

Høringsvar National klinisk retningslinje for fjernelse af mandler (tonsillektomi)

1. Dansk Selskab for Fysioterapi
2. Dansk Selskab for Almen Medicin
3. Danske Regioner
4. Dansk Tandplejerforening
5. Dansk Sygepleje Selskab

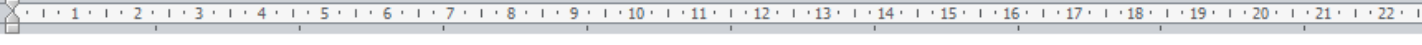
Peer review:

- Dr. Tejs Ehlers Klug, klinisk lektor, overlæge, Institut for Klinisk Medicin, Århus Universitet
- Dr. Joacim Stalfors, overlæge, docent, Svenske Tonsilregisteret, Sverige

File Explorer ribbon: Filer, Meddelelse, Adobe PDF. Action buttons: Ignorer, Uønsket, Slet, Besvar, Svar til alle, Videre send, Mere, Mødesvar, Team-e-mail, Svar og slet, Til chef, Fuldført, Hurtige trin, Opret ny, Flyt, Regler, OneNote, Handlinger, Gem Elementet, Sag.

ⓘ Hvis der er problemer med visningen af meddelelsen, kan du klikke her for at få vist den i en webbrowser.

Fra: Henrik Hansen <hh@dsfys.dk>
Til: SST NKR Sekretariat
Cc: Henrik Hansen
Emne: høring - National klinisk retningslinje for fjernelse af mandler (tonsillektomi)



Til Sundhedsstyrelsen,

Dansk Selskab for Fysioterapi og de faglige selskaber takker for invitationen til at afgive hørings svar på NKR - fjernelse af mandler (tonsillektomi)

Vi har ingen faglige input til den aktuelle NKR, og afgiver derfor ikke hørings svar til denne.

Med venlig hilsen

Henrik Hansen, Fysioterapeut, Cand.scient.san, Ph.d. studerende
Faglig Konsulent

Dansk Selskab for Fysioterapi

Holmbladsgade 70
2300 København S

+45 2894 6780

hh@dsfys.dk

www.maaleredskaber.dk og www.daniskselskabforfysioterapi.dk



Fra: SST NKR Sekretariat [<mailto:NKRSekretariat@SST.DK>]

Sendt: 11. november 2015 10:58

Til: kmt@dsam.dk; dsam@dsam.dk; iris.helena.wintherstein@regionh.dk; formand@paediatri.dk; dasys@dasys.dk; kontakt <kontakt@dsfys.dk>
<info@danskepatienter.dk>; mht@regioner.dk; regioner@regioner.dk; kl@kl.dk; ldy@kl.dk; DEP Sundheds- og Ældreministeriet <sum@sum.dk>

Klik på et foto for at se opdateringer til sociale netværk og e-mail-meddelelser fra denne person.

Opret forbindelse til sociale netværk for at få vist profilfotos og aktivitetsopdateringer af dine kolleger i Outlook. Klik her for at tilføje netværk.



Fra: Dorthe Pedersen [mailto:dp@dsam.dk]

Sendt: 1. december 2015 13:57

Til: SST NKR Sekretariat

Emne: SV: National klinisk retningslinje for fjernelse af mandler (tonsillektomi) sendes i høring via Høringsportalen - høringsfrist er onsdag den 2. december 2015 kl. 12.00.

Til NKR Sekretariatet

DSAM takker for muligheden for at kommentere på denne NKR.

Vi har dog ingen kommentarer og vil for god ordens skyld blot meddele dette.

Venlig hilsen

Dorthe Pedersen

Dorthe Pedersen
DSAM's sekretariat
Stockholmsgade 55, st.
2100 København Ø
T: 7070 7431 • Dir: 5150 1676
dp@dsam.dk • www.dsam.dk





01-12-2015

Sag nr. 15/1692

Dokumentnr. 59882/15

Malte Harbou Thyssen

Tel. 35 29 84 45

E-mail: Mht@regioner.dk

Danske Regioners hørings svar vedr. NKR for tonsillektomi

Vedr. børn og unge

Danske Regioner mener, at der i den endelige rapport bør fremhæves, at Børn- og unge op til og med 17 år, der har behov for indlæggelse ved tonsillektomi så vidt det er muligt skal indlægges i børne- og ungevenlige omgivelser. Det indbefatter faglig pleje og behandling, der varetages af sundhedspersonale med særskilte børne- og ungekompetencer.

Vedr. Tonsillektomi under indlæggelse eller som ambulant kirurgi

Det anbefales i retningslinjen, at ”Det er god praksis at tilbyde indlæggelse til patienter med betydende ko-morbiditet, øget risiko for komplikationer (fx akut infektion, koagulopati, fedme, søvnapnø) eller betinget af sociale- eller geografiske forhold”.

Danske Regioner mener, at det er en vurdering i den enkelte region hvordan behandlingen organiseres. Det er vigtigt, at der tages højde for en patients risikoprofil, hvilket regionerne allerede har fokus på. Derimod mener Danske Regioner ikke, at det giver mening, at anbefale noget på betinget af sociale- eller geografiske forhold.

Danske Regioner forventer, at anbefalingen udgår eller evt. omskrives til, at ”Det er god praksis at tilbyde indlæggelse til patienter med betydende ko-morbiditet eller øget risiko for komplikationer (fx akut infektion, koagulopati, fedme, søvnapnø)”.

Danske Regioner forventer, at dette er afklaret før offentliggørelse af den kliniske retningslinje.

Dampfærgevej 22
Postboks 2593
2100 København Ø

T 35 29 81 00
F 35 29 83 00
E regioner@regioner.dk

Øvrige kommentarer

Der er ikke taget stilling til peroperativ infiltration-analgesi/topical-analgesi. De mange eksisterende undersøgelser på området burde i det mindste være gennemgået og vurderet.

Under afsnit 8 *Tonsillektomi under indlæggelse eller som ambulant kirurgi* angives det, at børn > 4år eller > 20 kg kan få lavet tonsillektomi ambulant. Der ønskes en præcisering af, om det betyder, at børn < 4år eller < 20 kg skal indlægges?

Under afsnit 9 anbefales det at bruge paracetamol og NSAID til smertebehandling af børn > 12 år. Der nævnes ikke noget om børn < 12 år, og dette bør fremgå af retningslinjen. Såfremt det ikke inddrages i retningslinjen, bør det forklares, hvorfor det ikke fremgår.

Med venlig hilsen

Malte Harbou Thyssen



Sundhedsstyrelsen
Axel Heides Gade 1
2300 København S

2. december 2015

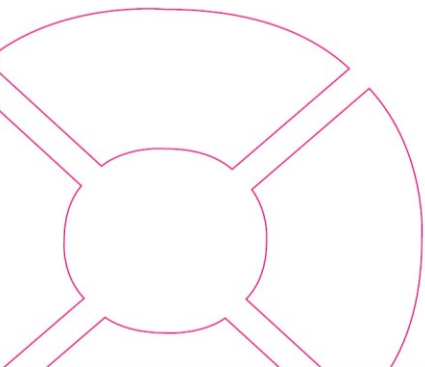
Vedr.: Høring over den nationale kliniske retningslinje for fjernelse af mandler (tonsillektomi)

Selvom Dansk Tandplejerforening ikke er optaget på listen over høringsparter i forbindelse med den nye nationale kliniske retningslinje for fjernelse af mandler (tonsillektomi), skal foreningen ikke desto mindre anmode Sundhedsstyrelsen om at indtænke god mundhygiejne i retningslinjens afsnit 9.4 "Praktiske råd og særlige patientovervejelser".

Mere konkret foreslås, at retningslinjen understreger vigtigheden af at patienten informeres om, at optimal mundhygiejne efter tonsillektomi er en vigtig forudsætning for at holde bakteriefloraen i mundhulen på et minimum – og dermed mindske risikoen for postoperative komplikationer.

Venlig hilsen

Elisabeth Gregersen
Formand for Dansk Tandplejerforening



Dansk Tandplejerforening

Nørre Voldgade 90 DK-1358 København K Telefon: 82 30 35 40 info@dansktp.dk www.dansktp.dk

Fra: DASYS [mailto:dasys@dasys.dk]

Sendt: 8. december 2015 11:02

Til: SST NKR Sekretariat

Cc: formand Margit Roed (margit.roed.heman@regionh.dk)

Emne: DASYS' svar til Høring vedr. Den nationale kliniske retningslinje for fjernelse af mandler (tonsillektomi)

Høring vedr. Den nationale kliniske retningslinje for fjernelse af mandler (tonsillektomi)

Dansk Sygepleje Selskab (DASYS) har modtaget forespørgsel på overstående og vi takker for muligheden for at afgive høringssvar.

DASYS har været repræsenteret i arbejdsgruppen, og ikke har modtaget yderligere kommentarer i høringsperioden.

Med venlig hilsen

For Dansk Sygepleje Selskab, DASYS

Helle Johnsen

Dansk Sygepleje Selskabs sekretariat



Tlf. 4695 4155
Sankt Annæ Plads 30,
DK-1250 København K
dasys@dasys.dk www.dasys.dk

Review af National Klinisk Retningslinie for Fjernelse af Mandler (Tonsillektomi)

Manuskriptets styrker

Generelt

Overordnet set har arbejdsgruppe, referencegruppe og fagkonsulent udført et flot stykke arbejde med fokus på velvalgte og klinisk relevante spørgsmål. Litteraturgennemgangen er grundigt udført og velbeskrevet. De fra studierne ekstraherede målepunkter for PICO 1, 3, 4 og 5 er velbehandlede i tabellerne. Jeg er enig i vurderingen af evidensens kvalitet og anbefalingernes styrke. Alle anbefalingerne er klinisk relevante.

Manuskriptet er velformuleret, inddelt med nyttige underoverskrifter og de væsentlige pointer highlightede og let-tilgængelige. Anbefalingerne er ligeledes let-forståelige og klinisk relevante. De "praktiske råd og særlige patientovervejelser" er generelt velovervejede, klinisk relevante og velformulerede.

Jeg har ikke kunnet finde yderligere, relevante studier til brug for besvarelsen af spørgsmålene.

PICO- specifikke

PICO 1+3

Klinisk relevant spørgsmål. God og grundig gennemgang af litteraturen på området. Jeg er enig i anbefalingen og arbejdsgruppens overvejelser.

PICO 2

Klinisk relevant spørgsmål. Jeg er enig i anbefalingen og vurderingen af litteraturen.

PICO 4+5

Klinisk relevant spørgsmål. God og grundig gennemgang af litteraturen på området. Jeg er enig i anbefalingen og arbejdsgruppens overvejelser. Fine formuleringer i "Praktiske råd og særlige overvejelser".

PICO 6

Klinisk relevant spørgsmål. Jeg er enig i anbefalingen. Fine formuleringer i "Praktiske råd og særlige overvejelser".

PICO 7+8

Klinisk relevante spørgsmål.

Manuskriptets svagheder

Generelt

Kun 4 af de 9 fokuserede spørgsmål kan besvares evidens-baseret og evidenskvaliteten for disse 4 spørgsmål er endda kun moderat (2) henholdsvis lav (2). Således er de 4 evidensbaserede anbefalinger kun svage (3 anbefalinger for og én anbefaling imod). Anbefalingerne for de sidste 5 fokuserede spørgsmål er langt overvejende baseret på faglig konsensus blandt medlemmerne af arbejds- og referencegruppen og derfor af lav styrke.

Det er klinisk meningsfuldt at anvende aldersgrænsen 12 år ved inddeling af børn med hypertrofiske tonsiller og recidiverende akut tonsillit, men det synes forvirrende at kalde børn i alderen 12-14 år for "unge". 12-års aldersgrænsen synes ikke relevant ved kronisk tonsillit og analgetisk behandling.

PICO- specifikke

PICO 1

Definitionen af "tonsilhypertrofi" er fraværende i manuskriptet (og størstedelen af litteraturen).

"Søvnforstyrrende vejrtrækning" er forskelligt defineret i 1.2 og 1.4. Kraftig snorken er således en del af "søvnforstyrrende vejrtrækning" i de praktiske råd, hvilket synes inkonsekvent og problematisk. Desuden mangler der vist et "eller" i sætningen.

PICO 2

Det fokuserende spørgsmål er godt nok klinisk relevant, men der mangler definition af synke- og taleproblemer i manuskriptet og litteraturen generelt. Den manglende evidens er derfor ikke overraskende.

PICO 3

Ingen.

PICO 4+5

Vejledningens største svaghed og kliniske anvendelighed ligger i definitionen af "recidiverende akut tonsillit". I den anvendte definition indgår at tilfældene af akut tonsillit skal være diagnosticeret af læge og opfylde mindst 2 af 4 Centor kriterier. Hovedparten af patienter (såvel børn som voksne) vil ikke kunne opfylde disse dokumentationskrav, dels fordi de ikke har været ved læge hver gang og dels fordi der i størstedelen af tilfældene vil mangle oplysninger om symptomer og fund (Centor kriterier), hvor konsultationen typisk er foregået i almen praksis, mens stillingtagen til tonsillektomi foregår i speciallægepraksis eller på ØNH-afdeling. Og hvad gør man så? Manglen på besvarelse af dette spørgsmål kompromitterer den kliniske anvendelse af anbefalingen og stillingtagen til spørgsmålet bør indgå i anbefalingen, i alt fald under "praktiske råd".

PICO 6

Ifølge retningslinierne på sundhed.dk er der ikke beskrevet dokumentationskrav for akutte tonsilliter forud for tonsillektomi og jeg har heller ikke kunnet finde det i de enkelte institutioners retningslinier. Jeg vil derfor anfægte at den kliniske verifikation indgår udbredt i de danske institutioners retningslinier. Det synes hensigtsmæssigt at der tages stilling til om det er praktisk gennemførligt og ressource-mæssigt ønskværdigt at verificere alle tilfælde af akut tonsillit. I så fald, kræver det en betydelig indsats i almen praksis. Under alle omstændigheder bør denne problemstilling beskrives.

PICO 7

Kronisk tonsillit er upræcis og uhensigtsmæssigt formuleret. En stor del af patienter med fremmedlegemefornemmelse, globulus, dysphagi, dårlig ånde eller dårlig smag i munden vil næppe have kronisk tonsil-inflammation. Disse forskellige symptomer vil kunne ses ved en lang række forskellige kliniske entiteter. Da definitionen af kronisk tonsillit ligeledes er upræcis i litteraturen er det næppe overraskende at der ikke er evidens for tonsillektomi.

PICO 8

Vdr 8.3: "> 4 år" betyder det 4-årige eller 5-årige? Det er nok bedre at skrive med ord eller bruge tegnet "lig med eller større" (findes ikke på mit tastatur). Entydigheden er meget vigtig på dette punkt.

PICO 9

Det findes, ikke overraskende, ingen litteratur på spørgsmålet.

Der benyttes en uhensigtsmæssig aldersgrænse for unge og voksne: >12 år. Som overfor anført er det uklart om 12-årige regnes for børn eller unge. I klinisk og forskningsmæssig sammenhæng benyttes typisk en aldersgrænse på 15 år (eller ældre).

Forslag til ændringer / forbedringer

PICO 1

Det bør pointeres at de mest syge børn ikke er inkluderet i RCT-studierne, idet man sandsynligvis har fundet det klinisk / etisk uforvarsomt ikke at operere og at der dermed sandsynligvis findes en gruppe af børn for hvem anbefalingen af operation er højere end "overvej at tilbyde" ("bør tilbydes").

På baggrund af litteraturen, synes det relevant at skrive at skalerede spørgeskemaer eller PSG bør (i stedet for "kan", jvf 1.4) bruges til gradering af søvnapnø før operation. Heraf følger at der bør opstilles anbefalinger for sværhedsgraden i forbindelse med operations-indikation.

I 1.4 vil jeg anbefale at tilføje at postoperativ blødning er mere alvorlig for børn under 4 år, da der er risiko for at barnet synker blodet ubemærket.

PICO 3

Sætningen startende med "Der blev ikke fundet klinisk..." (3.7) bør omformuleres.

PICO 4+5

Vdr 4.2 /5.2: "Recidiverende akut tonsillit" anbefales omdøbt til "Klinisk verificeret recidiverende akut tonsillit" når dokumentationskravene indgår. "mindst 5 tilfælde pr. år" bør rettes til "mindst 5 tilfælde på ét år".

Jeg vil anbefale at påpege (under praktiske råd), at der, med baggrund af subgruppeanalyse og *cross-over* i studierne, sandsynligvis er en større / betydelig effekt af tonsillektomi hos patienter med udtalte gener.

PICO 7

Jeg finder det problematisk og inkonsekvent i forhold til PICO 2, at man på erfaringsmæssig baggrund kommer med anbefalingen "det er god praksis at overveje at tilbyde tonsillektomi...". Med den særdeles ringe evidens, der er til rådighed bør anbefalingen nærmere være "det er ikke god praksis rutinemæssigt at tilbyde tonsillektomi...".

På baggrund af den manglende litteratur på området er jeg uenig i formuleringerne i "praktiske råd og særlige patientovervejelser".

PICO 8

Det bør understreges i anbefalingen at patienter bør observeres i minimum 4-6 timer ved ambulante kirurgi pga risiko for tidlig primær blødning, især ved mindre børn (pga mindre blodvolumen og ubemærket synkning af blod).

PICO 9

Det synes hensigtsmæssigt at anvende en aldersgrænse på 15 eller måske 18 år i stedet for 12 år.

AGREE II

1. 7
2. 7
3. 7
4. 7
5. 5. Patienternes præferencer er overvejet og forsøgt estimeret, men patienter / pårørende er ikke adspurgte og overvejelserne er ikke videnskabeligt underbygget.
6. 7
7. 7
8. 7
9. 7
10. 7
11. 7
12. 7
13. 7
14. 7
15. 6. Angivelse af aldersgrænser er tvetydige for PICO 5, 7, 8 og 9.
16. 7
17. 7
18. 4. Barriererne vedr. dokumentation for akut tonsillit (PICO 4 og 5) er ikke beskrevet.
19. 7
20. 1. Ressource-problemer er ikke behandlet, hvilket er relevant for problemerne omkring dokumentation for akut tonsillit.
21. 7
22. 7
23. 7

Overall

1. 7
2. Yes

Granskning av NKR for tonsillektomi – höringsversion-november 2015 per 13-11-15

Tack för möjligheten att läsa denna rapport. Det är ett stort arbete som ligger bakom denna väl genomförda rapport och mycket litteratur har lästs igenom och värderats. Denna typ av arbete är viktigt och dess betydelse kan inte underskattas. Eftersom tonsilloperation inte bara är ett ingrepp som utförs i stort antal, utan även utförs i hög utsträckning på barn med oftast icke livshotande symtom, är det viktigt att utvärdera när operation är medicinskt motiverad.

Här nedan kommer mina kommentarer till respektive PICO. Tyvärr har jag inte lyckats fullständigt förstått hur man tydligt kan se vilka referenser som används, varför ni för förlåta mig om någon av de referenser jag tipsar om redan är med.

Vänligen / Joacim

Børn med søvnforstyrrende vejtrækning samt hypertrofiske tonsiller

Det vore en fördel om det fanns en beskrivning av begreppet ”søvnforstyrrende vejtrækning” i relation till internationella begrepp. I internationella sammanhang brukar begreppet sleep-disordered breathing (SDB) användas och definieras ”abnormal respiratory pattern or abnormal ventilation that disrupts normal ventilation during sleep and normal sleep patterns”. SDB kan variera i svårighetsgrad och kallas i sin mest svåra form för obstructive sleep apnea (OSA).

Idag betraktar de flesta att alla obstruktiva andningsuppehåll hos barn är patologiska¹. Vidare i definition av diagnos bör de i Danmark använda relevanta ICD-10 koderna beskrivas.

I normalfallet är diagnoserna OSA respektive SDB kliniska och ställs genom en sammanvägning av anamnestiska uppgifter och statusfynd. Detta beskrivs i rapporten men för att till fullo förstå hela kunskapsunderlaget är det av värde att tydligare beskriva kunskapsunderlaget i texten under punkt 1.7. Särskilt mot bakgrund att det finns få välgjorda RCT-studier. Skälet till detta är att det skulle krävas långsiktiga studier för att bevisa effekten av tonsillektomi vid övre luftvägsobstruktion hos barn. Sådana studier saknas eftersom föräldrar inte skulle acceptera att deras barn skulle bli randomiserade i ekspektansgruppen. Däremot finns det ett flertal mindre väl-designade studier som visat god effekt av tonsillektomi med eller utan abrasio. Genom att sammanställa de studier som finns inom området kan ändå effekten av tonsillkirurgi vid övre luftvägsobstruktion beskrivas. En sådan studie har utförts av Liebermann et al⁵. I denna studie visas att tonsillkirurgi har effekt på inte bara symtom och sömnvariabler utan även på co-morbiditet som dålig tillväxt, kardiovaskulär sjuklighet, enures och neurokognitiv funktion. För att sammanställa resultat från flera av de studier som genomförts kan en meta-analys genomföras och därmed komplettera en kunskapssammanställning. I detta sammanhang kan det vara av värde att även inkludera studier utan kontrollgrupp som tex ”de la Chaux R, Klemens C, Patscheider M, Reichel O, Dreher A. Tonsillotomy in

the treatment of obstructive sleep apnea syndrome in children: polysomnographic results. International journal of pediatric otorhinolaryngology. 2008;72(9):1411-7.”

För att belysa frågan fullständigt är det av värde att beskriva naturalförloppet av Waldeyriska ringen. Den lymfoida vävnaden i den Waldeyriska ringen hypertrofier i småbarnsåren för att sedan minska i storleken. Lite är känt kring orsakerna för detta, men adenoiden minskar först i storlek. Det finns argument för att naturalförloppet påverkar obstruktionssymtomen positivt, men det är viktigt att komma ihåg att utebliven operation kan påverka barnets tillväxt och utveckling, och detta kan barnet inte ta igen även om den lymfoida vävnaden minskar med åldern ⁽²⁻⁴⁾.

Annars delar jag bedömningen att evidensens kvalitet är moderat. I slutsatsen står det ”Overvej att...”. Borde det inte stå ”Svag/betinget anbefaling for” om nomenklaturen för ”anbefalingens styrke” skall användas?

Børn med synke- og/eller taleproblemer samt hypertrofiske tonsiller

Inget att tillägga i slutsatser.

Har dessa artiklar tagits med i bedömningen:

J Voice. 2012 Jul;26(4):480-7. doi: 10.1016/j.jvoice.2010.11.003. Epub 2011 May 28. Acoustic and perceptual aspects of vocal function in children with adenotonsillar hypertrophy--effects of surgery.

Logoped Phoniatr Vocol. 2011 Oct;36(3):100-8. doi: 10.3109/14015439.2010.531047. Epub 2010 Dec 6.

Influence of adenotonsillar hypertrophy on /s/-articulation in children--effects of surgery.

Båda av Lundeborg I et al.

Tonsillektomi eller tonsillotomi til børn med obstruktive symptomer

I rubriken till PICO gäller frågeställningen obstruktiva symptom. Hur definieras obstruktiva symptom och hur relaterar detta till internationella begrepp? ICD-10 koder?

Det saknas en genomgång av primära effekten av kirurgi, men i punkt 3.6 konstateras samma effekt på symptomremission utan att redovisa kunskapsunderlaget. I evidensprofilen (3.8) rekommenderas att först redovisa outcome för remission av symptom och därefter för komplikationer. Det finns studier som visar markant förbättring av obstruktiv sömnapné, dagfunktion och livskvalitet för både tonsillektomi och tonsillotomi men tyvärr ingen publicerad RCT-studie. Av detta skäl kan man även för detta PICO tillämpa en meta-analys av studier med inferior kvalitet för att få en samlad kunskapsbedömning.

Danielle Friberg samt Anna Borgström et al från Karolinska har utfört en RCT-studie där patienter randomiserades till TE eller TT. Man utförde polysomnografi pre- och

postoperativt och kunde visa att förbättring i sömnregistrering var lika bra oavsett om –ektomi eller –tomi utfördes. Tyvärr är denna studie ännu ej publicerad.

Genomgången av komplikationer av tonsillektomi versus tonsillotomi är gedigen och komplett.

Det finns en viktig reservation mot rekommendation av tonsillotomi. Den hör samman med åldersassocierade faktorer för tonsillsjukdom. Vi vet att övre luftvägsobstruktion företrädesvis drabbar i förskoleåldern medan infektiösa indikationer drabbar i tonåren. Det finns en teoretisk möjlighet att de barn som genomgår –tomi i barndomen får infektiösa problem när de blir äldre, och tvingas därför genomgå –ektomi när de blir äldre. Denna studie kan inte genomföras förrän en kohort följts upp till 18-år. Detta bör belysas som en reservation.

Med ovanstående reservationer delar jag bedömningen evidensens kvalitet är moderat och att man kan rekommendera att tonsillotomi skall övervägas framför tonsillektomi för aktuell patientgrupp.

Børn med recidiverende akut tonsillitis och

Unge og voksne med recidiverende akut tonsillitis

Flera studier har visat att medelåldern för tonsillektomi vid recidiverande tonsillit är 15-16år. Det blir därför problematiskt att skapa ett PICO med avgränsningen <12år, då man skapar en subgrupp som inte harmoniserar med ålder för insjuknande. Genom att välja <12 år som gräns kan inte Paradise artiklar från 1984 eller 2002 användas eftersom de studierna inkluderar barn upp till 15 år. I Van Staijs artikel inkluderas patienter 2-8 år, vilket medför att den artikel inte kan ge underlag för att bedöma effekt i åldern 8-12 år. I Lock´s artikel är inkluderat 4-15 åringar. Eftersom det är svårt att hitta artiklar som uppfyller åldersindelningen i PICO finns argument att slå samman detta PICO med PICO "Unga og voksne med recidiverende akut tonsillitis". Av det skälet har jag valt att genomföra en review på båda dessa PICO samlat.

När medicinsk effekt av tonsillektomi hos barn diskuteras refereras ofta till två artiklar av Paradise et al. Den första är från 1984 och den andra är från år 2002. I den äldre studien inkluderades barn med frekventa halsinfektioner, dvs. fem eller fler episoder med halsinfektion per år i två år eller minst tre halsinfektioner per år under tre år. Definitionen på halsinfektion (throat infection) var "...characterized by 1 or more of the following: oral temperature of at least 38.3 grades C; cervical lymphadenopathy (enlarged > 2cm) or tender cervical nodes, tonsillar or pharyngeal exudate; or a positive culture for group A beta- hemolytic streptococcus". I studien kan således patienter ha inkluderats som inte har tonsillit.

Den första studien visade att hos de barn som genomgått tonsillektomi sjönk antalet episoder tonsilliter jämfört med exspektansgruppen. Skillnaden kvarstod och var signifikant under de första två post- operativa åren som patienterna följdes men avklingade det tredje uppföljningsåret, oavsett om genesen till halsinfektionen var bakteriell eller virusorsakad. I den andra studien från Paradise et al. inkluderades barn med färre konstaterade tonsilliter. Barnen skulle ha haft åtminstone två verifierade episoder med tonsillit och randomiserades därefter till exspektans eller

tonsillektomi. Även i denna studie var antalet tonsilliter färre i tonsillektomi-gruppen efter operation jämfört med exspektansgruppen och skillnaden kvarstod tre år postoperativt.

I en studie från Holland (Van Staij) inkluderades barn som haft 0-6 halsinfektioner under året före studien. I denna studie används begreppet "sore throat" respektive "throat infection" med följande definitioner: "A throat infection was defined as sore throat or pain or difficulty in swallowing combined with fever. A sore throat was defined as sore throat or pain or difficulty in swallowing with or without fever". Barnen randomiserades till exspektans respektive adenotonsillektomi. Studien visade signifikant färre episoder med halsont i den opererade gruppen liksom signifikant förbättrad sömn, färre episoder med feber och bättre aptit, men effekten reducerades efter sex månader. Vidare visade studien en större nytta hos de barn som hade 3-6 infektioner året innan operation än i gruppen med 0-2 infektioner. Studien hade dock en cross-over på 41 procent där framför allt flera barn i exspektansgruppen ändå genomgick tonsillektomi. Författarnas egen konklusion var att det inte var motiverat att operera barn med färre än tre episoder av halsinfektioner (throat infections) per år.

I Retningslinjen finns en tydlig definition av begreppet recidiverande akut tonsillit. Enligt ICD-10 finns ingen internationell kod för recidiverande tonsillit men däremot för akut tonsillit. Vilka ICD-10 koder används i Danmark för detta begrepp?

Om man ålders-indelar PICO till <12 år respektive >12år så är evidensen låg för att rekommendera tonsillektomi för recidiverande tonsillit för respektive åldersgrupp. Om man däremot väljer att använda åldersspannet <18 år är evidensen låg till moderat, beroende på hur hårt man tolkar artiklarnas precision i definition av halsfluss/sore throat.

Kriterier för att tillbyda tonsillektomi vid recidiverande akut tonsillitis

Denna litteraturgenomgång har identifierat relevanta artiklar och resonerar kring nivå för när indikation för tonsillektomi kan anses vara uppfylld.

Eftersom det inte finns evidensbaserade indikationsnivåer kan frågan ytterligare belysas genom beskrivning av andra länders indikationsnivåer som tex:

- Skottland⁶: Patients should meet all of the following criteria:

1. sore throats are due to tonsillitis
2. five or more episodes of sore throat per year
3. symptoms for at least a year
4. the episodes of sore throat are disabling and prevent normal functioning.

- Finland⁷: Återkommande svalginfektion med feber: 1) 3-4 infektioner årligen: feber, svalgont, allmänna symptom, inflammerade (och ofta belagda) halsmandlar (tonsiller), 2) vid svalgodlingsprov har betahemolytisk A-streptokock konstaterats, 3) också patienter vars svalgodlingar är negativa för streptokock, om symptomen är besvärande

Det finns även guidelines från the American Academy of otolaryngology.

I sammanhanget är det väsentligt att nämna faktorer som väsentligt kan påverka "efterfrågan" på tonsilloperation som tex riktlinjer för när antibiotika får förskrivas. I Holland tex där man är mycket restriktiv med antibiotika för tonsillit, är incidensen för tonsilloperation högre jämfört med flera andra europeiska länder. Även faktorer relaterat till arbetslivet som tex system för vård av sjukt barn kan påverka.

Unge og voksne med kronisk tonsillitis

För detta PICO finns inga RCT-studier. Den kliniska bedömningen och hanteringen av denna patientgrupp hanteras mycket olika i de rika länderna. I Sverige tex så anses inte kronisk tonsillit i normalfallet vara en godkänd indikation för tonsillektomi. Argumentet för detta har varit att nyttan är osäker och därför kan inte risken för komplikationer motiveras. Jag är osäker på om man kan hävda att det är god praxis att operera bort halsmandlarna på indikationen kronisk tonsillit.

Tonsillektomi under indlæggelse eller som ambulans kirurgi

Inget att tillägga.

Postoperativ smertebehandling

Genom att ställa PICO-frågan "Bør smertebehandling af unge og voksne efter udskrivelse efter tonsillektomi inkludere paracetamol og NSAID eller paracetamol, NSAID og ved behov i tillæg opioid?" besvaras inte frågan om hur denna grupp patienter bäst smärtbehandlas. Idag finns mycket kunskap om smärtbehandling för denna grupp som inte beaktas i genomgången:

- Vad är teurapeutisk dos för optimal smärtlindring med paracetamol? Det finns studier som visar att dosen paracetamol behöver höjas för uppnå adekvat smärtlindring. Många använder en högre laddningsdos vid induktion av anestesi och följer sedan upp med högre dos de första tre dygnen efter operation.
- Vad är basen i smärtbehandling? Paracetamol eller NSAID-preparat? Det finns skäl att rekommendera NSAID som bas i behandlingen. Det har betydelse för vilket preparat som först trappas ut.
- En varning för användande av kodein pga dess andningsdeprimerande effekt är relevant. Även opoider har andningsdeprimerande effekt och av det skälet bör försiktighet tillämpas vid användning på barn med OSAS. Det finns en färsk studie från USA som visat att det förekommer mortalitet i denna patientgrupp vid användande av opoider⁸⁻¹⁰.

- Vad är ersättningspreparat till opoider? I Sverige används i detta sammanhang bethamethasone och clonidin.

Det finns en nyligen publicerad kunskapsgenomgång om smärtlindring efter tonsilloperation som utgår faktaunderlaget för de svenska guidelines: Int J Pediatr Otorhinolaryngol. 2015 Apr;79(4):443-50. doi: 10.1016/j.ijporl.2015.01.016. Epub 2015 Jan 24. Swedish guidelines for the treatment of pain in tonsil surgery in pediatric patients up to 18 years. Ericsson E, Brattwall M, Lundeberg S.

Referenser:

Skall vara Östvoll, inte Östervoll

Skall vara Hessen-Söderman, inte Södermann

. / Sammanställt av Joacim Stalfors den 1:a dec 2015

Referenslista:

1. Schechter S. Technical Report: Diagnosis and Management of Childhood Obstructive Sleep Apnea Syndrome. *Pediatrics* 2002;109:e69
2. Lofstrand-Tidestrom B, Hultcrantz E. The development of snoring and sleep related breathing distress from 4 to 6 years in a cohort of Swedish children. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol* 2007;71:1025-1033.
3. Valtonen H, Qvarnberg Y, Blomgren K. Patient contact with healthcare professionals after elective tonsillectomy. *Acta Otolaryngol* 2004;124:1086-1089.
4. Fox R, Tomkinson A, Myers P. Morbidity in patients waiting for tonsillectomy in Cardiff: a cross-sectional study. *J Laryngol Otol* 2006;120:214-218.
5. Leiberman A, Stiller-Timor L, Tarasiuk A, Tal A. The effect of adenotonsillectomy on children suffering from obstructive sleep apnea syndrome (OSAS): the Negev perspective. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol* 2006;70:1675-1682.
6. Social- och hälsovårdsministeriets handböcker 2005:6, Helsingfors 2005, Enhetliga grunder för icke-brådskande vård, sidan 155
7. Management of Sore Throat and Indications for Tonsillectomy. Sign publication number 34, Jan 1999, Royal College of Physicians, Scottish Intercollegiate Guidelines Network
8. Goldman JL, Baugh RF, Davies L et al (2013) Mortality and major morbidity after tonsillectomy: etiologic factors and strategies for prevention. *Laryngoscope* 123(10):2544–2553
9. European Medicines Agency (EMA). Restrictions on use of codeine for pain relief in children—CMDh endorses PRAC recommendation. Published online June 28 2013. Available at http://www.ema.europa.eu/docs/en_GB/document_library/Press_release/2013/06/WC500144851.pdf. Accessed Mar 2014
10. U.S Food and Drug Administration (FDA). FDA warns of risk of death from codeine use in some children following surgeries. Published online aug 15 2012. Available at <http://www.fda.gov/newsevents/newsroom/pressannouncements/ucm315601.htm>. Accessed Mar 2014

AGREE-värdering för

National klinisk retningslinje for fjernelse af mandler (tonsillektomi)

1. Agree värdering= 5

Kommentar:

Skillnader i outcome finns beskrivet från många studier men den samlade hälsoeffekten av konsekvenserna av retningslinjen är inte beskrivet i rapporten.

2. Agree-värdering=7

3. Agree-värdering=6

Definitionen av begreppen "Søvnforstyrrende vejrtrækning", "hypertrofiske tonsiller" och "obstruktive symptomer" behöver göras tydligare.

Åldersindelningen i PICO "**Børn med recidiverende akut tonsillitis**" respektive "**Unge og voksne med kronisk tonsillitis**" begränsar starkt möjligheten att sammanställa de bra studier som finns inom området, se kommentar i min review. Diagnosgrupperna behöver definieras med ICD-10 koder.

4. Agree-värdering: 6

Enligt retningslinje har Dansk Selskab for Almen Medicin varit med i peer-review och offentlig höring. Eftersom den patientgrupp som behandlas är stor och många söker initialt hos allmänläkare kan det ha varit ett värde att ha en representant med i arbetsgrupp eller referensgrupp.

5. Agree-värdering=2

Man har inhämtat patient-erfarenhet genom att ta med studier med PROM/PREM data. I gruppen har inte ingått patientrepresentant, sannolikt för att dylika patientgrupper inte finns organiserade.

6. Agree-värdering=6

En process för en diagnos/operation startar hos patientens upplevelse av besvär och ett önskemål om att få hjälp med att eliminera dessa. I retningslinjen saknas en beskrivning hur patientens väg i vården ser ut tills den hamnar hos ÖNH-specialist. Hur skall dessa kontakter samordnas för att implementera retningslinjen?

7. Agree-värdering=7

8. Agree-värdering=7

Med ett minus för referenslistan.

9. Agree-värdering=7

I huvudsak en mycket bra genomgång av evidens och bra sammanställningar. I förutsättningarna har man bestämt att inkludera endast RCT och stora välgjorda studier (tex register). Om man vill inkludera den kunskap som finns mindre studier (utan kontroll) kan metaanalyser utföras, men i denna retningslinje har man valt inte göra det.

10. Agree-värdering=7

I retningslinjen hänvisas till metodhandbok som jag inte har läst. Med hänsyn taget till slutresultatet har systematiska metoder använts för sammanställning och analys av evidens.

11. Agree-värdering=6

I beskrivning av barn med övre luftvägsobstruktion behöver nyttan av kirurgi beskrivas tydligare och genom all de utfallsvariabeler som finns studerat. Dessutom bör nyttan med operation beskrivas före avsnittet om komplikationer i "Tonsillektomi eller tonsillotomi til børn med obstruktive symptomer"

12. Agree-värdering=5

Børn med søvnforstyrrende vejtrækning samt hypertrofiske tonsiller: I slutsatsen står det "Overvej att...". Borde det inte stå "Svag/betinget anbefaling for" om nomenklaturen för "anbefalingens styrke" skall användas?

Genom att dela in "Børn med recidiverende akut tonsillitis" och

"Unge og voksne med recidiverende akut tonsillitis" i två grupper går ej att finna studier som ger evidens till frågorna, se mina kommentarer i review.

Det saknas stöd för rekommendation av tonsillektomi för kronisk tonsillit.

Genomgången av smärtlindring efter tonsilloperation belyser inte viktiga frågor kring dos och behandling av genombrottsmärtor. Det saknas även en belysning av smärtbehandling kring hela processen för patienter, dvs pre-per- och postoperativt.

13. Agree-värdering=7

14. Agree-värdering=1

Jag kan inte hitta någon beskrivning av hur dokumentet skall uppdateras.

15. Agree-värdering=6

Se ovan om definitioner, val av åldersindelning av infektions-gruppen, beskrivning av symtombefrielse av barn med övre luftvägsobstruktion.

16. Agree-värdering=6

Ja, för behandling av övre luftvägsobstruktion avseende val av tonsillektomi eller tonsillotomi. För återkommande infektionsbesvär har inte användning av antibiotika belysts, men det var å andra sidan inte en del av PICO. Smärtbehandling i samband med tonsilloperation är inte belyst på ett fullständigt sätt.

17. Agree-värdering=7

18. Agree-värdering=4

Det saknas en beskrivning av ersättningssystemet för handläggning och operation av tonsiller. Hur ersättning ges påverkar direkt hur en retningslinje verkligen påverkar klinisk praxis. På motsvarande sätt kan över försäkringssystemet (för vård av sjuka barn) påverka hur föräldrar söker vård och kräver åtgärder.

19. Agree-värdering=7

Det finns en tydlig och samlad beskrivning av hur dessa guidelines skall implementeras.
Hur dessa planer är genomförbara i den danska miljön kan jag inte bedöma.

20. Agree-värdering=1

Finns inte.

21. Agree-värdering=5

Ja, för återkommande infektioner i tonsillerna men inte för kronisk tonsillit eller övre luftvägsobstruktion.

22. Agree-värdering=7

23. Agree-värdering=1

Jag kan inte hitta en beskrivning av competing interest?!

Overall guideline assessment

1. Agree-värdering=6

2. Yes, with minor modifications

Sammanställt av J.Stalfors 5 Dec 2015