

Fast jeder Vierte in der Bevölkerung ist von allergischer Rhinitis betroffen. 40 % der Patienten leiden zusätzlich unter Asthma. Früh mit einer adäquaten Therapie zu beginnen ist das Ziel, um die Erkrankungsprogredienz in den Griff zu bekommen.

# Modernes Management der allergischen Rhinitis



AUTORIN:

**Dr. Petra Zieglmayer**

Leiterin der Arbeitsgruppe Allergologie der Österreichischen HNO-Gesellschaft, [www.hno.at](http://www.hno.at)  
Österreichische Gesellschaft für Allergologie und Immunologie, [www.oegai.org](http://www.oegai.org)

► Die allergische Rhinitis (AR) ist eine der häufigsten chronischen Erkrankungen unserer Zeit. Aktuell leiden etwa 150 Millionen EU-Bürger an allergischen Erkrankungen, davon etwa 100 Millionen Patienten an allergischer Rhinitis und 70 Millionen an Asthma. Experten gehen davon aus, dass die Sensibilisierungsraten in den nächsten Jahren von derzeit 25 bis 40 % auf über 50 % weiter steigen werden. Laut aktuellen Schätzungen beträgt die volkswirtschaftliche Belastung der AR in Europa etwa drei Milliarden Euro jährlich, und eine angemessene und leitliniengerechte Betreuung, die momentan nur etwa 10 % der allergischen Patienten erhal-

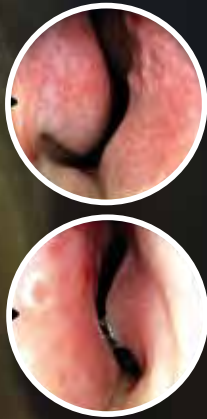
ten, würde jährlich indirekte Kosten von 55 bis 151 Milliarden Euro in der EU vermeiden. Die Erkrankung betrifft, beginnend etwa ab einem Alter von vier Jahren, alle Altersgruppen und stellt ungeachtet der auslösenden Allergenquelle eine erhebliche Belastung für die Betroffenen dar. 40 % der Rhinitiker entwickeln im Laufe ihres Lebens Asthma. Umfragen zufolge fühlen sich Betroffene jeden Alters in ihrer Lebensqualität deutlich eingeschränkt, wobei hier besonders die Beeinträchtigung der Schlafqualität, der Leistungsfähigkeit und des Soziallebens hervorgehoben werden. Über 50 % der erwachsenen Patienten und ein Drittel der Kinder geben ihre Symptome als moderat bis schwer und die bisherige Therapie als unbefriedigend an und streben nach Beschwerdefreiheit.

## Klinisches Bild ist vielfältig

Die allergische Rhinitis ist eine symptomatische Überempfindlichkeitsreaktion der Nase, die infolge

Allergenexposition durch eine IgE-vermittelte Entzündung der Nasenschleimhaut induziert wird. Sie wird in der Regel von Inhalationsallergenen wie saisonalen Pflanzenpollen (vor allem Gras- und Baumpollen) und von ganzjährig vorkommenden Hausstaubmilben, Pilzsporen und Tierepithelien ausgelöst. Um den zugrundeliegenden Entzündungsmechanismen gerecht zu werden, unterscheidet man heute nicht mehr zwischen saisonaler und perennialer Rhinitis, sondern zwischen intermittierender, die weniger als vier Tage pro Woche und weniger als vier Wochen pro Jahr andauert, und persistierender Rhinitis bei einer Beschwerdedauer, die darüber hinausgeht.

Das klinische Bild stellt sich sehr vielfältig dar: neben den typischen Leitsymptomen Juckreiz der Nase, Niesreiz, Rhinorrhoe und nasaler Obstruktion berichten Patienten sehr häufig von Augenjucken,



**Abb. 1: Vordere Nasenendoskopie mit dem typischen Bild einer allergischen Rhinitis: Ödematöse Schwellung der unteren Nasenmuscheln ohne Strukturanomalien und wässrige (!) Sekretion**

Neigung zu Sinusitis zu rechnen. Differentialdiagnostisch wären a priori infektiöse Rhinopathien und andere entzündliche Nasenschleimhautaffektionen anzudenken.

Für die Therapieplanung ist der Schweregrad der klinischen Symptomatik zu berücksichtigen. Als milde Form wird die AR dann bewertet, wenn die Symptome des Patienten keine Einschränkungen mit sich bringen. Leiden die Betroffenen neben Symptomen, die sie als störend empfinden, an Beeinträchtigungen durch Schlafstörungen, im Alltag oder in Schule und bei der Arbeit, wird der Schweregrad als mäßig bis schwer bewertet (Abbildung 2).

### Diagnostik in der Praxis

Im Praxisalltag stützt sich die Diagnostik auf die allergiespezifische Anamnese, ohne die nachfolgende diagnostische Tests nicht interpretiert werden können, den Skin-Prick-Test und den serologischen IgE-Nachweis. Nach Bedarf und Verfügbarkeit kann ein nasaler Provokationstest die klinische Relevanz der Sensibilisierung nachweisen.

### Checkliste Anamnese

Beschwerdebild:

- Was?
- Wann?
- Wo?
- Seit wann?
- Auslöser?
- Besserung durch?
- Familienanamnese? Exposition Beruf/privat?
- Vorfunde

Skin-Prick-Tests (SPT) sind ein zuverlässiges und kostengünstiges Werkzeug für die Diagnose der AR. Sie können in jedem Lebensalter auf intakter Haut durchgeführt werden, korrelieren gut mit der klinischen Reaktivität der Betroffenen und werden üblicherweise unter standardisierten Bedingungen mit kommerziell erhältlichen Extrakten oder mit nativen Substanzen durchgeführt. Ein Ergebnis liegt in wenigen Minuten vor und liefert ein gutes Bild über die aktuelle Reaktionsbereitschaft des Patienten.

Die In-vitro-Diagnostik ist nützlich bei der Identifizierung der krankheitsauslösenden Allergenquellen und umfasst in der Regel nicht nur die Bestimmung des Gesamt-IgE zur Abschätzung der allergischen Reaktionsbereitschaft, sondern auch die Erfassung allergenspezifischer IgE-Antikörper. Diese können mithilfe von Tests, basierend entweder auf Extrakten der Allergenquellen oder auf nativen sowie rekombinant hergestellten Einzelallergenen, sogenannten Komponenten, eruiert werden. Diese molekulare Allergiediagnostik hat einen Mehrwert bei Patienten mit mehreren Allergien, da die Kenntnis des Sensibilisierungsmusters sowie das Wissen um die Bedeutung der jeweiligen Allergene für die klinische Symptomatik erst eine sinnvolle und spezifische Therapieplanung, zum Beispiel die Auswahl passender Immuntherapeutika erlauben. Da

Augentränen und Konjunktivitis, Juckreiz in Rachen und Ohren. Bei persistierender, chronischer Rhinopathie, die klinisch oft unspezifisch bleibt, ist neben chronischer nasaler Obstruktion mit Hyposmie, Rhonchopathie, Dyspnoe, einer Tubenventilationstörung und einer

### Wichtige Differentialdiagnosen der akuten allergischen Rhinitis

Intermittierende, saisonale allergische Rhinitis	Akute virale Rhinopharyngitis	Akute bakterielle Rhinosinusitis
<ul style="list-style-type: none"> <li>• bekannter Heuschnupfen mit vergleichbaren Beschwerden immer zur gleichen Jahreszeit</li> <li>• Juckreiz von Nase, Rachen, Ohren</li> <li>• Niesanfälle</li> <li>• Augenjucken und -tränen</li> <li>• akute nasale Obstruktion</li> <li>• Nasenschleimhaut blass bis livide verfärbt</li> <li>• wässrige Hypersekretion</li> <li>• selten Begleitsinusitis</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kontakt zu infizierten Personen</li> <li>• leichter brennender Schmerz in Nase und Rachen</li> <li>• trockene Nasenschleimhaut</li> <li>• Schluckbeschwerden</li> <li>• Schleimhaut hochrot</li> <li>• meist mit grauen Schlieren</li> <li>• Begleitsinusitis häufig</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• meist Komplikation einer viralen Rhinopharyngitis</li> <li>• Mittelgesichtsschmerz, verschlimmert sich beim Bücken</li> <li>• Schwellung und Rötung der Schleimhaut vor allem im Bereich der mittleren Nasenmuschel</li> <li>• gelegentlich trübe bis gelbliche, eher zähe Schleimstraßen aus dem mittleren Nasengang</li> <li>• Sinusitis radiologisch nachweisbar</li> </ul>

**Tabelle 2: Wirkpotenz verschiedener Substanzgruppen auf die Symptome der AR**

	Niesreiz	Juckreiz	Rhinorrhoe	Nasale Blockade
<b>Antihistaminika (AH)</b>				
Oral (p.o.)	++	+++	++	0
Intranasal (i.n.)	++	++	++	0
<b>Steroide</b>				
Intranasal (INCS)	+++	++	+++	+++
<b>Chromone</b>				
Intranasal	+	+	+	+
<b>Leukotrienantagonisten</b>				
(LTRA)	0	0	+	++
<b>Sympathomimetika (SM)</b>				
Intranasal	0	0	0	++++
Oral	0	0	0	++
Anticholinergika (AC)	0	0	++	0

durch Hauttestungen und den Nachweis von spezifischem IgE nur eine Sensibilisierung aufgezeigt werden kann, ist erst die eindeutige Anamnese beweisend für die Diagnose AR. Bei Personen mit unklarer Anamnese und vermuteter stummer Sensibilisierung kann der nasale Provokationstest die klinische Relevanz der Sensibilisierung beweisen.

### Therapeutische Optionen

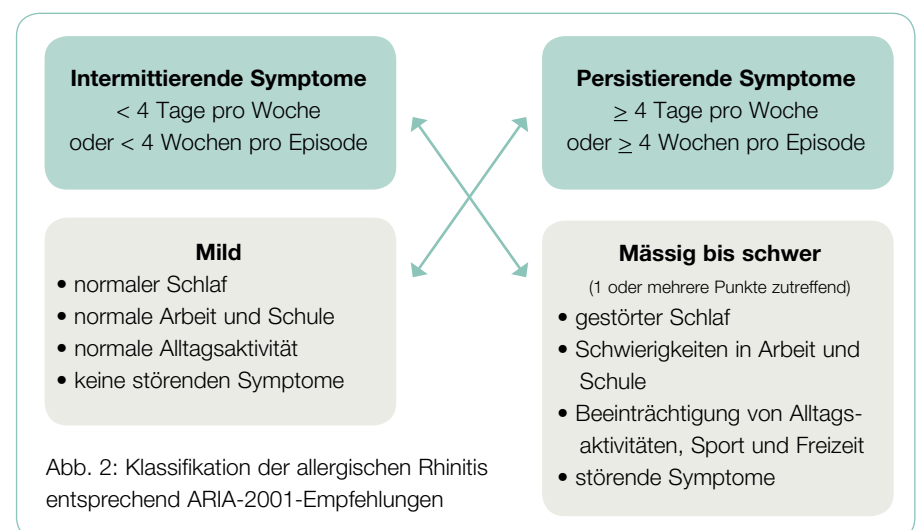
Da es sich bei der AR um eine Erkrankung handelt, die chronisch progredient verläuft und sowohl individuell als auch sozioökonomisch eine erhebliche Belastung darstellt, kommt einer schnellen und effizienten Therapie eine immense Bedeutung zu. Aufgrund der oft unspezifischen Beschwerden verzögern sich korrekte Diagnosestellung und effektive Therapie leider um Jahre, weswegen dem Vertrauensarzt als Gatekeeper eine besonders wichtige Rolle zukommt.

Eine wesentliche Maßnahme, die allerdings in Abhängigkeit vom Allergieauslöser nur bedingt bis gar nicht durchführbar sein kann, ist die Vermeidung der Allergenexposition, also die Allergenkarenz. Diese wird mit dem Patienten individuell nach den gegebenen Möglichkeiten besprochen und

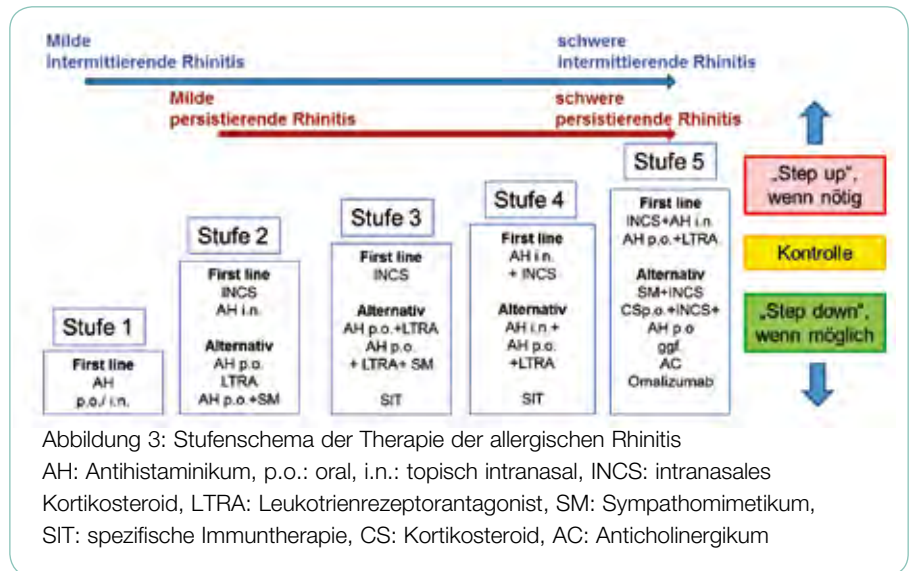
umgesetzt. Für die Erstversorgung und die akute Symptomkontrolle spielt die pharmakologische Intervention eine große Rolle bei der Behandlung der allergischen Rhinitis, insbesondere, da die Primärversorgung nach wie vor durch den praktischen Arzt stattfindet. Eine ganze Reihe an Substanzgruppen lindert effektiv die Symptome, unterscheidet sich allerdings nennenswert in ihrem Wirk- und Nebenwirkungsprofil. Antihistaminika der zweiten Generation sind oft Therapeutika erster Wahl, da sie kostengünstig und prinzipiell in jedem Alter anwendbar sind. Die klinische Wirkung ist bei topischer und systemischer Anwendung vergleichbar und deckt suffizient

die Histamin-induzierten Symptome Juckreiz, Niesreiz und Rhinorrhoe, aber nicht die nasale Obstruktion infolge der zellulären Entzündungsreaktion ab. Sehr benutzerfreundlich sind die einmal tägliche und die bedarfsorientierte Anwendung sowie der schnelle Wirkeintritt innerhalb einer halben Stunde.

Die am zweithäufigsten verordnete Substanzgruppe sind die Steroide, welche bei allergischer Rhinitis bis auf Ausnahmefälle üblicherweise lokal als Dauertherapie verordnet werden. Diese beeinflussen sowohl den humoralen als auch den zellulären Schenkel der Immunreaktion und sind daher wirksam bei allen Symptomen der allergischen Rhinitis sowie assoziierter Erkrankungen. Die modernsten topischen Präparate besitzen neben einer großen Wirkpotenz wegen ihrer fehlenden Bioverfügbarkeit auch ein sehr gutes Sicherheitsprofil, das die Anwendung in jedem Lebensalter erlaubt. Die Formulierung der neuen Präparate ermöglicht eine einmal tägliche Anwendung vergleichsweise geringer Wirkstoffkonzentrationen. Da die klinische Wirkung nicht unmittelbar eintritt, sondern sich über die ersten Tage der Anwendung aufbaut, sind topische Steroide als Bedarfsmedikation nicht geeignet. Sehr effi-



zient und anwenderfreundlich sind topische Kombinationen von Antihistaminika und Steroiden, die sich durch deutliche Additiveffekte auszeichnen. Das bedeutet, die klinische Wirksamkeit der Kombinationen, die oft nur die Hälfte der Wirkstoffkonzentration der Monopräparate enthalten, ist genauso gut wie die der Monosubstanzen. So kann das Wirkungsspektrum des Antiallergikums durch die Kombination eines Antihistaminikums mit einem Steroid deutlich erweitert werden. Topische und systemische Sympathomimetika können aufgrund ihres Nebenwirkungsprofils nur als vorübergehende Additivtherapie bei prädominanter nasaler Obstruktion angewendet werden. Hierbei sind die Kontraindikationen zu beachten. Anticholinergika kommen zum Einsatz bei ausgeprägter Rhinorrhoe jedweder Ursache, müs-



sen aber mehrmals täglich angewendet werden.

Die Verfügbarkeit einer ganzen Reihe unterschiedlicher Wirkstoffe in verschiedenen Zubereitungen ermöglicht die Anpassung der Pharmakotherapie an die individuellen Bedürfnisse

des Patienten. Analog zum Vorgehen bei Asthma wird die Therapie in einem „Step-up“- oder „Step-down“-Schema an den Schweregrad der Beschwerden des Patienten angepasst (Abbildung 3). Verschlechtert sich die Symptomatik, wird die Behandlung mit den Substan-

**JETZT NEU**

EMPFEHLEN SIE ALLENASAL®  
 ERGÄNZEND ZUM ORALEN  
 H1-ANTIHISTAMINIKUM

**Doppelt stark  
 gegen  
 Heuschnupfen**

GRÜNE BOX

REZEPTFREI



Medizinprodukt

**Allegra®**

**Antihistaminikum  
 der neuesten Generation**

Wirksam gegen Heuschnupfensymptome für 24 Stunden!

- Lindert allergiebedingte Symptome innerhalb einer Stunde und anhaltend.
- Macht nicht müde und beeinträchtigt nicht die Reaktionsgeschwindigkeit.<sup>1,2,\*</sup>

\* Nebenwirkung Schläfrigkeit auf Placeboniveau.

1) Van Cauwenberge P, Juniper EF. Clin Exp Allergy 2000.

2) Meltzer EO, et al., Mayo Clin Proc. 2005.

Allegra 120 mg Filmtabletten  
 Qualitative und quantitative Zusammensetzung: Jede Filmtablette enthält 120 mg Fexofenadinhydrochlorid, entsprechend 112 mg Fexofenadin. Liste der sonstigen Bestandteile: Tablettenkern: Mikrokristalline Cellulose, prägelminierte Maststärke, Croscarmellose Natrium, Magnesiumstearat, Filmüberzug: Hypromellose, Polyvidon, Titanoxid (E 171), hochdisperses Siliciumdioxid, Macrogol, rotes Eisenoxid (E 172), gelbes Eisenoxid (E 172) • Anwendungsgebiete: Allegra 120 mg wird angewendet bei Erwachsenen und Kindern ab 12 Jahren und älter zur Linderung der Symptome der saisonalen allergischen Rhinitis. • Gegenanzeigen: Überempfindlichkeit gegen den Wirkstoff oder einen der sonstigen Bestandteile • Zulassungsinhaber: sanofi-aventis, Wien • Abgabe: Rezeptfrei, apothekenpflichtig. • Pharmakotherapeutische Gruppe: Antihistaminika zur systemischen Anwendung, ATC-Code: R06A V26 • Stand der Information: Mai 2020. Weitere Angaben zu den besonderen Warnhinweisen und Vorsichtsmaßnahmen für die Anwendung, Wechselwirkungen mit anderen Arzneimitteln und sonstige Wechselwirkungen, Fertilität, Schwangerschaft und Stillzeit, Nebenwirkungen sowie ggf. Gewöhnungseffekte sind der veröffentlichten Fachinformation zu entnehmen.

**AlleNasal® Protect**

**Schutzfilm vor Umwelt-  
 allergenen & Reizstoffen**

Zur vorbeugenden oder symptomatischen Behandlung  
 von allergischem Schnupfen über den Tag verteilt

- Schützt vor Allergenen
- Lindert Nasenverstopfung
- Wirkt lokal auf der Nasenschleimhaut
- Macht nicht müde

AlleNasal Protect enthält Glycerol, Akazien- und Xanthogummi, Allergyanidin-G (Derivat aus Extrakten von Blättern der Teeplanze, Kurkuma-, Ginseng- und Urtica-Wurzeln) und ätherische Öle aus der Zitrone und Konservierungsstoffe.

SANOI

zen oder Substanzkombinationen der nächsthöheren Stufe angepasst. Nur bei Beschwerdefreiheit kann die Therapie reduziert werden. Eine Immuntherapie (SIT) wird bei persistierenden sowie moderaten bis starken Beschwerden empfohlen.

Die spezifische Immuntherapie (SIT) wird vom Facharzt verordnet und ist die einzige quasi „kausale“ Therapiemöglichkeit, da sie die Erkrankungsprogredienz verhindern kann und Langzeiteffekte oft noch viele Jahre nach Therapieende nachweisbar sind. In vielen Fällen lassen sich die Zunahme von Sensibilisierungen im Verlauf der Erkrankung sowie der Etagenwechsel einer AR hin zum allergischen Asthma durch die Immuntherapie vermeiden. Ihre Wirksamkeit ist für die AR genauso wie für allergisches Asthma bronchiale und Bienen- oder Wespengiftallergie belegt und bei starken Beschwerden besonders ausgeprägt. Die SIT sollte möglichst früh im Krankheitsverlauf begonnen werden und kann bereits bei Kindern ab dem 5. bis 6. Lebensjahr durchgeführt werden. Nicht nur aus medizinischer, sondern auch aus ökonomischer Sicht ist die spezifische Immuntherapie sinnvoll. Sie ist auf lange Sicht weniger kostenintensiv als eine Standard-Phar-



makoherapie, wobei die Kosteneffizienz bei Berücksichtigung der indirekten Krankheitskosten sogar noch ausgeprägter sein dürfte. Hierbei spielt neben dem therapeutischen Aspekt auch der präventive Effekt der SIT eine wesentliche Rolle.

Am Markt erhältlich sind subkutane (SCIT) und sublinguale (SLIT) Darreichungsformen. Beide Formen der spezifischen Immuntherapie sind gleichermaßen effektiv und sicher, wobei Wirksamkeit und Sicherheit spezifisch für jedes Präparat dokumentiert sind. Die Entscheidung für die eine oder die andere Applikationsform wird individuell in Absprache mit dem Patienten oder der Betreuungsperson getroffen und hängt von der besten Integrierbarkeit in den Lebensalltag ab (siehe Therapieschemata in Abbildung 4). Auch bei Verschreibung einer SLIT, die der Patient selbstständig durchführt, ist aus

Gründen der Optimierung der Therapieadhärenz einmal pro Quartal ein Feedback zum Therapieverlauf anzustreben. Die SCIT wird in der Ordination verabreicht, und der Patient bleibt jedenfalls 30 Minuten zur Nachbeobachtung vor Ort. Systemische Unverträglichkeitsreaktion sind nicht vollständig ausschließbar, weswegen ein adäquates Notfallmanagement zu schaffen und aufrechtzuerhalten ist.

## Zusammenfassung

Die allergische Rhinitis bedeutet für die Betroffenen eine erhebliche Einschränkung ihrer Lebensqualität, unabhängig davon, ob sie durch eine Pollenallergie oder durch ganzjährige inhalative Allergenquellen ausgelöst wird. Um die Erkrankungsprogression einzudämmen, ist eine frühe Intervention anzustreben – hier fungiert der Vertrauensarzt als wichtiger Gatekeeper. Sowohl diagnostisch als auch therapeutisch steht eine Reihe einander ergänzender Optionen zur Verfügung, die problemlos in den Praxisalltag integrierbar sind. Diagnostisch gilt es, die Auslöser der AR sicher zu identifizieren und adäquat zu behandeln, wobei in der supportiven Pharmakotherapie der subjektive Leidensdruck die Anpassung des Stufenschemas erlaubt. Das Langzeitziel, das nur durch die spezifische Immuntherapie erreicht werden kann, ist die Prävention von Asthma und weiteren Sensibilisierungen und Allergien.

