

Dokumentegenskaber:	
Gældende for	Otorhinolaryngologi, hoved- og halskirurgi & audiologi
Udarbejdet af	Dansk Rhinologisk Selskab / OUH
Opdateringsdato	April 2023
Version	1
Næste opdatering	April 2026
Faglig ansvarlig	Dansk Selskab for Otolaryngologi, Hoved- og Halskirurgi
Nøgleord	Akut rhinosinuit

1. Titel

Akut bakteriel rhinosinuit (ARS)

2. Formål

Korrekt diagnosticering og behandling af ARS

3. Definitioner

Rhinosinuit opdeles i en akut bakteriel og en kronisk form (CRS). ARS har en varighed på < 12 uger efterfulgt af komplet ophør af symptomer. I 2005 udkom European Position Paper on rhinosinusitis and nasal polyps (EPOS) første gang. EPOS er blevet opdateret i 2007, 2012 og 2020 og er den mest omfattende kliniske guideline for diagnostik og behandling af rhinosinuit til dato og udgør derfor basis for denne guideline (1). I EPOS defineres ARS ud fra symptomer samt objektive fund (se senere).

ARS består af viral ARS (forkølelse), som defineres ved en varighed af symptomer < 10 dage, og post-viral ARS, som defineres ved forværring af symptomer efter 5 dage eller vedvarende symptomer efter 10 dage. En lille procentdel af personer med post-viral ARS udvikler bakteriel ARS (akut bakteriel rhinosinuit).

4. Baggrund

a. Ætiologi

Inflammation (allergisk såvel som eosinophil) og rygning prædisponerer til ARS formentlig pga. ændring i ciliernes funktion. Udsættelse for luftforurening og andre irriterende stoffer er ligeledes associeret med en øget forekomst af ARS. En lignende sammenhæng er fundet

ved ændrede anatomiske forhold så som septumdeviation (2). En odontogen årsag til ARS skal altid holdes in mente.

ABRS er oftest forudgået af post-viral ARS. De hyppigste bakterier, som forårsager ABRS er *Streptococcus pneumoniae*, *Hæmophilus influenzae*, *Moraxella catarrhalis* og *Staphylococcus aureus* (3). ARS med svampeinfektion ses sjældent og den invasive form ses primært hos immun-inkompetente patienter (4). Ved ABRS med komplikationer er infektionen ofte polymikrobiel og der er risiko for infektion med anaerobe bakterier (5).

b. Forekomst

ARS er en almindeligt forekommende, ofte virusbetinget, sygdom med en prævalens på 6-15 %. Voksne oplever 2 til 5 episoder med viral ARS/forkølelse om året og skolebørn oplever 7 til 10 episoder om året (6). Omkring 0,5-2 % af virale infektioner udvikler sig til bakteriel infektion (7). Prævalensen af ARS er højest i vintermånederne.

c. Visitation

Ukomplerede tilfælde af ARS ses som oftest af den praktiserende læge. I svære tilfælde eller ved diagnostisk usikkerhed kan patienten henvises til øre-næse-halslæge.

5. Fremgangsmåde

a. Anamnese (symptomer)

Diagnosen kræver tilstedeværelse af 2 eller flere af følgende symptomer i < 12 uger og med symptomfrie intervaller, såfremt det er recidiverende:

- Misfarvet slim i næse/hals
- Tilstoppet næse
- Svækket/nedsat eller forsvundet lugtesans
- Trykken omkring pande, næse eller øjnene.

Et af symptomerne skal være misfarvet slim i næsen eller tilstoppet næse

ABRS mistænkes ved tilstedeværelse af mindst 3 af følgende symptomer:

- Purulent sekret
- Svær lokal smerte
- Feber > 38 grader
- Forhøjet CRP
- Forværring af almentilstand (8;9).

b. Differentialdiagnoser

Allergisk rhinitis, tandproblemer. Ansigtssmerte af anden årsag. Svampeinfektion. Primær ciliatedyskinesi.

c. Objektiv undersøgelse

Øre-Næse-Hals undersøgelse med fokus på rhinoskopi/nasal endoskopi med fund af inflammatorisk hyperæmi, ødem, sekret og evt. polypose eller abnorm anatomi. Inspektion

og palpation af ansigtet. Tandstatus. Inspektion af øjne og øjenomgivelser. Temperaturmåling. Vurdering af almentilstand.

d. Supplerende undersøgelser

Bakteriologi, billeddiagnostik og CRP er ikke indiceret som rutine men forbeholdes svære tilfælde og ved mistanke om komplikationer. Øjenlæge og neurokirurg kontaktes afhængig af mistanke om komplikation.

e. Behandling

Som udgangspunkt anbefales at følge de opdaterede flowcharts fra EPOS – lommeformat (pocketguide) kan downloades fra www.ep3os.org.

Oftest er ARS selvlimiterende. I lette tilfælde kan symptomatisk behandling med analgetika, detumescerende næsespray og saltvandsskylning forsøges. Nasalsteroid er påvist at have effekt som primær behandling og kan også bruges i kombination med antibiotika (10) men kun til at dulme ødemdannelse. I svære tilfælde kan kortvarig oral kortikosteroid lindre symptomerne. Behandling med antibiotika skal reserveres til svære og bakterielt udløste sygdomsepisoder og har ingen dokumenteret effekt i milde og moderate tilfælde. Kirurgi kan være nødvendig i tilfælde af komplikationer eller recidiverende sygdom. Kæbehulepunktur har tidligere været meget benyttet. I EPOS er kæbehulepunktur kun beskrevet ved behov for præcis bakteriologisk diagnose hos fx patienter på intensiv afdeling.

f. Komplikationer

Orbitale (cellulitis, absces). Intrakranielle (meningitis, absces, sinus cavernosus-trombose), ossøs (osteomyelitis). Se også KKR vedr. orbitale komplikationer.

Reference List

- (1) W J Fokkens, et al. European Position Paper on Rhinosinusitis and Nasal Polyps 2020. *Rhinology*. 2020 Feb 20;58:1-464.
- (2) Alkire BC, Bhattacharyya N. An assessment of sinonasal anatomic variants potentially associated with recurrent acute rhinosinusitis. *Laryngoscope* 2010 Mar;120(3):631-4.
- (3) Wang JH, Kwon HJ, Jang YJ. Rhinovirus enhances various bacterial adhesions to nasal epithelial cells simultaneously. *Laryngoscope* 2009 Jul;119(7):1406-11.
- (4) Callejas CA, Douglas RG. Fungal rhinosinusitis: what every allergist should know. *Clin Exp Allergy* 2013 Aug;43(8):835-49.
- (5) Brook I. Microbiology and antimicrobial treatment of orbital and intracranial complications of sinusitis in children and their management. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol* 2009 Sep;73(9):1183-6.
- (6) Bachert C, Hormann K, Mosges R, Rasp G, Riechelmann H, Muller R, et al. An update on the diagnosis and treatment of sinusitis and nasal polyposis. *Allergy* 2003 Mar;58(3):176-91.
- (7) Smith SS, Ference EH, Evans CT, Tan BK, Kern RC, Chandra RK. The prevalence of bacterial infection in acute rhinosinusitis: a Systematic review and meta-analysis. *Laryngoscope* 2015 Jan;125(1):57-69.
- (8) Lindbaek M, Hjortdahl P, Johnsen UL. Use of symptoms, signs, and blood tests to diagnose acute sinus infections in primary care: comparison with computed tomography. *Fam Med* 1996 Mar;28(3):183-8.
- (9) Hansen JG, Hojbjerg T, Rosborg J. Symptoms and signs in culture-proven acute maxillary sinusitis in a general practice population. *APMIS* 2009 Oct;117(10):724-9.
- (10) Lund VJ. Therapeutic targets in rhinosinusitis: infection or inflammation? *Medscape J Med* 2008;10(4):105.