

Sinuit, akut

Vårdnivå och remiss

Primärvården sköter de flesta.

Indikationer för remiss till öronklinik:

- Maxillarsinuit med mycket svår värk eller terapisivikt
- Frontalsinuit, sphenoidit, pansinuit med markanta symtom
- Ethmoidit hos barn
- Kvarstående symtom > 3 veckor efter avslutad behandling

Indikationer för remiss till tandläkare:

Misstanke om bakomliggande tandinfektion (ofta illaluktande)

Diagnostik och utredning

Symtom som långvarig färgad snuva, huvudvärk, perkussionsömheter över sinus, smärta vid framböjning och smärta i sinusområde/tänder är ospecifika och ger inte säker diagnos.

Undersökning bör ske efter avsvällning av näshålan med vanliga näsdroppar. Fynd av vargata vid mellersta näsgången eller epifarynx är en stark indikator för bakteriell rinosinuit. Fynd av purulent sekret i näsan kan ge vägledning. Normal SR eller CRP hos vuxna efter tio dagars förkylning talar mot bakteriell etiologi.

Sannolik rinosinuit

Vargata vid mellersta näsgången eller epifarynx.

Möjlig rinosinuit

- Purulent sekret påvisat i näshålan, uttalad smärta i tänder eller ansikte, ensidighet och dubbelinsjuknande (minst tre av fyra fynd)
- ÖLI symtom >10 dagar. Uttalad smärta i tänder eller ansikte och förhöjd CRP (>10) eller SR (>10 för män, >20 för kvinnor).
- Säker diagnostik kräver CT-sinus och ska föregå remiss till ÖNH. Obehandlade CT-verifierade sinuiter ska återgå till remittenten för behandling. Terapisvikter med sinuitstatus till ÖNH direkt.
- Flödesschema diagnostik och utredning, sidan 5, Läkemedelsbehandling av rinosinuit, Behandlingsrekommendation (se under relaterad information)

Behandling

Effekter av antibiotika

Placebokontrollerade studier med strikta objektiva inklusionskriterier (såsom röntgen, ultraljud, CT och CRP) har visat en "poolad" symtomförbättring på 81 % i behandlingsgruppen jämfört med 66 % i placebogrupper, 10-14 dagar efter insatt behandling. I studier med av allmänläkare kliniskt diagnostiserade sinuiter har inte kunnat påvisas någon positiv effekt av antibiotika.

Spontanläkning vid sporadisk bakteriell rinosinuit är vanlig. Komplikationer till rinosinuit är sällsynta. Vuxen med förkylningssymtom < 10 dagar och lätt eller måttlig smärta i maxillarområdet rekommenderas symtomlindrande behandling.

Förstahandsalternativ:

Fenoximetylpenicillin 1,6 g x 3 i 7 dagar.

Utvärdering av behandlingseffekt bör ske tidigast efter 5 dagar, då läkningsförloppet vid rinosinuit är långsammare än vid tonsillit och otit. Vid terapivikt bör diagnosen omprövas. Om diagnosen kvarstår byts antibiotikum. Vid fortsatta besvär kontaktas ÖNH-specialist.

Vid terapivikt/recidiv:

(ny rinosinuit inom 4 veckor): Amoxicillin 500 mg x 3 i 7 dagar

Vid säkerställd penicillinallergi:

Doxycyklin 100 mg 2 x 1 i 3 dagar därefter 1 x 1 i 4 dagar.

Vi föreslår också att ni delar ut patientråden från Smittskyddsinstitutet till alla patienter.

Sjukskrivning

I de flesta fall är rekommendationen ingen sjukskrivning (utöver eventuell egen sjukanmälan upp till 1 vecka). I komplicerade fall (recidiv, bihålspolning m.m.) kan arbetsförmågan vara nedsatt i upp till 3 veckor.

Vid hög grad av besvär och i arbeten med krav på fullgod fysisk prestationsförmåga eller röstanvändande kan sjukskrivning några få dagar utöver egen sjukanmälan vara motiverad.

Se Försäkringsmedicinskt beslutsstöd, Sinuit, kronisk sinuit under relaterad information.

Uppföljning

I normalfallet ingen uppföljning.

Patientinformation

Se Bihåleinflammation under relaterad information.

Se Antibiotika, vad är antibiotika? Under relaterad information.

Se Råd och fakta om antibiotika och infektioner, Till dig som har ont i bihålorna under relaterad information.

Mer information

Se Behandlingsrekommendation rinosinuit under relaterad information.