dag.

**KI.15.30** Jeg er færdig med sidste patient. Debriefing med personalet om den akutte patient. Mangler blot de sidste administrative opgaver og have aftalt MUS-samtaler med personalet. Får serveret en kop kaffe. Det blev en helt god dag – ligesom det som oftest er.



**Anders W. Jørgensen**  
Praktiserende speciallæge i  
oto-rhino-laryngologi, ph.d.,  
Hobro

## EN DAG MED EN AFDELINGSLÆGE PÅ REGIONSHOSPITALET, GØDSTRUP

Mit navn er Jannik Bertelsen. Jeg arbejder på Øre-Næse-Halskirurgisk Afdeling på Regionshospitalet Gødstrup indenfor næsekirurgi, obstruktiv søvnapnø og søvnekirurgi.

Privat bor jeg i Aarhus-forstaden Højbjerg med min kone og vores 5 børn.

- KI.5.00** Står op og går en kort tur med familiens nye hundehvalp. Den er sød og børnene er meget glade for den, men det er også ekstra arbejde for de voksne for børnene tager hverken første eller sidste tur ud.
- KI.5.15** Afsted til motionscenter til en kort omgang træning.
- KI.6.20** Kører mod Gødstrup – jeg hører radio eller en lydbog på turen. Når også at tale i telefon med min kone, hvor eftermiddag og aftensmad planlægges. Børnene når også at ringe til mig et par gange, dog kun fordi min kone er optaget - hun får langt flere opkald vedrørende tøjkriser og morgenmad. Jeg glæder mig over, at det nu er helt lyst inden jeg er fremme.
- KI.7.30** Ankomst Gødstrup
- Efter omklædning samtale med første operationspatient som er en 60-årig mand med svær søvnapnø. Han kan ikke få CPAP behandlingen til at fungere og har opsøgt os for alternativer. Han er blevet udredt med hjemmesøvnmåling og Drug Induced Sedation Endoscopy (DISE) som har vist obstruktion af de øvre luftveje ved både gane, mandler og tungebasis. Vi har planlagt multilevel kirurgi med tonsillektomi, pharyngoplastik og fjernelse af tungetonsiller ved TORS (Transoral Robotic Surgery). Vi har ikke lagt skjul på at det er en omfattende operation og vi forventer ham indlagt i 2-4 dage efterfølgende og længere tids restitutionstid. Patienten er nervøs for de postoperative smerter, men han er også spændt.
- KI.7.45** Morgenkonference
- KI.8.10** Undervisning. En kursist holder et flot oplæg om ledningsblok vs. infiltrationsanæstesi i ansigtet.
- KI.9.00** Dagsprogram starter. Min kollega og jeg går til OP stuen og laver check in. Til dette indgreb skal patienten nasal intuberes og det tager altid lidt længere tid end vanligt. Vi gennemgår patientens DISE video i fællesskab kontrollerer indikationen for operationen

- KI.9.35 Patienten er bedøvet og vi isætter gag. Når der er acceptabelt overblik over tungebasis, tilkobles instrumenterne DaVinci robotten.
- KI.9.50 Kniv start - Vi er altid to kirurger til denne slags operationer, jeg sidder i konsollen og styrer robotten, mens assistenten sidder ved patientens hoved.
- KI.10.30 Robot køres til side og jeg laver almindelig tonsillektomi og derefter pharyngoplastik.
- KI.11.15 Kniv slut. Der bliver en læge på stuen til patienten er ekstuberet.
- KI.11.30 Journalføring, frokost og samtale med næste patient. Han har mild søvnapnø, men socialt invaliderende snorken og er blevet smidt ud af soveværelset. Ud fra søvnmåling og især DISE har vi planlagt tonsillektomi og pharyngoplastik. Vi tør ikke love at AHI falder eller at snorken helt forsvinder, men hvis vi kan lokalisere obstruktionen i de øvre luftveje, har vi i de fleste tilfælde et tilbud om behandling.
- KI.12.15 Kniv start – operationen går uden problemer.
- KI.13.00 Efter operationen når jeg en hurtig frokost og der er lidt tid til visitation af henvisninger. Vi er to læger, som deler opgaven med visitationen af patienter med obstruktiv søvnapnø.
- Går derefter videre til dagens sidste patient, han skal have foretaget septumturbinooplastik.
- KI.14.00 Kniv start
- KI.14.45 Efter dokumentation af operationen, går jeg på opvågning og tilses dagens første to patienter. De har det efter omstændighederne godt og er nogenlunde smertedækket. De skal begge forblive indlagt og tilses igen til aften stuegang af vagthavende.
- KI.15.20 Kører hjemad, trafikken er ikke slem i dag og det føles som om, at der er medvind fra Vest.
- KI.16.30 Hjemme
- KI.17.00 Jeg har vundet kørsel til gymnastik og skal have de to ældste døtre og 2 kammerater med til træning. Når lige at se 20 min gymnastik og tage de yngste døtre og kammerat med hjemad.

- KI.18.15 Hjemme igen. Min kone er i gang med aftensmad og vi hjælpes ad med at lave det færdigt. Vi er 5 til aftensmad i dag - ikke dårligt. Vi hører om hinandens oplevelser i løbet af dagen. Der er dog aldrig nogen, som vil høre om snot. Min kone er gynækolog og fødsler vil børnene gerne høre lidt om.
- KI.20.00 Min kone henter gymnaster og jeg rydder op og smører madpakker
- KI.20.45 De mindste børn skal i seng og vi er et smut på AULA.
- KI.21.00 Praktiske gøremål og vi når lige at koordinere dagen i morgen.
- KI.22.00 De ældste piger skal i seng.

Vores ældste på 17 år kommer hjem fra sport og larmer rundt i nærheden af køleskabet.

Egentlig havde jeg lovet ham, at vi skal spille padel nu, men jeg orker det ikke. Vi udskyder til i morgen. Det passer vist også sønnen, for han brokker sig næsten ikke.

Hunden skal ud igen. Heldigvis er det tørvejr, men det er ikke særlig maskulint at trække rundt på en lille hund, bevæbnet med små sorte poser. Jeg møder dog flere mænd i samme situation.

- KI.22.45 Sengetid. Arbejdet med søvn har gjort mig mere bevidst om at prioritere egen søvn og undgå stimulanser som skærm og koffein op til sengetid.

Man bliver dummere, tykkere og mere sur af for lidt søvn - Det prøver jeg at overbevise både mig selv, mine børn og patienterne om. Ingen træning i morgen så alarmen ringer først 5.45. Godnat!



**Jannik Bertelsen, afdelingslæge**  
Øre-næse-halskirurgisk afdeling,  
Regionshospitalet Gødstrup

## EN INTENSIV DAG MED FAGPOLITISK FORHANDLING – VÆK FRA MIN NORMALE KLINISKE

Udover arbejdet med patienterne i øre-næse-hals klinikken på Vesterbro bruger jeg mange af mine dage med at forhandle vilkår for kollegaerne i samtlige 15 specialer i Foreningen af Praktiserende Speciallæger, på møder i Lægeforeningen eller med sundhedspolitikere for at påvirke den sundhedspolitiske dagsorden. Specielt her i år 2024, hvor vi venter på Sundhedsstrukturkommissionens rapport.

Dagen kan starte helt roligt i klinikken, men så rammer fx en historie medierne og roen er forbi. Eller det kan være et planlagt forhandlingsmøde om faste vilkår for et af specialerne. Det kalder vi en modernisering. Som forhandler giver det spændende indsigt i, hvordan kollegaerne i et andet speciale arbejder. Jeg har indtil nu været med på modernisering af mit eget speciale øre-næse-hals, reumatologi, ortopædkirurgi og psykiatri.

En modernisering kræver mange timers forberedelse med gennemlæsning af mødemateriale tilsendt fra et hårdtarbejdende sekretariat i FAPS. Der har forud for alle møder været dialog med modparten, Danske Regioner. På dagens møde skal vi diskutere det faglige indhold for øjenspecialet.

**KI.8.00** Starter vi med et to-timersmøde med de faglige repræsentanter for de praktiserende speciallæger, sekretariatet og forhandlerne. Denne gang er det min næstformand og jeg selv der er forhandlere. Vi skal forstå, hvilke tilstande der skal udredes og behandles, hvilket udstyr der skal bruges og hvordan af vores kollegaer i øjenlægepraksis skal håndtere det stigende antal patienter, der skal ses i takt med den demografiske udvikling og nye teknologiske muligheder.

**KI.10.00** Er vi klædt på og går nu ind til det 2. møde i denne møderække med Danske Regioner og deres faglige øjenlægerepræsentanter fra sygehusene. Komplexiteten omkring øjenlægepraksis afspejles i det store antal deltagere med 11 på hver side af bordet – der er meget på spil. De næste fem timer går med at gennemgå alle de ydelsesbeskrivelser, der hører til i øjenspecialet. Her defineres, hvad der skal laves i øjenlægepraksis de næste mange år, indtil de moderniseres igen. Det er ofte et langt sejt træk at komme helt ned i detaljen og skabe konsensus mellem forhandlingspartnerne.

**KI.15.00** Har vi afsluttet forhandlingsmødet og holder en times debriefing, hvor vi samler op på mødet og fordeler opgaverne til næste møde om fire uger. Det bliver det sidste møde og så er det slut med modernisering af øjenlægerne i denne omgang.

**KI.16.00** Er det møde forbi og jeg har lige ½ time til at skifte tanker om øjenlægerne ud med tanker på en af mine regionsbestyrelser. Her har vi en times videomøde, hvor vi vender en udfordrende regional problemstilling, der er vigtig for alle speciallægerne i pågældende region og potentielt også i de andre regioner. Heldigvis er der et godt samarbejde mellem de regionale FAPS-bestyrelser og det centrale FAPS, så det er et godt møde, hvor vi opnår enighed om, hvad vi gerne vil opnå.

**KI.17.30** Er mødedagen forbi og jeg skal til foredrag om "Gopler der ældes baglæns" kl. 19.

Næste dag er en fuld klinikdag med masser af patientbehandling i egen klinik, helt uden FAPS – tror jeg nok – men ved det aldrig rigtig, før dagen er forbi.



**Ann-Louise Reventlow-Mourier**  
Formand for Foreningen af Praktiserende  
Speciallæger og praktiserende speciallæge  
i oto-rhino-laryngologi, København

## I GÅR VAR EN HELT ALMINDELIG NÆSEDAG PÅ OP

Vækkeuret ringer klokken 6.30 og jeg snoozer til 6.38.

Jeg er absolut ikke morgenmenneske, men det har familien lært at leve med for mange år siden.

Det bliver til et bad, en madpakke og en to-go-kaffe. Farvelkys til kone og børn, nogle mere vågne end andre.

**KI.7.15** Kører jeg fra Hareskoven 5 minutter forsinket. Har nær glemt, at jeg skal have en kollega- Henrik Glad med. Han står på 4 minutter senere på Ring4.

Dejligt, at det er lyst igen, når man kører på arbejde. Det giver lige lidt ekstra energi.

**KI.7.45** Ankommer jeg til SUH Køge –klæder om og møder 8.00 på operationsgangen.

Min arbejdsuge er nogenlunde ens fra uge til uge. Jeg er uddannelsesansvarlig overlæge og Næsebihule-søjlechef, så jeg har 2 forskning-, administration og uddannelsesdage. 2 ambulatoriedage og 1 operationsdag. I dag er det onsdag og operationsdag. Så springer man morgenkonferencen over. Nogle dage, som i dag, er der planlagt operationer til klokken 18.00

**KI.8.10** siger jeg godnat til den første patient. En 65-årig kvinde, der skal have lavet en såkaldt lille FESS. Hun har mange årlige akutte bihulebetændelser og en del retro-nasalt sekret, men ellers ikke mange klager.

**KI.8.42** Jeg finder polypøs slimhinde og sekret i kæbehulerne og ethmoid, som jeg åbner til jeg møder tomme celler.

**KI.9.30** Dokumenterer i SP – operationsnotat og udskriver faktisk patienten med det samme. De fleste af vores patienter er dagkirurgiske og kan sendes hjem af en sygeplejerske.

**KI.10.12** Jeg siger godnat til den næste patient, som er en 80-årig kvinde med recidiv af invert papillom i ethmoidet. Jeg kender hende godt, da jeg har fulgt hende siden jeg opererede hende for det samme i 2020. Hun beder mig, med et smil, om at gøre det bedre denne gang.

Jeg spiser sjældent morgenmad, men er til gengæld sulten nu. Spiser halvdelen af min madpakke allerede nu. Afdelingen sponsorerer kaffe ad libitum.

**KI.11.04** Er klar til CAS FESS – Tumor sidder fast på lamina papyracea, og det er nok også derfor, at jeg ikke har opnået radikalitet første gang. Nu er der et område med svær hyperostose på lamina papyracea, som må nedtages, for at få det hele med.

**KI.12.33** Dokumenterer og udskriver. Visiterer 4-5 henvisninger og ringer til en patient, der formentlig er kandidat til biologisk medicin. Jeg skal lige have bestilt en CT-skanning, men patienten møder ellers umiddelbart alle kriterier. Vi aftaler indkaldelse i næste måned.

Den næste patient blev aflyst i sidste uge og er nu kommet på mit program. Jeg kender ham ikke. Han skal have foretaget septumplastik. En af mine yngre kolleger i HU har spurgt, om han må være med. Han er nybegynder med septumplastik men vi er i forholdsvis god tid, så jeg vurderer, at det kan vi godt gøre sammen.

**KI.13.22** Vi siger godnat til en ung mand på 23 år med en stor venstresidig septumdeviation med vingedannelse og vomerspina. Vi gennemgår sammen forløbet af en septumplastik. Min yngre kollega har helt sikkert forberedt sig.

**KI.13.48** Vi går i gang med operationen. Det er en svær operation at supervisere og blive superviseret i, fordi man ikke rigtigt kan se hvad den anden gør. Det går dog fint med HT incision, finde blueline og løsne brusken. Der skal dog både mejsles og tages en del af vomer ud, så det er ikke så simpelt, som vi havde håbet. Min yngre kollega er glad for at være kommet i gang med proceduren.

**KI.15.16** Det tog lidt længere tid end ventet men vi er færdige og nu har jeg lidt travlt. Der er endnu en operation og skal gerne nå til skole-hjemsamtale med min yngste 18.45. Jeg dokumenterer og udskriver og får læst og svaret et par mails.

Mere kaffe.

**KI.15.55** Jeg siger godnat til min sidste patient. En 47-årig herre med massiv polypose i næse, næsesvælg og bihuler. Han er lidt nervøs, han har ikke været i anæstesi før.

**KI.16.21** Knivtid. Jeg estimerer kækt, at det nok tager en 4-5 kvarter. Sidste patient skal gerne være færdig 17.30, så der kan lukkes og slukkes klokken 18. CAS FESS med shaver – alt ryddes, men det sivbløder ideligt og tiden går – der bliver ved med at være polypper. God adgang til pandehulen, som tømmes for tykt sejt sekret. Meget tilfredsstillende.

**Kl.18.03** Dagens hurtigste dokumentation. Når ikke ned i dagkirurgiske afsnit og ser til mine patienter. En god kollega ringer og siger han har været dernede. Alt fint. Hurtig omklædning og ude ved bilen 18.20.

**Kl.18.51** Fremme ved skolen. Møder hustru og yngste søn i døren til skolen, nåede ikke samtalen. Han er heldigvis en dygtig dreng.

**Kl.19.00** Hjemme. Jeg laver hurtig mad. De to store drenge kommer efterhånden hjem og vi spiser alle samlet klokken 19.50

Resten af aftenen, hygge med familien, ser nyheder og priser mig lykkelig for, at jeg ikke skal vælge mellem Trump og Biden. Begynder på en HBO-serie med min ældste søn, men falder i søvn på sofaen og må gå i seng ved 23.00 tiden.



**Bent Ivan Larsen,**  
**Uddannelsesansvarlig overlæge**  
Sjællands Universitets Hospital,  
Køge

## **ESBJERG SYGEHUS – SYDDANSK UNIVERSITETSHOSPITAL DEN 11. MARTS 2024**

I forbindelse med vores kommende jubilæum i DSOHH, er jeg blevet bedt om at lave et mindre skriv om dagligdagen på et af landets mindre øre-næse-hals-afdelinger. Jeg vil gøre mit bedste for at beskrive vores vilkår på en afdeling, som jeg har været på siden 2015.

Afdelingen i Esbjerg består af 9 speciallæger og 4 uddannelseslæger. Notorisk har afdelingen været en pendlerafdeling med få bosatte i nærområdet, dog er vi for tiden 3 afdelingslæger som bor i Esbjerg. Her har de fleste afdelingslæger et ben i flere subspecialer og alle speciallæger arbejder til daglig med en bred patient-gruppe, herunder laryngologiske og vestibulogiske problematikker. I tilstødende bygninger findes høreklubben, hvor vi ikke har fastansatte læger. Driften er istedet et rul mellem afdelingslæger, hvor man kan forvente 1-2 dage i måneden. For undertegnede, som laver bihule - og thyroideakirurgi, giver det samlet en meget varieret hverdag.

Vores afdeling har de seneste 5 år været igennem en større udvikling, således at vi nu tilbyder avanceret mellemørekirurgi inklusiv kolesteatomoperationer og høreforbedrende indgreb.

I 2022 åbnede en ny kandidatuddannelse i medicin i Esbjerg, og med det nye stamafdelingskoncept har vi 2 medicinstuderende de fleste formiddage. Det har udelukkende været positivt for afdelingen, og en stor del af speciallægerne er involverede i undervisningen på K1. I samme periode har afdelingen fået sin første ph.d.-studerende.

**Kl.08.00** At beskrive stemningen som afslappet vil være en underdrivelse – en enkelt overlæge spiser havregryn med mælk mens vagten fra weekenden gennemgås. Der er tale om en tilkaldevagt som kører fra fredag til mandag. Normalt får man sovet om natten, men i vintermånederne kan weekenden til tider være strid. Vi gennemgår i fællesskab samtlige patologisvar.

Der er aktuelt 2 patienter indlagt, og da vi ikke selv har et sengeafsnit låner vi sengepladser på lungemedicinsk afdeling. I praksis fungerer det bedre end det lyder.

**Kl.08.30** Det er en typisk mandag: 2 operationsstuer, 3 ambulatorier, 1 akutstue og en søvnklinik som udelukkende drives af dygtige sygeplejersker.

Min funktion er sweeper betyder at jeg skal dække ind hvor der er behov. Der er mange patienter på akutsporet, så jeg snupper 4 patienter og går herefter på OP. Resten af formiddagen superviserer jeg vores introlæge i tubulation, tonsillektomi og adenotomi.

**Kl.12.30** Frokost og middagskonference. Herefter visiterer jeg henvisninger, tjekker blodprøvesvar og slutter dagen med at hjælpe til i ambulatoriet så alle kan gå til tiden. **-15.30** Jeg bliver hængende lidt på afdelingen og snupper en kop kaffe med tre overlæger som har valgt at blive her natten over. En af dem har medbragt et Segboard som vi forsøger at køre på - til stor morskab for de observerende parter.

**Kl.16.00** Forlader sygehuset kl. 16 og slår telefonen om til min mobil. Jeg er gående, og har **-22.00** kun 900 meter hjem. Der er enkelte opkald i vagten. En af vores indlagte har påvirket nyrefunktion med stigende karbamid og kreatinin. Jeg rekvirerer en "a-gas" undersøgelse over telefonen. Herefter kontakter jeg medicinsk vagthavende og vi laver en medicinsk handleplan for natten. Vagtlægen ringer også et par gange, men det kan klares over telefonen.

**Kl.01.30** Jeg kontaktes af en behandlersygeplejerske vores "Fælles Akut Modtagelse" i forhold til en epistaxis-patient. De er typisk dygtige til at behandle epistaxis, men det driller. Ca. 20 minutter senere er jeg omklædt. Patienten, som er en ældre dame i Clopidogrel-behandling, har en større synekidannelse efter tidligere kirurgi, og har nu en kraftig blødning bagtil. Vi har ingen sygeplejerske om natten, og der er ingen på tilkald. Til gengæld får jeg hjælp af en skadestuesygeplejerske til at holde sug med mere. Jeg bryder synekien og anlægger en næsetamponade. Jeg ligger i min seng igen omtrent en time efter at jeg tog afsted.

Vagten har været repræsentativ, og jeg fortsætter i ambulatoriet dagen efter.

**Jonas Hjelm Andersen,**  
**afdelingslæge, ekstern lektor**  
Esbjerg sygehus –  
Syddansk universitetshospital



*Dagens hold af læger på Esbjerg sygehus, marts 2024. Øverst fra venstre: Jesper Holm, Nanna Kirstine Hvid, Ali Al-hilali, Carsten hertz, Helle Agger og Jakob Matthisson  
Nederst fra venstre: Mahmoud Saied, Nacie Bello, Jonas Hjelm, Jacob Bach*



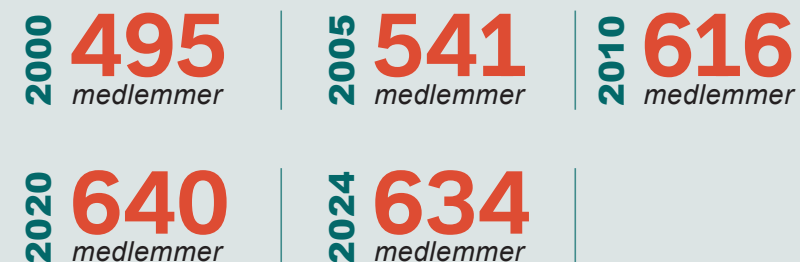
## DSOHH INFOGRAM

### OM DSOHH

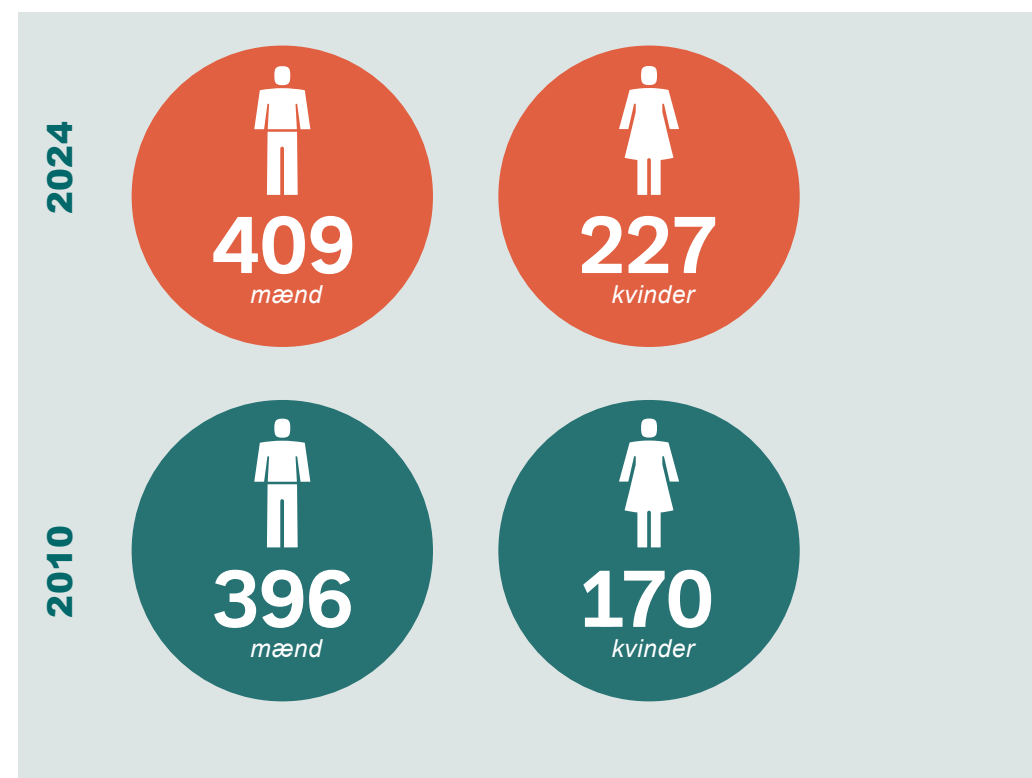
Dansk selskab for otorhinolaryngologi, hoved & hals kirurgi repræsenterer øre-næse-hals-læger i Danmark, fremmer den otorhinolaryngologiske videnskab og sikrer at den postgraduate uddannelse indenfor faget. Selskabet lever i bedste velgående og har oplevet en tilvækst i medlemmer igennem de sidste 25 år. I marts 2024 var der 634 medlemmer af DSOHH, heraf var 490 ordinære medlemmer, 96 over 70 år, 37 pensionister, 5 udlandsbeskæftiget og 6 æresmedlemmer. Selskabet afholder to møder årligt, "årsmødet" afholdes om foråret og er et 2-dages internat med videnskabeligt program og omtrent 300 deltagere. Årsmødet har i en lang årrække været afholdt på Hotel Nyborg Strand. Om efteråret afholdes efteruddannelseskurset der er et 1-dages kursus med mulighed for overnatning. Kurset afholdes over forskellige øre-næse-hals faglige emner med relevans for både praktiserende øre-næse-hals-læger og hospitalsansatte.

Selskabet er organiseret med en bestyrelse bestående af 5 personer med repræsentation af alle øre-næse-hals-læge faggrupper fra både Øst- og Vestdanmark. Selskabet har tre faste udvalg, uddannelses-, efteruddannelses- og kodeudvalget, der tager sig af henholdsvis speciallægeuddannelsen, efteruddannelseskurset og sager vedrørende administrative kodesystemer. Selskabet er nationalt repræsenteret i Lægevidenskabelige selskaber og Kirurgisk Forum. Internationalt er der repræsentanter i Nordisk otorhinolaryngologisk forening og Nordisk audiologisk forening, i de europæiske Confederation of European Otorhinolaryngology – Head and Neck Surgery (CEORL) og Union Européenne des Médecins Spécialistes (UEMS) samt den verdensspændende øre-næse-hals organisation The International Federation of ORL Societies (IFOS).

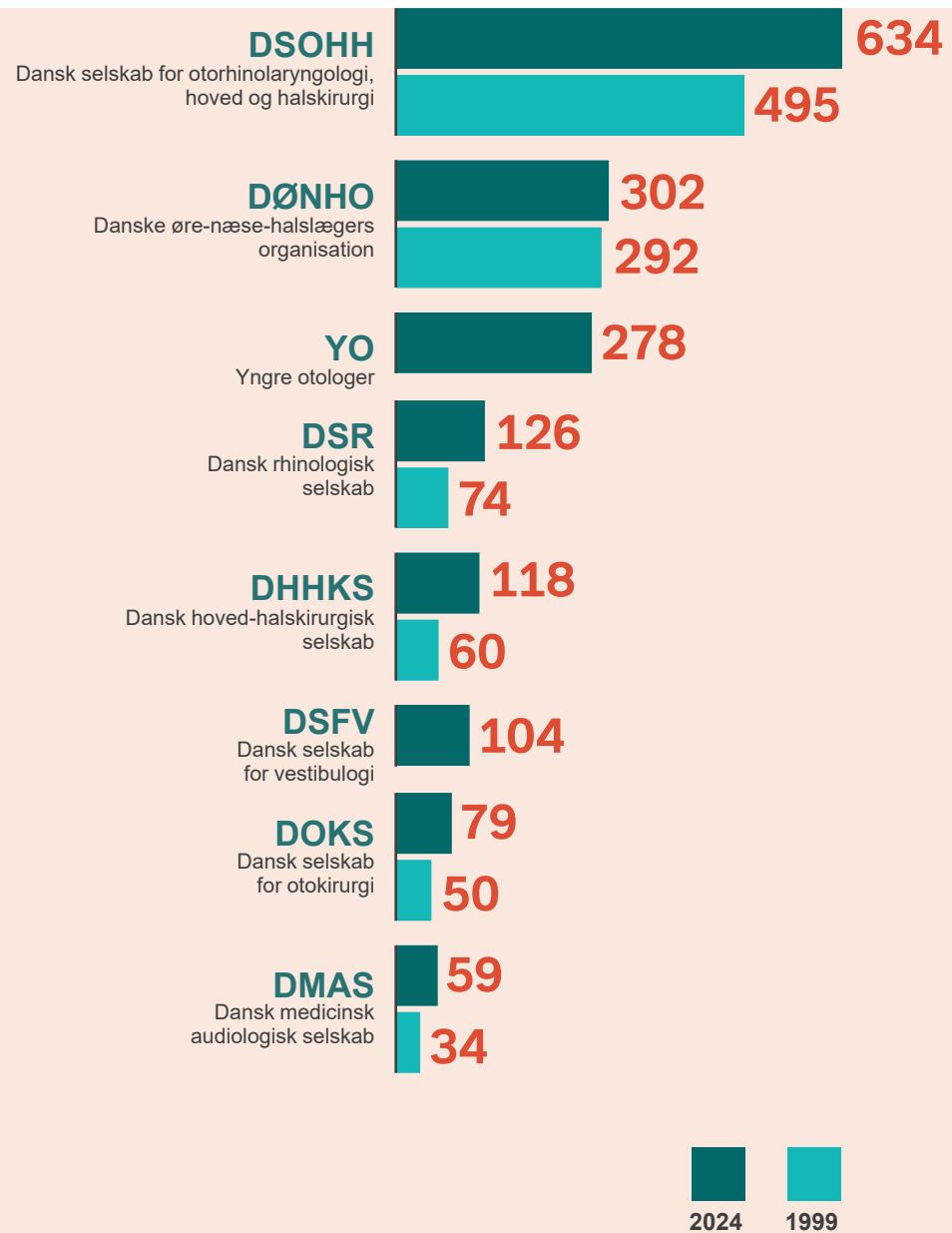
### MEDLEMSANTAL



### KØNSFORDELING



### MEDLEMSANTAL I ØRE-NÆSE-HALSKIRURGISKE SELSKABER



### DSOHH'S FORMÆND I PERIODEN 1999 TIL 2024

<b>1997 - 2000</b>	<i>Ulrik Pedersen</i>
<b>2000 - 2003</b>	<i>Søren Vesterhauge</i>
<b>2003 - 2005</b>	<i>Jørn Rosborg</i>
<b>2005 - 2008</b>	<i>Lars Holme Nielsen</i>
<b>2008 - 2011</b>	<i>Lars Vendelbo Johansen</i>
<b>2011 - 2014</b>	<i>Mads Klokke</i>
<b>2014 - 2016</b>	<i>Anette D. Kjeldsen</i>
<b>2017 - 2020</b>	<i>Per Cayé-Thomasen</i>
<b>2021 - 2024</b>	<i>Thomas Kjærgaard</i>

## ØRE-NÆSE-HALSAFDELINGER I DANMARK 1999 & 2024

I perioden 1999-2024 er antallet af øre-næse-halsafdelinger yderligere reduceret, især i Region Sjælland. Reduktionen af sengepladser og øget specialisering forekom i hele det danske sundhedsvæsen en proces der startede i slutningen af 1980'erne.



## SELSKABETS ÆRESMEDLEMMER

DSOHH har i perioden 1999 til 2024 udpeget nedenstående æresmedlemmer. Æresmedlemmer foreslås af DSOHH bestyrelsen og optages på en generalforsamling ved simpelt flertal. Selskabet har i perioden udpeget 10 nye æresmedlemmer ud af de i alt 16 danske æresmedlemmer der er udnævnt i selskabet historie.

### Danske æresmedlemmer af DSOHH før 1999

1929 Ernst Schmiegelow  
 1975 Otto Metz  
 1975 H.C. Andersen  
 1987 Otto Jepsen  
 1992 Knud Anker Thomsen  
 1993 Mirko Tos

### DANSKE ÆRESMEDLEMMER EFTER 1999

#### 2000 Ole Greisen (1935- )

Ole Greisen blev speciallæge i 1991 og dr.med i samme år. Han blev i 1994 ansat som overlæge på Aalborg hospital for at etablere og udbygge hoved-halskirurgien. Han gennemførte desuden konsulentrejser i Grønland, Island og på Færøerne. Greisen har været sagkyndig i retslægerådet og haft ansættelse på Aarhus universitet. Greisen var medforfatter på en lærebog i klinisk neurootologi. Han har haft en række tillidsposter indenfor faget og fik i 1994 den fornemme pris Kleins legat.



#### 2001 Christian Brahe Pedersen (1938-2022)

Christian Brahe Petersen fik sin uddannelse i hovedstaden i de tidlige 1970'ere. Siden 1976 var han overlæge og klinisk lektor ved øre-næse-halsafdelingen på Aarhus kommune-hospital. Han forsvarede disputatsen "Korttoneaudiometri. Hørefysiologiske, diagnostiske og terapeutiske aspekter ved undersøgelser over den temporale integration af akustisk energi". Brahe Pedersen har medvirket til flere af fagets lærebøger. Han var medstifter af Dansk otokirurgisk selskab, og flittig i flere andre organisatoriske poster. Brahe Pedersen interesserede sig indgående for dansk otologisk historie som blev beskrevet i flere værker, herunder beskrivelsen af Wilhelm Meyer.



#### 2001 Erik Peitersen (1931-2018)

Blev i 1972 overlæge ved øre-næse-hals afdelingen på Hvidovre hospital og samme år ekstern klinisk lektor. Erik Peitersen var dr.med fra 1965 på afhandlingen "Vestibulo-spinale reflekser", og var anerkendt for sit store arbejde om facialis pareser. Peitersen var medarrangør af flere store nationale og internationale kongresser i 1980 og 1990'erne. Han modtog i 1989 Kleinsprisen.



#### 2007 Poul Bretlau (1937-2022)

Poul blev ansat på Rigshospitalet i 1966 og lavede i årene frem til 1971 sin disputats "Otosklerose. Histopatologiske undersøgelser af det otosklerotiske focus". Disputatsen udgik fra Otopatologisk Laboratorium på Rigshospitalet, hvor han udførte og støttede mange efterfølgende undersøgelser af det indre øres knoglebiologi, mellemøreslimhindens patologi og hoved-hals-tumorbiologi. Poul blev overlæge på Rigs-

hospitalet i 1978 og ledte oto- og tumorkirurgien. Som professor på Københavns Universitet og administrerende overlæge på øre-næse-hals afdelingen på Rigshospitalet fra 1985 var han hovedansvarlig for styrkelsen af den maligne hoved- og halskirurgi samt thyroideakirurgi. Med tiden koncentrerede han sig stadig mere om mellemørekirurgien, hvor han opnåede resultater, som kunne matche enhver international otokirurg. Poul etablerede og formidlede mange værdifulde internationale videnskabelige og kirurgiske kontakter og lagde stor vægt på rollen som underviser, ikke mindst som mangeårig medredaktør af "Lærebog i øre-næse-hals sygdomme" fra 1985. Han var medforfatter til afsnittet om hoved- og halskirurgi i "Kirurgisk Kompendium", 1987, og modtog Kleinprisen i 1991. Han var desuden bestyrelsesmedlem og senere æresmedlem i DSOHH og medlem af Bárány Society og Collegium Oto-Rhino-Laryngologicum Amicitiae Sacrum.

#### 2008 Karsten Ejsing Jørgensen (1937- )

Karsten blev overlæge på Odense Universitetshospital i 1977, og professor samme sted i 1987. Karsten forsvarede sin disputats "Carcinoma laryngis En klinisk analyse af 400 patienter" i 1976. Karsten beskæftigede sig klinisk og videnskabeligt indenfor hoved-halskologi og havde et nært samarbejde med onkologerne. Han var aktiv i organisatorisk arbejde i DSOHH, DHHKS samt DAHANCIRKA. Karsten har været medforfatter til en række publikationer om onkologiske emner. Han modtog Kleinsprisen i 2006.

#### 2008 Per Bonding (1938- )

Per Bonding var 1. rvsl. på RH 1973-75 og efterfølgende på Gentofte 1975-78, hvor han indledte arbejdet med sin disputats under vejledning af Gerhard Salomon. Disputatsen med titlen "On the auditory frequency selectivity and loudness of noise bands - normative and clinical data" blev forsvaret i 1981. I mellemtiden var Bonding i 1979 blevet overlæge i Glostrup, hvor han overtog stillingen som ledende overlæge i 1985. Sidst i 1990'erne abdiceredes stillingen, og Bonding blev sideordnet overlæge i forbindelse med sammenlægningen med Gentofte, hvor han blev indtil pensioneringen i 2008. Bonding har været organisatorisk aktiv i mere end 20 år. Han har været medlem af DSOHH's efteruddannelsesudvalg i perioden 1976 - 1987, herefter formand for DOKS 1987 - 1994 og efterfølgende formand i DSOHH 1994 - 1997. Herefter var han medlem af DSOHH's jubilæums-udvalg i forbindelse med 100 års jubilæet i 1999, hvorunder han var medforfatter og medredaktør af jubilæumsudgivelsen "Otolaryngology in Denmark 1899 - 1999".

#### 2011 Jens Christian Thomsen (1938-2018)

Jens blev kandidat i sommeren 1965, speciallæge i oto-rhino-laryngologi i 1976 og overlæge på Gentofte hospital i 1981. Jens Thomsen og professor Mirko Tos havde et langt og frugtbart samarbejde på afdelingen på Gentofte hospital og fik, takket være en stor kirurgisk og videnskabelig indsats centraliseret behandlingen og kontrollen af akustikus neurinomer (godartet svulst på ligevægts nerven) i Danmark. Jens Thomsen blev dr.med. i 1982 med en disputats om acusticusneurinomer. Jens var en eminent kirurg, og en pioner i Cochlear implant-operationer for erhvervet og medfødt døvhed. Han var klinisk lektor i flere år, institutleder, og fra 2003 overtog han professoratet efter Mirko Tos. Forskningsmæssigt var Jens aktiv i hele sin karriere med flere hundrede videnskabelige publikationer, en skattet foredragsholder ved utallige internationale kongresser og møder, ligesom han var medarrangør ved flere internationale kongresser i København.



#### 2014 Lars Holme Nielsen (1945- )

Lars blev i 1991 afdelingslæge og siden i 1997 pædo-otologisk overlæge på Rigshospitalet. Han blev master of Science i London i 1991 med afhandlingen "Influence of contralateral noise stimulation on modifications of evoked otoacoustic emissions". Lars var en pioner i Danmark indenfor den specialiserede pædiatriske otorhinolaryngologi, med et bredt internationalt netværk og han havde en stor stjerne hos patienter, familier og kolleger på tværs af specialer. Ved siden af dette var Lars otokirurg og leder af den audiologiske funktion på Rigshospitalet.



#### 2015 Ulrik Pedersen (1946- )

Ulrik blev overlæge på Aarhus kommunehospital i 1985 og afløste Ole Elbrønd som administrerende overlæge samme sted i 1991. Han disputerede med afhandlingen "Osterogenesis imperfecta. Clinical features, hearing loss and stapedectomy. Biochemical, osteodensitometric, corneometric and histological aspects in comparison with otosclerosis". Han har udført et stort oplysningsarbejde om otoskelrose og osteogenesis imperfecta samt beskæftiget sig med bronko-mediastino-esophagoskopi og hoved-halskirurgi. Ulrik har været dybt involveret i den præ- og postgraduateuddannelse. Særlig har han været med i bestyrelsen og præsident for UEMS.



#### 2022 Mikkel Holmelund (1955- )

Mikkel Holmelund har gennem sit fagpolitiske arbejde med fokus på høj faglighed, kvalitetsudvikling og dokumentation bidraget til at bringe speciallægepraksis op på et fagligt niveau, hvor sektoren nu er en signifikant bidragsyder til det samlede sundhedsvæsen i Danmark. Mikkel Holmelunds pålidelighed og langsigtede perspektiv i tilgangen til fagpolitik, har medvirket til at gøre speciallægesektoren til en troværdig og pålidelig samarbejdspartner for Danske Regioner, og speciallægesektoren bygger i dag videre på Mikkel Holmelunds tilgang til det at være praktiserende speciallæge.

## KLEINPRISEN

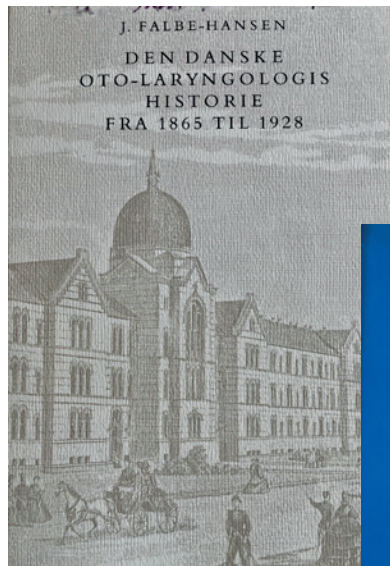
Kleinprisen er en af den danske lægestands højeste udmærkelser. Kleinprisens fulde navn er "Ørelæge Valdemar Klein og Læge Fru Johanne Kleins Legat". Prisen uddeles af Det Medicinske Selskab i København og DSOHH, som udpeger bestyrelsen. Prisen og legatet er stiftet den 1. juli 1948 efter testamentet af lægen og kunstsamlere Valdemar Klein. Prisen, der også består af et pengebeløb, uddeles årligt til en videnskabelig uddannet og anset speciallæge, hvert andet år til en øre-næse-hals-læge, og hvert femte år skal prisen tildeles en fremragende kunsthistoriker.

### ØRE-NÆSE-HALS-LÆGE MODTAGERE AF KLEINPRISEN 1999-2023

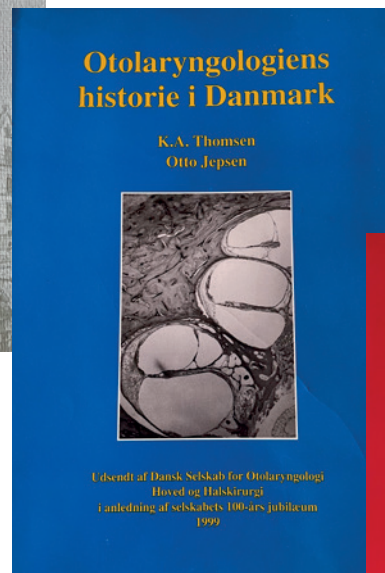
<b>1999</b>	<i>Christian Brahe Pedersen, professor, dr.med.</i>
<b>2001</b>	<i>Jens Christian Thomsen, overlæge, dr.med.</i>
<b>2004</b>	<i>Per Bonding, overlæge, dr.med.</i>
<b>2006</b>	<i>Karsten Ejning Jørgensen, professor, dr.med.</i>
<b>2009</b>	<i>Ulrik Pedersen, overlæge, dr.med.</i>
<b>2011</b>	<i>Mads Sølvsten Sørensen, overlæge, dr.med.</i>
<b>2014</b>	<i>Christian von Buchwald, professor, dr.med.</i>
<b>2016</b>	<i>Christian Godballe, professor</i>
<b>2019</b>	<i>Preben Homøe, professor, dr.med.</i>
<b>2021</b>	<i>Therese Ovesen, professor, dr.med.</i>

## REFERENCER

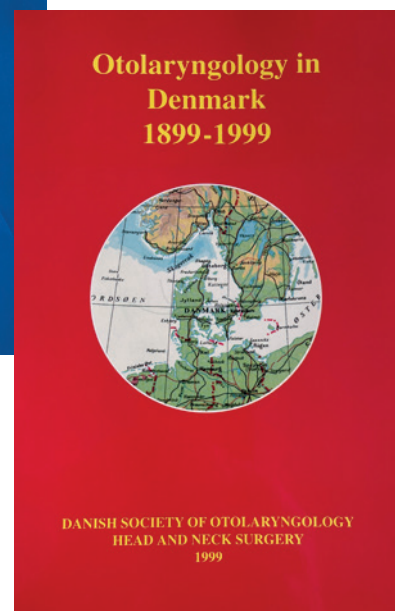
Den dansk otorhinolaryngologis historie er blandt andet fremstillet i nedenstående værker. I forbindelse med 100 års jubilæet for DSOHH i 1999, blev der lavet to bøger der beskriver fagtes historie og selskabets udvikling. Bøgerne findes på flere øre-næse-hals-afdelinger og kan lånes på det Kongelige bibliotek.



J. Falbe-Hansen. *Den danske oto-laryngologis historie fra 1865 til 1928*. Poul Kristensens forlag 1987



K. A. Thomsen og Otto Jepsen: *Otolaryngologiens historie i Danmark*. Udgivet af DSOHH 1999



Chr. Brahe Pedersen og Per Bonding: *Otolaryngology in Denmark 1899-1999*. Udgivet af DSOHH 1999

## REFERENCER

1. Sass HCR, Miyazaki H, West N, Hansen S, Møller MN, Cayé-Thomasen P. Extended Retrolabyrinthine Approach: Results of Hearing Preservation Surgery Using a New System for Continuous Near Real-time Neuromonitoring in Patients With Growing Vestibular Schwannomas. *Otol Neurotol*. 2019 Jun;40(5S Suppl 1):S72-S79. doi: 10.1097/MAO.0000000000002216. PMID: 31225826
2. Hansen JO, West N, Bille M, Cayé-Thomasen P. [Auditory brainstem implantation]. *Ugeskr Laeger*. 2021 Jan 18;183(3): V08200602. PMID: 33491645
3. Eberhard KE, West NC, Cayé-Thomasen P. Transmastoid Surgery for Superior Canal Dehiscence: Prospective Longitudinal Objective and Patient-Reported Audiovestibular Outcomes. *Otol Neurotol*. 2024 Feb 1;45(2):184-194. doi: 10.1097/MAO.0000000000004078. PMID: 38206067
4. West N, Sass H, Cayé-Thomasen P. Sporadic and NF2-associated vestibular schwannoma surgery and simultaneous cochlear implantation: a comparative systematic review. *Eur Arch Otorhinolaryngol*. 2020 Feb;277(2):333-342. doi: 10.1007/s00405-019-05741-w. PMID: 31802225
5. West N, Sørensen RS, Kressner AA, Bille M, Marozeau J, Cayé-Thomasen P. Cochlear Implantation in Sporadic Intralabyrinthine Schwannomas with Single-Sided Deafness: Implications for Binaural Hearing. *Otol Neurotol*. 2024 Feb 1;45(2):128-135. doi: 10.1097/MAO.0000000000004079. PMID: 38206060
6. *Sundhedsstyrelsen 2004* (link: <https://sst.dk/da/udgivelser/2004/Sundhedsstyrelsens-retningslinjer-af-12-august-2004-for-neonatal-hoerescreening>)
7. Mette Bertelsen, Nanna Dahl Rendtorff og Lisbeth Tranerbjærg, Afdeling for Genetik, Kennedy Centret, Rigshospitalet Glostrup
8. Cantuaria ML, Pedersen ER, Waldorff FB, Wermuth L, Pedersen KM, Poulsen AH Raaschou-Nielsen O, Sørensen M, Schmidt JH. Hearing loss, hearing aid use, and risk of dementia in older adults. *JAMA Otolaryngol Head Neck Surg* 2024 Feb 1;150(2):157-164.
9. Lin FR, Pike JR, Albert MS, Arnold M, Burgard S, Chisolm T, Couper D, Deal JA, Goman AM, Glynn NW, Gmelin T, Gravens-Mueller L, Hayden KM, Huang AR, Knopman D, Mitchell CM, Mosley T, Pankow JS, Reed NS, Sanchez V, Schrack JA, Windham BG, Coresh J; ACHIEVE Collaborative Research Group. Hearing intervention versus health education control to reduce cognitive decline in older adults with hearing loss in the USA (ACHIEVE): a multicentre, randomised controlled trial. *Lancet*. 2023 Sep 2;402(10404):786-797
10. *Indenrigs- og Sundhedsministeriet 2018* (link: <https://ism.dk/publikationer-sundhed/2018/oktober/hoereomraadet-i-fremtiden-en-styrket-indsats-for-borgere-med-hoeretab>)
11. West N, Cayé-Thomasen P, Bille M. [Cochlear implantation in children]. *Ugeskr Laeger*. 2018 Sep 17;180(38):V02180125.
12. Percy-Smith L. Danske børn med cochlear implant. Udgivet 2006 af Videnscenter for døvblevne, døve og hørehæmmede. ISBN 87-90639-27-8.
13. Percy-Smith L, Jantzen L, Cayé-Thomasen P. Cochlear implantation for children. *Ugeskr Laeger*. 2023 Dec 4;185(49):V07230480.
14. West N, Bille M, Cayé-Thomasen P. [Cochlear implantation for adults]. *Ugeskr Laeger*. 2020 Nov 2;182(45):V04200214.
15. West NC, Kressner AA, Baungaard LH, Sandvej MG, Bille M, Cayé-Thomasen P. Nordic results of cochlear implantation in adults: speech perception and patient reported outcomes. *Acta Otolaryngol*. 2020 Nov;140(11):939-947. doi: 10.1080/00016489.2020.1816656. PMID: 32957807.



Dansk Selskab for  
**Otolaryngologi**  
**Hoved & Halskirurgi**