

Statusartikel

Skæv næseskillevæg

Kumanan Rune Nanthan^{1, 2}, Skala Dehlair Kalid³, Peter Schousboe⁴, Kenneth Stockman Larsen², Bibi Lange², Jonas Hjelm Wernberg⁵, Gita Jørgensen² & Anette Drøhse Kjeldsen²

1) Øre-, Næse-, Halskirurgisk Afdeling, Aalborg Universitetshospital, 2) Øre-Næse-Hals/Hørelinik Afdeling F, Odense Universitetshospital, 3) Øre-, Næse-, Halskirurgisk Afdeling, Sjællands Universitetshospital, Køge, 4) Øre-, Næse-og Halsafdelingen, Sygehus Lillebælt, 5) Øre, Næse og Halsafdelingen, Sydvestjysk Sygehus, Esbjerg

Ugeskr Læger 2025;187:V04250353. doi: 10.61409/V04250353

HOVEDBUDSKABER

- Skæv næseskillevæg er en hyppig årsag til nedsat luftpassage i næsen.
- Patienttilfredsheden er 60-70% efter septumplastik – men 10% oplever en forværring.
- Eventuel slimhindesygdom bør behandles, inden der foretages kirurgisk korrektion.

Nasalstenose er en hyppig årsag til, at patienter opsøger en øre-næse-hals-læge. Tilstanden er associeret med flere tilstande, herunder allergisk rhinitis, kronisk rhinosinuitis, næsepolypper, adenoide vegetationer, conchaehypertrofi samt skæv næseskillevæg (septumdeviation). Symptomer på nasalstenose kan manifestere sig i form af en følelse af nedsat luftpassage gennem næsen, snorken og dårlig søvnkvalitet, som kan have en betydelig indflydelse på livskvaliteten [1, 2].

Forekomst

Septumdeviation er den hyppigste strukturelle årsag til nasalstenose. I et multicenterstudie inkluderende 2.500 vilkårligt udvalgte øre-næse-hals-patienter fandt man en devierende septum hos 89% [3]. Kun en mindre andel af disse patienter havde en symptomgivende deviation, hvor behandling var indiceret.

Behandlingen er kirurgisk intervention i form af septumplastik. Indgrebet er en af de hyppigste næseoperationer med over 4.000 årlige indgreb i Danmark [4].

Ætiologi

Næseskillevæggen (septum nasi) er særligt sårbar over for traumer, og selv mindre stumpe skader kan medføre strukturelle ændringer i både den bruske og ossøse del af septum [5]. Hos en del patienter med betydende septumdeviation er der anamnestisk oplysninger om tidligere traume [6].

Tilstande som allergisk rhinitis og kronisk rhinosinuitis kan forværre symptomerne hos patienter med septumdeviation [7]. Ligeledes er der beskrevet en kraftig stigning af henvisninger med henblik på pladsskabende kirurgi som følge af rhinitis medicamentosa [8].

Tilstanden kan desuden være associeret med medfødte misdannelser [9].

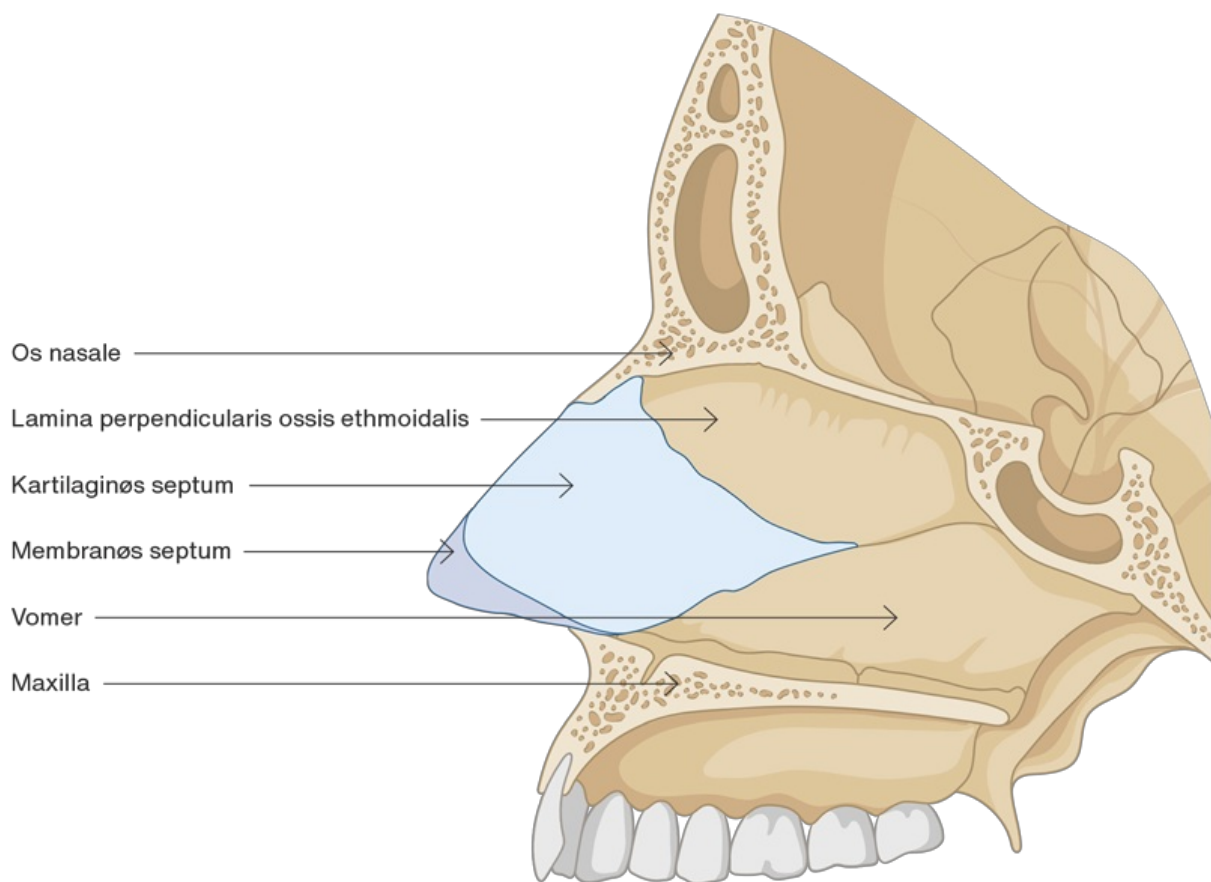
Anatomi og fysiologi

Næsen inddeles anatomisk i en ydre næsepyramide og en indre næse. Den ydre næse består af en ossøs og kartilaginøs næsepyramide. Septum nasi spiller en central rolle i at opretholde næsens struktur ved at støtte næseryggen (dorsum nasi), columella og næsetippen. Den indre næse omfatter septum nasi, de interne og eksterne næseåbninger (ostium) samt næsemuslingerne (conchae inferiores, media et superiores).

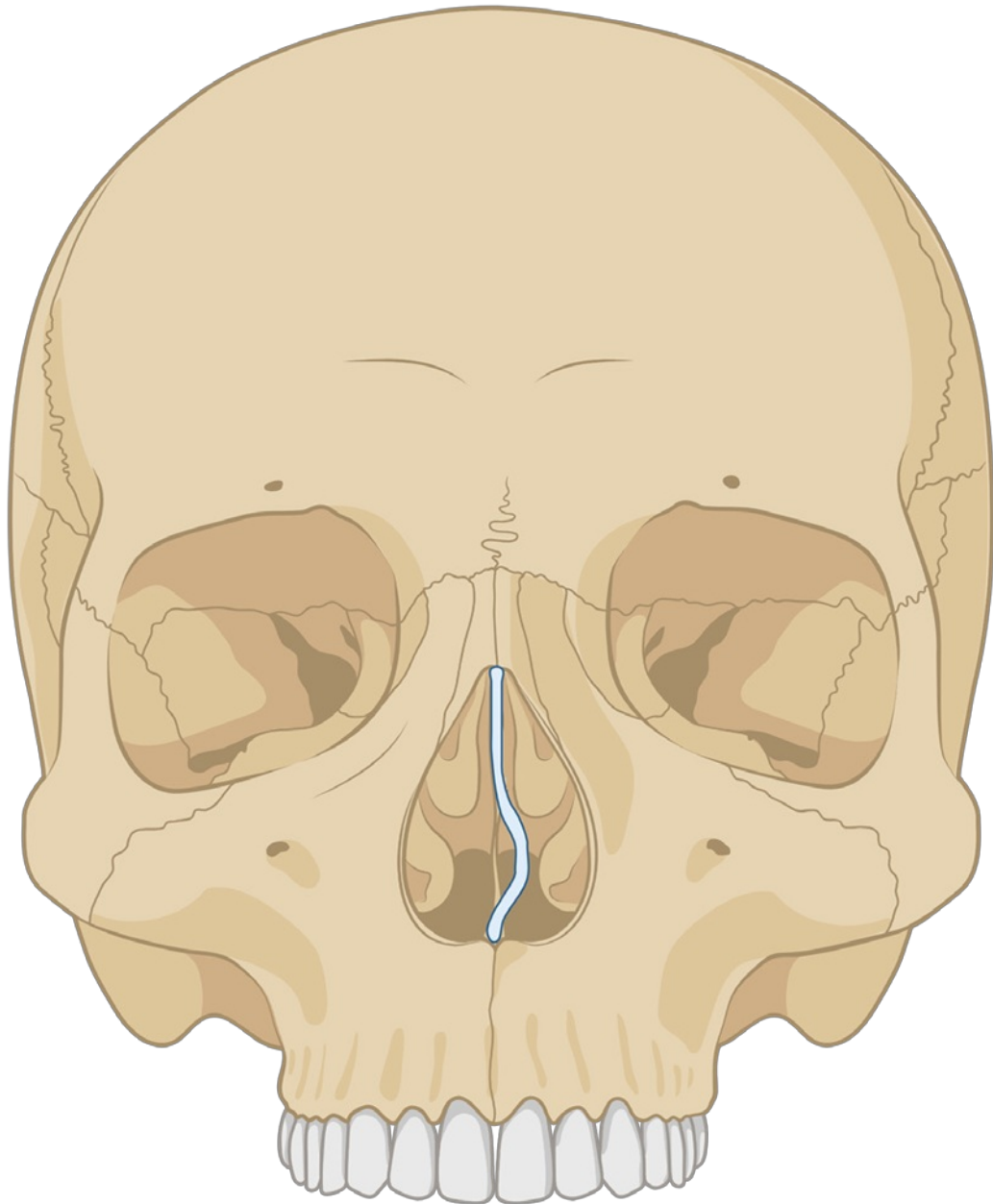
Næsens funktion er i høj grad at opvarme og fugte den indåndede luft, dette kompromitteres fortrinsvis i tilfælde af anteriore deviationer.

Selve septum kan inddeles i fire anatomiske komponenter (**Figur 1**) og (**Figur 2**):

FIGUR 1 Septums kartilaginøse og ossøse del. Udført med BioRender af Skala Dehlair Kalid.



FIGUR 2 Septum devierende mod venstre. Udført med BioRender af Skala Dehlair Kalid.



-
- 1) Membranøs septum: beliggende helt anteriort, bestående af fibrøst væv mellem det kartilaginøse septum og columella.
 - 2) Det kartilaginøse septum: placeret posteriort for det membranøse septum, hæftende til crista nasalis maxillae og den ossøse del af septum.
 - 3) Lamina perpendicularis ossis ethmoidalis: udgør den superiore og posteriore del af den ossøse septum.
 - 4) Vomer: danner den inferiore og posteriore del af den ossøse septum [10].

Udredning af septumdeviation

Anamneseoptagelsen bør indeholde en beskrivelse af, hvorvidt nasalstenosen er unilateral eller bilateral, alternerende eller konstant, relateret til positioneringen, sæsonvariation (med henblik på allergisk slimhindekomponent), kæledyr, eksponering for tobaksrøg eller kemikalier og udførlig medicinanamnese. Der bør adspørges om ledsagende symptomer såsom ansigtssmerter, hovedpine, nasalt flåd, påvirket lugtesans, søvnforstyrrelser, snorken og epistaxis.

Tidligere traumer mod næsen, tilstedeværelsen af systemiske sygdomme som astma, granulomatose med polyangiitis og sarkoidose samt forbrug af intranasale vasokonstriktorer (f.eks. xylometazolin) eller kokain bør ligeledes afdækkes.

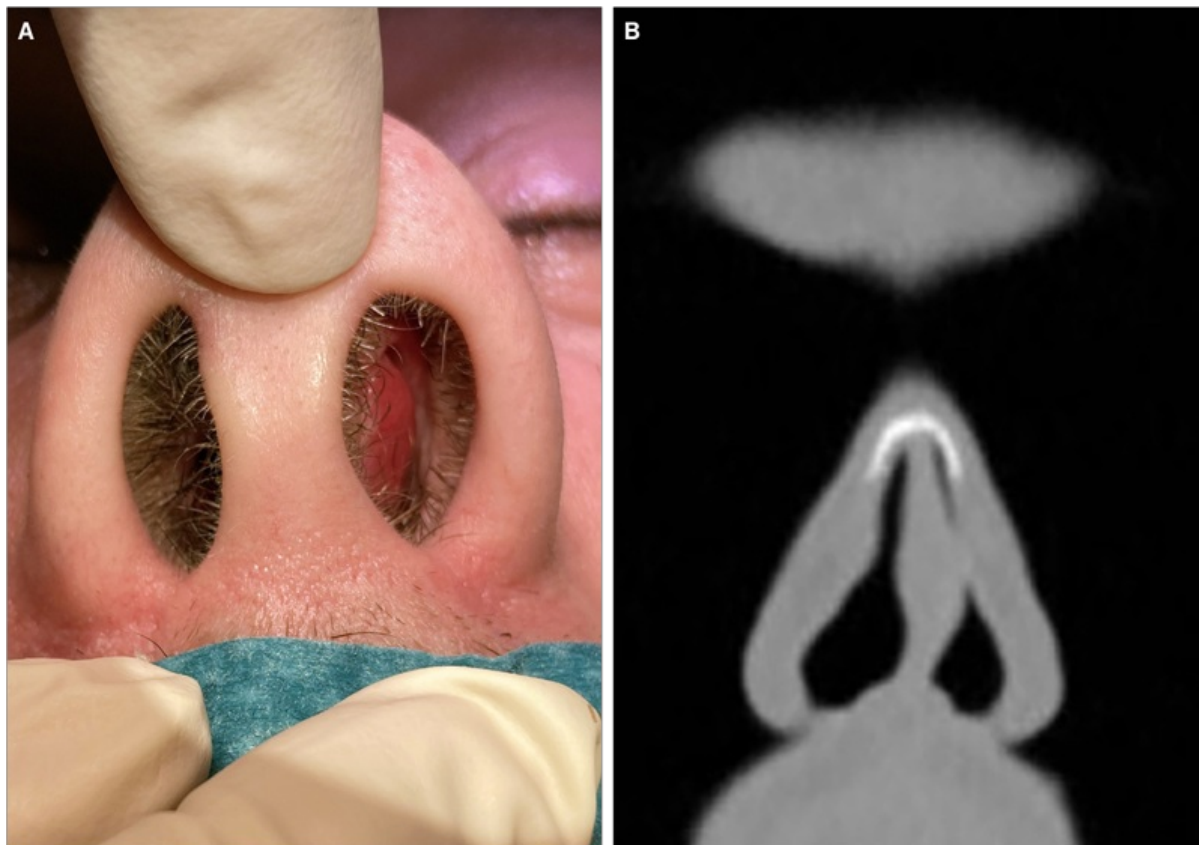
Til vurdering af symptomernes subjektive sværhedsgrad anvendes ofte Nasal Obstruction Symptom Evaluation Scale (NOSE) og Sino-Nasal Outcome Test-22 (SNOT-22) [11, 12].

Objektiv undersøgelse

Den objektive undersøgelse indledes med inspektion og palpation af den ydre næse med henblik på eventuelle deformiteter i den ossøse og kartilaginøse næsepyramide. Særligt vurderes eventuel deviation eller depression af os nasale, som kan indikere tidligere traume.

Ved inspektion nedefra vurderes columellas position i forhold til alae nasi samt septums placering bag columella (Figur 3 A + B). Næsetippens styrke og stabilitet vurderes ved palpation.

FIGUR 3 Klinisk billede (A) af en septumdeviation samt tilhørende CT (B) på samme patient. Foto bringes med patientens tilladelse.



Luftflow vurderes med lyttetest, hvor der skiftevis lukkes af for hvert næsebor og inspireres gennem det modsatte. Dugtest med metalspatel under næseborene giver en indikation af luftpassagen bilateralt.

The Cottle test udføres ved at lateralisere huden på kinden væk fra næsen med to fingre. Hvis der er bedring af luftskiftet igennem næsen, kan det tyde på, at den nasale obstruktion er mest signifikant anterior.

Anterior rhinoskopi udføres med henblik på vurdering af forhold vedrørende slimhinden, septum nasi samt conchaehypertrofi før og efter detumescering. Septum vurderes i forhold til midtstilling samt for skævheder i form af crista, spina eller deviation.

Der suppleres med nasal endoskopi, hvor der ses efter tegn på polypose eller sekret fra bihulerne. Ved mistanke om adenoide vegetationer (svælgpolypper) kan undersøgelsen udvides med fleksibel fiberskopi.

Supplerende undersøgelser

CT af bihuler overvejes ved mistanke om sinuitis eller uklare fund.

Ved anamnestisk eller objektiv mistanke om allergisk komponent i nasalstenosen bør der foretages allergiudredning (f.eks. priktest/IgE).

Ved tegn på slimhindepåvirkning anbefales et behandlingsforsøg med intranasale steroider i 6-8 uger inden stillingtagen til kirurgi.

Akustisk rhinometri er en noninvasiv metode, der ved hjælp af lydbølgerefleksioner kan give et objektivt mål for

pladsforholdene i cavum nasi.

Næseslimhinden er dynamisk, og luftmodstanden ændres døgnet igennem. Heldøgnsrhinomanometri giver et mere retvisende billede af det respiratoriske flow igennem næsen, computational fluid dynamics er en anden mere retvisende målemetode til at vurdere luftpassagen gennem næsen, men bruges indtil videre kun på forskningsbasis [13].

Derudover findes metoder som peak nasal inspiratory flow og rhinomanometri til vurdering af nasal luftpassage. Disse anvendes ej rutinemæssigt [14].

Differentialdiagnoser

Allergisk rhinitis, kronisk rhinosinuitis, rhinitis medicamentosa, nasale polypper, adenoide vegationer, conchaehypertrofi, empty nose syndrome samt systemiske slimhindesygdomme er de mest relevante differentialdiagnoser.

Nasalobstruktion kan også forekomme som en bivirkning til udvalgte medikamina, som kan medføre slimhindehævelse herunder NSAID-præparater, antihypertensiva, antianginøse, vasodilatorer, antipsykotika, antidepressiva samt hormonelle medikamina såsom østrogenholdige præparater og alfaadrenerge blokerende midler mod prostatahyperplasi [15].

Ved patienter med udtalte natlige symptomer eller dagtræthed bør der udredes for søvnapnø.

Benigne og maligne tumorer i næsehulen og bihulerne udgør ligeledes vigtige differentialdiagnoser og bør mistænkes ved unilateral nasalstenose, blodig sekretion eller vedvarende symptomer uden klar årsag. Ved unilaterale symptomer kan tandlægevurdering også være relevant grundet odontogen sinuitis.

Indikation

Isoleret septumplastik er indiceret ved påvist septumdeviation i kombination med subjektive gener i form af nedsat luftpassage eller obstrueret luftpassage, hvor konkurrerende slimhindebetinget nasalstenose/hypertrofi af slimhinden på conchae inferiores ikke vurderes at være til stede. Vurderes nasalstenosens tilgrundliggende årsag at være betinget af en kombination af devierende næseskillevæg og conchaehypertrofi, bør begge problemstillinger adresseres i et kirurgisk indgreb. Yderligere indikationer inkluderer recidiverende sinuitis eller ansigtssmerter med sandsynlig nasal ætiologi [16].

Septumplastik kan være nødvendig ved adgang til endoskopisk kirurgi af bihuler, skull base eller orbita. Endelig kan der være behov for opretning af næseskillevæggen i forbindelse med epistaxisbehandling eller ved manglende tolerance af continuous positive airway pressure (CPAP)-behandling af obstruktiv søvnapnø.

Kontraindikationer

Septumplastik er kontraindiceret hos patienter med ubehandlet vaskulitis og relativt kontraindiceret ved akut rhinosinuitis.

Kokainforbrug udgør en absolut kontraindikation, da stoffets vasokonstriktive og slimhindeskadende egenskaber øger risikoen for forsinket heling og septumperforation [17]. Patienter bør være dokumenteret abstinente i minimum et år, inden kirurgi kan overvejes [16].

Septumplastik

Ved septumplastik anvendes et nasalspekel til at eksponere den kaudale kant af det kartilaginøse septum. En vertikal incision anlægges fortil på den ene side af den membranøse septum, hvorefter det kartilaginøse og ossøse septum blotlægges.

Septumdeviationen vurderes herefter med henblik på lokalisation, ætiologi og forhold – herunder overskydende brusk, bundcrista, spinadannelse eller skred fra crista nasalis maxillae. Omfanget af korrektionen varierer afhængigt af behovet for resektion eller reposition af brusk- og knogledele.

Ved slimhindeudrift eller for at stabilisere septum kan der anlægges silasticskiver. Hvis der samtidig med septumplastik er foretaget konkotomi eller ved tegn på blødning, kan der anlægges tamponerende forbindelse bilateralt i næsehulen [10].

Som udgangspunkt er der ikke behov for peroperativ antibiotika i forbindelse med proceduren [18].

Postoperativt regime

Patienterne udskrives samme dag som operationen. Det anbefales, at patienten sover med eleveret hovedgærde de første døgn for at minimere postoperativt ødem. Eventuelle tamponader fjernes på tredje postoperative dag og silasticskiver på 10.-14. Valg af tamponader og anlæggelse af silasticskiver bestemmes af operatøren med henblik på at minimere risikoen for hæmatom eller abscesdannelse.

Efter fjernelse af pakninger opstartes daglige saltvandsskylninger for at fremme sårheling og reducere skorpedannelse. Fysisk skånehensyn anbefales i mindst én uge efter indgrebet, og patienter med fysisk belastende eller støv-/partikelekspanderende arbejde bør sygemeldes i samme periode. Hård fysisk aktivitet bør undgås de første par uger postoperativt, og aktiviteter med risiko for traume mod næsen bør undgås i minimum 2-3 måneder postoperativt.

Der udføres postoperativ kontrol i forbindelse med fjernelse af eventuelle pakninger samt efter behov 3-6 måneder postoperativt.

Komplikationer

Postoperativ blødning er den hyppigste komplikation. Let sivning er forventeligt, men kraftigere/længerevarende blødning kan kræve behandling.

Septumhæmatom er en potentiel alvorlig komplikation. Tilstanden kræver hurtig evakuering for at forebygge infektion, septumperforation eller kollaps af septum.

Infektioner, forlænget sårheling og skorpedannelse er relativt hyppige, men oftest selvlimiterende komplikationer. Ved tegn på infektion kan behandling med peroral antibiotika iværksættes. Den mest alvorlige komplikation til postoperativ infektion er spredning til centralnervesystemet [19].

Klinisk signifikans

Septumplastik er en af de mest almindeligt udførte operationer inden for øre-næse-hals-kirurgi og er en veldokumenteret behandlingsmodalitet ved strukturel betinget nasalobstruktion. Flere studier har vist, at septumplastik effektivt kan reducere graden af nasalstenose og forbedre patienternes livskvalitet [20, 21]. Trods dette rapporterer en andel af patienterne recidiv af obstruktive symptomer postoperativt [22].

Objektive måleinstrumenter som NOSE, SNOT-22 og akustisk rhinometri kan anvendes rutinemæssigt, men disse fund stemmer ikke nødvendigvis overens med patientens subjektive symptomoplevelse [23].

Et dansk studie med over ti års followup fandt en signifikant reduktion af NOSE-score og 68% bedring af luftskiftet gennem næsen [24]. Et svensk multicenterstudie viste, at 76% af patienterne oplevede en forbedring af nasale symptomer seks måneder postoperativt, men 21% havde fortsat gener, og op mod 10% angav forværring efter indgrebet [25]. Faktorer som højere alder ved operationstidspunktet og sværhedsgraden af de præoperative symptomer har vist sig at være positive prædiktorer for et tilfredsstillende postoperativt resultat [26].

Ovenstående understreger vigtigheden af grundig patientseleksion og en struktureret præoperativ vurdering for at optimere behandlingsresultaterne ved septumplastik.

Korrespondance *Kumanan Rune Nanthan*. E-mail: kumanan.nanthan@gmail.com

Antaget 27. juni 2025

Publiceret på ugeskriftet.dk 13. oktober 2025

Interessekonflikter ingen. Alle forfattere har indsendt ICMJE Form for Disclosure of Potential Conflicts of Interest. Disse er tilgængelige sammen med artiklen på ugeskriftet.dk.

Referencer findes i artiklen publiceret på ugeskriftet.dk

Artikelreference Ugeskr Læger 2025;187:V04250353

doi 10.61409/V04250353

Open Access under Creative Commons License [CC BY-NC-ND 4.0](#)

SUMMARY

Septal deviation

Septal deviation is one of the most frequent causes of nasal obstruction. Septal deviation may result from trauma, congenital malformations, or age-related changes, and symptoms include impaired nasal airflow, snoring, and poor sleep quality. Septoplasty is the standard treatment. The procedure is generally safe and improves quality of life for most patients, though recurrence of symptoms is not uncommon. Careful patient selection and preoperative evaluation are key to optimizing surgical outcomes as argued in this review.

REFERENCER

1. Schwentner I, Dejakum K, Schmutzhard J, et al. Does nasal septal surgery improve quality of life? *Acta Otolaryngol* 2006;126:752-757. <https://doi.org/10.1080/00016480500504176>
2. Moore M, Eccles R. Objective evidence for the efficacy of surgical management of the deviated septum as a treatment for chronic nasal obstruction: a systematic review. *Clin Otolaryngol* 2011;36(2):106-113. <https://doi.org/10.1111/j.1749-4486.2011.02279.x>
3. Mladina R, &ujj&; E, Šubari&; M, et al. Nasal septal deformities in ear, nose, and throat patients. *Am J Otolaryngol*. 2008;29:75-82. <https://doi.org/10.1016/j.amjoto.2007.02.002>
4. Bredahl JØ, Rønnegaard AB, Larsen KS, et al. High validity and completeness of the septoplasty surgical procedure code in the Danish National Patient Registry. *Clin Epidemiol*. 2025;17:435-440. <https://doi.org/10.2147/CLEP.S493386>
5. Holt GR. Biomechanics of nasal septal trauma. *Otolaryngol Clin North Am*. 1999;32(4):615-619. [https://doi.org/10.1016/S0030-6665\(05\)70159-6](https://doi.org/10.1016/S0030-6665(05)70159-6)
6. Gray LP. Deviated nasal septum incidence and etiology. *Ann Otol Rhinol Laryngol Suppl*. 1978;87(3 Pt 3 Suppl 50):3-20. <https://doi.org/10.1177/00034894780873S201>

7. Kim IS, Lee MY, Lee KI, et al. Analysis of the development of the nasal septum according to age and gender using MRI. *Clin Exp Otorhinolaryngol*. 2008;1(1):29-34. <https://doi.org/10.3342/ceo.2008.1.1.29>
8. Munksgaard JB, Christensen JJ, Aanaes K. Rhinitis medicamentosa. *Ugeskr Læger* 2024;186:V04240252. <https://doi.org/10.61409/V04240252>
9. Sandham A, Murray JA. Nasal septal deformity in unilateral cleft lip and palate. *Cleft Palate Craniofac J*. 1993;30(2):222-226. https://doi.org/10.1597/1545-1569_1993_030_0222_nsdiuc_2.3.co_2
10. Huizing EH, de Groot JAM, Hellings PW, Bleys RLAW. *Functional Reconstructive Nasal Surgery*. Thieme; 2015. <https://doi.org/10.1055/b-0035-121531>
11. Behnke J, Dundervill C, Bulbul M, et al. Using the sino-nasal outcome test (SNOT-22) to study outcome of treatment of nasal obstruction. *Am J Otolaryngol*. 2023;44(4):103879. <https://doi.org/10.1016/j.amjoto.2023.103879>
12. Lange B, Thilsing T, Al-kalemji A, et al. The Sino-Nasal Outcome Test 22 validated for Danish patients. *Dan Med Bull*. 2011;58(2):A4235. <https://ugeskriftet.dk/dmj/sino-nasal-outcome-test-22-validated-danish-patients>
13. Skansing DB, Mandø M, Holte MB, et al. Vurdering af næsens funktion ved computational fluid dynamics. *Ugeskr Læger*. 2022;184:V06210516. [Vurdering af næsens funktion ved computational fluid dynamics | Ugeskriftet.dk](https://ugeskriftet.dk/vurdering-af-naesens-funktion-ved-computational-fluid-dynamics)
14. Aziz T, Biron VL, Ansari K, et al. Measurement tools for the diagnosis of nasal septal deviation: a systematic review. *J Otolaryngol Head Neck Surg*. 2014;43(1):11. <https://doi.org/10.1186/1916-0216-43-11>
15. Cingi C, Ozdoganoglu T, Songu M. Nasal obstruction as a drug side effect. *Ther Adv Respir Dis*. 2011;5(3):175-182. <https://doi.org/10.1177/1753465811403348>
16. Watters C, Brar S, Yapa S. *Septoplasty. I: StatPearls*. Treasure Island (FL). StatPearls Publishing. 2022. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK567718/>
17. Slavin SA, Goldwyn RM. The cocaine user: the potential problem patient for rhinoplasty. *Plast Reconstr Surg*. 1990;86(3):436-442. <https://doi.org/10.1097/00006534-199009000-00008>
18. Ricci G, D'Ascanio L. Antibiotics in septoplasty: evidence or habit? *Am J Rhinol Allergy*. 2012;26(3):194-196. <https://doi.org/10.2500/ajra.2012.26.3755>
19. Bloom JD, Kaplan SE, Bleier BS, et al. Septoplasty complications: avoidance and management. *Otolaryngol Clin North Am*. 2009;42(3):463-481. <https://doi.org/10.1016/j.otc.2009.04.011>
20. Carrie S, O'Hara J, Fouweather T, et al. Clinical effectiveness of septoplasty versus medical management for nasal airways obstruction: multicentre, open label, randomised controlled trial. *BMJ*. 2023;383:e075445. <https://doi.org/10.1136/bmj-2023-075445>
21. Van Egmond MMHT, Rovers MM, Hannink G, et al. Septoplasty with or without concurrent turbinate surgery versus non-surgical management for nasal obstruction in adults with a deviated septum: a pragmatic, randomised controlled trial. *Lancet*. 2019;394(10195):314-321. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(19\)30354-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(19)30354-X)
22. Tsang CLN, Nguyen T, Sivesind T, et al. Long-term patient-related outcome measures of septoplasty: a systematic review. *Eur Arch Otorhinolaryngol*. 2018;275(5):1039-1048. <https://doi.org/10.1007/s00405-018-4874-y>
23. Valsamidis K, Titelis K, Rachovitsas D, et al. Long-term evaluation of nasal septoplasty followed by inferior turbinate cauterization for the treatment of nasal obstruction using objective and subjective methods. *Int Arch Otorhinolaryngol*. 2018;22(3):284-290. <https://doi.org/10.1055/s-0037-1613688>
24. Toyserkani NM, Frisch T. Are too many septal deviations operated on? A retrospective patient's satisfaction questionnaire with 11 years follow-up. *Rhinology*. 2012;50(2):185-190. <https://doi.org/10.4193/rhino11.218>
25. Pedersen L, Schiöler L, Holmberg K, et al. Age and unplanned postoperative visits predict outcome after septoplasty: a national Swedish register study. *Int J Otolaryngol* 2018;2018:2379536. <https://doi.org/10.1155/2018/2379536>
26. Pedersen L, Schiöler L, Finjan S, et al. Prognostic factors for outcome after septoplasty in 888 patients from the Swedish National Septoplasty Register. *Eur Arch Otorhinolaryngol*. 2019;276(8):2223-2228. <https://doi.org/10.1007/s00405-019-05440-6>