

Was tun bei Rhinosinusitis?

Altbewährte Therapie: Nasentropfen, Mukolytika und Antibiotika

Ohne Rhinitis keine Sinusitis, lehrt die Erfahrung in den allermeisten Fällen. Deshalb sind die ORL-Ärzte dazu übergegangen, dem auch begrifflich Rechnung zu tragen, indem sie heute meist von Rhinosinusitis sprechen. In der Therapie hat sich in den letzten Jahren allerdings praktisch nichts geändert. Das zeigen etwa die aktuellen Praxisleitlinien der amerikanischen ORL-Fachgesellschaft, die mit den Gepflogenheiten hierzulande gut übereinstimmen. Vorgestellt wurden sie von Amber Huntzinger in «American Family Physician».

AMERICAN FAMILY PHYSICIAN

Nimmt man das Verschreibungsverhalten amerikanischer Ärzte, dann rangiert die Rhinosinusitis an fünfter Stelle der Erkrankungen, bei denen Antibiotika eingesetzt werden.

Dabei sind diese zumindest bei unkompliziertem Verlauf keinesfalls regelmässig erforderlich. Ein unkomplizierter Fall liegt laut den amerikanischen Richtlinien vor, wenn zum Zeitpunkt der Diagnose keine klinisch relevante Entzündung ausserhalb der Nasennebenhöhlen existiert, also keine neurologischen oder ophthalmologischen Krankheitszeichen aufmerken lassen.

Wie wird eine Rhinosinusitis diagnostiziert?

Die Diagnose einer akuten Rhinosinusitis wird in der Regel klinisch anhand der Symptomatik gestellt. Hierzu gehören:

- purulente Nasensekretion, verstopfte Nase

Merksätze

- Die akute Rhinosinusitis tritt oft im Zuge eines «common cold» auf und ist meist viral bedingt. Die Behandlung ist symptomatisch mit abschwellenden Nasentropfen und evtl. Schmerzmitteln.
- Auch bei der akuten bakteriellen Rhinosinusitis steht die symptomatische Behandlung mit abschwellenden Nasentropfen und Mukolytika im Vordergrund. In unkomplizierten Fällen kann eine Woche beobachtet werden, ehe allenfalls ein Antibiotikum verschrieben wird.
- Antibiotikum erster Wahl ist Amoxicillin, bei Penicillinallergie kommen u.a. Makrolide in Betracht.
- Radiologische Diagnostik ist im Normalfall überflüssig, bei Komplikationen ist das CT aufschlussreich.
- Eine chronische oder rezidivierend auftretende Rhinosinusitis verlangt nach genauerer Abklärung (anatomische Besonderheiten, Mukoviszidose, Allergie).

- Druckdolenz über dem Sinus und Gesichtsschmerz, der sich durch Kopfvornüberbeugen verschlimmert
- Kopfschmerzen.

Radiologische Verfahren helfen diagnostisch nicht weiter. So ist etwa das koronare CT zu sensitiv: Bei fast allen Rhinitiden lässt sich nämlich auch eine Schwellung der Nasennebenhöhlen finden. Die halbaxiale Röntgenaufnahme kann zwar eine Spiegelbildung im Sinus maxillaris abbilden, allerdings hilft diese Erkenntnis auch nicht über die therapeutisch entscheidende Hürde hinweg; die Frage nämlich, ob es sich um einen viralen oder einen bakteriellen Infekt handelt, bleibt radiologisch im Dunkeln und wird im Regelfall auch nicht durch eine Punktion beantwortet. Obwohl klinisch eine sichere Unterscheidung nicht zu treffen ist, gibt es immerhin ein paar Hinweise, die eher für eine bakterielle Infektion sprechen:

- Die Symptome dauern trotz symptomatischer Therapie länger als zehn Tage unvermindert an
- Es besteht einseitige Druckdolenz über dem Sinus maxillaris
- Die Symptomatik verschlimmert sich wieder, nachdem es anfänglich schon aufwärts gegangen ist (zweizeitlicher Verlauf).

Von der akuten Form unterschieden wird die chronische Rhinosinusitis, deren Diagnose nach den amerikanischen Richtlinien gestellt werden kann, wenn die Symptome länger als 12 Wochen andauern, mit oder ohne akute Exazerbationen. In Europa werden teilweise nur 8 Wochen gefordert. Für die Diagnose ist in jedem Fall eine nachgewiesene begleitende Entzündung erforderlich.

Von einer rekurrenden akuten Rhinosinusitis spricht man, wenn vier oder mehr Episoden einer akuten bakteriellen Rhinosinusitis im Jahr auftreten.

Bei chronischer oder rezidivierender Sinusitis sollten primär nichtinfektiöse Ursachen abgeklärt werden, sei es durch nasale Endoskopie, CT oder Allergietests.

Wie soll man behandeln?

Bei einer mutmasslichen viralen Rhinosinusitis werden Antibiotika nicht empfohlen. Stattdessen sind einfache symptomatische Behandlungen sinnvoll. Dazu gehören sicher abschwellende Nasentropfen oder eventuell Schmerzmittel, unter Umständen auch fiebersenkende Mittel. Systemische Steroide seien nutzlos, für die Anwendung topischer Kortisonpräparate sei die Evidenz schwach, heisst es in den amerikanischen Empfehlungen. Antihistaminika werden anscheinend von einigen Ärzten eingesetzt, ihr Nutzen ist bei Nebenhöhlenentzündungen in Ermangelung von Studien unbewiesen.

Auch bei der Behandlung der bakteriellen Rhinosinusitis gilt es, in unkomplizierten Fällen erst einmal abzuwarten, zu beobachten und die Symptome zu lindern. Amber Huntzinger weist darauf hin, dass einige randomisierte und kontrollierte Studien zu dem Ergebnis kamen, dass auch unter Plazebo oft eine Besserung eintritt, während die therapeutische Ausbeute von Antibiotika als eher moderat beschrieben wird. Deshalb ist eine abwartende Beobachtung bei unkomplizierten Fällen angesagt, sofern das Fieber nicht deutlich über 38,0 Grad steigt. Wie man im Einzelnen vorgeht, hängt aber auch vom allgemeinen Gesundheitsstatus und den Präferenzen des Patienten ab. Wenn es den Betroffenen nach einer Woche nicht besser geht oder gar eine Verschlechterung eingetreten ist, ist es aber sinnvoll, Antibiotika vorzuschlagen – laut den amerikanischen Empfehlungen am besten Amoxicillin. Die Substanz wird als kostengünstig, wirksam und sicher bezeichnet. Trimethoprim/Sulfamethoxazol und Makrolide sind Alternativen bei Patienten mit Penicillinallergie. Im Allgemeinen sind kurze Therapiezyklen nicht weniger wirksam als längere. Einmaldosierungen versprechen eine bessere Therapietreue.

Werden Antibiotika ausnahmsweise länger als vier Wochen gegeben, besteht die Gefahr einer Antibiotikaresistenz. In solchen Fällen sollte ein anderes Antibiotikum, etwa ein Fluoroquinolon oder aber Amoxicillin/Clavulansäure, eingesetzt werden. Zur Schmerzbekämpfung eignen sich wahlweise Paracetamol oder nichtsteroidale Antiheumatika (NSAR). Zusätzlich werden abschwellende Nasentropfen, Nasenduschen mit Salzlösung und Mukolytika empfohlen. ■

Amber Huntzinger: Practice guidelines: Guidelines for the diagnosis and management of rhinosinusitis in adults. Am Fam Phys 2007; 76 (10): 1718 ff.

Interessenkonflikte: keine deklariert

Uwe Beise

BEKANNTMACHUNG

Die Schweizerische Gesellschaft für Verhaltens- und Kognitive Therapie hat eine neue Website: www.sgvt-sstcc.ch



Über 30 Störungsbilder und Therapeutenliste

Patienten, Angehörige und Fachleute nutzen immer mehr das Internet, um Adressen von Therapeutinnen und Therapeuten zu suchen oder sich über Störungsbilder und Therapien zu informieren. Diesem Bedürfnis kommt die Schweizerische Gesellschaft für Verhaltens- und Kognitive Therapie SGVT mit einem umfangreichen Ratgeberbeil und einer Therapeutenliste in ihrer neuen Website entgegen. Über 30 psychische Störungen wurden von Fachspezialistinnen und Fachspezialisten mit kognitiv-behavioralem Hintergrund beschrieben. Die Artikel enthalten die wichtigsten Informationen zu den Krankheitsbildern, deren Behandlung, Literaturangaben und Links.

Die Vernetzung mit anderen psychotherapeutisch relevanten Websites wie zum Beispiel www.aps.ch (Angst- und Panikhilfe) oder www.zwaenge.ch erhöht die Besucherfrequenz und Attraktivität der Website und führt selbstständig arbeitenden Therapeutinnen und -therapeuten neue Klienten zu.

Die Verhaltens- und Kognitive Therapie profitiert von zahlreichen Forschungsarbeiten der vergangenen Jahrzehnte zu vielen Universitäten der westlichen Welt. Als Folge davon stehen für die meisten psychischen Störungen verhaltenstherapeutische Erklärungsmodelle und Behandlungsmethoden zur Verfügung. Verhaltenstherapeutinnen und -therapeuten arbeiten strukturiert und zielorientiert. Durch ihr systematisches Vorgehen erzielen sie vielfach früher als andere Therapeuten Verbesserungen auf der Verhaltens- und der emotionalen Ebene.

Claudine Ott-Chervet, Präsidentin SGVT