

Dokumentegenskaber:	
Gældende for	Otorhinolaryngologi, hoved- og halskirurgi & audiologi
Udarbejdet af	Dansk Rhinologisk Selskab / RH
Opdateringsdato	April 2023
Version	3
Næste opdatering	April 2026
Faglig ansvarlig	Dansk Selskab for Otolaryngologi, Hoved- og Halskirurgi
Nøgleord	Kronisk rhinosinuitis med og uden polypper, CRS, CRSwNP, CRSsNP

1. Titel:

Kronisk rhinosinuitis med og uden nasal polypose.

2. Formål:

At sikre korrekt diagnosticering og behandling af kronisk rhinosinuitis med og uden polypper.

3. Definition:

Kronisk rhinosinuitis (CRS) omfatter et spektrum af sygdomme, der er kendetegnet ved samtidig inflammation i cavum nasi og sinus paranasales. CRS findes med (CRSwNP) og uden (CRSsNP) nasal polypose, og deles desuden op i type-2 og non-type-2 inflammation.

4. Baggrund:

CRSwNP har i DK en prævalens på ca. 4%. CRSsNP findes hyppigere. Ætiologien bag inflammationen er multifaktoriel.

Differentialdiagnoser:

- Cancer nasi, cancer vestibuli nasi, cancer paranasalis, cancer rhinopharyngis
- Papillom – exofytisk eller invert
- Tandrodsabsces med penetration til sinus maxillaris /odontogen cyste
- Choanal polyp
- Meningo-/pyro-/encephalocele
- Juvenilt angiofibrom
- akut recidiverende sinuit
- allergisk rhinit

5. A Symptomer:

Tilstedeværelse af 2 eller flere af følgende symptomer i > 12 uger:

- Anterior el. posterior nasal sekretion
- Nasalstenose
- Hyp- eller anosmi
- Trykken/smerter omkring pande, næse eller øjne

Mindst ét af symptomerne skal være sekret eller nasalstenose.

SNOT-22 bruges til at graduere symptomerne: 0-7: normal, 8-20: mild, 21-50: moderat, 51-110: svær

VAS bruges til at graduere symptomerne: VAS over 5: ukontrolleret sygdom; VAS 7-10 = svær sygdom

5.B Objektiv undersøgelse:

- ØNH undersøgelse
- Nasal endoskopi med evt. påvisning af
 - Nasale polypper. [Se Meltzers Polyp Grading System nedenfor.](#)
 - Ødem i meatus medius og/eller sekretion fra en eller flere bihuler
- Ved første kontakt bør patienter med polypper biopteres mhp. at udelukke anden ætiologi, også ved bilateral sygdom.
- CT bihuler reserveres til patienter hvor operation planlægges, eller ved mistanke om anden sygdom.
- Hos patienter med svær sygdom skal blodprøver overvejes: leukocytter og IgE
- Hos patienter med svær sygdom skal evaluering af lugtesans overvejes.
- Hos patienter med svær CRSwNP er astma hyppigt; overvej henvisning til lungemedicinere.

5.C Behandling:

CRSwNP

- Steroid:
 - Der foreligger god evidens for behandling med fast nasal steroid. Til voksne er der ingen anbefalinger af præparat.
 - Der foreligger evidens for behandling med fast systemisk steroid, som har forbigående effekt og har en række betydende bivirkninger. Brugen heraf bør begrænses og nøje overvejes, særligt ved gentagen brug. Ved ordination bør suppleres med kalk- og D-vitamintilskud. Ved årligt brug over 450 mg bør Dexametason overvejes. Der er lav evidens ift. dosis, men vanligt bruges tbl. Prednisolon ½-1 mg/kg i 5-10 dage uden nedtrapning. Ift. valg mellem injektion med depotsteroid og tabletbehandling er evidensen også lav; injektion synes at have længerevarende virkning og at have mindre indvirkning på den neuroendokrine-akse. Ulempen er, at der ikke findes antidot i tilfælde af bivirkninger.
- Nasal skyl:
 - Symptomlindrende og som adjuverende behandling til topisk steroid.
- Antibiotika:

- Ved store sekretproblemer kan 3 måneders kur med tablet Doxycyclin 100 mg x 1 dgl. forsøges. Dette skal foregå i speciallægeregi med kontrol af effekt efter 4-6 uger.
- ESS:
 - Anbefales til ptt, som ikke responderer tilstrækkeligt på nasal steroid og næseskyl
- Biologisk behandling:
 - Foregår i hospitalsregi til svære tilfælde af CRSwNP med mange symptomer trods tidl. Operation. <https://medicinraadet.dk/media/wruoqmyf/medicinr%C3%A5dets-opstarts-monitorerings-og-stopkriterier-for-biologiske-l%C3%A6gemidler-til-sv%C3%A6r-crswnp.pdf>

CRSsNP

- Steroid:
 - Lokalt steroid anbefales. Evidensen for systemisk steroid er mindre end for CRSwNP, men kan overvejes.
- Nasal skyl:
 - Symptomlindrende og som adjuverende behandling til topisk steroid.
- Antibiotika:
 - Makrolidbehandling med til. Roxithromycin 150 mg x 1 dgl i 3 måneder (eller længere) kan forsøges. Monitorering med EKG, levertal, væsketal og infektionstal dag 0 og dag 14.
- FESS:
 - Anbefales til ptt, som ikke responderer på ovennævnte medicinske behandling.

5.D Komplikationer til kirurgi:

Blødning, infektion, gennembrud til periorbita, skade på m. rectus medialis, skade på n. opticus, intraorbital blødning ved læsion af a ethmoidalis ant./post., CSF lækage, skade på a. carotis interna, skade på tåreveje, læsion af septum/collumella, nedsat lugtesans.

5.E Opfølgning:

Planlægges lokalt, men efter kirurgi er det god kutyme at se patienter efter ca. 2,4 og 12 uger. Hospitals-afdelingerne har adgang til RedCap Database til at indtast patienter der kan være kandidat til biologisk behandling.

Polyp Grading System: Right nasal cavity

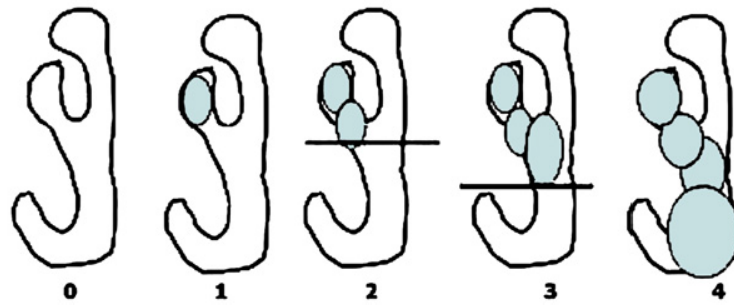


FIG 6. Polyp grading system: 0, no visible NPs; 1, small amount of polypoid disease confined within the middle meatus; 2, multiple polyps occupying the middle meatus; 3, polyps extending beyond the middle meatus, within the sphenoidal recess but not totally obstructing, or both; 4, polyps completely obstructing the nasal cavity.

* I.e: anteriorly, posteriorly, or medially. This also applies if the middle turbinate is missing (for example due to surgery) – in that case the assessment is made based on where the middle turbinate used to be.