

# Indikationsstellung zur Therapie der chronischen RhinoSinusitis mit Nasenpolypen (CRSwNP; Polyposis nasi) mit Omalizumab<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>Klimek L, Förster-Ruhrmann U, Beule AG, Chaker AM, Hagemann J, Huppertz T et al. Positionspapier: Empfehlungen zur Anwendung von Omalizumab bei chronischer Rhinosinusitis mit Polyposis nasi (CRSwNP) im deutschen Gesundheitssystem – Empfehlungen des Ärzteverbandes Deutscher Allergologen (AeDA) und der AGs Klinische Immunologie, Allergologie und Umweltmedizin und Rhinologie und Rhinochirurgie der Deutschen Gesellschaft für HNO-Heilkunde, Kopf- und Halschirurgie (DGHNOKHC). Laryngo-Rhino-Otologie 2021; 100:952-63 // <sup>2</sup>Klimek L, Förster-Ruhrmann U, Beule AG, Chaker AM, Hagemann J et al. Empfehlungen zur Dokumentation von Biologika-Therapien bei CRSwNP. AllergoJournal 2022

## Allgemeine Daten:

Name: ..... Vorname: ..... Geburtsdatum: .....  
Geschlecht: O weiblich O männlich

Datum der Basisuntersuchung: .....

### Diagnose:

schwere CRSwNP\*, seit: .....

\* Omalizumab ist angezeigt als Zusatztherapie zu intranasalen Kortikosteroiden (INCS) zur Behandlung von Erwachsenen (ab 18 Jahren) mit schwerer CRSwNP, bei denen durch eine Therapie mit INCS keine ausreichende Krankheitskontrolle erzielt werden kann. Dosierung und Häufigkeit der Anwendung wird anhand des vor Behandlungsbeginn gemessenen IgE-Basiswertes (I.E./ml) und des Körpergewichts (kg) bestimmt.

### Indikation (ICD-10: Mehrfachnennung möglich):

- J33.0: Polyposis nasi n.n.b.
- J33.1: Polyposis nasi deformans
- J33.8: Sonstige Polypen der Nasennebenhöhlen
- J33.9: Nasenpolyp, nicht näher bezeichnet

### Eignungskriterien:

Gemäß der o.g. Positionspapier der deutschen Fachgesellschaften zur Anwendung von Biologika bei CRSwNP im deutschen Gesundheitssystem besteht die Indikation zur Behandlung mit Omalizumab/Xolair® für Patienten, bei denen nachfolgende Kriterien erfüllt sind:

- |  |                               |  |
|--|-------------------------------|--|
| Alter ≥ 18 Jahre   | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja                                  |
| Diagnose schwere CRSwNP (ICD10 s.o.)   | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja                                  |
| Aktuelle Behandlung mit INCS   | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja, Wirkstoff: .....                |
|  |                               | Dosierung: .....   |
| Einschränkung der Lebensqualität (QoL; z.B. Schlafstörungen oder Arbeitsunfähigkeit, etc.) | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja, ggf. SNOT-22 Score (≥20): ..... |

### Indikationsstellung, wenn ALLE 4 der oben genannten Punkte erfüllt sind

### Weitere mögliche Eignungskriterien:

- |   |                               |  |
|---|-------------------------------|--|
| Vorbehandlung mit systemischen GKS:   | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja, ca. _____ mal in den letzten 5 Jahren, zuletzt: Wirkstoff: _____, Dosis _____ mg, über _____ Tage |
| NNH-Operationen:  | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja, insgesamt: _____ mal, davon in den letzten 10 Jahren: _____ mal, zuletzt: _____                   |
| Nachweis / Hinweis auf eine zugrundeliegende IgE-vermittelte Inflammation (Gesamt-IgE, spez. IgE):  | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja:   |
| Bekanntes Asthma bronchiale   | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja, Schweregrad: _____ / ACT-Score: _____   |
| Bekanntes chronisch-spontane Urtikaria (CSU):   | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja  |
| Bekanntes ASS-Intoleranz-Syndrom (N-ERD, M. Samter, NSAID-Intoleranz):  | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja  |
| Nasaler Polypen-Score >4 von 8 (≥2 / Seite)   | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja: _____   |
| Beidseitige Polyposis nasi:   | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja  |
| Nachweis einer signifikanten Riechstörung:  | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja, Sniffin´Sticks Score*: _____<br>UPSIT Score: _____<br>Anderer Riechtest: _____, welcher? _____    |
| Kontraindikationen für NNH-Operation trotz gegebener OP-Indikation:   | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja, folgende _____  |
| Kontraindikation für sGKS trotz gegebener Indikation: (z.B. Diabetes mellitus, NW aus langjähriger sGKS-Therapie, Glaukom, gastrointestinale Ulcera etc.)                   | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja, folgende _____  |
| Antibiotikagabe in den letzten 12 Monaten wg. CRS:  | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja, wie oft: _____  |
| Vorliegen von Diagnosen, die gegen eine Verursachung der CRSwNP durch Typ-2-Entzündung sprechen: (wie z.B. Mukozelen; Mukoviszidose; Hinweis auf non-Typ-2-Entzündung etc.) | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja, bitte angeben: _____  |
| Sonstiges (z.B. relevante Begleiterkrankungen etc.):  | _____                         |  |

Indikation ist gegeben:  Nein  Ja  Alle 2 Wochen  Alle 4 Wochen Datum der ersten Applikation: .....

Serum-Gesamt-IgE (I.E./ml (30-1500 I.E/ml)): \_\_\_\_\_ Körpergewicht (kg): \_\_\_\_\_ Chargen-Nr.: .....

Errechnete Xolair®-Dosis: \_\_\_\_\_ mg (vgl. Dosierungstabelle)

Datum: ..... Unterschrift: .....

<sup>1</sup>TDI-Score für normales Riechvermögen in verschiedenen Altersgruppen: 11-20J.: 29; 21-40J.: 31; 41-50J.: 29; 51-60J.: 27; 61-70J.: 25; 71-80J.: 17; 81-90J.: 13

CRSwNP: Chronische RhinoSinusitis mit Nasenpolypen // INCS: Intranasal Corticosteroids // sGKS: systemische Glukokortikosteroide // UPSIT: University of Pennsylvania Smell Identification Test // NSAID: Non-steroidal anti-inflammatory Drugs // N-ERD: NSAID-exacerbated respiratory disease // QoL: Quality of Life // NW: Nebenwirkungen // NPS: Nasaler Polypen Score // SNOT-22: Sinunasal Outcome Test-22