

Chronische Rhinosinusitis

«Asthma der Nebenhöhlen»

Die Behandlung der chronischen Rhinosinusitis erfolgt nach einem Stufenplan. Doch sei es wichtig zu vermitteln, dass es bei der primären chronischen Rhinosinusitis nur eine Symptomkontrolle und keine kurative Therapie gibt, wie Dr. Samuel Heimgartner, FMH HNO, spez. Hals- und Gesichtschirurgie, Praxis Länggasse, Bern, am Jahreskongress des Kollegiums für Hausarztmedizin (KHM) in Luzern betonte.

Die chronische Rhinosinusitis (CRS) ist häufig, in den USA ist es eine der zehn kostenintensivsten Erkrankungen für Arbeitgeber (1). Die Erkrankung verursacht eine relevante Einschränkung der Lebensqualität und ist ein häufiger Grund für Konsultationen, wie Dr. Heimgartner berichtete.

Wie eine primäre CRS entsteht, ist noch nicht vollständig geklärt. Als mögliche Ursachen werden Umwelteinflüsse wie Viren oder Schadstoffe vermutet. Oftmals liegt einer CRS eine Entzündung vom Typ 2 (TH2) zugrunde, bei der eine eosinophile Inflammation mit den Hauptzytokinen Inter-leukin (IL)-4, IL-5 und IL-13 vorliegt. Sie äussert sich häufig durch Anschwellungen der Nasenschleimhaut und dem Vorliegen von Nasenpolypen. Systemerkrankungen, mit denen die CRS vom Typ 2 häufig assoziiert sind, sind andere TH2-vermittelte Atemwegserkrankungen wie z. B. Asthma.

Ein Verdacht auf eine CRS entsteht bei einer Nasenatmungsbehinderung und/oder Rhinorrhö plus Gesichtsschmerz oder Hyposmie ≥ 12 Wochen. Die Diagnose wird endoskopisch oder bei Unklarheit computertomografisch bestätigt. Die Bildgebung kommt vor allem zur Operationsplanung zum Einsatz, konventionelles Röntgen ist für diesen Zweck obsolet, wie Dr. Heimgartner ausführte.

Bei Patienten mit Geruchssinnstörung wird zur Abschätzung der Schwere ein Geruchstest mit 8–16 Essenzen durchgeführt, bei dem typische Gerüche von bekannten Lebensmitteln (z. B. Kaffee, Banane, Knoblauch) oder Umweltgerüchen (z. B. Rose, Rauch, Benzin) erkannt werden sollen.

Eine Biopsie wird vor allem bei einseitigen Befunden entnommen sowie zur Bestimmung der Eosinophilen, um eine TH2-Entzündung zu suchen. Um ein allergo- bzw. immunologisches Geschehen auszuschliessen, erfolgt im Labor die Bestimmung der Eosinophilenzahl sowie Antikörpertests auf IgE, ANA, ANCA und PR3.

Therapeutische Optionen in Stufen

Bei chronischer Rhinosinusitis hängt die Behandlung von der Ursache ab. Ist eine Allergie der Auslöser, führt oft eine Behandlung mit Antiallergika und einem kortikoidhaltigen Nasenspray zu einer Besserung der Symptome. In den meisten Fällen kann die CRS mit nasalen Steroiden, Nasenspülungen und Nasensalben behandelt werden. Weil es sich jedoch um eine chronische Erkrankung handelt, ist die Kommunikation mit dem Patienten wichtig. Um die Chronizität dieser Erkrankung zu erklären, bezeichnet Dr. Heimgartner die chronische Rhinosinusitis gegenüber den Patienten mitunter auch als «Asthma der Nebenhöhlen», wie er berichtete.

Nasenspülungen können entweder als vorgefertigte Präparate eingesetzt werden (z. B. Emser® Nasendusche) oder mit einer physiologischen Kochsalzlösung (0,9 g NaCl/100 ml Wasser bzw. 2 Teelöffel Salz auf 1 Liter Wasser) durchgeführt werden. Die Entfernung des Nasensekrets ist dabei essenziell, damit die nasalen Steroide (z. B. Cortinasal®, Dymista®, Avamys®, Nasonex®) oder Fluticasonpropionat Nasentropfen als Magistralrezeptur in der Folge besser wirken können. Wichtig ist die Instruktion des Patienten hinsichtlich des verzögerten Wirkeintritts und der korrekten Handhabung. Ergänzend können bei trockenen Schleimhäuten, vor allem im Winter, befeuchtende Nasensalben (z. B. Nasensalbe Rüedi Spirig, Bepanthen® Nasensalbe, Siccalix®) oder Nasenöl (z. B. Coldistop®) lindernd wirken.

Kann mit diesen Massnahmen keine ausreichende Symptomreduktion erzielt werden, ist bei einer Typ-2-Entzündung eine orale Steroidbehandlung mit Methylprednisolon 0,5–1 mg/kgKG während einer Woche angezeigt. Um eine

KURZ UND BÜNDIG

- In den meisten Fällen ist es eine chronische Erkrankung.
- Begleiterkrankungen (z. B. Asthma) beachten.
- Aufklärung ist zentral.
- Die Behandlung erfolgt stufenweise.
- Symptomkontrolle ist das Therapieziel.

Steroidkumulation zu vermeiden, ist dieses Vorgehen auf ein- bis zweimal im Jahr beschränkt. Bei einer non-Typ-2-Entzündung ist alternativ eine niedrigdosierte Langzeitantibiose während vier Wochen bis drei Monaten einen Versuch wert.

Reichen nasale Steroide, Nasenspülungen und Nasensalben und orale Steroide nicht aus, kann in der nächsten Stufe eine operative Entfernung der Polypen die Wirksamkeit von nasalen Steroiden verbessern. Polypen rezidivieren laut Dr. Heimgartner jedoch häufig.

Wenn mit mindestens einer Operation keine nachhaltige Symptumlinderung erreicht werden kann, können als vierte Stufe Biologika (z. B. Dupilumab [Dupixent®], Benralizumab

[Fasenra®], Mepolizumab Nucala®), Tezeplumab [Tezpire®], Omalizumab [Xolair®]) eingesetzt werden. Die Patienten sind dann meist symptomfrei und vertragen die Biologika gut, wie Dr. Heimgartner abschliessend anfügte. 

Valérie Herzog

Quelle: «Top und Flop in der medikamentösen Parkinson-Einstellung», 28. KHM-Kongress in Luzern, 25.–26. Juni 2026

Referenzen:

1. Goetzel RZ et al.: The health and productivity cost burden of the «top 10» physical and mental health conditions affecting six large U.S. employers in 1999. J Occup Environ Med. 2003;45(1):5-14. doi:10.1097/00043764-200301000-00007