Steroide und Ginkgo bei postinfektiösen Riechstörungen

Eine virale Entzündung der oberen Atemwege kann zu anhaltenden Geruchseinschränkungen führen. In einer Studie wurde der Behandlungseffekt von Prednison mit einer Prednison-Ginkgo-biloba-Kombination verglichen.

An einer südkoreanischen Studie nahmen 71 Patienten (51 Frauen und 20 Männer, Durchschnittsalter 53 Jahre) teil, die eine Geruchsstörung unmittelbar im Anschluss an eine Erkältung mit Beteiligung der oberen Atemwege festgestellt hatten. Die Riechstörungen bestanden im Mittel bereits 3,5 Monate vor Studienbeginn. Ausgeschlossen waren Patienten mit akuter Rhinitis, akuter oder chronischer Sinusitis, allergischer Rhinitis, Schädelhirntrauma in der Anamnese, gleichzeitiger mentaler Einschränkung oder zuvor erfolgter Behandlung mit Steroiden.

28 Studienteilnehmer erhielten für zwei Wochen oral Prednison (30 mg in den ersten drei Tagen, danach absteigende Dosierung); 43 Patienten wurden mit Prednison und zusätzlich Ginkgo biloba in einer Dosierung von 8 mg dreimal täglich für vier Wochen eingestellt. Alle Patienten setzten täglich zweimal einen Nasenspray mit Mometasonfuroat ein.

Sowohl im Schwellentest mit Butanol (Butanol Threshold Test, BTT) als auch im Identifizierungstest mit dem Cross-Cultural Smell Identification Test (CCSIT, zwölf Geruchssorten) ergaben sich nach vier Wochen in beiden Gruppen

signifikante Verbesserungen. Der BTT-Score war in der Prednison-Gruppe um 1,4 und in der Prednison-Ginkgo-biloba-Gruppe um 2,2 Punkte angestiegen. Analog nahm der CCSIT um 0,9 Punkte beziehungsweise um 1,9 Punkte zu.

Der Anteil der Patienten, die sich in den Geruchstest-Scores um mindestens drei Punkte verbesserten (definiert als Ansprechen auf die Behandlung) betrug beim BTT 32% nach Monotherapie und 37% nach der Kombinationstherapie. Die Ansprechrate im CCSIT lag im Monotherapie-Arm bei 14% und in der Kombinationstherapie-Gruppe bei 33%. Der Unterschied in der Geruchsidentifizierung mit $p = 0,08$ verfehlte knapp die Signifikanzgrenze zugunsten der Kombinationstherapie

Fazit: In der vorliegenden klinischen Studie zeigte sowohl die Therapie mit Prednison als auch die Therapie mit einer Kombination aus Prednison und Ginkgo biloba bei postviralen Riechstörungen deutliche Behandlungseffekte. Die Kombinationstherapie schnitt dabei im Trend besser ab. **af**

Seo BS et al. Treatment of postviral olfactory loss with glucocorticoids, Ginkgo biloba, and mometasone nasal spray. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg* 2009; 135: 1000–4

Kommentar

In der AWMF-S2-Leitlinie „Riechstörungen“ der Deutschen Gesellschaft für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde, Kopf- und Halschirurgie werden Therapieoptionen bei postviralen Riechstörungen gegeben.

Validierte Therapieansätze fehlen bisher. Es wird zu Behandlungsversuchen z.B. mit Kortikosteroiden (systemisch oder lokal), Vitamin B6, Vitamin B12, Antibiotika, Akupunktur, alpha-Liponsäure und Beratungsgesprächen geraten. Ob ein „Riechtraining“ auch bei postviralen Riechstörungen helfen kann, wird gegenwärtig untersucht.

Zahlreiche klinische Studien haben bisher versucht, die Wirksamkeit von Ginkgo-Präparaten zu erbringen. Neben positiven Resultaten gibt es je nach Indikation immer wieder ernüchternde Ergebnisse. Die Wirkung des Phytopharmakons basiert z.B. bei dem Trockenextrakt auf den Inhaltsstoffen Flavonolglykoside, Terpenlactone, Ginkgolide, Bilobalid und Ginkgolsäure. Es wird eine Steigerung der Hypoxietoleranz und Durchblutungsförderung von Nerven- und Hirngewebe, eine Inaktivierung toxischer Sauerstoffradikale sowie eine Hemmung der Thrombozytenaggregation angenommen. Wegen der neuroprotektiven Wirkung wird Ginkgo z.B. bei Tinnitus, hirnorganisch bedingten Leistungsstörungen, dementiellen Erkrankungen wie dem M. Alzheimer, Gedächtnisschwäche und peripheren Durchblutungsstörungen angewendet.

Wegen des geringen Risikos zu erwartender negativer Nebenwirkungen werde ich das Ergebnis der Studie als Anregung bei der Behandlung meiner Patienten berücksichtigen.

Umstrittener Ginkgo: Verbessert er den Effekt von Prednison bei Riechstörungen?

Prof. Dr. med. Hans Behrbohm,
Park-Klinik Weißensee,
Berlin