

ELTERNRATGEBER

Allergischer Schnupfen

überarbeitet 12/2020

ELTERNRATGEBER

Allergischer Schnupfen

Peter J. Fischer und Dominik Fischer, Schwäbisch Gmünd

Liebe Eltern,

15–25% der Gesamtbevölkerung leiden an einem allergischen Schnupfen. Er ist keine Bagatellerkrankung, sondern kann die Lebensqualität erheblich beeinträchtigen. Die Beschwerden beginnen meist im Kindes- und Jugendalter.

Aufgaben der Nase

Die Nase hat die wichtigen Funktionen der Reinigung, Erwärmung und Befeuchtung der eingeatmeten Luft. Wird durch den Mund geatmet, fallen diese Schutzmechanismen aus. Dadurch kann es zu einer Austrocknung und Reizung des Rachens und der Bronchialschleimhaut kommen und Allergieauslöser können direkt in die Lunge gelangen. Etwa 50% des Widerstandes, den die Atemluft überwinden muss, bis sie in die tiefsten Atemwege gelangt ist, wird durch die Nase hervorgerufen. Vor allem bei Säuglingen und klei-

nen Kindern wird die Atmung durch eine verstopfte Nase deutlich beeinträchtigt.

Symptome

Das Leitsymptom allergischer Erkrankungen der Nase ist der Schnupfen (Rhinitis). Als Fließschnupfen äußert er sich mit ständig laufender Nase, Niesattacken und Juckreiz in der Nase sowie am Gaumen und Rachen. Er wird häufig begleitet von einer allergischen Bindehautentzündung (Konjunktivitis) mit geröteten, tränenenden und juckenden Augen. Beim Stockschnupfen kommt es durch die Schwellung der Nasenschleimhaut zu einer verstopften Nase, hier steht die blockierte Nasenatmung mit näselnder Sprache und Mundatmung im Vordergrund.

Komplikationen

Bei beiden Schnupfenformen kann es zusätzlich durch ein Anschwellen der

Schleimhaut der Nasennebenhöhlen zu Schmerzen im Bereich des Gesichts und zu einem dumpfen Druck im Kopf kommen. Eine blockierte Ohrtrumpete (Verbindung zwischen Rachen und Mittelohr) führt zu Ohrdruck oder Mittelohrerguss. Geruchs- und Geschmackssinn werden gestört, eine Reihe von Kindern schläft schlecht. Im akuten Stadium kann das Allgemeinbefinden, einem grippalen Infekt ähnlich, deutlich beeinträchtigt sein („Heufieber“). Bei 30–40% der Betroffenen reagieren im Laufe der Zeit auch die Bronchien überempfindlich auf den Allergieauslöser, es kann zu einem Asthma bronchiale kommen (sogenannter „Etagenwechsel“).

Saisonaler und ganzjähriger Schnupfen und Auslöser

Man unterscheidet den saisonal zu einer bestimmten Jahreszeit auftretenden allergischen Schnupfen (z. B. Heuschnupfen bei Pollenallergie) vom allergischen Dauerschnupfen (perennial Schnupfen, z. B. durch Hausstaubmilben), der mehr oder weniger konstant das ganze Jahr über besteht. Zudem gibt es Mischformen eines allergischen Dauerschnupfens, die durch ganzjährig vorkommende Allergieauslöser mit einer zusätzlichen saisonalen Verschlechterung, z. B. durch Pollen, hervorgerufen werden.

Für den Fließschnupfen sind meist saisonale Allergieauslöser wie Pollen, seltener Schimmelpilze (z. B. *Alternaria*) verantwortlich. Ursache des Stockschnupfens sind eher ganzjährig vorkommende Allergieauslöser wie Hausstaubmilben, Tierhaare und Schimmelpilze.



© Luckyboost/Photo12

Diagnose

Vorgeschichte

Die Vorgeschichte mit den genauen Beschwerden und dem saisonalen oder ganzjährigen Auftreten liefert bereits entscheidende Hinweise. Bei der Untersuchung findet die Ärztin bzw. der Arzt neben einer laufenden oder blockierten Nase mit geschwollener Nasenschleimhaut und geröteten Augen bei Kindern oft weitere Zeichen: dunkle Ringe und eine Anschwellung unter den Augen oder eine Mundatmung mit nächtlichem Schnarchen. Zusätzlich kann ein Mittelohrerguss vorliegen. Die Lunge wird zum Ausschluss einer Mitreaktion der Bronchien ebenfalls abgehört und evtl. eine Lungenfunktionsuntersuchung durchgeführt.

Allergietest

Es folgt eine Allergietestung entweder als Haut-Prick-Test oder Bluttest, in manchen Fällen werden beide Tests benötigt. Passen Allergietest und Symptome zusammen (z.B. Gräserpollen positiv und Heuschnupfen im Mai und Juni), handelt es sich um eine Allergie. Liegt ein positiver Allergietest ohne entsprechende Symptome vor, spricht man von einer Sensibilisierung. Der Körper hat in diesem Fall zwar Allergieantikörper gebildet, aber (noch) keine Beschwerden entwickelt. Kann durch die Vorgeschichte und den Allergietest der verantwortliche Auslöser nicht eindeutig bestimmt werden, wird evtl. eine nasale Provokation mit dem verdächtigen Auslöser erforderlich.

Andere Schnupfen-Ursachen

Nicht allergischer Schnupfen

Häufigste Ursache für einen akuten, nicht allergischen Schnupfen sind Luftwegsinfekte infolge eines Virus. Auch eine unspezifische Überempfindlichkeit der Nasenschleimhaut auf Kälte, Austrocknung oder Tabakrauch und andere

seltene Ursachen können einen nicht allergischen Dauerschnupfen auslösen.

Mechanische Verlegung

Neugeborene und junge Säuglinge können aufgrund der noch engen Verhältnisse im Nasen- und Rachenraum über Wochen harmlose schnorchelnde Atemgeräusche produzieren. Stark vergrößerte Rachenmandeln (Adenoide) und gelegentlich auch vergrößerte Gaumenmandeln (Tonsillen) können insbesondere bei Kleinkindern eine hartnäckig verlegte Nasenatmung mit Schnarchen, Mundatmung und gestörtem Schlaf verursachen. Auch seltene angeborene Fehlbildungen, eine Verkrümmung der Nasenscheidewand oder Nasenpolypen können die Nasenwege einengen. Bei anhaltender einseitiger Absonderung von eitrigem, übel riechendem Sekret muss ein Fremdkörper in der Nase (z. B. eine Perle) ausgeschlossen werden. Bei Verdacht auf eine mechanische Verlegung der Nasenwege sowie in anderen unklaren Fällen sollte daher eine HNO-ärztliche Abklärung erfolgen.

Therapie

Meiden des Allergieauslösers

An erster Stelle steht das konsequente Meiden des Allergieauslösers (➔ **Elternratgeber**: „Mein Kind hat eine Pollenallergie“; „So können Sie die Hausstaubmilben-Belastung reduzieren“; „Atemwegsallergien durch Schimmelpilze“). Zusätzliche unspezifische Reizfaktoren wie Tabakrauch müssen ebenfalls ausgeschaltet werden.

Medikamente

Nasen- und Augenspülungen mit Kochsalzlösung können die Beschwerden lindern. Zusätzlich kann ein antiallergisches Nasenspray (z. B. Allergodil®, Livocab® oder die schwächer wirksame und mindestens 4-mal tgl. anzuwendende Cromoglycinsäure), evtl. kombiniert

mit antiallergischen Augentropfen erforderlich sein. Antihistaminika zum Einnehmen (z. B. Cetirizin, Loratadin) bessern gleichzeitig die Nasen- und die Augensymptome. Abschwellende Nasensprays (z. B. Nasivin®, Olynth®) sollten nur ausnahmsweise und über maximal 3–5 Tage angewendet werden.

Den stärksten Effekt auf die durch die allergische Entzündung hervorgerufene Nasenblockade haben kortisonhaltige Nasensprays. Bei den modernen Präparaten (z. B. Mometason, Fluticason) sind keine relevanten Nebenwirkungen zu erwarten. Die Kombination eines Kortisons mit einem Antihistaminikum in einem Nasenspray (Dymista®) führt zu einer schnelleren Wirkung.

Hyposensibilisierung

Sind die Heuschnupfenbeschwerden ausgeprägt und bestehen seit mindestens 2 Jahren, ist eine Hyposensibilisierungsbehandlung angezeigt (➔ **Elternratgeber** „Hyposensibilisierung“). Sie kann bei mindestens 3 von 4 Pollenallergikern die Beschwerden deutlich lindern. Zudem sinkt durch diese Therapie für das Kind das Risiko, später an einem Asthma bronchiale und anderen Allergien zu erkranken (sekundäre Prävention). Auch bei einem allergischen Dauerschnupfen durch Hausstaubmilben kann die Hyposensibilisierung mit guten Erfolgschancen durchgeführt werden.

Weitere Informationen unter: ➔ **Elternratgeber der Gesellschaft für Pädiatrische Allergologie**.

Dr. med. Peter J. Fischer
Dr. med. Dominik Fischer

Praxis für Kinder- und Jugendmedizin
Allergologie – Kinderpneumologie
Mühlberg 11 | 73525 Schwäbisch Gmünd