seit >5 Jahren nicht aktualisiert, Leitlinie wird zur Zeit überarbeitet!

Geltungsbereich

Versorgung von Rhinosinusitis (RS) bei Erwachsenen.
Als Primärarzt (Arzt1) wird hierbei der Arzt definiert, der die Erstbehandlung des Patienten verantwortet, unabhängig von dessen Fachgebiet. Als Sekundärärzte (Arzt2) werden Gebietsärzte bezeichnet, die auf Zuweisung mit der Weiterbehandlung des Patienten betraut sind.

Definition und Ursachen

Unter einer akuten Rhinosinusitis (ARS) wird ein entzündlicher Prozess verstanden, der in der Regel als Folge einer nasalen Infektion entsteht, der mit gestörtem Abfluss und gestörter Ventilation der Nasennebenhöhlen einhergeht. Häufigste Ursache einer ARS ist eine virale Infektion.

- **akute RS (ARS):**
  ≤12 Wochen typische (Nasenatmungsbehinderung, nasale Sekretion, Gesichtsschmerz, Riechstörung) bzw. fakultative Symptome (Fieber, Kopfschmerz)
- **rezidivierende ARS (rez. ARS):**
  ≥4 Episoden in 12 Monaten und beschwerdefreie Intervalle
- **chronische RS (CRS):**
  > 12 Wochen weniger charakteristische Beschwerden mit patholog. Befund in Rhinoskopie/ nasaler Endoskopie oder CT / MRT;
- **CRS mit (CRScNP) und ohne Polypen (CRSsNP)**

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. Bei CRS oft jahre- bzw. lebenslangen Verläufe.

Symptome und Befunde

Sinnvoll sind die Erfassung des Allgemeinzustandes (z.B. Lethargie, neurologische Symptome) und die Inspektion des Gesichts (Rötung, Schwellung) sowie die klinische Untersuchung mit Erfassung eines Druck- oder Klopfschmerzes über Kiefer- bzw. Stirnhöhlen. Bei chronischem Verlauf => Rhinoskopie bzw. Endoskopie

Warnzeichen für Komplikationen

Starke Schmerzen, Gesichtsschwellungen, anhaltendes Fieber, Lethargie und neurologische Symptome.

Gefährliche Verläufe (selten)

Intrazerebrale Abszesse, Meningitis, Orbitalphlegmone, Osteomyelitis und Sinusvenenthrombosen. => Einweisung

Legende
- ↑↑ soll
- ↑ sollte
- ↗ kann empfohlen werden
- ↔ kann
- ↘ kann entfallen
- ↓ sollte nicht
- ∅ keine Studiendaten

* CRP >10 mg/l oder BSG >10mm/h bei Männern bzw. >20mm/h bei Frauen
** Antibiotische Therapie der 1. Wahl: 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

Diagnostik	Akute Rhinosinusitis (ARS)	Rezidivierende ARS	Chronische RS ohne Polypen	Chronische RS mit Polypen
Anamnese + klinische Untersuchung	↑	↑	↑	↑
Rhinoskopie und / oder Endoskopie	↔ Arzt 1 ↑ Arzt 2	↑	↑ Endoskopie	↑ Endoskopie
Allergologische Testungen	↓	↑ bei Verdacht	↑↑ bei Rezidiv	↘
CRP/BSG bei starken / sehr starken Schmerzen	↔	↔	∅	∅
Bildgebung: CT / DVT	↓	↔ im Intervall	↑ insbes. vor OP	↑ insbes. vor OP
Mikrobiologische bzw. spezielle labor-/ technische Diagnostik	↓ nicht als Routine	↓ nicht als Routine	↓ nicht als Routine	↓ nicht als Routine

Therapie	Akute Rhinosinusitis (ARS)	Rezidivierende ARS	Chronische RS ohne Polypen	Chronische RS mit Polypen
Inhalation Dämpfe (38-42°Celsius)	↗	↗	∅	∅
Misch-Extrakt (BNO 1016) oder definierte Eukalyptusextrakte	↗	↗	∅	∅
nasale Anwendung von Salzlösungen (z. B. hochvolumige, iso- bis leicht hypertone Spülung)	↗	↗	↑	↑
Kortisonspray lokal	↑ bei Allergie	↑	↑	↑
Antibiotika als Routine	↓	↓	∅	∅
Antibiotika** bei Komplikationen	↑	↑	∅	∅
Antibiotika** bei Risikofaktoren (COPD, Abwehrschwäche)	↗	↗	∅	∅
Antibiotika** bei starken bzw. sehr starken Schmerzen plus erhöhten Entzündungswerten *	↗	↗	∅	∅
Antibiotika** bei starken Beschwerden/ Verstärkung im Lauf der Erkrankung und/ oder Fieber > 38,5 °C	↔	↔	∅	∅
topische Anwendung von Antibiotika und Dekongestiva	∅	∅	↓	↓
Längerdauernd Clarithromycin bei Versagen der Standardtherapie	∅	∅	↗	∅
Längerdauernd Doxycyclin bzw. Biologicals bei Rezidiven	∅	∅	∅	↔
Schmerzmittel	↗	↗	∅	∅
adaptive Desaktivierung bei Rezidiven und ASS-Überempfindlichkeit	∅	∅	∅	↑
operative Therapie	↗ bei Versagen der konservativen Therapien			

Autoren
B. A. Stuck (DGHNO-KHC), U. Popert (DEGAM)

© DGHNO-KHC/DEGAM 2017
www.degam-leitlinien.de