

Leitlinie Rhinosinusitis —

Kurzfassung

Finale Version_07.04.2017

**der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin und
der Deutschen Gesellschaft für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde, Kopf- und Hals-
Chirurgie e.V.**

Impressum:

Herausgeber: Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin und Deutsche Gesellschaft für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde, Kopf- und Hals-Chirurgie e.V.

Stand: April 2017

Revision: 5 Jahre nach Veröffentlichung, bei Erscheinen substantiell neuer Evidenzen ggf. früher

Verantwortlich für die Überarbeitung: Prof. Dr. med. Boris A. Stuck (DGHNO)
Dr. med. Uwe Popert (DEGAM)

Autoren:

Achim Beule

Deutsche Gesellschaft für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde, Kopf- und Hals-Chirurgie

Detmar Jobst

Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin

Ludger Klimek

Ärzteverband Deutscher Allergologen

Martin Laudien

Deutsche Gesellschaft für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde, Kopf- und Hals-Chirurgie

Michael Lell

Deutsche Röntgengesellschaft

Uwe Popert

Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin

Boris A. Stuck

Deutsche Gesellschaft für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde, Kopf- und Hals-Chirurgie

Thomas J. Vogl

Deutsche Röntgengesellschaft

Moderator der Konsensuskonferenz:

C. Muche-Borowski, AWMF

Korrespondierender Autor:

Prof. Dr. med. Boris A. Stuck

Klinik für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde, Kopf- und Hals-Chirurgie

Universitätsklinikum Gießen und Marburg, Standort Marburg

Email: boris.stuck@uk-gm.de

Dr. med. Uwe Popert

Arzt für Allgemeinmedizin

Kassel

Email: uwe.popert@web.de

Ziel und Geltungsbereich:

Ziel der Leitlinie ist die Förderung einer qualitativ hochwertigen Versorgung von erwachsenen Patientinnen und Patienten, die sich mit entsprechenden Beschwerden bzw. mit dem Verdacht auf eine entzündliche Erkrankung im Bereich der Nasennebenhöhlen (Rhinosinusitis, RS) in ärztliche Behandlung begeben; die Leitlinie bezieht sich hierbei auf die Versorgung im primär-, sekundär- und tertiärärztlichen Bereich. Als Primärarzt wird hierbei der Arzt definiert, der die Erstbehandlung des Patienten verantwortet, unabhängig von dessen Fachgebiet. Als Sekundärärzte werden Gebietsärzte bezeichnet, die auf Zuweisung des Primärarztes mit der Weiterbehandlung des Patienten betraut sind. Als tertiärärztliche Versorgung wird die ärztliche Versorgung im stationären Bereich definiert.

Methodik:

Die Leitlinie ist entsprechend den methodischen Vorgaben der Arbeitsgemeinschaft der wissenschaftlichen medizinischen Fachgesellschaften erstellt und entspricht einer S2k-Leitlinie; sie stellt eine Aktualisierung der S2k-Leitlinie „Rhinosinusitis“ der Deutschen Gesellschaft für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde, Kopf- und Hals-Chirurgie sowie der Leitlinie „Rhinosinusitis“ der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin dar.

Definitionen:

Im Rahmen der Leitlinie wird zwischen einer akuten, einer rezidivierenden akuten und einer chronischen RS unterschieden. Eine akute RS (ARS) wird hierbei mit einem zeitlichen Verlauf der Beschwerden kleiner/gleich 12 Wochen definiert. Unter einer rezidivierenden akuten RS (rez. ARS) werden wiederkehrende Episoden einer ARS verstanden, die mindestens 4-mal innerhalb von 12 Monaten (gerechnet ab dem Zeitraum der ersten Episode) auftreten, wobei zwischen den Episoden die Beschwerden vollständig abklingen. Die chronische RS (CRS) wird als eine Erkrankung definiert, bei der die Beschwerden länger als 12 Wochen andauern.

Eine ARS (bzw. eine Episode einer rez. ARS) wird diagnostiziert, wenn typische Beschwerden bzw. Symptome (Nasenatmungsbehinderung, anteriore und/oder posteriore Sekretion, Gesichtsschmerz, Riechstörung) bzw. fakultative Beschwerden bzw. Symptome (Fieber, Kopfschmerz) vorliegen.

Die Beschwerden bei der CRS sind mit den vorgenannten identisch, jedoch häufig weniger charakteristisch bzw. weniger stark ausgeprägt und müssen von einem pathologischen Befund in der Rhinoskopie / nasalen Endoskopie oder in einem bildgebenden Verfahren der Nasennebenhöhlen

bestätigt werden. Darüber hinaus wird bei der CRS in Abhängigkeit vom Vorhandensein von rhinoskopisch oder endoskopisch sichtbaren Polypen in der Nasenhaupthöhle zwischen einer chronischen RS mit (lat. cum, CRS_{cNP}) und ohne (lat. sine) Polypen (CRS_{sNP}) unterschieden.

Spontanverlauf:

Auch ohne Therapie erfolgt eine vollständige Heilung der ARS bei 60-80% der Erkrankten innerhalb von zwei Wochen bzw. bei 90% innerhalb von sechs Wochen. Eine CRS geht mit bisweilen jahre- bzw. lebenslangen Verläufen einher.

Anamnese:

Bei der Abklärung einer RS sollten folgende Aspekte in der Anamnese berücksichtigt werden: zeitlicher Verlauf der Beschwerden, beschwerdefreie Intervalle, Anzahl der Episoden in einem Zeitraum von 12 Monaten (zwischenzeitliche Besserung der Symptomatik), bisherige Therapieversuche und deren Wirksamkeit, relevante Vorerkrankungen, Nasenatmungsbehinderung, anteriore und/oder posteriore nasale Sekretion, Gesichtsschmerz / Kopfschmerz, Riechstörung, anhaltendes Fieber, starkes Krankheitsgefühl, Druckschmerz über der Stirn- bzw. Kieferhöhle, Beschwerden im Bereich der Zähne und des Zahnhalteapparates, Zunahme der Schmerzen beim Vornüberbeugen

Klinische Untersuchung:

Die ARS wird in der Regel durch Symptome und klinische Befunde diagnostiziert, bei der Abklärung sollten folgende klinischen Untersuchungsverfahren zum Einsatz kommen: allgemeiner klinischer Eindruck, Inspektion, Druck- / Klopfeschmerz über Kiefer- bzw. Stirnhöhlen sowie Rhinoskopie und/oder nasale Endoskopie (Sekundär- und Tertiärversorgung). Es kann eine Untersuchung des Rachens, eine Messung der Körpertemperatur und eine Untersuchung der Nasenhaupthöhle (Primärebene) zum Einsatz kommen. Bei der Abklärung einer rez. ARS sollte eine Endoskopie bzw. zumindest eine Rhinoskopie erfolgen, bei der Abklärung einer CRS sollte eine Endoskopie der Nase erfolgen.

Bildgebende Verfahren:

Im Rahmen der Diagnostik der ARS sollten routinemäßig keine bildgebenden Verfahren erfolgen. Bei der rez. ARS sollte routinemäßig ebenfalls keine bildgebende Diagnostik erfolgen, eine CT oder DVT (Digitale Volumentomografie) kann im symptomfreien Intervall zum Ausschluss anderer Pathologien oder zur OP-Planung durchgeführt werden. Im Rahmen der diagnostischen Abklärung einer CRS sollte eine Schnittbildgebung erfolgen, im Hinblick auf eine Operation eine CT (alternativ DVT). Die Untersuchungsqualität sollte für computergestützte Navigationssysteme ausreichend sein.

Laborchemische und technische Verfahren:

Bei Patienten mit ARS oder rez. ARS und starken oder sehr starken Schmerzen kann die Bestimmung von CRP und/oder BSG durchgeführt werden, um die Indikationsstellung zur Antibiotikatherapie zu rechtfertigen. In der Abklärung einer CRS sollten routinemäßig keine speziellen laborchemischen oder technischen Verfahren zum Einsatz kommen und nur bei Verdachtsmomenten für kausale Systemerkrankungen in Abstimmung mit den beteiligten Fachdisziplinen weitergehende Untersuchungen erfolgen.

Mikrobiologische Verfahren:

Bei einer RS sollte auf die Anwendung mikrobiologischer Testverfahren in der Routinebehandlung verzichtet werden. Bei der therapieresistenten RS und bei Patienten mit Abwehrschwäche können insbesondere in der Sekundär- und Tertiärebene ein Abstrich mit Antibiotogramm und ggf. weitere mikrobiologische Testverfahren Grundlage einer kalkulierten Therapie sein. Eine kontrollierte Probenentnahme aus dem mittleren Nasengang, oder (besser) dem Punctum maximum des entzündlichen Geschehens sollte dabei angestrebt werden.

Allergologische Untersuchung:

Routinemäßige allergologische Testungen sollten in der Diagnostik der ARS nicht zum Einsatz kommen. Bei ätiologisch ungeklärter rez. ARS kann und bei anamnestischen oder klinischen Hinweisen auf eine allergische Genese sollte hingegen eine allergologische Testung erfolgen. Bei CRSsNP kann auf eine allergologische Testung verzichtet werden. Bei ätiologisch ungeklärter CRSsNP kann bzw. bei anamnestischen oder klinischen Hinweisen auf eine allergische Genese sollte eine

allergologische Testung erfolgen. Bei ätiologisch ungeklärtem, postoperativem Rezidiv einer CRSsNP soll eine allergologische Testung erfolgen.

Nicht-medikamentöse Therapieverfahren:

Bei einer ARS und rez. ARS können lokale Anwendungen mit physiolog. Kochsalz-Lösung (z.B. als Nasentropfen oder –spray) und die Inhalation heißer Dämpfe (38-42°Celsius) empfohlen werden, die Wirksamkeit von pulsatilen Inhalationen, Akupunktur und Homöopathie kann aufgrund der uneinheitlichen Datenlage nicht abschließend beurteilt werden.

Für die symptomatische Therapie der CRS sollte eine nasale Anwendung von Salzlösungen z. B. als hochvolumige (≥ 150 ml), iso- bis leicht hypertone Spülung zum Einsatz kommen. Die Wirksamkeit von Akupunktur und Homöopathie kann aufgrund der eingeschränkten Datenlage nicht abschließend beurteilt werden.

Phytotherapeutika:

Eine Behandlung der ARS mit einem patentierten (Misch-)Extrakt (BNO 1016) oder definierten Eucalyptusextrakten kann empfohlen werden. Für eine Empfehlung pro oder kontra Phytotherapie bei rez. ARS und bei CRS ist die Evidenzlage nicht ausreichend.

Medikamentöse Therapieverfahren:

Dekongestiva können zur symptomatischen Linderung bei ARS verwendet werden. Topische Dekongestiva sollten frei von Benzalkoniumchlorid sein und nicht länger als 10 Tage verwendet werden. Bei einer ARS und bei einer rez. ARS können Schmerzmittel zur symptomatischen Therapie empfohlen werden. Bei einer akuten allergischen und bei der rez. ARS sollten lokale Kortikoid-Anwendungen erfolgen. Dekongestiva sollten bei der CRS aufgrund der Gefahr der Entstehung einer Rhinitis medicamentosa nicht angewendet werden.

Topische Kortikosteroide sollten zur Therapie der CRSsNP und insbesondere der CRScNP zur Anwendung kommen, die Therapie mit systemischen Kortikosteroiden kann in Einzelfällen erwogen werden. Ausgewählte Biologicals können bei Versagen etablierter Therapieformen im Einzelfall bei CRScNP eingesetzt werden. Eine adaptive Desaktivierungsbehandlung sollte bei Patienten mit gesichertem NERD-Syndrom (NSAR-Exacerbated Respiratory Disease, Analgetika-Intoleranz-Syndrom) und einer CRScNP bei Auftreten einer Rezidiv-Polyposis durchgeführt werden.

Antibiotische Therapie:

Bei einer ARS bzw. einer akuten Exazerbation einer rez. ARS sollten in der Regel keine Antibiotika gegeben werden, eine Antibiotikagabe sollte jedoch erwogen werden bei Patienten mit besonderen Risikofaktoren, wie chronisch entzündlicher Lungenerkrankung, Immundefizienz bzw. Immunsuppression. Sie sollte erfolgen bei Hinweisen auf Komplikationen wie starken Kopfschmerzen, Gesichtsschwellungen, Lethargie.

Eine antibiotische Therapie kann ferner empfohlen werden bei ARS oder einer akuten Exazerbation einer rez. ARS und starken bzw. sehr starken Schmerzen plus erhöhten Entzündungswerten (CRP über 10 mg/l oder BSG über 10mm/h bei Männern bzw. über 20mm/h bei Frauen). Eine antibiotische Therapie kann erwogen werden bei ARS oder einer akuten Exazerbation einer rez. ARS (erhöhte Wahrscheinlichkeit einer bakteriellen Ursache) mit starken Beschwerden und/oder Verstärkung der Beschwerden im Lauf der Erkrankung, und/oder Fieber > 38,5 °C. Als Mittel der 1. Wahl zur antibiotischen Therapie gilt Amoxicillin 3x500mg/d, bzw. ein Cephalosporin (Cefuroxim 2 x 250mg/d); als Mittel der 2. Wahl gelten Makrolide (z.B. Azithromycin 500mg/d), Amoxicillin + Clavulansäure, Doxycyclin oder Co-Trimoxazol (ggf. andere Antibiotika entsprechend regionalen Resistenzmustern).

Bei CRSsNP sollte der längerdauernde Einsatz von Clarithromycin bei Versagen der Standardtherapie erwogen werden. Im Einzelfall kann zur Besserung des Befundes Erythromycin bzw. zur passager begrenzten Besserung der Lebensqualität Roxithromycin eingesetzt werden. Azithromycin sollte nicht angewandt werden. Bei CRSsNP kann im Falle einer Rezidiv-Polyposis eine längerdauernde Therapie mit Doxycyclin erwogen werden. Die Anwendung von Erythromycin, Azithromycin und Roxithromycin bei CRSsNP kann nicht empfohlen werden. Die topische Anwendung von Antibiotika bei Patienten mit CRS sollte nicht erfolgen.

Chirurgische Therapie / Schnittstellen:

Bei Versagen einer konservativen Therapie sollte eine operative Therapie erwogen werden, im Einzelfall kann auch eine primäre operative Therapie sinnvoll sein.

Ein Wechsel auf die nächst höhere Versorgungsebene sollte erfolgen bei Patienten mit Immunsuppression, zur Abklärung einer rez. ARS und bei CRS, bei Therapieresistenz, bei Hinweisen auf eine odontogene Ursache und wenn eine weitere Diagnostik mit ausreichender Wahrscheinlichkeit zu besseren Therapieergebnissen führen kann oder eine sinnvolle Therapie nur auf nächster Versorgungsebene möglich ist (z.B. OP-Indikation). Bei Hinweisen auf gefährliche Verläufe bzw. Komplikationen sollte ein Wechsel auf die Tertiärebene (spezialisierte stat. Versorgung) erfolgen.