

Weiter- und Fortbildung aus der Sicht des Nachwuchses

Kurzes Update zu Angina, Hörsturz und OSAS

Lea Wenger

Masterstudentin Humanmedizin Universität Bern

Viele Patientinnen und Patienten mit einer Erkrankung aus dem HNO-Bereich stellen sich als Erstes bei der Hausärztin vor. Daher ist es zentral, anhand der aktuellen Guidelines die Weichen für Diagnose und Therapie der HNO-Erkrankung bereits beim Grundversorger richtig zu stellen. Im Folgenden werden die neuen Guidelines bei den drei häufigen Krankheitsbildern Angina, Hörsturz und obstruktives Schlafapnoe-Syndrom (OSAS) besprochen, die durch Prof. Dr. Sandro Stöckli vom Kantonsspital St. Gallen am 3. Herbstkongress der SGAIM im September 2019 vorgestellt wurden.

Streptokokken-Angina

Die Angina tonsillaris ist eine akute Tonsillitis, die meist viral bedingt ist; nur in 15–30% bei Kindern bzw. 5–15% bei Erwachsenen wird sie durch Bakterien hervorgerufen [1]. Die Streptokokken-Angina wird durch beta-hämolisierende Streptokokken der Gruppe A verursacht und betrifft vor allem Kinder und Jugendliche. Die typische klinische Manifestation einer Streptokokken-Angina besteht aus geröteten und vergrößerten Tonsillen mit stippchenartigen, nicht-konfluierenden Belägen, Schluckschmerzen mit Ausstrahlung in die Ohren, Malaise und Fieber. Typischerweise fehlen katarrhalische Symptome. Falls bei einem Patienten mit akuten Halsschmerzen der Verdacht auf eine Streptokokken-Angina besteht, wird eine klinische

Untersuchung und anschliessend eine Erhebung des McIsaac-Scores zur Prädiktion von Gruppe-A-Streptokokken im Rachenabstrich durchgeführt (Tab. 1). Der McIsaac-Score entspricht dem früheren Centor-Score, berücksichtigt aber zusätzlich das Alter der Patientin, womit dem Aspekt Rechnung getragen wird, dass Kinder und Jugendliche eine höhere Wahrscheinlichkeit haben, an einer Streptokokken-Angina zu erkranken.

Festlegung des Prozedere anhand des McIsaac-Scores

Anhand des McIsaac-Scores wird das weitere Prozedere festgelegt (Abb. 1): Bei einem McIsaac-Score von 0–2 entfällt der Rachenabstrich und der Patient wird symptomatisch behandelt. Wenn der McIsaac-Score ≥ 3 beträgt, wird ein Rachenabstrich mit einem Streptokokken-Schnelltest durchgeführt. Bei Fehlen von Red Flags kommen sowohl bei einem negativen wie auch bei einem positiven Streptokokken-Schnelltest primär keine Antibiotika zum Einsatz. Hierbei ist es wichtig, die Patientin darüber aufzuklären, dass eine Antibiotikatherapie die Symptombdauer maximal um einen Tag vermindert und Komplikationen nicht verhindert. Zudem wird bei positivem Rachenabstrich ein Follow-up der Symptome nach 48–72 Stunden empfohlen, damit bei Persistenz der Symptome allenfalls mit einer verzögerten antibiotischen Therapie gestartet werden kann. Im Falle eines positiven Streptokokken-Schnelltests bei gleichzeitigem Vorhandensein von Red Flags können Antibiotika in Betracht gezogen werden.

Tabelle 1: McIsaac-Score zur Vorhersage von Gruppe A-Streptokokken im Rachenabstrich.

Patient mit Halsschmerzen. Die Punktzahl folgender Symptome ist zu berechnen:		Wahrscheinlichkeit eines positiven Rachenabstrichs nach McIsaac-Score
Kriterium	Punkte	
Fieber >38°C	1 Punkt	McIsaac-Score 1 → 5–10%
Tonsillen-Rötung und Beläge	1 Punkt	McIsaac-Score 2 → 11–17%
Zervikale Lymphadenopathie	1 Punkt	
Kein Husten	1 Punkt	McIsaac-Score 3 → 28–35%
Alter 3–14 Jahre	1 Punkt	
Alter 15–44 Jahre	0 Punkte	McIsaac-Score 4 oder 5 → 51–53%
Alter 45 Jahre oder mehr	-1 Punkt	

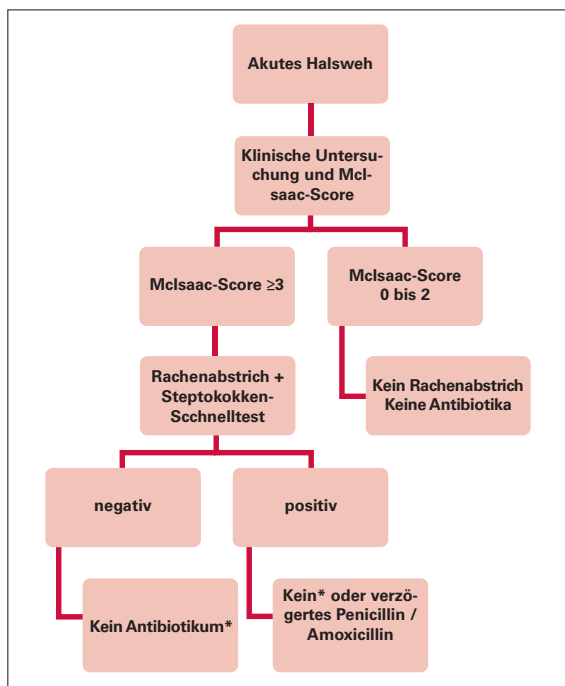


Abbildung 1: Abklärungsalgorithmus bei Verdacht auf Streptokokken-Angina. * Ausnahmen: Red Flag-Kriterien.

Red Flags bei Streptokokken-Angina

Red Flags für eine Evaluation des Patienten und eine allfällige sofortige Antibiotikatherapie bei Streptokokken-Angina sind folgende Kriterien:

- Kleinkinder, Alter >65 Jahre oder signifikante Komorbiditäten.
- Schwer kranke Patienten, oder Patienten unter Immunsuppression.
- Ungewöhnlicher Verlauf: Zunahme oder keine Besserung der Symptome nach Erstkonsultation.
- Streng einseitige Beschwerden oder Befunde sowie Berührungsschmerz des Halses auf der Seite als mögliche Hinweise auf einen Peritonsillarabszess.
- Akutes rheumatisches Fieber in der persönlichen oder Familienanamnese.
- Verdacht auf Scharlach (feinfleckiges makulopapulöses Exanthem, «Erdbeerzunge»).

Hörsturz (Sudden Sensorineural Hearing Loss)

Ein Hörsturz ist eine plötzlich auftretende Schallempfindungsschwerhörigkeit cochleärer Genese ohne erkennbare Ursache. Der Hörsturz tritt in der Regel einseitig auf und ist charakterisiert durch einen Hörverlust von mindestens 30 Dezibel in mindestens drei Frequenzen innerhalb von drei Tagen [2]. Die Schallempfindungsschwerhörigkeit kann unterschiedliche Schweregrade bis hin zur Ertaubung aufweisen und zusätzlich von Schwindel und Tinnitus begleitet sein. Bei der Abklärung eines Hörsturzes sollte als erstes die Differenzierung zwischen Schalleitungs- und Schallempfindungsstörung mittels Stimmgabeltests nach Rinne und Weber erfolgen. Beim Hörsturz ist eine Lateralisierung des Weber-Tests in das gesunde Ohr sowie ein positiver Rinne-Test festzustellen.

Abklärungen beim Hörsturz

Gemäss den *Clinical Practice Guidelines* von Chandrasekhar et al. [3] sind folgende Abklärungen bei einem Hörsturz indiziert:

- Stimmgabelprüfung zum Ausschluss einer Schalleitungsstörung;
- Assessment von Faktoren, die eine rasche Therapie erforderlich machen wie ein bilateraler Hörsturz;
- Assessment von Hinweisen auf eine retrocochleäre Pathologie wie rezidivierende Hörsturz-Episoden,
- Abklärung von fokalneurologischen Defiziten.

Dos and Don'ts beim Hörsturz

In den neuen Guidelines [3] wird zudem im Verlauf die Durchführung einer MRT-Untersuchung empfohlen, um eine retrocochleäre Pathologie bzw. ein Vestibularisschwannom auszuschliessen, das sich in Form eines Hörsturzes erstmanifestieren kann. Weiterhin ist die Patientenedukation über die ungeklärte Pathogenese des idiopathischen Hörsturzes und die Abwesenheit einer medikamentösen Therapie zentral. Als optionale Abklärung wird eine Audiometrie im Verlauf empfohlen. In der Schweiz erfolgt bei Verdacht auf Hörsturz in der Regel eine Zuweisung für eine audiologische Testung an eine Fachärztin für ORL. Grundsätzlich besteht die Empfehlung zur initialen Therapie mit Corticosteroiden innert zwei Wochen nach Beginn der Symptomatik, jedoch hat ein Hörsturz eine sehr hohe Spontanheilungsrate. Bei Persistenz des Hörsturzes nach einer Woche unter Corticosteroid-Therapie kann eine intratympanische Steroidtherapie in Erwägung gezogen werden. Auf ein Schädel-CT, Laboruntersuchungen oder eine me-

Tabelle 2: Abklärungen beim Hörsturz nach den *Clinical Practical Guidelines* von Chandrasekhar et al. [3]

Empfohlene Abklärungen	Optionale Abklärungen	Nicht empfohlene Abklärungen
<ul style="list-style-type: none"> • Rinne- und Weber-Test • Erheben von Red-Flag-Kriterien: bilateraler Hörsturz, rezidivierende Hörsturz-Episoden, fokalneurologische Defizite • MRI Kleinhirnbrückenwinkel zum Ausschluss einer retrocochleären Pathologie • Patientenedukation 	<ul style="list-style-type: none"> • Audiometrie • Initiale Gabe von Corticosteroiden • Intratympanische Steroide 	<ul style="list-style-type: none"> • Schädel-CT • Labor: CRP, Leukozyten, virale Serologien • Verschreibung von Virostatika, Thrombolytika, vasodilatatorische oder vasoaktive Substanzen

dikamentöse Therapie mit Virostatika, Thrombolytika oder vasoaktiven Substanzen sollte gemäss den Guidelines hingegen verzichtet werden.

Obstruktives Schlafapnoe-Syndrom (OSAS)

Das obstruktive Schlafapnoe-Syndrom (OSAS) ist eine intermittierende komplette oder partielle Obstruktion der oberen Atemwege im Schlaf mit daraus resultierender Einschränkung der Atmung. In der Schweiz betrifft das OSAS rund 1 bis 4% der Bevölkerung [4]. Das OSAS manifestiert sich klinisch mit Symptomen wie Schnarchen, Atemaussetzern mit sogenannten *Arousal*s im Schlaf, Tagesschläfrigkeit und Aufmerksamkeitsstörungen. Im Verlauf kann das OSAS unter anderem zu arterieller Hypertonie und Rechtsherzbelastung führen, daher sind eine zuverlässige Diagnosestellung und adäquate Therapie unerlässlich. Als kausale Therapie ist bei Erstdiagnose im Erwachsenenalter oft eine Gewichtsreduktion indiziert. Der Goldstandard in der Therapie des OSAS ist die nächtliche nasale Beatmung mit kontinuierlichem Überdruck durch ein CPAP (*continuous positive airway pressure*)-Gerät, das jedoch eine unbefriedigende Langzeitakzeptanz von nur 50–70% aufweist [5].

Hypoglossus-Schrittmacher

Eine neue Alternative zur CPAP-Therapie beim OSAS ist die Implantation eines Hypoglossus-Schrittmachers, der aus einem Neurostimulator und einem Sensor im Interkostalraum, der die Inspiration registriert, besteht. Bei der Inspiration wird der für die Protrusion der Zunge verantwortliche Ast des Nervus hypoglossus elektrisch stimuliert, so dass bei protrahierter Zunge der pharyngeale Kollaps verhindert werden kann. Indikationen für einen Hypoglossus-Schrittmacher sind ein BMI <35 kg/m², ein pharyngealer anteroposteriorer Kollaps in der Schlafendoskopie sowie Status nach CPAP-Versuch. Mit der Hypoglossus-Schrittmachertherapie konnten bei korrekter Selektion der Patienten signifikante und langanhaltende Verbesserungen des Apnoe-Hypopnoe-Index sowie eine hohe Patientenzufriedenheit erzielt werden [6].

Korrespondenz:
Dr. med. Nadja Pecinska
Managing Editorin
Primary and Hospital Care
EMH Schweizerischer
Ärzteverlag
Farnsburgerstrasse 8
CH-4132 Muttenz
office[at]primary-hospital-
care.ch

Literatur

- Hofmann Y, Berger H, Wingeier B, Huber B, Boggian K, Hug-Batschelet H, Rosamilia C, Mosimann P, Bielicki J, Horvath L, Hotz MA, Dettwiler A, Avoledo P, Rowedder A, Hasse B, Posfay-Barbe K, Senn L, Tarr P. Zeit für einen Paradigmenwechsel: Behandlung der Streptokokken-Angina. *Swiss Med Forum*. 2019;19(29–30):481–88.
- National Institute on Deafness and Other Communication Disorders (NIDCD): <https://www.nidcd.nih.gov/health/sudden-deafness>, zuletzt aufgerufen am 10.11.2019.
- Chandrasekhar SS, Tsai Do BS, Schwartz SR, Bontempo LJ, Faucett EA, Finestone SA, Hollingsworth DB, Kelley DM, Kmucha ST, Moonis G, Poling GL, Roberts JK, Stachler RJ, Zeitler DM, Corrigan MD, Nnacheta LC, Satterfield L. Clinical Practice Guideline: Sudden Hearing Loss (Update). *Otolaryngol Head Neck Surg*. 2019 Aug;161(1_suppl): S1–S45.
- Maspero C, Giannini L, Galbiati G, Rosso G, Farronato G. Obstructive sleep apnea syndrome: a literature review. *Minerva Stomatol*. 2015 Apr;64(2):97–109.
- McArdle N, Devereux G, Heidarnejad H, Engleman HM, Mackay TW, Douglas NJ. Long-term use of CPAP therapy for sleep apnea/hypopnea syndrome. *Am J Respir Crit Care Med*. 1999 Apr;159(4 Pt 1):1108–14.
- Boon M, Huntley C, Steffen A, Maurer JT, Sommer JU, Schwab R, Thaler E, Soose R, Chou C, Strollo P, Kezirian EJ, Chia S, Withrow K, Weidenbecher M, Strohl K, Doghramji K, Hofauer B, Heiser C; ADHERE Registry Investigators. Upper Airway Stimulation for Obstructive Sleep Apnea: Results from the ADHERE Registry. *Otolaryngol Head Neck Surg*. 2018 Aug;159(2):379–85.

Das Wichtigste für die Praxis

- Falls der bei Verdacht auf Streptokokken-Angina durchgeführte **Mclsaac-Score** ≥ 3 beträgt, empfiehlt sich die Durchführung eines Rachenabstriches mit Streptokokken-Schnelltest. Eine Antibiotikatherapie ist nur bei einem positiven Streptokokken-Schnelltest bei gleichzeitigem Vorhandensein von Red Flags indiziert, oder verzögert nach 48–72 Stunden bei fehlender Besserung der Symptomatik.
- Im Rahmen der Abklärung eines Hörsturzes ist die Stimmgabelprüfung nach Rinne und Weber zum Ausschluss einer Schallleitungsstörung zentral. Therapeutisch werden orale Corticosteroide, bei ausbleibender Erholung des Gehörs intratympanale Steroide empfohlen.
- Patienten mit OSAS werden primär mit einer CPAP-Maske versorgt. Bei Therapieversagen kann die Implantation eines Hypoglossus-Schrittmachers evaluiert werden.