

PNEUMOLOGISCH

Das Fachmedium für Atemwegserkrankungen

expertise

Allergische Rhinitis und Asthma bronchiale

Einleitung

Die Prävalenz von allergischer Rhinitis und Asthma bronchiale ist weltweit vergleichbar hoch. Bis zu 20% aller Österreicher sind von allergischer Rhinitis betroffen, wobei 5 bis 10% manifeste klinische Symptome aufweisen (siehe Tabelle 1).

Symptome der allergischen Rhinitis

Tabelle 1

- Niesattacken
- wässrige Hypersekretion
- evtl. Brennen und Jucken im Rachen und in den Augen, Photophobie (Konjunktivitis), Kopfschmerzen
- Manchmal leichter Temperaturanstieg, Abgeschlagenheit
- Häufig Mitbeteiligung der Nasennebenhöhlen (hyperplastisch-polypöse Sinusitis, Nasenpolypen)

Bis zu 80% aller Asthmapatienten leiden parallel an einer allergischen Rhinitis. Dieser Anteil sinkt bei den über 40-Jährigen wieder ab. Bei Patienten mit allergischer Rhinitis findet man in 20 bis 40% zusätzlich ein Asthma bronchiale. Das Risiko, ein Asthma bronchiale zu entwickeln, ist bei Patienten mit

allergischer Rhinitis um das Dreifache erhöht. Kommt zur allergischen Rhinitis eine Sinusitis hinzu, verdoppelt sich dieses Asthmarisiko. Eine allergische Rhinitis kann als Risikofaktor für das Entstehen eines Asthma bronchiale angesehen werden und wirkt sich, so wie das Asthma bronchiale selbst, auf das physische, psychische und soziale Leben des Betroffenen aus.

Allergische Rhinitis

Die allergische Rhinitis wird in intermittierende und persistierende Verlaufsformen eingeteilt, wobei als Differenzierungsmerkmal die Häufigkeit der auftretenden Symptome pro Woche und die Dauer der Beschwerden herangezogen werden:

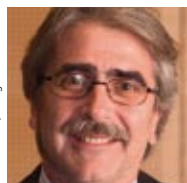
- Intermittierende Rhinitis: Symptome während weniger als vier Tagen pro Woche oder weniger als vier Wochen pro Jahr
- Persistierende Rhinitis: Symptome länger als vier Tage pro Woche und länger als vier Wochen pro Jahr

Bei den Schweregraden unterscheidet man zwischen einerseits milden und andererseits mittelgradigen bis schweren Verlaufsformen. Ist einer oder mehrere der folgenden Punkte nachweisbar, wird bereits von einer mittelgradigen bis schweren Verlaufsform gesprochen (siehe Tabelle 2).

Mittelgradige bis schwere Verlaufsform der allergischen Rhinitis:

Tabelle 2

- Einer oder mehrere der folgenden Punkte müssen nachweisbar sein:
- Beeinträchtigung des Schlafes
 - Beeinträchtigung in der Schule/am Arbeitsplatz
 - Beeinträchtigung im täglichen Leben (Lebensqualität, Sport, Freizeit)
 - Allgemeine Symptome



Prim. Univ.-Doz. Dr. Wolfgang Pohl
Pulmologische Abteilung, Landes-
klinik Hohegg,
Grimmenstein



Univ.-Prof. Dr. Manfred Maier
MUW, Zentrum
für Public Health,
Wien



Prim. Dr. Norbert Vetter
2. Interne Lungen-
abteilung, SMZ
Baumgartner Höhe
OWS, Wien

Aus dieser Einteilung ist bereits ersichtlich, dass die Latte für eine mittelgradige bis schwere Verlaufsform niedrig ist. Daher ist anzunehmen, dass diese oft übersehen oder bagatellisiert wird und dementsprechend die Patienten massiv untertherapiert sind.

Allergisches Asthma

Jedes achte Kind leidet unter Asthmasymptomen. Damit ist Asthma die häufigste chronische Erkrankung im Kindesalter. Wie bereits erwähnt, entwickelt sich bei jedem dritten Kind mit allergischer Rhinitis ein Asthma bronchiale.

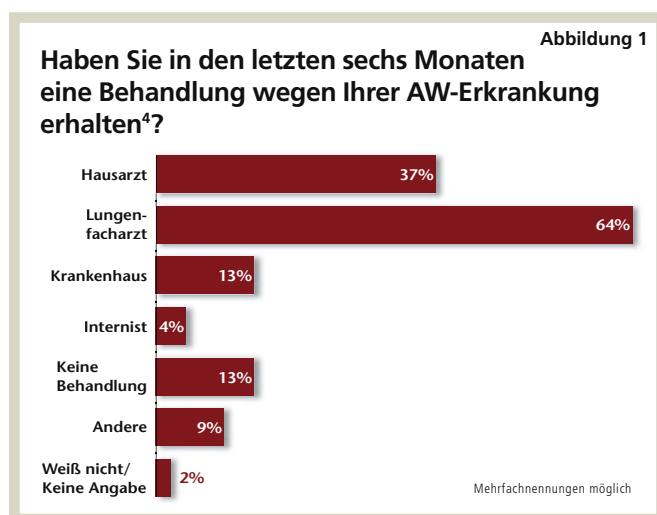
Bereits bei leichtem Asthma muss konsequent therapiert werden, damit die Erkrankung möglichst nicht voranschreitet. Die primäre Maßnahme ist jedoch, die Triggerfaktoren und Auslöser auszuschalten (z.B. Pollen, Hausstaubmilben oder Tierhaare, kalte Luft, Tabakrauch oder Stresssituationen), um schwere Asthmaanfälle zu vermeiden.

Allergische Rhinitis und Asthma bronchiale

Vor allem während der Pollensaison kann sich die allergische Rhinitis auf die bronchiale Hyperreagibilität verstärkend auswirken¹. Patienten mit Asthma und allergischer Rhinitis leiden signifikant häufiger unter Asthmaanfällen als Asthmapatienten ohne allergische Rhinitis; die Zahl der Notfallaufnahmen ist bei Asthmapatienten mit allergischer Rhinitis sogar doppelt so hoch². Man nimmt heute an, dass die allergische Rhinitis und das Asthma bronchiale zwei unterschiedliche Manifestationen ein und derselben Erkrankung darstellen³.

Auch das Asthma bronchiale ist unterdiagnostiziert und vor allem unterbehandelt. Patienten, die unter einer allergischen Rhinitis und Asthma bronchiale leiden, büßen viel an Lebensqualität ein. So geben 50 bis 60% der betroffenen Patienten eine substanzielle Beeinträchtigung ihres Schlafes an⁴.

In Österreich berichten nur 16% der befragten Patienten mit Atemwegserkrankungen, nie wegen Atemnot aufzuwachen. Nur acht bis zehn Prozent der Patienten fühlen sich in ihren Alltagsaktivitäten überhaupt nicht beeinträchtigt.



Knapp zwei Drittel der befragten Patienten waren in den letzten sechs Monaten beim Lungenfacharzt in Behandlung, ein Drittel beim Hausarzt, und 13% gaben an, keine Behandlung in Anspruch zu nehmen (siehe Abbildung 1)⁴.

Betrachtet man die ungenügende Therapie, so kommt nach wie vor Informationsmaßnahmen eine besondere Bedeutung zu.

Diagnostik

Patienten mit allergischer Rhinitis ohne klinische Symptome eines Asthma bronchiale können bereits eine bronchiale Hyperreaktivität mit einer – subklinischen – Manifestation eines Asthma bronchiale aufweisen. Der Krankheitsverlauf beider Erkrankungen kann sich bezüglich des Schweregrades parallel entwickeln. Am Ende stehen das schwere Asthma bronchiale und die allergische Rhinosinusitis.

Drei Fragen zur Diagnostik der allergischen Rhinitis

1. Leiden Sie unabhängig von einer Erkältung unter Niesreiz, wässrigem Nasensekret, Post-Nasal-Drip (PND) – „Herunterrinnen von Sekret/Schleim aus der Nase in den Rachen“ – und/oder nasaler Obstruktion?
2. Leiden Sie häufig oder permanent unter Kopfschmerzen, Gesichtsschmerzen und/oder farbigem Nasensekret/PND?
3. Leiden Sie permanent unter Geschmacks- und Geruchsverlust und/oder nasaler Obstruktion?

Ziel der Diagnostik ist es, die atopische Rhinitis von anderen, nicht allergischen Formen der Rhinitis abzugrenzen. Dies sollte in Zusammenarbeit mit einem Spezialisten erfolgen und inkludiert eine gezielte Anamnese, die Untersuchung von Hals, Nasen und Ohren, und – wenn die Symptome schon längere Zeit bestehen – eine Röntgenuntersuchung der Nasennebenhöhlen (gegebenenfalls Computertomografie).

Eine allergologische Untersuchung sollte immer mittels Prick-, PRIST- und RAST-Tests durchgeführt werden.

Bei Patienten, die unter allergischer Rhinitis leiden, soll unbedingt genauestens nach einem Asthma bronchiale untersucht werden (siehe Tabelle 3).

Tabelle 3

Diagnostische Empfehlungen bei Verdacht auf Asthma bronchiale⁵

- Anamnese
- Klinische Untersuchung
- Thoraxübersichtsröntgen in zwei Ebenen
- Lungenfunktionsprüfung
 - Mit Broncholyse
 - Gegebenenfalls mit Provokation
 - Peak-Flow-Metrie zur Selbstmessung
- Allergologische Untersuchung
- HNO-Untersuchung

Gegebenenfalls:

- Bildgebende Verfahren zur Darstellung der Nasennebenhöhlen
- Untersuchung auf gastro-ösophagealen Reflux

Patienten mit Asthma bronchiale wiederum müssen ebenfalls unbedingt auf eine allergische Rhinitis untersucht werden (HNO-FA, Nasennebenhöhlen-CT), weil anzunehmen ist, dass bei zusätzlich bestehender unbehandelter Rhinitis das Asthma bronchiale schlechter behandelbar ist bzw. einen ungünstigeren Verlauf aufweisen kann.

Fragen zur Diagnostik des Asthma bronchiale⁶ für Kinder im Alter von sechs bis 14 Jahren

1. Hattest du/hatte Ihr Kind in den letzten sechs Monaten ein pfeifendes Geräusch oder Giemen in der Brust?
2. Hattest du/hatte Ihr Kind in den letzten sechs Monaten einen trockenen Husten in der Nacht, abgesehen von einem Husten, der in Verbindung mit einer Verkühlung oder bronchialen Infektion auftrat?
3. Hast du/hat Ihr Kind eine Allergie oder ein atopisches Ekzem in der Krankheitsgeschichte?
4. Gibt es innerhalb der Familie Fälle von Atopie und Asthma bei Verwandten ersten Grades?
5. Hat das Kind in den letzten sechs Monaten mehr als dreimal Antibiotika wegen respiratorischer Symptome erhalten?

Eine positive Antwort auf eine der obigen Fragen erhöht die Wahrscheinlichkeit für Asthma bronchiale und erfordert weitere Abklärungsschritte. Drei oder mehr positive Antworten ergeben eine sehr hohe Wahrscheinlichkeit für Asthma bronchiale.

Fragen zur Diagnostik des Asthma bronchiale⁶ für Jugendliche ab 15 Jahren und Erwachsene

1. Hatten Sie während der letzten Monate ein pfeifendes Geräusch oder Giemen aus dem Brustbereich?
2. Wurden Sie in den letzten Monaten während der Nacht durch eine Atemnotattacke geweckt?
3. Wurden Sie in den letzten Monaten während der Nacht durch eine Hustenattacke geweckt?
4. Sind Sie während der letzten Monate mit einem Gefühl der Enge in der Brust aufgewacht?
5. Hatten Sie eine Atemnotattacke, die nach einer anstrengenden Aktivität auftrat?
6. Hatten Sie eine Atemnotattacke, die während des Tages auftrat, während Sie gerade in Ruhe waren?
7. Wenn Sie irgendeine der obigen Fragen mit „Ja“ beantwortet haben: Treten Ihre Symptome seltener oder überhaupt nicht auf, wenn Sie nicht am Arbeitsplatz oder im Urlaub sind?

Eine positive Antwort auf die Fragen eins bis sechs, insbesondere Fragen eins oder zwei, weist auf eine erhöhte Wahrscheinlichkeit für Asthma bronchiale hin. Je mehr positive Antworten, desto größer ist die Wahrscheinlichkeit.

Weitere Untersuchungen, um die Diagnose zu sichern, sind angezeigt. Eine positive Antwort auf die Frage sieben deutet auf eine situationsabhängige Verknüpfung hin.

Bestehen Unklarheiten bei der Diagnose, sollte auf jeden Fall die Meinung der Spezialisten (HNO-Facharzt, Allergologen) eingeholt werden. Das gilt vor allem für Patienten mit therapieresistenter Rhinitis sowie für jene, bei denen eine Immuntherapie ins Auge gefasst wird.

Bei Patienten mit Asthma bronchiale sind wichtige Gründe zur Konsultation eines Spezialisten die Absicherung einer neu gestellten Diagnose, das Auftreten von Verschlechterungen, eingeschränkte Lebensqualität, schlechtes Ansprechen auf die etablierte Therapie und spezielle Situationen, wie z.B. Schwangerschaft und berufsbedingtes Asthma.

Nach Einholung der Befunde und Empfehlungen seitens der Spezialisten ist die weitere Betreuung durch den Arzt für Allgemeinmedizin die Regel.

Therapie

1. Therapie der allergischen Rhinitis

Die allergische Rhinitis verschlechtert den Verlauf eines Asthma bronchiale und ist auch als Risikofaktor für das Entstehen eines Asthma zu betrachten. Sie sollte daher unbedingt suffizient behandelt werden.

An erster Stelle steht die Allergenkenz bzw. die möglichst starke Reduktion der Allergenexposition.

Gegen die Symptome der allergischen Rhinitis wie Niesen oder Nasenrinnen sind Antihistaminika wirksam, ev. in Kombination mit Sympathomimetika.

Zur antiinflammatorischen Therapie werden lokal applizierbare Steroide (Nasenspray) eingesetzt. (Eine systemische Kortikoidtherapie muss schweren Fällen vorbehalten bleiben).

Bei der Verschreibung von Kortikoiden sollte die weit verbreitete Kortisonangst nicht übersehen werden. In einer Befragung gaben immerhin 55% aller Patienten an, vor Kortison Angst zu haben. Eine Aufklärung der Patienten und auch ein alternatives Therapieangebot sind daher für den niedergelassenen Arzt von besonderer Bedeutung.

Der Leukotrien-Rezeptorantagonist Montelukast wirkt systemisch und beeinflusst sowohl die oberen als auch die unteren Atemwege im Sinne einer Entzündungshemmung. Aufgrund der oralen Darreichungsform ist auch eine höhere Compliance als für topisch applizierte Medikamente zu erwarten. Mit Montelukast lässt sich nachweislich der Verbrauch anderer Medikamente, wie etwa Antihistaminika, bei allergischer Rhinitis reduzieren.

Eine weitere, wesentliche Therapiemodalität ist die Spezifische Immuntherapie (SIT). Sie wird vor allem bei polleninduzierter Rhinitis angewandt, wirkt aber auch bei anderen Allergieformen (z.B. Insektengift-, Hausstaubmilben- oder Tierhaarallergie). Die SIT kann nach Vorgaben vom Allergologen auch vom Arzt für Allgemeinmedizin durchgeführt werden.

2. Therapie des Asthma bronchiale

Ein sehr wichtiger Aspekt der Therapie des Asthma bronchiale ist die Patientenschulung und das daraus resultierende Selbstmanagement der Erkrankung. Therapieziel ist eine Symptominimierung und eine möglichst normale Lungenfunktion, wobei einerseits auf eine ausreichende Medikamentenwirkung

zu achten ist (cave: Unterdosierung), andererseits aber mit einer möglichst niedrigen Dosis das Auslangen gefunden werden sollte.

Auch beim Asthma bronchiale steht die Allergenkarenz bzw. Minimierung der Allergenexposition an erster Stelle der Behandlung. Das Rauchen ist unbedingt zu vermeiden, was auch für Passivrauchen gilt.

Die medikamentöse Therapie hängt vom Krankheitsstadium bzw. von der Symptomatik ab. Bestehen nur gelegentliche Symptome, so wird mit kurz wirksamen inhalativen Beta-2-Mimetika das Auslangen zu finden sein.⁷ Besteht ein mildes persistierendes Asthma, so ist der Beginn einer niedrig dosierten Behandlung mit inhalativen Kortikoiden angezeigt. Andere Optionen sind Leukotrien-Antagonisten, ev. auch retardierte Theophylline.

Bei mittelschwerem persistierendem Asthma wird zunächst die Dosis des inhalativen Kortikoids erhöht; wird damit eine nicht ausreichende Kontrolle erzielt, können langwirksame Beta-2-Mimetika hinzu gegeben werden und/oder auch Leukotrien-Antagonisten oder auch ein retardiertes Theophyllin. Bei schwerem Asthma, sofern die Maximaldosen der genannten Kombinationspartner ausgeschöpft sind, muss eventuell auf ein orales Kortikoid zurückgegriffen werden.

3. Gleichzeitige Therapie von allergischer Rhinitis und Asthma bronchiale

Therapiestudien zeigen, dass mit Leukotrien-Antagonisten, systemischen Kortikosteroiden oder auch mittels IgE-Inhibition die immunologische Entzündung sowohl in den oberen als auch in den unteren Atemwegen zur gleichen Zeit gehemmt werden kann. In der Praxis kommt von diesen Therapiemodalitäten derzeit am ehesten der Leukotrien-Antagonist Montelukast in Frage. Diese Therapie ist vor allem deswegen interessant, da beim Asthma bronchiale die kleinen Atemwege mit betroffen sind und die Lokaltherapie in diesem Bereich nicht mehr ausreichend wirken dürfte.

Charakteristik des Leukotrien-Rezeptorantagonisten

Montelukast

- Antiinflammatorische Wirkung
- Stärkere Beeinflussung der nasalen Obstruktion bei allergischer Rhinitis als H1-Blocker
- Belegte und zugelassene Therapie bei Asthma mit allergischer Rhinitis

Ebenfalls ist die Systemtherapie bei der allergischen Rhinitis im fortgeschrittenen Stadium (Rhinosinusitis) von Bedeutung, da sie Bereiche erreicht, die nicht mehr durch eine topische Kortikosteroidtherapie abgedeckt werden können.

Beim kindlichen Asthma bronchiale kann als Alternative zur Gabe inhalativer Kortikoide Montelukast verabreicht werden; und auch beim Erwachsenen ist Montelukast als Add-on-Therapie angezeigt, bevor die Kortisondosis erhöht wird. ■

1 Madonini E et al.: Seasonal increase of bronchial reactivity in allergic rhinitis. *J Allergy Clin Immunol* 1987; 79(2): 358–363

2 Bousquet J et al.: Increased risk of asthma attacks and emergency visits among asthma patients with allergic rhinitis: a subgroup analysis of the improving asthma control trial. *Clin Exp Allergy* 2005; 35(6): 723–727

3 Togias A: Rhinitis and asthma: evidence for respiratory system integration. *J Allergy Clin Immunol* 2003; 111(6): 1171–1183

4 STAR-Studie und Studie der Österreichischen Lungenunion (unpubliziert)

5 Aigner K et al.: Konsensus zur Diagnostik und Therapie von Asthma bronchiale bei Erwachsenen, Österreichische Gesellschaft für Lungenerkrankungen und Tuberkulose (ÖGLUT). *Wien Klin Wochenschr* 2004; 116(9–10): 339–345

6 Management des Asthma bronchiale in der allgemeinmedizinischen Praxis – Konsensus-Statement unter der Ägide der ÖGAM unter Mitarbeit der Österreichischen Gesellschaft für Pneumologie (ÖGP); *Internationale Zeitschrift für ärztliche Fortbildung* 2005, Nr. 49.

7 Diese und die folgenden Therapieempfehlungen stammen aus den aktuellen Empfehlungen der „Global Initiative for Asthma“ (GINA) und sind als pocket guide (pdf) unter <http://www.ginasthma.com> → „Guidelines & Resources“ herunterzuladen.