



## Aktuelle Therapieempfehlungen für die allergische Rhinitis

# Schluss mit laufenden Nasen und tränenden Augen

Bald beginnt wieder die Zeit des großen Schniefens und Niesens. Viele Betroffene arrangieren sich ohne ärztliche Hilfe mit den alljährlichen Beschwerden, so gut sie können. Dabei gibt es wirksame Therapieoptionen, die sich an der Schwere der allergischen Rhinitis ausrichten.

— Die allergische Rhinitis gilt als häufigste atopische IgE-vermittelte Erkrankung, mit einer Lebenszeitprävalenz von über 20%. Oft ist sie mit anderen allergisch bedingten Komorbiditäten von der atopischen Dermatitis über Kreuz- und Lebensmittelallergien bis hin zum Asthma vergesellschaftet. Der Juckreiz in Nase, Ohren, Augen und Gaumen und die laufende oder verstopfte Nase können die Lebensqualität erheblich einschränken. Doch nur etwa jeder zehnte Betroffene wird Experten zufolge in Deutschland leitliniengerecht behandelt.

### Therapie auf drei Säulen

Die Behandlung der allergischen Rhinitis basiert auf den Säulen Allergenvermeidung, rationale Pharmakotherapie und allergenspezifische Immuntherapie.

Für die Behandlung leichter, intermittierender Symptome raten Allergologen – nach dem Algorithmus der Initiative ARIA – zu oralen oder intranasalen

H<sub>1</sub>-Antihistaminika und/oder Dekongestiva oder Leukotrienantagonisten (LTRA). Ist die intermittierende Symptomatik mäßig bis schwer oder bestehen leichte persistierende Beschwerden, kommen intranasale Glukokortikoide und Cromone hinzu. Bessern sich damit die Symptome, soll die Therapie einen Monat lang fortgesetzt werden.

Tritt bei persistierender Rhinitis nach zwei bis drei Wochen keine Besserung ein, gelten die Vorgaben für die Behandlung mäßiger bis schwerer persistierender Symptome. Für diese Patienten sind intranasale Glukokortikoide als First-Line-Medikation vorgesehen. In zweiter Linie werden orale oder intranasale H<sub>1</sub>-Antihistaminika oder LTRA verschrieben. Bessern sich die Symptome nach zwei bis vier Wochen, wird für einen weiteren Monat entsprechend einer leichten Symptomatik weiterbehandelt. Tritt keine Besserung ein, sollten Diagnose und Compliance überprüft sowie

Infektionen oder andere Ursachen ausgeschlossen werden.

Bei persistierender mäßiger bis schwerer Symptomatik stehen folgende Optionen offen: Erhöhung der intranasalen Glukokortikoiddosis, bei Juckreiz und Niesen Verordnung von H<sub>1</sub>-Antihistaminika, Ipratropiumbromid bei Rhinorrhö und Dekongestiva oder in schweren Fällen kurzfristig orale Glukokortikoide gegen die Obstruktion.

Bei Patienten mit mäßiger bis schwerer und/oder persistierender Rhinitis empfiehlt sich zudem eine Asthmadiagnostik. Eine begleitende Konjunktivitis kann mit oralen oder intraokulären H<sub>1</sub>-Antihistaminika oder intraokulären Cromonen behandelt werden.

### Möglichkeit einer spezifischen Immuntherapie prüfen

Neben der Allergenkarrenz ist die spezifische Immuntherapie (SIT) die einzige Möglichkeit, der allergischen Rhinitis kausal beizukommen. Kontrollierte Studien zeigen, dass damit nicht nur die Rate der symptomatisch wirkenden Medikamente reduziert, sondern auch der Etagenwechsel zum allergischen Asthma vermieden werden kann. Aktuell stehen eine subkutane (SCIT) und eine sublinguale (SLIT) Form zur Verfügung.

Dr. Christine Starostzik

### Immuntherapien der Zukunft?

In Studien werden derzeit auch Varianten der etablierten SIT untersucht. So versucht man mit der intralymphatischen Immuntherapie (ILIT) die Therapiedauer zu verkürzen, indem man die spezifischen Allergene direkt in die Lymphknoten spritzt. Bei der epikutanen Immuntherapie (EPIT) werden Allergene über Pflaster auf die Haut aufgebracht, bei der lokal-nasalen Immuntherapie (LNIT) direkt in die Nasenhöhle gesprüht.

Als möglicherweise interessante Alternative zu den herkömmlichen Immuntherapien gilt auch die orale Immuntherapie (OIT) zur Behandlung von Nahrungsmittelallergien. Die orale mukosale Immuntherapie (OMIT) schließlich wurde entwickelt, um allergene Proteine auf der größeren Oberfläche der Mundschleimhaut verteilen zu können. Alle diese Neuentwicklungen müssen ihre Praxistauglichkeit allerdings noch weiter unter Beweis stellen.

- Chaker, A und Wagenmann *Allergo J* 2016;25(2):14–17
- Klimek, L. et al. *Allergo J* 2016;25(8):42–44
- Becker, S. et al. *Allergo J Int* 2017;26:301–310
- Mitat, A. et al. *American Journal of Rhinology & Allergy* 2016; 30(6): e193–e197(5)