

Journal für Pneumologie

Asthma – COPD – Imaging – Funktionsdiagnostik –
Thoraxchirurgie – Interstitielle Lungenerkrankungen (ILD) –
Schlafapnoe – Thoraxtumor – Infektiologie – Rehabilitation

Diagnostik und Therapie der allergischen Rhinitis

Niederberger-Leppin V, Gangl K

Journal für Pneumologie 2016; 4 (1), 26-29

Homepage:

www.kup.at/pneumologie

Online-Datenbank
mit Autoren-
und Stichwortsuche

Journal für Pneumologie

e-Abo kostenlos

Datenschutz:

Ihre Daten unterliegen dem Datenschutzgesetz und werden nicht an Dritte weitergegeben. Die Daten werden vom Verlag ausschließlich für den Versand der PDF-Files des Journals für Pneumologie und eventueller weiterer Informationen das Journal betreffend genutzt.

Lieferung:

Die Lieferung umfasst die jeweils aktuelle Ausgabe des Journals für Pneumologie. Sie werden per E-Mail informiert, durch Klick auf den gesendeten Link erhalten Sie die komplette Ausgabe als PDF (Umfang ca. 5–10 MB). Außerhalb dieses Angebots ist keine Lieferung möglich.

Abbestellen:

Das Gratis-Online-Abonnement kann jederzeit per Mausklick wieder abbestellt werden. In jeder Benachrichtigung finden Sie die Information, wie das Abo abbestellt werden kann.

Das e-Journal

Journal für Pneumologie

- ✓ steht als PDF-Datei (ca. 5–10 MB) stets internetunabhängig zur Verfügung
- ✓ kann bei geringem Platzaufwand gespeichert werden
- ✓ ist jederzeit abrufbar
- ✓ bietet einen direkten, ortsunabhängigen Zugriff
- ✓ ist funktionsfähig auf Tablets, iPads und den meisten marktüblichen e-Book-Readern
- ✓ ist leicht im Volltext durchsuchbar
- ✓ umfasst neben Texten und Bildern ggf. auch eingebettete Videosequenzen.

Diagnostik und Therapie der allergischen Rhinitis

V. Niederberger-Leppin, K. Gangl

Kurzfassung: Die allergische Rhinitis ist eine sehr häufige Erkrankung. Wegen der Gefahr des Fortschreitens zu Asthma und wegen der Auswirkung der Erkrankung auf die Lebensqualität und Leistungsfähigkeit in Beruf und Schule ist eine frühzeitige systematische Diagnosestellung essentiell, die üblicherweise aus Anamnese, Haut-Pricktest und Bestimmung des spezifischen IgEs besteht. Die Therapie baut auf den drei Säulen Allergenvermeidung – symptomatische Therapie – Immuntherapie auf. Hierbei gelingt es nur durch Immuntherapie, eine dauerhafte Änderung des Krankheitsbildes und ein Fortschreiten der Erkrankung zu Asthma in vielen Fällen zu verhindern.

Schlüsselwörter: Allergische Rhinitis, Allergie, Differentialdiagnose der allergischen Rhinitis, Therapie der allergischen Rhinitis, Immuntherapie

Abstract: Diagnostics and treatment of allergic rhinitis. Allergic rhinitis is a very common disease with a propensity to develop into allergic asthma, that can have a significant effect on quality of life and productivity at work or in school. Early diagnosis of allergic rhinitis is therefore essential. Routine diagnostic procedures typ-

ically include case history documentation, skin prick testing and measurement of specific IgE antibodies. The main treatment options for allergic rhinitis are allergen avoidance, symptomatic therapy and immunotherapy. Of these, only immunotherapy is able to persistently change the course of allergic disease and prevent the development of allergic asthma. **J Pneumologie 2016; 4 (1): 26–9.**

Keywords: Allergic rhinitis, allergy, differential diagnosis of allergic rhinitis, therapy of allergic rhinitis, allergen immunotherapy

■ Die allergische Rhinitis – eine sehr häufige Erkrankung

Von einer Allergie sind ca. 20% der österreichischen Bevölkerung betroffen, Erkrankungen dieses Formenkreises gehören damit zu den häufigsten überhaupt. Die häufigste Erkrankung des allergischen Formenkreises wiederum ist die allergische Rhinitis, die sich in Form von blockierter Nasenatmung, Hypersekretion der Nase, Niesattacken und dem sogenannten „postnasalen drip“, einer vermehrten Sekretbildung an der Rückseite des Gaumensegels, manifestiert [1]. Diese Symptome treten bei Allergien gegen Pollenallergene saisonal auf, wobei sich die Symptome bei schönem Wetter verstärken. Über die aktuelle und zu erwartende Pollenbelastung können sich Pollenallergiker über den Pollenwarndienst informieren; dieser hat in den letzten Jahren einige nützliche kostenlose Handy-Apps herausgebracht, mit denen aktuelle Informationen sehr einfach abgefragt werden können [2]. Die wichtigsten Allergene, die für die allergische Rhinitis in Österreich eine Rolle spielen, sind in Tabelle 1 zusammengefasst.

Pollenallergiker, die nur gegen eine Art von Pollen sensibilisiert sind, haben meist nur einige Wochen lang Beschwerden. Bei Polyallergikern mit Sensibilisierung gegen mehrere Pollenarten gleichzeitig und bei Personen, die gegen Hausstaubmilben, Tierepithelien (Katze, Hund, Nagetiere) oder Schimmelpilze allergisch sind, kann eine chronische Allergie bestehen. Bei Patienten mit solchen persistierenden Allergiesymptomen steht oft die verlegte Nasenatmung im Vordergrund, obwohl auch hier Niesattacken und Hypersekretion eine Rolle spielen können.

Es konnte gezeigt werden, dass es sich bei der allergischen Rhinitis nicht nur um eine „milde Befindlichkeitsstörung“ handelt, sondern dass Personen, die an ihr leiden, oft massiv in ihrer Lebensqualität eingeschränkt sind. So kommt es zu Schlafstörungen, schlechterer Leistungsfähigkeit im Berufs-

leben, Einschränkungen in der Freizeit und beim Sport sowie bei Schulkindern zu schlechteren Schulerfolgen [3].

Ein weiteres Problem der allergischen Rhinitis stellt die Möglichkeit eines Fortschreitens der Erkrankung dar: 40 % der Patienten, die diese Erkrankung haben, entwickeln in späterer Folge Asthma bronchiale. Diese Erkrankung der Atemwege, die ungefähr 5 % der erwachsenen österreichischen Bevölkerung und 10 % der Kinder betrifft, ist in 70 % der Fälle allergischer Genese. Praktisch immer geht dem Entstehen eines allergischen Asthmas eine allergische Rhinitis voraus [3].

■ Allergiediagnostik bei allergischer Rhinitis

Im Durchschnitt dauert es mehrere Jahre, bis bei neu aufgetretenen Allergien die richtige Diagnose gestellt wird. Es ist daher wichtig, bei entsprechender Symptomatik eine Allergie als mögliche Differentialdiagnose in Betracht zu ziehen. Eine sehr wesentliche Rolle spielt bei der Diagnostik die richtig durchgeführte Anamnese, die üblicherweise von einer Hauttestdiagnostik und/oder Bestimmung des spezifischen IgEs gefolgt ist. Eine frühzeitige richtige Diagnose ist nicht nur wichtig, um die akuten Symptome zu lindern, sondern auch, um das Fortschreiten zu weiteren Erkrankungen durch rechtzeitige Therapie zu verhindern.

Anamnese

Bei der Allergieanamnese sollte die Art der Symptome, Expositionszusammenhänge, Zeitpunkt des Auftretens (tages- und jahreszeitliche Schwankungen), Berufsanamnese sowie eine Familienanamnese erhoben werden. Eine sorgfältig durchgeführte Anamnese gibt meist klare Hinweise auf die Auslöser. Wichtig ist, dass eine Allergie nur dann diagnostiziert werden kann, wenn auch eine entsprechende Anamnese vorhanden ist, d.h. rein positive Testergebnisse im Hauttest oder bei der IgE-Bestimmung ohne dazu passende Symptome werden als Sensibilisierung und nicht als Allergie bezeichnet.

Hauttest

Der Hauttest („skin prick test“) gibt rasch und kostengünstig Auskunft über auslösende Allergene; er ermöglicht eine

Aus der Universitätsklinik für Hals-, Nasen- und Ohrenkrankheiten, Medizinische Universität Wien

Korrespondenzadresse: a.o. Univ.-Prof. Dr. Verena Niederberger-Leppin, Klinik für Hals-, Nasen- und Ohrenkrankheiten, Allgemeines Krankenhaus Wien, A-1090 Wien, Währinger Gürtel 18–20, E-mail: verena.niederberger@meduniwien.ac.at

sofortige gezielte Beratung und Therapie von Patienten. Dieser Test kann bei nahezu allen Patientengruppen inkl. Kleinkindern durchgeführt werden. Antihistaminika und Antidepressiva müssen vor der Durchführung abgesetzt werden, da sie das Ergebnis beeinflussen können [4].

IgE-Bestimmung

Die Messung spezifischer IgE-Antikörper im Blut wird meist zur Sicherung der Diagnose durchgeführt. Insbesondere bei fraglich positivem Hauttest-Ergebnis liefert die spezifische IgE-Bestimmung wichtige Hinweise. Zusätzlich ist die IgE-Bestimmung gegen eine Vielzahl von Allergenen möglich und nicht nur die Reaktion gegen Allergenextrakte, sondern auch gegen einzelne Allergenkomponenten kann untersucht werden. Diese Komponenten-diagnostik, eine moderne Form der *In-vitro*-Diagnostik, basiert auf definierten, meist rekombinanten Einzelmolekülen, mit deren Hilfe Informationen über die Relevanz von Allergenquellen gewonnen werden kann [5]. Im Kontext der allergischen Rhinitis spielt diese Form der Diagnostik insbesondere bei der Indikationsstellung zur spezifischen Immuntherapie eine Rolle; andere wichtige Anwendungsgebiete sind die Nahrungsmittel- und die Insektengiftallergie. Eine kurze Darstellung von in Österreich wichtigen Allergenen findet sich in Tabelle 1.

Provokationstests

In Einzelfällen führt der dargestellte diagnostische Weg von Anamnese, Hauttestung und Messung spezifischer IgE-Antikörper nicht zur Klärung der Ursache für die Nasensymptome. In diesen Fällen kann eine nasale oder konjunktivale Provokation angezeigt sein. Da diese Untersuchungen direkt am betroffenen Effektororgan durchgeführt werden, bilden sie die tatsächliche Symptomatik von Patienten sehr gut ab. Da

Tabelle 1: Eigenschaften der wichtigsten, allergische Rhinitis verursachenden Allergene

	Belastungs-gipfel	Anteil Allergiker in Ostösterreich*	Marker-allergene	Kreuzreagierende Panallergene
Birke	April	42 %	Bet v1	Bet v2 (Profilin), Bet v4 (Polcalcin)
Gräser	Mai / Juni	57 %	Phl p1 Phl p5	Phl p12 (Profilin) Phl p7 (Polcalcin)
Beifuß	August	22 %	Art v1	
Ragweed	Aug. / Sept.	11 %	Amb a1	
Esche	April	18 %	Ole e1	
Hausstaubmilbe	perennial	37 %	Der p1, Der p2 Der f1, Der f2	Der p10 (Tropomyosin) Kreuzreaktion mit Shrimps
Katze	–	33 %	Fel d1	Fel d2 (Serumalbumin)
Hund	–	16 %	Can f1, Can f2	Can f3 (Serumalbumin)
Alternaria	Juli–Oktober	8 %	Alt a1	

*Quelle: Dr. W. Hemmer, Floridsdorfer Allergiezentrum

es sich aber um aufwendige Untersuchungen handelt und die oben angeführten Tests meist bereits zu einer klaren Diagnose führen, werden Provokationen in Österreich nur selten durchgeführt.

■ Differentialdiagnosen der allergischen Rhinitis

Die wichtigsten Differentialdiagnosen der allergischen Rhinitis sind in Tabelle 2 zusammengefasst. Der einfache „Schnupfen“, eine Viruserkrankung der Nasenschleimhaut, stellt die häufigste Erkrankung des Menschen überhaupt dar. Rhinoviren sind mit ca. 50 % die häufigsten Auslöser der viralen Rhinitis. Die Symptome der allergischen und viralen Rhinitis ähneln einander, so dass insbesondere beim ersten Auftreten einer allergischen Rhinitis diese von Patienten häufig mit einem gewöhnlichen Virusinfekt (= „Schnupfen“) verwechselt wird. Derzeit gibt es weder praxistaugliche Diagnoseverfahren zur Identifikation des Auslösers einer viralen Rhinitis

Tabelle 2: Differentialdiagnosen der allergischen Rhinitis

	Charakteristika	Diagnostik	Therapie
Virale Rhinitis	häufigste Erkrankung meist kurze Dauer (ca. 1 Woche)	keine spezifische Diagnostik	Symptomatische Therapie (lokale α -Mimetika)
Adenoide	Kleinkindalter, Schnarchen chron. Mundatmung Häufig Mittelohrergüsse	Ohrmikroskopie Hörtest, evtl. Nasenendoskopie	Adenotomie lokale Glukokortikoide
Septumdeviation Nasenmuschelhypertrophie	meist einseitige Nasenatmungsbehinderung	Anteriore Rhinoskopie Nasenendoskopie	Septumoperation op. Nasenmuschelplastik
Chron. Sinusitis	Nasenatmungsbehinderung Druckgefühl Nasennebenhöhlen	Nasenendoskopie NNH-CT	funktionelle endoskopische NNH-Op (FESS)
Polyposis nasi	beidseits Nasenpolypen	Nasenendoskopie NNH-CT	lokale Glukokortikoide FESS mit Polypektomie
Polyposis nasi bei Aspirin-intoleranz	Nasenpolypen, Verschlechterung der Nasensymptome u./o. Asthma bei NSAR-Gabe	Nasenendoskopie NNH-CT Provokationstestung	nasale Glukokortikoide adaptive Desaktivierung FESS mit Polypektomie
Vasomotorische Rhinitis	höheres Lebensalter, Hypersekretion im Vordergrund	keine spezifische Diagnostik	Ipratropiumbromid-Nasenspray

noch eine spezifische Therapie. Da die Erkrankung selbstlimitierend und von kurzer Dauer ist, stellt sich die Frage nach einer spezifischen Allergiediagnostik zur Differentialdiagnose meist erst bei langanhaltenden Beschwerden oder bei typisch saisonal bedingtem Auftreten von Symptomen.

Eine der häufigsten Ursachen für behinderte Nasenatmung, Schnarchen und vermehrten Sekretfluss aus der Nase im Kindesalter stellen vergrößerte Adenoide dar. Diese sind insbesondere in der Altersgruppe zwischen 2 und 6 Jahren sehr häufig. Oft atmen betroffene Kinder vermehrt durch den Mund mit potentiellen Folgen für die Ausbildung von Kiefer und Gebiss. Ein weiteres Problem stellen chronische oder rezidivierende Mittelohrergüsse („Seromukotympanon“) dar, die bei ausgeprägtem Auftreten zu Sprachentwicklungsverzögerungen führen können. Das Immungewebe, aus dem Adenoide aufgebaut sind, kann im Zusammenhang mit einer respiratorischen Allergie weiter anschwellen. Es konnte gezeigt werden, dass eine Behandlung mit nasalen Steroiden bei Kindern mit Adenoiden zu einem Rückgang der Symptome wie auch der Größe des Adenoidgewebes führen kann. Langdauernde, therapieresistente, behinderte Nasenatmung, Schlafstörungen sowie Hörstörungen stellen letztlich eine Indikation zur operativen Entfernung der Adenoide dar, die gegebenenfalls mit einer Paukendrainage kombiniert wird.

Meist leicht von einer Allergie zu differenzieren sind anatomische Ursachen einer Nasenatmungsbehinderung, z. B. eine Septumverkrümmung oder Hypertrophie von Nasenmuscheln. Diese verursachen meist einseitige Probleme, die über Jahre gleichförmig bestehen. Bei ausreichendem Leidensdruck ist eine operative Sanierung mittels Septumplastik oder Muschelplastik in vielen Fällen möglich.

Häufig ist die Ursache für eine persistierende Nasenatmungsbehinderung bei Erwachsenen eine chronische Sinusitis. Viele Patienten klagen in diesem Fall auch über ein Druckgefühl der Nasennebenhöhlen. Eine chronische Entzündung der Schleimhaut, welche die Nasennebenhöhlen auskleidet, führt zu Gewebshypertrophie und zu behindertem Sekretabfluss, und dieses Geschehen setzt wieder einen erneuten Entzündungsreiz. Eine angeborene Verengung der natürlichen Öffnungen der Nasennebenhöhlen, welche zu einer Minderbelüftung führt, setzt diesen Prozess meist in Gang. Auch die Polyposis nasi, bei der Polypen aus den Nasennebenhöhlen in die Nasenhaupthöhle wachsen und den Sekretabfluss behindern, führt zu einem ähnlichen Beschwerdebild. Ein ursächlicher Zusammenhang der chronischen Entzündung bzw. der Polyposis mit einer allergischen Erkrankung des Patienten besteht nur selten. Neben der anterioren Rhinoskopie und einer endoskopischen Untersuchung ist zur Diagnose auch eine Computertomographie der Nasennebenhöhlen nötig. Behandelt wird die chronische Sinusitis durch einen endoskopischen operativen Eingriff (FESS = funktionelle endoskopische Nasennebenhöhlen-Operation); insbesondere beim Vorliegen einer Polyposis nasi kann auch ein konservativer Therapieversuch mit lokal applizierten Glukokortikoiden erfolgreich sein.

In seltenen Fällen ist die Polyposis nasi mit einer Intoleranz gegenüber Aspirin und anderen nichtsteroidalen Antirheumatika (NSAR) vergesellschaftet; bei der Einnahme der genann-

ten Medikamente kommt es zur Verschlechterung der Nasensymptome und teils schweren Asthmaanfällen. Dieser Symptomenkomplex wird als „Samter Triade“, „Morbus Widal“ oder AERD („aspirin exacerbated respiratory disease“) bezeichnet. Ergibt sich aus der Anamnese des Patienten ein diesbezüglicher Verdacht, kann zusätzlich zu Nasenendoskopie und NNH-CT eine Diagnose mittels Provokationstestung gesichert werden, die allerdings spezialisierten Zentren vorbehalten bleibt. Da hier nach einer operativen Sanierung der Polyposis mittels FESS häufig Rezidive auftreten, hat neben einer oralen oder topischen Therapie mit Glukokortikoiden auch die Desensibilisierung durch die regelmäßige Einnahme einer geringen Dosis Aspirin einen Stellenwert [6].

Schließlich kann bei älteren Patienten auch eine vasomotorische Rhinitis die Ursache für Beschwerden aufgrund einer unangenehmen verstärkten Sekretion der Nase sein. Hier lösen keine Allergene, sondern andere Reize wie z. B. Temperaturveränderungen die Symptome aus. Eine vasomotorische Rhinitis stellt eine Ausschlussdiagnose dar, zum Ausschluss eines allergischen Geschehens kann ein Allergietest nötig sein.

■ Allergische Rhinitis und Asthma bronchiale

Zwischen der allergischen Rhinitis und asthmatischen Beschwerden der Lunge besteht ein enger Zusammenhang. Patienten mit allergischer Rhinitis leiden häufiger an asthmatischen Beschwerden als Personen ohne allergische Rhinitis; inzwischen ist auch bekannt, dass die allergische Rhinitis einen Risikofaktor für die spätere Entwicklung von allergischem Asthma darstellt. Insbesondere bei Tierhaaren (Katze, Hund) sind die allergenen Partikel so klein, dass diese nicht nur in die Nasenhaupthöhle gelangen, sondern bis in die Bronchien vordringen und dort eine Entzündungsreaktion auslösen können.

Aber nicht nur das gemeinsame Allergen, auch die anatomische Nähe, das ähnliche, mit Zilien und schleimproduzierenden Zellen ausgestattete Epithel sowie die im Epithel von Nase und Lunge vorhandenen Entzündungszellen bewirken, dass eine allergische Entzündung in der Nase auch von entsprechenden Entzündungsreaktionen in der Lunge begleitet werden kann, welche vor allem anfänglich oft nur subklinisch vorliegen. Typischerweise schreitet die Erkrankung über die Jahre von einer ausschließlichen allergischen Rhinitis in der Nase zu einer klinisch sichtbaren Mitbeteiligung der Lunge fort, dies wird als Etagenwechsel bezeichnet. Umgekehrt leiden 50–80 % der allergischen Asthmatiker auch an einer allergischen Rhinitis. Schon eine konsequente Therapie der allergischen Rhinitis mit topischen Kortikosteroiden lindert auch allfällige bronchiale Beschwerden; insbesondere eine rechtzeitige Immuntherapie einer allergischen Rhinitis verhindert den Etagenwechsel.

■ Therapie der allergischen Rhinitis

Die derzeit gültigen ARIA-Guidelines aus 2008 teilen die allergische Rhinitis in intermittierend oder persistierend ein, letzteres wenn die Symptome öfter als 4 Tage pro Woche und über mehr als 4 Wochen pro Jahr bestehen. Beim Schweregrad der Erkrankung wird leicht und mäßig-schwer unterschieden,

wobei für diese Einteilung Faktoren wie Einschränkungen in Beruf oder Freizeit sowie die nächtliche Schlafqualität eine Rolle spielen [3, 7].

Medikamente, die für die Behandlung der allergischen Rhinitis eine Rolle spielen, finden sich in Tabelle 3. Die ARIA-Leitlinie 2008 sieht hierbei einen Stufenplan vor, wobei bei allen Formen der allergischen Rhinitis als erste therapeutische Maßnahme die Allergenvermeidung vorgesehen ist. Erfahrungsgemäß ist dies jedoch außer im Fall von Tierhaarallergie nicht ausreichend möglich. Erste medikamentöse Therapieoption sind laut Leitlinie nasale oder nicht-sedierende orale Antihistaminika, topische Kortikosteroide sowie Leukotrienantagonisten. Zusätzlich können vor allem bei Pollenallergien mit kurzer Blühperiode abschwellende Nasentropfen hilfreich sein [3, 7].

Die einzige therapeutische Maßnahme, die das Fortschreiten einer allergischen Erkrankung beeinflussen und die Entstehung von Asthma bei Rhinitis-Patienten verhindern kann, ist die spezifische Immuntherapie. Klassischerweise werden bei dieser Therapieform anfangs ansteigende, später über einen längeren Zeitraum (monatlich für 2–3 Jahre) gleichbleibende Dosen des auslösenden Allergens subkutan gespritzt. Mittlerweile sind abgewandelte Formen dieses Therapieschemas üblich, zum Beispiel prä-saisonale Formen, bei denen der Patient in den Monaten vor der entsprechenden Blühperiode eine begrenzte Anzahl von subkutanen Dosen des Allergens erhält, oder Sublingualpräparate, die über einen langen Zeitraum täglich angewendet werden. Indiziert werden kann diese Therapie ab zwei symptomatischen Saisonen bei mittlerem bis hohem Leidensdruck, wenn die symptomatische Therapie zur Symptombekämpfung nicht ausreicht. Voraussetzung für einen Therapiebeginn sind neben der passenden Anamnese auch ein positiver Hautpricktest sowie erhöhte spezifische IgE-Antikörper gegen das entsprechende Allergen.

Bei Risikokindern mit positiver Familienanamnese für Allergien oder atopische Dermatitis ist aus präventiver Sicht ein früher Therapiebeginn sinnvoll. In der inzwischen klassischen PAT-Studie „preventive allergy treatment“ wurden Kinder mit allergischer Rhinokonjunktivitis und leichtem Asthma bronchiale, die eine mehrjährige subkutane spezifischen Immuntherapie erhielten, untersucht. In der Therapiegruppe litt daraufhin ein signifikant geringerer Anteil der Kinder an Asthma bronchiale als in der Kontrollgruppe. Damit konnte eindeutig gezeigt werden, dass eine frühzeitig angewandte Immuntherapie den Krankheitsverlauf dauerhaft positiv beeinflussen kann [8].

Tabelle 3: Präparate für die symptomatische Therapie der allergischen Rhinitis

	Juckreiz	Hypersekretion	Behinderte Nasenatmung	Kommentar / Nebenwirkung
Cromone	+	+	+ / –	geringe Wirkung, häufige Anwendung nötig
Orale Antihistaminika	+++	++	+ / –	Müdigkeit bei neuen Präparaten selten
Topische Antihistaminika	+++	++	+ / –	Hauptnebenwirkung: schlechter Geschmack
Topisches Ipratropiumbromid	–	+++	–	in Ö nicht als Monopräparat für die Nase erhältlich
Abschwellende Nasentropfen	–	–	+++	Rebound-Effekt, daher Anwendung nur über max. 10 Tage
Topische Kortikosteroide	+++	+++	++	geringe Nebenwirkungshäufigkeit (Trockenheit d. Nase, Epistaxis)
Antileukotriene	–	++	+	

■ Zusammenfassung

Die allergische Rhinitis ist eine sehr häufige Erkrankung, die durch Auswirkung auf Schlafqualität und Leistungsfähigkeit in Beruf und Freizeit in vielen Fällen deutliche Auswirkungen auf die Lebensqualität hat. Deshalb und wegen des möglichen Fortschreitens zu allergischem Asthma ist eine frühzeitige Diagnosestellung und passende, ausreichende Therapie essentiell. Die Allergiediagnostik beinhaltet die Allergieanamnese, den Haut-Pricktest und die Bestimmung des spezifischen IgE. Die Therapie basiert auf den drei Säulen Allergenvermeidung, symptomatische Therapie, sowie Immuntherapie, wobei nur letztere Therapieform imstande ist, den Verlauf der Erkrankung dauerhaft positiv zu beeinflussen. Aus diesem Grund sollte eine spezifische Immuntherapie frühzeitig erwogen werden.

■ Interessenkonflikt

Keiner.

Literatur:

- Bauchau V, Durham SR. Prevalence and rate of diagnosis of allergic rhinitis in Europe. *Eur Resp J* 2004; 24: 758–64.
- <https://www.pollenwarmdienst.at>
- Bousquet J, Khaltaev N, Cruz AA, Denburg J, et al; World Health Organization; GA(2)LEN; AllerGen. Allergic Rhinitis and its Impact on Asthma (ARIA) 2008 update (in collaboration with the World Health Organization, GA(2)LEN and AllerGen). *Allergy* 2008; 63 (Suppl 86): 8–160.
- Rüeff F, Bergmann K-C, Brockow K, Fuchs T, et al. Hauttests zur Diagnostik von allergischen Soforttyp-Reaktionen. *Allergo J* 2010; 19: 402–15.
- Renz H, Biedermann T, Bufe A, Eberlein B, et al. In-vitro-Allergiediagnostik. *Allergo J* 2010; 19: 110–28.
- Stevenson DD, Szczeklik A. Clinical and pathologic perspectives on aspirin sensitivity and asthma. *J Allergy Clin Immunol* 2006; 118: 773–86.
- Bousquet J, Reid J, van Weel C, Baena Cagnani C, et al. Allergic rhinitis management pocket reference 2008. *Allergy* 2008; 63: 990–6.
- Möller C, Dreborg S, Ferdousi HA, Halken S, et al. Pollen immunotherapy reduces the development of asthma in children with seasonal rhinoconjunctivitis (the PAT-study). *J Allergy Clin Immunol* 2002; 109: 251–6.

Mitteilungen aus der Redaktion

Besuchen Sie unsere zeitschriftenübergreifende Datenbank

[Bilddatenbank](#)

[Artikeldatenbank](#)

[Fallberichte](#)

e-Journal-Abo

Beziehen Sie die elektronischen Ausgaben dieser Zeitschrift hier.

Die Lieferung umfasst 4–5 Ausgaben pro Jahr zzgl. allfälliger Sonderhefte.

Unsere e-Journale stehen als PDF-Datei zur Verfügung und sind auf den meisten der marktüblichen e-Book-Readern, Tablets sowie auf iPad funktionsfähig.

[Bestellung e-Journal-Abo](#)

Haftungsausschluss

Die in unseren Webseiten publizierten Informationen richten sich **ausschließlich an geprüfte und autorisierte medizinische Berufsgruppen** und entbinden nicht von der ärztlichen Sorgfaltspflicht sowie von einer ausführlichen Patientenaufklärung über therapeutische Optionen und deren Wirkungen bzw. Nebenwirkungen. Die entsprechenden Angaben werden von den Autoren mit der größten Sorgfalt recherchiert und zusammengestellt. Die angegebenen Dosierungen sind im Einzelfall anhand der Fachinformationen zu überprüfen. Weder die Autoren, noch die tragenden Gesellschaften noch der Verlag übernehmen irgendwelche Haftungsansprüche.

Bitte beachten Sie auch diese Seiten:

[Impressum](#)

[Disclaimers & Copyright](#)

[Datenschutzerklärung](#)