

Symptomatische Therapie der allergischen Rhinokonjunktivitis

Bei einer Rhinokonjunktivitis stellt sich zunächst die Frage, ob eine allergische Ursache zugrunde liegt oder nicht. Handelt es sich tatsächlich um «Heuschnupfen», existieren verschiedene Behandlungsoptionen. Zum einen kann versucht werden, durch Meiden der auslösenden Noxen, sofern das möglich ist, oder durch Desensibilisierung eine Linderung der Beschwerden zu erreichen. Alternativ kommen nicht medikamentöse Massnahmen oder aber die medikamentöse Symptomtherapie mit lokalen oder systemischen Wirkstoffen zum Einsatz.

MARKUS GNÄDINGER
UND PETER SCHMID-GRENDELMEIER

Bevor eine allergische Rhinitis oder Konjunktivitis behandelt wird, soll hinterfragt werden, ob die (Vermutungs-)Diagnose auch korrekt ist. Bei uniformen saisonalen Beschwerden ist das oft trivial, bei der Erstmanifestation oder bei chronischen Beschwerden nicht. Die wichtigste Differenzialdiagnose der akuten Rhinokonjunktivitis bilden wohl die viralen Infekte.

Merksätze

- ❖ Bevor eine allergische Rhinitis oder Konjunktivitis behandelt wird, soll hinterfragt werden, ob die (Vermutungs-)Diagnose auch korrekt ist. Die wichtigste Differenzialdiagnose der akuten Rhinokonjunktivitis bilden virale Infekte.
- ❖ Besteht ein Verdacht auf eine allergisch bedingte Ursache einer Rhinokonjunktivitis, sollten als Erstes die auslösenden Allergene bestimmt werden, wofür verschiedene Suchtests zur Verfügung stehen.
- ❖ Wenn die auslösenden Noxen bestimmt sind, sollte geklärt werden, ob deren Exposition vermieden werden kann.
- ❖ Zur symptomatischen Therapie der allergischen Rhinokonjunktivitis kommen zum einen nicht medikamentöse Massnahmen (allgemeine Verhaltensmassregeln) und zum anderen der Einsatz topischer oder systemischer Medikamente in Betracht.

Gelegentlich können externe toxische Noxen (z.B. Ozon) oder pseudoallergische Phänomene wie die Histaminintoleranz eine akute Rhinokonjunktivitis auslösen. Die Allergie steht zwar gewissen Personen «ins Gesicht geschrieben» mit einer Facies atopica, bestehend aus einer lateralen Ausdünnung der Augenbrauen (Hertoghe-Zeichen), dunklen Augenringen, einer doppelten Falte am Unterlid (Dennie-Morgan) und hypopigmentierten Arealen etwa im Wangenbereich (Pityriasis alba). Diese Zeichen deuten auf eine genetisch bedingte atopische Veranlagung hin, sind jedoch nicht beweisend dafür, dass eine Rhinokonjunktivitis auch von einem exogenen Allergen unterhalten wird.

Besteht ein Verdacht auf eine allergisch bedingte Ursache einer Rhinokonjunktivitis, sollte als Erstes versucht werden, das oder die Allergene dingfest zu machen. Als Suchtest kann hierzu ein kutaner Prick- oder Scratch-Test oder ein Bluttest (Phadiatop inhalativ) mit den wichtigsten Allergenen dienen. Sind diese Suchtests negativ, ist eine allergische Genese recht unwahrscheinlich. Ist der Suchtest positiv, kann eine detaillierte Suche angeschlossen werden, die in der Regel in die Hände des erfahrenen Allergologen gehört. Wenn die auslösenden Noxen bestimmt sind, stellt sich die Frage, ob deren Exposition vermieden werden kann (Hausstaubsanierung, Haustiere, Lebensmittel, Zimmerpflanzen, Schimmelpilze, Latex, Mehlstaub etc.) oder nicht (Pollen) und ob sich eine allergenspezifische Immuntherapie, auch als Desensibilisierung bezeichnet, eignen könnte.

Ist eine derartige ursächliche Behandlung entweder nicht nötig, weil die Beschwerden zu geringfügig sind, oder nicht möglich, weil sich das Allergen nicht eignet oder der Betroffene diese Behandlung ablehnt, öffnen sich zwei Handlungsarme:

- ❖ allgemeine Verhaltensmassregeln sowie nicht medikamentöse Therapie
- ❖ medikamentöse Symptomtherapie.

Im Falle der Pollinose werden die folgenden Massregeln empfohlen:

- ❖ Tragen einer Sonnenbrille mit umschliessenden Gläsern
- ❖ Vermeidung von Aussenaktivitäten bei Wind
- ❖ Vermeidung des Schlafens bei offenem Fenster
- ❖ Luftreiniger
- ❖ Partikelfilter im Auto
- ❖ Staubsauger mit Partikelfilter
- ❖ Wäsche nicht draussen trocknen
- ❖ Duschen, Haarewaschen und Kleiderwechseln nach Rückkehr in die Wohnung etc.

Tabelle 1:
Orale Therapeutika für die allergische Rhinokonjunktivitis

Wirksubstanz (Präparate) ²	Darreichungsform	Dosierung		Therapiekosten ¹ pro Tag	Besonderes
		Erwachsene	Kinder ³		
Antihistaminika					
Cetirizin (Zyrtec® [Original, nicht mehr kassenpflichtig] u.a.)	Tabl. 10 mg Tr. 10 mg/ml	5–10 mg/Tag	2–6 Jahre: 2-mal 2,5 mg/Tag ≥ 7 Jahre: wie Erwachsene	0.59 Fr.	Cave: schwere Niereninsuffizienz
Levocetirizin (Xyzal® u.a.)	Tabl. 5 mg Tr. 5 mg/ml	5 mg/Tag	2–6 Jahre: 2-mal 1,25 mg/Tag 7–12 Jahre: 2-mal 2,5 mg/Tag	0.73 Fr.	Cave: schwere Niereninsuffizienz
Loratadin (Claritin® u.a.)	Tabl. 10 mg Sirup 1 mg/ml	10 mg/Tag	3–12 Jahre: 5–10 mg/Tag	0.43 Fr.	
Desloratadin (Aerius® u.a.)	Tabl. 5 mg Lösung 0,5 mg/ml	5 mg/Tag	6–11 Monate: 1 mg/Tag 1–5 Jahre: 1,25 mg/Tag 6–11 Jahre: 2,5 mg/Tag	0.77 Fr.	
Fexofenadin (Telfast® u.a.)	Tabl. 120 und 180 mg	120 mg		0.62 Fr.	
Bilastin (Bilaxten®)	Tabl. 20 mg	20 mg	< 12 Jahren nicht empfohlen	0.83 Fr.	Wirkung auf nasale Kongestion nachgewiesen
Vasokonstriktoren					
Phenylephrin, Dimenhydrin, Coffein (Rhinocap®)	Kapseln 20/10/25 mg	2-mal 1 Kapsel		1.34 Fr.	
Leukotrienantagonisten und Cromoglycinsäure					
Montelukast (Singulair®)	Filmtabl. 10 mg Kautabl. 4 u. 5 mg Granulat 4 mg	10 mg/Tag	2–5 Jahre: 4 mg/Tag 6–14 Jahre: 5 mg/Tag	0.90 Fr.	
Zafirlukast (Accolate®)	Tabl. 20 mg	40 mg/Tag		1.32 Fr.	für Rhinitis nicht zugelassen
Natriumcromoglykat (Nalcrom®)	Kaps. 100 mg Sachets 200 mg	800 mg/Tag	2–14 Jahre: 400 mg/Tag	5.49 Fr.	für Rhinitis nicht zugelassen
Pflanzliche Mittel					
Pestwurzblätterextrakt (Tesalin®)	Tabl. 20–40 mg	2 (max. 3) Tabl./Tag		1.52 Fr.	Wirkung auf nasale Kongestion nachgewiesen

¹Die Kosten berechnen sich auf der Basis der grössten Packungsgrösse und einer mittleren Dosierung des günstigsten Generikums (falls verfügbar) beim Erwachsenen. Die älteren, stärker sedierenden Antihistaminika Hydroxyzin (Atarax®), Ketotifen (Zaditen®), Dimetinden (Feniallerg®), Chlorphenamin (Arbid N®) und Doxylamin (Sanaleps®) werden hier nicht diskutiert.

²Cetirizin ist Enantiomergemisch, während Levocetirizin die reine L-Form darstellt; Desloratadin ist der wirksame Hauptmetabolit von Loratadin – ob sich durch deren Verwendung klinische Vorteile ergeben, ist fraglich.

³Wenn nichts anderes erwähnt ist, kann bei Kindern über 12 Jahre die Erwachsenenendosis angewendet werden.

Bei Allergien auf Hausstaubmilben können milbendichte Bettüberzüge, sogenannte Encasings, sehr nützlich sein. Es kann auch empfehlenswert sein, die Augenlider mit einem faserarmen feuchten Tüchlein zu reinigen und die Nase mit Salzwasserlösung auszuspülen.

Sind diese Möglichkeiten ausgereizt und die Beschwerden persistieren, stellt sich die Frage nach einer medikamentösen Therapie. Hier kommen grundsätzlich lokale und systemische Mittel infrage; es handelt sich dabei um H1-Antihistaminika, Kortikosteroide, Mastzellstabilisatoren, Vasokonstriktoren, Anticholinergika und pflanzliche Mittel.

Systemische Therapie

Bei relativ seltenen, aber akuten und in mehreren Systemen vorhandenen Beschwerden (Konjunktiva, Nase, Gaumen) ist die Einnahme von oralen Antihistaminika die Therapie der Wahl. Leider wirken sie auf die Behinderung der Nasenatmung häufig nicht optimal. Diese Mittel sind aber, von einer möglichen Sedation abgesehen, gut verträglich und günstig. Bei länger dauernden Beschwerdephasen können Antihistaminika auch über eine gewisse Zeit regelmässig eingenommen werden. Alternativ kann auch eine Phytotherapie mit Pestwurz oder eine Therapie mit Mastzellstabilisatoren

Tabelle 2:

Lokale Therapie der allergischen Konjunktivitis

Wirksubstanz (Präparate)	Darreichungsform	Dosierung		Therapiekosten ¹ pro Tag	Besonderes
		Erwachsene	Kinder ²		
Antihistaminika					
Emedastin (Emadine®)	Tropfflasche und Einzeldosen 0,5 mg/ml	2- bis 4-mal 1 Tr.	≥ 3 Jahre: wie Erwachsene	0.66 Fr.	
Ketotifen (Zaditen ophtha® u.a.)	Tropfflasche und Einzeldosen 0,25 mg/ml	2-mal 1 Tr.	≥ 3 Jahre: wie Erwachsene	0.77 Fr.	
Azelastin (Allergodil®)	Tropfflasche 0,5 mg/ml	2-mal 1 Tr.	≥ 4 Jahre: wie Erwachsene	0.36 Fr.	
Levocabastin (Livostin®)	Tropfflasche 0,5 mg/ml	2- bis 4-mal 1 Tr.	6–12 Jahre: 2-mal 1 Tr.	0.78 Fr.	
Olopatadin (Opatanol®)	Tropfflasche 1 mg/ml	2-mal 1 Tr.	≥ 3 Jahre: wie Erwachsene	0.50 Fr.	
Epinastin (Relestat®)	Tropfflasche 0,5 mg/ml	2-mal 1 Tr.		0.59 Fr.	
Mastzellstabilisatoren					
Cromoglycat (Allergo-COMOD®)	Tropfflasche 2,0 mg/ml	4-mal 1–2 Tr./Tag	≥ 4 Jahre: wie Erwachsene	0.32 Fr.	
Spagluminat (Naabak®)	Tropfflasche 49 mg/ml	4-mal 1 Tr./Tag	≥ 4 Jahre: wie Erwachsene	0.52 Fr.	
Kombinierte Mittel					
Antazolin, Tetryzolin (Spersallerg®)	Tropfflasche 0,5 u. 0,4 mg/ml	2–3 (max. 6) Tr./Tag	2–12 Jahre: 1–2 Tr./Tag	keine Preisempfehlung	Antihistaminikum und Vaso- konstringens, nicht kassen- zulässig, Suchtgefahr
Fluorometholon, Tetryzolin (Efemoline®)	Tropfflasche 1,0 und 0,25 mg/ml	2–3 Tr./Tag (max. stündlich)		keine Preisempfehlung	Steroid und Vasokonstrin- gens nicht kassenzulässig

¹Die Kosten berechnen sich auf der Basis der grössten Packungsgrösse und einer mittleren Dosierung des günstigsten Generikums (falls verfügbar) beim Erwachsenen. Es werden nur kassenpflichtige Mittel besprochen. Für die Preisberechnung wurde das Tropfenvolumen mit 0,036 ml geschätzt.

²Wenn nichts anderes erwähnt ist, kann bei Kindern über 12 Jahre die Erwachsenenendosis angewendet werden.

Anwendung finden; beide sollten aber vor Beginn der Pollensaison gestartet werden. Bestimmte Personen wünschen eine Kortikosteroid-Depotspritze zu Beginn der Saison, was aber aufgrund des Nebenwirkungsprofils kritisch zu hinterfragen ist. *Tabelle 1* stellt die verfügbaren Präparate dar. Für die Anschwellung der Nasenschleimhaut kommen auch Präparate mit Vasokonstriktiva infrage, welche aber eher bei der viralen Rhinitis Verwendung finden und nicht über längere Zeit angewendet werden sollten.

Topische Therapie Augen

Augentropfen mit Antihistaminika sind gut verträglich und wirken noch rascher als Tabletten. Sie haben aufgrund des Tränenabflusses auch eine gewisse Wirksamkeit auf die Nasenschleimhaut. Es gibt sie als Einzeldosen (ohne Konservierungsmittel) und als Tropffläschchen mit Konservierungsmittel, die aus hygienischen Gründen nach einem Monat entsorgt werden müssen. Obwohl teurer, können die Einzeldosen bei selteneren Beschwerden die Therapie der Wahl bil-

den, da die ungeöffneten Ampullen bis zum Ablaufdatum weiter verwendet werden können. Die gleichzeitige Anwen-

Tabelle 3:
Lokale Therapie der allergischen Rhinitis

Wirksubstanz (Präparate)	Darreichungsform	Dosierung		Therapiekosten ¹ pro Tag	Besonderes
		Erwachsene	Kinder ²		
Antihistaminika					
Azelastin (Allergodil®)	Dosierspray 0.14 mg/Dosis	2-mal 1–2 St.		0.91 Fr.	
Levocabastin (Livostin®)	Dosierspray 0.05 mg/Dosis	2-mal 2 St.	≥ 6 Jahre: wie Erwachsene	1.25 Fr.	
Kortikosteroide					
Fluticason (Avamys®)	Dosierspray 27,5 µg/Dosis	1-mal 1–2 St.	2–11 Jahre: 1-mal 1 St.	0.42 Fr.	Cave: Längenwachstum bei Kindern
Budesonid (Rhinocort® u.a.)	Dosierspray 32 (50) oder 64 (100) µg/Dosis 100 µg Turbohaler	32–128 µg. max. 400 µg	≥ 6 Jahre: wie Erwachsene	0.41 Fr.	Budesonid Sandoz: nur 64 µg kassenpflichtig
Fluticason (Nasofan®)	Dosierspray 50 µg/Dosis	1-mal 2 St.	4–12 Jahre: 1-mal 1 St.	0.47 Fr.	
Triamcinolon (Nasacort®)	Dosierspray 55 µg/Dosis	1-mal 2 St.	2–5 Jahre: 1 St. 6–12 Jahre: 1–2 St.	0.44 Fr.	
Mometason (Nasonex® u.a.)	Dosierspray 50 µg/Dosis	1-mal 2 St. (max. 2-mal 2)	6–11 Jahre: 1-mal 1 St.	0.27 Fr.	
Vasokonstriktoren					
Oxymetazolin (Nasivin® u.a.)	Dosierspray 0.025 und 0.050% Tr. 0.01, 0.025 oder 0.05%	1- bis 3-mal 1–2 Tr. 0.05% oder 1 St. 0.05%	< 1 Jahr: 2- bis 3-mal 1–2 Tr. 0.01% 1–6 Jahre: 2- bis 3-mal 1–2 Tr. 0.25% oder 1 St. 0.25% > 6 Jahre: wie Erwachsene	0.13 Fr.	
Xylometazolin (Rinosedin®)	Dosierspray 0.1% Tr. 0.1 u. 0.05%	3- bis 4-mal 1 St.	0–5 Jahre: 2-mal 1–2 Tr. 0.05% > 6 Jahre: wie Erwachsene	0.16 Fr.	
Phenylephrin (Nasenspray Spirig Kinder®)	Dosierspray 2.5 mg/ml		> 1 Jahr: 3- bis 4-mal 1 St.	0.24 Fr.	
Cromoglykat					
Natriumcromoglykat (Lomusol® u.a.)	Sprühflasche 2.6 mg/Dosis	4-mal 1 St.	≥ 3 Jahre: wie Erwachsene	0.75 Fr.	
Anticholinergika					
Ipratropium (Rhinovent®)	Dosierspray 22 µg/Dosis	2- bis 3-mal 2 St.	6–12 Jahre: 2-mal 2 St.	0.54 Fr.	Wirkung gegen Rhinorrhö
Kombinationen					
Tixocortol, Neomycin (Pivalone comp.®)	Dosierspray 35 und 100 µg/Dosis	2- bis 4-mal 1–2 St.	Kinder wie Erwachsene	0.69 Fr.	Kombination von Kortikosteroid und Antibiotikum: bei bakt. Superinfekt
Azelastin, Fluticason (Dymista®)	Dosierspray 0.14 und 0.05 mg/Dosis	2-mal 1 St.		1.39 Fr.	Kombination von Antihistaminikum und Kortikosteroid

¹Die Kosten berechnen sich auf der Basis der grössten Packungsgrösse und einer mittleren Dosierung des günstigsten Generikums (falls verfügbar) beim Erwachsenen. Es werden nur kassenpflichtige Mittel besprochen. Bei den Kortikosteroiden wurde mit der niedrigsten empfohlenen Dosis gerechnet.

²Wenn nichts anderes erwähnt ist, kann bei Kindern über 12 Jahre die Erwachsenenosis angewendet werden.

dung von oralen und topischen Antihistaminika bringt keinen Zusatznutzen. Auch Mastzellstabilisatoren sowie Vasokonstriktiva (cave: Suchtgefahr) können topisch angewendet werden. Kortikosteroide haben in der Therapie der allergi-

schen Konjunktivitis in der Regel keinen Platz, da sie den Augendruck erhöhen, eine Kataraktbildung oder eine Herpeskeratitis fördern können. Der Stellenwert von homöopathischen oder phytotherapeutischen Tropfen (Augentrost

etc.) bleibt in kontrollierten Studien zu belegen. *Tabelle 2* gibt Auskunft über die verfügbaren Präparate.

Nase

Auch bei der Rhinitis wirken topische Antihistaminika rasch gegen den Juckreiz, das Nasenlaufen und das Niesen. Leider ist die Wirkung gegen die Obstruktion der Nasenatmung oftmals bescheiden. Hier sind vor allem die Kortikosteroide führend. Es gibt beides auch als Kombination. Auch Mastzellstabilisatoren werden topisch angewendet. Vasokonstringierende Nasensprays sollten nur intermittierend und für maximal 5 Tage angewendet werden. Der chronische Gebrauch von Vasokonstriktiva kann zur Austrocknung der Nasenschleimhaut führen (Privivinismus). Bei vorwiegender wässriger Rhinorrhö ist Ipratropiumbromid eine gute Wahl. *Tabelle 3* gibt einen Überblick über die verfügbaren Mittel. Bei Kortikosteroiden ist wegen der Atrophierung/ Austrocknung der Mukosa gegebenenfalls eine befeuchtende Nasensalbe zu ergänzen, und die Dosierung ist auf das geringste notwendige Mass zu reduzieren, das benötigt wird, um die Beschwerden wirkungsvoll zu unterdrücken.

Besondere Situationen

Personen mit Acetylsalicylsäureintoleranz, Asthma oder Nasenpolypen (Widal-Trias) profitieren häufig überproportional gut von einer adjuvanten Therapie mit Leukotrien-

antagonisten wie Montelukast (Singulair® u.a.) oder Zafirlukast (Accolate®), welche mit topischen Steroiden ergänzt werden kann. Bei einzelnen Personen kann eine komplementärmedizinische Therapie die Beschwerdelast entscheidend verringern. In der Schwangerschaft sind allergische Beschwerden oftmals etwas geringer ausgeprägt; sollte doch eine medikamentöse Therapie notwendig sein, dürften H1-Antihistaminika, Kortikosteroide und Mastzellstabilisatoren eine unproblematische Wahl darstellen. ❖

Dr. med. Markus Gnädinger
 Birkenweg 8, 9323 Steinach
 E-Mail: markus.gnaedinger@hin.ch

Prof. Dr. med. Peter Schmid-Grendelmeier
 Leiter Allergiestation
 Dermatologische Klinik
 UniversitätsSpital Zürich
 Gloriastrasse 31, 8091 Zürich
 E-Mail: peter.schmid@usz.ch

Quellen:
 Drugs for Allergic Disorders. Treat Guidel Med Lett 2013; 11 (129): 43-52.
www.compendium.ch
www.spezialitaetenliste.ch
www.swissmedicin.ch