

Kurzversion

Definition und Ursachen

Die akute Rhinosinusitis (ARS) entsteht meist bei einer viralen Luftwegs-Entzündung mit Beteiligung der Nasennebenhöhlen (NNH) insbesondere durch Sekretstau. Bei etwa 30 Prozent unselektierter hausärztlicher Patienten mit ARS lassen sich Bakterien als Ursache nachweisen. **A**

Beteiligt sind in ca. 90 Prozent der Fälle die Maxillar-, in 76 Prozent die Ethmoidal-, in nur 40 Prozent die Frontal- und in 27% die Sphenoidalsinus. **A**

Die chronische Rhinosinusitis (CRS) ist häufig mit einer allergischen Rhinitis, anatomischen Abflussbehinderungen und Besiedlung mit Staph. aureus assoziiert und kann mit und ohne Polypenbildung einhergehen. **A** Pilzinfektionen sind selten, treten aber besonders bei Immunschwäche auf. **C**

Auch ohne Therapie erfolgt eine vollständige Heilung der akuten Rhinosinitiden bei 60-80 Prozent der Erkrankten innerhalb von zwei Wochen, bei 90 Prozent innerhalb von sechs Wochen. **A**

Chronische Rhinosinitiden bedeuten bei bisweilen jahre- bzw. lebenslangen Verläufen z.T. ausgeprägte Beeinträchtigungen der Lebensqualität. **B**

Klinische Einteilung der Rhinosinusitis beim Erwachsenen

Akute Rhinosinusitis (ARS)	Symptomatik < 8 Wochen und < 4 Episoden / Jahr	Mindestens 2 Hauptsymptome (Gesichtsschmerz, Stauungsgefühl im Gesichtsbereich, Verstopfung der Nase, eitriger Schnupfen, Hyp- oder Anosmie) oder 1 Hauptsymptom plus <ul style="list-style-type: none"> • eitriges Nasensekret sichtbar oder • 2 Nebensymptome (Kopf- oder Ohrenschmerzen, Fieber, Foetor, Erschöpfung, Zahnschmerzen, Husten)
Akut rezidivierende Rhinosinusitis	> 4 Episoden / Jahr, aber mit vollständiger Rückbildung der Symptomatik	
Chronische Rhinosinusitis (CRS)	Symptomatik > 8 Wochen oder > 4 Episoden / Jahr + Restsymptomatik	

Diagnosestellung

Die Diagnosestellung einer akuten Rhinosinusitis ist in aller Regel durch die Anamnese und die Untersuchungsbefunde möglich. **B**

Bei chronischem Verlauf finden sich weniger Schmerzen, aber häufiger Riechstörungen, **C** die Diagnose beruht meist auf anhaltender Symptomatik und Befunden bei Endoskopie und / oder CT.

Konventionelles Röntgen der NNH, Ultraschall und Diaphanie sind weniger aussagekräftig als CT und Endoskopie der Nasengänge. **A**

Bei chronischer oder akut rezidivierender Sinusitis: CT, Endoskopie, evtl. Allergiediagnostik. **C⁺**

Bei V.a. Komplikationen oder unklarer Diagnose: CT, Endoskopie, (Röntgen) Biopsie. **C⁺**

Symptome und Befunde

Anamnestische Hinweise: „Verstopfte Nase“, Riechstörung, eitriger Schnupfen, vorangegangener grippaler Infekt (gelegentlich mit freiem Intervall bis zum Beginn der Sinusitis), Schmerzen im Oberkiefer- und Stirnbereich, Schmerzverstärkung bei Vorbeugehaltung. **A**

Begünstigende Faktoren: Anatomische Besonderheiten, Allergien, Rauchen, Zahnwurzelabszesse, Immunsuppression, Störungen der Zilienfunktion, Analgetika-Intoleranz. **B**

Häufige Befunde: Eitriger Schnupfen, verlegte Nasenatmung, einseitiger Druck- und Klopfschmerz der Maxillen und der Stirn, Schleim-Eiterstrasse an der Rachenhinterwand. **A**

Endoskopische Untersuchungsbefunde: z.B. Nasenpolyp, Eiter im Ostiumbereich bzw. über der unteren Nasenmuschel (seltene, aber zuverlässige Befunde). **A**

Gefährliche Verläufe

Seltene gefährliche Verläufe (Häufigkeit bei Erwachsenen nur ca. 1:10.000 in der Allgemeinpraxis) können intracerebrale Abszesse, Meningitis, Orbitalphlegmone, Osteomyelitis und Sinusvenenthrombosen sein. **B**

Als Warnzeichen für Komplikationen gelten starke Schmerzen, Gesichtsschwellungen, anhaltendes Fieber, Lethargie und neurologische Symptome. **B**

Therapie	Akute RS	Rezidivierende RS	Chronische RS
Dampfinhalation (42-47°C)	Linderung B		
Cineol bzw. Gentianaextrakte	Linderung, Heilung B		
Corticoid-Nasenspray	Linderung bei V.a. Allergie B	Linderung A	Linderung/Heilung A bei Polyposis oder bei Allergie
Lokale Antikongestiva	Linderung C ⁺		Nicht sinnvoll B
- möglichst niedrige und seltene Dosierung und ohne Benzalkoniumchlorid. B			
Hypertone Sprays/-Spülungen	Kein Effekt A		Linderung B
Schmerzmittel	Linderung C ⁺		
Akupunktur	Linderung B		Nicht sinnvoll B
Bakterienlysate	(Nicht sinnvoll)	Prophylaxe B	
Antimykotika		Kein Effekt B	Kein Effekt B
Operation +/- Endoskop	Bei Verdacht auf Komplikationen C ⁺	Nach erfolgloser medikamentöser Therapie auch bei Polypen → langfr. Besserung A	
Antibiotika	Linderung, Heilung B		Linderung B

Akuttherapie

Antibiotika für 5 (-10) Tage nur bei

- drohenden Komplikationen (starke Kopfschmerzen, Schwellungen, Lethargie) **C**
- starken bzw. sehr starken Schmerzen plus erhöhten Entzündungswerten **B** (CRP über 10 mg/l oder BSG über 10mm/h bei Männern bzw. über 20mm/h bei Frauen)
- *Moraxella catarrhalis*, Pneumokokken oder *Hämophilus infl.* im Nasenabstrich **B**
- Sekretnachweis im CT (B) (bei HNO- Patienten auch im Röntgen ausreichend) **B**
- ggf. bei Postnasal-Drip, direkt / rhinoskopisch sichtbarem Nasensekret, starken Schmerzen **C**

Bei sorgfältiger Auswahl der Patienten ggf. Verkürzung der Krankheitsdauer im Mittel um 2-3 Tage. Außerhalb dieser Risikogruppen haben Antibiotika vermutlich mehr Nebenwirkungen als Wirkungen!

1. Wahl: Amoxicillin 3 x 500mg/d **A** oder Azithromycin 500mg/d **A** bzw. Cephalosporin (Cefuroxim 2 x 250mg/d) **B**
2. Wahl: Makrolide oder Amoxicillin + Clavulansäure oder Doxycyclin oder Co-Trim **B** (ggf. andere Antibiotika entsprechend regionalen Resistenzmustern)

ggf. Versuch bei chronischer Sinusitis:

- mehrere Wochen Roxithromycin 150mg/d **B** oder Cefuroxim / Amoxicillin plus Clavulansäure **C**

Empfehlungen zur rationalen Vorgehensweise

- Klinischer Verdacht auf akute oder akut rezidivierende Rhinosinusitis:
→ Cineol/ Myrtol / Gentianaextrakte/ Dampfinhalation/ Schmerzlinderung
- Bei a) drohenden Komplikationen oder b) starken Schmerzen plus erhöhten Entzündungsfaktoren oder c) Abstrich/CT/Röntgen
→ zusätzlich Amoxicillin 3x 500mg/d für 5 (-10) Tage
- Keine Besserung:
→ ggf. Wechsel des Antibiotikums 5 (-10) Tage
- Allergie oder Hinweis auf chronische oder (> 4x/Jahr) rezidivierende Sinusitis:
→ zusätzlich Cortison-Nasenspray 2x/d
- Bei Komplikationen / > 4 Rezidiven pro Jahr / chronischer Rhinosinusitis / Therapieresistenz:
→ erweiterte (fachärztliche) Diagnostik (Endoskopie, CT, Allergietesting) + ggf. OP / Einweisung

Bewertung der Empfehlungen

- A** basiert auf randomisierten kontrollierten Studien oder Metaanalysen
- B** basiert auf sonstigen methodischen Studien
- C**⁺ basiert auf Empfehlungen einer oder mehrerer internationalen Leitlinien
- C** basiert auf formalisierten Konsensausagen oder Expertenurteilen

Autoren: Klaus Schulten, Dr. Detmar Jobst, Dr. Uwe Popert, Prof. Dr. Joachim Szecsenyi

Stand 2008 © omikron publishing/DEGAM, www.degam-leitlinien.de
DEGAM Leitlinien

Hilfen für eine gute Medizin

