

Theodoros Skevas

Dr. med.

Funktionelle endonasale Nasennebenhöhlenoperation versus konservative medikamentöse Therapie bei Patienten mit chronischer Rhinosinusitis ohne Polyposis nasi – welche Therapie ist überlegen?

Promotionsfach: Hals-Nasen-Ohrenheilkunde

Doktorvater: Herr Prof. Dr. med. Ingo Baumann

Die CRS stellt einen multifaktoriellen inflammatorischen Prozess der Mukosa der Nase und der Nasennebenhöhlen dar und betrifft etwa 5-15% der Bevölkerung in Europa und den USA, so dass dieses Krankheitsbild bis an zweiter Stelle unter allen chronischen Erkrankungen rangiert. CRS hat nicht nur einen direkten negativen Einfluss auf das körperliche Wohlbefinden der Patienten durch die Beeinträchtigung der Nase und der benachbarten Organen sondern beeinflusst weitere Aspekte der Lebensqualität nämlich physische, funktionelle sowie psychologisch-emotionale und soziale. Zusätzlich stellt diese Erkrankung eine gravierende finanzielle Belastung für die Gesellschaft dar, im Sinne von direkten Kosten als auch von reduzierter Produktivität. Aus dieser Konstellation kann die Wichtigkeit der Suche nach der besten Therapie eindeutig abgeleitet werden.

CRSwoNP gilt, basierend auf unterschiedlichen histopathologischen und klinischen Verhaltenscharakteristika, als eine Untergruppe der CRS. Bisher liegt großer Mangel an hoher Evidenz vor und deswegen ist noch nicht geklärt, inwieweit Patienten mit CRSwoNP mehr von einer alleinigen konservativen medikamentösen Therapie oder von einer chirurgischen Therapie im Sinne von FESS mit anschließender Medikamententherapie profitieren. Wir führten eine prospektive, randomisierte, kontrollierte, offene Studie im Paralleldesign durch mit dem Ziel, durch die Erfassung klinischer Untersuchungsbefunde und des subjektiven Outcome eine Bewertung der Überlegenheit der einen oder anderen Therapieoption erlauben zu können. Weiterhin hat diese Studie als erste ausschließlich nur die CRSwoNP ins Auge gefasst. Eingeschlossen wurden Erwachsene ohne frühere FESS. Patienten sowohl des medikamentösen (n=17) als auch des chirurgischen Behandlungsarmes (n=22)

erhielten eine Antibiose mit Clindamycin für 10 Tage, ein systemisches Corticoid für drei Wochen und ein topisches Corticoid für 12 Wochen. Im chirurgischen Behandlungsarm erfolgte die FESS vor der Medikamentengabe. Untersuchungen wurden präoperativ sowie drei Monate nach Therapiebeginn durchgeführt. Zu allen Messzeitpunkten erfolgten neben der klinischen Untersuchung die Rhinomanometrie, der SCT- und Riech-Test, das Ausfüllen von Fragebögen bezüglich der Ressourcennutzung, der subjektiven Bewertung des Therapieerfolgs sowie Lebensqualitätsmessungen allgemein mit dem SF-36 und krankheitsspezifisch mit dem SNOT-20 GAV. Ein Pricktest zum Nachweis einer allergischen Prädisposition wurde ebenfalls bei der Rekrutierung durchgeführt.

Posttherapeutisch zeigte der klinische Befund, ermittelt durch den EAS, im medikamentösen Schenkel eine Verbesserung und im chirurgischen eine leichte Verschlechterung und der SCT-Test besserte sich in jeder Therapiegruppe. Diese Veränderungen innerhalb jeder Gruppe wie auch zwischen beiden Therapiearten konnten das Signifikanzniveau nicht erreichen. Die Veränderung des Riechvermögens ergab sowohl in jeder Gruppe als auch zwischen beiden Gruppen keine Unterschiede. Die Rhinomanometrie zeigte in der chirurgischen Gruppe eine signifikante Verbesserung bei fast allen Werten, im Gegensatz zu der Medikamentengruppe. Die Veränderung des nasalen Luftwiderstands war bei fast allen Werten signifikant besser zugunsten der operierten Patienten. Die krankheitsspezifische Lebensqualitätsmessung ergab signifikante Verbesserungen, wobei das Ausmaß bei den chirurgisch behandelten Patienten deutlich größer war. Der Benefit für die allgemeine Lebensqualität war weniger ausgeprägt mit einer Überlegenheit der Chirurgie nur beim Subscore der körperlichen Funktionsfähigkeit. Ein ähnliches Bild ebenfalls zugunsten der chirurgischen Modalität zeigte sich auch bei der Ressourcennutzung und den allgemeinen Fragen. Zuletzt hat das Vorliegen einer Allergie keinen Einfluss auf die Veränderung der krankheitsspezifischen Lebensqualität gezeigt.

Die klinischen Parameter haben sich in unserer Studie nicht als ausreichende Faktoren für die Beurteilung des Behandlungserfolgs beider Therapiearten bewährt. Im Gegensatz dazu zeigten die Lebensqualitätsmessungen und hauptsächlich die krankheitsspezifischen, dass die Patienten von der FESS mit der anschließenden medikamentösen Behandlung innerhalb der ersten drei Monate mehr als mit der alleinigen Medikamententherapie profitieren. Bisher existieren nur zwei weitere

Studien der gleichen Evidenzebene (Ib) wie unsere. Die Ergebnisse unserer Arbeit differenzieren sich von diesen beiden Studien, bei welchen sich eine optimale medikamentöse Therapie genauso effektiv wie FESS herausstellt. Weitere randomisierte und kontrollierte Studien mit einer längeren Nachbeobachtungszeit, möglichst standardisierten Operationsverfahren und einheitlichen Medikamentenschemata zum Vergleich dieser beiden Therapiemodalitäten werden benötigt, um sichere Aussagen über ihre therapeutische Wirksamkeit machen zu können. Zu diesem Zweck sollten künftig histologische, genetische and molekulare Marker in Studien mitintegriert und auch erforscht werden, ob die Ergebnisse der FESS durch eine konsequente medikamentöse Vorbehandlung weiterhin gebessert werden können.