

Update: Therapeutische Optionen bei allergischer Rhinitis

Die allergische Rhinitis gilt als die häufigste chronische Krankheit. Gleichzeitig kann sie in den meisten Fällen in der allgemeinmedizinischen Praxis erfolgreich behandelt werden.

CLINICAL MEDICINE INSIGHTS: THERAPEUTICS

Die allergische Rhinitis wird in eine saisonale und eine perenniale Form unterteilt. Gewisse Patienten können gleichzeitig auch an anderen, nicht allergischen Rhinitisformen (z.B. Erkältungskrankheiten, medikamentös induzierte Rhinitis, vasomotorische Rhinitis) leiden. Die Anamnese legt die Diagnose meist schon nahe. Sie bedarf jedoch des Nachweises der Sensibilisierung auf ein oder mehrere Allergene. Der alleinige Nachweis von spezifischen IgE im Serum beweist zwar eine Sensibilisierung, die Diagnose allergische Rhinitis ist aber erst gestellt, wenn die Symptome nach natürlicher Exposition reproduzierbar wieder auftreten – wie der jährlich wiederkehrende Heuschnupfen während der Saison der entsprechenden Pollenbelastung in der Aussenluft.

Vermeidungsmassnahmen

Bei der Wahl der Therapie sind mannigfache Faktoren zu berücksichtigen. Dazu gehören Patientenalter, Nebenwirkungsprofil, Therapiekosten, vorangegangene erfolgreiche oder erfolglose Behandlungsversuche und die Patientenpräferenz.

Bei Allergenen in der Aussenluft ist eine vollständige Vermeidung der Exposition in aller Regel nicht praktikierbar. Immerhin kann es helfen, Fenster und Türen während der Pollensaison geschlossen zu halten oder im Auto die Umwälzungslüftung einzuschalten. Zu den weiteren Ratschlägen gehört das Waschen der Kleider, wenn Heuschnupfenbetroffene nachhause kommen. Schliesslich kann sich die Planung der Freiluftaktivitäten an den Pollenbulletins (in der Schweiz z.B. www.pollenundallergie.ch/Polleninfo/pollenprognose) orientieren.

Vermeidungsmassnahmen gegenüber Allergenen aus der häuslichen Luft sind wesentlich besser untersucht worden. Dazu gehören milbendichte Matratzen- und Kissenhüllen, Reduktion der Luftfeuchtigkeit auf unter 50 Prozent, regelmässiges Waschen des Bettzeugs in heissem Wasser, Behandlung von Teppichen mit Akariziden und Staubsaugen mit speziellen Filtern. Die Studienergebnisse waren jedoch durchaus widersprüchlich. Angesichts dieser Tatsache und des Fehlens robuster Evidenz mochten sich die Autoren eines Cochrane-Reviews zu diesem Thema auch nicht zu definitiven Empfehlungen entschliessen.

Problematisch können Haustiere sein. Hier sind die Optionen (minimal: kein Haustier im Schlafzimmer, maximal: völliger Verzicht auf Haustiere) in der Regel schwierig durchzusetzen. Eine Alternative kann hier der Beginn einer Immuntherapie sein.

Pharmakotherapie

Orale Antihistaminika werden seit langem bei allergischer Rhinitis eingesetzt. Die Vertreter der ersten Generation sind wegen ihrer sehr hinderlichen sedierenden Nebenwirkungen inzwischen durch etliche neuere und neue Zweitgeneration-Antihistaminika ersetzt worden, welche die Blut-Hirnschranke kaum passieren. Der *Kasten* gibt eine Liste häufig eingesetzter Wirkstoffe und Präparate. Auch Zweitgeneration-Antihistaminika können gelegentlich sedierende oder störende anticholinerge Effekte hervorrufen.

Intranasale Kortikosteroide gelten als effektivste Medikation bei allergischer Rhinitis. So fand ein systematischer Review randomisierter kontrollierter Studien eine bessere Linderung von Beschwerden wie Niesen, Juckreiz, Nasenverlegung, hinteres Nasenlaufen und der nasalensymptomatik als unter oralen H1-Antihistaminika. Zu den häufigen Nebenwirkungen intranasaler Kortikosteroide gehören Irritation, trockene und brennende Nase. Nasenbluten soll bei bis zu zehn Prozent der Heuschnupfenpatienten auftreten, die topische Steroide anwenden. Selbst bei Langzeitanwendung

Merksätze

- ❖ Bei allergischer Rhinitis ist nach saisonaler oder perennialer Form zu unterscheiden.
- ❖ Spezifische IgE allein beweisen die Diagnose nicht: dazu braucht es die Reproduktion der Symptome durch Allergenexposition.
- ❖ Bei der Wahl der Therapie sind mannigfache Faktoren zu berücksichtigen: Patientenalter, Nebenwirkungsprofil, Therapiekosten, vorangegangene erfolgreiche oder erfolglose Behandlungsversuche und die Patientenpräferenz.
- ❖ Basis bilden Vermeidungsmassnahmen soweit durchführbar.
- ❖ Erstlinien-Pharmakotherapie ist ein intranasales Kortikosteroid, bei refraktären Symptomen kombiniert mit einem oralen Zweitgeneration-Antihistaminikum.

Kasten:

Pharmakotherapien bei allergischer Rhinitis

Topische Produkte:

Kortikosteroide:

Beclometason	Beconase®
Fluticason	Avamys®, Flutina®, Nasofan®
Mometason	Nasonex®
Triamcinolon	Nasacort®

Antihistaminika:

Azelastin	Otrivin®
-----------	----------

Chromone:

Cromoglicinsäure	Lomusol® oder Generika
Nedocromil	Tilarin®, in der CH ausser Handel

Anticholinergika:

Ipratropium	Rhinovent®
-------------	------------

Dekongestiva:

Oxymetazolin	Nasivin®
Xylometazolin	Triofan® u.v.a.

Orale Produkte:

Zweitgeneration-Antihistaminika:

Bilastin	Bilaxten®
Cetirizin	Zyrtec® u.v.a.
Desloratadin	Aerius®
Fexofenadin	Telfast® oder Generika
Levocetirizin	Xyzal®
Loratadin	Claritin® oder Generika

Kortikosteroide:

Prednisolon

Leukotrienrezeptorantagonisten:

Montelukast	Singulair®
-------------	------------

Dekongestiva:

Phenylephrin	Rhinopront®, in der CH ausser Handel
Pseudoephedrin	Otrinol®, in Disofrol®

haben sich in Biopsien der Nasenschleimhaut jedoch nie schädliche Effekte nachweisen lassen. Angesichts der verbreiteten Kortisonangst hat man auch systemische Auswirkungen der intranasalen Kortikosteroide sorgfältig geprüft. Hinsichtlich Knochendichte, Hypothalamus-Hypophysen-Nebennieren-Achse und Augendruck ergaben sich keine konsistenten Hinweise auf schädliche Auswirkungen. Auch eine negative Wirkung auf das Körperwachstum bei Kindern mit perennierender allergischer Rhinitis wurde nur in einer einzigen Studie beobachtet, in etlichen weiteren jedoch nicht.

Leukotrienantagonisten wie das orale Montelukast haben einen günstigen Effekt auf die frühe und späte Phase der allergischen Rhinitis. Die gleichzeitige Wirkung auf Asthma bronchiale kann bei Patienten mit kombinierter Allergie Vorteile bieten. Nicht alle Daten zu Montelukast sind jedoch positiv. Beispielsweise waren in einer Metaanalyse von 20 Studien bei allergischer Rhinitis sowohl intranasale Kortikosteroide als auch Antihistaminika Montelukast überlegen.

Intranasale Antihistaminika wie Azelastin (*Kasten*) entfalten eine lokale Wirkung auf die histaminverursachten Symptome der Nasenschleimhaut. Für Azelastin konnte eine Mastzellstabilisierende und antiinflammatorische Wirkung belegt werden. Vorteil ist der rasche Wirkungseintritt innert 15 Minuten. Im Vergleich mit intranasalen Kortikosteroiden ist die Datenlage etwas widersprüchlich, die meisten Studien sahen jedoch eine geringere Wirkung auf die Nasensymptome und keinen Unterschied bei den Augensymptomen. Zu den lokalen Nebenwirkungen gehören Irritation, Brennen und Kopfweh.

Orale Dekongestiva wie Phenylephrin oder Pseudoephedrin (*Kasten*) entfalten ihre Wirkung als alpha-adrenerge Agonisten. Entsprechend sind auch die beschriebenen, häufigen Nebenwirkungen: Hypertonie, Schlaflosigkeit, Irritabilität, Kopfweh, Tremor und Palpitationen.

Topische Dekongestiva wie Oxymetazolin oder Xylometazolin (*Kasten*) können nicht nur bei akutem Schnupfen, sondern auch bei allergischer Rhinitis die nasale Verstopfung lindern. Allerdings sollten topische Dekongestiva angesichts der Gefahr eines Symptomrebounds oder der Entwicklung einer Rhinitis medicamentosa nicht langfristig eingesetzt werden. Kontraindiziert ist ihr Einsatz zusammen mit MAO-Hemmern.

Orale Steroide sind für das Routinemanagement bei allergischer Rhinitis nicht indiziert. Allenfalls kommt bei sehr ausgeprägter Symptomatik ein sehr kurzer «Stoss» (wenige Tage) infrage.

Mastzellstabilisatoren wie die Chromone (*Kasten*) können in der Behandlung der allergischen Rhinitis effektiv sein. Studien mit intranasaler Cromoglicinsäure haben jedoch widersprüchliche Ergebnisse gebracht. Erschwerend für die Therapie ist auch, dass der Wirkstoff präventiv angewendet werden muss, bevor die Mastzellen in der Nasenschleimhaut mit Allergen in Kontakt gekommen sind, was die Applikation bei Bedarf verunmöglicht.

Topische Anticholinergika wie Ipratropiumbromid (*Kasten*) können auch bei allergischer Rhinitis eingesetzt werden und sind vor allem bei ausgeprägter Rhinorrhö sehr effektiv. Auch die Kombination mit einem intranasalen Kortikosteroid ist von guter Wirkung.

Omalizumab (Xolair®) ist nur als Zusatzbehandlung bei schwerem allergischem Asthma zugelassen, entfaltet aber auch seine Wirkung, wenn eine begleitende allergische Rhinitis vorliegt.

Immuntherapie

Die Immuntherapie mittels kontrollierter subkutaner Allergenverabreichung ist inzwischen durch zahlreiche Studien sehr gut belegt. So konnte ein Cochrane-Review von 51 randomisierten kontrollierten Studien eine statistisch signifikante Verbesserung bei den Scores für Medikamentenverbrauch und für die Symptome dokumentieren. Die sublinguale Immuntherapie, in Europa schon weit verbreitet, wird in den USA immer noch als «experimentell» eingestuft. ❖

Halid Bas

Mohsen Nasir, J. Andrew Grant: Update on clinical options for the management of allergic rhinitis. *Clinical Medicine Insights: Therapeutics* 2011; 3: 379–394.

Interessenkonflikte: keine deklariert