

Arbeitsgemeinschaft Olfaktologie/Gustologie

der Deutschen Gesellschaft für Hals-Nasen-Ohren-
Heilkunde, Kopf- und Halschirurgie



Dresden, den 5. Dezember 2001
Fetscherstraße 74,
01307 Dresden
Prof. Hüttenbrink(0351) 458-4420
Sekretariat(0351) 458-2224
Fax(0351) 458-4326

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

Tagungsort: Universitäts-HNO Klinik, AKH, Wien (Hörsaal 8J)

Datum: 30.11.01, 14.00, bis 1.12.01, 15.30 Uhr

Teilnehmerzahl: 38

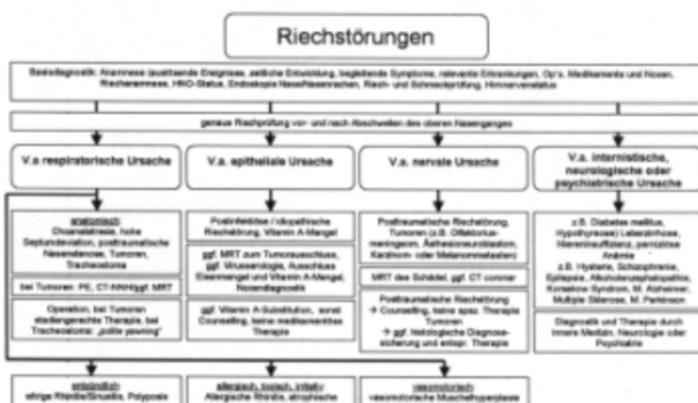
Vorsitzender: Prof. Dr.med. K.-B. Hüttenbrink

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

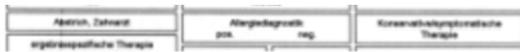
Nach einer Begrüßung durch Prof. Ehrenberger (Wien) und Prof. Hüttenbrink (Dresden) begann die Sitzung der ArGe Olfaktologie / Gustologie mit einer Diskussion der **Leitlinien Riech- und Schmeckstörungen**, wie sie von der Deutschen Gesellschaft für HNO-Heilkunde, Kopf- und Halschirurgie veröffentlicht wurden.

Herr Dr. Förster (Jena) stellte eine Anpassung der Leitlinien vor (s. Abbildung; bisher gültige Version s. <http://www.hno.org/leitl.htm>), die in Zusammenarbeit mit Prof. Gudziol (Jena) ausgearbeitet worden war.

In der Diskussion gab Herr Dr. Muttray (Mainz) zu bedenken, dass aufgrund seiner Erfahrungen der Arbeitsanamnese ein größeres Gewicht gegeben werden sollte. Herr Dr. Temmel (Wien) bemängelte, dass in der Basisdiagnostik die Anwendung eines bildgebenden Verfahrens nicht vorgesehen sei. Diese Bildgebung sei, seiner Erfahrung nach, bei einem Großteil der Patienten in jedem Fall wünschenswert, sei es, dass die Patienten zu einer Operation der Nasennebenhöhlen vorgesehen würden, wobei immer ein CT der NNH notwendig wäre, sei es, dass bei den Patienten eine cerebrale Raumforderung (z.B. Olfaktoriusmeningeom), Infarzierung oder Blutung ausgeschlossen werden sollte. Außerdem könnte mit einem CT der Schwellungszustand der Schleimhaut im Bereich der Riechspalte bzw. die mechanische Verlegung der Riechspalte dokumentiert werden. Diese Einwände wurden allerdings, wie Herr Hüttenbrink betonte, v.a. wegen des juristisch verpflichtenden Charakters der Leitlinien in Frage gestellt. In dem Zusammenhang gab Dr. Hummel (Dresden) zu bedenken, dass z.B. bei Patienten mit postviraler Riechstörung, bei denen der Zusammenhang zwischen Infekt der oberen Atemwege und Auftreten der Riechstörung anamnestisch als gesichert gelten könnte, ein CT in der Regel nicht notwendig sei. Auch Herr Dr. Moll (Mainz) pflichtete der Ansicht bei, dass bei eindeutiger Anamnese eine Bildgebung nicht notwendig sei.



Dr. Schmitz (Dresden) meinte, dass eine Testung des Riechvermögens vor und nach Abschwellen der Schleimhaut zu zeitaufwendig sei und schlug vor, ein solches Vorgehen evtl. nur dann zu wählen, wenn sich in der vor und nach Abschwellen durchgeführten Rhinomanometrie Hinweise auf das Vorliegen einer deutlichen Schleimhautschwellungen ergeben hätten. Diese Ansicht wurde auch von Dr. Welge-Luessen (Basel) und Dr. Hauswald (Dresden) geteilt.



Dabei gab Prof. Mlynski (Greifswald) zu bedenken, dass eine Testung des Riechvermögens in einem zeitlichen Abstand

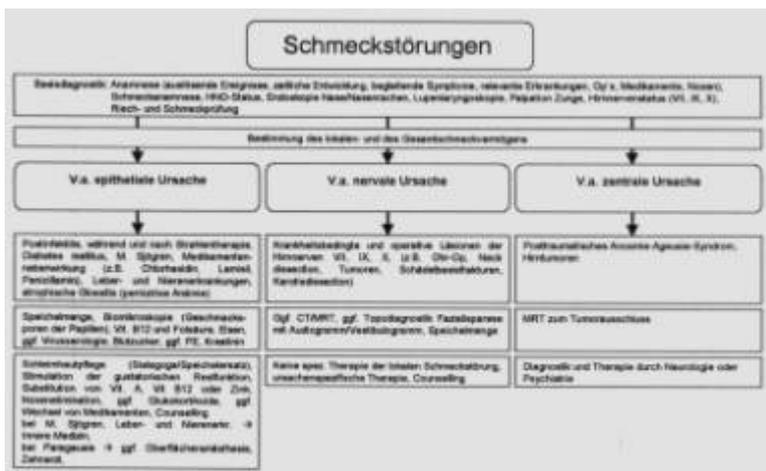
von wenigstens 10 min zur Applikation des schleimhautabschwellenden Mittels geschehen sollte.

Hinsichtlich der Riechprüfung entstand eine Diskussion, ob die Riechprüfung *Ñquantitativ* (Welge-Luessen, Hummel), *Ñausführlich*, *Ñdetailliert* oder *Ñvalidiert* (Schmitz) sein sollte. Nach einiger Diskussion einigte man sich darauf, eine *ÑScreening* Untersuchung in den Basisuntersuchungsteil mitaufzunehmen, wie von Dr. Heilmann (Dresden) und Herrn Förster angeregt wurde. Damit wäre der Begriff *Ñquantitative* Riechtestung, wie sie im Verlauf der weiteren Untersuchung des Patienten entsprechend der Leitlinien gefordert wird, automatisch von *ÑScreening*-Verfahren unterschieden, die ebenfalls quantitativ sein können (z.B. Zürcher Riechtest oder 12er Screening Test mit *ÑSniffiní Sticks*), aber zur detaillierten Diagnostik einer Riechstörung nicht ausreichen.

Bei der Einteilung der Riechstörungen in Riechstörungen respiratorischer, epithelialer, nervaler sowie anderer Ursache gab es weitere Diskussionen. U.a. schlug Frau Welge-Luessen vor, die Riechstörungen primär anhand der anamnestischen Angaben der Patienten sowie der endoskopischen Befunde einzuteilen. Diese Einteilung sei praxisnah, hätte sich darüber hinaus international bewährt und sei gewissermaßen eine bereits etablierte Einteilung der Ätiologie der Riechstörungen. Herr Dr. Wöllmer (Hamburg) gab zu bedenken, dass eine Einteilung der Riechstörungen in Leitungs- und Empfindungsstörungen in Analogie zu den Hörstörungen eine griffige Einteilung darstellen würden. Die darauf hin entstehende Diskussion fasste Herr Gudziol so zusammen, dass die Einteilung anhand der anamnestischen Angaben sowie der HNO-ärztlichen Untersuchung den Leitlinien zugrunde gelegt werden sollte.

Herr Gudziol gab aber auch zu bedenken, dass letztlich über jede Zeile der vorgestellten Leitlinien extensiv diskutiert werden könnte/sollte, dass diese Diskussion in gewisser Hinsicht aber auch den Rahmen des Treffens der ArGe Olfaktologie/Gustologie sprengen würde. Er schlug vor, die Leitlinien im Sinne der stattgefundenen Diskussion anzupassen, mit einzelnen Mitgliedern der ArGe evtl. bei einem persönlichen Treffen zu besprechen und dann, nach Diskussion mit Herrn Hüttenbrink, eine etwas weiter fortgeschrittene Version ins Internet zu stellen (unter <http://www.tu-dresden.de/medkhno/leitlinien.htm>), um so eine breite Diskussion der veränderten Leitlinien zu ermöglichen. Ideal wäre es, diese Leitlinien bis zum HNO Kongress in Baden-Baden fertig gestellt zu haben.

Anschließend stellte Herr Förster die **Leitlinien für Schmeckstörungen** vor (s. Abbildung; bisher gültige Version s. <http://www.hno.org/leitl.htm>).



Hier entspann sich für die Testung des Schmeckvermögens eine ähnliche Diskussion wie bei den Leitlinien für Riechstörungen (s.o.). Herr Hüttenbrink sagte, dass quantitative Schmeckprüfungen mit in die Leitlinien aufgenommen werden sollten. Herr Hummel gab zu bedenken, dass eine quantitative Schmecktestung nicht gefordert werden könne, da ein Schmecktest nicht kommerziell angeboten würde. Demgegenüber meinte Herr Dr. Haberland (Halle), dass mit der Elektrogustometrie und der Verwendung

von Schmecklösungen sehr wohl reproduzierbare Verfahren zur Untersuchung des Schmeckvermögens zur Verfügung stehen würden. Her Hummel meinte, dass die Rezeptur zur Herstellung der Lösungen zur Schmecktestung im Internet veröffentlicht werden sollten (unter <http://www.tu-dresden.de/medkhno/schmecktestung.htm>), so dass in Zukunft jeder Interessierte Schmeckstörungen mit einer gleichartigen Methodik untersuchen könne. Herr Dr. Just (Rostock) meinte, dass auch morphologische Untersuchungen mit in die Leitlinien *ÑSchmeckstörungen* aufgenommen werden sollten, insbesondere die Beschreibung einer Papillenatrophie. Schließlich meinte Herr Gudziol, die modifizierten Leitlinien für Schmeckstörungen sollten noch einmal, analog zu dem Vorgehen für Riechstörungen (s.o.), überarbeitet werden.

Im Anschluss daran stellte Herr Gudziol Vorschläge für die **Rehabilitation von Patienten mit Riech- und Schmeckstörungen** vor. Bei der Beratung sollte der Arzt Einfühlvermögen beweisen und helfen, individuelle Bewältigungsstrategien aufzubauen. Einer unwissenschaftlichen Ursachenerklärung sollte entgegengetreten werden, da die Bewältigung der Erkrankung umso besser gelinge, je größer die Akzeptanz der Erkrankung ist. Der Patient sollte darauf hingewiesen werden, dass seine Probleme nicht einzigartig seien und sein Leidensdruck in gewisser Weise normal sei. Er sollte dazu angehalten werden, über die Probleme mit seinem Partner, oder, wenn möglich, in einer Selbsthilfegruppe zu sprechen und letztlich versuchen, der Situation etwas Gutes abzugewinnen. Hinsichtlich praktischer Hinweise im Umgang mit Riech- und Schmeckstörungen sollten die Patienten darauf hingewiesen werden, das Kaufdatum eines Nahrungsmittels auf der Verpackung zu notieren, die Lebensmittel optimal zu lagern, vor dem Verzehr wenigstens eine visuelle Kontrolle vorzunehmen und Lebensmittel im Zweifel auch zu verwerfen. Bei der Zubereitung von Speisen sollte darauf geachtet werden, die Würzung so weit wie möglich nach Rezept und Waage vorzunehmen und zu versuchen, gustatorische und trigeminale Restfunktionen optimal zu nutzen. Hinsichtlich der Hygiene sollten Patienten darauf hingewiesen werden, Körperpflege, Wäschewechsel, Haustierhygiene u.a. nach Zeitplan vorzunehmen, oder nach Möglichkeit eine Leihnase zu nutzen (z.B. bei der Auswahl und Dosierung von Parfümen). Wegen Brandgefahr sollten im Haushalt brennende Kerzen oder die Anwendung von Gas vermieden und brennbare Flüssigkeiten etikettiert werden. Auf das Anbringen von Rauchdetektoren sollte eindringlich hingewiesen werden.

Ähnliches stellte Herr Gudziol für Schmeckstörungen dar. Er wies u.a. darauf hin, dass Speisen Nolfaktorisch gewürzt und nach Möglichkeit trigeminale Funktionen durch Würzmittel angesprochen werden sollten. Außerdem sollten die Patienten darauf aufmerksam gemacht werden, dass das Auge ja auch mitessen würde. Man sollte sich beim Genießen des Essens Zeit lassen und auf das Ambiente achten, um so nicht zum frustrierten Esser bzw. zum NVerweigerer zu werden. Eine NFreude am Essen sei auch bei Anosmikern oder Ageusikern erreichbar im Umkehrschluss könne eine Äußerung von Gutachten-Patienten in dieser Richtung nicht als Argument gegen das Vorliegen einer Riech- oder Schmeckstörung verwendet werden.

Herr Gudziol meinte, dass mit diesen Hinweisen die Lebensgewohnheiten der meisten Patienten stabil bleiben würden, und die meisten Patienten mit diesen Strategien keine Ernährungsprobleme hätten. Frau Dr. Hauswald (Dresden) meinte, diese Empfehlungen seien als Richtlinie wünschenswert und es wäre schön, wenn diese Empfehlungen den Patienten in schriftlicher Form mitgegeben bzw. wenn diese Empfehlungen im Internet veröffentlicht werden könnten (bisher unter <http://www.hno.org/patient/riechen.html>). Herr Gudziol meinte, eine Anpassung der gegenwärtigen Patienteninformationen sei geplant. Frau Welge-Luessen sprach die Thematik der Umschulungsempfehlungen an. Herr Gudziol meinte, das müsste im Einzelfall betrachtet werden. Beispielsweise sei ein anosmischer Gasmonteur wenig gefährdet, weil er das Auftreten von Lecks mithilfe eines blasenbildenden Sprays entdecken würde. Auch würden viele Köche nach wie vor Speisen nach Rezeptur (NStandard Operating Procedure) zubereiten können. Herr Dr. Muttray (Mainz) meinte, wenn der Patient einverstanden sei, so sollte der Betriebsarzt zu Rate gezogen werden. In vielen Fällen könnte durch arbeitsorganisatorische Maßnahmen eine eventuelle Gefährdung durch die Anosmie beseitigt bzw. ausgeschlossen werden. Anders sei ihm z.B. der Fall eines Technikers bekannt, der einen Brand im Cockpit aufgrund einer Anosmie nicht erkannt hätte.

Im Rahmen des Berichtes der **Arbeitsgruppe Epidemiologie** berichtete Herr Konnerth (Dresden) von einer Untersuchung des Riechvermögens an 1240 Patienten der Poliklinik der Universitäts-HNO Klinik Dresden. Unter anderem zeigte die Untersuchung, dass Patienten mit Perforation des Septums, Patienten mit Schleimhautveränderungen, Polyposis nasi oder einer chronischen Nasennebenhöhlenentzündung waren mit einer signifikanten Reduktion der Identifikation von Gerüchen verbunden (im Rahmen des 16er Identifikationstests mit den NSniffiní Sticks) aufwiesen. Außerdem zeigte sich ein umso schlechteres Riechvermögen, je mehr Medikamente die Patienten einnahmen. Insgesamt hatten 2.8% der Untersuchten ein stark gestörtes Riechvermögen. In der Diskussion wurde erneut deutlich gemacht, dass epidemiologische Untersuchungen, in denen ein tatsächlich repräsentatives Ergebnis hinsichtlich der Prävalenz von Riechstörungen erzielt wird, aufgrund der Selektion der Probanden nur sehr schwer möglich sind.

In den darauf folgenden Vorträgen wurden eine Reihe interessanter Vorträge zu den Themen NRhinitis und Riechwahrnehmung, NInternistische Erkrankungen und Riechvermögen, sowie NVNO,

Trigeminus und Nasendurchblutung vorgestellt. Unter anderem berichtete Herr Prof. Mlynski (Greifswald) über strömungsdynamische Aspekte der respiratorischen Dysosmie, Herr Muttray erzählte über Riechstörungen, die durch Schweißbrauche ausgelöst wurden, Herr Dr. Müller (Erlangen/Wien) erzählte von Riechstörungen in Zusammenhang mit HIV-Infektionen, Frau Dr. Pabinger (Wien) berichtete von Riechstörungen im Rahmen der Galaktosämie, Frau Wieser (Wien) erzählte von Riechstörungen in Zusammenhang mit Nierendysfunktionen, Herr Knecht berichtete von Untersuchungen zur Funktionalität des menschlichen VNO, Herr Dr. Frasnelli (Dresden) erzählte von Untersuchungen zum Verhalten trigeminal evozierter Potentiale in Abhängigkeit von Reizdauer und Reizintensität, und Herr Dr. Pfaar (Dresden) trug über reizinduzierte Veränderungen des Blutflusses in der Nasenschleimhaut vor.

Nach einem stimmungsreichen Spaziergang durch den **Christkindlmarkt im alten AKH** (mit Glühwein!) fand das gemeinsame **Abendessen** im Gasthof **Universitätsbräu** auf Einladung der Firma BYK statt. Bei herzhaftem, bodenständigem Essen und entsprechenden Getränken entspannen sich bei lockerer Atmosphäre eine Vielzahl von interessanten Gesprächen, in denen bestehende Freundschaften vertieft und neue gegründet, sowie eine Reihe an Kooperationen in die Wege geleitet wurden.

Am nächsten Morgen stellte Herr Wöllmer einen Übersichtsvortrag zum Thema **Dein Riechen der unbekannte Sinn** zur Diskussion. Dieser reichhaltig bebilderte und kurzweilige Vortrag wird demnächst veröffentlicht und soll damit der Öffentlichkeit und im Speziellen auch Mitgliedern der ArGe Olfaktologie/Gustologie zur Verfügung gestellt werden.

Im Bericht der **Arbeitsgruppe Therapiestudien** wurden Ergebnisse zur Frage der Therapieerfolgen bei unverbundener Anwendung von systemischen und lokalen Corticosteroiden vorgestellt, d.h. die Ergebnisse der offenen Therapiestudie s. http://www.tu-dresden.de/medkhno/AG_12_00.html#ther). Herr Hummel berichtete von Daten, die zunächst in Dresden erhoben worden wären. Daten aus Rostock, die ebenfalls vorlägen, waren noch nicht in diese Zwischenauswertung einbezogen worden. Insgesamt wurden 35 Patienten vor und nach systemischer Anwendung von Corticosteroiden getestet. Die Ursachen der Riechstörung der getesteten Patienten wurden folgendermaßen gelistet: postvirale n=1, respiratorisch-entzündlich - n=7, posttraumatisch - n=1, andere - n=2, idiopathisch - n=24. Es ließ sich ein signifikanter Effekt der Therapie ($F[1,34]=13.67$, $p=0.001$) nachweisen, der gleichmäßig für Schwelle, Diskrimination und Identifikation von Gerüchen nachweisbar war. Die lokale Gabe von Corticosteroiden wurde an 37 Patienten untersucht. Die Ursachen der Riechstörung wurden hier folgendermaßen angegeben: respiratorisch-entzündlich - n=10, posttraumatisch - n=5, andere - n=3, idiopathisch - n=19. Ein Effekt der Therapie war interessanterweise nur bei anosmischen Patienten (n=14) ($F[1,13]=5.20$, $p=0.04$) nachzuweisen, nicht bei hyposmischen Patienten. Interessanterweise zeigte sich bei der Gruppe der anosmischen Patienten auch eine negative Korrelation zwischen Krankheitsdauer und Besserung ($r_{13}=-0.72$, $p=0.005$), d.h., je länger die Erkrankungsdauer war, desto geringer war die unter lokalen Corticosteroiden erreichte Besserung. Herr Hüttenbrink wies angesichts dieser Daten noch einmal darauf hin, dass möglichst viele der beteiligten Kliniken ihre Daten baldmöglichst nach Dresden schicken sollten, um die Fallanzahl zu erhöhen.

Herr Temmel berichtete im Anschluss daran an den Stand der Dinge hinsichtlich der doppelblinden Untersuchung zur **Wirkung des Caroverins bei Riechstörungen**. Diese Untersuchung soll in wenigen Monaten anlaufen neben Wien werden sich noch die Kliniken in Dresden und Omaha, Nebraska, USA, an der Untersuchung beteiligen.

Schließlich berichtete Herr Heilmann von vorläufigen Ergebnissen zur **Untersuchung der alpha-Liponsäure im Rahmen einer Anwendungsbeobachtung** an 23 Patienten mit postviralen Riechstörungen. Die alpha-Liponsäure wird in großem Umfang bei diabetischer Neuropathie eingesetzt, die Wirkung ist im Tiermodell gut untersucht und lässt sich u.a. zurückführen auf die Stimulation der Freisetzung von NGF (Nerve Growth Factor), eine Verbesserung von Nervenleitgeschwindigkeit und Mikrozirkulation sowie eine

neuroprotektive Wirkung. alpha-Liponsäure führte zu einer signifikanten Verbesserung des SDI-Wertes (t-test: $t=3.52$, $Fg=22$, $p=0.002$), wobei es bei 6 Patienten (26%) zu einer

leichten Verschlechterung kam, bei 10 Patienten (43%) zu einer leichten Verbesserung und bei 7 Patienten (30%) zu einer deutlichen Besserung, wobei als deutliche Besserung bzw. Verschlechterung eine

Veränderung des SDI-Wertes um mehr als 5 Punkte gewertet wurde. Herr Heilmann betonte aber, dass die beobachtete Verbesserung des SDI-Wertes von spontanen Remissionen im Verlauf der Erkrankung nicht zu trennen sind und dass letztlich nur eine doppelblinde, placebokontrollierte Studie diese Frage klären kann wobei der entsprechende Ethik-Antrag zu diese Studie in Dresden bereits eingereicht wurde. Außerdem wird sich noch Basel an dieser Untersuchung beteiligen.

Danach erfolgten wissenschaftliche Beiträge zu den Themen **ÑKlinik und Therapie von Störungen des Riechvermögens**, der **Ñhormonellen Beeinflussung des Riechvermögens** sowie zum Thema **ÑSchmecken**. Hier berichteten u.a. Dr. Landis (Genf) von der Eigeneinschätzungen der Geruchsleistung durch Patienten, Frau Hauswald und Herr Schmitz stellten Fälle aus der Riechsprechstunde vor, Herr Temmel berichtete über das Esthesioneuroblastom als therapeutische Herausforderung, Frau Welge-Luessen erzählte von der Beeinträchtigung des Riechvermögens durch Lokalanästhetika, Herr Hummel trug zu M. Parkinson als möglicher Ursache Ñidiopathischer Riechstörungen vor, und Herr Gudziol berichtete vom Habitationsverhalten von Riechfolgeraktionen. Bei den hormonellen Störungen kamen der Diabetes mellitus (Dr. Schickinger-Fischer, Wien), die Hypothyreose (Dr. Toth, Wien) und Veränderungen des Geschlechtshormonhaushaltes (Frau Stiasny, Wien) zur Sprache. Zum Thema **ÑSchmecken** berichtete Dr. Just (Rostock) von Veränderungen des Schmeckvermögens nach Mittelohroperationen, Dr. Haberland zu Ergebnissen der Elektrogustometrie an einer großen Anzahl gesunder Probanden und schließlich Frau Edlmann zur Analyse von Tanninen mithilfe der IR-Spektroskopie.

Unter dem Punkt **ÑVerschiedenes** erinnerte Herr Hüttenbrink daran, dass bei der nächsten Tagung der Deutschen HNO Gesellschaft in Baden-Baden wieder der mit 500 € dotierte Förderpreis Chemosensorik für den interessantesten Vortrag dieses Treffens vergeben werden sollte, wobei der Preisträger wiederum vom Präsidium bestimmt wird. Der Preis wird dieses Jahr freundlicherweise von der Firma Burghart, Wedel, gestiftet. Außerdem rückte er den Stellenwert der Untersuchungen zur Therapie von Riechstörungen noch einmal in den Vordergrund des Interesses der ArGe Olfaktologie/Gustologie. Abschließend dankte Herr Hüttenbrink stellvertretend für alle Teilnehmer Herrn Temmel und seinen Mitstreitern für die gelungene Organisation dieses Treffens der ArGe Olfaktologie und Gustologie. Mit einem geführten Spaziergang durch die Wiener Innenstadt, bei der dankenswerterweise die Firma AstraZeneca als Sponsor auftrat, wurde die Veranstaltung zu einem gelungenen Ende geführt

Dresden, den 03.12.2001

Protokollführer: PD Dr. Dr. med. Thomas Hummel

Protokoll siehe auch unter http://www.tu-dresden.de/medkhno/AG_12_01.htm
