La version française de cet article sera publiée dans le numéro 40 de «PrimaryCare».

Akute Sinusitis

Ein Beitrag aus dem Buch «Ambulante Medizin – Evidenz auf einen Blick», das vom Institut für Hausarztmedizin Basel IHAM*B* herausgegeben wird (erscheint im Herbst 2006)

Peter Tschudi

Definition

Entzündung eines oder mehrerer Sinus, praktisch immer nach viralem Infekt der oberen Luftwege. Bessere Bezeichnung: «virale Rhinosinusitis mit oder ohne bakterielle Begleitinfektion».

Epidemiologie der akuten Rhinosinusitis

- Eine der 10 häufigsten Diagnosen in der ambulanten Praxis.
- 200mal häufiger viral als bakteriell.
- Einer der 5 häufigsten Gründe für eine Antibiotikaverschreibung.
- Spontane Abheilungsrate 60–80% [1].

Erreger

Nur 0,2% bis 2% aller Rhinosinusitiden werden von einer bakteriellen Infektion kompliziert.
Häufigste Erreger der akuten bakteriellen Rhinosinusitis sind: *H. influenzae, S. pneumoniae, Moraxella catarrhalis* (selten andere Streptokokken, Anaerobier und *Staph. aureus*).

Anamnese und klinische Zeichen

- Unspezifische Zeichen: verstopfte Nase, Gesichts- und/oder Kieferschmerzen, Husten, «postnasal drip», Riech- und Geschmackseinschränkung, Fieber, Müdigkeit.
- Eitriges Sekret ist kein spezifisches Zeichen einer bakteriellen Rhinosinusitis.
- Eine bakterielle Superinfektion ist jederzeit im Rahmen einer viralen Infektion möglich, jedoch wahrscheinlicher, wenn typische Erkältungssymptome nach 10 Tagen noch persistieren oder sich nach 5 bis 7 Tagen verschlechtern.

Tabelle 1
Prävalenz und positiver prädiktiver Wert von Symptomen bei akuter Sinusitis maxillaris, evaluiert mit Antrumpunktion (n = 150) [2].

Symptome	Prävalenz	Postiver prädiktiver Wert
Purulente Rhinorrhoe, prädominant unilateral	48%	50%
Unilateraler prädominanter Schmerz	37%	41%
Nasale Obstruktion, unilateral	21%	<5%
Klinische Befunde		
Perkussionsschmerz über Sinus	43%	<5%
Eiter im Cavum nasale	41%	17%
Eiter aus Ostium	4%	100%

Diagnostik

Die Diagnose der akuten Rhinosinusitis mit bakterieller Begleitinfektion ist problematisch, weil:
- Krankheitssymptome und Klinik unspezifisch sind,
- bildgebende Verfahren (koronares CT, MRI, halbaxiales RX) oft falsch positiv sind und zur Diagnosestellung nicht empfohlen werden,
- eine exakte Diagnose nur mit Sinuspunktion (Goldstandard) möglich ist.

Vordere Rhinoskopie

Patienten mit Eiternachweis in der vorderen Rhinoskopie können eventuell von einer Antibiotikatherapie profitieren [3].

Labor

Die Wertigkeit von CRP, Blutsenkungsreaktion und Leukozytenzählung zur Diagnosestellung ist unklar. Es besteht kein Zusammenhang zwischen erhöhtem CRP, Leukozytenzahl und raschem Abheilen unter Antibiotika.
Bei Patienten mit ausgeprägter akuter Rhinosinusitis im CT kann ein CRP über 50 mg/l auf eine bakterielle Rhinosinusitis hinweisen [3].

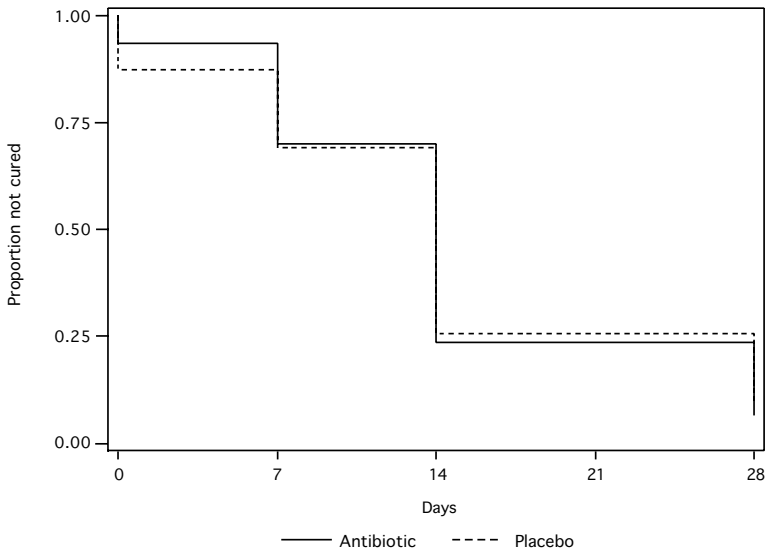

Abbildung 1
BASINUS-Studie: Abheilungsrate der akuten Rhinosinusitis.

Therapie

Die Abheilungsrate der akuten Rhinosinusitis nach 7, 14 und 28 Tagen Follow-up ist mit und ohne Antibiotikum gleich (Nachweis in der BASINUS-Studie bei 252 ambulanten Patienten mit akuter eitriger Rhinosinusitis in den Wintern 1997 bis 2001 durch 26 Hausärzte der Nordwestschweiz und die Basler HNO- und Med. Uni-Polikliniken [4]).
Ein evtl. Behandlungsnutzen von Antibiotika bei Patienten mit Eiternachweis in der Rhinoskopie ist eine max. *Verkürzung der Beschwerdezeit* von 0,5 bis 1,5 Tagen [3].
Antibiotika sollten bei Patienten mit persistierendem eitrigem Nasenlaufen und Gesichtsschmerzen oder Spannungsgefühl ohne Besserung nach 7 Tagen oder bei Patienten mit schweren Krankheiten unabhängig von der Erkrankungsdauer eingesetzt werden.
5 randomisierte Doppelblind-Studien Antibiotika versus Plazebo bei akuter Rhinosinusitis der Erwachsenen (Cochrane Collaboration [5]):
- mit Antibiotika: «Degree of benefit is relatively small»;
- ohne Antibiotika: Symptome verbessert oder gelöst in 69% nach 2 Wochen.

Antibiotika erster Wahl: Amoxicillin/Clavulansäure und Amoxicillin.

Symptomatische Therapie

Nasenspray mit Alpha-Adrenergika kurzfristig, Paracetamol und NSAR. Der Nutzen von topischer Steroidapplikation bei der akuten Rhinosinusitis ist unklar. Unzureichende Evidenz über den Nutzen von Dampfinhalationen und Roborantien.

Komplikationen der akuten Rhinosinusitis

Äusserst selten schwerwiegende Komplikationen (wie Hirn- und Periorbitalabszess, Meningitis, Sinusthrombose). Hirnabszesse können aber auch trotz adäquater Antibiotikatherapie auftreten. Keine genauen Angaben zur Abszess-Häufigkeit.

Schlussfolgerungen

- Geringer Nutzen von Antibiotika bei klinisch diagnostizierter akuter Rhinosinusitis.
- Heilungsrate ist mit und ohne Antibiotika vergleichbar.
- Bei akuter unkomplizierter Rhinosinusitis ist in den ersten 7 Tagen ein abwartendes Vorgehen gerechtfertigt.
- Antibiotika-Einsatz
  - bei Patienten mit persistierendem eitrigem Nasenlaufen und Gesichtsschmerzen/Spannungsgefühl ohne Besserung nach 7 Tagen;
  - bei Patienten mit schweren Krankheiten unabhängig von der Erkrankungsdauer.

Information

1 Alberta Clinical Practice Guidelines www.amda.ab.ca
2 Berg O, Carenfelt C. Analysis of symptoms and clinical signs in the maxillary sinus empyema. Acta Otolaryngol 1988;105:343–9.
3 Young J, Bucher HC, Tschudi P, Periat P, Hugenschmidt C, Welge-Lussen A. The clinical diagnosis of acute bacterial rhinosinusitis in general practice and its therapeutic consequences. J Clin Epidemiol 2003;566:377–84.
4 Bucher HC, Tschudi P, Young J, Periat P, Welge-Lussen A, Zust H, et al. Effect of amoxicillin/clavulanate in clinically diagnosed, acute rhinosinusitis: a placebo controlled double-blind randomised trial in general practice. Arch Intern Med 2003;163:1793–8.
5 Snow V, Mottur-Pilson C, Hickner JM. Principles of appropriate antibiotic use for acute sinusitis in adults. Ann Intern Med 2001;134: 495–7.
6 Guidelines. Prinzipien der Diagnose und Behandlung von Infekten der oberen Luftwege. Institut für Hausarztmedizin IHAMB Universität Basel peter.tschudi@unibas.ch und Institut für Klinische Epidemiologie Universität Basel bucherh@uhbs.ch

Dr. med. Peter Tschudi
Institut für Hausarztmedizin IHAMB
Petersgraben 4
4031 Basel
peter.tschudi@unibas.ch