

WHO-Initiative zur allergischen Rhinitis Rhinitis – keine Bagatelle!

Die allergische Rhinitis ist weltweit zu einem derart bedeutenden sozio-ökonomischen Faktor geworden, dass sich jetzt auch die WHO mit ihrer Initiative ARIA der Problematik angenommen hat. Sie plädiert für ein Umdenken in Diagnostik und Therapie dieser Allergieform, die damit endgültig von der Liste der Bagatellerkrankungen gestrichen werden dürfte.

Die saisonale allergische Rhinokonjunktivitis ist keine Bagatellerkrankung mit kurzfristig auftretenden Lokalsymptomen an der Nasenschleimhaut. Vielmehr ist sie Ausdruck einer systemischen atopischen Veranlagung des Patienten, bei der praktisch alle Organe in Mitleidenschaft gezogen werden können, so C. Bachert (Gent/Belgien).

Die Folge für die Patienten: Nicht nur die Nasen- und Augensymptomatik, sondern auch eine Einschränkung von physischen und mentalen Funktionen und die Beeinträchtigung des Schlafes vermindern die Lebensqualität und führen zu Arbeits- oder Schulausfall. Darüber hinaus können sich Komplikationen wie Konjunktivitis, chronische Sinusitis und vor allem ein Asthma bronchiale einstellen.

Diese Fakten sowie eine fast beängstigende Prävalenzzunahme haben die Rhinitis mittlerweile zu einem bedeutenden sozio-ökonomischen Faktor werden lassen. So bedeutend, dass diese Allergieform jetzt auch Ziel der WHO mit ihrem Projekt ARIA (Allergic Rhinitis and its Impact on Asthma) geworden ist, sagte Bachert, der maßgeblich an dieser Initiative beteiligt ist.

Chronische Erkrankung

Aufgrund der vorliegenden wissenschaftlichen Daten definiert die WHO die allergische Rhinitis als eine chronische Atemwegserkrankung, bei der der Patient als Atopiker „ganzheitlich“ verstanden und entsprechend fachübergreifend diagnostiziert und therapiert werden muss. Als chronische Erkran-

WHO-Therapieempfehlung:

Antihistaminika und Kortikoide – mono oder kombiniert

Empfehlungen für eine adäquate Therapie der allergischen Rhinitis hat die WHO ebenfalls schon erarbeitet. Ziel einer Behandlung ist nicht mehr nur die alleinige Symptomreduktion und Verbesserung der Lebensqualität, so Bachert. Vielmehr sollte vor allem die zugrunde liegende Entzündung bekämpft und die Entwicklung eines Asthma verhindert werden.

Die dafür in Frage kommenden Therapeutika wurden nach den Regeln der „evidence-based medicine“ einer strengen Prüfung hinsichtlich Effektivität und Nebenwirkungen unterzogen. Danach, so das Ergebnis dieser Fleißarbeit, kommen für die Rhinitisbehandlung in erster Linie die wirksamen und gut verträglichen neuen Antihistaminika und topischen Kortikoide in Frage.

Bei leichter Symptomatik können die Antihistaminika als Monotherapie gegeben werden. Nasale Kortikoide als Monotherapie oder in Kombination mit Antihistaminika sind bei mittelschweren und schweren Formen bzw. bei länger als 4 Wochen anhaltenden Beschwerden indiziert. *bk*

kung soll die allergische Rhinitis in Zukunft ähnlich wie Hypertonie oder Diabetes einer Dauertherapie unterzogen werden.

Auch die Terminologie der Erkrankung wird sich ändern: An die Stelle der Begriffe „saisonale“ und „perenniale“ allergische Rhinitis treten dann die Termini „intermittierend“ und „persistierend“. Damit trägt man u.a. der Erkenntnis Rechnung, dass bei vielen Patienten ein eindeutiger Trend hin zu einer Polysensibilisierung festzustellen ist. Zudem werden die neuen Termini den Rhinitisformen z.B. in den USA oder anderen außereuropäischen Ländern eher gerecht. Mit ersten Publikationen der Initiative ist Mitte dieses Jahres zu rechnen. *bk*

Bachert C

Vorträge anlässlich von Symposien der Firmen Aventis und Essex; Berlin, Venedig, Nürnberg, 2000.

Allergische Rhinitis – der lange Weg der Aufklärung

Die WHO definiert die allergische Rhinitis als eine chronische Atemwegserkrankung. Die Therapie sollte dementsprechend langfristig angelegt sein – vergleichbar z.B. einer Dauertherapie beim Diabetes. Doch ist dies sicherlich kurzfristig nicht durchsetzbar, erklärte R. Mösges (Köln) im Gespräch mit Allergo Journal.

„Eine solche Vorgehensweise ist vom wissenschaftlichen Standpunkt her sicherlich richtig“, so Mösges. „Doch die Praxis sieht ganz anders aus. Zwar beruhen beide Erkrankungen auf einem genetischen Defekt und bei beiden Erkrankungen ist gerade bei unzureichender Behandlung mit Folgeschäden zu rechnen. Doch während beispielsweise beim juvenilen Diabetes die Eltern sorgfältig darauf achten, dass das Kind regelmäßig sein Insulin spritzt, heißt es bei der Rhinitis: ‚Das wächst sich aus, da unternehmen wir erstmal gar nichts‘.“

Diese Vorstellung ist nicht in nur in den Köpfen der meisten Eltern bzw. Patienten verankert, sondern auch noch bei vielen Ärzten anzutreffen. Dabei wissen wir längst aus epidemiologischen Untersuchungen, dass die allergischen Erkrankungen alle chronifizieren – nicht nur die Rhinitis, sondern z.B. auch die Neurodermitis. Hier haben wir noch einen langen Weg der Aufklärung vor uns. Momentan glaube ich nicht, dass sich eine Dauertherapie der allergischen Rhinitis beim Patienten bzw. dessen Eltern durchsetzen lässt.“ *bk*