

Nasenspray und sublinguale Immuntherapie

Aktuelle Behandlungsmöglichkeiten bei Heuschnupfen

Die Häufigkeit von Allergien hat weltweit besorgniserregende Ausmasse angenommen. Mehr als 15 Prozent der Bevölkerung Europas sind von Allergien betroffen. Bereits in 10 Jahren wird voraussichtlich die Hälfte aller Europäer persönlich mit Allergien konfrontiert sein. Am Kongress in Kopenhagen lancierte die EAACI den «Globalen Allergieatlas», um auf die enorme Problematik der allergischen Krankheiten aufmerksam zu machen. Von 183 bekannten Experten wurden in 139 Kapiteln aktuelle Fakten zu allen Aspekten allergischer Krankheiten zusammengestellt. Im Allergieatlas sind zum Beispiel konzise Übersichten über die allergische Rhinitis und die sublinguale Immuntherapie zu finden.

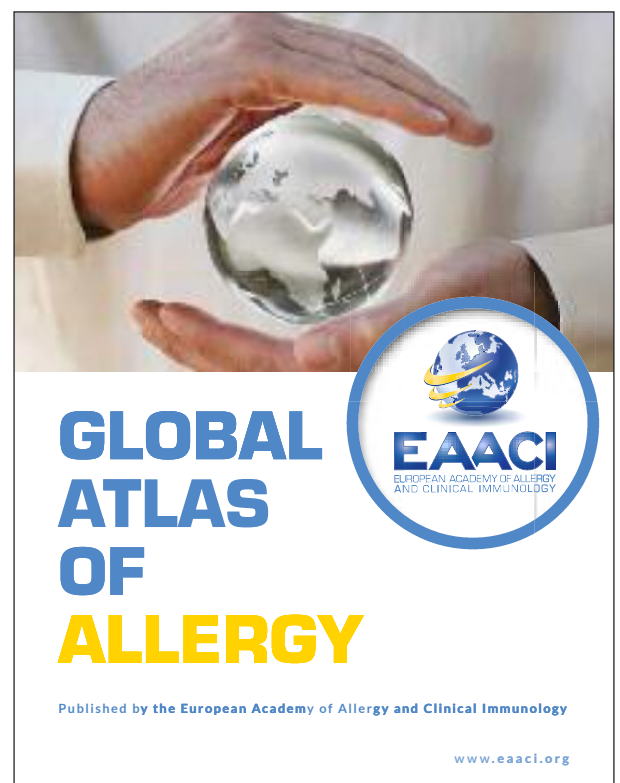
Bei der allergischen Rhinitis bewirkt die Bindung des Allergens an allergenspezifische IgE-Antikörper auf der Oberfläche von Mastzellen eine rasche Freisetzung vorbereiteter Mediatoren wie Histamin und löst dadurch die Frühreaktion mit Nasensymptomen wie Niesen, Juckreiz in der Nase und Rhinorrhoe aus. Die Einwanderung von Entzündungszellen (z.B. Eosinophile, Lymphozyten, Basophile) in die Nasenschleimhaut ist charakteristisch für die Spätreaktion mit verstopfter Nase und Hyposmie. Durch die typische allergenspezifische IgE-Antikörperreaktion und die eosinophile Nasenschleimhautentzündung unterscheidet sich die allergische Rhinitis von anderen Rhinitisformen (z.B. infektiöse, hormonelle oder medikamentöse Rhinitis). Inhalative Allergene lösen zudem okuläre Symptome aus wie Juckreiz in den Augen, Tränenfluss, Rötung durch Kongestion der konjunktivalen Gefäße, Chemosis oder periorbitales Ödem (1).

Kombinationsnasenspray mit Glukokortikoid und Antihistaminikum

In Form von Nasensprays eignen sich H₁-Antihistaminika für Erwachsene und Kinder mit intermittierender saisonaler allergischer Rhinitis (intermittierend = weniger als 4 Tage pro Woche oder weniger als 4 Wochen) (2). Glukokortikoidnasensprays sind sowohl bei intermittierender als auch bei persistierender allergischer Rhinitis bezüglich Wirksamkeit den nasalen H₁-Antihistaminika überlegen.

Ein Kombinationsnasenspray aus dem Glukokortikoid Fluticasonpropionat und dem H₁-Antihistaminikum Azelastin in spezieller Formulierung (Dymista®) bessert sowohl nasale als auch okuläre Symptome erheblich stärker und rascher im Vergleich zu herkömmlichen Nasensprays, welche die beiden Wirkstoffe einzeln enthalten. Die neuartige Formulierung bewirkt ein grösseres Sprayvolumen, kleinere Tröpfchen, ein spezielles Sprühmuster, eine grössere Kontaktfläche und eine verlängerte Kontaktdauer an der Schleimhaut. 2 nacheinander applizierte Sprühstösse aus 2 herkömmlichen Nasensprays erreichen nicht einen vergleichbaren Effekt (2). Dass der neue Nasenspray zusammen mit den Nasensymptomen auch die Augensymptome bessert, beruht wahrscheinlich auf einem naso-okulären Reflex. Der Kombinationsnasenspray

kann bei Jugendlichen ab 12 Jahren und bei Erwachsenen zur symptomatischen Behandlung der saisonalen allergischen Rhinitis und Rhinokonjunktivitis eingesetzt werden, wobei die Dauer der Behandlung der Allergenexpositionsdauer entsprechen sollte. Die Dosierung beträgt 1 Sprühstoss in jedes Nasenloch 2-mal täglich (morgens und abends) (3). Neue Studien zeigen, dass der Kombinationsnasenspray auch langfristig (bei kontinuierlicher Verwendung während 1 Jahres) gut wirksam, gut verträglich und sicher ist (4, 5). An diesen Studien beteiligten sich Patienten mit chronischer perennialer allergischer Rhinitis oder chronischer nicht allergischer (vasomotorischer) Rhinitis.



Am Global Atlas of Allergy haben 183 Experten mitgearbeitet, das Resultat wurde im Rahmen des Jahreskongresses vorgestellt.

Sublinguale Immuntherapie mit Tropfen und Tabletten

Bei der sublingualen Immuntherapie (SLIT) wird das Allergen von dendritischen Zellen der Mundschleimhaut aufgenommen und zu lokalen Lymphknoten transportiert, wo es immunologisch wirksam wird. Studien mit grossen Patientenzahlen (Kinder und Jugendliche mit mittelschwerer bis schwerer allergischer Rhinokonjunktivitis, ausgelöst durch Graspollen und ungenügend kontrolliert durch symptomatische medikamentöse Behandlung) haben die klinische Wirksamkeit der SLIT bestätigt (Reduktion nasaler und okulärer Symptome, Verringerung des Medikamentengebrauchs zur Symptomlinderung, Verbesserung der Lebensqualität) (6). Die zur SLIT verwendeten Tropfen und Tabletten werden von Kindern und Erwachsenen gut vertragen. Lokale Nebenwirkungen an der Mundschleimhaut sind in den ersten 14 Behandlungstagen häufig. Als systemische Nebenwirkungen können leichte Urtikaria, Angioödem oder Asthma vorkommen. Es wurden nur 11 Anaphylaxie-Zwischenfälle auf weltweit mehr als 2 Milliarden verwendete SLIT-Dosen gemeldet. Letale Nebenwirkungen sind nicht vorgekommen (6).

Die SLIT in Form von Tropfen (z.B. Staloral®) oder von Tabletten (z.B. Oralair® mit Pollenextrakt von 5 Gräsern, Grazax® mit Pollenextrakt von Phleum pratense) kann während 3 Jahren in Eigenregie zu Hause durchgeführt werden, entweder ganzjährig kontinuierlich oder prä- und kosaisonal (Beginn 2 bis 4 Monate vor der Pollensaison, Stopp am Saisonende). Nur die erste Allergenapplikation hat unter ärztlicher Aufsicht mit einer Beobachtungszeit von 30 bis 60 Minuten zu erfolgen (6). Der krankheitsmodifizierende Effekt der SLIT-Tablette Grazax® (standardisierter Graspollen-Allergenextrakt) konnte während 5 Jahren (3 Jahre Immuntherapie plus 2 Jahre Follow-up ohne Immuntherapie) im Rahmen einer randomisierten, plazebo-kontrollierten Doppelblindstudie nachgewiesen werden (6,7). An der Studie beteiligten sich insgesamt 634 Erwachsene mit mittelschwerer bis schwerer, durch Graspollen ausgelöster allergischer Rhinokonjunktivitis (mit oder ohne Asthma). Es handelte sich um Patienten, die ungenügend auf symptomatische Medikamente angesprochen hatten. Bei der Randomisierung wurden 316 Patienten der aktiven SLIT-Gruppe und 318 der Plazebogruppe zugeteilt. Während der gesamten 5-jährigen Studiendauer stellten sich 135 Patienten in der aktiven Behandlungsgruppe und 103 Patienten in der Plazebogruppe bis zur Schlusskontrolle zur Verfügung.

Der aufgrund von elektronischen Tagebuchaufzeichnungen errechnete durchschnittliche tägliche Rhinokonjunktivitis score war in jeder der 5 erfassten Graspollensaisons in der aktiven Immuntherapiegruppe um 25 bis 36 Prozent niedriger als in der Plazebogruppe (7). Der durchschnittliche tägliche Rhino-

konjunktivitis-Medikamentenscore – alle Studienteilnehmer hatten in der Graspollensaison bei allergischen Symptomen freien Zugriff auf symptomatische Medikamente – war in jeder Graspollensaison in der aktiven Therapiegruppe um 20 bis 45 Prozent niedriger als in der Plazebogruppe. In den 15 Tagen jeder Graspollensaison mit Spitzenwerten des Pollengehalts in der Luft war der Anteil der Tage mit schweren allergischen Symptomen in der aktiven Immuntherapiegruppe um 49 bis 63 Prozent geringer als in der Plazebogruppe. Zudem war die Lebensqualität im Vergleich zur Plazebogruppe um 25 bis 32 Prozent besser. Die Wirksamkeit der SLIT wurde überdies durch anhaltende signifikante Effekte auf die allergenspezifische Antikörperreaktion belegt. Schwere systemische allergische Reaktionen kamen während der 5-jährigen Studiendauer nicht vor. Als lokale Nebenwirkungen von kurzer Dauer (meist nur 5 bis 10 Minuten) wurden am häufigsten Pruritus oder Ödem im Mund, Reizung im Hals und Pruritus im Ohr genannt (7).

Alfred Lienhard

Referenzen:

1. Hellings PW: Allergic rhinitis. Global Atlas of Allergy 2014, S.178-179. www.eaaci.org (→ Resources → Global Atlas of Allergy).
2. Bachert C, in einer aktuellen Fortbildungsübersicht, herausgegeben von CME medipoint, Nürnberg, mit Unterstützung von MEDA Pharma.
3. Fachinformation Dymista® Nasenspray, www.swissmedicinfo.ch
4. Price D et al. A new therapy (MP29-02) is effective for the long-term treatment of chronic rhinitis. J Investig Allergol Clin Immunol 2013; 23: 495–503.
5. Berger WE et al. Long-term, randomized safety study of MP29-02 (a novel intranasal formulation of azelastine hydrochloride and fluticasone propionate in an advanced delivery system) in subjects with chronic rhinitis. J Allergy Clin Immunol Pract 2014; 2: 179–185.
6. Calderón MA. Sublingual allergen immunotherapy. Global Atlas of Allergy 2014, S.306–308. www.eaaci.org (→ Resources → Global Atlas of Allergy).
7. Durham SR et al. SQ-standardized sublingual grass immunotherapy: Confirmation of disease modification 2 years after 3 years of treatment in a randomized trial. J Allergy Clin Immunol 2012; 129: 717–725.



Zum Global Atlas of Allergy kommen Sie entweder online via www.eaaci.org (→ Resources → Global Atlas of Allergy) oder direkt via QR-Code.