



ALLERGIE

«United Airways»: Die vereinigten Atemwege

VORTRAG ANLÄSSLICH DER 4. DAVOSER TAGE, 20. MÄRZ 2004

von Daniel Simmen

Immer mehr Studien dokumentieren den engen Zusammenhang der oberen und unteren Atemwege, sodass man heute besser von einem einheitlichen «System» ausgeht – dem Atemwegstrakt. Das gemeinsame Auftreten der allergischen Rhinitis und des Asthma bronchiale fordert ein diagnostisches und therapeutisches Konzept, das beiden «Etagen» gerecht wird.

Weltweit steigt die Prävalenz der allergischen Rhinitis und des Asthma bronchiale sowohl bei Kindern als auch bei Erwachsenen und ist zu einer eigentlichen Volkskrankheit geworden. Aktuell wird die Zahl der Erkrankten auf etwa 25 Prozent der europäischen Bevölkerung geschätzt. Dies entspricht ungefähr 80 Millionen Einwohnern. Mögliche Ursachen dafür liegen in der zunehmenden Luftverschmutzung, den veränderten Ernährungsgewohnheiten, einer veränderten Wohnumgebung und Hygiene im Alltag, und dies auf dem Hintergrund einer genetischen Prädisposition.

Die Nase im Zentrum der Atemwege

Behandeln wir Patienten mit einem Asthma bronchiale, können wir davon ausgehen, dass etwa 60 bis 85 Prozent

auch gleichzeitig Symptome einer allergischen Rhinitis angeben. Dessen sind sich Asthmatiker oft nicht bewusst, da die Symptome der unteren Atemwege für sie im Vordergrund stehen. Bei Patienten mit der Diagnose einer allergischen Rhinitis kann man aufgrund der bisherigen Datenlage in zirka 30 Prozent der Fälle damit rechnen, dass sie im späteren Verlauf des Lebens ein Asthma bronchiale entwickeln werden. Eine weitere Untersuchung im prospektiven Langzeitverlauf (25 Jahre!) hat ergeben, dass Patienten mit einer allergischen Rhinitis ein dreimal grösseres Risiko haben, später an einem Asthma bronchiale zu erkranken. Die allergische Rhinitis kann somit auch als Frühstadium einer kombinierten allergisch definierten Atemwegserkrankung gesehen werden.

Die Nase steht im Zentrum der Atemwege und muss deshalb konsequent abgeklärt und therapiert werden, um einen möglichen Einfluss auf die unteren Atemwege frühzeitig verhindern zu können.

Leitsymptome der oberen Atemwege

Patienten mit einer Erkrankung der oberen Atemwegschleimhaut klagen in erster Linie über eine *behinderte Nasenatmung* und damit auch über eine vermehrte Mundatmung, insbesondere bei körperlicher Anstrengung. Dies wiederum führt zu einem Trockenheitsgefühl im Hals und kann weitere Symptome der unteren Atemwege begünstigen, da die eigentliche Klimaanlage der Lunge durch Umgehung der Nase wegfällt.

Weitere typische Symptome sind der *Juckreiz und die Niesattacken*. Diese werden durch Allergene und andere unspezifische Reizstoffe in der Atemluft hervorgerufen, die in direkten Kontakt mit der Nasenschleimhaut treten. Man muss sich vorstellen, dass normalerweise zirka 10 000 Liter Luft pro Tag durch die Nase eingeatmet und dabei ent-

sprechend gereinigt, befeuchtet und erwärmt und so der Lunge «klimatisiert» zugeführt werden.

Ein hartnäckiger vermehrter Sekretfluss aus der Nase kann die Patienten ebenfalls stark in ihrem Allgemeinbefinden stören. Typisch ist dabei eine *wässrige Rhinorrhö* aus der Nase als Ausdruck einer übersteigerten Schleimhautaktivität. Insbesondere Kinder leiden sehr stark unter diesem Symptom und sind ständig mit der Hand an der Nase, um sie zu reiben und das Sekret abzustreifen.

Diese Schleimhauterkrankung der Nase (Rhinitis) führt in aller Regel auch zu einer Mitbeteiligung des Nasennebenhöhlensystems (Sinusitis). Sie etabliert einen *chronischen Entzündungszustand (Rhinosinusitis)*, welcher massgeblich an der Erkrankung des unteren Atemwegsystems beteiligt ist. Als Ausdruck dieser Erkrankung bemerkt der Patient zunehmend einen ausgeprägten zähflüssigen Sekretfluss aus den Nasenhöhlen zum Rachen hin, die posteriore Rhinorrhö. Zur Beschreibung dieses Zustandes hat sich der Begriff des *«postnasal drip»* etabliert. Er wird dafür verantwortlich gemacht, dass die untere Atemwegs-schleimhaut durch direkten Kontakt mit diesem Sekret erkrankt und somit ein «Etagenwechsel» stattfindet. Die moderne wissenschaftliche Meinung sieht jedoch eher einen Zusammenhang der oberen und unteren Atemwege über die Blutbahn, vermittelt durch Eintritt von entzündlichen Mediatoren, welche in der erkrankten Nasenschleimhaut produziert werden.

Abklärungskonzept

Neben einer gründlichen Anamnese können die klinische Untersuchung und weitere Funktionsprüfungen die Diagnose einer oberen Atemwegserkrankung sichern.

Für die *klinische Untersuchung* der oberen Atemwege muss neben einer Evaluation der äusseren Nase eine Inspektion der inneren Nase durch die vordere Rhinoskopie ausgeführt werden, um allfällige strukturelle Formveränderungen zu erkennen. Dabei gilt es, die Nasenmuscheln und Schleimhautbeschaffenheit zu analysieren und allfällige pathologische Sekretansammlungen auszumachen. Die anschliessende Racheninspektion gibt Aufschluss über den Schweregrad der posterioren Rhinorrhö als Ausdruck einer Rhinosinusitis.

Eine einfache *allergologische Abklärung* (Hauttests, serologischer Nachweis) kann die Vermutungsdiagnose sichern helfen. Weiterführende Spezialuntersuchungen sind den Spezialisten vorenthalten. Eine radiologische Abklärung mittels Computertomographie soll erst nach medikamentöser Behandlung und einer Nasenendoskopie ausgeführt werden, um den Residualzustand unter Behandlung definieren zu können. Nur so kann die Indikation zu einer Operation richtig evaluiert werden. Die konventionellen Röntgenaufnahmen sind heute nur noch selten notwendig, meist nur noch bei der Behandlung einer akuten Rhinosinusitis zur Verlaufs- und Behandlungskontrolle.

Behandlungskonzept

Entscheidend ist, dass man sich im Klaren ist, welches Symptom für den Patienten im Vordergrund steht und mit welcher Strategie am besten geholfen werden kann. Neben der Allergenkarrenz stehen medikamentöse Behandlungen, die Immuntherapie oder eine operative Behandlung zur Verfügung. Ebenso wichtig ist die Motivation des Patienten, die gewählte Therapieform, insbesondere die medikamentöse Behandlung, konsequent während der ganzen «individuellen Saison» durchzuführen. Dies braucht oft mehrfache Gespräche mit den Beteiligten, um die notwendige Einsicht aufzubauen und eine langfristige Besserung der Lebensqualität erreichen zu können. Eine kurzzeitige Therapie während der extremsten Leidenszeit ist oft mit Frustrationen und Rückschlägen verbunden und bietet nicht den notwendigen Effekt für eine lang dauernde Symptombefreiheit und für den Schutz der unteren Atemwege.

Die topische Verwendung von Steroiden in der Nase führt zu einer signifikanten Verbesserung der bronchialen Hyperreagibilität mit Methacholin und zu einer signifikanten Verbesserung der Symptome eines gleichzeitig bestehenden Asthma bronchiale. Patienten, die wegen einer allergischen Rhinitis medikamentös behandelt werden, haben auch ein tieferes Risiko, symptomatische Asthmaexazerbationen zu entwickeln.

Aus Sicht des Nasenspezialisten muss auch noch auf die *Nasenpflege mit Spüllösungen* hingewiesen werden. Diese sind sehr effektiv und helfen dem Patienten, die Nase eigentlich zu reinigen und zu pflegen. Wichtig ist die Reinigung mit einer Düsenspülung, vorzugsweise mit Meerwasser, um die Verunreinigungen auf der Nasenschleimhaut wegzuwaschen. Optimal wäre, eine Nasenspülung vor der lokal medikamentösen Behandlung auszuführen, um die Wirkung optimieren zu können.

Hat sich eine chronische Rhinosinusitis etabliert und kann diese mit einer medikamentösen Behandlung nicht zufriedenstellend behandelt werden, muss eine operative Behandlung diskutiert werden. Das Ziel ist dabei, die verstopften Höhlensysteme zu befreien, die mit der medikamentösen Therapie ausreichend behandelt werden konnten. Mit Hilfe eines mikrochirurgischen Eingriffs (*endonasale Ethmoidektomie*) wird die Drainage des Nasennebenhöhlensystems wiederhergestellt. Mit einem operativen Eingriff gelingt es häufig, die Lebensqualität der Patienten nachhaltig zu verbessern. Jedoch ersetzt er die begleitende medikamentöse Behandlung nicht. Diese muss immer weitergeführt werden, damit der Patient möglichst langdauernd vom erzielten Erfolg profitieren kann. ●

Anschrift des Autors:

PD Dr. med. D. Simmen

ORL-Zentrum, Klinik Hirslanden

Tel. 01-387 28 00

E-Mail: Simmen@orl-zentrum.com

Literatur auf Anfrage erhältlich