

AMB 2008, 42, 20a

Antibiotika und intranasale Steroide bei unkomplizierter erstmaliger akuter Sinusitis maxillaris?

80-90% der Patienten mit Symptomen und klinischen Befunden wie bei purulenter akuter Sinusitis maxillaris (eitriger Ausfluss aus einem Nasenloch oder aus beiden, sichtbares eitriges Sekret in den Nasengängen, Druckschmerz über einer Kieferhöhle oder über beiden; 1) werden in den USA, im UK und auch in Deutschland gleich mit einem Antibiotikum behandelt, obwohl verschiedene Studien und ein Cochrane-Review dafür sprechen, dass die Beschwerden in den meisten Fällen auch ohne Antibiotika spontan zurückgehen (2). Auch die Leitlinie der Fachgesellschaft sieht eine Antibiotikatherapie nur in besonderen Situationen vor (3). Da eine zu häufige und unnötige Therapie mit Antibiotika viel Geld kostet, die Antibiotika-Resistenz von Bakterien fördert, und bedenkliche unerwünschte Wirkungen haben kann, führten britische Praktische Ärzte (General practitioners) in Zusammenarbeit mit dem Department of Medicine der Universität Southampton eine randomisierte doppelblinde Therapiestudie durch, in der Patienten über 15 Jahre mit erstmaligen Symptomen und mindestens zwei der oben genannten klinischen Zeichen einer purulenten akuten Sinusitis maxillaris sieben Tage lang entweder dreimal 500 mg/d Ampicillin (A) oral oder Plazebo und einmal täglich intranasal entweder Budesonid (B) oder Plazebo anwenden sollten (4). Patienten mit schwereren Zweiterkrankungen, z.B. Diabetes mellitus, wurden nicht in die Studie eingeschlossen. Die Studie wurde mit Steuergeldern finanziert, die Medikamente wurden gekauft und nicht von Pharmafirmen zur Verfügung gestellt.

Insgesamt wurden 240 Patienten rekrutiert, von denen jeweils etwa ein Viertel mit Verum A plus Verum B, Verum A plus Plazebo B, Plazebo A plus Verum B oder zwei Plazebos behandelt wurde. Die Patienten wurden zwei Wochen lang telefonisch kontaktiert und mehrmals gebeten, in einem Fragebogen mit elf Symptomen und Zeichen den Schweregrad von 0 bis 6 anzugeben. Die Fragebögen wurden später eingesammelt und ausgewertet.

29% der mit Verum A behandelten und 33,6% der mit Plazebo A behandelten Patienten hatten zehn Tage nach Behandlungsbeginn noch deutliche Beschwerden. Der Unterschied war nicht signifikant. Für die topische Behandlung mit Budesonid

oder Plazebo war der Prozentsatz mit Beschwerden nach zehn Tagen in beiden Gruppen mit 31,4% gleich.

Es muss betont werden, dass es sich um Patienten in Praxen der Primärversorgung handelte und dass die Diagnose purulente Sinusitis maxillaris nicht durch Röntgen- oder CT-Aufnahmen oder durch Bakterienkulturen abgesichert war. Jedoch gibt es auch Studien aus HNO-Praxen mit gründlicherer prätherapeutischer Diagnostik, die zeigen, dass eine erstmalige akute purulente Sinusitis ohne Antibiotika in den meisten Fällen ebenso gut wie mit Antibiotika ausheilt. Die Behandlungsergebnisse mit anderen Antibiotika als Amoxicillin sind auch nicht signifikant besser.

Die Arbeit wird von M. Lindbaeck von der Universität Oslo kommentiert (5). Der Autor empfiehlt, nur Patienten mit dem beschriebenen Sinusitis-Syndrom, die ein deutliches allgemeines Krankheitsgefühl und oder Fieber haben, primär mit einem Antibiotikum zu behandeln. Bewährt habe sich auch die Messung des C-reaktiven Proteins (CRP). Man könne dem Patienten nach der Blutabnahme ein Antibiotikum verschreiben, am nächsten Tag mit dem Patienten telefonieren und ihm bei deutlich erhöhtem CRP die Einlösung des Rezepts und die Einnahme des Antibiotikums empfehlen. Auf diese Weise hat sich in einer Studie von Bjerrum et al. (6) der Prozentsatz der mit Antibiotika behandelten Patienten von 78% auf 59% reduzieren lassen.

Fazit: Bei Verdacht auf eine erstmalige akute purulente Sinusitis maxillaris ohne schwere Allgemeinsymptome erwies sich in einer Studie aus Großbritannien eine Behandlung mit Amoxicillin und/oder topisch appliziertem Budesonid einer Behandlung mit Plazebo nicht überlegen. Überflüssige Behandlungen mit Antibiotika sind teuer, erhöhen die allgemeine Antibiotika-Resistenz von Bakterien und können (wie eine indizierte Therapie) zu UAW führen. Adjuvante symptomatische Maßnahmen (Dekongestiva, Kochsalz-Lösung als Spray, Spülung oder Inhalation, Wärmeapplikation u.a.) helfen manchen Patienten, anderen jedoch nicht, haben aber keine ernststen Nebenwirkungen (3).

Literatur

1. Berg, O., und Carenfelt, C.: Acta Otolaryngol. 1988, **105**, 343.
2. Williams J.W. Jr., und Aguilar, C., et al.: Cochrane Database Syst. Rev. 2003; (2): CD 000243.

3. <http://www.uni-duesseldorf.de/awmf/II/017-049.htm#kap07>
4. Williamson, I.G., et al.: JAMA 2007, **298**, 2487.
5. Lindbaek, M.: JAMA 2007, **298**, 2543.
6. Bjerrum, L., et al.: Br. J. Gen. Pract. 2004, **54**, 659.