

## Rinosinuit fallbeskrivning

2021-03-18, reviderad senast 2026-03-30

Mikaela 44 år insjuknade för knappt två veckor sen med snuva, nästäppa och lättare hosta och fick efter ett par dagar tryckkänsla över kinder och panna. Hon söker nu vårdcentralen då besvären inte vill ge med sig. Hon beskriver att värken är av lindrig, ibland av måttlig intensitet och ökar när hon böjer sig framåt. Hon har tagit analgetika några enstaka gånger. Snuvan är gul-grön och tempen ligger på 37,3°- 37,8°. Mikaela har nu tagit avsvällande nässpray i 12 dagar. I övrigt är hon frisk, icke-rökare och medicinfri. Inga allergier.

### Frågor

1. Är det anamnestiska uppgifter som saknas?
2. Vilka undersökningar inklusive status bör göras?
3. Är CRP till hjälp i diagnostiken?
4. Har det någon betydelse att värken ökar när hon böjer sig framåt?
5. Vilken diagnos stämmer bäst överens med den kliniska bilden: akut viral rinosinuit, akut postviral rinosinuit eller akut bakteriell rinosinuit? Hur skiljer man mellan dessa tillstånd?
6. Skulle Mikaela bli frisk fortare om hon fick antibiotika?
7. Vad kan vi rekommendera som symtomlindrande behandling?
8. Mikaela undrar hur länge hon kommer att ha besvär. Vad svarar du?
9. Vad ska föranleda att hon kontaktar vården igen?
10. När föreligger det indikation för antibiotika vid rinosinuit? Vilket preparat, dos och behandlingstid rekommenderas då?

1. Är det anamnestiska uppgifter som saknas?

Det framgick inte av anamnesen om hon hade dålig lukt i näsan och smärta i tänderna, men hon har inget av dessa symtom.

2. Vilka undersökningar inklusive status bör göras?

- **Bedöm allmäntillståndet:** Hur sjuk är patienten?
- **Ansikte:** Svullnad eller rodnad?
- **Mun och svalg:** Vargata på bakre svalgväggen? Perkussion av tänder. Tandstatus?
- **Näsa:** Främre rinoskopi är viktig. Använd pannlampa och spekulum, otoskop (med vid tratt) alternativt flexibelt endoskop. Sväll av med lokala vasokonstriktorer inför undersökning! Vargata i mellersta näsgången? Polyper? Polyper är rörliga, sväller inte av helt och saknar sensibilitet till skillnad från slemhinnan.
- **Auskultera lungorna:** Eftersom hon beskrev en lättare hosta.
- **Mät temperaturen:** Temperatur  $>38^{\circ}$  kan ge viss vägledning i differentialdiagnostiken men normal temperatur utesluter inte en akut bakteriell rinosinuit.

Mikaelas allmäntillstånd var gott, hon hade inte någon feber och inte heller någon vargata. Övrigt status enligt ovan med normala fynd.

3. Är CRP till hjälp i diagnostiken?

Normal CRP utesluter inte en akut bakteriell rinosinuit. CRP behöver därför inte tas som rutin vid diagnostik av akut bakteriell rinosinuit.

4. Har det någon betydelse att värken ökar när hon böjer sig framåt?

Nej, det är ospecifikt.

5. Vilken diagnos stämmer bäst överens med den kliniska bilden: akut viral rinosinuit, akut postviral rinosinuit eller akut bakteriell rinosinuit? Hur skiljer man mellan dessa tillstånd?

En vanlig förkylning ger en akut inflammatorisk reaktion i näsa och bihålor och är därför definitionsmässigt en akut viral rinosinuit. Symtomen försvinner på mindre än 10 dagar. Om symtomen håller på längre än så, eller om det sker en tydlig försämring efter 5 dagar, är differentialdiagnoserna akut postviral rinosinuit och akut bakteriell rinosinuit aktuella. Hur skiljer man på dessa tillstånd? Man får göra en sammanlagd bedömning. Följande anamnestiska uppgifter och kliniska fynd talar för akut bakteriell rinosinuit:

- Ensidig smärta i ansiktet (över sinus)
- Smärta i tänder
- Dålig lukt i näsan
- Purulent snuva
- Vargata i mellersta näsgången (störst klinisk signifikans) eller på bakre svalgväggen
- Temp  $>38^{\circ}$

Inget av dessa symtom/fynd är enskilt diagnostiskt men förekomst av flera symtom och kliniska fynd stärker diagnosen. Mikaela hade inte någon vargata i status och hon har endast

ett av symtomen: purulent snuva. Följaktligen stämmer den kliniska bilden bäst överens med en akut postviral rinosinuit.

Diagnoskoderna i ICD10 är tyvärr begränsade och skulle behöva uppdateras enligt benämningarna i Läkemedelsverkets behandlingsrekommendation. Följande diagnoskoder fångas upp i PrimärvårdsKvalitet:

Akut rinosinuit:	Lista 1	
J01-	J01- Akut sinuit	KSH97P
J010	J010 Akut maxillarsinuit	ICD10
J011	J011 Akut frontalsinuit	ICD10
J012	J012 Akut etmoidalsinuit	ICD10
J014	J014 Akut pansinuit	ICD10
J018	J018 Annan specificerad akut sinuit	ICD10
J019	J019 Akut sinuit, ospecificerad	ICD10

Diagnosförslag i Regnbågshäftet: J019 Akut sinuit, ospecificerad

#### 6. Skulle Mikaela bli frisk fortare om hon fick antibiotika?

Antibiotika har ingen effekt vid akut postviral rinosinuit och mycket begränsad effekt vid lindrig bakteriell sinuit.

#### 7. Vad kan vi rekommendera som symtomlindrande behandling?

Nasala steroider kan vara av värde då det kan ge avsvällning, särskilt hos patienter med akut rinosinuit och samtidig säsongsbunden eller perenn allergisk rinit. Beprövad erfarenhet talar för att även patienter utan känd allergisk rinit kan ha symtomlindring av nasala steroider. Nässköljningar med koksalt och lokala vasokonstriktorer kan ge symtomlindring men påverkar sannolikt inte utläkningen. Det är viktigt att betona att lokala vasokonstriktorer inte ska användas under mer än 10 dagar. Analgetikabehandling som till exempel paracetamol kan bli aktuellt. Behandling med perorala slemhinneavsvällare saknar vetenskapligt stöd och har potentiellt allvarliga biverkningar varför de inte rekommenderas.

Dela gärna ut Folkhälsomyndighetens och Stramas patientinformation:

[Information vid vårdbesök – Bihåleinflammation — Folkhälsomyndigheten](#)

#### 8. Mikaela undrar hur länge hon kommer att ha besvär. Vad svarar du?

Besvären vid bihåleinflammation är ofta långdragna och även om de akuta symtomen avtar fort kan besvär kvarstå flera veckor oavsett om antibiotikabehandling ges eller inte. I vissa fall kan besvären kvarstå mycket länge.

#### 9. Vad ska föranleda att hon kontaktar vården igen?

Svår värk, försämrat allmäntillstånd, svullnad i ansiktet och/eller hög feber är tecken på att man ska söka läkarvård akut. Om hon har långdragna besvär efter en akut sinuit kan förnyad undersökning krävas. Om besvären kvarstår mer än tolv veckor talar man om kronisk rinosinuit, men även tidigare än så kan en förnyad undersökning behövas om oförändrade besvär kvarstår efter symtomatisk behandling under flera veckors tid. Detta gäller också antibiotikabehandlade patienter där besvären är oförändrade två veckor efter avslutad behandling.

**10. När föreligger det indikation för antibiotika vid rinosinuit? Vilket preparat, dos och behandlingstid rekommenderas då? Hur ska man tänka vid terapivikt?**

Friska personer, både barn och vuxna, med akut bakteriell rinosinuit utan svåra symtom har sällan nytta av antibiotikabehandling och antibiotika minskar inte risken för komplikationer. Antibiotikabehandling av akut bakteriell rinosinuit hos friska vuxna kan övervägas vid anamnes på svåra symtom såsom hög feber eller svår smärta eller försämring efter 10 dagar. Penicillin V 1,6 – 2 g x 3 i 7 dagar är förstahandsval vid behandlingskrävande akut bakteriell rinosinuit. Pneumokocker och Grupp A-streptokocker orsakar de mest aggressiva infektionerna som kräver behandling, varför penicillin V är förstahandsalternativ. Behandling med antibiotika som har bredare spektrum medför ökad risk för biverkningar och påverkan på normalfloran. Utvärdering av behandlingseffekt bör ske tidigast efter fem dagar då läkningsförloppet vid rinosinuit är långsammare än vid tonsillit och otit. Vid försämring av allmäntillståndet ska patienten bedömas tidigare.

Individer med nedsatt infektionsförsvar rekommenderas alltid antibiotikabehandling vid akut bakteriell rinosinuit oavsett infektionens svårighetsgrad. Exempel på orsaker till nedsatt immunförsvar:

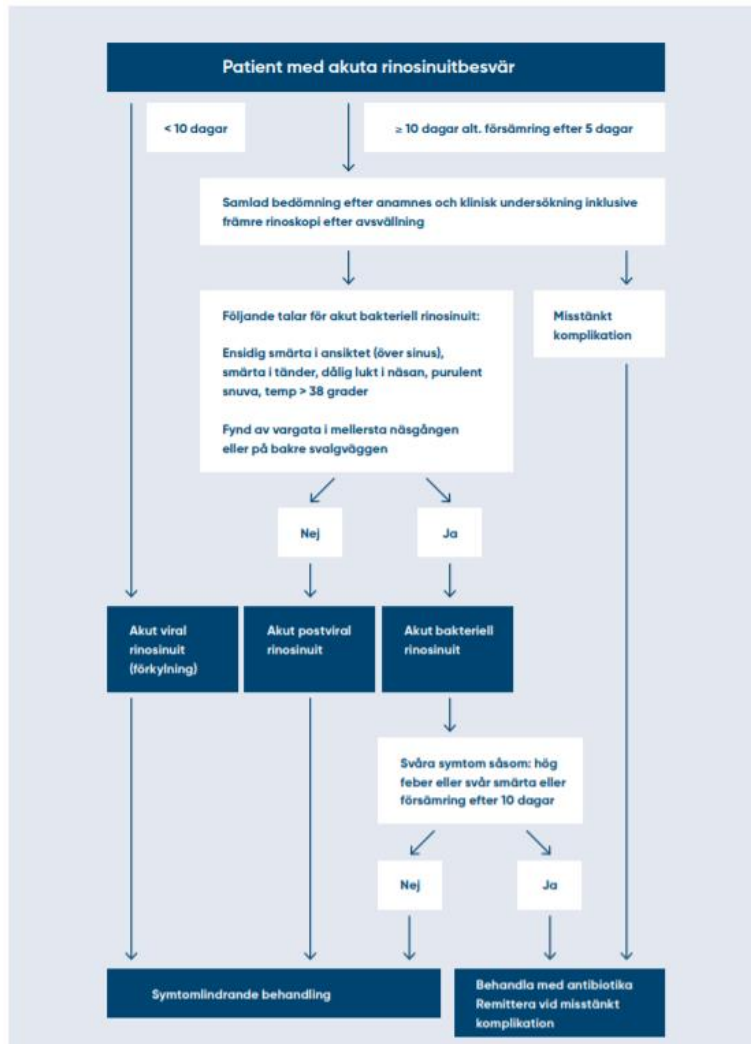
- patienter som behandlas med prednisolon >20 mg/ dag under minst fyra veckor
- patienter som behandlas med andra läkemedel som sätter ner immunförsvaret
- patienter med hematologiska maligniteter
- patienter med primär immunbrist
- organ- och stamcellstransplanterade patienter
- splenektomerade patienter

**Vid terapivikt bör diagnosen omprövas.** Överväg datortomografisk undersökning. Byt antibiotika till doxycyklin eller amoxicillin med klavulansyra endast om diagnosen akut bakteriell rinosinuit är säker. Bytet ska alltid föregås av en odling från mellersta näsgången efter avsvällning. Detta kräver kunskap om provtagningsteknik. Vid fortsatta besvär, trots byte av antibiotika, kontakta ÖNH-specialist för ställningstagande till spolning av bihålorna. Överväg också dental genes.

## Referenser

- [Läkemedelsverket: Läkemedel vid rinosinuit – behandlingsrekommendation 2020.](#)

Figur 1. Behandling av akut rinosinuit hos personer med normalt immunförsvar.



Algoritm från Läkemedelsverket: Behandling av akut rinosinuit hos personer med normalt immunförsvar: