

Septumplastik är inte alltid lösningen vid nästäppa

MATS HOLMSTRÖM, Karolinska Universitetssjukhuset, Stockholm, HELLE THULESIUS, Centrallasarettet Växjö, PÄR STJÄRNE, Karolinska Universitetssjukhuset, Stockholm, JOHAN HELLGREN, Sahlgrenska Universitetssjukhuset, Göteborg.

Vid Nordiska mötet i Köpenhamn 2014 ordnade Svensk Förening för Otorinolaryngologi, Huvud- och Halskirurgi ett symposium med titeln "Controversies in Septoplasty". Bakgrunden till vår presentation är resultaten i det nationella kvalitetsregistret för septumplastik där siffrorna för patienter som beskriver att de är nöjda eller ganska nöjda ligger runt 75%. Frågan är vad som kan göras för att förbättra dessa siffror. Vår uppfattning är att förbättringar kan göras både vad gäller urval/utredning av patienter samt i det kirurgiska omhändertagandet med val av kirurgisk metod. Som ett viktigt steg i detta förbättringsarbete föreslår gruppen att begreppet septumoperation ersätts med begreppet "andningsförbättrande kirurgi" och att fler parametrar än septums ställning beaktas vid omhändertagande av patienter med nästäppa.

Kvalitetsregistret

I kvalitetsregistret kan vi se att medelvärdet ligger runt 72% för symtomfrihet eller förbättrade men klinikerna varierar mellan 59–94%. Om vi tittar på siffrorna för de som blivit symtomfria ligger dessa mellan 10–60% bland landets opererande enheter (figur 1) Dessa siffror innebär att det finns en rejäl förbättringspotential i vår hantering av denna patientgrupp. Dessutom är det på flera kliniker upp till 10% av patienterna som uppger att de försämrats av kirurgin. Våra siffror är dock ej sämre än internationella resultat (1) och vid genomgång av litteraturen finns inga belägg för att resultaten förbättrats under de senaste decennierna. Uppföljningen i det nya kvalitetsregistret är förlängt till 1 år postoperativt jämfört med 6 månader i det gamla. I tidigare studier har vi sett att cirka 70% var nöjda med operationen upp till 9 år postoperativt (2). Men en studie från 2009 har visat att 36% med septumdeviation var symtomfria eller förbättrade efter 9 år även utan septumplastik (3).

Andningsförbättrande kirurgi

Patienturvalet är sannolikt betydligt viktigare för bra operationsresultat än operatörens skicklighet. En patient med ett rakt septum blir inte nöjd om slemhinnesjukdomen är det huvudsakliga problemet eller förträngningen beror på instjälppta nedre lateralbrosk. Istället för att fokusera på begreppet "septumkirurgi" borde vi i större omfattning bedöma patienten utifrån problemet att "ej kunna andas tillfredsställande i näsan" och kirurgins mål skall snarare vara "andningsförbättrande kirurgi i de övre luftvägarna". Vi lär oss septumkirurgi under utbildningstiden och det är ett av våra vanligaste kirurgiska ingrepp men inlärandet är



svårt och den fyrhända kirurgin är svår att tillämpa vid inläring.

Objektiva bedömningsmetoder korrelerar ej till 100% med status och är ej alltid tillgängliga och det finns flera och mycket vanliga slemhinnesjukdomar som uppträder samtidigt med septumdeviation och gör utvärdering av patienten komplicerat. På flera kliniker är det ej heller alltid operatören som har fattat beslutet om kirurgi vilket kan skapa frustration. Vid utvärdering av patienten inför operation är det därför viktigt att:

Bedöma om additiv kirurgi kan förbättra resultat. Det gäller att undersöka vad det är som skapar nästäppa: är det septum, laterala delen av valven, aperturen, conorna eller coanen.

Behöver bennäsan åtgärdas samtidigt för ett optimalt resultat?

Är de laterala nedre brosken (alarvalven) medialförskjutna eller är columellan breddökad

Har patienten realistisk förväntan på ingreppet?

Finns simultana sjukdomar som kan försämra utfallet? astma, allergisk- eller icke allergisk rinit, kronisk rinosinuit med eller utan polyper)

Har medicinsk behandling skett adekvat?

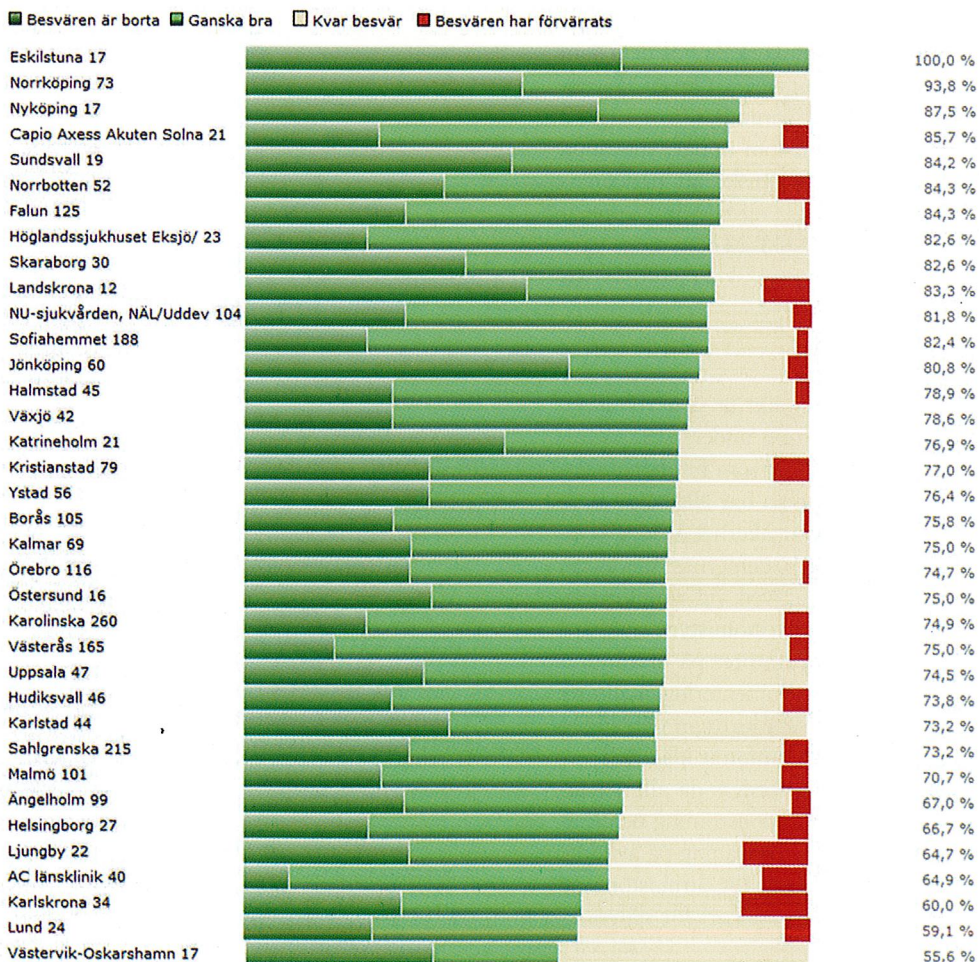
Rinometri

En majoritet av studier visar signifikant korrelation mellan objektiva tester och subjektiva besvär även om fullständig överensstämmelse ej finns. Detsamma kan sägas om korrelationen mellan klinisk undersökning med rinoscopi och patientens subjektiva besvär där både intra- och interobserver korrelation är ganska dålig (4). De tre mätmetoder som finns tillhands (rinomanometri, akustisk rinometri och Peak Nasal Inspiratory Flow) mäter olika dimensioner av näsans funktion (andningsmotstånd, dimensioner och flöde respektive). Som preoperativt urvalsinstrument har flera studier visat nyttan av objektiva tester där normalvärden preoperativt signalerar högre sannolikhet för negativt utfall av operationen och patologiska värden vid rinomanometri ökar sannolikheten för positivt utfall. Eftersom mätmetoderna mäter olika funktioner kan det vara en fördel att kombinera minst två preoperativa tester. Flera författare har också rekommenderat kirurgi först när det finns en överensstämmelse mellan patientens subjektiva besvär, rinometridata och klinisk undersökning (5, 6)

Behov av klinisk undersökning och anamnes

Varken det svenska eller engelska språket skiljer på nästäppa av subjektiv eller objektiv karaktär. Det finns inga ord som beskriver det ena respektive det andra vilket också gör värdering av täppa svår. Det vi upplever som nästäppa är nervsignaler från slemhinnan som kan påverkas av inflammation och ge hyperalgesi. Både temperatur i slemhinnan och kemisk retning som mentol kan modulera signalerna i de afferenta neuronerna i näsöppningen där flera trigeminusförmedlade receptorer finns. Om dessa receptorer stimuleras med menthol eller kamfer så upplever patienten en öppenhet som ej går att mäta med objektiva metoder. På samma sätt kan denna upplevelse slås ut om man först bedövar slemhinnan. Capsaicin har samma effekt på C-fibrer i näsan med påverkan på neurogen inflammation som följd och upplevd nästäppa. Den viktigaste faktorn som påverkar nästäppa är givetvis svullnadsgraden i kapacitanskärlen men också strukturella defekter i septum och näsans ben/brosk-skelett påverkar den upplevda nästäppan (tabell 1). Upplevd nästäppa kan också variera från

Figur 1. Svenska kvalitetsregistret för operation av nässkiljeväggen. Resultat fördelat på kliniker.



Tabell 1. Vad skapar nästäppa?

Septumkirurgi har bara effekt vid ett av dessa tillstånd !!

1. Skelettrel i septum eller nasans brosk/benramverk
2. Inflammation (kardellatation och sekretion)
3. Stenotomier i växt (concor polyper)
4. Uppreglerad nervfunktion (neurogen inflammation)
5. Förändring i den sensoriska upplevelsen (antingen i nasslemhinnan eller centralt vilket kan skapa en autonom imbalance)
6. Psykologisk stress

person till annan. Hos patienter utan subjektiva näsbesvär är upplevd nästäppa inte lika med noll utan snarare 20 på en skala till 100 och runt 60 på samma skala hos dem som uppger subjektiv nästäppa, NOSE-scale (7). Om en 10-centimers VAS-skala används blir motsvarande siffror cirka 2 hos näsfriska respektive 7 hos dem som uppger nästäppa (8). Som ÖNH-läkare glömmar vi kanske att patientens psykiska status kan påverka upplevda näsbesvär. Depression ger sålunda sämre resultat på SNOT-22 som anses vara ett rinitspecifikt instrument (9) och psykisk stress förvärrar symtom efter näskirurgi.

Kirurgisk träning

Även om urvalet av patienter sannolikt är den viktigaste faktorn för framgång kan vi inte nog understryka behovet av klinisk färdighet och skicklighet som fundamentala. Detta inte minst i en tid då patienterna har allt högre krav och förväntningar på vården. Patientsäkerhet är idag slagord och vi måste svara upp mot patienternas förväntan på professionellt omhändertagande även vid rutinkirurgi. Utbildningen kommer lätt i kläm i ekonomistyrd sjukvård med kortare arbetstider och fler operatörer på oförändrat antal operationer. Dessutom blir instrumenteringen alltmer sofistikerad vid mycket av den nasala kirurgin och FESS-tekniken har utvecklats enormt och omfattar idag delar av neurokirurgin. För färdighetsträning fordras då alltmer utbildning av hands-on typ eller simulationsträning och kurser finns att tillgå runt om i världen för träning på avlidna. Detta måste ses som ett absolut krav för åtminstone all bihålekirurgi. Vår uppfattning är att körkort för självstän-

dig bihålekirurgi först borde utdelas sedan godkänd operationskurs på kadaver genomgåts. Så kallade Wet Labs finns på flera ställen runt om i världen men i Sverige endast i Borås som ett privat initiativ. På Karolinska ordnades våren 2013 en uppskattad Wet-lab kurs i bihålekirurgi. En upprepning av kursen kunde ej genomföras i år sedan ansvariga bedömt denna typ av utbildning oetisk! Enligt vårt förmenande kan träning i Wet Lab påtagligt minska riskerna för patienter som genomgår näs-bihålekirurgi både vad gäller komplikationer och undermåligt resultat då "utbildning" på levande patienter minskar. Wet Labs kan även användas till att träna hela teamet samt till testning av material. Huvudsyftet med träning är dock att höja patientsäkerheten.

Vi hoppas kunna nå bättre operationsresultat med noggrannare selektionskriterier och mer tränade kirurger där patientens och kirurgens förväntningar överensstämmer och där syftet inte enbart är att göra en septumoperation utan att åstadkomma andningsförbättrande kirurgi.

Referenser

1. Siegel NS, Gliklich RE, Taghizadeh F, Chang Y. Outcomes of septoplasty. *Otolaryngol Head Neck Surg.* 2000;122(2):228-32.
2. Jessen M, Ivarsson A, Malm L. Nasal airway resistance and symptoms after functional septoplasty: comparison of findings at 9 months and 9 years. *Clin Otolaryngol Allied Sci.* 1989;14(3):231-4.
3. Thulesius HL, Thulesius HO, Jessen M. What happens to patients with nasal stuffiness and pathological rhinomanometry left without surgery? *Rhinology.* 2009; 47: 24-27.
4. Hardcastle PF, von Haacke N, Murray JA. Observer variation in clinical examination of the nasal airway. *Clin Otolaryngol Allied Sci.* 1985; 10(1): 3-7.
5. Holmström M. The use of objective measures in selecting patients for septal surgery. *Rhinology* 2010, 48: 387-393
6. Clement PA, Halewyck S, Gordts F, Michel O., Critical evaluation of different objective techniques of nasal airway assessment: a clinical review. *Eur Arch Otolaryngol* 2014; 271(10):2617-25
7. Lipan MJ, Most SP. Development of a severity classification system for subjective nasal obstruction. *JAMA Facial Plast Surg.* 2013;15(5):358-361
8. Rhee JS, Sullivan CD, Frank DO, Kimbell JS, Garcia GJ. A systematic review of patient-reported nasal obstruction scores: defining normative and symptomatic ranges in surgical patients. *JAMA Facial Plast Surg.* 2014;16(3):219-225
9. Nanayakkara JP1, Igwe C, Roberts D, Hopkins C. The impact of mental health on chronic rhinosinusitis symptom scores. *Eur Arch Otorhin* 2013; 270(4): 1361-4