

Sinusitis

Antibiotika – verschreiben oder nicht?

POSTGRADUATE MEDICINE

Die akute Sinusitis gehört zu den häufig diagnostizierten Erkrankungen in der Praxis.

Ob und wann Antibiotika verschrieben werden sollten, diskutiert James E. Leggett in «Postgraduate Medicine».

Die Sinusitis, oder wegen der zumeist mitbeteiligten Nase besser Rhinosinusitis genannt, ist gemeinhin eine recht unangenehme und den Alltag beeinträchtigende Infektion, weshalb auch die Mehrzahl der Betroffenen einen Arzt aufsucht. Dieser steht dann vor der Entscheidung, ob er neben den üblichen lokalen Massnahmen auch Antibiotika verschreiben soll. In den USA ist das Verschreibungsverhalten, anders als bei uns, sehr grosszügig. Mindestens jeder zweite Sinusitispatient verlässt dort die Praxis mit einem Antibiotikarezept. Damit dürfte nach heutigem Erkenntnisstand eine Übertherapie vorliegen, wie der Beitrag von James Leggett nahe legt.

Die Erreger

Man geht nämlich heute davon aus, dass in etwa der Hälfte der Fälle Viren die Entzündungsursache sind. Dafür sprechen auch Untersuchungen, bei denen es nicht gelang, aus Proben, die bei einer Sinuspunktion gewonnen wurden, in der Kultur

einen bakteriellen Erreger anzuzüchten.

Unter den Viren machen die Rhinoviren den Löwenanteil aus, aber auch mit Influenza-A und Parainfluenzaviren ist gelegentlich zu rechnen. Bakterielle Erreger spiegeln die bakterielle Flora der oberen Atemwege wider. Am häufigsten sind *S. pneumoniae* und *H. influenzae* anzutreffen; *M. catarrhalis* ist zu einem geringen Prozentsatz beteiligt, andere Bakterien sind kaum vertreten. Zumeist ist nur ein Erreger im Spiel, bei jedem vierten Patienten dürften zwei Erreger aktiv sein.

Diagnostik

Die Diagnose wird mangels anderer Parameter anhand der Symptomatik gestellt, wobei das Erscheinungsbild bei Kindern oft unspezifischer ist. Erkältung, begleitet von Fieber sowie Nebenhöhlenbeschwerden, eitriger Schnupfen, Kopfschmerz oder Gesichtsschmerz beim Vornüberbeugen sind wegweisend. Auch kann die Entzündung von den oberen Molaren (1–3) ausgehen, weshalb Zahnschmerzen durchaus zu einer Sinusitis passen können.

Eine Erkrankung von mehr als sieben Tagen spricht eher für bakterielle Erreger, zumeist lässt sich zwischen bakterieller und viraler Ursache aber klinisch nicht eindeutig unterscheiden. Die Erregeranalyse einer akuten bakteriellen Sinusitis ist ohne Nadelaspiration oder einen chirurgischen Eingriff unzuverlässig. Radiologische Untersuchungen werden routinemässig nicht empfohlen, kommen aber bei kompliziertem Verlauf in Betracht.

Antibiotika verschreiben?

Bei der Frage, ob Antibiotika sinnvoll sind, sprechen die zahlreich vorhandenen, aber bei weitem nicht immer gut konzipierten

Merk-sätze

- Bei unkomplizierter Sinusitis sind Antibiotika wegen mangelndem Wirksamkeitsnachweis nicht angezeigt.
- Bei schweren Verläufen können Antibiotika erwogen werden, bei bestimmten Komplikationen sind sie dringend erforderlich.

Studien insgesamt eine ziemlich eindeutige Sprache. Mehrere Reviews und Meta-Analysen kommen fast übereinstimmend zum Ergebnis, dass Antibiotika weitgehend nutzlos sind. Zuletzt hat im Oktober 2003 das Antiinfective Drugs Advisory Committee der amerikanischen Food and Drug Administration (FDA) die 16 bislang publizierten plazebokontrollierten Studien sondiert und ist zum Schluss gekommen, dass «kein statistisch signifikanter Nutzen der Antibiotikatherapie gezeigt werden kann.» Anders hatten sich noch vor wenigen Jahren die amerikanischen Pädiater geäussert. Sie bezeichnen Antibiotika als sicher und zuverlässig und empfehlen ihren Einsatz, wenngleich sie einräumen, dass sich die Erkrankung in der Regel auch ohne Antibiotika zurückbildet.

James Leggett spricht sich dafür aus, zunächst eine abwartende Haltung einzunehmen, Nasentropfen und Inhalation zu verschreiben und eventuell Analgetika (siehe *Tabelle*).

Antibiotika könnten sehr wohl aber bei schwereren fieberhaften Verläufen zum Einsatz kommen. Unzweifelhaft erforderlich sind sie bei Patienten mit Immundefi-

Sinusitis

Tabelle: **Management der akuten Sinusitis beim Erwachsenen**

Symptome	Therapie
<p>Zeichen eines oberen Atemwegsinfekts Krankheitsdauer < 10 Tage (oder mit leichten Symptomen auch länger)</p>	<p>Antibiotika lindern die Symptome nicht und helfen nicht, Komplikationen zu verhindern. Die meisten Fälle der akuten Rhinosinusitis gehen auf eine virale Infektion zurück.</p> <p>Empfehlungen für den Patienten:</p> <ul style="list-style-type: none"> – nicht rauchen – viel trinken – Inhalation zur Schleimlösung – Wärmepackungen für das Gesicht, etwa 5–10 min, 3- bis 4-mal tgl. – Nasentropfen – Unter Umständen Paracetamol/Ibuprofen zur Schmerzbekämpfung – Ruhe halten – Kopfende des Bettes hochstellen, um die Drainage zu erleichtern.
<p><i>Schwere Symptome</i></p> <p>Dauer > 10 Tage</p> <ul style="list-style-type: none"> – Eitriger Schnupfen über 4 Tage – Einseitigerfazialer Druck oder Gesichtsschmerz – Kiefer-Zahnschmerz – Symptomverschlechterung nach vorübergehender Besserung 	<p>Amoxicillin 1,5–3,5 g/Tag über 7–10 Tage Bei Erfolglosigkeit nach 3 Tagen: evtl. Amoxicillin-Clavulansäure Patienten mit schwerer Penicillin-Allergie: Erythromycin, Azithromycin Andere Alternativen: Cefpodoxim, Cefuroxim, Moxifloxacin Bei persistierenden Beschwerden ORL-Konsultation, evtl. Röntgen</p>

moxyl®, Supramox®, Amoxi Mepha®), obwohl die Resistenzlage sich in den letzten Jahren etwas verschlechtert hat. Eine Alternative stellt das Kombinationspräparat Amoxicillin/Clavulansäure (Augmentin®) dar. Bei ausbleibendem Erfolg oder bestehender Penicillin-Allergie können Cephalosporine der zweiten oder dritten Generation (z.B. Cefuroxim, Zinacef®; Cefrozil, Procef®) erwogen werden.

Gegen Trimethoprim-Sulfamethoxazol (z.B. Bactrim®) und Makrolide sind *S. pneumoniae* oft resistent, Makrolide sind zudem in ihrer Wirkung auf *H. influenzae* eingeschränkt. Neuere Fluorochinolone sind derzeit als Zweit- oder Drittlinienmedikamente einzustufen.

Hospitalisation ist bei akuter Sinusitis nur selten nötig, allerdings kann die Infektion sich in den periorbitalen Raum oder ins ZNS ausbreiten. Dann liegt ein Notfall vor. Die periorbitale Infektion geht gewöhnlich aus einer Ethmoiditis hervor, während Meningitis oder Abszess üblicherweise in der Stirnhöhle ihren Ursprung haben. ●

James E. Leggett: Acute sinusitis. When – and when not – to prescribe antibiotics. Postgraduate Medicine 2004; 115: 13–19.

Uwe Beise

zienz oder intrakraniellen oder periorbitalen Komplikationen.

Die zahlreichen Vergleichsstudien konnten, von Ausnahmen abgesehen, keine nen-

nenswerten Unterschiede zwischen verschiedenen Antibiotika feststellen. Medikament der ersten Wahl ist nach Angaben des Autors Amoxicillin (z.B. Azillin®, Cla-

Interessenkonflikte: keine