

Allergische Rhinitis richtig erkennen und behandeln

Einfach strukturiertes, schrittweises Vorgehen verbessert Behandlungsqualität

Die American Academy of Otolaryngology – Head and Neck Surgery Foundation (AAO-HNSF) hat eine neue Leitlinie zur Diagnostik und Therapie der allergischen Rhinitiden in 14 Empfehlungen zusammengefasst. Dabei unterscheidet sie zwischen ärztlichen Handlungen, die erfolgen sollen, die durchgeführt werden können und die zu unterlassen sind.

Otolaryngology – Head and Neck Surgery

Allergische Rhinitiden sind häufige Erkrankungen mit hohen direkten und indirekten Krankheitskosten. Entsprechend gibt es eine Vielzahl von diagnostischen Tests und Therapien, die sehr unterschiedlich eingesetzt werden. Die Guideline definiert die allergische Rhinitis als eine durch Immunglobulin E (IgE) vermittelte entzündliche Reaktion der Nasenschleimhaut nach Exposition mit eingeatmeten Allergenen. Nach Art und Dauer der Allergenexposition ergeben sich verschiedene Verlaufsformen der allergischen Rhinitis (*Kasten 1*).

MERKSÄTZE

- ❖ Eine schlüssige Diagnose einer allergischen Rhinitis ohne diagnostische Tests ist schwierig, die Formulierung einer klinischen Diagnose aufgrund von Anamnese und körperlicher Untersuchung ist aber ein vernünftiger Weg.
- ❖ Auf Basis der klinischen Diagnose kann eine empirische Therapie stattfinden.
- ❖ Reicht diese nicht aus, sollen Allergietests (spez. IgE) durchgeführt werden.
- ❖ Beeinträchtigen die Symptome die Lebensqualität, sollen intranasale Steroide empfohlen werden.
- ❖ Stehen Niesen und Juckreiz im Vordergrund, sollen orale Antihistaminika empfohlen werden.
- ❖ Bei inadäquatem Ansprechen auf eine Pharmakotherapie (allein oder zusammen mit Umgebungsmassnahmen) soll eine sublinguale oder subkutane Immuntherapie angeboten werden.

Für die Praxis reicht oft die «klinische Diagnose»

Die vorliegende Guideline versucht verbindliche Hinweise zu geben, die auf allen Ebenen der Versorgung (Grundversorger/Spezialisten, Kinder/Erwachsene) zu qualitativen Verbesserungen im Management der Erkrankung beitragen. Dazu hat sich die Guideline-Entwicklungsgruppe auf 14 Punkte in Diagnostik und Therapie beschränkt (*Kasten 2*).

Die Empfehlung 1 zu Anamnese und Befunderhebung stützt sich auf Beobachtungsstudien mit einem Überwiegen von Nutzen über Schaden (Evidenzgrad C). Die Guideline hält fest, dass eine schlüssige Diagnose einer allergischen Rhinitis ohne diagnostische Tests schwierig ist, erklärt aber die Vermutungsdiagnose aufgrund von Anamnese und körperlicher Untersuchung als vernünftigen Weg. Deshalb wurde der bewusst unscharfe Begriff der «klinischen Diagnose» gewählt.

Die Empfehlung 2 zum Einsatz von Allergietests stützt sich auf randomisierte kontrollierte Studien und systematische Reviews. Bewusst wurde auf die Spezifikation verzichtet, welche spezifischen IgE-Tests (Blut oder Haut) veranlasst werden sollen. Auch die Art der empirischen Behandlung wird nicht vorgegeben, gemeint sind jedoch Umgebungsmassnahmen, Allergenvermeidung und Medikamente. Auch die Patientenpräferenzen tragen in massigem Rahmen zur Auswahl des Vorgehens in diesem Punkt bei.

Die Ablehnung von routinemässig angeordneten bildgebenden Verfahren (Punkt 3) stützt sich auf Beobachtungsstudien (Evidenzgrad C) mit hoher Überzeugungskraft und soll zu einer Vereinheitlichung des Vorgehens und zur Vermeidung unnötiger Strahlenbelastung beitragen.

Kontrolle von Umgebungsfaktoren und Suche nach Begleiterkrankungen

Zum Umgang mit Umgebungsfaktoren (Allergenvermeidung resp. -kontrolle) geben die Autoren nur eine Expertenmeinung (Option) ab, die sich auf randomisierte kontrollierte Studien mit geringeren Einschränkungen (Evidenzgrad B) sowie auf Beobachtungsstudien stützt. Zwar haben viele Studien eine Reduktion der Allergenspiegel nachweisen können, aber die Symptomlinderung erwies sich als eingeschränkt. Bei den Vorkehrungen gegen Umgebungsfaktoren soll eine gemeinsame Entscheidungsfindung mit den Patienten erfolgen, unter Hinweis auf die Evidenzlage hinsichtlich der Effektivität und auf die Kosten. Die Aufforderung, Komorbiditäten zu suchen und gut zu dokumentieren (Punkt 5), stützt sich auf randomisierte Studien mit einiger Heterogenität (Evidenzgrad B). Wichtig ist es, behandelbare Begleitstörungen zu erkennen. Zudem können Komorbiditäten die Therapieantwort beeinflussen.

Kasten 1:

Die verschiedenen Formen der allergischen Rhinitis

Allen allergischen Rhinitiden ist gemeinsam, dass es sich um eine Ig-E-vermittelte Schleimhautreaktion auf Allergene handelt und dass Art und Dauer der Exposition für die verschiedenen Verlaufsformen verantwortlich sind.

Allergische Rhinitis	Symptome: Rhinorrhö (vordere oder hintere Drainage), verstopfte Nase, nasaler Juckreiz, Niesen
Saisonale allergische Rhinitis	Die Dauer der saisonalen Aeroallergenbelastung hängt von geografischer Lokalisation und Klimabedingungen ab.
Perenniale allergische Rhinitis	Bei Belastung mit Aeroallergenen (Milben, Schimmelpilze, tierische oder berufliche Allergene)
Intermittierende allergische Rhinitis	Je nach Häufigkeit der Exposition und Symptome (< 4 Tage/Woche und > 4 Wochen/Jahr)
Persistierende allergische Rhinitis	Persistierende Symptomatik (> 4 Tage/Woche und > 4 Wochen/Jahr)
Episodische allergische Rhinitis	Kann entstehen, wenn Kontakt zu Allergenen erfolgt, die in der Umgebung des Patienten normalerweise nicht vorkommen (z.B. Katze in der Wohnung von Freunden)

Kasten 2:

AAO-HNSF-Guideline «Allergische Rhinitis» – 14 Empfehlungen zum Vorgehen

Feststellung	Vorgehen	Stärke der Empfehlung
1. Anamnese und Untersuchung	Die klinische Diagnose einer allergischen Rhinitis sollte erfolgen, wenn Anamnese und Befund mit einer allergischen Ursache vereinbar sind und eines oder mehrere dieser Symptome vorliegen: verstopfte Nase, laufende Nase, Juckreiz oder Niesen. Mit einer Allergie vereinbare Zeichen umfassen u.a. wässrige Rhinorrhö, verstopfte Nase, blasse Verfärbung der Nasenschleimhaut sowie rote und wässrige Augen.	Empfehlung
2. Allergietests	Wenn die Symptomatik nicht auf eine empirische Behandlung anspricht, wenn die Diagnose unsicher ist oder wenn die Kenntnis eines spezifischen ursächlichen Antigens zur Leitung der Therapie erforderlich ist, sollte direkt vom behandelnden Arzt oder von einem beigezogenen Spezialisten eine Allergietestung auf spezifische IgE mittels Haut- oder Bluttests erfolgen.	Empfehlung
3. Bildgebung	Bei Patienten mit Symptomen, die auf eine allergische Rhinitis schliessen lassen, sollte keine Routinebildgebung von Nase und Nebenhöhlen erfolgen.	Empfehlung (negativ)
4. Umgebungsfaktoren	Wenn mit den Symptomen korrelierende Allergene eruiert wurden, kann zur Vermeidung bekannter Allergene oder zu Umgebungsmassnahmen geraten werden (z.B. Entfernung von Haustieren, Luftfiltersysteme, Matratzen-überzüge, Akarizide gegen Hausstaubmilben).	Option
5. Chronische Erkrankungen und Komorbiditäten	Bei Patienten mit der klinischen Diagnose einer allergischen Rhinitis sollten Begleiterkrankungen wie Asthma, atopische Dermatitis, Schlafapnoe-Syndrom, Konjunktivitis, Rhinosinusitis, Otitis media gesucht und in der Krankengeschichte dokumentiert werden.	Empfehlung
6. Topische Steroide	Bei Patienten mit allergischer Rhinitis, deren Symptome die Lebensqualität beeinträchtigen, sollen intranasale Steroide empfohlen werden.	Starke Empfehlung
7. Orale Antihistaminika	Bei Patienten mit allergischer Rhinitis, die primär über Niesen und Juckreiz klagen, sollen orale Antihistaminika empfohlen werden.	Starke Empfehlung
8. Intranasale Antihistaminika	Patienten mit saisonaler, perenniale oder episodischer allergischer Rhinitis können intranasale Antihistaminika angeboten werden.	Option
9. Orale Leukotrienrezeptor-antagonisten (LTRA)	Als primäre Therapie der allergischen Rhinitis sollten orale Leukotrienrezeptorantagonisten nicht angeboten werden.	Empfehlung (negativ)
10. Kombinationstherapie	Bei inadäquatem Ansprechen auf eine pharmakologische Monotherapie können Kombinationsbehandlungen angeboten werden.	Option
11. Immuntherapie	Patienten mit allergischer Rhinitis und inadäquatem Ansprechen auf eine Pharmakotherapie (allein oder zusammen mit Umgebungsmassnahmen) soll eine sublinguale oder subkutane Immuntherapie angeboten werden.	Empfehlung
12. Reduktion der unteren Nasenmuschel	Bei nasaler Obstruktion und vergrösserten unteren Nasenmuscheln kann eine chirurgische Nasenmuschelreduktion angeboten werden.	Option
13. Akupunktur	Patienten mit Interesse an einer nicht pharmakologischen Behandlung kann Akupunktur angeboten werden.	Option
14. Phytotherapie	Es erfolgt keine Empfehlung zum Einsatz von pflanzlichen Heilmitteln bei allergischer Rhinitis.	Keine Empfehlung

Wann topische Steroide, wann orale, wann topische Antihistaminika?

Eine starke Empfehlung gibt die Guideline für den Einsatz topischer Steroide (Punkt 6). Diese basiert auf randomisierten kontrollierten Studien mit geringfügigen Einschränkungen (Evidenzgrad A). Bei der Auswahl der Therapie sollen die Patienten miteinbezogen werden. Unter den Autoren gab es einige Unterschiede in der Einschätzung der besten Therapie bei leichten oder intermittierenden Symptomen, da dann orale oder nasale Antihistaminika ausreichen können.

Auch für orale Antihistaminika bei Patienten mit ausgeprägtem Niesen und Juckreiz (Punkt 7) ergab sich anhand von randomisierten kontrollierten Studien mit geringen Einschränkungen (Evidenzgrad A) eine starke Empfehlung. Auch hier sollen die therapeutischen Optionen (orale vs. nasale Antihistaminika resp. nasale Steroide) mit den Patienten diskutiert werden, ebenso der Stellenwert möglicher Nebenwirkungen wie Sedation, trockene Augen, Harnverhalt.

Als Option erwähnt die Guideline die Verschreibung intranasaler Antihistaminika bei saisonaler, perennaler oder episodischer allergischer Rhinitis (Punkt 8). Sie stützt sich auf randomisierte kontrollierte Studien mit geringen Einschränkungen (Evidenzgrad A) sowie auf Beobachtungsstudien. Die Guideline-Entwicklungsgruppe betrachtet diese Medikamente im Allgemeinen als «Second-line»-Therapie nach Versagen nasaler Steroide oder oraler Antihistaminika.

Eine einzige negative Empfehlung betrifft den primären Einsatz von Leukotrienrezeptorantagonisten bei allergischer Rhinitis (Punkt 9). Diese stützt sich auf randomisierte kontrollierte Studien und systematische Reviews (Evidenzgrad A). Wegleitend waren dabei die Vermeidung von ineffektiven oder weniger effektiven Therapien sowie Kostengesichtspunkte.

Kombinationstherapien werden unter Punkt 10 nur als Option vermerkt, wenn die Monotherapie nicht ausreichend war. Die Aussage stützt sich auf randomisierte kontrollierte Studien mit geringen Einschränkungen (Evidenzgrad A) und auf Beobachtungsstudien. Zu beachten ist, dass gewisse Dekongestiva in Kombinationspräparaten bei Kleinkindern nicht zugelassen sind.

Steigende Bedeutung der Immuntherapie

Auf randomisierten kontrollierten Studien und systematischen Reviews (Evidenzgrad A) gut abgestützt ist die Empfehlung zur sublingualen oder subkutanen Immuntherapie bei Patienten, die mit Pharmakotherapie allein oder ergänzt durch Umgebungsmassnahmen nicht adäquat behandelt sind (Punkt 11). Zum Nutzen der Immuntherapie gehören die gute Beeinflussung des Krankheitsverlaufs, die bessere Symptomkontrolle, geringerer Medikamentenbedarf und die Verbesserung oder Verhütung von Asthma und anderen Begleiterkrankungen sowie die Prävention neuer Sensibilisierungen. Da die Patienten-Compliance sehr wichtig ist, muss der Entschluss zur Immuntherapie gut erklärt und diskutiert werden.

Basierend auf Beobachtungsstudien (Evidenzgrad C) erwähnt die Guideline die Option einer Nasenmuschelreduktion bei ausgewählten Patienten mit nicht ausreichender medikamentöser Therapie (Punkt 12).

Randomisierte kontrollierte Studien mit Einschränkungen (Evidenzgrad B) sowie Beobachtungsstudien führten zur Erwähnung der Akupunktur als Behandlungsoption bei allergischer Rhinitis (Punkt 13). Die randomisierten Studien führten allerdings keinen Vergleich mit einer traditionellen medikamentösen Therapie durch und hatten methodologische Unzulänglichkeiten.

Zur Behandlung der allergischen Rhinitis werden viele verschiedene pflanzliche Therapien empfohlen. Die Guideline-Entwicklungsgruppe verfügte nur über eingeschränkte Kenntnisse dieser Produkte und schätzte die Datenlage aus klinischen Studien als dürftig ein. Deshalb erfolgt ausdrücklich keine Empfehlung zum Einsatz von Phytotherapeutika (Punkt 14). ❖

Halid Bas

Seidman MD et al.: Clinical Practice Guideline: Allergic Rhinitis. Executive Summary. *Otolaryngology – Head and Neck Surgery* 2015; 152(2): 197–206.

Interessenlage: Die meisten Autoren deklarieren Patente und mannigfache Beziehungen zu Pharmafirmen mit Interessen auf dem Gebiet der Allergologie.