

Journal für **Pneumologie**

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

Diagnostik und Therapie der allergischen Rhinitis //

Diagnosis and therapy of allergic rhinitis

Niederberger-Leppin V, Gangl K

Journal für Pneumologie 2025; 13 (1), 24-28

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-Leppin¹, K. Gangl²

Kurzfassung: Die allergische Rhinitis ist eine weit verbreitete Erkrankung, die die Lebensqualität sowie die schulische und berufliche Leistungsfähigkeit vieler Patientinnen und Patienten erheblich beeinträchtigt. Besonders bei Kindern besteht zudem das Risiko, dass sich die Erkrankung zu Asthma weiterentwickelt. Aus diesen Gründen ist eine frühzeitige Diagnosestellung von großer Bedeutung. Diese basiert in der Regel auf einer systematischen Anamnese, einem Haut-Pricktest sowie der Bestimmung spezifischer IgE-Antikörper.

Die Behandlung erfolgt durch Allergenvermeidung, symptomatische Therapie und Allergen-Immuntherapie. Letztere bietet die Möglichkeit, den

Krankheitsverlauf nachhaltig zu beeinflussen und die Entwicklung von Asthma bronchiale zu verhindern.

Schlüsselwörter: allergische Rhinitis, Allergie, Differentialdiagnose, Therapie, Allergen-Immuntherapie

Abstract: Diagnosis and therapy of allergic rhinitis. Allergic rhinitis is a common condition that significantly affects the quality of life and the academic and professional performance of many patients. In children in particular, there is a risk of

progression to asthma. For this reason, early diagnosis is essential and typically based on a systematic medical history, skin prick testing, and the detection of specific IgE antibodies.

Treatment involves allergen avoidance, symptomatic therapy, and allergen immunotherapy. The latter offers the potential to alter the course of the disease in the long term and prevent the development of asthma. *J Pneumol Online* 2025; 13 (1): 24–8.

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

■ Die allergische Rhinitis – eine sehr häufige Erkrankung

Mindestens 20 % der österreichischen Bevölkerung leiden an einer Allergie – Erkrankungen dieses Formenkreises zählen somit zu den häufigsten überhaupt. Die am weitesten verbreitete Form ist die allergische Rhinitis, die sich durch eine behinderte Nasenatmung, vermehrte Nasensekretion, wiederholte Niesanfälle sowie den sogenannten „postnasalen drip“ äußert – eine gesteigerte Sekretbildung, die an der Rückseite des Gaumensegels wahrgenommen wird [1, 2].

Diese Beschwerden treten bei Pollenallergien vor allem saisonal auf und verschärfen sich bei sonnigem Wetter. Informationen zur aktuellen und prognostizierten Pollenbelastung erhalten Betroffene über verschiedene Pollenwarndienste [3]. Die wichtigsten Allergene, die für die allergische Rhinitis in Österreich eine Rolle spielen, sind in Tabelle 1 zusammengefasst.

Pollenallergiker, die lediglich gegen eine bestimmte Pollenart sensibilisiert sind, leiden in der Regel nur über wenige Wochen hinweg unter Beschwerden. Bei Polyallergikern hingegen, die auf mehrere Pollenarten gleichzeitig reagieren, sowie bei Personen mit Allergien gegen Hausstaubmilben, Tierhaare (z. B. von Katzen, Hunden oder Nagetieren) oder Schimmelpilze kann eine chronische Verlaufsform bestehen. Bei diesen Patienten steht häufig eine dauerhaft behinderte Nasenatmung im Vordergrund, wenngleich auch Niesanfälle und eine vermehrte Nasensekretion weiterhin eine Rolle spielen können.

Zahlreiche Studien belegen, dass es sich bei der allergischen Rhinitis keineswegs nur um eine „milde Befindlichkeitsstörung“ handelt. Betroffene erleben oftmals erhebliche Einschränkungen ihrer Lebensqualität: Schlafstörungen, vermin-

derte Leistungsfähigkeit im Berufsalltag, Einschränkungen bei Freizeitaktivitäten und sportlicher Betätigung sowie bei Schulkindern ein nachweislich schlechterer Schulerfolg. Letzteres wurde beispielsweise in einer Studie an 1970 Jugendlichen und jungen Erwachsenen im Alter von 13 bis 29 Jahren gezeigt [4].

Ein weiteres ernstzunehmendes Problem der allergischen Rhinitis ist die potenzielle Krankheitsprogression: Etwa ein Drittel der betroffenen Kinder entwickelt im weiteren Verlauf ein Asthma bronchiale [5].

■ Allergiediagnostik bei allergischer Rhinitis

Im Durchschnitt vergehen mehrere Jahre, bis bei neu auftretenden Allergien eine korrekte Diagnose gestellt wird. Deshalb ist es entscheidend, bei entsprechender Symptomatik stets auch eine Allergie als mögliche Differenzialdiagnose in Betracht zu ziehen.

Eine zentrale Rolle in der Diagnostik spielt die sorgfältig durchgeführte Anamnese, die in der Regel durch eine Hauttestdiagnostik und/oder die Bestimmung spezifischer IgE-Antikörper ergänzt wird. Eine frühzeitige und zutreffende Diagnose ist nicht nur für die Linderung akuter Symptome von Bedeutung, sondern auch, um durch rechtzeitige therapeutische Maßnahmen das Fortschreiten zu weiteren Erkrankungen zu verhindern.

1. Im Rahmen der **Allergieanamnese** sollten Art und Charakter der Beschwerden, mögliche Zusammenhänge mit Allergenexposition, zeitliches Auftreten (tages- und jahreszeitliche Schwankungen), berufliche Belastungen sowie familiäre Vorbelastungen erfasst werden. Eine präzise erhobene Anamnese liefert häufig bereits deutliche Hinweise auf die relevanten Auslöser. Wichtig zu beachten ist, dass eine Allergie nur dann als gesichert gelten kann, wenn passende Symptome in Kombination mit einer entsprechenden Anamnese vorliegen. Isoliert positive Testergebnisse – sei es im Hauttest oder bei der IgE-Bestimmung – ohne klinische Symptomatik werden lediglich als Sensibilisierung und nicht als manifeste Allergie gewertet

^{*)} Aktualisierte Version des Artikels aus *Journal für Pneumologie* 2016; 4 (1): 26–29

Aus der ¹HNO-Ordination Augarten, Wien, und ²Klinik für Hals-, Nasen- und Ohrenkrankheiten, Medizinische Universität Wien

Korrespondenzadresse: a.o. Univ.-Doz. Dr. Verena Niederberger-Leppin, HNO-Ordination Augarten, A-1020 Wien, Glockengasse 24/3, E-Mail: Dr.niederberger@hno-allergie.at, Website: www.hno-augarten.at

2. Der **Hauttest (Skin-Prick-Test)** liefert rasch und kosten-effizient Hinweise auf Auslöser allergischer Reaktionen. Er ermöglicht eine unmittelbare, gezielte Beratung und Therapieplanung. Der Test ist in nahezu allen Altersgruppen, einschließlich Kleinkindern, einsetzbar. Wichtig ist, dass Antihistaminika und bestimmte Antidepressiva vor Testdurchführung abgesetzt werden müssen, da sie die Testergebnisse verfälschen können [6].

3. Die Bestimmung **spezifischer IgE-Antikörper im Blut** dient meist der diagnostischen Absicherung. Besonders bei unklaren oder grenzwertigen Hauttestergebnissen kann die IgE-Messung wertvolle Zusatzinformationen liefern. Zudem erlaubt diese Methode die Analyse einer breiten Palette an Allergenen, da IgE-Antikörper sowohl gegen Extrakte wie auch gegen definierte, meist rekombinante Einzelmoleküle (Komponentendiagnostik) bestimmt werden können.

Im Kontext der allergischen Rhinitis ist die Komponentendiagnostik insbesondere für die Entscheidung zur Durchführung einer spezifischen Immuntherapie von Bedeutung. Allergen-Chips ermöglichen die simultane Analyse der IgE-Reaktivität gegen eine Vielzahl von molekularen Allergenkomponenten und können deshalb bei komplexen Fragestellungen hilfreich sein, wie sie etwa im Zuge der Diagnostik von Nahrungsmittel- und Insektengiftallergien vorkommen. Zu beachten ist allerdings, dass die Interpretation von Allergen-Chip-Analysen häufig anspruchsvoll ist und eine umfassende allergologische Ausbildung voraussetzt. Eine Übersicht über die in Österreich bei der allergischen Rhinitis relevantesten Allergene findet sich in Tabelle 1.

4. In Einzelfällen lassen sich die Ursachen der Nasensymptomatik trotz ausführlicher Anamnese, Hauttestung und IgE-Messung nicht eindeutig klären. In solchen Situationen kann eine **nasale oder konjunktivale Provokationstestung** sinnvoll sein. Diese Tests werden direkt am betroffenen Effektororgan durchgeführt und bilden die tatsächliche klinische Symptomatik besonders gut ab. Aufgrund ihres aufwendigen Charakters und der Tatsache, dass die genannten Standarduntersuchungen in den meisten Fällen bereits zur Diagnosestellung ausreichen, werden Provokationstests in Österreich jedoch nur selten angewendet.

■ Differentialdiagnosen der allergischen Rhinitis

Die wichtigsten Differenzialdiagnosen der allergischen Rhinitis sind in Tabelle 2 zusammengefasst. Der sogenannte „ein-

Tabelle 1: Eigenschaften der Allergene und Allergenquellen, die am häufigsten eine allergische Rhinitis verursachen

	Belastungsgipfel	Anteil bei Allergikern in Österreich	Marker-Allergene	Kreuzreagierende Allergene
Birke	April	42 %	Bet v 1	Bet v 2 (Profilin) Bet v 4 (Polcalcin)
Gräser	Mai/Juni	56 %	Phl p 1 Phl p 5	Phl p 12 (Profilin) Phl p 7 (Polcalcin)
Beifuß	August	22 %	Art v 1	
Ragweed	August/Sept.	11 %	Amb a 1	
Esche	April	18 %	Ole e 1	
Hausstaubmilbe	perennial	37 %	Der p1, Der f 1 Der p2, Der f 2	Der p 10 (Tropomyosin)*
Katze	Exposition	33 %	Fel d 1	Fel d 2 (Serumalbumin) Fel d 4 (Lipocalin) Fel d 7 (Lipocalin)
Hund	Exposition	16 %	Can f 2 Can f 4 Can f 5**	Can f 1 (Lipocalin) Can f 3 (Serumalbumin) Can f 6 (Lipocalin)
Alternaria	Juli–Oktober	8 %	Alt a 1	

*Kreuzreaktion mit Shrimps; **Can f 5 wird nur von Rüden produziert

fache Schnupfen“ – eine virale Entzündung der Nasenschleimhaut – ist die häufigste Erkrankung des Menschen. In etwa 50 % der Fälle sind Rhinoviren die Auslöser dieser viralen Rhinitis. Aufgrund der ähnlichen Symptomatik werden erste Anzeichen einer allergischen Rhinitis von Betroffenen häufig fälschlich als banaler Virusinfekt interpretiert.

Obwohl für einzelne, besonders relevante Erreger respiratorischer Infektionen – wie SARS-CoV-2, RSV oder Influenza – bereits Schnelltests zur Verfügung stehen, existieren aufgrund der Vielzahl möglicher Auslöser derzeit noch keine praxisgerechten Verfahren zur zeitnahen Identifikation aller Erreger einer viralen Rhinitis. Zudem steht bislang keine spezifische Therapie zur Verfügung. Da die Erkrankung in der Regel selbstlimitierend und von kurzer Dauer ist, stellt sich die Frage nach einer gezielten Allergiediagnostik meist erst bei länger andauernden Beschwerden oder bei Symptomen mit eindeutig saisonalem Muster.

Eine der häufigsten Ursachen für behinderte Nasenatmung, Schnarchen und vermehrte Nasensekretion im **Kindesalter** sind vergrößerte adenoide Vegetationen (Rachenmandeln), insbesondere bei Kindern im Alter zwischen zwei und sechs Jahren. Betroffene Kinder atmen häufig durch den Mund, was langfristig die Entwicklung von Kiefer und Gebiss beeinträchtigen kann. Ein zusätzliches Problem stellen chronische oder rezidivierende Mittelohrergüsse (Seromukotympanon) dar, die im ausgeprägten Fall zu Sprachentwicklungsverzögerungen führen können.

Studien belegen, dass die Behandlung mit nasalen Steroiden, die bereits im Kindesalter eingesetzt werden können, sowohl zu einer Linderung der Symptome als auch zu einer Reduktion des Adenoidgewebes führen kann. Das Vorhandensein von IgE-Antikörpern gegen respiratorische Allergene hat dabei Einfluss sowohl auf die Ausprägung der durch Adenoide

Tabelle 2: Differentialdiagnosen der allergischen Rhinitis

	Charakteristika	Diagnostik	Therapie
Virale Rhinitis	häufigste Erkrankung, meist kurze Dauer (ca. 1 Woche)	keine spezifische Diagnostik	symptomatisch (lokale α -Mimetika)
Adenoide Vegetationen	Kleinkinder, Schnarchen, chron. Mundatmung, häufige Mittelohrergüsse	Ohrmikroskopie, Hörtest, evt. Epipharynxendoskopie	Adenotomie, topische Glukokortikoide
Septumdeviation, Nasenmuschelhypertrophie	meist einseitige Nasenatmungsbehinderung	anteriore Rhinoskopie Nasenendoskopie	Septumoperation, Nasenmuschelplastik
Chron. Sinusitis	Nasenatmungsbehinderung Gesichtsschmerz, Sekretion „post-nasal drip“	Nasenendoskopie NNH-CT	funktionelle endoskopische NNH-Op (FESS)
Polyposis nasi	beidseitige Nasenpolypen	Nasenendoskopie NNH-CT	topische Glukokortikoide, FESS mit Polypektomie, Biologika
Polyposis nasi bei Aspirinintoleranz	Nasenpolypen Verschlechterung der Nasensymptome und / oder Asthma bei NSAR-Gabe	Nasenendoskopie NNH-CT	topische Glukokortikoide, FESS mit Polypektomie, Biologika
Vasomotorische Rhinitis	höheres Lebensalter Hypersekretion im Vordergrund	keine spezifische Diagnostik	Ipratropiumbromid-Nasenspray

verursachten Beschwerden als auch auf das Ansprechen auf die Therapie mit nasalen Steroiden. Bestehen die Beschwerden jedoch dauerhaft, sind therapieresistent oder liegen zusätzlich Schlaf- bzw. Hörstörungen vor, ist die operative Entfernung der Adenoide – gegebenenfalls kombiniert mit einer Pauken-drainage – angezeigt.

Anatomische Ursachen wie eine Septumdeviation oder hypertrophe Nasenmuscheln lassen sich in der Regel gut von einer Allergie unterscheiden. Diese Veränderungen führen meist zu einseitigen Beschwerden, die über längere Zeit konstant bestehen bleiben. Bei entsprechendem Leidensdruck ist eine operative Korrektur durch Septumplastik und/oder Muschelplastik eine sinnvolle Therapiestrategie.

Bei **Erwachsenen** ist eine chronische Sinusitis eine häufige Ursache für eine anhaltende Nasenatmungsbehinderung. Typische weitere Symptome sind Gesichtsschmerzen, Riechstörung und nasale Sekretion. Bei dieser Erkrankung führt eine chronische Schleimhautentzündung zur Gewebshypertrophie und zu gestörtem Sekretabfluss – was wiederum die Entzündung aufrechterhält. Häufig beginnt dieser Prozess durch eine angeborene Enge der natürlichen Nebenhöhlenöffnungen, die zu einer schlechten Belüftung führt [7].

Eine Untergruppe dieser Erkrankung stellt die chronische Rhinosinusitis mit Nasenpolypen (CRSwNP, „chronic rhinosinusitis with nasal polyps“) dar. Bei diesen Patienten liegt meist ein Th2-gewichteter Entzündungstyp vor, der durch eosinophile Granulozyten und gesteigerte Gewebs-IgE-Produktion gekennzeichnet ist. Bei einem Teil der Patienten ist diese Erkrankung mit Asthma sowie Intoleranz von Acetylsalicylsäure und anderen nicht-steroidalen Antirheumatika vergesellschaftet. Bei Einnahme dieser Medikamente verschlechtern sich die nasalten Beschwerden teils drastisch, häufig treten auch schwere Asthmaanfälle auf [7].

Für die Diagnostik ist neben der anterioren Rhinoskopie und endoskopischen Untersuchung meist auch eine Computer-

tomographie der Nasennebenhöhlen erforderlich. Die typische Behandlung besteht aus topischen Kortikosteroiden und Spülungen mit Kochsalzlösungen, ergänzt mit kurzfristiger Gabe von systemischen Kortikosteroiden. Bei ausbleibender Symptomkontrolle wird eine chirurgische Behandlung in Form einer endoskopischen Sinusoperation (FESS, „functional endoscopic sinus surgery“) durchgeführt.

In den vergangenen Jahren wurden bei der Behandlung der chronischen Rhinosinusitis mit Nasenpolypen bedeutende therapeutische Fortschritte erzielt – insbesondere durch die Einführung mehrerer monoklonaler Antikörper, die gezielt Mediatoren im Entzündungsweg der Th2-Inflammation blockieren. Aufgrund der hohen Kosten kommt diese Therapie derzeit in der Regel nur bei rezidivierender Polyposis nach vorangegangener FESS-Operation sowie bei Patienten mit relevanten Komorbiditäten, etwa schwerem Asthma, zum Einsatz. Der Einsatz monoklonaler Antikörper stellt auch insofern einen Fortschritt dar, als damit nebenwirkungsreiche Behandlungsansätze wie die ASS-Desensibilisierung durch regelmäßige Gabe niedriger Aspirindosen oder wiederholte FESS-Eingriffe vermieden werden können.

Als weitere Differentialdiagnose, insbesondere bei älteren Patienten, kann auch eine vasomotorische Rhinitis die Ursache für Beschwerden sein, die sich v. a. in einer unangenehm verstärkten Nasensekretion äußern. Auslöser sind in diesem Fall nicht Allergene, sondern unspezifische Reize wie Temperaturveränderungen. Die vasomotorische Rhinitis ist eine Ausschlussdiagnose – zur Abgrenzung gegenüber allergischen Ursachen kann daher ein Allergietest notwendig sein.

■ Allergische Rhinitis und Asthma bronchiale

Zwischen der allergischen Rhinitis und asthmatischen Beschwerden der unteren Atemwege besteht ein enger Zusammenhang. Patienten mit allergischer Rhinitis entwickeln deutlich häufiger asthmatische Symptome als Personen ohne entsprechende Vorbelastung. Die allergische Rhinitis gilt des-

Tabelle 3: Präparate für die symptomatische Therapie der allergischen Rhinitis

Präparat	Juckreiz	Hypersekretion	behinderte Nasenatmung	Kommentar/Nebenwirkungen
Cromone	+	+	+/-	geringe Wirkung, häufige Anwendung erforderlich
Orale Antihistaminika	+++	++	+/-	
Topische Antihistaminika	+++	++	+/-	Hauptnebenwirkung: schlechter Geschmack
Topisches Ipratropiumbromid	-	+++	-	
Lokale α -Mimetika (abschwellende Nasentropfen/-sprays)	-	-	+++	Rebound-Effekt, deshalb nur Anwendung über max. 10 Tage
Kortikosteroid-Nasensprays	+++	+++	++	geringe NW-Rate (Trockenheit der Nase, Epistaxis)
Antileukotriene	-	++	+	

halb als wesentlicher Risikofaktor für die spätere Entwicklung eines allergischen Asthmas [5].

Die anatomische Nähe der oberen und unteren Atemwege, die strukturelle Ähnlichkeit des Epithels in Nase und Lunge – jeweils ausgestattet mit Zilien und schleimproduzierenden Zellen – sowie das Vorhandensein vergleichbarer Entzündungszellen tragen dazu bei, dass eine allergische Entzündung der Nase häufig mit subklinischen oder später auch klinisch manifesten Entzündungsprozessen in der Lunge einhergeht. Die Ausbreitung der allergischen Beschwerden von den oberen auf die unteren Atemwege wurde in den letzten Jahrzehnten als „Etagenwechsel“ bezeichnet. Zunehmend wird in der internationalen Literatur hier aber von zwei unterschiedlichen Phänotypen gesprochen, nämlich der isolierten Rhinitis einerseits und der Rhinitis mit Asthma andererseits, welche im Detail unterschiedliche Entzündungsmuster aufweisen [8].

Schon die konsequente Behandlung der Rhinitis mit topischen Kortikosteroiden kann bronchiale Symptome deutlich lindern. Besonders wirksam zur Prävention einer Manifestation von Asthma bei Patienten mit allergischer Rhinitis ist die frühzeitige Durchführung einer spezifischen Immuntherapie.

■ Therapie der allergischen Rhinitis

Die ARIA-Leitlinien [9] klassifizieren die allergische Rhinitis anhand der Symptombdauer als **intermittierend oder persistierend**. Eine persistierende Rhinitis liegt vor, wenn die Beschwerden an mehr als vier Tagen pro Woche und über einen Zeitraum von mehr als vier Wochen pro Jahr auftreten. Der Schweregrad der Erkrankung wird in leicht oder mäßig bis schwer eingeteilt. Entscheidende Kriterien für diese Bewertung sind unter anderem Einschränkungen im beruflichen oder sozialen Alltag sowie die Beeinträchtigung des Nachschlafs.

Die medikamentöse Therapie der allergischen Rhinitis folgt einem stufenweisen Vorgehen. Die verfügbaren Medikamente sind in Tabelle 3 dargestellt. Grundlage jeder Behandlungsstrategie ist die Vermeidung relevanter Allergene, auch wenn dies – mit Ausnahme der Tierhaarallergie – in der Praxis häufig nur eingeschränkt umsetzbar ist.

Die verfügbaren Medikamentenklassen haben sich seit 2008 nicht wesentlich geändert, aber in den aktualisierten medika-

mentösen Therapieempfehlungen [10] ist eine Entwicklung hin zur bevorzugten Empfehlung topischer Therapien zu vermerken. Im Vordergrund der ersten Therapiestufe stehen somit je nach Schweregrad der Rhinitis topische (oder bei Patientenpräferenz dafür nicht-sedierende orale) Antihistaminika sowie topische Kortikosteroide, gegebenenfalls auch topische Kombinationspräparate beider Medikamentenklassen. Zusätzlich können vor allem bei Pollenallergien mit kurzer Blühperiode abschwellende Nasentropfen hilfreich sein.

Die einzige therapeutische Maßnahme, die das Fortschreiten einer allergischen Erkrankung beeinflussen und die Entwicklung von Asthma bei Patienten mit allergischer Rhinitis nachweislich verhindern kann, ist die **spezifische Immuntherapie (SIT)**. Klassischerweise erfolgt diese Behandlung durch subkutane Injektionen des auslösenden Allergens in zunächst ansteigender, später über einen Zeitraum von zwei bis drei Jahren monatlich gleichbleibender Dosierung. Inzwischen sind auch modifizierte Therapieschemata etabliert, etwa prä-saisonale Konzepte, bei denen Patienten in den Monaten vor Beginn der Allergenexposition eine begrenzte Anzahl subkutaner Injektionen erhalten, oder sublinguale Präparate, die über einen längeren Zeitraum hinweg täglich angewendet werden.

Eine Indikation zur spezifischen Immuntherapie besteht bei mäßig bis schwerer allergischer Rhinitis, also bei mittlerem bis hohem Leidensdruck, insbesondere wenn die symptomatische Behandlung keine ausreichende Linderung erzielt, und sogar bei leichter Symptomatik, wenn das Behandlungsziel der Krankheitsmodifikation besteht. Voraussetzung für den Therapiebeginn ist neben einer aussagekräftigen Anamnese ein positiver Hautpricktest sowie nachgewiesene spezifische IgE-Antikörper gegen das relevante Allergen [11].

Bei Kindern mit erhöhtem Risiko für allergische Erkrankungen – etwa bei positiver Familienanamnese für Allergien oder bestehender atopischer Dermatitis – gilt aus präventiver Sicht ein früher Beginn einer spezifischen Immuntherapie (SIT) als besonders sinnvoll. Bereits in der wegweisenden, offen durchgeführten PAT-Studie (Preventive Allergy Treatment) konnte gezeigt werden, dass Kinder mit allergischer Rhinokonjunktivitis und mildem Asthma bronchiale, die über drei Jahre eine subkutane SIT erhielten, langfristig signifikant seltener an manifestem Asthma bronchiale litten als Kinder in der Kontrollgruppe [12]. Diese Ergebnisse lieferten erstmals belastbare

Hinweise auf das präventive Potenzial einer frühzeitig eingeleiteten SIT hinsichtlich der Asthmaentwicklung. Die Ergebnisse dieser klassischen Studie konnten zwar in einer doppelblind und placebokontrolliert durchgeführten Follow-up-Studie nicht in allen Endpunkten mit Signifikanz reproduziert wer-

den, jedoch zeigten sich weiterhin signifikante Verbesserungen von Asthma-Symptomen und spezifischem Medikamentenverbrauch durch die AIT [13]. Zusammenfassend ist ein früher Therapiebeginn bei Risikokindern somit weiterhin empfohlen [14].

Literatur:

1. Bauchau V, Durham SR. Prevalence and rate of diagnosis of allergic rhinitis in Europe. *Eur Resp J* 2004; 24: 758–64.
2. Kölli F, et al. Aero-allergen sensitization in the general population: longitudinal analyses of the LEAD (Lung Heart Social Body) study. *J Asthma Allergy* 2022; 15: 461.
3. Pollenservice Wien, <https://www.meduni-wien.ac.at/web/pollenservice-wien/pollenflugkalender/>, Österreichischer Polleninformationsdienst, <https://www.polleninformation.at>
4. Vieira RJ et al. Academic productivity of young people with allergic rhinitis: a MASK-air study. *J Allergy Clin Immunol Pract* 2022; 10: 3008.
5. Lindqvist M, et al. Natural course of pollen-induced allergic rhinitis from childhood to adulthood: a 20-year follow up. *Allergy* 2024; 79: 884.
6. Ruëff F, et al. Hauttests zur Diagnostik von allergischen Soforttyp-Reaktionen. *Allergo Journal* 2010; 19: 402–15.
7. Fokkens WJ, et al. European Position Paper on Rhinosinusitis and Nasal Polyps 2020. *Rhinology* 2020; 20 (suppl S29): 1–464.
8. Bousquet J, et al. Rhinitis associated with asthma is distinct from rhinitis alone: the ARIA-MeDALL hypothesis. *Allergy* 2023; 78: 1169–203.
9. Bousquet J, et al. 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.
10. Bousquet J, et al. Next-generation Allergic Rhinitis and Its Impact on Asthma (ARIA) guidelines for allergic rhinitis based on Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation (GRADE) and real-world evidence. *J Allergy Clin Immunol* 2020; 145: 70–80.e3.
11. Pfaar et al, Leitlinie Allergen-Immuntherapie bei IgE-vermittelten allergischen Erkrankungen (AWMF 061-004), 2022.
12. Möller C, 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.
13. Valovirta E, et al. Results from the 5-year SQ grass sublingual immunotherapy tablet asthma prevention (GAP) trial in children with grass pollen allergy. *J Allergy Clin Immunol* 2018; 141: 529–38.e13.
14. Arshad H, et al. Prevention is better than cure: impact of allergen immunotherapy on the progression of airway disease. *J Allergy Clin Immunol Pract* 2024; 12: 45–56.

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](#)