

Sinusitis-Therapie soll auch Infektausbreitung verhindern

Komplikationen sind Orbitaabszeß und Orbitaphlegmone

In Deutschland werden schätzungsweise pro Jahr etwa acht Millionen Patienten wegen akuter oder chronischer Nasennebenhöhlenentzündungen behandelt. Ein Großteil dieser Patienten sucht primär einen Hausarzt auf. Aufgrund der großen Bandbreite der klinischen Symptome des Erkrankungsbildes Sinusitis sowie dem zum Teil kontrovers diskutierten Spektrum der diagnostischen und therapeutischen Möglichkeiten ist es für Allgemein- und Hausärzte wichtig, sich in diesen Fällen an einem für die Praxis geeigneten Behandlungsschema zu orientieren.

Michael Jaehne

Definitionsgemäß bezieht sich der Begriff „Sinusitis“ auf eine Entzündung im Bereich der Nasennebenhöhlen. Als mögliche Ursachen kommen eine virale, bakterielle oder auch mykotische Infektion in Frage, außerdem Schleimhautentzündungen aufgrund anderer Grunderkrankungen sowie Überempfindlichkeitsreaktionen wie bei der allergischen Rhino-Sinusitis.

Bei der akuten Sinusitis besteht eine symptomatische Nasennebenhöhleninfektion, die bis zu acht Wochen dauern kann. Sie ist meist die Folge einer akuten Erkältung oder anderer – nicht selten primär viraler – Infektionen des oberen Aerodigestivtraktes.

Das Erregerspektrum der akuten Sinusitis ist im Verlauf der letzten Dekaden konstant geblieben, hauptsächlich umfaßt es *Streptococcus pneumoniae*, *Haemophilus influenzae*, außerdem *Staphylococcus aureus*, *Moraxella catarrhalis* und *Streptococcus pyogenes*.

Geändert hat sich jedoch die Häufigkeit der antimikrobiellen Resistenz dieser Keime gegen gängige Antibiotika. Bisher wies Amoxicillin eine exzellente Wirkung gegen oben genannte Keime auf. Gegenwärtig finden sich allerdings teilweise bereits β -Laktamaseproduzierende Bakterienstämme bei *Haemophilus influenzae*, die gegen Amoxicillin resistent sind.

Bei der Therapie ist außerdem die Schwierigkeit der Abgrenzung einer viralen von einer bakteriellen Infektion zu berücksichtigen, denn nur bei einer gesicherten bakteriellen Infektion ist der Einsatz eines Antibiotikums gerechtfertigt und auch wirtschaftlich sinnvoll.

Antibiotika der ersten Wahl sind nach wie vor Amoxicillin (etwa Amoxypen[®]) oder Trimethoprim-Sulfamethoxazol (etwa Eusaprim[®], cave: Allergien). Außerdem können Cephalosporine der 2. (oder 3.) Generation eingesetzt werden sowie Tetracykline (keine Gabe an Kinder!), bei Penicillin-Allergien auch Makrolidantibiotika und Clindamycin. Im Falle einer allergischen Grunderkrankung können zudem Antihistaminika angewandt werden.

Bessert sich nach initialer Antibiotikagabe der Befund innerhalb von zwei bis drei Tagen nicht, sollte ein Präparatewechsel in Erwägung gezogen werden. Als Alternative bietet sich dann Amoxicillin in Verbindung mit Clavulansäure (etwa Augmentan[®]) oder Cefuroxim (etwa Zinnat[®], Elobact[®]) an; der Einsatz von Makro-

liden wie Clarithromycin (etwa Klacid[®]) – einem semi-synthetischen Makrolidantibiotikum – sowie des Ketolids Telithromycin (Ketek[®]) ist ebenfalls möglich. Die Wirksamkeit von Clarithromycin bei der akuten Sinusitis ist ähnlich der von Amoxicillin mit Clavulansäure sowie Cephalosporinen



PD Dr. Michael Jaehne aus Hamburg: Adjuvante therapeutische Maßnahmen bei der akuten Sinusitis umfassen unter anderem abschwellende Nasentropfen und schleimlösende Medikamente, die den Sekretabfluß über die natürlichen Sinus-Ostien verbessern sollen.



Aus dem Inhalt

- Michael Jaehne:**
Sinusitis-Therapie soll auch Infektausbreitung verhindern **3**
- Rolf Heckler:**
Vor allem Risikopatienten profitieren von Neuraminidase-Hemmern **8**
- Birgit Klee:**
Tips und Tricks in der Therapie bei Otitis media **11**
- Roswitha Bruns:**
Beim Grippe-Schutz sind die Deutschen Impf-Muffel **14**
- Service** **15**