

Störungen des Geruchssinnes und des Schmeckens – Anosmie und Dysgeusie

von Peter Launhardt

Beeinträchtigungen des Geruchs- und des Geschmacksinns können sehr verschiedenen Ursachen haben, die nicht immer leicht zu erkennen sind. Wie können Riechstörungen und Schmeckstörungen entstehen, welche unterschiedlichen Formen gibt es und wie stellen sich die therapeutischen Möglichkeiten – insbesondere bei den symptomatischen Folgen nach einer Infektion – dar?

Das Riechen und Schmecken sind bedeutende Sinnesfähigkeiten

Jeder Mensch hat schon unzählige Erfahrungen – angenehme wie unangenehme – mit dem Riechen und Schmecken gemacht. Es sind wichtige Sinnesfähigkeiten, die uns im Alltag gute Dienste leisten und uns meist gar nicht so sehr bewusst sind. Erst wenn es zu Veränderungen der Geruchs- und Geschmackswahrnehmung kommt, bemerken wir, wie bedeutend diese Fähigkeiten unseres hochentwickelten Nervensystems für uns sind.

Der Geruchssinn wie auch der Geschmackssinn sind beide durch ihre anatomischen und physiologischen Ähnlichkeiten sowie ihrer gemeinsamen biologischen Funktionen eng miteinander verwandt. Beide haben sich im Laufe der Evolution herausgebildet und spielen besonders bei vielen Tieren eine bedeutende Rolle im Instinktverhalten, bei der Nahrungssuche und für die Fortpflanzung. Vor allem der Geruchssinn ist innerhalb des Tierreiches von großer Bedeutung für das Überleben und für viele Tierarten wohl der wichtigste Instinktsinn.

Beim Menschen spielen die Fähigkeiten, Geruch und Geschmack zu erleben, noch immer eine wichtige Rolle, jedoch ist das Überleben nicht mehr primär davon abhängig. Eine Störung und Beeinträchtigung dieser beiden Sinne wird aber als ein Verlust der Lebensqualität und der Genussfähigkeit wahrgenommen und kann durchaus einen großen Leidensdruck erzeugen. Auch existieren in diesem Zusammenhang diverse psychosoziale Komponenten, die einen wichtigen Einfluss auf das menschliche Verhalten haben. Jemanden beispielsweise „nicht riechen“ zu können, ist ein wichtiger Ausdruck auf der psychologischen Ebene von Sympathie und Antipathie des Menschen im Kontakt zur sozialen Umwelt.

Wir können die physiologischen Möglichkeiten des Riechens und des Schmeckens als ein neurosensibles Tor betrachten, durch das periphere Reize registriert werden, bevor sie in einen intimen Kontakt mit unserem Organismus treten: Duftstoffe in der Luft können beim Einatmen mehr oder weniger deutlich wahrgenommen werden, bevor sie über die Atemwege zum Bereich des Gasaustausches in den Lungenbläschen landen. Ebenso erzeugen feste und flüssige Substanzen auf ihrem Weg zu den Verdauungsorganen vor dem Schluckakt einen charakteristischen Geschmack im Mund- und Rachenraum.

Das Riechen und Schmecken bewirken somit einen Bewusstseinsprozess im Zusammenhang mit dem Kontakt zu der uns umgebenden Welt. Mit Hilfe dieser zwei Sinne „ertasten“ wir über einen chemisch-nervalen Prozess bestimmte Anteile unserer Umwelt, bevor wir sie verinnerlichen.

Wie entstehen Geruchs- und Geschmacksempfindungen?

Wie auch bei den anderen Sinnen des menschlichen Körpers, spielen spezifische Rezeptoren und nervale Strukturen eine wichtige Rolle, damit diese Wahrnehmungen stattfinden können. Dazu jetzt eine kurze Darstellung über die Anatomie und Physiologie des Riechens und des Schmeckens. Später beschäftigen wir uns mit den wichtigsten Störungen und deren mögliche Behandlungen.

Die Signalkaskade der Riechbahn

In beiden Nasengängen befindet sich jeweils in den oberen Nasenmuscheln im Bereich des Nasendaches die Riechschleimhaut (Regio olfactoria) mit nervalen Riechfeldern, die aus verschiedenen Zelltypen bestehen. In diesem speziellen Epithel (Gewebe) ragen zwischen Stützzellen und Basalzellen mikroskopisch kleine Riechfäden heraus, die mit den Geruchsstoffen der vorbeiströmenden Atemluft interagieren und die Chemorezeptoren der Rezeptorzellen aktivieren.

Die in der Rezeptorzelle ausgelösten Impulse werden über einen Nervenstrang (Nervus olfactorius) gebündelt und nach oben durch die Löcher der Siebbeinplatte (Os ethmoidale) direkt in den Gehirnbereich zum Riechkolben (Bulbus olfactorius) weitergeleitet. Von dort aus werden die Impulse über einen weiteren Nerv, dem Tractus olfactorius, mit verschiedenen Gehirnbereichen verbunden und weiterverarbeitet.

Es finden sich in der medizinischen Literatur meist unterschiedliche Bezeichnungen für diese „Riech-Regionen“, je nachdem, ob man es eher anatomisch oder physiologisch-funktionell beschreibt. So werden beispielsweise die Begriffe „olfaktorischer Cortex“ oder „Rhinencephalon“ synonym dafür verwendet.

Besonderheiten des Riechens

Es macht für die Geruchswahrnehmung durchaus einen Unterschied, ob die Luft durch die Nase oder durch den Mund eingeatmet wird. Bei einer konstanten Geruchsquelle wird je nach Nasen- oder Mundatmung oft ein feiner Unterschied des Geruchs wahrgenommen. Insgesamt können mehrere 1000 verschiedene Düfte von den Riechzellen unterschieden werden.

Die Anzahl der Geruchssinneszellen der Riechschleimhaut kann schwanken (10 - 30 Millionen) und nimmt mit fortschreitendem Alter ab. Auch ist die Lebensdauer dieser Zellen mit durchschnittlich ein bis zwei Monaten relativ kurz, aber die Basalzellen der Riechschleimhaut produzieren über teilungsfähige Stammzellen ständig neue Geruchssinneszellen. Dadurch besteht grundsätzlich ein relativ hohes Regenerationspotenzial in diesem Zellbereich.

Bei der Geruchswahrnehmung unterscheidet man zwischen der sogenannten Entdeckungsschwelle und der Erkennungsschwelle. Die Entdeckungsschwelle beschreibt die Konzentration von Geruchsmolekülen, ab der ein Geruch wahrgenommen, jedoch noch nicht identifiziert werden kann. Die Erkennungsschwelle beschreibt die Konzentration, ab der die Geruchsmoleküle identifiziert werden können. Dafür ist durchschnittlich eine 10-fach höhere Konzentration der jeweiligen Geruchsmoleküle notwendig.

Kommen die Sinneszellen über einen längeren Zeitraum mit den gleichen Duftmolekülen in Kontakt, entsteht eine allmähliche Gewöhnung (Adaption) an einen speziellen Duftstoff. Durch diese Adaption reduziert sich die spezifische Wahrnehmung üblicherweise auf ein Viertel der ursprünglichen Ausgangsintensität.

Zusätzlich befinden sich in der Nasenschleimhaut freie Nervenendigungen des Nervus trigeminus, die einerseits für Schmerzempfindungen zuständig sind, aber auch auf spezielle Duftstoffe reagieren, die für den Organismus schädlich sind und unmittelbare Schutzreflexe wie beispielsweise Niesreflex, Würgereflex oder verstärkte Speichelsekretion auslösen können.

Da die Geruchswahrnehmung, ebenso wie die Geschmackswahrnehmung, eng mit dem limbischen System des Gehirns verbunden ist, ist die Empfindung und Beschreibung von Geruch und Geschmack meist sehr subjektiv und mit psychischen und emotionalen Rückkopplungsmechanismen verknüpft. Geruch und Geschmack können somit auch psychogene Effekte auslösen.

Die Signalkaskade des Geschmackssinnes

Die Geschmackssinneszellen befinden sich in Geschmacksknospen bzw. Geschmackspapillen, die sich vor allen Dingen auf der Zunge, aber auch auf dem weichen Gaumen, dem Rachen (Pharynx) und dem Kehlkopf (Larynx) befinden. Die Anzahl der Geschmacksknospen beträgt bei Kindern und Jugendlichen etwa 9000, bei Erwachsenen und älteren Menschen 2000-5000. Sie besitzen eine Vertiefung, in der die im Speichel gelösten Geschmackssubstanzen eintreten können. Dort treten die Geschmackssubstanzen über einen kleinen Fortsatz, den sogenannten Mikrovilli, in Interaktion mit den jeweiligen Rezeptorzellen.

Die Geschmacksempfindung besteht aus fünf unterschiedlichen Qualitäten, für die es jeweils eigene Geschmacksrezeptoren gibt: süß, sauer, salzig, bitter und fleischig-würzig (Umami). Über verschiedene Nervenbahnen der Zunge, des weichen Gaumens und des Rachens, werden die Rezeptorimpulse der Sinneszellen zu drei Nervenknoten (Ganglien) geführt (Ganglion geniculi, Ganglion inferius n. vagi, Ganglion inferius n. glossopharyngei). Von dort aus gelangen die Impulse in unterschiedliche Gehirnregionen (Großhirn, limbisches System, Hypothalamus, Amygdala) und ermöglichen spezifische Geschmacksempfindungen.

Besonderheiten des Schmeckens

Da das Schmecken eng mit dem Geruchssinn in Verbindung steht, wirken sich Beeinträchtigungen des Riechens direkt auf die Geschmackswahrnehmung aus, beispielsweise bei einer Erkältung. Störungen des Geschmacks haben dadurch häufig ihre eigentliche Ursache in den Störungen des Geruchssinnes. Die Geschmackssinneszellen besitzen eine sehr kurze Lebensdauer von etwa 7-10 Tagen. Sie unterscheiden sich besonders durch die Fähigkeit entweder nur auf eine spezifische Geschmacksqualität zu reagieren (Spezialisten) oder sie reagieren auf mehrere Geschmacksqualitäten (Generalisten).

Wie bei den Geruchssinneszellen existiert bei den Geschmackssinneszellen die Entdeckungsschwelle, also die Konzentration ab der ein Stoff geschmeckt werden kann, aber noch nicht erkannt wird, und die Erkennungsschwelle, also die Konzentration ab der ein geschmeckter Stoff identifiziert und zugeordnet werden kann.

Beispielsweise haben so genannte Bitterstoffe eine sehr geringe molekulare Entdeckungsschwelle, da sie häufig toxisch sind und auf diese Weise ein zu starker Bittergeschmack sehr rasch den Würgereflex als Schutzfunktion vor möglichen Vergiftungen auslösen kann.

Das Verlangen nach bestimmten Speisen und Geschmäckern ist ein meist unbewusster, aber intelligenter Ausdruck unseres physiologischen Systems: So hilft die Lust auf Süßes dabei, kalorienreiche Nahrung aufzunehmen oder ein Verlangen nach Fleisch fördert die Aufnahme von proteinreichen Nahrungsmitteln. Appetit auf salzige Speisen beeinflussen und regulieren unseren Elektrolythaushalt.

Wie schon weiter oben beim Geruchssinn beschrieben, steht auch die Geschmackswahrnehmung mit dem limbischen System des Gehirns in Beziehung und besitzt ebenso einen psychogenen Einfluss auf den Organismus.

Die unterschiedlichen Formen der Riech- und Schmeckstörungen

Bei der Beschreibung von Störungen des Geruchs- und Geschmackssinnes wird zwischen quantitativen und qualitativen Störungen unterschieden. **Quantitative Störungen** zeichnen sich durch eine deutliche Verminderung oder den völligen Verlust des Geruchs-/Geschmackssinnes aus, wobei aber auch das sehr seltene Gegenteil, die extreme Überempfindlichkeit, dazugerechnet werden kann. **Qualitative Störungen** zeigen eine veränderte, verzerrte oder halluzinatorische Geruchs-/Geschmackswahrnehmung.

Wir finden folgende Bezeichnungen für das **Riechen**:

Dysosmie = Allgemeine Bezeichnung für Riechstörungen

Normosmie = Normale Geruchsempfindlichkeit

Hyperosmie = Übermäßige Geruchsempfindlichkeit

Hyposmie = Verringerte Geruchsempfindlichkeit

Anosmie = Sehr starke Einschränkung oder vollständiger Verlust der Riechfähigkeit

Parosmie = Veränderte Wahrnehmung von existierenden Gerüchen

Phantosmie = Wahrnehmung von nichtexistierenden Gerüchen

Und für das **Schmecken**:

Dysgeusie = Allgemeine Bezeichnung für Schmeckstörungen

Normogeusie = Normale Schmeckempfindlichkeit

Hypergeusie = Übermäßige Schmeckempfindlichkeit

Hypogeusie = Verringerte Schmeckempfindlichkeit

Ageusie = Sehr starke Einschränkung oder vollständiger Verlust der Schmeckfähigkeit

Parageusie = Veränderte Wahrnehmung von Schmeckempfindungen

Phantogeusie = Wahrnehmung von nichtexistierenden Geschmackssubstanzen

Sinunasale Riechstörungen

Es hat sich bewährt, Riechstörungen in zwei große Gruppen einzuteilen. Bei den sogenannten **sinunasalen Dysosmien**, handelt es sich um unterschiedliche Erkrankungen oder Veränderungen in der Nase und den Nasennebenhöhlen. Diese Art der Einschränkung des Riechens hat wahrscheinlich jeder Mensch schon einmal erlebt, wenn er beispielsweise einen Schnupfen hat.

Meist liegt eine Grunderkrankung vor, die das Einströmen von Luft in der Nase und den Nebenhöhlen behindert, wie beispielsweise Polypen, anatomische Verengungen und Geschwulstbildungen. Aber auch aufgrund von Entzündungen und/oder Schleimhautschwellungen des Riechepithels bei HNO-Infekten, akutem oder chronischem Schnupfen, allergischer Rhinitis oder auch durch Arzneimittelnebenwirkungen wie beispielsweise bei einer Hormontherapie, wird die Geruchswahrnehmung über die Rezeptorzellen meist stark eingeschränkt. Üblicherweise bessern sich die Riechstörungen, sobald die Grunderkrankung abgeklungen ist oder die anatomischen Behinderungen durch Operationen beseitigt wurden.

Nicht-sinunasale Dysosmien

Die zweite große Gruppe der Riechstörungen stellen die sogenannten nicht-sinunasalen Dysosmien dar, die etwas differenzierter betrachtet werden müssen und sich in Untergruppen einteilen lassen.

Die **postinfektiöse Riechstörung** ist eine sehr häufige Ursache für die nicht-sinunasalen Riechstörungen, welche im Anschluss an einen spezifischen Infekt auftreten können und noch lange Zeit nach dem Abklingen des Infektes bestehen bleiben. Meist handelt es sich um die Folgen eines Virusinfektes, aber auch Bakterien und mögliche destruktive Autoimmunreaktionen gegen die Zellen des Riechepithels spielen dabei eine Rolle.

Es ist in der medizinischen Praxis hinreichend bekannt, dass vor allen Dingen eine Reihe unterschiedlicher und meist viral bedingter Infektionskrankheiten zu einer langanhaltenden Beeinträchtigung des Geruchs- und auch des Geschmackssinnes führen können. Sehr häufig scheinen besonders Rhinoviren, Influenzaviren und Parainfluenzaviren (sowie in neuerer Zeit wohl auch Coronaviren), die (Mit-)Auslöser für eine postinfektiöse Riechstörung zu sein. Dies schließt jedoch keineswegs andere und weitere mögliche Erreger aus, die zahlreich vorhanden sein können.

Es soll an dieser Stelle betont werden, dass schon sehr lange vor der Existenz eines so genannten „Covid“-Krankheitsbildes, infektiöse sowie postinfektiöse Geruchs- und Geschmacksstörungen häufig als Folge grippaler Infekte, einer Influenza oder in Verbindung mit atypischen Pneumonien aufgetreten sind und nicht nur als ein exklusives Symptom einer vermeintlichen Coronaviren-/SARS-CoV-2-Infektion betrachtet werden sollten.

Durch die extreme und zum Teil wahnhaftige Fokussierung auf einen einzelnen, angeblich neuartigen Erreger, wurde das Symptom einer infektbedingten Riechstörung (absichtlich?) völlig einseitig überbewertet und verzerrt dargestellt.

Das in diesem Zusammenhang häufig herangezogene „typische“ Leitsymptom eines Geruchs-/Geschmacksverlustes zur reflexartigen sowie einseitigen diagnostischen Behauptung und zum gültigen Beweis einer angeblichen existierenden oder durchgemachten SARS-CoV-2-Infektion, ist medizinisch genauso fragwürdig wie der (absichtlich?) konstruierte Kunstbegriff „Long Covid“.

Schließlich war medial bisher beispielsweise noch nie die Rede von „Long Influenza“, auch wenn nach einer durchgemachten Influenzaerkrankung mit begleitender Lungenentzündung eine Rekonvaleszenzzeit von mehreren Monaten keine Seltenheit ist (u.a. mit Geruchs- und Geschmacksstörungen, allgemeiner Schwäche, verlangsamten Denken, Herz-Kreislaufinsuffizienz und vielen weiteren Symptomen).

Außerdem ist die Rekonstruktion, welche Erreger genau oder welche Art von Erreger möglicherweise Auslöser für eine postinfektiöse oder postvirale Riechstörung gewesen sein könnte, meist sehr schwierig und vage. Die astronomische Anzahl unterschiedlichster Mikroorganismen auf den Schleimhäuten und in den Zellen unseres Körpers repräsentiert eine so gigantische biologische Vielfalt und beinhaltet mannigfaltige Wechselwirkungen mit dem eignen Immunsystem und zellulären Milieu, dass es sich bei jedem Menschen ganz unterschiedlich auf der körperlichen Ebene ausdrücken kann.

Die seit vielen Jahrzehnten propagierte (und eigentlich schon längst überholte) Erregertheorie, welche nach der reduktionistischen Maxime „Ein Erreger = eine spezifische Erkrankung = ein spezifisches Medikament“ ausgerichtet ist, ignoriert zwangsläufig die biologische Realität wie auch ihre komplexen systemischen Zusammenhänge und führt leicht zu Fehldeutungen sowie zu zweifelhaften Behandlungsansätzen, die – wie die Erfahrung zeigt – auf Dauer wohl mehr schaden als nützen.

Bei den **toxisch bedingten Riechstörungen** ist es zu einer Schädigung des olfaktorischen Systems aufgrund verschiedener Substanzen gekommen. Giftige gasförmige Substanzen in der Umwelt (z.B. am industriellen Arbeitsplatz) sowie eine Reihe von Medikamenten sind häufig für die Störungen verantwortlich.

Die medikamentösen Wirkstoffe von Antibiotika (z.B. Streptomycin), Antirheumatika (z.B. D-Penicillamin), Antidepressiva (z.B. Amitriptylin), Psychopharmaka (z.B. Alkohol, Amphetamine), Antihypertonika, Chemotherapeutika (z.B. Methotrexat), Sympathomimetika (Nasen-/Asthmasprays) können akute oder chronische Riechstörungen auslösen. Auch die andauernde Belastung mit Zigarettenrauch ist ein weitverbreiteter schädigender Reiz für das olfaktorische System.

Riechstörungen aufgrund nicht-sinusalen Grunderkrankungen entstehen häufig begleitend bei neurologischen, psychiatrischen oder internistischen Erkrankungen. An erster Stelle stehen dabei neurologisch-degenerative Erkrankungen wie die Alzheimer-Demenz, das idiopathische Parkinson-Syndrom, die multiple Sklerose oder die Huntington-Erkrankung. Aber auch bei Epilepsie, Depressionen und Schizophrenie kommt es zu Irritationen des Geruchssinnes. Zusätzlich treten

Riechstörungen im Rahmen von Hormondysbalancen (z.B. Schwangerschaft, Schilddrüsenstörungen) sowie bei Leber-, Nieren- und Diabeteserkrankungen auf.

Der Vollständigkeit halber seien hier noch die **posttraumatischen Riechstörungen** erwähnt, die ihre Ursache in einer Kopfverletzung mit Hirnschädigung haben, dann die **angeborenen Riechstörungen**, die aufgrund einer Unter- oder Fehlentwicklung von Anteilen des olfaktorischen Systems existieren sowie die **idiopathischen Riechstörungen**, bei denen sich interessanterweise keine sicht- oder messbaren Ursachen finden lassen. Hierbei wird eine psychologische Komponente vermutet, die zu den – teilweise auch nur vorübergehenden – Störungen führt.

Eine Zwischenstellung nehmen aktuell die (Folge-)Schädigungen des Riech-/Geschmackssystems ein, die durch den **Gebrauch von medizinischen Masken** und die **mechanische Reizung und Verletzung durch Abstrichtests** verursacht werden. Der unsinnige Zwang zum dauerhaften Tragen einer so genannten medizinischen Maske, kann sehr leicht das mikrobiologische Milieu der Nasen-, Mund- und Rachenschleimhaut nachteilig beeinflussen und durch eine dadurch ausgelöste Fehlbesiedlung zu Reizungen und Infektionen führen. Besonders auffällig sind in diesem Zusammenhang die immer häufiger auftretenden Pilzkrankungen (Mykosen) der Schleimhäute, die sich auch tiefer in die Atemwege hinein ausdehnen können, wie beispielsweise eine Aspergillose.

Abgesehen von der sehr wahrscheinlichen Erhöhung des Atemwiderstands und der CO₂-Konzentration durch das häufige Maskentragen, was besonders für Kinder und Menschen mit Atemwegs- sowie Herz-Kreislaufkrankungen gesundheitsschädlich sein kann, befinden sich – je nach Maskentyp und -hersteller – verschiedene schädliche Chemikalien in dem Maskenmaterial, die ausgedünstet und mit eingeatmet werden können.

Viele Masken sind aus einem thermoplastischen Kunststoff (Polypropylen) und Klebstoffen hergestellt, welche diverse Kohlenwasserstoffe wie beispielsweise **Formaldehyd** oder **Bronopol** erhalten können. Besonders Formaldehyd besitzt – je nach Konzentration – reizende, allergieauslösende, zellschädigende und krebserregende Eigenschaften. Auch gefärbte Stoffmasken können schädigende Substanzen enthalten. Häufig ist das aromatische Amin **Anilin** (Benzenamin) ein Färbebestandteil, welches Kopfschmerzen, Schwindel sowie Atemnot durch Blockierung des Sauerstofftransportes in den roten Blutkörperchen auslösen kann (vermehrte Bildung von Methämoglobin) und auch als zellschädigend und krebserregend eingestuft wird.

Die Anwendung von Abstrichtests, die in die Nasenhöhle eingeführt werden, ist sehr risikoreich, da es dabei zu mechanischen Reizungen und auch zu Beschädigungen des Riechepithels kommen kann. Durch die anatomische Nähe des Siebbeins und der Siebbeinzellen (Cellulae ethmoidale) zum Gehirn, besteht die Gefahr einer möglichen Verletzung mit schweren Konsequenzen. Abstrichtests dieser Art sollten deswegen grundsätzlich nur äußerst selten und am besten von einem Facharzt durchgeführt werden; eine laienhafte und regelmäßige Abstrichprozedur sollte möglichst vermieden werden! Außerdem können die Tupfermaterialien am Ende der Teststäbchen auch schädliche Substanzen und reizende Fasern enthalten.

Verschiedene Ursachen von Schmeckstörungen

Vieles, was bisher über die Ursachen und unterschiedlichen Formen der Riechstörung gesagt wurde, trifft im Großen und Ganzen auch für die Schmeckstörungen zu. Deswegen hier nur eine kurze Zusammenfassung über die Ursachen von Schmeckstörungen:

Bei den **peripher-nervösen Störungen** liegt der Grund der Schmeckstörungen im Bereich der Nervenverbindungen, die direkt mit dem Geschmackserleben zu tun haben und welche aufgrund von Verletzungen, Entzündungen oder Tumore geschädigt sind. Die **zentral-nervösen Schädigungen** erzeugen Schmeckstörungen aufgrund von Erkrankungen des zentralen Nervensystems wie beispielsweise Multiple Sklerose, Hirninfarkt, Schädelverletzungen und Tumore.

Viele Schmeckstörungen entstehen auch durch die **Nebenwirkungen von Medikamenten sowie Bestrahlungs- und Chemotherapie**. Dabei sind entweder die Sinneszellen auf den Schleimhäuten beeinträchtigt oder eine spezifische Arzneimittelwirkung erstreckt sich auf das Geschmackempfinden.

Wie schon bei den Riechstörungen, existieren auch **postinfektiöse Schmeckstörungen** aufgrund vorangegangener Infektionen mit unterschiedlichen Erregern. Schmeckstörungen können auch durch **systemische Erkrankungen oder Mangelkrankungen** ausgelöst werden (Vitamin- und Spurenelementemangel).

Lokal können Störungen des Geschmackempfindens auch durch zahnärztliche Maßnahmen hervorgerufen werden. Vorrangig die Füllmaterialien von Zähnen oder Zahnwurzelkanälen können die Geschmackspapillen beeinflussen, da es durch die chemischen Wechselwirkungen der Materialien und dem Gewebe zu einer Diffusion der Substanzen in den Mundraum kommen kann.

Behandlung von Riech- und Schmeckstörungen

Zu Beginn wird durch eine gründliche Befunderhebung ermittelt, um welche mögliche Form der Störung es sich handelt. Dabei werden in der ärztlichen Praxis u.a. bestimmte Riech- und Geschmackstests mit standardisierten Substanzen angewandt, um die Art und den Grad der Störung zu charakterisieren. Besonders bei Riech- und Schmeckstörungen aufgrund von zentral-nervösen oder neurodegenerativen Grunderkrankungen, muss eine differenzierte Diagnostik erfolgen.

Hier ist dann die Behandlung der jeweiligen Grunderkrankung vorrangig, was zu unterschiedlichen Therapieansätzen und Medikationen führt, die nicht primär lokal im Nasen-Rachenbereich angewandt werden. Bei Riech- und Schmeckstörungen durch Schädelverletzungen handelt es sich meistens um akute traumatische Ereignisse eines Unfallgeschehens mit entsprechenden chirurgischen Interventionen.

Auch müssen alle Medikamente berücksichtigt werden, die ein Patient möglicherweise einnimmt oder eingenommen hat, als die Störungen aufgetreten sind. Sollten bestimmte Medikamente im Verdacht stehen, Symptome einer Riech- und Schmeckstörung mit verursacht zu haben, muss die Medikation überprüft werden und eventuell die Dosierung neu angepasst werden. Eine medikamenteninduzierte Störung der Geruchs- und Geschmackswahrnehmung ist gar nicht so selten und wird leider schnell übersehen.

Bestehen Riech- und Schmeckstörungen durch äußere Einflüsse wie reizende oder toxische Noxen (z.B. Gase oder Staub am industriellen Arbeitsplatz), muss, neben der Anwendung spezifischer Schutzmaßnahmen, die weitere Exposition vermieden werden. Verengungen der Nasenwege und/oder Überwucherungen der Riechschleimhaut werden meist chirurgisch behoben, damit die Atemluft wieder ungehindert den Nasen-Rachenraum passieren kann.

Die wohl häufigsten Behandlungen von Riech- und Schmeckstörungen finden im Rahmen akuter und chronischer HNO-Erkrankungen sowie bei den Symptomen einer postinfektiösen Störung statt.

Durch den entzündlichen Charakter des Krankheitsverlaufes sind in der ärztlichen Praxis dabei sehr häufig Kortikosteroide wie beispielsweise Cortison das Mittel der Wahl. Die Glukokortikoide sind als entzündungshemmende (antiphlogistische) Steroidhormone im medizinischen Alltag weit verbreitet und werden sehr häufig lokal oder innerlich bei Entzündungsprozessen von Geweben und Organen angewandt.

Leider treten bei längerer Anwendung von Glukokortikoiden eine Reihe schädlicher Nebenwirkungen auf, wie beispielsweise eine Reduzierung der Immunaktivität – was bei einer Infektion meist kontraproduktiv ist – sowie eine Steigerung des Blutzuckerspiegels (Hyperglykämie), Knochendichteveränderungen (Osteoporose), Muskelschwund, Zunahme des Fettgewebes, Trübungen der Augenlinse (Katarakt), Unruhezustände und Schlafstörungen. Paradoxaerweise kann die Anwendung von cortisonhaltigen Präparaten eine Riech- oder Schmeckstörung auch mit auslösen oder sogar verstärken.

In der naturheilkundlichen Praxis hat es sich besonders bei chronischen Entzündungen des Mund-Nasen-Rachenraumes bewährt, das mikrobiologische Milieu durch Bakterienpräparate oder isopathische Medikamente zu verbessern und nicht nur eine Unterdrückung der Entzündung zu forcieren. So wird das Immunsystem sowie die Selbstregulation unterstützt und das mikrobielle Gleichgewicht auf den Schleimhäuten wieder leichter hergestellt. Außerdem lassen sich so leichter die Nebenwirkungen einer Behandlung mit Kortikosteroiden vermeiden.

Bei Beeinträchtigungen der nervalen Strukturen und des Rezeptorgewebes nach einer Infektion können auch so genannte Organpräparate eingesetzt werden, um die beschädigten Gewebe zu vitalisieren und die Regeneration anzuregen. Im Idealfall geschieht dies im Anschluss an eine Sanierung und probiotische Unterstützung des mikrobiellen Milieus des Mund-Nasen-Rachenraumes. Auch der Einsatz von Vitaminpräparaten empfiehlt sich, um die Folgen von Nerven- und Schleimhautschädigungen zu reduzieren. Besonders Vitamin A zur Unterstützung der Haut- und Schleimhautregeneration und Vitamine der B-Gruppe zur Unterstützung der nervalen Funktionen haben sich bewährt.

Auch ein (vorrübergehender) Zinkmangel kann eine Reduktion der Geruchs- und Geschmackswahrnehmung mit verursachen, weswegen eine ausreichende Substitution mit passenden Zinkpräparaten zu empfehlen ist. Zink ist als ein wichtiges Spurenelement an vielen Prozessen unseres Stoffwechsels beteiligt und unterstützt besonders die Zellteilung, die Wundheilung und die Immunabwehr.

Leider ist eine genaue serologische Bestimmung des Zinkwertes schwierig und auch oft nicht aussagekräftig. Im Zweifelsfall könnte hier eine Haarmineralanalyse eine quantitative Aussage über die ungefähre Verfügbarkeit von Zink (und weiterer Spurenelemente) treffen.

Einen – noch viel zu wenig beachteten – Einfluss besitzt das Heil- und Intervallfasten, da es einen positiven Effekt auf die Entgiftung und Regeneration des Körpers hat. Unter anderem wird beim gezielten Fasten die Autophagie, also der Abbau alter und beschädigter Zellen angeregt und das körpereigene Wachstumshormon (hGH; human growth hormone) verstärkt produziert, welches die Regeneration von Zellen und Gewebe fördert. Außerdem erhöht sich nach einiger Zeit des Fastens der hormonelle Wachstumsfaktor BDNF (brain-derived-neurotrophic-factor), welcher den Nervenzellaufbau und die Neuroplastizität mit unterstützt.

Darüber hinaus existieren im Rahmen von naturheilkundlichen Therapien eine Reihe von Mitteln und Verfahren aus der Phytotherapie, der Homöopathie und der Traditionellen Chinesischen Medizin (TCM), die sich im Sinne der Erfahrungsheilkunde bewährt haben und gut und nebenwirkungsarm zur Unterstützung geeignet sind.

Begleitend sollte bei starken Einschränkungen des Riech- und Geschmackvermögens auch ein regelmäßiges und gezieltes Riech- und Schmecktraining absolviert werden. Sich wiederholt und bei möglichst vielen Gelegenheiten ganz bewusst den unterschiedlichsten Düften und Geschmäckern auszusetzen, ist sehr hilfreich, um die Reizwahrnehmung immer wieder auf eine natürliche Art zu provozieren und sie zu neuem Leben zu erwecken.

Autor dieses Artikels:

Peter Launhardt

Heilpraktiker

Darmstädter Str. 8

DE-10707 Berlin

+49 (0)30 889 247 83

<https://www.heilersein.de/>

<https://www.naturheilpraxis-launhardt.de/>