

Rhinitis allergica

Definition und Basisinformation

Entzündliche Erkrankung der Schleimhaut der Nase in zeitlichem Zusammenhang zu einer Exposition gegenüber Inhalationsallergenen bei vorhandener spezifischer Sensibilisierung (meist Gräser- oder Baumpollen, Hausstaubmilben, seltener Tierepithelien oder Schimmelpilze). Ebenso wie bei allen anderen atopischen Erkrankungen Zunahme von Prävalenz und Inzidenz in den letzten Jahren, allerdings große Schwankungen zwischen unterschiedlichen Ländern und Erdteilen.

- ◆ Saisonale Form (Baum-, Gräser-, Kräuterpollen, evtl. Schimmelpilze)
- ◆ Perenniale Form (Hausstaubmilben, Tierepithelien, Schimmelpilze)

Leitsymptome

Nasale Obstruktion (Stockschnupfen, besonders bei perennialer Form), seröse Rhinorrhö, nasaler Pruritus, Niesanfalle (besonders bei saisonaler Form), konsekutiv Mundatmung und nächtliches Schnarchen.

Im Zusammenhang mit einer Rhinitis allergica tritt häufig auch eine Konjunctivitis allergica auf, in ca. 40 Prozent entwickelt sich ein polleninduziertes Asthma.

Diagnostik

Zielsetzung einzelner diagnostischer Verfahren

- ◆ Anamnestischer Nachweis eines zeitlichen Zusammenhangs zwischen Allergenexposition und nasalen Symptomen (ggf. Symptomtagebuch)
- ◆ Hauttestung (Prickverfahren) zum Nachweis einer spezifischen allergischen Sensibilisierung
- ◆ Alternativ: Bestimmung des spezifischen Serum-IgE auf verdächtige Allergene (vor allem bei Kleinkindern und bei Kindern mit ausgeprägter atopischer Dermatitis)
- ◆ In fraglichen Situationen (Diskrepanz zwischen Anamnese und Hauttest bzw. spez. IgE-Bestimmung): spezifische nasale Allergenprovokation

Bewertung einzelner diagnostischer Verfahren

- Bei saisonaler Rhinitis allergica ergibt sich die aktuelle Sensibilisierung oft aus der Anamnese.
- ◆ Positive Hauttestreaktion (Prick): Eine Sensibilisierung liegt dann vor, wenn die Allergen-

reaktion (Quaddeldurchmesser) mindestens zwei Drittel der Histaminreaktion ausmacht und > 3 mm ist.

- ◆ Positiver Nachweis von spez. IgE im Serum: Eine Sensibilisierung liegt nur bei einem signifikanten Messwert vor (Grenzwerte für jeweilige Methode beachten).
- ◆ Schleimhautprovokationstest: Indiziert, wenn Anamnese und Hauttest bzw. Serum-IgE kein eindeutiges Ergebnis bringen. Positive Reaktion bei nasaler Provokation (anteriore Rhinomanometrie und/oder klinische Beurteilung) Hinweis: Ein positiver Allergietest (Hauttest oder spez. IgE-Bestimmung) beweist nicht in jedem Fall die klinisch aktuelle Sensibilisierung. Überzeugend ist die Bestätigung des Allergietests durch eine entsprechende klinische Beobachtung in der allergenrelevanten Zeit. Bei eindeutigem Zusammenhang zwischen Exposition und Symptomen sowie gleichzeitigem Nachweis einer spezifischen Sensibilisierung im Hauttest oder durch spezifische IgE-Bestimmung im Serum ist die nasale Provokation entbehrlich.

Ausschlussdiagnostik

Negativer Hauttest auf alle potenziellen Inhalationsallergene bzw. negative spezifische IgE-Bestimmung. Sicherer Ausschluss bei negativer Schleimhautprovokation.

Nachweisdiagnostik

Positiver Allergietest (s. o.) in Kombination mit anamnestisch zeitlichem Zusammenhang zwischen Exposition und Symptomen, bzw. positive nasale Provokation.

Entbehrliche Diagnostik

Bei eindeutigem Zusammenhang zwischen Exposition und Symptomen sowie gleichzeitigem Nachweis einer entsprechenden spezifischen Sensibilisierung im Hauttest oder durch spezifische IgE-Bestimmung im Serum ist die nasale Provokation entbehrlich. Ebenso ist bei positivem Hauttest die Untersuchung des spez. IgE im Serum entbehrlich.

Durchführung der Diagnostik

Allergologisch erfahrener Arzt für Kinder- und Jugendmedizin bzw. Arzt für Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatzbezeichnung „Allergologie“.

Therapie

Kausale Therapie

Allergenkarenz.

Symptomatische Therapie

Abschwellende Nasentropfen in der akuten Phase für max. sieben Tage (Vorsicht bei Säuglingen).

Medikamentöse Therapie

- ◆ DNCG nasal (drei- bis viermal täglich, Beginn präseasonal bei saisonaler allergischer Rhinitis, Daueranwendung zur antiinflammatorischen Therapie, akut wenig wirksam!)
- ◆ Nedocromil nasal (lokale Applikation, im Vergleich zum DNCG stärker wirksam, zugelassen ab sechs Jahre)
- ◆ Topische Antihistaminika, als Dauerapplikation zweimal täglich, zugelassen ab sechs Jahre
- ◆ Lokal wirksame Steroide, Daueranwendung je nach Präparat ein- bis zweimal täglich, effektivste Therapie
- ◆ Orale neuere, nicht-sedierende Antihistaminika, geringere Wirksamkeit als lokale Antihistaminika, zugelassen jedoch überwiegend ab dem zweiten bzw. dritten Lebensjahr.
- ◆ Leukotrien-Rezeptorantagonisten (bisher für diese Indikation nicht zugelassen); etwa gleichwertige Reduktion der allergischen Symptome wie durch orale nicht-sedierende Antihistaminika, aber nur bei einem Drittel der Patienten wirksam. Kombination mit Antihistaminika möglich. Leukotrien-Rezeptorantagonisten sind auch positiv auf ein gleichzeitig bestehendes allergenbedingtes Asthma bronchiale wirksam.

Interventionelle Therapie

Systemische Hyposensibilisierung: Subkutane Injektionen des jeweiligen Allergens in ansteigender Konzentration über einen Zeitraum von drei Jahren, beste Ergebnisse bei Weiterführung auch während der Saison in niedrigerer Konzentration. Über sublinguale Applikation liegen bisher zu wenig Daten vor.

Indikation zur Hyposensibilisierung: Pollensensibilisierung mit stärkeren Beschwerden (zusätzlicher präventiver Effekt auf die Entstehung eines Asthma bronchiale in der Diskussion), Hausstaubmilbensensibilisierung mit weiterbestehenden chronischen Symptomen trotz Allergenkarenzmaßnahmen und medikamentöser Lokalthherapie (selten) oder Pollensensibilisierung mit gleichzeitigem Bestehen eines allergeninduzierten Asthmas bronchiale (hierdurch positive Beeinflussung des Asthmas und einer möglichen Ausweitung der Sensibilisierung).

Chirurgische Therapie

Entfällt aufgrund hervorragender Wirksamkeit der lokalen Steroide.

Therapiedurchführung

Allergologisch erfahrener Arzt für Kinder- und Jugendmedizin bzw. Arzt für Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatzbezeichnung „Allergologie“. Bei Hyposensibilisierung auf Schockapotheke achten.

Rehabilitation

Entfällt.

Primäre und sekundäre Prävention

Meiden von Inhalationsallergenen (Haustiere, Hausstaubmilbenreduktion) sowie Meiden von Tabakrauchexposition bei genetisch atopie disponierten Individuen, insbesondere im ersten Lebensjahr. Durch die spezifische Immuntherapie kann bei einem Teil der Kinder der so genannte „Etagenwechsel“ (von der allergischen Rhinitis zum Asthma) verhindert werden.

*Prof. Dr. med. Frank Riedel
Altonaer Kinderkrankenhaus
Bleickenallee 38, 22763 Hamburg
E-Mail: F.Riedel@uke.uni-hamburg.de*

Literatur

[1] The International Study of Asthma and Allergies in Childhood (ISAAC), world-wide variation in prevalence of symptoms of asthma, allergic rhinoconjunctivitis and atopic eczema: ISAAC. *Lancet* 351 (1998): 1225-1232

[2] WHO-Positionspapier (International Consensus Report on the Diagnosis and Management of Rhinitis), *Allergy* (1994): Suppl 49

[3] Passali D, Mösges R, Hassan HA et al (1999): International conference on allergic rhinitis in childhood. *Allergy* 54 (Suppl. 55): 4-34

[4] J. Bousquet, van Cauwenberge P, Khaltaev N (2002): Allergic Rhinitis and its Impact on Asthma (ARIA) – in Collaboration with WHO (Workshop). *Allergy* 57: 841-855