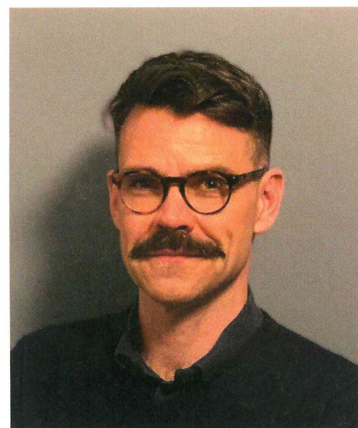


# DEBATT

## Septum- och conchaekirurgi, stora skillnader i landet och över tid. Vilka frågor ska vi ställa?

OLA SUNNERGREN, Överläkare, docent,  
Öron-, näs och halskliniken, Region  
Jönköpings län



I den bästa av världar är sjukvården kunskapsstyrd. I en sjukvård med begränsade resurser ska nyttan av en operation dessutom stå sig i konkurrensen mot andra operationer. Näsandningsförbättrande kirurgi syftar vanligen till att förbättra livskvaliteten för i övrigt relativt unga och friska människor. Undantag finns givetvis, men ingreppen syftar sällan eller aldrig till att undvika allvarliga följsjukdomar eller för tidig död. Det kan argumenteras för att det därför kan ställas större krav på nyttan av ingrepp som görs på denna population och med denna indikation än på vissa andra ingrepp. Just nyttan med andningsförbättrande kirurgi diskuteras ständigt. De flesta, även undertecknad, är dock överens om att operationerna bör genomföras, förutsatt att indikationen är rätt och att kirurgen har uppnått tillräcklig färdighet.

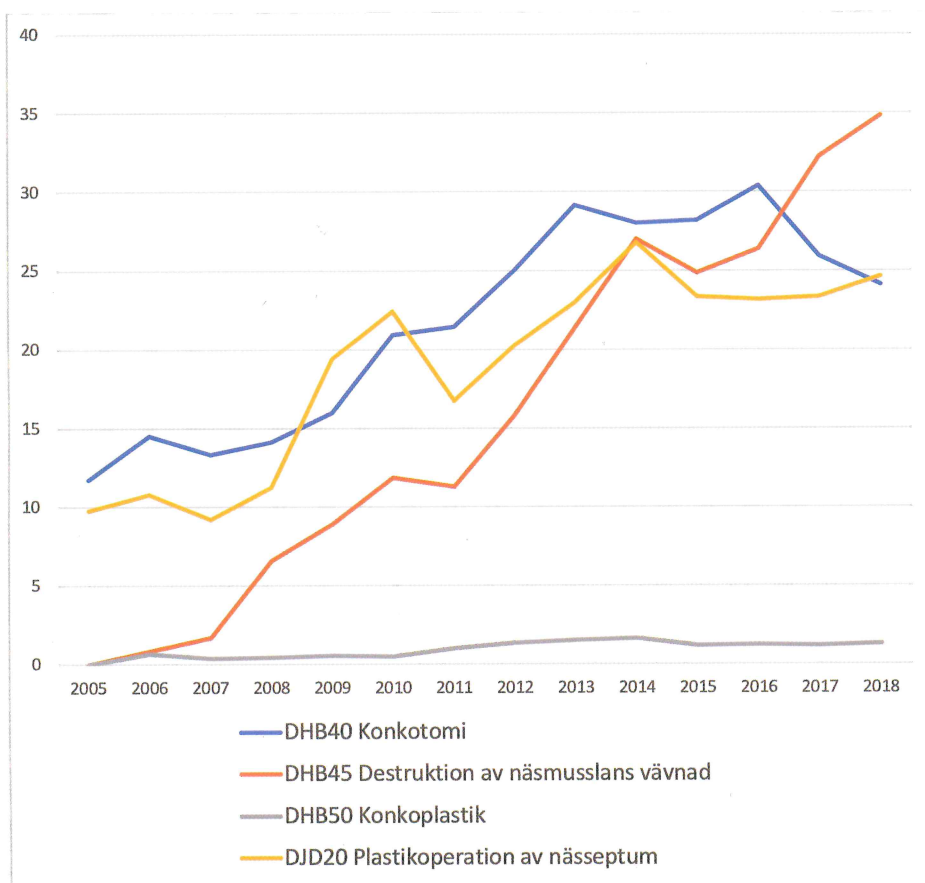
Målet med denna artikel är därför inte att diskutera evidensunderlaget för operationerna i sig utan istället problematisera de skillnader i praxis som finns i landet. Jag vill ändå för fullständighetens skull ge några lästips om septum- och conchaekirurgi. Det finns ett par intressanta studier som alla svenska septumkirurger bör läsa (1-3). Studierna är baserade på data från det svenska septumregistret och har därför stor bäring på den vård vi bedriver i Sverige. Under 2019 publicerades resultat från den hittills bästa septum-studien i the Lancet (4). I en kommentar till artikeln (publicerad i samma nummer av the Lancet) prisades studien: "The study by van Egmond and colleagues is an important step in systematically proving the efficacy of septoplasty in patients with impaired nasal breathing due to septal deviation with or without turbinate hypertrophy and to counteract the increasing questioning of medical indications in rhinosurgery". Artikeln bör läsas av alla septumkirurger och den lämpar sig för journal clubs. Personligen håller jag med om att resultaten är positiva för oss septum-kirurger, men jag är inte odelat positiv. Det finns flera delar som kan diskuteras och jag rekommenderar att särskilt studera utfallsmått.

När det gäller conchae-kirurgi är nog evidensläget något svagare än för septum-kirurgi. Jag undviker att gå på djupet i frågan och väljer istället att illustrera detta med sammanfattningen från en HTA-analys (Stockholms läns landsting 2017); "Resultater radiofrekvensbehandling (RFA) av icke allergisk kronisk nästäppa i

bättre luftpassage och subjektivt mindre besvär jämfört med intranasal steroidbehandling (INS)?" (6). Sammanfattningen löd: Såväl RFA- som INS-behandling resulterar i objektivt uppmätta förbättrade luftflöden samt i subjektivt upplevd minskad nästäppa. Korrelationen mellan objektiva och subjektiva utvärderingsmetoder var inte entydig. Det totala antalet patienter är litet, uppföljningstiden är kort och de långsiktiga konsekvenserna av respektive behandling därför inte studerade. Mer forskning behövs.

Även om vi utgår från att såväl septum- som conchaekirurgi har sin plats är det alarmerande att vi i Sverige kan påvisa så stora skillnader i antalet utförda operationer per capita, både över tid och rum (figur 1-5). Jag baserar mitt påstående på en enkel analys av den offentliga statistik som finns tillgänglig på Socialstyrelsens (SoS) hemsida (<https://www.socialstyrelsen.se/statistik-och-data/statistik/>). Innan resonemanget förs vidare vill jag påminna om att det finns en rad fallgropar med statistiken från SoS. Koderna för de olika conchae-ingreppen kan användas på olika sätt i olika delar av landet. Det är inte helt osannolikt att ett ingrepp som på en klinik kallas DHB45, kallas DHB50 på en annan. Det ska också komma ihåg att conchae-ingreppen ofta, men långt ifrån alltid, görs tillsammans med en septumplastik. Tyvärr går det inte att göra den typ av komplicerade analyser som skulle behövas med dataverktyget på SoS hemsida. Det ska också noteras att det kan finnas utförda ingrepp som

**Figur 1.**  
 Antal utförda ingrepp i specialiserad öppenvård /100 000 folkbokförda invånare, 0-85 år, båda könen  
 2005-2018. Källa: Socialstyrelsen.



**Figur 2 a-d.**  
 Antal utförda ingrepp i specialiserad öppenvård /100 000 folkbokförda invånare 0-85 år, båda könen,  
 2018. Uppdelat på län. Källa: Socialstyrelsen.

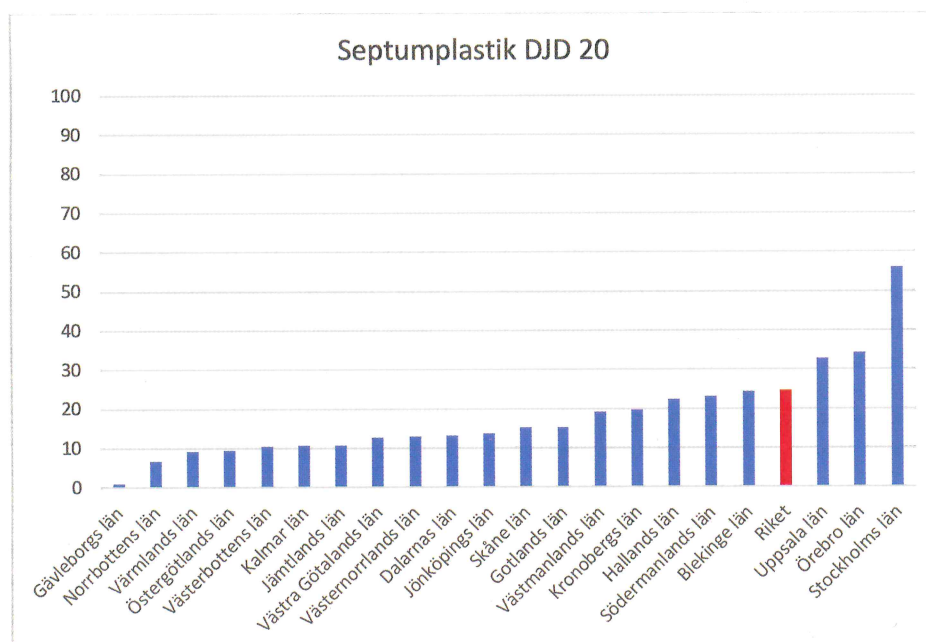
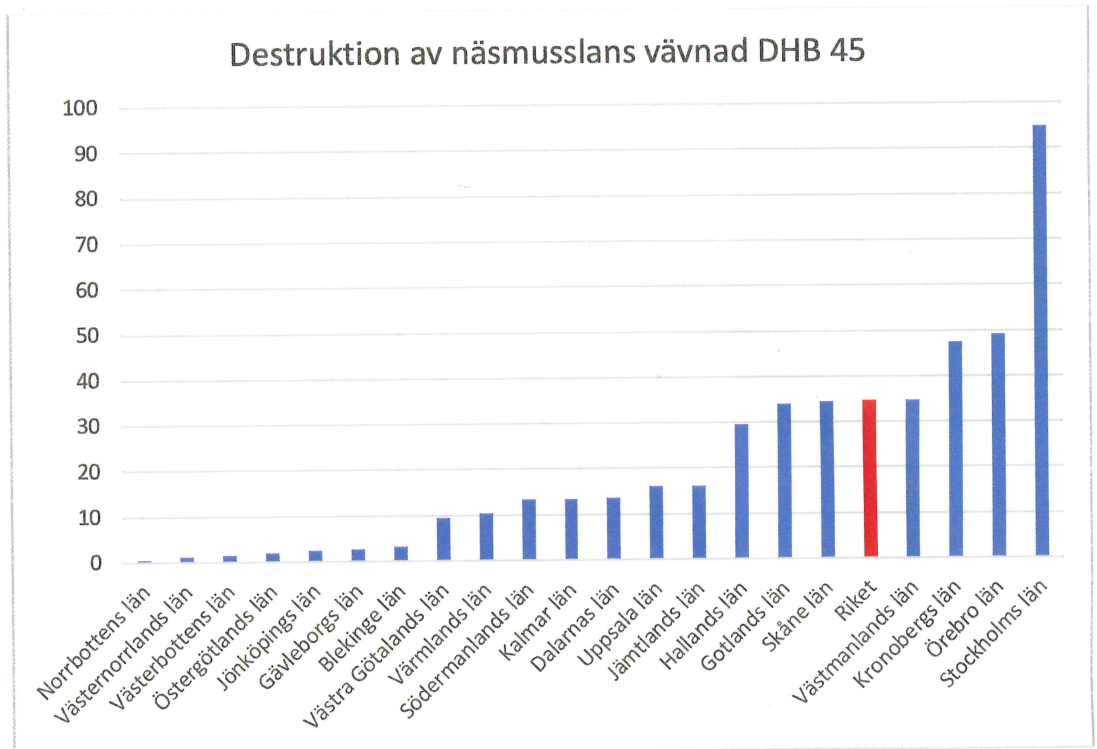


Fig. 2b



inte rapporterats till SoS. Rapporteringen kan missas av såväl regioner som privata vårdgivare. Ett exempel på låg täckningsgrad är Region Gävleborg som verkar ha rapporterat väldigt få ingrepp både 2017 och 2018.

Med dessa förbehåll i bakhuvudet vill jag ändå påstå att de kraftiga ökningarna över tid är anmärkningsvärda och möjligen också orimliga (figur 1). Vi ser en dramatisk ökning i antalet utförda ingrepp från 2005 till 2018. Ökningen kan tolkas som att patienterna äntligen får den evidensbaserade vård de behöver, men en alternativ tolkning är att det rör sig om en icke evidensbaserad inflation. I Sverige kan septumplastikregistret utgöra ett verktyg för att undersöka detta.

Även om vi utgår från att ökningen är rimlig och önskvärd (baserat på antagandet att ingreppet gör god nytta) är det förvånande att antalet utförda ingrepp uppvisar en så stor variation över riket. Sverige har en relativt homogen population. Det finns ingen anledning att tro att värmlänningar har snedare nässkiljeväggar än skåningar. Det är inte rimligt att tro att människorna i Stockholm har gigantiska näsmusslor och smålänningarna har gracila. Det finns heller inga skäl att tro att människorna i en viss region lider subjektivt så pass mycket mer av en viss snedhet på nässkiljevägg eller storlek på conchae att de i större utsträckning behöver opereras. Variationen över landet måste problematiseras. Jag menar att skillnaderna i bästa fall ska betraktas

som ett tecken på ojämlik vård och i sämsta fall ett uttryck för icke evidensbaserad vård. Någon gör antagligen för lite och någon gör antagligen för mycket.

Figurerna visar också avsaknaden av konsensus gällande operationsmetod. Vilken metod är bäst för att åtgärda conchae-hypertrofi (förutsatt att det inte finns regionala nasal-anatomiska skillnader)? Varför drar stockholmarna mest nytta av en destruktion av näsmusslans vävnad medan blekingeborna drar mest nytta av en konkotomi? Och är det verkligen sant att norrbottningar inte har några som helst behov av näsandningsförbättrande kirurgi? Och är konkotomi helt värdelöst?

Jag vill med denna artikel stimulera diskussionen i ÖNH-Sverige. Varför gör vi som vi gör? Vilka incitament finns för att ge en viss typ av vård? Gör vi rätt? Finns det en risk att vi följer klinikbundna traditioner? Finns det en risk att tillgång styr efterfrågan? I en framtid med allt hårdare prioriteringar kommer den specialitet som har koll på sin verksamhet - både kvalitet och kvantitet - att vara vinnare. Vi, en liten profession i ett litet land med patienter som i stor utsträckning ställer upp i forskningsprojekt och besvarar kvalitetsregisterenkäter, har alla möjligheter att bli bäst i världen.

Fig. 2c

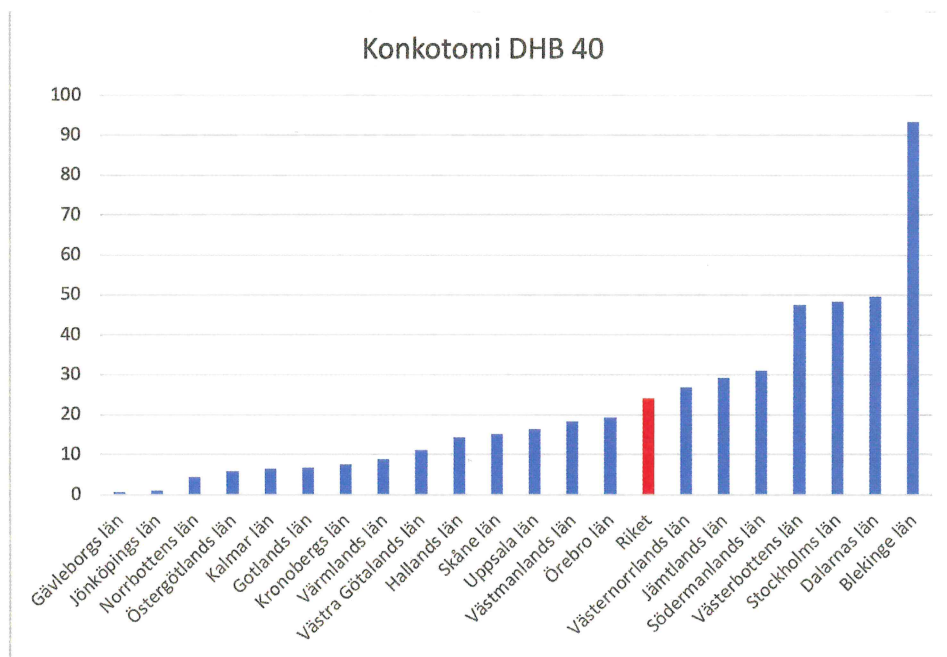
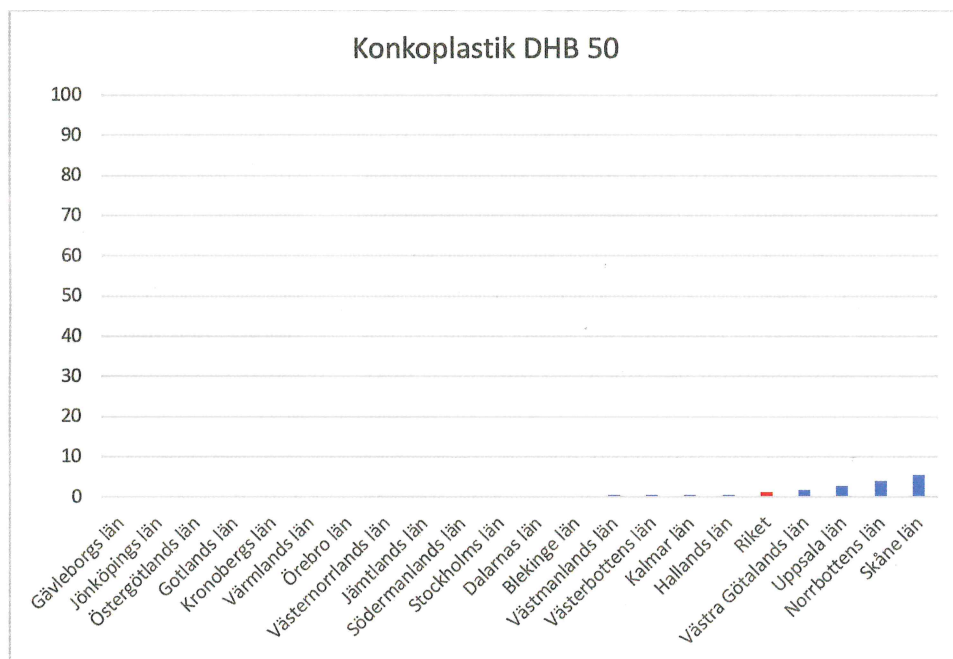


Fig. 2d



**REFERENSER OCH LÄSTIPS**

1. Sundh C, Sunnergren O. Long-term symptom relief after septoplasty. *Eur Arch Otorhinolaryngol.* 2015; 272:2871-2875.
2. Pedersen L et al. Prognostic factors for outcome after septoplasty in 888 patients from the Swedish National Septoplasty Register. *Eur Arch Otorhinolaryngol.* 2019; 276:2223-2228.
3. Pedersen L et al. Age and Unplanned Postoperative Visits Predict Outcome after Septoplasty: A National Swedish Register Study. *Int J Otolaryngol.* 2018 Jan 2; 2018:2379536.
4. van Egmond MMHT et al. Septoplasty with or without concurrent turbinate surgery versus non-surgical management for nasal obstruction in adults with a deviated septum: a pragmatic, randomised controlled trial. *Lancet.* 2019; 394:314-321.
5. Sommer F, Hoffmann TK. Septoplasty-a surgical or political challenge? *Lancet.* 2019; 394:276-278.
6. <https://vardgivarguiden.se/globalassets/utveckling/vardutveckling/hta/hta-yttrande/kronisk-icke-allergisk-nastappa---yttrande-201736.pdf>