

# Eine Köchin riecht kaum noch etwas



„Ich denke bei Frau G. an eine postinfektiöse Riechstörung“

**BESONDERS** Köche, Sommeliers oder Parfumeure sind auf eine exzellente Funktion von Riechen und Schmecken angewiesen. Daher verstehe ich die Verzweiflung von Frau G. und frage zunächst nach, ob auch ihr Geschmackssinn betroffen ist, was die Patientin verneint. Süß, sauer, salzig und bitter würde sie noch schmecken. Wichtig ist nun eine genaue Anamnese, die Stürze, chronische Exposition gegenüber Verdünnungsmitteln, Medikation und Operationen im Bereich der Nase berücksichtigt. Da bei Frau G. andere Ursachen



Dr. Christian Quint

FA f. HNO-Heilkunde und Phoniatrie, Wien  
www.hno-quint.com

ausscheiden, denke ich bei ihr an eine postinfektiöse Riechstörung. Häufig beschreiben die Patienten einen besonders heftigen Infekt, nach dessen Abklingen Kaffee, Gewürze und Parfum nicht mehr wahrgenommen werden können. Ich beruhige meine Patientin und erkläre ihr, dass die Erholung einer solchen Hyposmie nach viralen Infekten des Respirationstraktes schon einmal ein Jahr oder länger in Anspruch nehmen kann. „Kann denn auch das Antidepressivum an meinen Beschwerden schuld sein?“, fragt Frau G. Diese Frage bejahe ich. Medikamente können den olfaktorischen Sinn beeinflussen. In solchen Fällen nützt ein Absetzen oder Ändern der Medikation.

Zur weiteren Abklärung sollte eine Testung des Riechens am besten mittels „Sniffin’ Sticks“ durchgeführt werden. Das sind Filzstifte, die mit Geruchsstofflösungen befüllt sind und eine quantitative und qualitative Aussage erlauben. Weiters sollte ein Zink- oder B-Vitamin-Mangel ausgeschlossen werden. An bildgebenden Verfahren sollte ein CT oder MRT des Frontalhirns und der Nasennebenhöhlen durchgeführt werden. Eine chronische Sinusitis mit Verlegung der Rima olfactoria, aber auch Tumoren der vorderen Schädelgrube können so ausgeschlossen werden. Als Medikation erhält Frau G. von mir ein Kortikoid-Nasenspray sowie ein Vitamin-B-Komplex-Präparat.

„Auch manche Antidepressiva gelten als seltene Ursache der Hyposmie“

**AUS DER KURZEN** Anamnese von Frau G. lässt sich auf die Diagnose einer Hyposmie schließen. Zu eruieren wäre auch, ob die Patientin raucht, Alkohol konsumiert und/oder vasokonstriktische Nasensprays verwendet. Auch die Frage und Testung einer allergischen Genese sollte routinemäßig durchgeführt werden. Da für mehr als 50% der Riechstörungen eine Entzündung im sinunasalen Bereich ursächlich ist, sollte eine endoskopische Untersuchung der Nase durchgeführt werden. Häufige Erkältungskrankheiten können zu einer chronischen Veränderung der Nasenschleimhaut führen. Zu den Therapieoptionen zählen Antiallergika, cortisonhaltige Na-



Prim. Dr. Helmut Schaller

Leiter der HNO-Abteilung, A. ö. Bezirkskrankenhaus Lienz

senssprays – je nach Schweregrad einer Polyposis – systemische Glukokortikoid-Gabe, Antibiotika bei chronisch-putriden Entzündungen sowie eine operative Sanierung von entzündlich- und/oder anatomisch-obliterierenden Prozessen (nach vorheriger Anfertigung einer CT der Nasennebenhöhlen). Deutlich seltener ist eine viral induzierte olfaktorische Degeneration. Hier eignen sich sog. „Sniffin’ Sticks“ (Riechstifte zur Identifikation alltäglicher Gerüche) zur quantitativen Analyse. Therapieversuche mit Zinkpräparaten, Vitamin B, lokaler oder systemischer Cortisonapplikation haben zwar in den meisten Studien keinen eindeutigen Benefit gezeigt, in diesem Fall (die Patientin ist Köchin) würde ich jedoch keine Therapieoption auslassen. Eine vollständige oder teilweise Spontanremission ist in 30% der Fälle innerhalb eines

Jahres zu erwarten. Geruchsstraining ist nachweislich förderlich, dies gilt auch für die idiopathische Geruchsstörung. Ergänzend hole ich die Konsultation eines Neurologen (oder Psychiaters) ein, denn neben der Depression selbst gelten auch manche Antidepressiva (z.B. Amitriptylin) als seltene Ursache der Hyposmie. Eine Therapiemodifikation wäre durchzuführen. Dem Neurologen obliegt auch die Diagnostik neurodegenerativer Erkrankungen wie M. Parkinson oder Demenz vom Alzheimer-Typ, deren Früherkennungssymptom eine Geruchsstörung sein kann. Diagnostisch setze ich auch hier „Sniffin’ Sticks“ ein. Ergänzend zum Blutbild ist der laborchemische Ausschluss einer Eisenmangelanämie, eines Vitamin-B12- und Folsäure-Mangels sowie einer Dysregulation des weiblichen Hormonstatus sinnvoll.

**Der Fall.** Sichtlich verzweifelt schildert Frau G. (42 J, Köchin) Ihnen an diesem Morgen ihre Beschwerden: „Seit 1 Monat rieche ich kaum mehr etwas. Nicht mal mehr frisch gebrühten Kaffee oder wenn etwas in der Küche anbrennt. Zuerst dachte ich, dass es noch eine Nachwirkung von der Grippe sei, die mich vor 2 Monaten erwischt hat. Aber das müsste doch langsam besser werden, oder?“ Sie erfahren weiter, dass Frau G. diesen Winter **auffallend oft krank** war. Neben privaten Problemen stieg die Arbeitsbelastung im letzten halben Jahr massiv an, da ein Arbeitskollege in **Langzeitkrankenstand** gehen musste. Daraufhin erhielt sie vor ca. 3 Monaten ein **Antidepressivum**, welches sie soweit gut vertrage. Klinisch können Sie keine Auffälligkeiten finden. RR 130/80mmHg, P 70, Temp. 36,5°C, Cor +Pulmo: unauff. BB: bland. Wie gehen Sie weiter vor? Welche Differentialdiagnosen ziehen Sie in Betracht?

„Bislang gibt es keine in Studien nachgewiesene wirksame Therapie“

**DER VORLIEGENDE FALL** ist typisch für die sogenannte postinfektiöse Anosmie. Patienten beschreiben den durchgemachten Infekt meist als „schwer“ oder „schwerer“ als gewöhnlich. Frauen sind von dieser Problematik häufiger als Männer betroffen, die Riechstörung tritt zumeist zwischen der 4. und 7. Lebensdekade auf. Die Patienten suchen die Arztpraxis in der Regel verspätet auf, da eine spontane Besserung des Geruchssinns erwartet wird. Die exakten pathophysiologischen Mechanismen sind, wie auch die auslösenden Viren selbst, bislang nicht bekannt. Ein Zusammenhang mit Infekten durch Rhino-, Influenza- und Parainfluenzaviren ist jedoch wahrscheinlich.

Für die Diagnose einer postinfektiösen Anosmie ist die Anamnese von großer Bedeutung, der zeitliche Zusammenhang mit dem Infekt ist immer gegeben! In einzelnen Fällen wird dieser im Patientengespräch aber erst auf Nachfrage klar. Nach Abklingen des Infektes gibt es kein beschwerdefreies Intervall! Differentialdiagnostisch sollten Traumata, medikamentös-toxische Ursachen und Operationen im Bereich der Nase/Riechspalte ausgeschlossen werden. Diagnostisch sind die vordere und hintere Rhinoskopie bzw. Nasendoskopie mit Abschwellung indiziert. Mögliche Ursachen wie Polypen oder das Vorliegen einer sinunasalen Dysosmie können damit ausgeschlossen werden. In der Regel ist die endoskopische Untersuchung unauffällig! Weiterführend



Dr. Angel Lopez

FA f. HNO-Heilkunde, Medical examiner of divers, flugmedizinisch zertifizierter HNO-FA, Wien  
www.nasendoktor.at

kommt eine differenzierte Riechtestung (z.B. mit „Sniffin’ Sticks“) zur Anwendung. Fehlt ein eindeutiger zeitlicher Zusammenhang mit einem durchgemachten Infekt, sollte die Diagnose „postinfektiöse Anosmie“ hinterfragt werden und eine Bildgebung zum Ausschluss einer intrakraniellen Pathologie veranlasst werden! Hinsichtlich der Prognose unserer Patientin kann gesagt werden, dass je jünger ein Patient ist, desto höher die Wahrscheinlichkeit für eine Besserung/Remission ist. Aus

der Literatur zeigt sich, dass innerhalb eines Jahres nach Auftreten der Riechstörung bei 47% der unter 40-jährigen, aber nur 7% der über 70-jährigen Patienten eine Besserung eintritt. Bislang gibt es keine in Studien nachgewiesene wirksame Therapie! Neben einem Aufklärungsgespräch mit den Patienten setze ich einen intranasalen Steroidspray (z.B. Mometason 2x2 Hübe für 4 Wochen) im Sinne eines Behandlungsversuches ein und kontrolliere meine Patienten nach 4 Wochen.

**Noch lange volle Leistung bringen**

Mit Power gegen erhöhtes LDL

Rosuvastatin ratiopharm ist gleichwertig zu Crestor und ab 1. Mai in der Grünen Box verfügbar.

Als Filmtablette in sechs Dosierungen von 5 bis 40 mg und zum Flatprice.

10 mg Filmtablette  
20 mg Filmtablette  
30 mg Filmtablette

PREPAREZPREPARAT CRESTOR  
Grüne Box ab 1. Mai 2019  
10, 20 und 40 mg mit Beistabette

FT in 5, 10, 15, 20, 30 und 40 mg