

Reseberättelse IAPO 6-8 september 2013-09-14

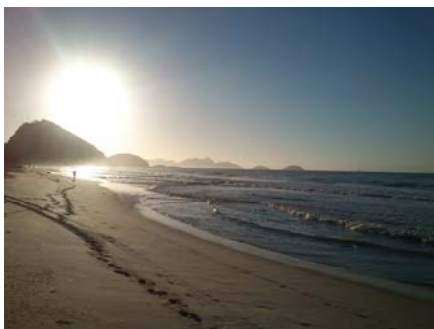
Ann Hermansson



Alla som är intresserade av Pediatrik ÖNH och dessutom vill öva sin spanska eller portugisiska ska definitivt hålla utkik efter nästa IAPO möte. Mötet hålls med tre officiella språk spanska, portugisiska och engelska och simultantolkning. Ovan som man är vid simultantolkning är detta den enda stora nackdelen med mötet utom möjligen att det är i Sao Paulo. Det lägger ju också hinder i vägen för diskussioner under pågående möte men eftersom den sociala samvaron mellan föreläsarna är minst sagt intensiv gör det inte så mycket. Varje kväll är det ordnat faculty-dinner där det ges rika möjligheter till diskussioner. Man kan förstå att vi provat inte bara massor av olika grillat kött utan också Caipirinhas.....



Förra gången jag var på mötet reste jag fram och tillbaka över en helg vilket var i högsta grad påfrestande och kändes lite onödigt eftersom biljetten blev onödigt dyr också. Denna gång köpte jag en billigare biljett via Rio och fick chansen att springa på Copacabana också! Inte frös man ihjäl heller fast det var vinter. "Bara" 25-30 grader i luften och 20-25 i vattnet!



Det vetenskapliga programmet var också denna gång imponerande och höll verkligen på hela dagen. Snabba ryck med den ena föreläsaren bättre än den andra. Simultantolkningen gjorde de portugisiska bidragen svåra att följa för mig (jag klarar spanskan utan tolk) men det är också spännande att höra saker presenterade med en sydamerikansk twist!

Fredagen den 6/9

Första dagen var egentligen ett satellitmöte fokuserat på luftvägar. Mest talades det medfödda missbildningar och främmande kroppar. Det var också mycket diskussioner om rak eller flexibel scopi och man kom fram till precis det samma som vi att en kombination är det bästa! Paul Willing från Cincinnati Childrens hospital föreslog en algoritm som gick ut på

Distal patologi - flexibelt
Främmande kropp - rakt
Även i dessa fall bör båda göras!

Rakt + kan jobba och se bättre (med optiker!)
 - kan vara svåra att få ned ffa vid missbildningar
Flexibelt + snällt, anatomisk diagnos hos spontanandande, kommer långt ut
 - sämre bild, bakväggen svår att visualisera

Vilket vi ska välja i första hand beror på många faktorer

Vad har vi?

Vad kan vi? (I Cincinnati ville narkosläkarna alltid att ENT skulle välja raka skop vid akuta skopier för det var "säkrast så"!)

Vad är problemet? Statiskt eller dynamiskt?

Take home message var **"The endoscope is not as important as the endoscopist driving the endoscope"**

Därefter pratade Peter Koltai från Stanford om främmandekroppsextraktion. Ett föredrag som han inledde med att berätta om Chevalier Jackson (f1886) och hans arbete med att utveckla endoskop och endoskopi från 1908 och fram till sin död 1958. Han fortsatte senare med ett föredrag om laryngomalaci där han poängterade att symptomen oftast kommer 7-10 dagar efter födelsen och ibland kan vara väldigt oklara med dålig viktuppgång och aspiration som främsta symptom. Trots detta är det inte diagnosen som är den stora utmaningen utan vilka som ska behandlas! Problemen kan ligga främst hos epiglottis eller mer på nivån ett "floppy" larynx. Sömnregistrering kan vara till god hjälp för att avgöra behovet av åtgärd. Oftast klassificeras problemen som milda (högljudd andning men inga problem), moderata (uppfödningproblem men inget annat.) Kan man se stämbandena?) eller grava (dålig tillväxt och ev. hjärt/lung problem!). Behandling är i första hand konservativ med positionering och tjockare föda. Vid operation avlägsnas mjukdelar med laser men om brosk ska bort görs det alltid med kallt stål. Man opererar 180 "superglottoplastys" per år vid Stanford.

Därefter tog Philippe Monnier från Lausanne vid för att tala om kongenitala larynxanomalier (där laryngomalaci utgör 60 %). Diagnostiskt talade han sig varm för vakna skrikande barn och fiberlaryngoskopi! Rör sig arytenoidbrosket? På riktigt eller är det medrörlighet? Tänk på att utesluta CNS påverkan! (Arnold-Chiari? Blödning vid födelsen?) Går det att undvika trach är det bra! Inglis, Rutter och Rovo procedure visades. Efter fiket kom han tillbaka och talade om kongenitala subglottiska stenoser. Massor av olika diagnoser och orsaker. Mycket talades

om den stora risken för postintubationsproblem och att upprepade ballongdilattationer oftast löser det. Vid laryngeala web är prognosen utmärkt för luftvägen och usel för rösterna vilket han visade flera fall som illustrerade. Cricoid split och vidgning fick vi se flera fall av. Vid elliptisk cricoid – intubera inte! Vidga eller tracha!

Francoise Denuoyelle från Paris talade sedan om propranolol och annan behandling vid hemangiom och lymfangiom. Behandlingen startades i stor skala 2009 och fungerar bra eller mycket bra i över 75 % av fallen utan annan åtgärd! Effekten sätter in efter 2 till 15 dygn och det finns ännu inga säkra studier på vilka behandlingstider som behövs. Just nu rekommenderade man att behandla fram till 12 månaders ålder dock alltid i minst 9 månader. Ibland tillägg av steroider initialt och ibland kombinerat med laserbehandling särskilt vid små förändringar som inte svarar på medicinsk behandling.

Stenoser i luftvägarna belystes sen av flera talar. Slide tracheostomy enligt Rutter och pericardial patch visades. Stenter diskuterades. En talare hävdade att det heter stent efter Charles Stent. Visste jag inte så jag kollade Wikipedia :

The origin of the word "stent" remains unsettled. The verb form "stenting" was used for centuries to describe the process of stiffening garments (a usage long obsolete, per the [Oxford English Dictionary](#)) and some believe this to be the origin. According to the Merriam Webster Third New International Dictionary, the noun evolved from the Middle English verb stenten, shortened from extenten, meaning to stretch, which in turn came from Latin extensus, past participle of extendere, to stretch out. Others attribute the noun "stent" to [Jan F. Esser](#), a Dutch plastic surgeon who in 1916 used the word to describe a dental impression compound invented in 1856 by the English [dentist Charles Stent](#) (1807–1885), whom Esser employed to craft a form for facial reconstruction. The full account is described in the Journal of the History of Dentistry.^[1] According to the author, from the use of Stent's compound as a support for facial tissues evolved the use of a stent to hold open various bodily structures. The first (self expanding) "stents" used in medical practice in 1986 by [Ulrich Sigwart](#) in Lausanne were initially called "Wallstents". Julio Palmaz et al. created a balloon expandable stent that is currently used.^[2]

Alltså ”unsettled”. Alltid lär man sig något! I alla fall presenterades passiva och aktiva stenter. Man diskuterade också problem med att försöka avlägsna stenter och att det är mycket problem även i övrigt – men ofta är enda möjligheten! Philip Monnier talade sedan om öppen kirurgi av stenoser och visade fascinerande operationsvideor.

Ett insiktsfullt föredrag om robotkirurgins pros and cons i den pediatrika luftvägen var också mycket givande att lyssna till. Soham Roy från Huston visade bilder på nyfödda pyttebarn i jätterobotar!

På kvällen hamnade jag och Philip Monnier vid en bordsända tillsammans med portugiser som inte pratade engelska. Det gjorde ingenting alls! Han var lika trevligt middagssällskap som han var god föreläsare.



Lördagen den 7/9

Dagen efter inleddes det stora mötet (Och då snackar vi stort! Över tusen deltagare!) i pediatrik ÖNH. Efter att mötet inletts med Brasilianska nationalsången och välsignats av en katolsk präst, en protestantisk pastor och en rabbin körde vi igång med tonsiller! Ron Mitchell från Dallas talade om indikationer för och effekter av TE och abrasio. Man spekulerade också kring GAS vaccination som skulle kunna minska risken för att utveckla tonsillhypertrofi. Problemet är de många Emm typerna! (Dock täcker de 6 vanligaste 70 % av barninfektionerna i USA). Det har kommit nya guidelines för tonsillektomi i USA (http://oto.sagepub.com/content/144/1_suppl/S). Ron Mitchell hade varit med och skrivit dem men det framgick att han tyckte att det blivit lite väl mycket påverkan från barnläkare och kliniska fysiologer. Han höll dock med om att sömnregistrering borde göras hos

- barn under 3 år
- alla med komplicerande sjukdomar
- alla med osäker indikation
- alla i riskgrupper

Resultaten av CHAT studien (Childhood Adenotonsillectomy Study for Children With OSAS) har visat att en patologisk AHI normaliseras på 7 månader hos 46 % av icke opererade och 79 % av opererade barn!(hos feta 29 resp 68 %). Hans take home message var "A period of watchful waiting is a good option in all children". Känns som om Region Skåne läst den studien! !

Intresset för att diskutera hur man skulle göra operationen var svalt. Alan Cheng från New Zealand/Sydney presenterade dock olika metoder att göra tonsillektomi. Natan Noviski från PICU (Pediatric Intensiv Care Unit) Harvard talade om narkosrisker och samarbete och betonade att kortisonbehandling peroperativt ska ges men ingen antibiotika! Cave kodein postoperativt! Istället rekommenderades ibuprofen (Motrin®).

Sally Shott från Cincinnati talade insiktsfullt om ÖNH problem hos barn med Downs syndrom som ju fortfarande är vanligt i USA. Jag hade inte riktigt fattat att prenataldiagnostiken inte alls slagit igenom på andra sidan Atlanten. Mycket tänkvärt! Efter lunchen som serverades halv tre (!) pratade Paul Willing om sväljningsproblem hos friska barn men framförallt hos barn som sondmatats i början av livet! Också mycket tänkvärt! Lucinda Halstead från Charleston följde upp med att tala om afoni hos friska och missbildade barn och om röstträning.

Eftermiddagskaffe serverades halv sex på kvällen och sen höll Joe Kerschener från Wisconsin ett mycket bra föredrag om muciner och biofilm. Lite av mitt favoritämne men många kliniker suckade lite. Mycket bra sammanfattning tycker jag. MUC 5 fortfarande extra intressant och man har slagit fast att MUC5AC kommer från bägarcellerna! Man har också visat att MUC5AC i sekretet korrelerar till hörselnedsättningen preoperativt vid rörsättning! Richard Rosenfeld från Brooklyn NY talade sen om otitbehandling men det var inget nytt. Deras guidelines är nästan precis som våra och inget nytt har hänt sista två åren.

En lång dag minst sagt och så middag på Moderna museet i Sao Paulo.



Söndag 8/9

Tidig morgon med första föredraget 07.30!

Otitis media var ämnet för morgonsessionen med föredrag om cholesteatom mer av typen "How I do it" och ett mycket trevligt föredrag av André Sibbald från Argentina om att man fortfarande inte kan hitta otiter med hjälp av olika "scoring sheats". En hel del mikrobiologi också där man fokuserade på virus roll och förmågan att bana väg för bakterier vid övre luftvägsinfektioner. Hela morgonen var mycket sydamerika och inte så mycket nytt. Efter fiket talade Peter Koltai om Näsfrakturer och missbildningar hos barn vilket var mycket lärorikt. Fuad Baroody från Chicago talade sedan om barnsinuiter i två halvtimmes långa föreläsningar. Det bästa jag hört i ämnet! Efter lunchen pratade Diego Preciado från Washington om komplikationer till sinuiter både orsaker och behandling. Mycket mera återhållsamt med kirurgi än för tio år sedan men endoskopiskt ska det vara!

Lika spännande var Paul Krakovitz (Cleveland, Ohio) sammanfattning om Wegener och ENT. Dessutom ett föredrag om PFAPA (eller Marshalls syndrom) där man åter bekräftade effekten av kirurgi och rekommenderade detta. Jag är också av den meningen (utan vetenskapligt belägg) och blir därför glad när ämnet kommer upp.

Ett tufft möte med massor av bra föredrag! Jag har inte presenterat alla!

Sammanfattningsvis försöker jag komma tillbaka nästa gång!



Inflygning till Stockholm en sen septemberkväll! Nästan hemma!