

PRAXISLEITFADEN

„Phyto first!“ bei Rhinitis oder Rhinosinusitis

Rhinitis und Rhinosinusitis sind meist viraler Genese. Eine Therapie soll vor allem die Symptome lindern. Wie eine Behandlung eingeleitet und eskaliert wird sowie eventuelle Gefahren erkannt werden, haben Ärzte mehrerer Fachdisziplinen in einem Workshop erarbeitet. Daraus entstanden ist dieser Praxisleitfaden.

Die gemäßigten Breiten sind die Erkältungshochburgen des Globus. „Wir haben in Deutschland pro Jahr etwa 184 Millionen Patienten mit akuter Rhinitis“, betonte Professor Ludger Klimek, HNO-Arzt und Allergologe aus Wiesbaden, bei dem interdisziplinären Experten-Workshop „Evidenzbasierte Phytotherapie im Praxisalltag“ in Frankfurt am Main. Anders ausgedrückt: Jeder Deutsche hat im Durchschnitt zwei- bis dreimal pro Jahr eine akute Rhinitis. Etwa jede sechste derartige Erkrankung beschränkt sich nicht auf die Nasenschleimhäute, sondern bezieht auch die Nasennebenhöhlen mit ein. Etwa 31 Millionen Menschen erkranken in Deutschland pro Jahr an dieser Variante der oberen Atemwegsinfektion. Hochgerechnet sind das knapp 0,4 Erkrankungsfälle pro Einwohner und Jahr.

Ob reine akute Rhinitis oder akute Rhinosinusitis, das Erregerspektrum ist in beiden Fällen ähnlich: Überwiegend werden akute Rhinitiden und Rhinosinitiden durch Viren verursacht – vor allem durch Rhino- und Adenoviren, die mit etwa 30 bzw. 15 Prozent die häufigsten Auslöser von Infektionen des Respirationstrakts sind. Mit einem Anteil von jeweils etwa 10 Prozent sind auch Influenza-A- und -B-Viren, Coronaviren und RSV (Respiratory Syncytial Virus) häufige Verursacher. „Wir können insgesamt davon ausgehen, dass akute Nasen- und Nasennebenhöhlenentzündungen in deutlich mehr als 90 Prozent der Fälle zumindest in der Anfangsphase viral bedingt sind“, erläuterte Klimek

Zu hohe Zahl verordneter Antibiotika in Deutschland

Trotz der epidemiologisch eindeutigen Ausgangslage werden entgegen den Empfehlungen in Leitlinien noch immer bei einem erheblichen Teil der Patienten mit akuter Rhinosinusitis Antibiotika eingesetzt. So waren in einer Studie bei ambulanten Ärzten aus sechs Ländern 68 Prozent der Antibiotika-Verordnungen bei akuter Rhinosinusitis nicht durch die Empfehlungen europäischer Leitlinien gedeckt (Jørgensen LC et al., Scand J Prim Health Care 2013, 31:101–105).

Klimek präsentierte Statistiken aus den Jahren 2006/2007, wonach in Deutschland jährlich 8,1 Millionen Antibiotika-Verordnungen allein

an Sinusitis-Patienten gehen. Nach wie vor beliebt sind bei Atemwegsinfektionen die Makrolide. Aber auch Antibiotika wie Tetracykline, Cephalosporine oder Chinolone, die in Leitlinien für diese Indikationen in der Regel nicht empfohlen werden, haben in der Praxis einen relevanten Stellenwert. „Der intensive Einsatz dieser Antibiotika in der Humanmedizin lässt sich direkt auf die zunehmende Resistenzproblematik übertragen“, so Klimek. Diese gelte nicht nur für Länder wie Frankreich und Spanien, die traditionell freigiebig mit Antibiotika umgehen, sondern auch für Deutschland.

Allein der Blick auf die Antibiotika-Resistenzsituation spricht also aus Public-Health-Perspektive für eine weitgehend Antibiotika-freie Behandlungsstrategie bei der akuten Rhinitis und Rhinosinusitis. Doch auch der individuelle Patient profitiert von einem Behandlungskonzept, das die Möglichkeiten der symptomatischen Therapie unter Einbezug von Phytotherapeutika zunächst ausschöpft, denn: Unerwünschte Wirkungen – von der Typ-I-Allergie über Diarrhö bis hin zu Verschiebungen des intestinalen Mikrobioms – sind unter Antibiotika-therapie keine Seltenheit.

Wie aber sieht ein geeigneter Praxisleitfaden für die Therapie von Patienten mit Rhinitis bzw. Rhinosinusitis aus? Klimek plädierte dafür, immer den natürlichen Verlauf von akuter Rhinitis und Rhinosinusitis im Hinterkopf zu behalten. Eine rein akute Rhinitis ist demnach in aller Regel nach fünf Tagen vorbei. Eine akute, virale Rhinosinusitis kann länger dauern, sollte aber nach dem fünften Tag deutlich gelindert sein oder zumindest schrittweise besser werden. „Bei Patienten mit diesen Verläufen ist die Erkrankung selbstlimitierend. Hier ist die symptomorientierte Therapie ausreichend. Eine antimikrobielle Therapie ist nicht nötig“, so Klimek

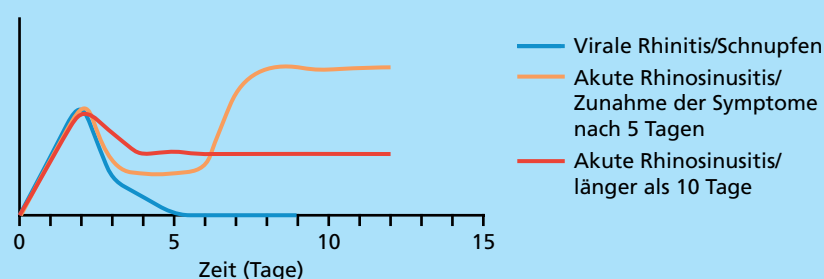
CRP-Bestimmung als Stütze für das Patientengespräch

Besteht der konkrete Patientenwunsch nach einem Antibiotikum, so kommt der Kommunikation der Antibiotika-armen Therapiestrategie eine hohe Bedeutung zu. Doch wie kann dem Patienten am besten erklärt werden, dass es zu seinem Vorteil ist, auf unnötige Antibiotika zu verzichten? Für die Hausärztin Dr. Katja Linke, Viernheim, sind gründliche Anamnese und eine gute Kommunikation mit dem Patienten das A und O. „So entsteht eine gute Vertrauensbasis“, weiß die Ärztin.

Gute Dienste kann bei der Patientenführung zudem eine Labordiagnostik am Point-of-Care leisten. Linke führt bei ihren Patienten regelmäßig eine quantitative Bestimmung des C-reaktiven Proteins (CRP) durch – nicht nur um zwischen viraler und bakterieller Infektion zu differenzieren, sondern auch um ihre Diagnose um objektive Parameter für das Gespräch mit dem Patienten zu erweitern, und um ggf. Verläufe besser einschätzen zu können. Auch die Allgemeinmediziner Dr. Margrit Hollenz, Rödental, und Dr. Rudolf Tille, Garching, nutzen die CRP-Bestimmung, allerdings häufig erst

Virale Rhinitis oder akute bakterielle Rhinosinusitis?

Typischer Symptomverlauf über zwei Wochen



Quelle: basierend auf Fokkens W et al., EAACI Position Paper on Rhinosinusitis and Nasal Polyposis. Rhinology 2005, Suppl 18:1–87

Grafik: Forschung & Praxis / Ärzte Zeitung

dann, wenn der Patient wiederkommt. Tille lässt den Test von einem Labor durchführen und setzt ihn gezielt strategisch ein: „Der Test kann helfen, den Patientenwunsch nach einem Antibiotikum zu kontern, wenn die Symptome beim zweiten Arztbesuch noch nicht zurückgegangen sind. Wenn das Ergebnis des Labors dann da ist, geht es dem Patienten häufig schon besser.“

Evidenzbasierte Therapie mit Phytotherapeutika

Hat der Patient akzeptiert, dass zunächst kein Antibiotikum notwendig ist, folgt die Auswahl der symptomorientierten Therapie. Phytotherapeutika stehen für Klimek in dieser Phase der Erkrankung, in der die Beschwerden mit hoher Wahrscheinlichkeit viral bedingt sind, weit vorn (s. Abb.). Denn anders als für Nasenduschen oder chemisch-synthetische Sekretolytika gebe es für ausgewählte Phytotherapeutika bei akuter Rhinosinusitis in den Leitlinien eine gute

Evidenz und hohe Empfehlungsstärken. Nicht durch große randomisierte Studien hinterlegt, aber im Sinne einer Linderung des Leidensdrucks hilfreich, seien zudem abschwellende Nasentropfen oder -sprays. Als günstig bewertete Klimek bei akuter Rhinosinusitis die Phytotherapie mit einer 5-Pflanzen-Kombination auf Extraktbasis aus Schlüsselblumenblüten, Ampferkraut, Holunderblüten, Eisenkraut und Enzianwurzel.

Schriftliche Empfehlungen können Compliance stärken

Damit eine „Phytos first“-Strategie auch durchgehalten wird, ist es wichtig, die Patienten nach dem ersten Arztbesuch nicht mit ihren Beschwerden alleine zu lassen. Dazu gehören z.B. individuelle Rückmeldungen durch das Praxispersonal bei einer ggf. durchgeführten Labordiagnostik. Vor allem sollten klare Empfehlungen für therapiebegleitende Maßnahmen, die der Patienten zuhause selbst ergreifen kann, mit auf den Weg gegeben werden. Schriftliche Empfehlungen seien dabei den rein mündlich gegebenen Ratschlägen klar überlegen, waren sich die Experten einig. „Ich schreibe alle Empfehlungen handschriftlich im Beisein des Patienten auf einen Zettel. Diese direkte Interaktion zwischen mir und dem Patienten bewirkt mehr als ein ausgedruckter Zettel am Empfang und hat einen großen Effekt auf die Compliance“, betonte Hollenz.

Auch Linke setzt auf individuelle, vom Arzt übergebene Merkblätter mit möglichst konkreten Empfehlungen. Dort finden sich dann nicht nur die Medikamente und deren präzise Dosierung samt Einnahmezeitpunkt, sondern auch Verhaltensempfehlungen wie „viel trinken“ oder Hinweise auf Erkältungsbäder, Inhalationen und andere nicht medikamentöse Maßnahmen

Das moderne Management der akuten Rhinosinusitis

Wie bei akuter Rhinosinusitis vorgegangen werden sollte:

- Die akute Rhinosinusitis ist meist selbstlimitierend.
- Die Behandlung kann bei nicht allzu starken Beschwerden symptomorientiert sein.
- Antibiotika sind nur bei anhaltenden, schweren Beschwerden, Komplikationen sowie bei Hochrisikopatienten indiziert und sollten dann der jeweiligen Resistenzlage angepasst werden.
- Phytopharmaka sind indiziert als Monotherapie und als Zusatztherapie.
- Bei Komplikationen muss ein Facharzt hinzugezogen werden.

Quelle: basierend auf Fokkens W et al., EAACI Position Paper on Rhinosinusitis and Nasal Polyposis. Rhinology 2005, Suppl 18:1–87

Grafik: Forschung & Praxis / Ärzte Zeitung

Rationale Therapie bei Rhinosinusitis

Anamnese & Basis-Diagnostik

- Symptombdauer und -ausprägung (5 Kardinalsymptome der akuten Rhinosinusitis)
- Körperliche Untersuchung (Inspektion und Palpation der Sinus, Inspektion Rachen und Tubenmündungen, Temperatur, vordere Rhinoskopie)



Weiterführende Diagnostik

- CRP (unter 20 mg/l meist viral, 20–30 mg/l Graubereich, ab 30 mg/l wahrscheinlich bakteriell, wenn Klinik dazu passt)
- Blutbild
- Allergietest
- Ggf. Überweisung für Bildgebung, HNO-Untersuchung etc.

Red Flags (Anamnese)

- Starke Beschwerden
- Deutliche Verschlechterung im Laufe der Erkrankung
- Schwere Grundleiden
- Immundefizienz oder -suppression

Red Flags (Diagnostik)

- Orbitale/meningeale Komplikationen (Gesichtsschwellungen, neurologische Symptome)
- Eitrige Sekretion aus mittlerem Nasengang bei Endoskopie
- Stark reduzierter Allgemeinzustand/Lethargie

Häufigkeit

Viral bedingte Rhinosinusitis (90 %)

Rhinosinusitis mit möglicher bakterieller Beteiligung

Bakteriell bedingte Rhinosinusitis (10 %)

Therapie:

Grünes Rezept: Phytotherapie

Grünes Rezept: Phytotherapie
Rotes Bedarfsrezept: Antibiotikum

Rotes Rezept: Antibiotikum
Grünes Rezept: Phytotherapie

Quelle: Prof. Ludger Klimek, Dr. Peter Kardos; Experten-Workshop „Evidenzbasierte Phytotherapie im Praxisalltag“, Frankfurt am Main, 1. Juni 2016

Grafik: Forschung & Praxis / Ärzte Zeitung

PRAXISLEITFADEN

Therapieeskalation aufgrund von Befunden und Red Flags

Die Behandlungssituation bei Patienten mit akuter Rhinosinusitis ändert sich in der Regel erst dann, wenn es nach fünf Tagen nicht zu einer deutlichen Linderung der Symptome kommt. „Wenn die Patienten jenseits des fünften Tags nach Beginn der Beschwerden nicht wieder langsam symptomfrei werden oder wenn die Symptome nach einem Rückgang wieder zunehmen, sollte die Erkrankung weiter abgeklärt werden“, so Klimek.

Eine zwingende Indikation für eine Antibiotikatherapie bestehe auch dann noch nicht, so der Experte. Allerdings sollte man sich in einer solchen Situation mit einer präzisen Befunderhebung unter Einbeziehung eines Nasenspiegels und ggf. einer Röntgenaufnahme der Nasennebenhöhlen einen genaueren Überblick verschaffen, um Komplikationen nicht zu übersehen.

Da in dieser Phase die Wahrscheinlichkeit einer bakteriellen Infektion steige, die sich in der Regel auf die ursprünglich virale Infektion aufsetze, wird der Griff zum Antibiotikum zu einer Option. Stets ein Antibiotikum verordnen würde Klimek in folgenden Situationen:

- einseitige, starke Kieferhöhlen- oder Stirnhöhlenbeschwerden,
- eitrige Sekretion aus dem mittleren Nasengang bei der Endoskopie,
- orbitale oder meningeale Komplikationen,
- Patienten mit reduzierter Funktion des Immunsystems,
- Patienten mit stark reduziertem Allgemeinzustand.

Was nicht in dieser Red-Flag-Liste berücksichtigt wird, ist eine hohe Körpertemperatur. „Fieber allein ist keine Indikation für eine Antibiotikatherapie. Auch fiebernde Patienten können in den ersten Tagen phytotherapeutisch behandelt werden“, erläuterte Klimek.

Entscheidend sei nicht die Höhe der Temperatur, sondern der klinische Verlauf: „Antibiotika kommen erst dann ins Spiel, wenn die Beschwerden persistieren“ (s. Abb.).

Quelle:

Experten-Workshop „Evidenzbasierte Phytotherapie im Praxisalltag“, Frankfurt am Main, 1. Juni 2016, mit Unterstützung von Bionorica SE

Teilnehmer:

- Dr. Margrit Hollenz, Fachärztin für Allgemeinmedizin in einer Gemeinschaftspraxis in Rödentel
- Dr. Peter Kardos, Facharzt für Innere Medizin in einer Gemeinschaftspraxis für Allergologie, Pneumologie und Schlafmedizin in Frankfurt am Main
- Prof. Dr. Ludger Klimek, Facharzt für HNO-Heilkunde am Zentrum für Rhinologie und Allergologie in Wiesbaden
- Dr. Katja Linke, Hausärztin mit Praxis in Viernheim
- Dr. Daniel Seng, Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Pneumologie mit Praxis in Unterschleißheim bei München
- Dr. Rudolf Tille, Facharzt für Allgemeinmedizin mit Praxis in Garching

Interviews mit vier der Teilnehmer gibt es als Video unter: <http://tinyurl.com/zcmz6kj>

Dieser Praxisleitfaden wurde entnommen aus „Forschung & Praxis“ Nummer 540 vom Oktober 2016 und geringfügig modifiziert. Die genannte „Forschung & Praxis“ Nr. wurde von Bionorica SE, Neumarkt, gesponsert.

F&P

FORSCHUNG UND PRAXIS

Verlag:

Springer Medizin
Verlag GmbH, Berlin

Redaktion:

Springer Medizin Verlag GmbH,
Neu-Isenburg
Telefon: 06102 / 5060
Telefax: 06102 / 506203
E-Mail: info@aerztezeitung.de
Ein Unternehmen der
Fachverlagsgruppe Springer Nature

Ladungsfähige Anschrift für Verlag und Redaktion:

Am Forsthaus Gravenbruch 5–7,
63263 Neu-Isenburg
ISSN 0935-2899

Geschäftsführung

Joachim Krieger, Fabian Kaufmann

Corporate Publishing

Ulrike Hafner (verantwortlich)
Ann Köbler, Dr. Ulrike Maronde,
Dr. Petra Stawinski
Titel
© Bionorica SE, Neumarkt

Herstellung

Ulrike Drechsler (verantwortlich),
Arnulf Illing (Layout/Produktion)

Druck

Stürtz
Alfred-Nobel-Straße 33
97080 Würzburg