

Riechstörungen

Ursachen und Therapiemöglichkeiten

Die im oberen Drittel des Cavum nasi gelegene Riechzone kann durch Entzündungen oder mechanisch blockiert sein; traumatische, virale und toxische Einflüsse wiederum sind in der Lage, das Riechepithel teilweise oder gänzlich auszuschalten.

ERNST MORITSCH

Umfragen an Kliniken in Deutschland, der Schweiz und Österreich lassen vermuten, dass allein in Deutschland jährlich etwa 79 000 Personen wegen Riechstörungen ärztliche Hilfe in Anspruch nehmen, in den USA sind es zirka 200 000. Die Ursachen sind der Häufigkeit nach:

- Entzündungen von Nase und Nebenhöhlen (53%)
- mechanische endonasale Behinderungen (19%)
- postviral (11%)
- idiopathisch (6%)
- Schädel-Hirn-Trauma (5%)
- iatrogen (3%)
- toxisch (2%)
- angeboren (1%).

Bei Entzündungen wird durch Verschwellung und Miterkrankung das Riechepithel blockiert. Als mechanische Behinderung kommen gut- und bösartige Geschwülste sowie stärkere endonasale Deformitäten (Deviatio septi etc.) in Betracht. Nach allgemeinen viralen Infekten, auch ohne wesentliche nasale Beteiligung, kann es virotoxisch zum Riechverlust kommen; Ähnliches gilt für lokale Einwirkung schädigender Substanzen (ätzende Dämpfe etc.). Nach Schädel-Hirn-Trauma wird häufig eine Anosmie vorgefunden, welche jedenfalls teilweise auf Abscherung der Fila olfactoria an der Lamina cribrosa zurückgeführt wird. Auch angeborenerweise wird gelegentlich eine Abwesenheit des Riechvermögens gefunden. Als iatrogen sind Riechverluste nach endonasalen Operationen oder endokraniellen Eingriffen zu verstehen.

Merksätze

- Häufige Ursachen für eine Störung des Geruchsinns sind Entzündungen, mechanische Obstruktion sowie postvirale toxische Zustände.
- Therapeutisch ist operativ oder durch abschwellende Mittel der Zugang zur Riechzone freizulegen.
- Entzündungen sind antibiotisch und mit Kortikoiden zu bekämpfen. Bei den übrigen Ursachen sind hauptsächlich Kortikoide, in einzelnen Fällen andere Substanzen, wirksam.

Das Riechvermögen muss nicht immer zur Gänze verloren gegangen sein, auch Störungen wie Unterfunktion (Hyposmie) oder Dysosmie beziehungsweise Parosmie treten auf, wobei falsche Geruchseindrücke entstehen.

Das Riechvermögen lässt sich quantitativ und qualitativ bis zu einem gewissen Masse bestimmen, sei es durch Anbieten spezieller Geruchsstoffe oder genauer durch standardisierte physiologische Testverfahren («Sniffin Sticks»). Im Allgemeinen wird auch der Patient passende Beschreibungen liefern. Zunächst ist die Ursache der Störung festzustellen. Die Anamnese lässt bereits erkennen, ob sich beengende Vorgänge im Naseninneren abgespielt haben, vom einfachen Schnupfen bis zu Neubildungen. Endonasale Deformitäten bedingen einen permanenten Befund. Auch Schädeltraumen sind ein klarer Hinweis, ebenso Riechstörungen nach Allgemeininfekten, schliesslich Einwirkungen lokaler Art (Dämpfe etc.). Findet sich ein blockierendes Hindernis (höhergradige Septumdeviation, Muschelhypertrophien, Polypen oder andere Neubildungen), ist zunächst die chirurgische Therapie zielführend, worunter drei Viertel aller Fälle zu zählen sind. Die wichtigsten Eingriffe sind Nebenhöhlenoperationen, Septumplastiken, Muschelverkleinerungen und Synechiedurchtrennungen. Nach Abheilung stellt sich der Geruchsinns in 50 bis 100 Prozent der Fälle wieder ein, jedoch nicht immer vollständig. Allerdings kann ein zu früher Nachuntersuchungstermin ein unvollständiges Resultat vortäuschen.

Die virale oder andere toxische An- beziehungsweise Hyposmie wird im Allgemeinen einer Behandlung mit Antibiotika und Kortikoiden unterzogen. Zu berücksichtigen ist allerdings eine gewisse Spontanheilungstendenz, vor allem nach Infekten, was man aus eigener Erfahrung nach einem Schnupfen ja kennt. Dem liegt zugrunde, dass die Riechzellen zyklisch erneuert werden, bei einer normalen Lebensdauer von einigen Wochen. Kortikoide werden lokal und/oder systemisch angewandt. Dabei dürfte sowohl eine Ödemreduktion der Schleimhaut als auch eine antiinflammatorische Wirkung von Bedeutung sein. Man ist da auch stark auf die subjektive Beurteilung durch den Patienten angewiesen. Die Dosierung wird sehr unterschiedlich angegeben. So wurden während zwei Wochen täglich 40 bis 60 mg Prednisolon-Äquivalent systemisch mit gutem Effekt verabfolgt, allerdings nicht postviral, denn hier sind die Aussichten eher ungünstig. Lokal wird Kortison in Form diverser Nasentropfen beziehungsweise -sprays appliziert. Hier ist wichtig, dass das Medikament auch in die Riechregion gelangt, am besten durch entsprechende Kopf-vorwärts-Haltung. Oft sind solche Substanzen mit abschwellenden Mitteln kombiniert, wodurch die lokale Wirksamkeit erhöht wird. Besonders effektiv ist die Kombination von lokaler und allgemeiner Anwendung von Kortikoiden bei chronischer hyperplastischer Pansinusitis; nach zwei bis drei Wochen zeigte die Hälfte der Patienten eine Reduktion der Entzündungserscheinungen um mehr als 30 Prozent und gleichzeitig eine hochsignifikante Verbesserung der subjektiven Einschätzung des Riechvermögens. Als weiteres Mittel wird zwar Zinksulfat angegeben; allerdings wurde kein Unterschied zu einer Placebogruppe gefunden. Überhaupt fehlen sowohl für Kortikoide als auch Zinksulfat trotz Anhaltspunkten für einen gewissen Erfolg gesicherte Ergebnisse.

Die Gabe diverser Vitamine ist ohne wissenschaftlich fundierten Einfluss auf jede Art von Geruchssinnstörung, wenn nicht eine ausgesprochene Hypovitaminose (z.B. Vitamin-A-Mangel bei Leberzirrhose) vorliegt.

Schliesslich wird dem Caroverin und der Alphaliponsäure eine gewisse Wirksamkeit bei Riechstörungen zugeschrieben; allerdings fehlen da noch entsprechende Übersichten.

Da Störungen des Geruchssinnes nicht allzu selten sind, werden Massnahmen zur Qualitätssicherung hinsichtlich der Therapie zweifellos benötigt. Eine Multizenterstudie ist in Ausarbeitung (Arbeitsgemeinschaft Olfaktologie und Gustologie).

Kommentar des Referenten

Mit dem Geruchssinn ist der Geschmackssinn eng verbunden. In der Mundhöhle (Geschmackspapillen) werden nur die Qualitäten «süss», «sauer», «bitter» und «salzig» wahrgenommen. Alle anderen Aromen und so weiter werden bekanntlich gerochen und nicht geschmeckt. Fällt der Geruchssinn aus, fehlen alle feineren Geschmacksmöglichkeiten, was jeder bei einer banalen Rhinitis erleben kann. Daher ist ein einigermaßen intaktes Riechvermögen schon aus diesem Grund bedeutsam, nicht nur für den «Privatmann», sondern auch für viele Berufe (Nahrungsmittelbranche, Köche, Parfümerie etc.). Auch ist die Wahrnehmung von Brandgeruch, Giftgasen, Benzin und so weiter unter Umständen lebensrettend.

Im Allgemeinen muss man Anosmie nach Schädeltraumen für irreparabel halten, ebenso wenn nach einem viralen Infekt nach einen halben bis einem Jahr keine Restitution erfolgt. Lokale entzündliche Prozesse lassen sich eher beherrschen und mechanische Obstruktion erst recht. Zweifellos hilft eine möglichst frühe Diagnose, eine bestmögliche Therapie einzuleiten. Oft sind einfache abschwellende Nasensprays ohne Kortikoide bereits sehr hilfreich. Auch bewährte alte Verfahren wie Dampfinhalationen, Meerwasser (in der Brandung wandern), Luftkurorte sollten nicht vergessen werden; Nichtraucher empfindet sich ebenso. ■

Literatur:

1. M. Damm (HNO-Klinik Köln) et al.: Riechstörungen. Epidemiologie und Therapie in Deutschland, Österreich und der Schweiz. HNO 2004; 52: 112-120.
2. J. Toth und A.F.P. Temmel (HNO-Klinik Wien): Medikamentöse Therapie der Riechstörungen. Laryngo-Rhino-Otol. 2004; 83: 124-132.

Ernst Moritsch

Interessenkonflikte: keine