

Chronische Erkrankungen der oberen Luftwege: Wann allergisch bedingt?

Die Beschwerden von Patienten mit chronisch-rezidivierenden Infekten der oberen Atemwege sind nicht selten auf eine Allergie zurückzuführen. Eine systematische und parallele Anwendung verschiedener diagnostischer Möglichkeiten hilft bei der allergologischen Diagnosefindung.

Chronische Erkrankungen der oberen Luftwege imponieren mit einer unspezifischen Symptomatik wie Schwellung, Sekretion, Juck- und Niesreiz, Hypo- oder Anosmie und Gesichts- oder Kopfschmerz. Keinesfalls kann von einem einzelnen Symptom auf die Ursache geschlossen werden. Neben anatomischen Veränderungen kommen infektiöse oder hyperreaktive Erkrankungen wie allergische, arzneimittelbedingte, nerval-reflektorische, irritativ toxische, endokrine, postinfektiöse oder idiopathische Formen in Frage.

Eine systematische und parallele Anwendung verschiedener diagnostischer Möglichkeiten hilft, eine Allergie als Ursache der Symptome ausfindig zu machen. Dabei ist zunächst zu berücksichtigen, daß ein Symptom keinesfalls einzeln, sondern auch weitere Symptome, deren situatives, örtliches und zeitliches Auftreten sowie Begleiterkrankungen zu betrachten sind.

So ergeben sich z.B. folgende Verdachtsdiagnosen:

- Pollenallergie bei saisonalem Auftreten der Beschwerden,
- Hausstaubmilbenallergie bei nächt-

licher und morgendlicher Häufung der Beschwerden sowie Beschwerdefreiheit an der See und in den Bergen,

- Tierallergie bei Auslösung der Beschwerden durch Tierkontakt und
- Nahrungsmittelallergie bei Auftreten von Beschwerden nach Genuß bestimmter Nahrungsmittel.

Für die Differentialdiagnose nicht-allergischer hyperreaktiver Erkrankungen sind außerdem Informationen über den Gebrauch von Arzneimitteln (vor allem Acetylsalicylsäure), Kontakt mit irritativ toxischen Substanzen sowie über mögliche endokrine Störungen von Bedeutung.

Das größte Problem bei der Dia-

gnose allergischer Erkrankungen stellen Mischbilder verschiedener Allergien und die Entwicklung zusätzlicher unspezifischer Hyperreaktivität bei Allergikern dar. Diese führen zu atypischen Beschwerdebildern und Allergietestergebnissen.

Bei der Auswertung von Allergietests ist zu beachten, daß positive Allergietests nur in Zusammenhang mit Anamnese und klinischem Bild richtig zu interpretieren sind. Intradermale Testungen besitzen die größte Sensitivität, jedoch eine schlechtere Spezifität mit häufigeren falsch positiven Ergebnissen als Pricktests. Die klinische Relevanz fraglicher Allergene sollte mit Hilfe von Provokationstests am Erfolgsorgan überprüft werden, um Fehlinterpretationen zu vermeiden. Bei Verdacht auf das Vorliegen einer Lebensmittelallergie empfiehlt sich vielfach die Durchführung einer Eliminationsdiät mit nachfolgender Reexposition gegenüber den in Frage kommenden Allergenen.

Verfahren der zytologischen Diagnostik dienen der Unterscheidung zwischen infektiösen Erkrankungen der Nasen- und Nasennebenhöhenschleimhaut und hyperreaktiven Reaktionen. (jn)

Quelle: Vortrag von R. Mösges (Köln) anlässlich des 25. Kongresses des Ärzteverbandes Deutscher Allergologen, Göttingen 1998.

HNO-Beschwerden: Vom Symptom zur Diagnose

Symptom	typische Ursache
Einseitige Beschwerden	strukturelle Veränderungen der Nase wie Septumdeviationen, Fremdkörper oder Tumoren
Beidseitige Beschwerden	funktionelle Veränderungen der Nasenschleimhaut oder Polyposis nasi
Alternierende Nasenatmungsbehinderung	entspricht dem normalen physiologischen nasalen Zyklus
Rhinorrhoe	sekretorische oder exkretorische Störung bei allergischer und nichtallergischer Hyperreaktivität, infektiöser Rhinitis und Sinusitis
– helles, oft dünnflüssiges Sekret	hyperreaktive oder virale Erkrankung
– grüngelblicher zäher Schleim	bakterielle Infektionen
– wäßrige Sekretion zusammen mit Juckreiz	allergische und andere hyperreaktive Erkrankungen.
– einseitige wäßrige Sekretion (vor allem nach vorangegangenen Schädeltraumata oder Nasennebenhöhlenoperationen)	Rhinoliquorrhoe
Riechverlust	Beteiligung von Ethmoid oder Nasendach, aber keine sichere Diagnose
– Intermittierender Riechverlust	typisch für Rhinitis allergica, infectiosa oder medicamentosa
– Persistierender Riechverlust	Polyposis nasi, atrophische Rhinitis oder immunologische Erkrankungen (z.B. Wegenerscher Granulomatose, Sarkoidose)