

Behandlung der chronischen Rhinosinusitis

Lokale oder systemische Therapie?

Herr Müller sucht seinen Hausarzt auf, da er schon länger Mühe mit dem Atmen hat und Gerüche nicht mehr richtig wahrnimmt. Alles deutet auf eine chronische Rhinosinusitis hin. Doch wie wird eine genaue Diagnose gestellt, und welche Therapie eignet sich?

BRITISH MEDICAL JOURNAL

In der Hausarztpraxis stellen sich häufig Patienten mit einer chronischen Rhinosinusitis (CRS) vor. Es wird angenommen, dass zwischen 5 und 15 Prozent der Bevölkerung in Europa und den USA davon betroffen sind. Eine CRS ohne Nasenpolypen tritt dabei häufiger bei Frauen auf, wobei vermutlich ein Verhältnis von 2:1 vorliegt. Die Prävalenz nimmt mit zunehmendem Alter zu, bis sich schliesslich bei den über 60-Jährigen ein Gleichgewicht einpendelt.

Was deutet auf eine CRS hin?

Charakteristischerweise sind die Schleimhäute in der Nase und den Nasennebenhöhlen entzündet. Die klinischen Hauptmerkmale einer CRS umfassen:

- ❖ Nasenatmungsbehinderungen
- ❖ vermehrte Sekretion
- ❖ Druck- oder Schwellungsgefühle im Gesichtsbereich
- ❖ Kopfschmerzen
- ❖ Riechstörungen.

Merksätze

- ❖ Eine chronische Rhinosinusitis (CRS) ist eine chronische Entzündung der Schleimhäute in der Nase und in den Nasennebenhöhlen.
- ❖ Schmerzen im Gesichtsbereich ohne weitere nasale Beschwerden sind nur ein schwacher Hinweis auf eine CRS.
- ❖ Eine CRS kann mit oder ohne Nasenpolypen auftreten.
- ❖ Zur Therapie werden in erster Linie intranasale Kortikoide eingesetzt.
- ❖ Ist eine medikamentöse Behandlung nicht erfolgreich, kann eine funktionelle endoskopische Nasennebenhöhlenoperation (FESS) in Erwägung gezogen werden.

Allgemeinere Symptome sind zudem Halsschmerzen, Husten, Unwohlsein und Fieber. Daneben können auch Ohrschmerzen, Mundgeruch oder Schlafstörungen auftreten. Für eine positive Diagnose wird ein ununterbrochener Krankheitsverlauf von mindestens 12 Wochen vorausgesetzt, und mindestens zwei Hauptsymptome sollten vorliegen. Nur Gesichts- oder Kopfschmerzen ohne andere nasale Beschwerden sind jedoch nur schwache Hinweise auf eine CRS.

Diagnose

In der Hausarztpraxis wird die Diagnose vornehmlich anhand klinischer Symptome gestellt. Zunächst sollte zwischen einer akuten und einer chronischen Rhinosinusitis unterschieden werden. Es gibt zahlreiche Gemeinsamkeiten zwischen den beiden Krankheitsbildern, doch eine CRS dauert länger an, und die Beschwerden sind häufig weniger markant ausgeprägt. Es gibt zuweilen Verwechslungen mit einer wiederkehrenden akuten Rhinosinusitis (ARS), bei der die Symptome vollständig abklingen, bevor sie erneut auftreten. Zur Erhärtung des Verdachts wird eine vordere Rhinoskopie empfohlen. Ergänzend kann der Schweregrad beurteilt werden: Dazu gibt es Bewertungsskalen wie die visuelle Analogskala (VAS). Bei Bedarf kann ein Spezialist zusätzliche Untersuchungen wie eine nasale Endoskopie durchführen. Damit werden auch Nasenpolypen entdeckt, die ein physisches Hindernis darstellen und somit die Nasenatmung erschweren. Des Weiteren können bildgebende Verfahren mehr Aufschluss geben. Die Computertomografie wird beispielsweise zur Vorbereitung einer Operation oder bei einem Verdacht auf Neoplasien eingesetzt. Dahingegen haben Röntgenverfahren in diesem Bereich kaum eine Bedeutung.

Wie wird eine CRS am besten behandelt?

Lokale Hilfe: Randomisierte kontrollierte Studien (Evidenzklasse I) befürworten vorrangig intranasale Kortikoide (siehe *Tabelle*) in Form von Sprays oder Tropfen. Dabei wird in der Literatur kein bestimmter Steroidtyp bevorzugt. Durch ihren Einsatz wird die eosinophile Aktivität in der Schleimhaut zurückgedrängt. Der Langzeitgebrauch über einen Zeitraum von einem Jahr wird als sicher eingestuft, wobei keine schädlichen Auswirkungen auf die mikroskopische Struktur der Nasenschleimhaut erwartet werden. Problematisch könnte jedoch sein, dass das Kortikoid bei der lokalen Verabreichung unter Umständen nicht bis an den gewünschten Zielort gelangt. Häufige unerwünschte Wirkungen sind leicht blutiges Sekret bis hin zu Nasenblutungen und nasale Irritationen. Diese Nebeneffekte sind jedoch meistens schwach

Ernste Warnhinweise, die eine fachärztliche Untersuchung erforderlich machen:

- ❖ einseitige Symptome
- ❖ Blockade
- ❖ Nasenbluten
- ❖ veränderte Geruchswahrnehmung
- ❖ Hervortreten des Augapfels
- ❖ Doppeltsehen
- ❖ Tränenfluss
- ❖ neurologische Beschwerden

Intranasale Kortikoide

Wirkstoff	Handelsname CH
Budesonidum	Budesonid Sandoz®, Cortinasal®, Rhinocort®
Fluticasonifuroas	Avamys®
Fluticasoni-17-propionas	Flutinas Polynex®, Nasofan®
Mometasoni-17-furoas	Nasonex®
Triamcinoloniacetamidum	Nasacort®

ausgeprägt und werden daher von den meisten Patienten toleriert. Ergänzend wird der Gebrauch von Kochsalzlösungen befürwortet. Sie eignen sich zum Befeuchten und zur Nasenspülung. Die kurzfristige Verwendung abschwellenden Nasensprays bei einer ARS kann sich positiv auswirken, aber bei der chronischen Form gibt es keine gesicherten Beweise für einen Nutzen.

Systemische Arzneimittelgabe: Metaanalysen von randomisierten, kontrollierten Studien (Evidenzklasse Ia) befürworten die kurzfristige Einnahme oraler Steroide bei einer schweren CRS mit Nasenpolypen (VAS > 7–10). Am häufigsten wurde Prednisolon über einen Zeitraum von 2 bis zu 12 Wochen untersucht. Die tägliche Dosierung betrug dabei 25 bis 50 mg. Aufgrund möglicher unerwünschter Wirkungen ist diese Behandlungsoption allerdings nur eingeschränkt praktikabel. In zweiter Linie können auch Antibiotika eingesetzt werden. Zwei randomisierte, kontrollierte Studien (Evidenzklasse Ib) beurteilten die Gabe von Makroliden über einen Zeitraum von 12 Wochen. Die Teilnehmer hatten eine CRS ohne Nasenpolypen, wobei eine topische Therapie mit Kortikoiden und Kochsalzlösung nicht zum Ziel geführt hatte. Nur eine der zwei Studien demonstrierte jedoch einen signifikanten Nutzen des Makrolids, vor allem bei Patienten mit niedrigen IgE-Spiegeln. Des Weiteren gibt es Fakten (Evidenzklasse III) über den Einsatz von Doxycyclin. Die untersuchten Patienten litten an einer CRS mit Nasenpolypen und wurden 4 bis 12 Wochen lang behandelt. Im Gegensatz dazu wird die Verabreichung topischer Antibiotika aufgrund der Datenlage nicht empfohlen.

Operation anstatt Medikamente

Es gibt keine allgemeingültigen Empfehlungen für eine optimale Behandlungsdauer mit topischen Steroiden. Generell

gilt: Der Hausarzt sollte die Situation nach einer erstmaligen vierwöchigen Anwendung erneut beurteilen. Die Therapie kann bei Bedarf weitergeführt werden, falls sich tendenziell eine Verbesserung abzeichnet. Ist dies jedoch nicht der Fall, sollte ein HNO-Arzt hinzugezogen werden. Versagt die medikamentöse Intervention, kann die funktionelle endoskopische Nasennebenhöhlenoperation (FESS) ein Ausweg sein. Diese Operationsform wird häufig bei einer CRS mit und ohne Nasenpolypen durchgeführt. Es handelt sich um einen endoskopischen Eingriff mit dem Ziel, die Ventilation und die mukoziliäre Clearance in den Nasennebenhöhlen wiederherzustellen. Danach lassen sich topische Präparate meistens auch wieder besser im Nasenraum verteilen.

Komorbiditäten im Fokus

Was verursacht eine CRS? Verschiedene Faktoren können Belüftungsstörungen, Abflussbehinderungen und Sekretansammlungen hervorrufen. Dies kann Entzündungen und Infektionen auslösen, wodurch eine CRS begünstigt wird. Indem die Auslöser ausgeschaltet werden, lässt sich der Verlauf einer CRS positiv beeinflussen. Zunächst einmal sollten Raucher ihren Zigarettenkonsum verringern, denn bei ihnen liegt eine erhöhte Prävalenz vor. Durch eine Operation können anatomische Engstellen beseitigt werden; eine veränderte oder verformte Nasenscheidewand ist ein solches Beispiel. Ausserdem können Nasenpolypen die Nasennebenhöhlen verschliessen. Sie treten insbesondere bei Patienten mit einer erhöhten Empfindlichkeit gegenüber Aspirin auf. Eine gezielte Desensibilisierung gegenüber diesem Wirkstoff ist ein Ansatz, der jedoch noch nicht gut untersucht ist. Auch Personen mit einer Mukoviszidose sind anfällig für Nasenpolypen. Bei ihnen kommt eine verminderte Selbstreinigung der Nasennebenhöhlen aufgrund dysfunktionaler Flimmerhaare erschwerend hinzu. Des Weiteren können die Schleimhäute wegen einer allergischen Reaktion anschwellen. Ein abklärender Test auf auslösende Allergene und gegebenenfalls eine antiallergische Behandlung können hilfreich sein. Daneben können sich Asthma und eine CRS gegenseitig beeinflussen. Eine Studie untersuchte die Wirkung des Leukotrienantagonisten Montelukast (Singulair®) bei Asthmatikern mit Nasenpolypen. Die klinischen Symptome, die anhand der VAS beurteilt wurden, verbesserten sich. Weitere Untersuchungen sind allerdings wünschenswert, um das Ausmass des Nutzens näher zu bestimmen.

Neben der klassischen Therapie mit intranasalen Kortikoiden stehen somit verschiedene Optionen zur Verfügung, um eine CRS bestmöglich in den Griff zu bekommen. ❖

Monika Lenzer

Quelle: Ah-See KL et al.: Management of chronic rhinosinusitis. BMJ 2012; 345: e7054.

Interessenkonflikte: Die Autoren bestätigen, dass keine Interessenkonflikte bestehen.