

Allergische Rhinitis

Grundzüge der Therapie

Die allergische Rhinitis ist eine Erkrankung, die meistens behandelt werden muss und die nicht selten gleichzeitig mit einem Asthma bronchiale auftritt. Grundlagen der Therapie wurden kürzlich von Mary Ann E. Zagaria und Anthony P. Buonanno in einer CME-Internetfortbildung bei Docguide.com präsentiert.

DOCTOR'S GUIDE

Die allergische Rhinitis ist eine der häufigsten Erkrankungen, mit denen der niedergelassene Arzt zu tun hat. Die Inzidenz erreicht einen Höhepunkt bei Patienten im Alter zwischen 12 und 15 Jahren. Ob ein Mensch an einer allergischen Rhinitis erkrankt, hängt von Umweltfaktoren, wie Pollenexposition, Hausstaub oder Haustieren, Hygieneverhältnissen, aber auch von der genetischen Disposition ab. Bei einer negativen Familienanamnese beträgt die Inzidenz etwa 13 Prozent, dagegen 29 Prozent beziehungsweise 47 Prozent, wenn ein Elternteil oder beide Eltern an einer allergischen Erkrankung leiden. Oft entwickeln die Betroffenen auch ein Asthma bronchiale, obwohl diese Koinzidenz nicht zwingend ist. Die Rhinitisprävalenz beträgt umgekehrt bei Asthmatikern ungefähr 90 Prozent – ein deutlicher Hinweis darauf, dass oft die gesamten Atemwege von der allergischen Erkrankung betroffen sind. Es ist heute bekannt, dass eine Behandlung der allergischen Rhinitis auch ein gleichzeitig bestehendes Asthma günstig beeinflussen kann.

Pathophysiologie

Jeder Mensch inhaliert Allergene, und es ist nahe liegend, dass das Immunsystem darauf reagiert. Auch das Immunsystem des Nichtallergikers fühlt sich zu einer angemessenen Antwort aufgerufen. Es reagiert aber in moderater Weise auf die Eindringlinge. Die Nasenschleimhaut schickt IgG-Antikörper und

Merksätze

- Die allergische Rhinitis ist eine chronische Erkrankung, die meistens behandlungsbedürftig ist.
- Die wichtigsten Massnahmen sind Allergenvermeidung, medikamentöse Behandlung, Immuntherapie und Edukation.
- Es gibt keine Therapie, die für alle Patienten gleichermassen optimal ist. Bei unzureichendem medikamentösem Therapieerfolg sollte das Medikament gewechselt werden.

T-Zellen, namentlich vom T1-Typ, ins Rennen. Diese Zellen produzieren Interferon gamma und Interleukine. Bei Patienten mit einer allergischen Rhinitis verläuft die Reaktion in modifizierter Weise. Die antigen-präsentierenden Zellen rufen die Bildung von IgE-Antikörpern hervor, T-Zellen proliferieren zu T2-Helferzellen, die nun zum Teil die physiologischen, darüber hinaus aber noch weitere Interleukine produzieren. Hierin scheint also der Unterschied zwischen allergischer und normaler Reaktion zu bestehen.

Die Immunantwort des Allergikers erfolgt in zwei Phasen: Die frühe Phase läuft innert weniger Minuten nach dem Allergenkontakt ab und ruft Schnupfen, Pruritus, Rhinorrhö und Kongestion hervor. Diese Symptome werden ausgelöst durch die durch IgE sensibilisierten Mastzellen, die degranulieren und dabei Leukotriene, Prostaglandine, Zytokine und Histamin freisetzen.

In der Spätphase dominiert die Kongestion. Die Nasenschleimhaut ist nun infiltriert mit Entzündungszellen wie Basophilen, Eosinophilen, Neutrophilen, Mastzellen und Mononukleazellen. Wahrscheinlich spielt (auch) hier Histamin eine zentrale Rolle, weil es für die proinflammatorische Freisetzung von Zytokinen verantwortlich ist, die die Kongestion aufrechterhalten.

Diagnose – in der Praxis meist empirisch

Es gibt keinen Goldstandardtest, mit dem die Diagnose einer allergischen Rhinitis abzusichern wäre. Zur Verfügung stehen

Prick-Test, intradermale Tests und In-vitro-Assays. Intradermale Tests ergeben nur dann einen Sinn, wenn der Prick negativ ist, gleichzeitig aber ein starker Verdacht auf eine allergische Ursache besteht. Intradermale Tests haben den Vorteil einer hohen Sensitivität, die Spezifität ist aber gering. Das Hauptproblem der In-vitro-Antikörpertests liegt in der hohen Rate falsch-positiver Ergebnisse.

In aller Regel wird man in der Praxis aber auf die genannten Tests verzichten können. Die Anamnese beziehungsweise die typische Symptomatik lassen angesichts der hohen Diagnosewahrscheinlichkeit eine empirische Therapie in der Praxis durchaus vernünftig erscheinen.

Allergenvermeidung

Die Therapie kann heute evidenzbasiert erfolgen und besteht aus folgenden Komponenten:

- *Allergenvermeidung*
- *topische/systemische Medikamente*
- *allergenspezifische Immuntherapie*
- *Patientenedukation.*

Rein theoretisch wäre das Problem mit der totalen Vermeidung allergener Stoffe zu lösen. Im Alltag ist dies aber leider nicht möglich. Allerdings gibt es diverse Massnahmen, die Lage im Haushalt zu entspannen: So lässt sich die Hausstaubexposition verringern, und gegebenenfalls kann es sinnvoll sein, Haustiere zu verbannen oder Pflanzen und Teppiche aus dem Schlafzimmer zu entfernen. Nützlich ist es, die Luftfeuchtigkeit unter 50 Prozent zu halten. Mit Hilfe von Klimaanlage, deren Filter allerdings häufig gereinigt und/oder ersetzt werden müssen, lässt sich die Feuchtigkeit reduzieren und die Luftreinheit erhöhen. Einige Allergologen empfehlen auch den Einsatz von Luftfiltern im Schlafzimmer, um die Exposition in diesem Raum zu verringern. Pollen draussen zu vermeiden ist hingegen unmöglich. Immerhin können Allergiker versuchen, den Aufenthalt in der Natur zu Spitzenzeiten des Pollenflugs zu vermeiden. Bis jetzt, so monieren die Autoren, sind die Wirksamkeiten von Vermeidungsstrategien aus den einschlägigen Studien mit Asthmatikern abgeleitet. Ob diese bei Rhinitikern genauso wirksam sind, ist aber streng genommen nicht gesichert.

Pharmakotherapie

Die Kurzzeittherapie fokussiert auf die Ausschaltung der Symptome. In der Langzeittherapie geht es um Prävention und Verhinderung von Komplikationen. Jeder Therapieerfolg bemisst sich, nach Meinung der Autoren, an der erreichten Symptomlinderung und der Verträglichkeit der Medikamente. Es gibt eine Reihe von Substanzen, deren Einsatz erwogen werden kann, wobei im Einzelfall auch Komorbiditäten, Krankheits-schwere und Therapiekosten berücksichtigt werden sollten.

Intranasale Steroide

sind die wirksamsten Medikamente, weil sie die verschiedenen Pathomechanismen angreifen, die nasale Entzündung direkt

beeinflussen und die Hyperreaktivität der Nasenschleimhaut herabsetzen. Steroide hemmen die Freisetzung der Mediatoren sowie den Einstrom von Entzündungszellen und wirken auf die Früh- und Spätreaktion. Sie sind exzellent geeignet bei perennaler allergischer Rhinitis, können aber genauso bei saisonaler Rhinitis zum Einsatz gebracht werden, allerdings nicht bei Patienten nach Nasenoperation oder -trauma oder mit Nasenulzera. Zu den Nebenwirkungen zählen unter anderem Kopfschmerz, Irritation der Nase und Epistaxis.

Steroide lassen sich gut mit Antihistaminika kombinieren – allerdings nicht bei Patienten nach Nasenoperation oder -trauma oder Septumulzera. Alle intranasalen Steroide gelten als sicher und wirksam, aber jedes schmeckt und riecht anders, was auch einen Einfluss auf die individuelle Wahl haben kann. Lösungsmittel können Irritationen hervorrufen, weswegen wasserlösliche Präparate für Beclomethason, Triamcinolon, Budesonid und Fluticason auf den Markt gebracht wurden, die nach Auskunft der Autoren besser toleriert werden. Ein Therapieeffekt sollte nach wenigen Tagen sichtbar sein, die maximale Wirksamkeit kann aber drei Wochen auf sich warten lassen. Es gibt Single-dose-Präparate, was der Therapietreue zuträglich sein dürfte. Intranasale Dekongestiva und orale Antihistaminika können bei Aufnahme der Steroidtherapie für eine Übergangszeit notwendig sein.

Systemische Steroide kommen wegen des Nebenwirkungspotenzials fast nie bei allergischer Rhinitis in Betracht – lediglich bei sonst nicht beherrschbaren schwersten saisonalen Allergien. Selbstverständlich ist eine solche Therapie zeitlich zu begrenzen.

Antihistaminika

sind die am häufigsten bei Heuschnupfen eingesetzten topischen Medikamente. Sie binden an Histamin-H1-Rezeptoren und verhindern dadurch die Histaminfreisetzung. Sie können intranasal, systemisch und als Augentropfen eingesetzt werden. Sie werden am häufigsten verordnet. Die teureren, nicht sedierenden Substanzen haben den grossen Vorteil, dass sie nur einmal am Tag verabreicht werden müssen.

Mit Azelastin (z.B. Allergodil®-Nasentropfen) ist eine Therapieoption für die saisonale allergische Rhinitis, die vasomotorische Rhinitis, für die nasale Kongestion und den postnasalen «Drip» vorhanden. Diese Substanz lindert die Symptome rasch und wird von vielen Patienten gut angenommen, meinen die Autoren. Allerdings müssen die Betroffenen darauf aufmerksam gemacht werden, dass die Substanz müde machen kann, denn sie ist zu 40 Prozent systemisch aktiv.

Wirkungen und Nebenwirkungen von Antihistaminika sind mit ihren anticholinergen Effekten zu erklären. Antihistaminika der ersten Generation sind bei Patienten mit erhöhtem Augendruck mit Vorsicht einzusetzen. Bei Harnretention und Hyperthyreoidismus und kardiovaskulären Krankheiten sind sie zu vermeiden. Das gilt insbesondere für ältere Patienten.

Die Antihistaminika der zweiten Generation sind selektive periphere Histaminblocker, die keinen oder einen geringen Einfluss auf das Zentralnervensystem nehmen, also nicht oder

weniger müde machen als ihre Vorgänger. Die Sedierungsrate ist nach Angaben der Autoren bei Cetirizin (z.B. Zyrtec®) größer als bei anderen Substanzen der zweiten Generation. Andererseits wird der Metabolismus von Cetirizin durch Erythromycin und Ketoconazol nicht verändert. Neuere, nicht sedierende Zweitgenerations-Antihistaminika wie Desloratadin (Aerius®) haben keine anticholinergen Effekte, was ein Vorteil bei älteren Menschen sein kann, die diesbezüglich eine geringere Toleranz aufweisen. Desloratadin kann auch besser bei Leber- und Nierenfunktionsstörungen eingesetzt werden.

Alle Antihistaminika können gut mit Dekongestiva kombiniert werden. Entsprechende nasale Kombinationspräparate sind im Handel.

Leukotrienantagonisten

Leukotriene sind Mediatoren der Entzündung, in deren Folge Schwellung und Vasodilatation entstehen. Leukotrienantagonisten wie Montelukast (Singulair®) und Zafirlukast (Accolate®) lindern vor allem die Dekongestion deutlich. In der Behandlung von Asthma und allergischer Rhinitis können sie eine Alternative zu Steroiden sein. Die Substanzen werden gut vertragen, am häufigsten sind noch Kopfschmerzen zu erwarten, selten dagegen Bauchschmerz, Diarrhö und Husten.

Wichtig ist, dass sich unter kombiniertem Einsatz von Zafirlukast und Warfarin die Prothrombinzeit verlängert. Die Substanz

ist jedoch nur bei Bronchialasthma, nicht dagegen bei allergischer Rhinitis zugelassen.

Da unter Leukotrienantagonisten die Leberenzymwerte ansteigen können, wird von den Autoren ein Monitoring angeraten. Nicht empfohlen wird eine Kombination mit Antihistaminika, da dies die Therapie verteuert, aber nicht optimiert.

Mastzellstabilisatoren

Wenn andere Therapien bei perennialer Rhinitis erfolglos bleiben, können Mastzellstabilisatoren wie Chromoglycinsäure (z.B. Cromodyn®) als Nasalspray eingesetzt werden. Sie haben aber keine direkten antientzündlichen oder anticholinergen Effekte und sind für schwere und chronische Symptome reserviert. Chromoglycinsäure hat ein sehr gutes Sicherheitsprofil und kaum Interaktionen mit anderen Medikamenten; allerdings muss es mehrmals täglich angewendet werden, was der Compliance nicht unbedingt zuträglich sein dürfte. ■

Mary Ann E. Zagaria, Anthony P. Buonanno: A patient-oriented approach to the management of allergic rhinitis, 2005.

Uwe Beise

Interessenlage: Die unter docguide.com einsehbare Internetfortbildung steht unter Federführung des Postgraduate Institute for Medicine (PIM), das angibt, keine kommerziellen Interessen zu verfolgen.