

En pocketguide från

EPOS³

Baserad på
European Position Paper
on Rhinosinusitis and
Nasal Polyposis 2007

Handläggning av rinosinuit och näspolypos

DELTAGARE

Wytske Fokkens

Ordförande

Department of Otorhinolaryngology

Amsterdam Medical Centre

PO Box 22660

1100 DD Amsterdam

Nederländerna

Email: w.j.fokkens@amc.nl

Valerie Lund

Vice ordförande

London, Storbritannien

Joaquim Mullol

Vice ordförande

Barcelona, Spanien

Claus Bachert

Ghent, Belgien

Noam Cohen

Philadelphia, USA

Roxanna Cobo

Cali, Colombia

Martin Desrosiers

Montreal, Kanada

Peter Hellings

Leuven, Belgien

Mats Holmstrom

Uppsala, Sverige

Maija Hytönen

Helsinki, Finland

Nick Jones

Nottingham, Storbritannien

Livije Kalogjera

Zagreb, Kroatien

David Kennedy

Philadelphia, USA

Jean Michel Klossek

Poitiers, Frankrike

Marek Kowalski

Lodz, Polen

Eli Meltzer

San Diego, USA

Bob Naclerio

Chicago, USA

Desiderio Passali

Siena, Italien

David Price

Aberdeen, Storbritannien

Herbert Riechelmann

Ulm, Tyskland

Glenis Scadding

London, Storbritannien

Heinz Stammberger

Graz, Österrike

Mike Thomas

Aberdeen, Storbritannien

Richard Voegels

São Paulo, Brasilien

De-Yun Wang

Singapore

ÖVERSÄTTNING TILL SVENSKA

Mats Holmström, Uppsala, och **Ville Strååt**, Solna

INNEHÅLL

DEFINITION AV RINOSINUIT OCH NÄSPOLYPOS	3
EVIDENSBASERAD HANDLÄGGNING AV VUXNA MED AKUT RINOSINUIT	4
EVIDENSBASERAD HANDLÄGGNING AV VUXNA MED KRONISK RINOSINUIT MED ELLER UTAN NÄSPOLYPOS	8
EVIDENSBASERAD HANDLÄGGNING AV VUXNA MED KRONISK RINOSINUIT OCH NÄSPOLYPOS FÖR ÖNH-SPECIALIST	12
EVIDENSBASERAD HANDLÄGGNING AV BARN MED AKUT ELLER KRONISK RINOSINUIT	14

REFERENS

1. European Position Paper on Rhinosinusitis och Nasal Polyposis. Rhinology, Supplement 20, 2007; www.rhinologyjournal.com; www.eaaci.net.

SYFTE & MÅL

Rinosinuit är ett betydande och ökande hälsoproblem som orsakar en stor kostnad för samhället. Denna pocketguide innehåller evidensbaserade rekommendationer om diagnos och behandling av rinosinuit. Det fullständiga dokumentet¹ som guiden baseras på är tänkt som en "state-of-the-art" översikt för både ÖNH-specialist och icke ÖNH-specialist:

- att uppdatera deras kunskap om rinosinuit och näspolypos
- att tillhandahålla en evidensbaserad dokumenterad översikt av diagnostiken
- att tillhandahålla en evidensbaserad översikt av behandlingsalternativen
- att föreslå en stegvis metod för handläggning av sjukdomen
- att föreslå definitioner och resultatmått vid forskning i olika sammanhang

KVALITETSGRADERING AV EVIDENS

Ia evidens baserad på metaanalys av randomiserade kontrollerade studier

Ib evidens baserad på minst en randomiserad kontrollerad studie

IIa evidens baserad på minst en kontrollerad studie utan randomisering

IIb evidens baserad på minst en studie av annat, kvasi-experimentellt, slag

III evidens baserad på icke-experimentella deskriptiva studier, som jämförande studier, korrelationsstudier och fall-kontrollstudier

IV evidens baserad på expertkommittéers rapporter eller åsikter alternativt klinisk erfarenhet av respekterade auktoriteter eller både och

REKOMMENDATIONERNAS STYRKEGRADERING

A baserad på evidensgrad I

B baserad på evidensgrad II eller extrapolerad från evidens av kvalitetsgrad I

C baserad på evidensgrad III eller extrapolerad från evidens av kvalitetsgrad I eller II

D baserad på evidensgrad IV eller extrapolerad från evidens av kvalitetsgrad I, II eller III

DEFINITION AV RINOSINUIT OCH NÄSPOLYPOS

Klinisk definition

Rinosinuit (inklusive näspolypos) definieras som:

- inflammation i näsa och bihålor med minst två symtom, varav ett är antingen nästäppa/obstruktion eller snuva (fram- /baksnuva):
 - ± ansiktssmärta/tryck över ansiktet
 - ± nedsatt eller förlorat luktsinne

med antingen

- endoskopiska tecken på:
 - polyper och/eller
 - mukopurulent sekret huvudsakligen från mellersta näsgången och/eller
 - ödem/slemhinnesvullnad huvudsakligen i mellersta näsgången

och/eller

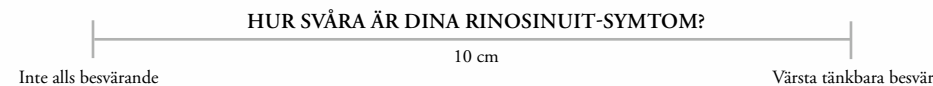
- CT förändringar:
 - slemhinneförändringar inom ostiomeatala komplexet och/eller bihålorna

Sjukdomens svårighetsgrad

Sjukdomen kan delas upp i LINDRIG, MEDELSVÅR och SVÅR baserat på total svårighetsgrad mätt med visuell analog skala (VAS) 0-10 cm:

- | | |
|-------------|-------------|
| - LINDRIG | = VAS 0-3 |
| - MEDELSVÅR | = VAS >3-7 |
| - SVÅR | = VAS >7-10 |

För att uppskatta total svårighetsgrad, ombuds patienten peka på VAS som svar på frågan:



VAS >5 påverkar patientens livskvalitet

Sjukdomsduration

Akut

<12 veckor
symtomen försvinner helt

Kronisk

>12 veckor
symtomen försvinner inte helt
• exacerbationer kan förekomma

EVIDENSBASERAT HANDLÄGGNINGSSCHEMA FÖR VUXNA MED AKUT RINOSINUIT

Table 1. Behandlingsevidens och rekommendationer för vuxna med akut rinosinuit

Behandling	Evidensnivå	Rekommendationsgrad	Relevans
orala antibiotika	Ia	A	ja, efter 5 dagar, eller i svåra fall
nasal steroid	Ib	A	ja
nasal steroid kombinerat med orala antibiotika	Ib	A	ja
peroral steroidkur	Ib	A	ja, minskar smärta i svåra fall
oralt antihistamin	Ib	B	ja, bara till allergiska patienter
nässköljningar	Ib (-)	D	nej
avsvällande	Ib (-)	D	ja, som symtomatisk lindring
mukolytika	ingen	nej	nej
fyto behandling	Ib	D	nej

Ib (-): studie med negativt resultat

EVIDENSBASERAT HANDLÄGGNINGSSCHEMA FÖR VUXNA MED AKUT RINOSINUIT FÖR PRIMÄRVÅRD OCH ICKE-ÖNH SPECIALISTER

Diagnos

Symtombaserad, inget behov av imaging (vanlig röntgen rekommenderas **inte**)

Symtomduration <12 veckor:

två eller fler akut insättande symtom, varav ett är antingen nästäppa/obstruktion eller snuva (fram- /baksnuva):

- ± ansiktssmärta/tryck över ansiktet
- ± nedsatt eller förlorat luktsinne

med symtomfria intervall vid recidiverande sjukdom

bekräftas per telefon eller besök genom att fråga om allergiska symtom: nysningar, vattnig snuva, nasal klåda och kliande rinnande ögon

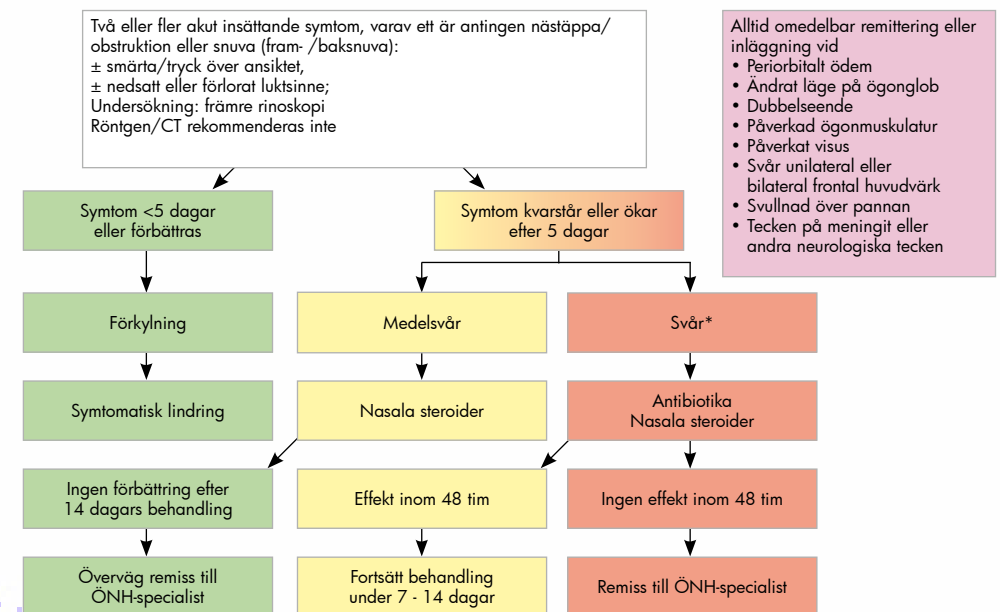
Förkylning/akut viral rinosinuit definieras som:

symtomduration <10 dagar

Akut icke-viral rinosinuit definieras som:

symtom ökande efter 5 dagar eller kvarstår >10 dagar med <12 veckors duration

Figur 1. Handläggningsschema för primärvården: vuxna med akut rinosinuit



EVIDENSBASERAT HANDLÄGGNINGSSCHEMA FÖR VUXNA MED AKUT RINOSINUIT

Table 1. Behandlingsevidens och rekommendationer för vuxna med akut rinosinuit

Behandling	Evidensnivå	Rekommendationsgrad	Relevans
orala antibiotika	Ia	A	ja, efter 5 dagar, eller i svåra fall
nasal steroid	Ib	A	ja
nasal steroid och orala antibiotika	Ib	A	ja
peroral steroidkur	Ib	A	ja, minskar smärta i svåra fall
oralt antihistamin	Ib	B	ja, bara till allergiska patienter
nässköljningar	Ib (-)	D	nej
avsvällande	Ib (-)	D	ja, som symtomatisk lindring
mukolytika	ingen	nej	nej
fyto behandling	Ib	D	nej

Ib (-): studie med negativt resultat

EVIDENSBASERAT HANDLÄGGNINGSSCHEMA FÖR VUXNA MED AKUT RINOSINUIT **FÖR ÖNH-SPECIALISTER****Diagnos***Symtom*

två eller fler akut insättande symtom, varav ett är antingen nästappa/obstruktion/ eller snuva (fram- /baksnuva):
 ± ansiktssmärta/tryck över ansiktet
 ± nedsatt eller förlorat luktsinne

Undersökning

- nasal undersökning (svullnad, rodnad, pus)
 - oral undersökning: baksnuva
 - uteslut dental infektion
- ÖNH-undersökning med nasal endoskopi

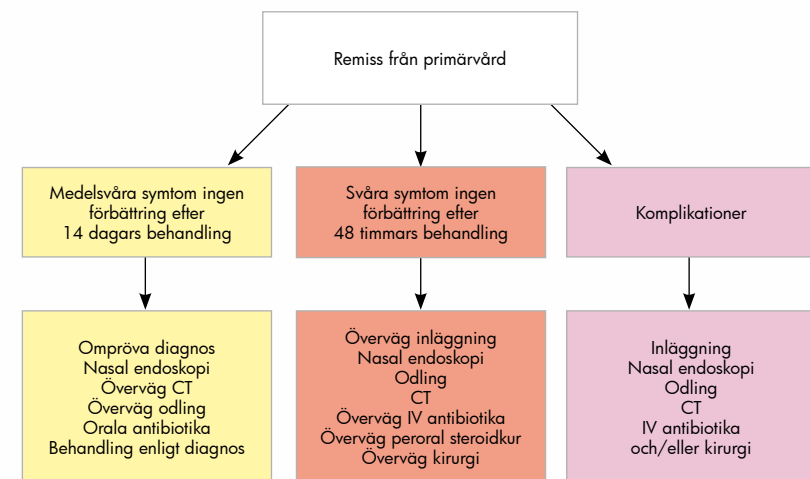
Röntgen, CT

(vanlig röntgen rekommenderas inte)

CT rekommenderas inte heller, såvida inte patienten har:

- mycket svår sjukdom
- nedsatt immunförsvar
- tecken på komplikationer

Figur 2. Handläggningsschema för ÖNH-specialister: vuxna med akut rinosinuit



EVIDENSBASERAT HANDLÄGGNINGSSCHEMA FÖR VUXNA MED KRONISK RINOSINUIT (KRS) MED ELLER UTAN NÄSPOLYPOS (NP)

Table 2. Behandlingsevidens och rekommendationer för vuxna med kronisk rinosinuit *utan* näspolypos*

Behandling	Evidensnivå	Rekommendationsgrad	Relevans
antibiotika under kort tid <2 veckor	Ib (-)	C	nej
antibiotika under lång tid >12 veckor	Ib	A	ja
antibiotika – lokalt	III	D	nej
steroid – nasal	Ib	A	ja
steroid – peroral	inga data	D	nej
Sköljning med koksalt i näsan	Ib	A	ja
avsvällande oral/nasal	inga data	D	nej
mukolytika	III	C	nej
antimykotika – systemiskt	Ib (-)	D	nej
antimykotika – lokalt	Ib (-)	D	nej
oralt antihistamin till allergiska patienter	inga data	D	nej
protonpumpshämmare	inga data	D	nej
bacteriella lysat	Ib	A	nej
immunomodulering	Ib (-)	D	nej
fytobehandling	Ib (-)	D	nej
antileukotriener	III	C	nej

* Några av dessa studier inkluderade även patienter med KRS med näspolypos
Ib (-): studie med negativt resultat

EVIDENSBASERAT HANDLÄGGNINGSSCHEMA FÖR VUXNA MED KRS MED ELLER UTAN NP FÖR PRIMÄRVÅRD OCH ICKE-ÖNH SPECIALISTER

Diagnos

Symtom med längre än 12 veckors duration

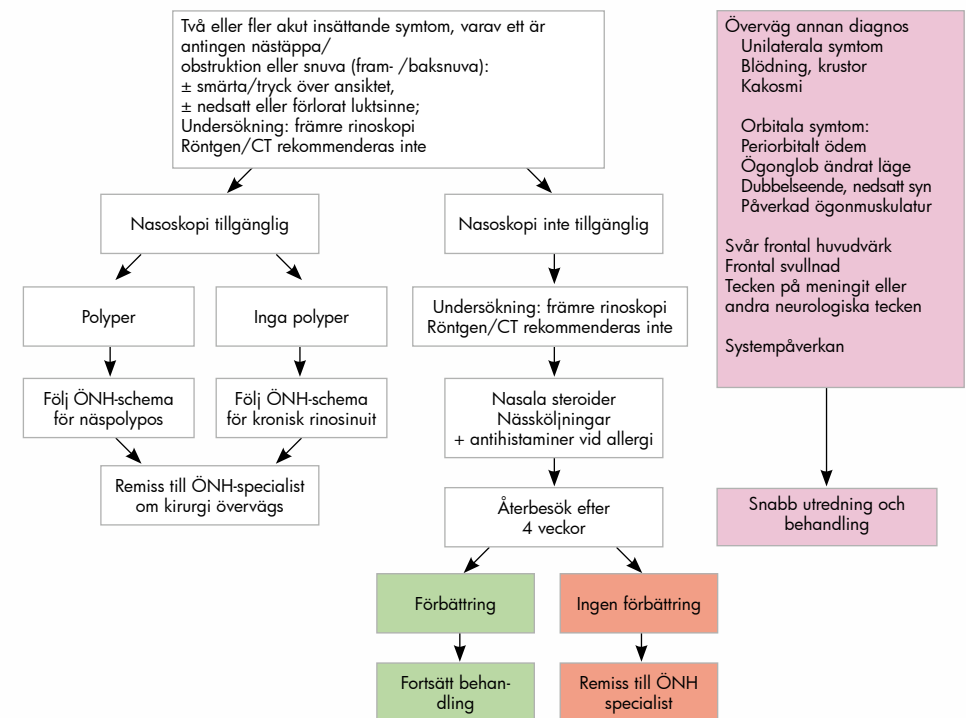
två eller flera symtom, varav ett är antingen nästäppa/obstruktion/svullnad eller snuva (fram- /baksnuva):

- ± ansiktssmärta/tryck över ansiktet
- ± nedsatt eller förlorat luktsinne

bekräftas per telefon eller besök genom att fråga om allergiska symtom: nysningar, vattnig snuva, nasal klåda och kliande rinnande ögon. Om positivt bör allergitester genomföras.

(vanlig röntgen och CT rekommenderas **inte**)

Figur 3. Kronisk rinosinuit med eller utan näspolypos: handläggningsschema för primärvård och icke-ÖNH specialister (KRS/NP)



Akuta exacerbationer av KRS bör behandlas som akut rinosinuit

Evidensbaserad kirurgi vid rinosinuit

Det är svårt att uttala sig generellt om studier vid sinuskirurgi. Kirurgi utförs ju på selekterade patienter som inte svarat tillräckligt på medicinsk behandling. Det finns specifika problem med kirurgiska studier eftersom kirurgi är svårt att bedöma och standardisera, speciellt i multicenter studier, och det är svårt att dölja given behandling (blindning). Randomisering kan skapa etiska problem om inte inklusionskriterierna är smala och det är svårt att få fram homogena patientgrupper med jämförbara operationstyper för objektiv utvärdering av sinuskirurgiska resultat. Icke desto mindre:

1. Vid akut rinosinuit är kirurgi förbehållen de mest allvarliga fallen och deras komplikationer.
2. Mer än hundra genomgångna fallserier (Evidensgrad IV) med mycket konsekventa resultat tyder på att patienter med KRS med eller utan polyper förbättras av sinuskirurgi.
3. Svårare komplikationer inträffar i <1% av fallen, och reoperation blir nödvändig i cirka 10% av fallen inom 3 år.
4. För större delen av KRS-patienter är lämplig medicinsk behandling lika effektiv som kirurgi. Därför bör sinuskirurgi reserveras för patienter som inte svarar adekvat på medicinsk behandling (Evidensgrad Ib).
5. Funktionell endoskopisk kirurgi är bättre än minimala konventionella operationer, även polypektomi och käkhålespolning (Evidensgrad Ib). Däremot har man ännu inte visat bättre resultat än antrostomi eller konventionell sfenotomidektomi.
6. För ej tidigare opererade patienter med KRS ger inte utvidgad kirurgi bättre resultat än avgränsad kirurgi (Evidensgrad Ib). Trots brist på evidens anpassas ofta kirurgins omfattning efter sjukdomens omfattning, vilket förefaller vara en rimlig ansats. Vid primär näs-bihålekirurgi rekommenderas kirurgisk konservatism.
7. Reoperation med endonasal sinuskirurgi bör bara utföras om medicinsk behandling inte är tillräckligt effektiv. Betydande symtomatisk förbättring ses normalt vid KRS både med och utan polyper, även om förbättringen är något lägre än efter primär kirurgi. Komplikationsfrekvenser och risk för återinsjuknande är högre än efter primär kirurgi.

EVIDENS-BASERAT HANDLÄGGNINGSSCHEMA FÖR VUXNA MED KRS UTAN NP FÖR ÖNH-SPECIALISTER

Diagnos

Symtom med längre än 12 veckors duration

- två eller flera symtom, varav ett är antingen nästäppa/obstruktion eller snuva (fram- /baksnuva):
- ± ansiktssmärta/tryck över ansiktet
 - ± nedsatt eller förlorat luktsinne

Undersökning

Nasal endoskopi - inga synliga polyper i mellersta näsgången, om nödvändigt efter avsvällning. (Denna definition accepterar att det finns ett spektrum av kronisk rinosinuit som omfattar polypoida förändringar i bihålorna och/eller mellersta näsgången men utesluter patienter med konstaterad polypoid sjukdom i näshålan för att undvika överlappning)

- kontrollera primärvårdsläkarens diagnos och behandling
- frågeformulär för allergi som, om positivt, följs av allergitester (om inte redan gjort)

Behandling bör baseras på symtomens svårighetsgrad

- Symtomens svårighetsgrad bedöms med VAS

Figur 4. Handläggningsschema för ÖNH specialister: vuxna med KRS utan näspolypos

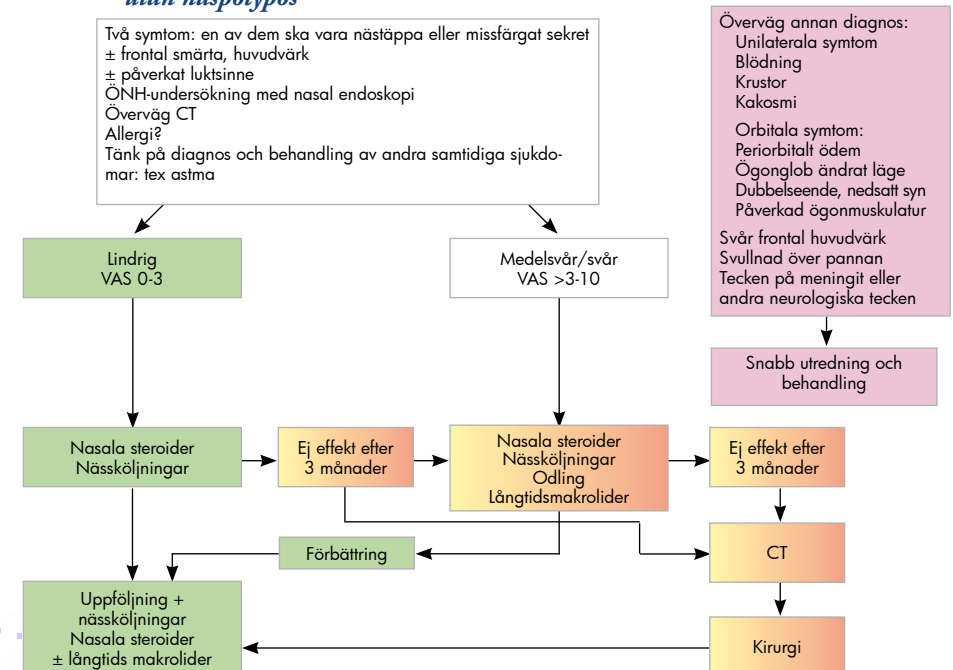


Table 3. Behandlingsevidens och rekommendationer för vuxna med kronisk rinosinuit **med** näspolypos*

Behandling	Evidensnivå	Rekommendationsgrad	Relevans
oral antibiotika kort tid <2 veckor	inga data	D	nej
oral antibiotika lång tid >12 veckor	inga data	D	ja, vid sent återfall
antibiotika lokalt	inga data	D	nej
nasala steroider	Ib	A	ja
oral steroidkur	Ib	A	ja
nässköljningar	Ib inga data på singelbehandling	A	ja, för symptomatisk lindring
avsvällande nasalt/oralt	inga data på singelbehandling	D	nej
mukolytika	inga data	D	nej
antimykotika – systemiskt	Ib (-)	D	nej
antimykotika – lokalt	Ib (-)	A	nej
oralt antihistamin till allergiker	Ib (1)	A	ja, vid allergi
capsaicin	II	B	nej
protonpumpshämmare	II	C	nej
immunomodulerare	inga data	D	nej
fyto behandling	inga data	D	nej
antileukotriener	III	C	nej

* Några av dessa studier inkluderade även patienter med KRS utan näspolypos

Ib (-): studie med negativt resultat

EVIDENSBASERAT HANDLÄGGNINGSSCHEMA FÖR VUXNA MED KRS MED NP **FÖR ÖNH-SPECIALISTER**

Diagnos

Symtom med längre än 12 veckors duration

två eller flera symtom, varav ett är antingen nästäppa/obstruktion eller snuva (fram- /baksnuva):

- ± ansiktssmärta/tryck över ansiktet
- ± nedsatt eller förlorat luktsinne

Undersökning

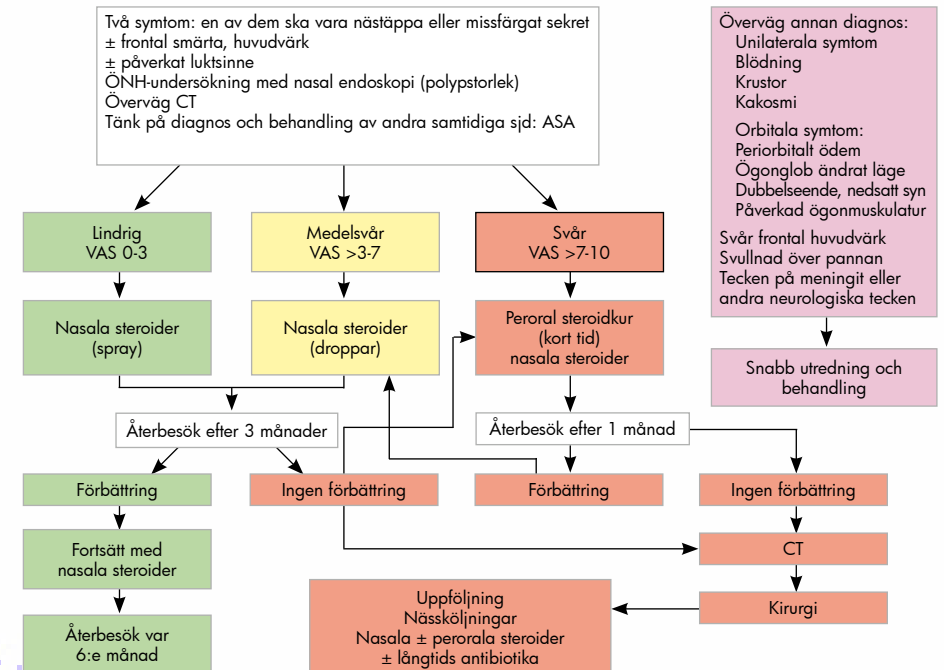
Nasal endoskopi - polyper bilateralt, endoskopiskt synliga i mellersta näsgången

- kontrollera primärvårdsläkarens diagnos och behandling
- frågeformulär för allergi som, om positivt, följs av allergitester (om inte redan gjort)

Symtomens svårighetsgrad

- (låt VAS-bedömning avgöra svårighetsgraden, se fig 5) lindrig/medelsvår/svår

Figur 5. Handläggningsschema för ÖNH-specialister: vuxna med KRS och näspolypos



EVIDENSBASERADE SCHEMATA FÖR BEHANDLING AV BARN

Följande schema bör hjälpa olika discipliner med behandling av rinosinuit hos barn. Rekommendationerna är baserade på tillgänglig evidens, men behandlingsvalet behöver göras med hänsyn till förhållanden i det enskilda fallet.

Table 4. Behandlingsevidens och rekommendationer för barn med akut rinosinuit

Behandling	Evidensnivå	Rekommendationsgrad	Relevans
oral antibiotika	Ia	A	ja, efter 5 dagar, eller i svåra fall
nasal steroid	IV	D	ja
nasal steroid som antibiotika-tillägg	Ib	A	ja
lokalt avsvällande	III (-)	C	ja
nässköljningar	IV	D	ja

III (-): studie med negativt resultat

EVIDENSBASERAT HANDLÄGGNINGSSCHEMA FÖR BARN MED AKUT RINOSINUIT

Diagnos

Symtom

två eller fler akut insättande symtom, varav ett är antingen nästäppa/obstruktion eller snuva (fram- /baksnuva):

- ± ansiktssmärta/tryck över ansiktet
- ± nedsatt eller förlorat luktsinne

Undersökning (om tillämpligt)

- nasal undersökning (svullnad, rodnad, pus)
- oral undersökning: baksnuva
- uteslut dental infektion
- ÖNH-undersökning med nasal endoskopi

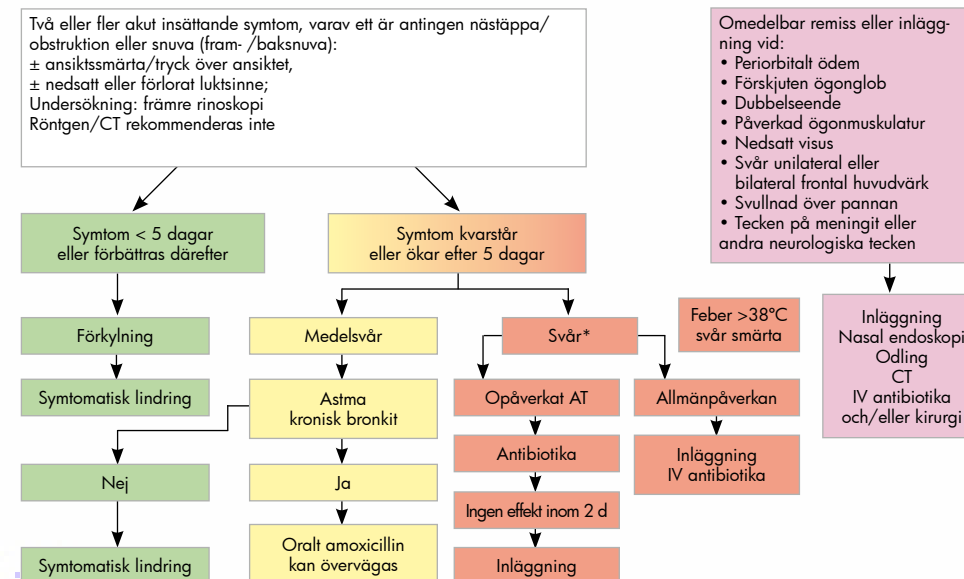
Röntgen, CT

(vanlig röntgen rekommenderas **inte**)

CT är **inte** rekommenderat **såvida inte** ytterligare problem finns såsom:

- mycket svår sjukdom
- nedsatt immunförsvar
- tecken på komplikationer

Figur 6. Handläggningsschema för barn med akut rinosinuit



EVIDENSBASERAT HANDLÄGGNINGSSCHEMA FÖR BARN MED KRONISK RINOSINUIT

Diagnos

Symtom med längre än 12 veckors duration

två eller flera symtom, varav ett är antingen nästäppa/obstruktion eller snuva (fram- /baksnuva):

- ± ansiktssmärta/tryck över ansiktet
- ± nedsatt eller förlorat luktsinne

Ytterligare diagnostisk information

- frågor om allergi bör ställas och, om positivt svar, allergitester genomföras.
- andra predisponerande faktorer bör övervägas: immunbrist (medfödd, förvärd, GERD)

Undersökningar (om tillämpligt)

- nasal undersökning (svullnad, rodnad, pus)
- oral undersökning: baksnuva
- uteslut dental infektion
- ÖNH-undersökning med nasal endoskopi

Röntgen, CT

(vanlig röntgen rekommenderas **inte**)

CT är **inte** rekommenderat **såvida inte** ytterligare problem finns såsom:

- mycket svår sjukdom
- nedsatt immunförsvar
- tecken på komplikationer

Behandlingen bör baseras på symptomens svårighetsgrad

Table 5. Behandlingsevidens och rekommendationer för barn med kronisk rinosinuit

Behandling	Evidensnivå	Rekommendationsgrad	Relevans
orala antibiotika	Ia	A	ja, liten effekt
nasal steroid	IV	D	ja
nässköljning	III	C	ja
behandling av gastroesofageal reflux	III	C	ja

Figur 7. Kronisk rinosinuit hos barn: handläggningsschema

