

Sitzungsprotokoll zur Jahrestagung der Arbeitsgemeinschaft Olfaktologie/Gustologie der Deutschen Gesellschaft für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde, Kopf- und Halschirurgie

download des Protokolls unter http://www.tu-dresden.de/medkhno/riechen_schmecken/protokoll_ArGe_LU_lang.pdf

Tagungsort: Hörsaal des Städtischen Klinikums Ludwigshafen

Datum: 6./7.12.2003

Teilnehmerzahl: 40

Vorsitzender: Prof. Dr. med. K.-B. Hüttenbrink

Protokoll: PD Dr. med. T. Hummel (thummel@rcs.urz.tu-dresden.de)

Nach einer Begrüßung durch Herrn PD Dr. Delank (Ludwigshafen) und Prof. Dr. Hüttenbrink (Dresden) begannen Herr Dr. Förster (Jena) und Herr PD Dr. Damm (Köln) damit, die jüngste Überarbeitung der Leitlinien zur Diagnostik und Therapie von Riech- und Schmeckstörungen vorzustellen (eine aktuelle Version des Entwurfs zu den Leitlinien findet sich unter http://www.tu-dresden.de/medkhno/riechen_schmecken/leitlinien.htm).

Herr Hüttenbrink stellte bei den **Leitlinien zu Riechstörungen** die Frage, ob in der Basisdiagnostik eine orientierende überschwellige Schmeckprüfung nur dann gemacht werden sollte, wenn nicht eine offensichtlich sinunasale Ursache vorliegt. PD Dr. Hummel (Dresden) warf ein, dass die meisten Patienten sich mit der Beschwerde vorstellten, nichts schmecken zu können. Herr Delank warf ein, dass eine Schmeckstörung mit einer sehr hohen Zuverlässigkeit mit der Frage erkannt werden kann, ob der Patient süß, sauer, salzig und bitter schmecken würde. Herr Dr. Fikentscher (Magdeburg) wandte ein, dass man eine Schmeckprüfung nicht auslassen sollte. Es bildete sich eine Übereinkunft dahin, dass die orientierende Schmeckprüfung dann erfolgen sollte, wenn nicht eine offensichtlich sinunasale Ursache vorliegt.

Herr Delank meinte, dass nicht die gesamte Riechspalte eingesehen werden kann, es sei denn man verfügt über ein dünnes, flexibles Endoskop. Herr Hüttenbrink wandte ein, dass die Formulierung *Beurteilung der Riechspalte* offen genug sei. Herr Damm stellte fest, dass kein weiterer Diskussionsbedarf zum Thema *Basisdiagnostik* vorhanden ist.

Herr PD Dr. Muttray (Mainz) bemerkte, dass bei der Riechtestung das Wort *differenziert* herausgenommen werden sollte und dass nur noch stehen sollte: *Riechprüfung mit validiertem Test*. Herr Wolfensberger warf ein, dass die 50. Perzentile willkürlich gewählt ist. Herr Förster entgegnete, dass dieses konservative Kriterium notwendig ist, um auch Hyposmiker mit erfassen zu können. Herr Muttray stellt fest, dass die Formulierung *Auch bei einem normalen Testergebnis im 12- oder 16-Identifikationstest kann eine Riechstörung vorliegen (normal \geq 50. Perzentile der entsprechenden normalriechenden Altersgruppe)* missverständlich ist. Herr Förster stellte fest, dass diese Formulierung geändert werden muss. Außerdem stellt Herr Förster fest, dass die Ausführungen zur Testung ohne weitere Diskussion angenommen wurden.

Herr Dr. Stuck (Mannheim) wandte ein, dass formale Kriterien notwendig sind, um zwischen *entzündlichen* und *nicht-entzündlichen* Ursachen sinusnasaler Riechstörungen zu unterscheiden. Herr Damm entgegnete, dass ein Teil dieser Fragen in andere, bereits existierende Arbeitsgruppen zu diesen Fragen verlagert werden sollte, die wesentlich effizienter Schemata zur Diagnostik von entzündlichen oder nicht-entzündlichen Erkrankungen erarbeitet haben. Das sei nicht unbedingt Aufgabe der ArGe Olfaktologie/Gustologie. Herr Wolfensberger meinte, dass diese detaillierte Angabe nicht Aufgabe der ArGe ist, sondern dass sich die ArGe spezifisch mit Riechstörungen beschäftigen sollte. Herr Prof. Dr. Seeber (Dessau) meinte, dass statt dem Begriff *posttraumatische Nasenstenosen* der Begriff *posttraumatische Nasenveränderung* verwendet werden sollte. Das wurde als guter Einwand empfunden. Auch hinsichtlich der Therapie der nicht-entzündlich bedingten, sinusnasalen Riechstörungen soll auf die entsprechende ArGe verwiesen werden.

Zu den nicht-sinunalen Ursachen merkte Herr Muttray als Arbeitsmediziner an, dass einige Formulierungen in den Ausführungen nicht besonders glücklich seien und dass teilweise die Literatur nicht absolut zutreffend sei bzw. dass es hier bessere Vorschläge gäbe. Herr Muttray erklärte sich dazu bereit, diese Textstellen zu überarbeiten, was allgemein begrüßt wurde. Dr. Heilmann (Gera) wendet ein, dass unmittelbar nach einem Schädeltrauma eine Behandlung mit systemischen Corticoiden möglicherweise sinnvoll sein könnte. Da es dazu primär keine entsprechenden Veröffentlichungen gäbe, wurde allgemein befunden, dass diese Behandlung nicht sinnvoll sei. Herr Stuck bemerkte, dass die Formulierung 'keine spezifische Therapie' zu endgültig sei; einen Therapieversuch sollte man nicht ausschließen. Herr Wolfensberger und Herr Damm schlugen die Formulierung vor: 'keine validierten Therapieansätze'. Ausserdem sollte 'Doxycyclin' allgemeiner durch den Begriff 'Antibiotika' ersetzt werden bzw. gestrichen werden.

Herr Seeber fragte Herrn Muttray, inwieweit bei toxisch bedingten Riechstörungen immer ein Neurologe hinzugezogen werden sollte. Herr Hüttenbrink schlug vor, hier einzusetzen 'Ausschluss zentralnervöser Ursachen'. Man einigte sich auf die Formulierung 'Bei begründetem Verdacht: Ausschluss zentralnervöser Ursachen'.

Bei den 'anderen Ursachen' wollte Herr Förster diskutieren, ob ein Neurologe mit hinzugezogen werden soll. Herr Muttray argumentierte, dass das nicht notwendig sei. Herr Hüttenbrink meinte, dass man trotzdem den Neurologen hinzusehen lassen sollte, um die Diagnose abzusichern. Herr Dr. Just (Rostock) gab zu bedenken, man sollte den Neurologen nur dann konsultieren, wenn im MRT ein auffälliger Befund vorhanden sei. Herr Damm fragte, ob das MRT wegen der Kosten unterbleiben sollte. Herr Hüttenbrink fand, man sollte schreiben 'Neurologe, ggf. MRT'. Herr Gudziol fand, das MRT müsse bleiben, was auch Herr Damm bestätigte.

Bei den **Leitlinien zu den Schmeckstörungen** fand Herr Gudziol, das Wort 'orientierend' sollte in Zusammenhang mit der Riechprüfung gestrichen werden. Diese Meinung wurde von der ArGe geteilt. Zu der Diagnostik bei Schmeckstörungen wendete Herr Muttray ein, man sollte bei den Beispielen zur Diagnostik das Wort 'Blutzucker' streichen und statt dessen 'Diabetes-Diagnostik' schreiben, um hier vorzubeugen, dass nicht nur ein einmaliger Blutzuckerwert bestimmt wird. Herr Gudziol meinte, dass die Formulierung sehr offen sei; trotzdem wäre es sinnvoll diese Beispiele anzugeben. Allgemein fand man allerdings, dass die konkreten Beispiele zur Diagnostik gestrichen werden sollten. Ansonsten kamen keine weiteren Anmerkungen zu den Leitlinien.

Herr Haberland berichtete über seine Untersuchungen mit den **Schmeckstreifen** an gesunden Probanden. Es zeigte sich eine signifikante Altersabhängigkeit bei einer insgesamt sehr guten Praktikabilität. Er schlug vor, den Test dann abzubrechen, wenn alle niedrigen Konzentrationen bereits geschmeckt würden. Herr Wolfensberger merkte an, dass die Untersuchung nicht in einem 'forced choice' Design durchgeführt wurde. Herr Gudziol berichtete über die Ergebnisse eines Schmecktests nach der **3-Tropfen-Methode** von Henkin. Als Fragen an die Arbeitsgemeinschaft berichtete Herr Gudziol, dass man sich, bevor man sich über ein standardisiertes Verfahren zur Schmecktestung Gedanken macht, man sich Gedanken machen muß, was überhaupt gemessen werden soll, z.B. Erkennungsschwellen, Wahrnehmungsschwellen oder Intensitätsschätzungen. Herr Just berichtete über Messungen zur **Kontaktendoskopie**, die zeigten, dass die Dichte der Schmeckknospen nicht gut mit der Schmeckempfindlichkeit korreliert. Herr Dr. Bischoff (Halle) erzählte über eine **elektronische Nase**, mit der Düfte erkannt werden können. Damit können z.B. auch in der Atemluft enthaltene Gase erkannt werden, es kann zur Qualitätssicherung eingesetzt werden u.a.m. Dr. Frasnelli (Dresden) berichtete über eine Untersuchung zur **Lebensqualität** bei Patienten mit Riechstörungen, die deutlich beeinträchtigt ist.

Am Abend fand eine sehr beeindruckende Führung durch das Werksgelände von BASF statt, in der die gigantischen Dimensionen der Firma zur Geltung kamen. Daran anschließend lud Herr Delank zu einem genussvollen und anregenden Ereignis ein ? ein exzellentes 3-gängiges Menü im Gästehaus der BASF.

Unter Leitung von Herrn Wolfensberger begann Frau Dr. Welge-Luessen (Basel) am Samstag mit einem Vortrag zur **Lebensqualität** bei Patienten mit Riechstörungen, die ebenfalls, wie auch schon die Untersuchung von Herrn Frasnelli, zeigte, dass Patienten mit Riechstörungen auch unter einer Minderung

der Lebensqualität leiden. Herr Delank erzählte von Schmeckstörungen bei Patienten mit **Ohrerkrankungen**, bei denen postoperativ die Schmeckstörungen zunehmen, was aber subjektiv kaum beklagt wird. Herr Dr. Landis (Genf) stellte fest, dass Patienten mit **Polyposis nasi** Duftreize besser bei retronasaler Reizdarbietung im Vergleich zur orthonasalen Reizung wahrnehmen. Herr Muttray sprach über **Riechbonbons**. Dieses Verfahren zur Ermittlung des Riechvermögens hängt von einer Reihe von Faktoren ab (z.B. Geschlecht, Rauchen), und scheint vor allem zum einfachen Screening der Riechfunktion geeignet zu sein; keine Rolle zu spielen schienen in dieser Untersuchung der "Body-Mass-Index", die Tätigkeit, die Ausbildung, die subjektive Nasenatmung oder die subjektive Vigilanz. Herr Dr. Stefan Heilmann (Dresden) berichtete über Unterschiede zwischen der **ortho- und retronasalen Riechwahrnehmung**, die sich sowohl in den Intensitätsschätzungen als auch in Messungen mithilfe der funktionellen MRT zeigten. Herr Hummel stellte Ergebnisse dar, in denen anhand einer Stichprobengröße von mehr als 3200 gesunden Probanden eine **Neuberechnung der Normwerte für die "Sniffiní Sticks"** stattfand. Als eines der Hauptergebnisse zeigte sich, dass als Grenzwert für die Diagnose "Hyposmie" nach wie vor ein SDI-Wert von 30 gilt.

Unter Vorsitz von Herrn Gudziol stellte Herr Stuck Ergebnisse einer doppelblinden, placebo-kontrollierten Untersuchung an Patienten mit **saisonalen allergischer Rhinitis** vor, deren Riechvermögen sich unter Gabe von Mometason besserte; unter Placebo fand sich hingegen eine leichte Erhöhung der Riechschwelle. Herr Dr. Pfaar (Dresden) berichtete über eine Untersuchung an Patienten vor und nach **Septumplastik**, bei denen sich keine Änderung des Riechvermögens im Vergleich zu den Ausgangswerten 9 Monate nach Operation zeigte. Drei Monate nach der OP war allerdings bei der Diskrimination von Gerüchen eine signifikante Abnahme des Riechvermögens zu berichten. Herr Damm warf hier ein, dass bei Septumplastik mit partieller Streifen-Conchotomie ein Risiko für eine komplette Anosmie bei etwa 1 Prozent liegt. Herr Hüttenbrink plädierte hier aber noch einmal dafür, dass bei isolierter Septumplastik eine generelle Aufklärung der Patienten nicht unbedingt notwendig sei. Herr Dr. Abolmaali (Frankfurt) berichtete über eine Untersuchung, in der das **Volumen der Bulbus olfactorius** bei Patienten mit M. Parkinson untersucht wurde. Hier konnte, obwohl, kein Unterschied zwischen Gesunden und Patienten gesehen wurde, festgestellt werden, dass es sich bei der Volumetrie des B. olfactorius um ein reliables Verfahren handelt und dass Seitenunterschiede dahingehend vorzuliegen scheinen, dass der Bulbus auf der rechten Seite größer ist als auf der linken Seite. Herr Dr. Knecht (Dresden) erzählte über Ableitungen von **Schleimhautpotentialen** als Antwort auf trigeminale Reizung, die darauf hinweisen, dass sich im Bereich der Regio olfactoria eine erhöhte Dichte von trigeminalen Rezeptoren findet.

Nach der Kaffeepause berichtete Herr Hummel über Normwerte zu den **Schmeckstreifen**, die in einer Untersuchung an ca. 200 gesunden Probanden gewonnen worden waren. Die Schmeckstreifen wurden hier im forced-choice Verfahren angewendet. Die 10. Perzentile der Gruppe gesunder 18-40 jähriger lag bei links- und rechtsseitiger Anwendung bei 16, bei lateralisierter Anwendung bei 8. Diese Werte können also für die nähere Zukunft als Trennwerte zwischen Normogeusie und Hypogeusie angesehen werden. Hinsichtlich **epidemiologischer Aspekte** berichtete Herr Hummel von einer Untersuchung an 730 Patienten, die sich in der Poliklinik der Univ. HNO-Klinik Dresden vorstellten und bei denen eine lateralisierte Riechtestung durchgeführt worden war. Die Ergebnisse zeigten u.a., dass die subjektive Einschätzung des Riechvermögens nicht zuverlässig ist, dass die größten Seitenunterschiede bei Gesunden aufzufinden sind, und dass bei Gesunden ein Seitenunterschied von 2 Punkten im Identifikationstest noch als normal anzusehen ist.

Daran schloss sich eine Diskussion um die **Nomenklatur bei Riechstörungen** an. Herr Gudziol und Herr Fikentscher meinten, die frühere Definition der DDR-Arbeitsgruppe Olfaktologie/Gustologie hätte so gelautet, dass mit dem Begriff "Phantosmie" psychiatrische Krankheitsbilder gemeint seien. Herr Hummel meinte, man solle sich in der Nomenklatur an internationalen Standards orientieren ? hier würde eine Parosmie die qualitative Veränderung einer Riechwahrnehmung in Anwesenheit einer Riechquelle bedeuten, wohingegen die Phantosmie die Wahrnehmung von Reicheindrücken in Abwesenheit einer Riechquelle bedeuten würde. Um auch psychiatrische Krankheitsbilder hier mit einzuschliessen, einigte man sich nach einem Vorschlag von Hüttenbrink darauf, die Phantosmie zusätzlich zu unterteilen in

Illusion und Halluzination. Diese Details sollen bei einem Treffen eines kleinen Arbeitskreises im Februar diesen Jahres in Köln besprochen werden.

Hier wurde festgestellt, dass ein Konsens innerhalb der ArGe zu den Leitlinien für Riechstörungen besteht; die Leitlinien zu Schmeckstörungen sollen bis zur Tagung der Deutschen HNO Gesellschaft entsprechend der Diskussion überarbeitet werden.

Die **Wahl des Vorstandes** verkomplizierte sich dadurch, dass Herr Prof. Kobal (Richmond) nicht anwesend war. Nach einer längeren Diskussion wurde ein Vorratsbeschluss gefasst dahingehend, dass Herr Kobal als stellvertretender Vorsitzender gewählt wurde (2 Gegenstimmen, 2 Enthaltungen). Herr Kobal sollte demnächst hinsichtlich seiner Kandidatur befragt werden. Sollte er diese Kandidatur ablehnen, würde ein bereits gewählter Kandidat an seiner statt in den Vorstand aufgenommen.

Vorgeschlagen wurde als Vorsitzender Herr Hüttenbrink, als Stellvertreter Frau Welge-Luessen, sowie Herr Gudziol. Als Ersatz-Kandidaten für Herrn Kobal wurden die Herren Seeber und Delank vorgeschlagen. Frau Hauswald wurde als Schriftführerin vorgeschlagen. Die anschließende Wahl erbrachte folgende Ergebnisse:

Vorsitzender: Prof. Hüttenbrink (überwiegende Mehrheit Ja-Stimmen, 1 Enthaltung)

Schriftführer: Dr. Hauswald (überwiegende Mehrheit Ja-Stimmen, 1 Enthaltung)

Stellvertreter: Dr. Welge-Luessen (überwiegende Mehrheit Ja-Stimmen, 1 Enthaltung), Prof. Gudziol (überwiegende Mehrheit Ja-Stimmen, 1 Enthaltung);

Stellvertreter für Herrn Kobal: PD Dr. Delank (überwiegende Mehrheit Ja-Stimmen, 1 Enthaltung), Dr. Seeber (9 Enthaltungen, 1 Ja-Stimme). Sollte Herr Kobal sich nicht zur Wahl stellen, würde Herr Delank als Stellvertreter nachrücken.

Frau Dr. Hauswald (Dresden) berichtete über **Fallbeispiele** aus der Riechsprechstunde z.B. von Patienten mit Phantosmie im Rahmen einer Epilepsie des Temporallappens oder einer Hypogeusie im Rahmen einer multiplen Sklerose. Über den "**Tunneleffekt**" wurde von Dr. Seeber berichtet; hier änderte sich das Riechvermögen in Abhängigkeit von der körperlichen Belastung. Herr Roth (Dresden) erzählte von einer Untersuchung zur Funktion von **Taurin** im Bulbus olfactorius bzw. im olfaktorischen Epithel der Maus; hier wurden im Besonderen der Wildtyp und die Taurin-Knockout-Maus untersucht. Die Ergebnisse deuteten darauf hin, dass sich bei Taurin-KOs Hitzeschock-Proteine als Anzeichen für Zellstress vermehrt im Bulbus olfactorius finden. Darüber hinaus fanden sich Hinweise darauf, dass bei den KOs die Regeneration von olfaktorischen Rezeptorneuronen verändert zu sein scheint. Im Anschluss daran trug Frau Valder (Bonn) zur **Bestimmung von Duftstoffen** in Duftstoffgemischen am Beispiel des ost- bzw. westaustralischen Sandelholzes vor.

Abschließend bedankte sich Herr Hüttenbrink bei den Anwesenden für ihr zahlreiches Erscheinen und die aktive Teilnahme, sowie bei Herrn Delank für die Organisation der Tagung. Herr Delank bedankte sich seinerseits bei der Arbeitsgemeinschaft Olfaktologie und Gustologie, Ludwigshafen als Tagungsort gewählt zu haben und beendete das Treffen.