

## 5. Zusammenfassung

Die eingangs formulierten Fragestellungen können zusammenfassend beantwortet werden:

### **1. Wie groß war die Übereinstimmung zwischen der präoperativen und der operativen Diagnose? Es wurden verschiedene klinische Diagnoseverfahren untersucht.**

1. Die Ohrspiegelung im Rahmen der klinischen Voruntersuchung war ein ungenaues Kriterium zur Diagnose eines Paukenergusses bei Kindern zwischen ein und zwölf Jahren.
2. Die Tympanometrie erreichte, wenn sie nicht länger als 14 Tage vor der Operation durchgeführt wurde, eine Sensitivität von 92% und eine Spezifität von 60% zur Diagnose eines Paukenergusses.
3. Die Audiometrie bestimmte einen Paukenerguss mit einer Sensitivität von 96,2% und einer Spezifität von 72,7%, wenn sie nicht länger als 14 Tage vor der Operation durchgeführt wurde.

### **2. Gab es Konstellationen/Befunde, die häufiger mit einem Paukenerguss assoziiert waren?**

Häufig mit einem Paukenerguss assoziiert waren ein Alter zwischen ein und sechs Jahren ( $p < 0,001$ ), das männliche Geschlecht ( $p < 0,001$ ) und eine große Tonsilla pharyngea ( $p = 0,023$ ).

Eine jahreszeitliche Abhängigkeit der Erkrankung wurde in der vorliegenden Untersuchung nicht festgestellt.

### **3. Können Aussagen bezüglich des postoperativen Verlaufs und der Rezidivrate der sekretorischen Otitis media gemacht werden?**

Die durchschnittliche Zeit, in der Kinder nach Einlage von Paukenröhrchen ihre Ohren vor Wasser schützen mussten, betrug 10,6 Monate. Zu einer Otorrhoe aus den Drainageröhrchen kam es in mit Literaturangaben vergleichbaren 21% (n=25) der 120 nachbeobachteten Ohren. Die Otorrhoe trat nach durchschnittlich vier Monaten auf.

Von den 150 nachbeobachteten Patienten waren 62% (n=91) nach einer durchschnittlichen Beobachtungszeit von 28 Monaten ohne jegliche erneute Beschwerden.

23% (n=35) der Patienten entwickelten erneute otogene Beschwerden und wurden mit Antibiotika behandelt.

12% (n=18) der Patienten wurden aufgrund erneuter otogener Beschwerden nochmals operiert.

Bei den Patienten, die erneute Beschwerden entwickelten, traten diese im Durchschnitt 8,9 Monate nach der Operation auf.

### **4. Gab es Faktoren, die den postoperativen Verlauf und die Rezidivhäufigkeit beeinflussten?**

1. Keinen signifikanten Einfluss auf den postoperativen Verlauf hatten das Alter und das Geschlecht der Patienten, die Jahreszeit, in der die Operation durchgeführt wurde sowie eventuelle Voroperationen aufgrund der sekretorischen Otitis media.
2. Patienten mit präoperativ großen Adenoiden entwickelten signifikant ( $p=0,025$ ) häufiger postoperative otogene Beschwerden. Zu Revisionsoperationen kam es mit zunehmender Adenoidengröße jedoch tendenziell seltener. Die Größe der Gaumenmandeln hatte keinen signifikanten Einfluss auf den postoperativen Verlauf.
3. Das intraoperative Vorhandensein von Paukensekret war kein Einflussfaktor auf die postoperative Rezidivrate. Wurde Sekret aspiriert, so stellte dessen Konsistenz einen prognostischen Faktor dar. Mit zunehmender Zähigkeit war die Rate

postoperativer otogener Beschwerden signifikant häufiger ( $p=0,031$  bei Parazentese bzw.  $p=0,041$  bei Paukendrainage). Die Häufigkeit von Revisionsoperationen war nicht von der Konsistenz des intraoperativen Paukensekrets abhängig.

4. Die Ohren, die eine Paukendrainage erhalten hatten, zeigten postoperativ tendenziell seltener erneute otogene Beschwerden als Ohren, die nur eine Parazentese erhalten hatten. Die Dauer bis zum Auftreten erneuter Beschwerden war mit 9,2 Monaten geringfügig länger nach Paukendrainage als nach Parazentese (8,6 Monate). Erneute Ohroperationen wurden nicht seltener nach Paukendrainage durchgeführt.
5. Nach einer begleitenden Laser-Tonsillotomie oder Tonsillektomie traten tendenziell weniger erneute otogene Beschwerden auf, und es mussten tendenziell weniger Revisionsoperationen durchgeführt werden.