

Gäller för: Verksamhet Öron- Näs- och Halssjukvård
Innehållsansvar: Åsa Robinson, (asaro4), Överläkare
Granskad av: Flera granskare finns - se eftersättsblad
Godkänd av: Björn Torén Krusell, (bjoto2), Verksamhetschef

Giltig från: 2025-08-28

Giltig till: 2027-08-28

Rinosinuit, utredning och behandling

Syfte

Rutinen avser utredning och behandling av patienter på ÖNH med symptom eller objektiva fynd på rinosinuit eller sinuit.

Definition Sinuit

Rinosinuit är en inflammation av den respiratoriska slemhinnan i näsa och bihålor som kan orsakas av infektion eller akut eller kronisk inflammation på basen av allergi, överkänslighet, hormoner, mediciner, yrkesexponering eller endogena processer (polyper, GPA etc).

Symptom på rinosinuit är: nästäppa, snuva, nysningar, klåda, värk, tryckkänsla, nedsatt luktsinne.

På ÖNH undersöks alla patienter med rinosinuit med flexibelt eller stelt endoskop före och efter avsvällning.

CT sinus är i princip obligatorisk för all bedömning av sinussjukdom, undantaget akut sjukdom där detta ej bedöms indicerat.

Kronisk rinosinuit definieras som antingen nästäppa eller snuva (fram/bak)

samt ansiktssmärta/tryck **och/eller** nedsatt luktsinne > 12 veckor med endoskopiska tecken såsom polypos eller sekretion/svullnad kring mellersta näsgången **och/eller** med CT påvisad slemhinneförändring i bihålor eller meatus.

Arbetsbeskrivning- Behandling

Patienter med ensidig patologi såsom ensidig snuva, näsblödning, värk och/eller där ensidig patologi påvisats på CT/MR såsom förtätning eller benpåverkan skall bedömas utifrån möjligheten av en malign process. Om bedömningen är misstanke om malign process startas SVF. Om ingen misstanke om malign process bör dental genes uteslutas (remiss till Käkkirurgen Mölndal).

I. Akut bakteriell rinosinuit – patienten är inte tidigare antibiotikabehandlad

Generellt behövs ingen utredning utöver kliniskt status om inte patienten är påtagligt allmänpåverkad eller vid misstanke om komplikationer.

Behandling:

1. Primärt konservativ behandling (nasal steroid morgon *och* kväll i minst 6 veckor, avsvällande näsdroppar, antihistamin vid allergisk rinit, samt analgetika vid behov)
2. Vid försämring efter 5 dagar eller kvarvarande symtom efter 10 dagar bör antibiotika ges (10-14 dagars kur), i första hand PcV, men amoxicillin+klavulansyra eller tetracyklin kan övervägas att användas primärt om särskilda skäl föreligger.
3. ***Pat bör uppmanas att höra av sig inom 1 vecka vid utebliven förbättring.***

II. Akut bakteriell rinosinuit med terapivikt – patienten har erhållit antibiotika men ej blivit bra

1. Överväg lågdos CT-sinus, om misstanke om dental genes specificera detta i frågeställningen.
2. Odling, både från spolning och från meatus media, visar sällan aktuell patogen och har därför tveksam relevans.
 - Vid uttalad smärta och vargata kan spolning övervägas.

Behandling:

1. Byte till annat bredspektrumantibiotikum samt fortsatt nasal steroid morgon *och* kväll.
2. Dagliga nässköljningar med NaCl
3. Föreligger radiologiska tecken på vätskenivåer i maxillarsinus eller vid uttalad smärta och vargata kan käkspolning övervägas.
4. Vid uttalade eller allvarliga symtom bör tillståndet behandlas mer aggressivt (ställningstagande till CT, intravenös antibiotika, perorala steroider, kirurgi).
5. ***Pat bör uppmanas att höra av sig vid utebliven förbättring trots genomgången behandling.***

III. Kronisk rinosinuit utan näspolypos >12v-duration trots adekvat behandling

3. CT sinus (lågdos el. täta snitt beroende på frågeställning) utförs för att kartlägga anatomi och patologi. OBS fråga gärna specifikt om dental genes.
4. Då FESS övervägs beställ istället CT sinus med navigationsprotokoll.
 - Riktad provtagning kan övervägas vid misstanke om bakomliggande sjukdom (Wegener? Immunbrist?).
 - Föreligger allergi/astma, GERD eller KOL som kan tänkas påverka tillståndet remitteras patienten för lämplig utredning/behandling.
 - Odling har mycket tveksam relevans.

Behandling:

1. Dagliga nässköljningar med NaCl
2. Nasal steroid morgon *och* kväll.
3. Vid utebliven effekt bör kirurgi övervägas
4. Alternativt kan långtidsbehandling (3 månader) med lågdos makrolid startas. Detta skall endast initieras av ÖNH-specialist med särskild kompetens av näs/bihåle-sjukdom.
5. Peroral kortison har ingen visad effekt.

IV. Kronisk rinosinuit med näspolypos

- Vid ensidig polypös förändring i näsan skall px tas och utredning enligt SVF övervägas (se ovan)
- Beställ CT sinus
- Vid första gångs FESS för näspolypos skall px för PAD tas för att verifiera diagnosen och mängd eosinofiler efterfrågas. Detta kan påverka behandlingen i förlängningen då eosinofil näspolypos svarar bättre på steroidbehandling.
- Astma och ASA intolerans skall efterfrågas. Om astman inte är välinställd påverkar detta var och om patienten skall opereras. Vid allergi/astma som kan tänkas påverka tillståndet remitteras patienten för allergiutredning.
- Näspolypos (förekomst av bilaterala polyper utan misstanke om tumör) kan med fördel skötas inom primärvård eller primär specialist ÖNH sjukvård. Bedömning på SU bör ske då optimal medicinsk behandling är prövat och har fallerat samt att patienten är aktuell för ställningstagande till kirurgi eller second opinion.
- Efter FESS kirurgi bör patienten återgå till ordinarie behandlande läkare om inte särskilda skäl föreligger.

Behandling:

1. Alla patienter med okomplicerad näspolypos bör behandlas med nasal steroid i minst 3 månader. Effekt utvärderas. Vid god effekt behövs sannolikt livslång behandling.

2. Nässköljning med NaCl rekommenderas för symtomatisk lindring. 3. Vid otillräcklig effekt och vid svår polypos ges kortison peroralt i 3 veckor, förslagsvis 30 mg prednisolon/dag, dagsdos trappas ned med 10 mg varje vecka fram till utsättning. Kan återupprepas ytterligare 1-2 ggr/år. Vid upprepade steroidkur bör bentäthetsmätning utföras. Pat skall vid sidan av denna behandling, och även därefter, stå på nasalt kortison morgon och kväll.
4. Vid otillräckligt eller endast kortvarigt svar på steroider kan indikation för FESS föreligga om patienten har uttalade besvär. Preoperativt måste CT med navigationsprotokoll utföras. I normalfallet behövs inte preoperativ peroral kortisonkur men det kan övervägas i svåra fall. PAD tas vid avvikande utseende.
5. Patienter med astma, allergi och allra särskilt patienter med ASA/NSAID-intolerans får ägnas mer uppmärksamhet och perorala steroider används här mer frikostigt. Optimerad astmabehandling! Dessa patienter kan behöva opereras oftare.

Uppföljning efter operation, FESS

2-4 veckor efter operation bör patienten komma på återbesök för klinisk kontroll. NaCl-sköljningar skall initieras dagen efter operationen. Kortisonsköljningar kan övervägas. 1 ampull Budesonid blandas i 250 ml koksaltlösning och används till spolning morgon och kväll.

Patienten återupptar nasal steroid i sprayform eller som nässköljning dagen efter operation. Sannolikt behövs livslång behandling med nasal steroid. Detta kan skötas i primärvården för receptförnyelse och dylikt. De flesta patienter behöver inte kontrolleras ytterligare på ÖNH, enbart vid nya symtom.

Granskare/arbetsgrupp

Ola Sunnergren, överläkare ÖNH SU

Åsa Robinson, överläkare ÖNH SU

Information om handlingen

Handlingstyp: Rutin

Gäller för: Verksamhet Öron- Näs- och Halsjukvård

Innehållsansvar: Åsa Robinson, (asaro4), Överläkare

Granskad av: Åsa Robinson, (asaro4), Överläkare, Ola Sunnergren, (olasu2), Överläkare/Universitetslekt

Godkänd av: Björn Torén Krusell, (bjoto2), Verksamhetschef

Dokument-ID: SU9821-892910994-27

Version: 12.0

Giltig från: 2025-08-28

Giltig till: 2027-08-28