

Pollenallergien

Heuschnupfen vorbeugen und behandeln

Die Epidemiologie und der Einfluss von Klima und Luftschadstoffen wurden im ersten Beitrag zu Pollenallergien in Ausgabe 2/11 besprochen. Teil 2 widmet sich der Diagnostik sowie vorbeugenden und therapeutischen Massnahmen.

Diagnostisch stellen sich bei Pollenallergien selten Probleme, da der Patient meistens selbst die Diagnose serviert. Als nützlich erwiesen hat sich das Führen eines Tagebuches/Kalenders, in welchem die jahreszeitliche Abhängigkeit der Symptome festgehalten werden. Auf Grund des Beschwerdenkalenders lassen sich auch anamnestisch die auslösenden Pollen gut ermitteln. In der Abb. 1 sind die wichtigsten allergenen Pollen (sog. Leitpollen) in der Schweiz aufgeführt. Eine allergologische Bestätigung mittels Hauttests oder ein serologischer Nachweis (RAST/CAP) ist in der Regel nur im Hinblick auf eine spezifische Immuntherapie in den Wintermonaten indiziert (s. u.).

Behandlung der Rhinokonjunktivitis pollinosa

Die Allergenmeidung ist bei Pollinose sehr schwierig. Mit folgenden Verhaltensmassnahmen kann die Pollenbelastung vermindert werden: Outdooraktivitäten vermeiden, Fenster beim Autofahren (evtl. Auto mit Pollenfilter) und zuhause vor allem nachts geschlossen halten, durch abendliches Haarewaschen festgesetzte Pollen entfernen und Urlaub im Hochgebirge oder in Regionen mit anderer Vegetation verbringen. Sehr nützlich ist dabei die Information über den aktuellen Pollenflug in den verschiedenen Regionen der Schweiz, welche MeteoSuisse in Zusammenarbeit mit der Patientenorganisation aha! im Internet (www.pollenundallergie.ch) in den Landessprachen publiziert. Von Seiten des Patienten besteht der Wunsch nach einer Therapie, welche sofort wirkt, möglichst Beschwerdefreiheit bringt, einfach durchzuführen ist und mit keinen unangenehmen Nebenwirkungen behaftet ist. Für den Arzt stellt sich das Problem der patientengerechten optimalen Therapie. Welches Antihistaminikum? Kombinationspräparate mit einem Vasokonstriktor-Zusatz? Topisch oder systemisch? Kortikosteroide: Topisch, per os oder Depot-Injektion? Wie steht es mit Cromoglykat? Und wie steht es mit dem Wunsch des Patienten nach «sanften», «biologischen» Therapiemethoden? Bienenhonig oder Pollenkapseln, Homöopathika, Akupunktur, Pollenfilter? Der Wissenschaftler postuliert dabei eine «evidence-based medicine» und der Sozialökonom die Wirtschaftlichkeit auf Grund einer Kosten-Nutzen-Analyse. Wie sind all diese Anliegen pragmatisch «unter einen Hut zu bringen»?

Angesichts einer Fülle von internationalen Empfehlungen, neuen Einteilungen von eigentlich klassischen Krankheitsbildern (z.B. die „saisonale Rhinitis“ soll nun als «intermittierende Rhinitis» bezeichnet werden, falls sie weniger als 4 Wochen pro Jahr dauert, aber als «persistierende Rhinitis», falls sie mehrere Wochen pro Jahr vorhanden ist, «moderate» Rhinitis für mittelschwere Rhinitis usw.) und Guidelines von internationalen Expertengremien (Stufentherapien!) hat der praktische Arzt manchmal Mühe die therapeutische Option zu wählen. Doch machen wir es einfach: Die Symptome einer IgE-vermittelten Allergie, wovon die Pollinose der Prototyp ist, werden



Dr. med. Brunello Wüthrich, Zollikerberg

durch Mediatoren aus den Mastzellen, vor allem durch Histamin, und durch Entzündungsmediatoren aus aktivierten Entzündungszellen (vor allem aus Eosinophilen) verursacht.

Es geht also therapeutisch darum, die Wirkung des Histamins und der toxischen Entzündungsmediatoren zu unterdrücken. Die Kombination «Antihistaminika und topische Steroide» gewährleistet eine optimale Beeinflussung der Symptomatik und bringt dem geplagten Heuschnupfenpatienten die ersehnte Lebensqualität wieder.

Wie soll man nun diese zwei Therapieprinzipien anwenden? Topisch oder systemisch? Welchem Präparat ist der Vorzug zu geben? Da die Symptome einer Pollenallergie sich öfters an mehrere Organen/Schleimhäuten (Augen, Nase, Rachen/Pharynx/Ohren, Haut) äussern, ist es sicher sinnvoll ein perorales, nichtsedierendes Antihistaminikum der zweiten Generation zu verschreiben (Tab. 1). Dabei sind die früheren guten oder schlechteren Erfahrungen des Patienten gebührend zu berücksichtigen: Hatte er z.B. mit Präparat A (z.B. Loratadin) gute Erfahrungen gemacht, nicht aber mit Präparat B (z.B. Cetirizin), hat es keinen Sinn ihm das Enantiomer vom Präparat B (Levocetirizin) zu verschreiben oder umgekehrt das neue Derivat vom Präparat A (z.B. Desloratadin), wenn er mit Präparat A (z.B. Loratadin) wenig Erfolg hatte.



Wichtig ist es dem Patienten zu erklären, dass Antihistaminika als H1-Rezeptoren-Blocker eigentlich prophylaktisch wirksame Medikamente sind, welche regelmässig, alle 24 Stunden während der ganzen Pollensaison – ausser bei längeren Regenperioden – einzunehmen sind. Beim Verschreiben eines nasalen Steroids muss das Thema «Kortison und Nebenwirkungen» unbedingt zur Sprache kommen. Der Patient muss wissen, dass nur Steroide fähig sind, die nasale Obstruktion und die allergische Entzündung zu unterdrücken. Mit den modernen Präparaten erfolgt keine nennenswerte Resorption und somit keine systemische (Neben-)Wirkung. Ob man das Präparat der Firma X, Y oder Z wählt, spielt häufig in der Praxis keine Rolle (Tab. 1). Der Patient sollte das Produkt erhalten, welches er schon kennt und ihm sympathisch ist. Der Leukotrien-Antagonist Montelukast, der nicht nur beim Asthma, sondern auch bei der Indikation «allergische Rhinitis» zugelassen ist, kann insbesondere bei starker nasaler Obstruktion eingesetzt werden. Dies wird vor allem dann interessant, wenn der Patient nasale Steroide ablehnt. Bei isolierter Konjunktivitis ist ein Collyrium mit einem Antihistaminikum sicher indiziert, ebenfalls bei Kindern, besonders, wenn die Mütter nur eine lokale Behandlung wünschen. Hat der Patient selten Augenbeschwerden, kann – auch als Ergänzung zu internen Antihistaminika – ein lokales Antihistaminikum mit einem Vasokonstriktor (z.B. Spersallerg® Monodos) rezeptiert werden. Als Basistherapie ist die Pflege der Nasenschleimhaut mit Meersalzpülungen und Nasensalben angezeigt, bei Konjunktivitis sind Tränenersatzprodukte hilfreich.

Alternative Therapiemethoden

Die Wirksamkeit alternativer Verfahren, wie Bioresonanz, Homöopathika ist – auch wenn sie sich hoher Akzeptanz bei den Patienten erfreuen – nicht durch kontrollierte Studien belegt. Am ehesten kommt eine prophylaktische Akupunkturbehandlung als komplementäre Therapie in Betracht. Pollenfilter für die Wohnung anzuschaffen, ist wenig sinnvoll, da es genügt, bei geschlossenen Fenstern zu schlafen und nur kurz die Wohnung zu lüften. Auch wenn der Raum pollenfrei ist, der erste Atemzug im Freien genügt, um ausreichend allergen wirkende Pollenmengen einzusatmen! Sinnvoll sind hingegen Pollenfilter in Fahrzeugen.

Allergenspezifische Immuntherapie

Die spezifische Immuntherapie (SIT) stellt neben der Allergenkaenz die einzige kausale Therapie IgE-vermittelter Allergien dar. Für die subkutane Immuntherapie ist die klinische Wirksamkeit bei Pollinose gut dokumentiert. Neuere Studien mit standardisierten Extrakten aus Gras- und Birkenpollen in höherer Dosierung und als Spray oder in Kompressen Form sprechen für die Wirksamkeit der sublingualen Immuntherapie SLIT, welche auch mit wenigen, meist harmlosen Nebenwirkungen (Juckreiz im Mundbereich) einhergeht. Über Indikation der SIT, auch anhand des diagnostischen in-Vitro Einsatzes von rekombinanten Allergenen und Modalitäten ihrer Ausführung wird in einer späteren Arbeit (zu Pollenallergien: 3) berichtet.

Prof. em. Dr. med. Brunello Wüthrich

Facharzt FMH für Allergologie, Klinische Immunologie und Dermatologie
Im Ahorn 18, 8125 Zollikerberg
bs.wuethrich@bluewin.ch

Literatur: beim Verfasser

Medikamente bei Pollenallergien	
TAB. 1	(Auswahl)
Lokale Behandlung	
▶ Mastzellprotektoren:	Sodium Cromoglykat (Opticrom®/-UD)(Collyrium)
▶ Antihistaminika (H1-Rezeptoren-Blocker):	Emedastin (Emadine®)/-SE, Levocabastin (Livostin®) (Augentropfen und Nasenspray)
▶ Antihistaminikum (H1-Rezeptoren-Blocker) und Mastzellprotektor:	Olopatadin (Opatano®)
▶ Antihistaminikum (H1-Rezeptoren-Blocker) mit Vasokonstriktor:	Antazolini hydrochloridum, Tetryzolini hydrochloridum (Spersallerg®)-SDU
▶ Antientzündlich (schwach):	Ketotifen (Zaditen Ophta®) /-SDU (Einzeldosis)(Augentropfen) Nedocromil (Tilavist®) (Augentropfen)
▶ Nasale Steroide:	Budesonid (Rhinocort®), Fluticasonpropionat (Flutinase®), Mometasonfuroat (Nasonex®), Triamcinolonacetonid (Nasacort®)
Systemische Behandlung	
▶ Nicht sedierende AH der neuen Generation:	Cetirizin (Zyrtec®) (viele Generika von Cetirizin), Levocetirizin (Xyzal®), Loratadin (Claritin®) (viele Generika von Loratadin), Desloratadin (Aerius®), Fexofenadin (Telfast®) (30, 120, 180)
▶ Leukotrienantagonist	Montelukast (Singulair®)

Take-Home Message
◆ Die Diagnose einer Pollenallergie erfolgt auf Grund der Anamnese (jährlich saisonal wiederkehrende Beschwerden an Augen, Nase und/oder Bronchien) und der Wetterabhängigkeit (Verschlechterung bei sonnigen und windigen Tagen, Besserung, ja Beschwerdefreiheit, nach einer längeren Regenperiode oder Ortswechsel).
◆ Für die Auslösung der Symptomatik sind vor allem Pollen von Hasel, Erle, Birke und Esche (Frühjahr), Gräser (Sommer) und Beifuss (Spätsommer) verantwortlich. Es sind dies die sogenannten Leitpollen.
◆ Im Süd-Tessin spielt das mediterrane Glaskraut (Parietaria) auch eine wichtige Rolle.
◆ Der Neophyt Ambrosia (Ragweed) löst nur bei wenigen Personen im Süd-Tessin und in der Genfer Region Beschwerden, vor allem, asthmatische, aus.
◆ Die Kombination eines nicht sedierenden Antihistaminikums und eines topischen Kortikosteroids gewährleistet eine optimale Beeinflussung der Symptomatik und bringt dem geplagten Heuschnupfenpatienten die ersehnte Lebensqualität wieder.
◆ Die Wirksamkeit alternativer Verfahren ist nicht durch kontrollierte Studien belegt.
◆ Die spezifische Immuntherapie (SIT) stellt die einzige kausale Therapie der Pollenallergien dar.