Negativer Pricktest, antiallergisches Nasenspray wirkungslos

Was ist schuld an den hartnäckigen Niesattacken?

Frage: Eine Frau beklagt seit Wochen nasale Aussprache und Niesattacken vor allem morgens gegen 5:30 Uhr. Die Diagnostik ergab: nasal frei, reizlos, keine Polypen, CT der Nasennebenhöhlen unauffällig, Prick-Test: o. B. Therapieversuche mit Mometason-Nasenspray und später Azelastin/Fluticason-Nasenspray blieben ohne Erfolg. Lediglich mit tgl. 20 mg Prednisolon p. o. blieb sie beschwerdefrei. Nach Absetzen des Glukokortikoids traten die Beschwerden wieder auf. Welches Vorgehen bzgl. Diagnostik und Differenzialdiagnosen empfehlen Sie?

Antwort: Anamnestisch würden die hauptsächlich morgendlichen Niesattacken natürlich für eine Inhalationsallergie auf intramurale Allergene sprechen – in erster Linie auf Hausstaubmilben, ggf. auch auf Vorrats-/Raubmilben.

Bei Patienten mit perennialer Rhinitis allergica ist die Erkrankung besonders häufig mit anderen allergisch bedingten Komorbiditäten wie Asthma bronchiale und atopischem Ekzem, Schlafstörungen, chronischer Sinusitis und Tuben-funktionsstörungen assoziiert [1]. Bestanden diesbezüglich Auffälligkeiten?

Die Diagnostik ist erschwert durch die oft unspezifischen Symptome, die sich

zudem meist schleichend entwickeln. Häufig berichten die Patienten über eine dauerhafte nasale Obstruktion und neben rezidivierenden Perioden mit Niesreiz und Rhinorrhö auch über ein eingeschränktes Riechvermögen [2]. Zusätzlich werden häufig Symptome einer Sinusitis beobachtet (etwa Druckgefühl im Stirnbereich oder frontale Cephalgien).

Nach der Erhebung der Anamnese und des klinischen Befundes erfolgen bei Verdacht auf eine Milbenallergie Hauttestungen und/oder serologische Bestimmungen des spezifischen IgE zum Nachweis der IgE-vermittelten Sensibilisierung. Zu den Details der Durchführung von Prick- und Intrakutantests sei auf die einschlägige Leitlinie verwiesen [3].

Wir empfehlen die Testung auf Hausstaubmilben (*Dermatophagoides pteronyssinus* et. *farinae*) und Vorratsmilben bei Verdacht auf eine Milbenallergie unter Berücksichtigung zumindest folgender Milbenarten:

- *Dermatophagoides farinae*
- *Dermatophagoides pteronyssinus*
- *Euroglyphus spec.*
- *Acarus siro*
- *Lepidoglyphus destructor*
- *Tyrophagus putrescentiae*
- *Blomia spec.*

Hierbei wäre es nun also ganz wesentlich zu erfahren, welche Allergene im Pricktest getestet wurden. Auch Pilzsporen (unter anderem *Alternaria alternata*, *Aspergillus fumigatus*, *Cladosporium spec.*, *Penicillium*, *Fusarium*, *Mucor muc.*) und Tierepithelien können eine Rolle spielen.

Die serologische Bestimmung von allergenspezifischen Antikörpern des Typ IgE ist zum Nachweis einer Sensibilisierung der Hauttestung prinzipiell gleichwertig. In unklaren Fällen ergibt sich die Indikation für eine nasale Provokationstestung bei der persistierenden allergischen Rhinitis insbesondere durch die fehlenden eindeutigen anamnestischen Angaben. Sie kann auch das Syndrom der lokalen IgE-Produktion bzw. die lokale allergische Rhinitis (LAR) aufdecken.

Differenzialdiagnostisch sind unterschiedliche nichtallergische entzündliche Erkrankungen der Nasenschleimhaut in Betracht zu ziehen. Neben dem ASS-Intoleranz-Syndrom (Morbus Samter, Morbus Widal) sind dies insbesondere eine *S. aureus*-Enterotoxin-positive chronische Rhino-Sinusitis und eine idiopathische Polyposis nasi.

Literatur

1. Brozek JL et al. Allergic Rhinitis and its Impact on Asthma (ARIA) guidelines: 2010 revision. *J Allergy Clin Immunol* 2010, 126 (3), 466–76.
2. Raulf M, Bergmann KC, Kull S, Sander I, Klimek L et al. Mites and other indoor allergens - from exposure to sensitization and treatment. *Allergo J Int* 2015, 24 (3), 68–80.
3. Rueff F et al. Hauttests zur Diagnostik von allergischen Soforttyp-Reaktionen. Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Allergologie und klinischen Immunologie (DGAKI). *Allergo J* 2010, 19, 402–15.

Prof. Dr. med. Ludger Klimek
Zentrum für Rhinologie und Allergologie
An den Quellen 10
65183 Wiesbaden

Haben Sie auch eine fachliche Frage?

Das „Consilium HNO“ ist ein Service des Unternehmens Infectopharm. Als HNO-Arzt haben Sie die Möglichkeit, selbst Fragen zum gesamten Fachgebiet zu stellen. Schreiben Sie dazu an Dr. Kristin Brendel-Walter, Von-Humboldt-Straße 1, 64646 Heppenheim, oder schicken Sie eine E-Mail an consilium@infectopharm.com. Ihre Frage wird anonym an ein Mitglied des Expertenpools weitergeleitet, Sie erhalten eine schriftliche Antwort.

Wenn Sie sehen wollen, was die Kolleginnen und Kollegen so fragen, können Sie im Archiv des „Consilium HNO“ unter www.infectopharm.com/consilium stöbern. Außerdem werden redaktionell ausgewählte, allgemein interessante Anfragen zusätzlich in der Zeitschrift „HNO-Nachrichten“ publiziert.

red