

ABC om

Nästäppa



ELISABETH DAHLSTRÖM, ST-läkare, öron-, näs- och Halskliniken, Sahlgrenska Universitetssjukhuset, Göteborg
elisabeth.dahlstrom@vregion.se
MARIA OLSSON, ST-läkare, öron-, näs- och Halskliniken, Kärnhuset, Skövde
maria.elisabeth.olsson@vg.region.se

GÖSTA GRANSTRÖM, professor, överläkare, avdelningen för öron-, näs- och Halsjukdomar, Sahlgrenska akademien vid Göteborgs universitet
gosta.granstrom@orlss.gu.se

Nästäppa är ett mycket vanligt symptom och en frekvent orsak till att patienter söker vård. Avsikten med denna artikel är att översiktligt beskriva dagens kunskap om symtomet och redogöra för orsakerna. Vi ger förslag på hur man kan undersöka och utreda patienterna. Vidare presenteras några behandlingar som avsevärt kan minska patienternas besvär och därmed förbättra livskvaliteten.

NÄSANS ANATOMI OCH FUNKTION

Näsan är genom sin uppbyggnad ämnad att värma, fukta och rena inandningsluften. Vårt luktorgan finns också inrymt i nästaket. Nässkiljeväggen (septum) delar nashålan i två rum, och på sidoväggarna finns tre näsmusslor, vilket gör att näsan får en stor yta beklädd med slemhinna. Denna är väl lämpad att konditionera inandningsluften och förhindra partiklar från att nå de nedre luftvägarna. Poiseuilles lag ($Q = (\pi \Delta P / 8 \eta L) R^4$, där Q = flödet, P = tryckgradienten, L = längden på röret och R = radien) beskriver flödet av en gas eller vätska i förhållande till radien på ett rör. Av formeln kan man se att en relativt sett liten minskning av radien ger ett fyra gånger större flödesmotstånd. Näsans trängsta delar ligger långt fram i näsan. Det första trånga partiet i näsan kallas näsvalvet och påträffas någon centimeter från näsöppningen. Lite längre in ligger aperturen, som påverkas av septums och konkornas utseende.

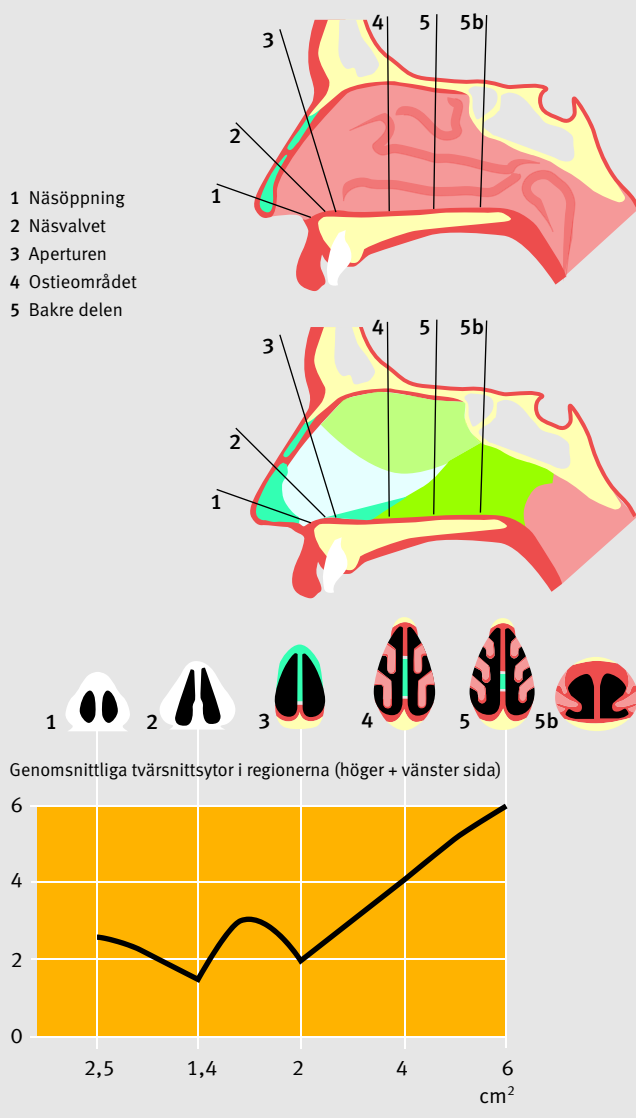
Nässlemhinnan i näskaviteten är försedd med ett flerradigt, cilierat cylinderepitel med undantag för vestibulum, som är hudbeklätt. I nässlemhinnan finns bägarceller som producerar ett muköst sekret, vilket lägger sig som ett skyddande skikt på slemhinnan. Med hjälp av cilierade celler transporteras sekretet bakåt mot nasofarynx. Under basalmembranet finns vidare ett spatium med stromaceller, blodkärl och nerver. Kemisk eller mikrobiologisk påverkan kan starta ett mycket snabbt inflammatoriskt försvar, som påverkar slemhinnan.

Innervationen i näsan sker från sympatiska, parasympatiska och sensoriska nerver. Nästäppa kan påverkas av överfunktion av parasympatikus respektive underfunktion av sympatikus. Tre typer av blodkärl finns i näsan, ytliga kapillärer, resistanskärl och djupare belägna sinusoider. α -adrenerga receptorer utlöser konstriktion av kärlen, och β -adrenerga receptorer orsakar dilatation [1, 2].

DIAGNOSTIK

Anamnesen avslöjar ofta de vanligaste orsakerna till nästäppa. Initialt bör man utesluta pågående infektion och allergi. Dessutom är det bra att veta om det finns sidolokaliserad nästäppa, sekretion eller blödning. Tidigare trauma mot näsan efterfrå-

Näsans regioner och tvärsnittsytor



NÄSTÄPPA – EN SUBJEKTIV UPPLEVELSE

Luftflödet genom näsan påverkas av flera faktorer, av vilka anatomiska förhållanden och slemhinnans svullnad är de viktigaste. Sambandet mellan objektivt verifierad trånghet i näsan och subjektivt upplevd nästäppa är inte absolut. Också patienter med vida förhållanden i näsan kan uppleva besvärande nästäppa.

Näscykeln är ett biologiskt fenomen, som kan förklara viss form av nästäppa. Slemhinnan i de bägge nashalvorna har olika svullnad vid olika tider på dygnet. En förskjutning mellan höger och vänster sida sker med 2–6 timmars mellanrum på grund av att vilotonus i de sympatiska nerverna intill de venösa sinusoiderna är olika, vilket gör att blodfyllnaden växelvis varierar.

Kroppsläget kan påverka nästäppa i så måtto att liggande ställning ökar blodfyllnaden i näsan beroende på förändrat hydrostatiskt tryck och försämrat venöst avflöde [2].

Vid förkylning och allergi upplever man därför ofta ökade besvär nattetid. Dessutom finns tryckreceptorer på kroppsytan och i visceran, som via sympatiska nerver påverkar de båda näskaviteten. Detta gör att luftflödet minskar genom den nedre näskaviteten då man ligger på sidan [4].

gas. Andra faktorer som efterhörs är överkonsumtion av näsdroppar, liksom bostads- och arbetsmiljön. Vidare efterfrågas symtom från de nedre luftvägarna [5].

Inspektion av näsan med främre rinoskopi och pannlampa bör ingå i diagnostiken. Näsan undersöks före och efter avsvällning med s k blålösning (lidokainhydroklorid-nafazolin). På vårdcentralen kan öronmikroskop eller ett otoskop med stor örontratt användas för att få bättre förstoring. Bakre delen av näsan och epifarynx undersöks med indirekt epifaryngoskopi, som kan vara svår att genomföra för ovana undersökare. Lokalanestesi med lidokainspray mot bakre orofarynx och mjuka gommen och be patienten att hastigt andas via näsan kan underlätta undersökningen.

Fiberendoskopi är ett utmärkt hjälpmedel, som enkelt kan användas på de flesta patienter inklusive mycket små barn. Vid undersökningen får man god insyn i näsans bakre delar, epifarynx och en bedömning av adenoidens storlek. Likaså får man bra insyn med hjälp av rak skopi med 0 eller 30 graders optik.

Tummetoden är ett enkelt sätt att subjektivt värdera nästäppa. Genom att hålla en tumme för ena näsöppningen och den andra tummen några centimeter nedanför den andra näsöppningen kan man värdera den expiratoriska luftströmmen [6]. För patienter i gemen ingår sällan en objektiv mätning av nästäppan, men preoperativt undersöks många.

Nasal peak inspiratory flow (NPIF) är en grov mätmetod, som visar det maximala luftflödet i liter per minut genom hela näskaviteten vid forcerad inspiratorisk näsandning. Vid mätningen byts det vanliga munstycket, som används för att mäta peak expiratory flow (PEF), ut mot narkosmask. Metoden är billig och enkel, men mätresultaten påverkas bl a av patientens lungkapacitet. I första hand används NPIF för att följa näsandningsmotståndet hos en och samma patient.

Rinomanometri (främre) innebär att luftflödet och lufttrycket mäts i en näskavitet i taget, och därefter räknas näsandningsmotståndet fram. Metoden är känslig och störs av variationer i nässlemhinnans tjocklek, varför den bäst mäter obstruktion orsakad av ben eller brosk. Akustisk rinomanometri innebär att man använder akustisk reflektion för att bestämma näskavitets geometrisk utseende. Fördelen med denna metod är att det går att skilja mellan lokala obstruerande processer i näsan och generell slemhinnesvullnad, vilket gör det lättare att ställa en korrekt diagnos. Nackdelen är att upprepade mätningar över tiden inte går att jämföra och att det kan vara svårt att få en korrekt mätning i de bakre delarna av näsan [7, 8].

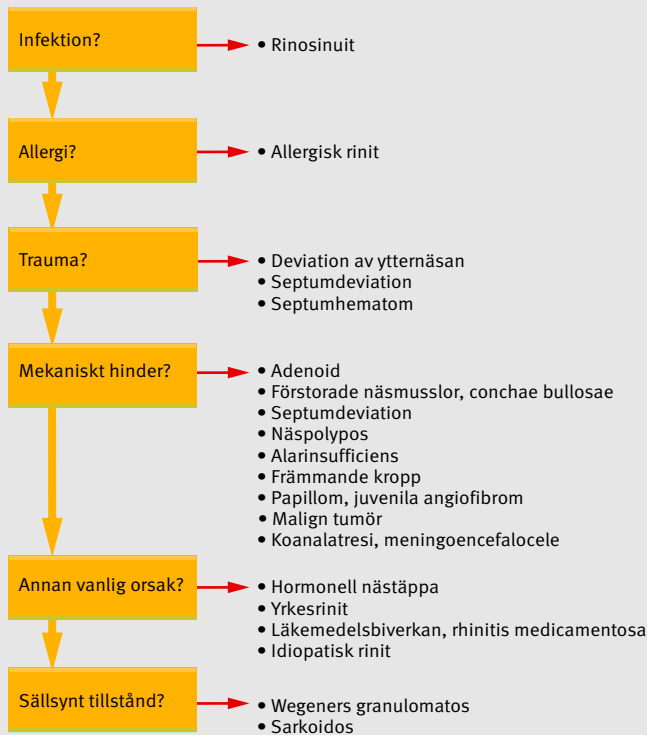
BEHANDLING

Förenklat kan man säga att nästäppans orsaker är infektioner, allergi, mekaniska hinder av luftflödet eller annan sjukdom i slemhinnan. Vanligen behandlas nästäppa medicinskt, men vid säkerställd anatomisk avvikelser kan kirurgi tillämpas.

Infektioner. Koksaltsköljning kan användas vid de på vintern vanligt förekommande förkylningarna och också vid de slemhinnebesvär med krustor som den torra inomhusluften på vintern orsakar.

Ibland kompliceras vanliga förkylningar av bakteriella rinosinuit som erbjuder en diagnostisk utmaning. I sin klassiska form dominerar symtomen ensidig nästäppa, tand-/ansiktsvärk, illasmakande sekretion i svalget och nedsatt lukt. Kliniskt kan en vargata i mellersta näsgången påträffas, vilket stöder misstanken om bakteriell rinosinuit. Ofta är det emellertid svårt att ställa diagnosen bakteriell rinosinuit på enbart anamnes och undersökning. Enligt de rekommendationer som idag finns kan patienter som varit förkylda i mer än tio dagar, som har ett flertal symtom på bakteriell rinosinuit samt förhöjd

■ Patienten söker för nästäppa



Diagnostik av nästäppa.

■ AKUT RINOSINUIT

Orsak	Respiratoriska virus (rino-, parainfluenza-, corona-, influensa 1- och influensa 2-virus)
Utredning	ÖNH-undersökning
Behandling	Koksaltsköljning: Blanda en struken tsk salt och 5 dl ljummet vatten Näsdroppar Smärtlindring: ASA, paracetamol

■ AKUT BAKTERIELL RINOSINUIT

Orsak	S pneumoniae, H influenzae, M catharralis
Utredning	ÖNH-undersökning: Fynd av vargata? SR eller CRP (efter 10 dagar) Nasofarynxodling från mellersta näsgången Punktion och aspiration från sinus maxillaris Röntgen/ultraljud/DT bihålör
Behandling	Penicillin V 1,6 g × 3 eller 2 g × 2 i 7–10 dagar. Vid penicillinallergi: tetracyklin Vid terapivikt eller recidiv inom 4 veckor: amoxicillin 1,5 g × 2–3 i 7–10 dagar eller tetracyklin eller amoxicillin/ klavulansyra Vid penicillinallergi: makrolid Smärtlindring Nasal steroid (vid allergi/hyperreaktivitet) Käkspolning (smärtlindring, utredning) Trepanation vid frontalsinuit med allmänpåverkan och svår smärta Funktionell endoskopisk sinuskirurgi (FESS)

CRP (>10 mg/l) eller SR vara behjälpta av antibiotika [9, 10]. Hos patienter med odlingsverifierad bakteriell rinosinuit sker den kliniska förbättringen snabbare med antibiotikabehandling [11].

Svårt allmänpåverkade patienter med misstänkt pansinuit, akut frontalsinuit eller barn med misstänkt etmoidit skall akut remitteras till öron-, näs- och halsklinik. Vid aggressiva infektioner hos barn påträffas oftast S milleri i odlingssvaret [12]. Patienter med persisterande rinosinuit (mer än 3 månader) bör alltid utredas med tanke på bakomliggande etiologi, såsom dentala infektioner, näspolyper, allergi, nasal hyperreaktivitet, tumörer m m. Hos barn med persisterande rinosinuit påträffas ofta en obstruerande adenoid.

Allergier är en vanlig orsak till nästäppa. Allergisk rinit yttrar sig som nästäppa i kombination med rinnsnuva, nysningar och klåda. Prevalensen av allergisk rinit har under de senaste åren ökat [13] och är ca 10–20 procent i västvärlden [14]. Patienter med allergisk rinit har en obalans mellan olika typer av T-hjälparceller, ökad produktion av IgE-antikroppar och hög frisättning av Th2-cytokiner (t ex IL-4, IL-5). Vid en akut allergisk reaktion binder allergener till IgE-molekyler på mastcellens yta, varvid histamin och Th2-cytokiner frisätts. Detta leder till en vasodilatation av slemhinnans blodkärl, och patienten upplever nästäppa. Vid rinoskopi ses ofta en blek, svullen och cyanotisk slemhinna med vattnigt sekret.

Allergisk rinit klassificeras sedan 2001 enligt ARIA (Allergic Rhinitis and its Impact on Asthma, en arbetsgrupp sammansatt av WHO) som intermittent (besvär <4 dagar per vecka och <4 veckor) eller persisterande (besvär ≥4 dagar per vecka och minst 4 veckors besvär) med lindrig eller måttlig-svår form. Denna indelning föreslås ersätta den tidigare indelningen i perenn eller säsongsbunden allergisk rinit [15].

Behandlingen avgörs av symtomens svårighetsgrad. När det dominerande symtomet är nästäppa ger peroral antihistaminer inte tillräcklig lindring, utan de får ofta kombineras med en nasal steroid. Den skall appliceras korsvis, dvs man har flaskan i höger hand och sprutar mot vänster nashålas laterala vägg och därefter omvänt (vänster hand-höger näsborre). Glukokortikosteroider kan övervägas vid svåra symtom, antingen som korttidsterapi eller som depåinjektion, vilket kan ge flera veckors symtomfrihet. Hyposensibilisering blir aktuell för patienter med svår allergisk rinit, där medicinsk behandling prövats med otillräcklig effekt samt vid begynnande astmasymtom [16].

Mekanisk obstruktion. Akut trauma mot näsan kan ge upphov till, förutom nästäppa och näsblödning, felställningar av ytter-näsans brosk, os nasale och nasseptum. Det viktigaste vid akut nästrauma är att utesluta septumhematom, som obehandlat kan utvecklas till en septumabscess med senkomplikationer i form av broskdestruktion och sadelnäsa [17].

En septumdeviation som förtränger näskaviteten och ger patienten besvär av nästäppa kan åtgärdas med septumplastik. Preoperativt bör man, enligt Svensk rhinologisk förenings konsensus 2004, utföra en objektiv mätning av motståndet i näsan med hjälp av rinomanometri. Septumplastik har på rätt indikation förutsättning att lindra nästäppa [18, 19]. Sammantaget uppnås enligt nationella kvalitetsregistret gott resultat hos 75 procent av de opererade patienterna. Alarinsufficiens och förstörade näsmusslor kan också orsaka nästäppa [20].

Tumör som orsak till ensidig nästäppa är ovanligt men skall alltid uteslutas, särskilt hos äldre med långdragna rinosinuit-symtom.

Vid ensidiga polyper skall olika differentialdiagnoser uteslutas, såsom inverterade papillom, angiofibrom, meningoencefa-

■ ALLERGISK RINIT

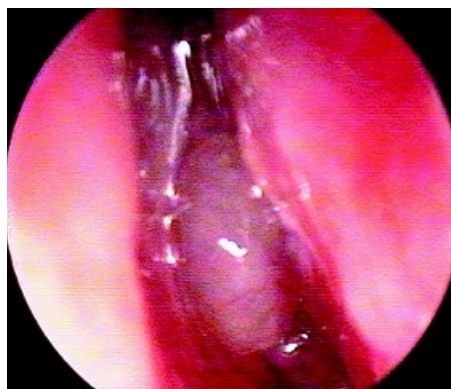
Orsak	Vår – lövträd (björk, al, hassel); stenfrukter och nötter ger paradjörksymtom; sommar – gräs (timotej); höst – gråbo; blad-/rotselleri, persilja och palsternacka ger paragråbosymtom; djur, kvalster, mögel
Utredning	Noggrann anamnes (symtom, hereditet, miljö, bostad etc) och ÖNH-undersökning räcker oftast för att ställa diagnos. Vid osäkerhet gå vidare med: Phadiatop, pricktest, RAST-analys, nasal allergenprovokation, endoskopi av nasofarynx, akustisk rinomanometri, PEF (om astmabesvär)
Behandling	Reducera allergenexponeringen (särskilda madrass- och kuddskydd finns för kvalsterallergiker) Natriumkromoglikat, ögondroppar Antihistaminer (intranasala, perorala) Nasala steroider (bra effekt vid nästäppa) Glukokortikoider, t ex peroral korttidsterapi 20–40 mg i nedtrappande dos 1–3 v eller injektion (depåpreparat) Allergivaccination (hyposensibilisering)



Sned nässkiljevägg.



Nästumör.



Näspolyp.

MEKANISKT HINDER

Tillstånd/Orsak	Utredning	Behandling
Deviation av ytternasan/Trauma	Inspektera och palpera näsan uppifrån genom att stå bakom patienten: Krepitationer? Ömhet? Felställning?	Sluten reposition: vuxna inom 10 d, barn inom 5 d. Inre tamponad och yttre stödskena i 7 d. Öppen reposition vid svårare frakturer kombinerade med septumfraktur.
Septumdeviation/Kan vara normalvariant; sneda nässepta åtgärdas inte om inga besvär; trauma septumfraktur; förlösningstrauma; medfött tillstånd som ger symptom	Undersök genom att putta nästippen uppåt: Är septum luxerat? Stänger septum av ena nashålan? Patologiskt tumtest? Rinomanometri	Septumplastik görs i lokalanestesi eller narkos: septum lösgörs från hårda gommen, septumbrosket rätas ut och ställs in i medellinjen. Hos nyfödda kan septumluxation försiktigt åtgärdas genom att septum trycks på plats.
Septumhematom, septumabscess/Septumfraktur	NPIF Undersök med en stålpinne och känn mot septum. Fluktuerande? Svullnad? SR eller CRP	Hematom åtgärdas inom ett dygn: töms och tamponeras eller septumplastik. Profylax med penicillin. Abscess öppnas och dräneras. Bredspektrumantibiotika iv. Rekonstruktion av septum i en senare seans.
Näspolypos/Polyper bilateralt symtom på pågående slemhinneinflammation (orsak okänd)	Undersökning (alltid efter avsvällning): Polyper är gråbleka, släta och ses mellan nedersta och mellersta näsmusslan. Anamnes: Glöm inte att fråga om symptom från nedre luftvägarna! NPIF, rinomanometri, lukttest, DT sinus	Lokala steroider prövas vid diffus polypos i 6–8 v. Om ingen effekt, byt till peroral steroid, t ex 30 mg prednison i nedtrappningsdos under 3 v. Kirurgi: polypevulsio vid enskilda polyper. Funktionell endoskopisk sinuskirurgi med »shaver« vid diffus polypos som inte blivit bättre av medicinsk behandling.
Alarinsufficiens/Medfött tillstånd	Låt patienten andas snabbt ut och in genom näsan. Alarbrosket dras vid inandning in mot septum	Näsvingevidgare: Nozovent. Näsvingeplastik
Konkahypertrofi/Hyperplastisk tillväxt av nedre näsmusslans slemhinna på grund av allergi, hyperreaktivitet (mekanismer inte helt kända); concha bullosa, luftförande benigt hålrum i mellersta näsmusslan; förtjockat ben i nedre näsmusslan	Undersök om förstörad nedre näsmussla som når över till septum eller ner mot näsgolvet	Nasala steroider. Konkplastik
Papillom/Okänd	Undersökning: inverterade papillom i lateralväggen liknar polyper men är mer lättblödande. Exofytiska påträffas på septum. Px. MRT	Operation
Juvenila angiofibrom/Okänd	Punktionscytologi, undvik biopsi MRT, angiografi	Embolisering
Malign tumor i näsa, bihål/or/ Skivepitelcancer vanligast; adenokarcinom: trädammsexponering ger ökad risk	ÖNH-undersökning, röntgen sinus visar för-tätad bihåla. DT-näsa/bihålor visar bende-struktion. MRT visar ev inväxt i skallkaviteten. Exploration i narkos för biopsi. Ögonkonsult	Radioterapi. Kirurgi
Adenoidhypertrofi/Adenoiden växer och är som störst i 7-årsåldern och minskar därefter i storlek	ÖNH-undersökning: Sväll av i näsan med blå-lösning för att se bättre bak mot koanerna. Spegla upp i epifarynx. Fiberskopi	Abrasio, ibland i kombination med tonsillektomi om tonsillhypertrofi föreligger

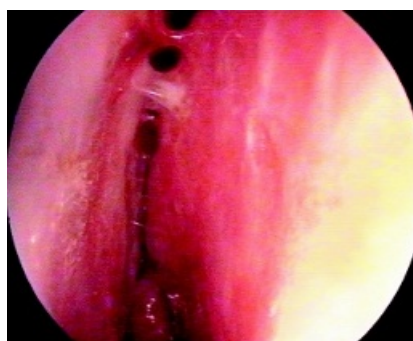
locele, antrokoanalpolyp, dvs en cysta utgången från sinus maxillaris. Näspolypos är en kronisk sjukdom, som innebär lokal tillväxt av nässlemhinnan på grund av underliggande inflammation. Majoriteten av polyperna domineras av eosinofila celler. Vid kroniskt infektiösa tillstånd, cystisk fibros, ciliedysfunktion och dentala sinuiter ses i stället polyper där neutrofila celler dominerar. 30–40 procent av patienter med näspolypos har astma [21]. Näspolypos är vanligare hos män och hos individer över 40 år. Prevalensen i en normalpopulation är 2,7 procent [22]. En särskild kategori är patienter med Samters triad, dvs näspolypos, intolerans mot acetylsalicylsyra/NSAID och astma. Tillståndet är svårbehandlat, eftersom polyperna recidiverar. Kontinuerlig behandling med nasal steroid skall alltid följa operation och kan fördröja recidiv. Systemiska steroider har ofta god effekt vid diffus polypos [23, 24]. Hos mycket små barn med misstanke om näspolyp skall meningoencefalocele och cystisk fibros uteslutas [21].

Adenoiden är en vanlig orsak till nästäppa hos barn. Den tillväxer i nasofarynx och ger mest besvär i 3–4-årsåldern. 6–10 pro-

■ TÄNK PÅ

Patienter med nästäppa skall om möjligt alltid undersökas efter avsvällning. Patienter med allergisk rinit och näspolypos kan ha astmatiska besvär.

Vid utredning av patienter med rinosinuit skall underliggande sjukdom penetreras.



Wegeners granulomatos.

cent av alla barn besväras nattetid av snarkningar och 1 procent har sömnapné [26, 27]. Om inte tillståndet åtgärdas med abrasio kan det leda till minskad längdtillväxt och hos vissa barn ge upphov till recidiverande otiter. Föräldrarna bör informeras om att en hypertrofisk adenoid kan recidivera.

Vid ensidig nästäppa hos barn bör främmande kropp uteslutas. En mer ovanlig orsak till nästäppa hos barn är obstruerande, ensidig koanalatresi, dvs avstängning av den ena av de bakre näsöppningarna.

Slemhinnsvullnad utan infektion eller allergi. I Sverige besväras drygt 20 procent av befolkningen av icke-allergisk, icke-infektiös rinit, definierat som nästäppa eller nysningar som inte orsakas av allergi eller infektion [28]. I denna heterogena grupp är det viktigt att försöka hitta de bakomliggande orsakerna: t ex trä- eller pappersdammsexponering vid yrkesrinit [29], näsdroppmissbruk vid läkemedelsorsakad rinit, graviditet eller hypotyreos vid hormonell rinit och rinit som del av en system sjukdom. När ingen orsak till patientens besvär kan hittas ställs diagnosen idiopatisk rinit.

Symtombilden hos patienter med icke-allergisk rinit domineras ofta av nästäppa, sekretion eller nysningar. Patienterna uppvisar ofta nasal hyperreaktivitet mot t ex bilavgaser, rödvin, starka dofter, kryddad mat eller temperaturväxlingar [31]. Patogenesen till nasal hyperreaktivitet är inte helt klarlagd. En av många hypoteser är att aktiviteten i de sensoriska afferenta C-fibrerna är förändrad, vilket leder till ökad kärlpermeabilitet [32]. Den vanligaste hormonella orsaken till nästäppa är graviditet, som ses hos 22 procent av gravida kvinnor, där rökare och kvalsterallergiker är överrepresenterade [33]. Hypotyreos och överproduktion av tillväxthormon kan också orsaka nästäppa. Normalisering av hormonnivåer brukar minska nästäppan.

Läkemedelsbiverkningar av exempelvis tricykliska preparat, citalopram och ACE-hämmare kan ibland orsaka nästäppa, liksom systemsjukdomar såsom sarkoidos och Wegeners granulomatosis.

■ *Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.*

REFERENSER

- Davis SS, Eccles R. Nasal congestion: mechanisms, measurement and medications. Core information for the clinician. *Clin Otolaryngol Allied Sci* 2004;29(6):659-66.
- Hanif J, Jawad SS, Eccles R. The nasal cycle in health and disease. *Clin Otolaryngol Allied Sci* 2000;25(6):461-7.
- Clement PA, Gordts F. Standardisation Committee on Objective Assessment of the Nasal Airway, IRS, and ERS, Consensus report on acoustic rhinometry and rhinomanometry. *Rhinology* 2005;43(3):169-79.
- Läkemedelsbehandling av rinosinuit. Information från Läkemedelsverket 2005;16(3):7-13.
- Bousquet J, Van Cauwenberge P, Khaltaev N; Aria Workshop Group; World Health Organization. Allergic rhinitis and its impact on asthma. *J Allergy Clin Immunol* 2001;108(5 suppl):S147-334.
- Van Cauwenberge P, Bachert C, Passalacqua G, Bousquet J, Canonica GW, Durham SR, et al. Consensus statement on the treatment of allergic rhinitis. *European Academy of Allergology and Clinical Immunology. Allergy* 2000;55(2):116-34.
- Stewart MG, Smith TL, Weaver EM, Witsell DL, Yueh B, Hannley MT, et al. Outcomes after nasal septoplasty: results from the Nasal Obstruction Septoplasty Effectiveness (NOSE) study. *Otolaryngol Head Neck Surg* 2004;130(3):283-90.
- Johansson L, Åkerlund A, Holmberg K, Melén I, Bende M. Prevalence of nasal polyps in adults: The Skövde population-based study. *Ann Otol Rhinol Laryngol* 2003;112(7):625-9.
- Huizing EH. European position paper on rhinosinusitis and nasal polyps. *Rhinology* 2005;43(3):238.
- Ellegård EK. Pregnancy rhinitis. Clinical and pathogenetic characteristics of pregnancy rhinitis. *Clin Rev Allergy Immunol* 2004;26(3):149-59.

■ SLEMHINNESVULLNAD utan allergi eller infektion

Idiopatisk rinit är en uteslutningsdiagnos med okänd orsak.

- Utredning: Anamnesen är viktig. Uteslut allergi och infektion. Arbetsmiljö? Näsdroppmissbruk? NSAID-/ASA-intolerans? Tidigt gravid? Astma? Phadiatop-screening.
- Behandling: Koksaltsköljning (Renässans), näsolja (Nozoi), nasala steroider, alfa-adrenerga agonister, kirurgi: konka-reduktion, radiofrekvensablation osv.

Hormonell rinit

- Orsaker: graviditet, hypotyreos, ökad produktion av tillväxthormon
- Utredning: ÖNH-undersökning, TSH, fritt T₄, GH
- Behandling av graviditetsrinit: Näsvingevidgare, koksaltsköljning, ev nasal steroid, exspektans – nästäppan försvinner spontant 2 veckor efter partus.

Rhinitis medicamentosa beror på missbruk av näsdroppar.

- Utredning: Fråga i anamnesen specifikt om näsdroppsanvändning. ÖNH-undersökning – leta efter annan orsak
- Behandling: Nasal steroid i 4–6 veckor. Informera om att patienten kommer att uppleva nästäppa 1–2 veckor och då måste avstå från näsdroppar. Peroral steroid, t ex prednisolon 30 mg 1 vecka, 20 mg 1 vecka, 10 mg 1 vecka. Koksaltsköljning kan prövas samtidigt.

Rinit orsakad av systemsjukdomar – Wegeners granulomatosis, sarkoidos.

- Utredning: ÖNH-undersökning – leta efter slemhinneförändringar, ibland polypliktande, i näsan, titta i hörselgångarna. Cytoplasmatiske antikroppar: C- och p-ANCA. Näsbiopsi.
- Behandling: Koksaltsköljning, näsolja, mekanisk rengöring, behandling av systemsjukdomen.

■ KONSENSUS

De flesta är ense om att

- luftflödet genom näsan påverkas av anatomiska förhållanden och slemhinnans svullnad
- näsans trånga partier är lätta att inspektera med främre och bakre rinoskopi
- effektiv behandling för allergisk rinit finns

Åsikterna går isär vad gäller

- värdet av olika metoder att mäta luftflödet genom näsan för att påvisa nästäppa
- värdet av att kirurgiskt korrigera mindre anatomiska avvikelser

Oklart är

- vad som är bästa behandling för idiopatisk rinit