

Bästa behandlingen vid tinnitus:

Goda råd och ett gott psykologiskt omhändertagande

Invaliderande tinnitus, som drabbar en liten grupp av tinnituspatienterna, utgör fortfarande ett olöst problem vad gäller etiologi och verk-samma behandlingar. På senare tid har forskningsinsatserna intensifierats, och förhoppningsvis kommer framtiden att kunna ge oss en klarare bild av de mekanismer som gör att tinnitus för vissa patienter innebär stora besvär. Inga tydliga samband har ännu konstaterats mellan upplevd ljudstyrka och besvärens svårighetsgrad. Det kan dock inte uteslutas att ljudstyrkan samvarierar med andra faktorer. Här står forskningen inför en viktig uppgift.

Nya rön om hjärnans betydelse

Pawel Jastreboff och Jonathan Hazell [1] utvecklade under början av 1990-talet en »neurofysiologisk» modell för hur tinnitus blir till en besvärande upplevelse för patienten. Utifrån en snillrik djurmodell utvecklade de en teori som förenklat går ut på att den »meningslösa» tinnitussignalen färgas emotionellt i det limbiska systemet och att personen således sensitiserar till det inre ljudet, som får en negativ innebörd och mening. Den känslomässiga tolkningen av våra perceptioner blir en viktig pusselbit i försöket att förklara hur tinnitusbesvär uppstår. Dessutom har denna modell betydelse för huruvida tinnitus över huvud taget uppmärksammas.

En särskilt viktig implikation av Jastreboffs och Hazells modell är hur tinnituspatienten bör förhålla sig till maske-

rande ljud, dvs ljud i syfte att störa ut tinnitus. Detta behandlingsalternativ har tidigare varit en besvikelse. Det nya är att tinnitus inte bör täckas helt utan snarare bli en del av ett naturligt bakgrunds-ljud genom att örat stimuleras med svagt brus som innehåller alla hörbara frekvenser/tonhöjder, s k vitt brus.

En mycket intressant forskning har gällt hur pass försämrad hjärnans ljudbearbetning är hos svårt drabbade tinnituspatienter. Vissa studier tycks tyda på förändrade retningspotentialer både på kortikal nivå [2] och hjärnstamsnivå [3]. PET-studier antyder också en kortikal hyperaktivitet hos tinnituspacienten [4]. Denna forskning kommer förhoppningsvis att ge tydligare svar och eventuellt bekräfta den neurofysiologiska modellen.

Vidare har Andersson och McKenna [5] teoretiserat kring en stressårbarhetsmodell för tinnitus vilken, om den bekräftas av senare forskning, kan komma att ha behandlingsimplikationer.

Behandlingsalternativ

Endast i undantagsfall och för särskilda former av tinnitus finns det en botande behandling. Då vi ännu inte vet säkert hur tinnitus uppstår är det inte förvånande att bilden är splittrad och i många stycken nedslående vad gäller forskningen om möjlig terapi.

Ett flertal *farmaka* har prövats; i en översikt drogs slutsatsen att inget långsiktigt verkande medel finns för att släcka ut tinnitus [6]. Något mer positivt är resultatet av behandling med antidepressiva [7], men troligen är detta aktuellt endast för en undergrupp av tinnituspacienter.

Kirurgisk behandling är indikerad främst vid behandling av akustikusneurinom. En nyligen publicerad studie visade dock att tinnitus oftast stannar kvar efter operationen, även om få patienter skattade sin tinnitus som mycket besvärande (grad 3) [8].

Akupunktur har vid några tillfällen förts fram som ett behandlingsalternativ; så är också fallet i artikeln i detta nummer av Läkartidningen. Vår läsning av den kontrollerade forskningen ger dock inte något stöd för reguljär tillämpning av akupunktur, särskilt med tanke på frånan av långtidseffekter [9].

Vi vill understryka betydelsen av kontrollerade undersökningar och anser därför att studien av Furugård och medarbetare är viktig. Dock är vi tveksamma till slutsatsen att akupunktur är värd att pröva, då det i vår erfarenhet är mycket sällsynt med lyckade fall; några patienter berättar till och med om en försämring av symtomen.

Bettskena. I litteraturen finns ett flertal undersökningar publicerade kring ett eventuellt samband mellan tinnitus och käkledsproblem. Denna hypotes är såvitt vi kan se inte fullständigt utredd [10] och behandlingen, dvs bettskena, har oss veterligen ännu inte prövats tillräckligt.

Möjligen gäller även här att detta alternativ kan passa för en undergrupp av patienter.

Ännu en undergrupp kan vara betjänta av *elektrisk stimulering av hörselnerven* i samband med s k kokleärt implantat. Forskningen kring elektrisk stimulering är inte entydig och det är tveksamt om detta är en framkomlig väg för tinnituspacienter med funktionell hörsel [11].

Den nya synen på *maskeringsbehandling* med »white noise generator» har rönt stor uppmärksamhet internationellt, och fantastiska resultat har hävdats av Jastreboff och Hazell. Ännu har dock ingen kontrollerad undersökning publicerats av deras forskargrupp; en nyligen publicerad studie med vittbrusgenerator som en betingelse [12] gav betydligt blygsammare resultat. Vi ser dock med spänning fram emot ytterli-

Författare

LEIF LYTTKENS
överläkare, docent

GERHARD ANDERSSON
leg psykolog, docent; båda vid audiologiska avdelningen, Akademiska sjukhuset, Uppsala.

Tinnitus fortfarande
ett olöst problem.

ILLUSTRATION: LASSE PERSSON

gare forskning kring denna behandlingsform.

Naturläkemedel nämns ibland som möjliga behandlingsalternativ vid tinnitus. Den kontrollerade forskningen kring t ex ginkgo biloba är dock nedslående [13], men vi kan inte utesluta att enstaka patienter kan uppleva viss hjälp. Dessa resultat måste dock ses i relation till en möjlig placeboeffekt [14], där sannolikt omhändertagande och psykologiska faktorer inverkar.

Med tanke på såväl vissa likheter med kronisk smärta som det goda forskningsstöd som föreligger för psykologiska behandlingsmetoder för smärta är det inte förvånande att *psykologisk behandling*, s k beteendemedicin, har utvecklats och prövats för tinnitus. Särskilt kombinationen avslappning-kognitiv beteendeterapi har i kontrollerade studier visat sig vara effektiv, och relaterade studier kring självhypnos ger stöd för dessa fynd [15]. I jämförelse med övrig behandling har beteendemedicinska interventioner gott stöd.

Omhändertagande

Det är viktigt att se problemet med tinnitus utifrån olika vårdnivåer [16]. Korrekt information om tinnitus bör ges redan hos allmänläkaren, där även hörselscreening bör utföras. Svårare fall och fall med asymmetrisk hörselnedsättning remitteras vidare till öronläkare eller audiolog för utvidgade test. För patienter med tinnitus av grad 2–3 bör multidisciplinära insatser övervägas.

Information är av yttersta vikt, men räcker inte i de svårare fallen [17]. För dem kan bl a behandling av psykolog med kognitiv beteendeterapeutisk inriktning [18] bli aktuell. Vi vill dock understryka att de flesta patienter inte går vidare till psykologbehandling.

Svårare psykiatrisk problematik (t ex depression) kan förekomma. I dessa fall är det viktigt att en korrekt psyki-

atrisk bedömning görs, följd av adekvat behandling.

Vi hoppas att den fortsatta forskningen kommer att ge ökad kunskap om etiologi och behandling av tinnitus. Det är olyckligt att verkningslösa behandlingar får marknadsföras, och vi ser en risk i att patienter invaggas i falska förhoppningar då de snarare behöver råd för att kunna hantera sina besvär bättre.

Tyvärr finns det i stort ingen botande behandling för de allra flesta former av tinnitus, och än så länge finns det ingen behandling som är överlägsen psykologiskt omhändertagande. Mer forskning behövs för att kunna identifiera undergrupper av tinnitus.

Referenser

1. Jastreboff PJ, Hazell JWP. A neurophysiological approach to tinnitus: clinical implications. *Br J Audiol* 1993; 27: 7-17.
2. Jacobson GP, Calder JA, Newman CW, Peterson EL, Wharton JA, Ahmad BK. Electrophysiological indices of selective auditory attention in subjects with and without tinnitus. *Hear Res* 1996; 97: 66-74.
3. Rosenhall U, Axelsson A. Auditory brainstem response latencies in patients with tinnitus. *Scand Audiol* 1995; 24: 97-100.
4. Arnold W, Bartenstein P, Oestreicher E, Römer W, Schwaiger M. Focal metabolic activation in the predominant left auditory cortex in patients with tinnitus: a PET study with (18F) deoxyglucose. *ORL J Otorhinolaryngol Relat Spec* 1996; 58: 195-9.
5. Andersson G, McKenna L. Tinnitus masking and depression. *Audiology*. Under publ.
6. Murai K, Tyler RS, Harker LA, Stouffer JL. Review of pharmacological treatment of tinnitus. *Am J Otol* 1992; 13: 454-64.
7. Sullivan MD, Katon WJ, Russo JE, Dobie

RA, Sakai C. A randomized trial of nortriptyline for severe chronic tinnitus. *Arch Intern Med* 1993; 153: 2251-9.

8. Andersson G, Kinnefors A, Ekvall L, Rask-Andersen H. Tinnitus and translabyrinthine acoustic neuroma surgery. *Audiology Neuro-Otology* 1997; 2: 403-9.
9. Andersson G, Lyttkens L. Acupuncture for tinnitus: time to stop? *Scand Audiol* 1996; 25: 273-5.
10. Chan SWY, Reade PC. Tinnitus and temporomandibular pain-dysfunction disorder. *Clin Otolaryngol* 1994; 19: 370-80.
11. Hazell JWP. Electrical tinnitus suppression. In: Cooper H, ed. *Cochlear implants. A practical guide*. London: Whurr, 1991: 355-69.
12. Dineen R, Doyle J, Bench J. Managing tinnitus: a comparison of different approaches to tinnitus management training. *Br J Audiol* 1997; 31: 331-44.
13. Holgers KM, Axelsson A, Pringle I. Ginkgo biloba for the treatment of tinnitus. *Audiology* 1994; 33: 85-92.
14. Duckert LG, Rees TS. Placebo effect in tinnitus management. *Otolaryngol Head Neck Surg* 1984; 92: 697-9.
15. Andersson G, Melin L, Hågnebo C, Scott B, Lindberg P. A review of psychological treatment approaches for patients suffering from tinnitus. *Ann Behav Med* 1995; 17: 357-66.
16. Lyttkens L. Tinnitus – utredning, handläggning och behandling. *Läkartidningen* 1989; 86: 625-8.
17. Loumidis KS, Hallam RS, Cadge B. The effect of written reassuring information on out-patients complaining of tinnitus. *Br J Audiol* 1991; 25: 105-9.
18. Andersson G. Tinnitus – problem med psykologiska konsekvenser. *Psykologtidning* 1996; 42(4): 4-6.

Se även artikeln på sidan 1922
i detta nummer.