

---

# 1 Einführung

## 1.1 Zur Geschichte des Heuschnupfens

Bereits in griechischen Schriften stößt man auf Schilderungen von Symptomen, die einem allergischen Asthma gleichen. Konkrete Beschreibungen der allergischen Rhinitis sind erst in der Neuzeit nachzuweisen. Eine als Vorläuferform des Heuschnupfens angesehene Erkrankung findet sich in der Mitte des 16. Jahrhunderts: Niesen, Juckreiz in der Nase und Atembeschwerden in der Gegenwart von Rosen wurde als *rose cold* (deutsch etwa: Rosenschnupfen) bezeichnet.

Aus dem 17. Jahrhundert gibt es Schilderungen einer alljährlich wiederkehrenden, einer allergischen Rhinitis gleichenden Erkrankung, deren Ursache man aber noch nicht erkannt hatte. Zunächst musste sich die Erkenntnis durchsetzen, dass Schnupfen eine Sekretion der Nasenschleimhaut ist und nicht etwa ein Ausfluss des Gehirns.

Erste Beschreibungen des Heuschnupfens (engl. *hay fever*) als einheitliches Krankheitsbild finden sich Ende des 18. und Anfang des 19. Jahrhunderts bei William Heberden (1710–1801) und John Bostock (1773–1846). Letzterer sprach auch von einem „*catarrhus aestivus*“ (Sommerkatarrh). Philipp Phoebus (1804–1880), Pharmakologe an der Universität Gießen, schrieb im Jahre 1859 über das „Heu-Asthma“, wenig später erschien sein Artikel „Der typische Frühsommerkatarrh“.

Die bahnbrechende Arbeit zur Erforschung des Heuschnupfens publizierte der Londoner Arzt Charles H. Blackley (1820–1900) im Jahr 1873. Darin wurde der Beweis erbracht, dass die Inhalation von Pollen die Ursache der allergischen Rhinitis darstellt. Außerdem beobachtete Blackley die extrem niedrige Prävalenz des Heuschnupfens in der bäuerlichen Bevölkerung und folgerte, dass die ständige Exposition gegenüber Pollen diese Menschen unempfindlich mache. Blackley war homöopathischer Arzt und litt selbst unter Heuschnupfen. Nach wenig erfolgreichen Behandlungsversuchen mit homöopathischen Arzneien entwickelte er verdünnte Pollen-

aufschwemmungen, die er im Verhältnis 1:10000 einsetzte. Damit war das heutige therapeutische Prinzip der Hyposensibilisierung vorweggenommen.

Samuel Hahnemann (1755–1843), der die Begriffe Heuschnupfen und Allergie noch nicht kannte, deutete die Möglichkeit einer Allergieneigung im § 117 seines *Organon* zumindest an und benutzte dafür den Begriff „Idiosyncrasie“. In einer Fußnote zu diesem Paragraphen heißt es: „Einige wenige Personen können vom Geruche der Rosen in Ohnmacht fallen [...]“. In der homöopathischen Literatur finden wir entsprechende Beschreibungen des erwähnten Rosenschnupfens, bis heute ist die Rubrik „Nose – Coryza – rose cold“ in den Repertorien überliefert (z.B. Kent-Repertorium, mit den Arzneien All-c., Sabad., Sang., Tub., Wye.).

Erste erfolgreiche Behandlungen des Heuschnupfens mittels klassischer Homöopathie wurden vom amerikanischen Homöopathen E.B. Nash (1838–1917) beschrieben. Selbst über Jahrzehnte an Heuschnupfen leidend, beschrieb er erfolgreiche Behandlungen mit *Lachesis muta*, *Gelsemium sempervirens*, *Carbo vegetabilis*, *Sticta pulmonaria* u.a. In der folgenden Zeit wurden weitere Erfahrungen bei der Therapie des Heuschnupfens gesammelt, die sich in der Kent-Rubrik „Nose – Coryza – annual (hay fever)“ widerspiegeln. Während in der letzten Auflage des Kent'schen Repertoriums rund 30 Arzneien zu finden waren, zählt man in modernen Repertorien bereits weit über 100 Arzneien: Die Rubrik „Nase – Heuschnupfen“ in der *Synthesis Treasure Edition/RADAR 10* enthält beispielsweise 125 Arzneimittel.

Der Begriff „Allergie“ wurde erst im Jahr 1906 durch die damals in Wien tätigen Kinderärzte Clemens von Pirquet (1874–1929) und Béla Schick (1877–1967) eingeführt.

## 1.2 Die allergische Rhinitis

### 1.2.1 Definition

Die allergische Rhinitis ist definiert als eine symptomatische Überempfindlichkeitsreaktion der Nase, bei der es durch den Kontakt mit Allergenen unter der Vermittlung von Immunglobulin E zu einer entzündlichen Schleimhautreaktion kommt. Im allgemeinen Sprachgebrauch ist der Terminus „Heuschnupfen“ üblich, der genau genommen eine durch Pollen ausgelöste, allergische Rhinokonjunktivitis meint. Im Folgenden wird „allergische Rhinitis“ synonym mit „Heuschnupfen“ verwendet.

Die Erkrankung ist mit einer Lebenszeitprävalenz von 24% eine der häufigsten chronischen Krankheiten und zugleich die häufigste immunologische Erkrankung in Europa. Die Erkrankungshäufigkeit steigt seit vielen Jahren immer weiter an.

Im Jahre 2000 betragen die durch allergische Rhinitis und Komorbiditäten hervorgerufenen sozioökonomischen Kosten allein in Deutschland 240 Millionen Euro, während alle allergischen Atemwegserkrankungen zusammen 5,1 Milliarden Euro Kosten verursachten. Die allergische Rhinitis tritt bei zwei Dritteln der Betroffenen gemeinsam mit anderen allergischen Erkrankungen auf, insbesondere mit

- Asthma (43%),
- Ekzemen (32%),
- Nahrungsmittelallergien (29%) und
- Urtikaria (19%).

Die Erkrankung beginnt meist im Kindesalter und hat bei vielen Betroffenen Auswirkungen auf schulische Leistungsfähigkeit, Sozial- und Arbeitsleben. Zwei Drittel der Patienten sind durch die Erkrankung in ihren täglichen Aktivitäten deutlich eingeschränkt und müssen ihren Alltag an die Erkrankung anpassen, ein Drittel aller Betroffenen fühlt sich ständig müde und abgeschlagen. 88% der Betroffenen greifen zur Symptomlinderung zu Medikamenten, wobei meist Antihistaminika, Nasensprays und Augentropfen verwendet werden.

### 1.2.2 Klinik

Die wichtigsten Symptome der allergischen Rhinitis sind Niesen, Juckreiz, klare Sekretion und nasale Obstruktion. Bei der pollenbedingten allergischen Rhinitis kommt es häufig zu einer Begleitkonjunktivitis, bei milbenbedingter Rhinitis stehen mehr die nasalen Symptome im Vordergrund.

#### Klinische Leitsymptome der allergischen Rhinitis

- Niesen
- Juckreiz
- Sekretion
- Obstruktion

#### Weitere (mögliche) klinische Symptome

- Husten
- Halsschmerzen
- Mundgeruch
- Lidödeme
- näselnde Sprache
- Mundatmung
- Dyspnoe
- Schlafstörungen
- nasale Hyperreaktivität
- Konzentrationsstörungen

#### Häufige Begleiterkrankungen

- Konjunktivitis
- Sinusitis
- Asthma
- atopisches Ekzem (Neurodermitis)
- Nahrungsmittelallergien (Kreuzallergien)
- rezidivierende Paukenergüsse
- Gedeihstörungen
- eingeschränkte Leistungsfähigkeit

Tab. 1.1 Schweregrad der allergischen Rhinitis.

| Dauer der Symptomatik  | Schwere der Symptomatik  |
|--|--|
| <b>intermittierend</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>weniger als 4 Tage/Woche</li> <li>oder weniger als 4 Wochen</li> </ul> | <b>gering</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Symptome sind vorhanden</li> <li>Symptome beeinträchtigen die Lebensqualität nicht</li> </ul>               |
| <b>persistierend</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>mehr als 4 Tage/Woche</li> <li>und mehr als 4 Wochen</li> </ul>          | <b>mäßig-schwer</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Symptome sind vorhanden und belastend</li> <li>Symptome beeinträchtigen die Lebensqualität</li> </ul> |

Der Schweregrad der allergischen Rhinitis (Tab. 1.1) wird nach der ARIA-Dokumentation (Allergic Rhinitis and its Impact on Asthma) der WHO klassifiziert und richtet sich nach Dauer und Schwere der Symptomatik.

Lebensqualitätsparameter sind schulische und berufliche Leistungen, Schlafqualität und sportliche Aktivitäten.

Knapp zwei Drittel der jugendlichen und erwachsenen Pollenallergiker entwickeln im Laufe der Zeit pollenassoziierte Nahrungsmittelallergien (Kreuzallergien, vgl. Kap. 1.3). Die Ursache liegt in ähnlichen Eiweißstrukturen von Pollen und Nahrungsmitteln. Die mögliche Symptomatik beinhaltet neben den bekannten Heuschnupfensymptomen auch Halskratzen, Schluck- und gastrointestinale Beschwerden, Asthma oder Ekzemschübe. Die Menge des aufgenommenen Allergens, aber auch körperliche Anstrengung, Medikamente oder Additionseffekte durch die gleichzeitige Aufnahme mehrerer Allergene beeinflussen die Intensität der Beschwerden.

### 1.2.3 Pathophysiologie

Pathophysiologisches Substrat der allergischen Reaktion ist eine zelluläre Entzündungsreaktion, die in eine Sofortphase (weniger als 2 Stunden) und in eine Spätphase (2–48 Stunden) eingeteilt werden kann. Über die epitheliale Barriere der Nasenschleimhaut kommt ein Allergen in Kontakt mit dendritischen Zellen. Diese nehmen die Allergene auf, wandern in die

lokalen Lymphknotenstationen und präsentieren die Allergenfragmente (Proteine und Glykoproteine) den dortigen T-Lymphozyten. Über T-Helferzellen werden B-Helferzellen zur Immunglobulinproduktion angeregt. Immunglobulin E vermittelt die Freisetzung von Entzündungsmediatoren aus basophilen Granulozyten und Mastzellen. Histamin, Leukotriene, Prostaglandine, Tryptase, Chymase und andere Mediatoren führen zum klinischen Bild der allergischen Sofortreaktion vom Typ 1, die sich innerhalb weniger Minuten ausbildet. Im Anschluss an die Sofortreaktion kann es auch zu einer allergischen Spätphasenreaktion kommen. Hierbei nehmen eosinophile Granulozyten, die durch verschiedene Botenstoffe und Apoptosevorgänge (Zelltod) angezogen werden, eine wichtige Rolle ein. Die eosinophilen Granulozyten enthalten enzymatische und toxische Inhaltsstoffe, die die Entzündungsreaktion weiter aufrecht erhalten.

Heute geht man davon aus, dass bei vielen Patienten auch in der symptomfreien Phase eine minimale Entzündungsreaktion als Ausdruck der immunologischen Regulationsstörung persistiert. Durch chronische Entzündungsprozesse kann es auch zu einer nasalen Hyperreaktivität kommen: Die Nasenschleimhaut reagiert auch überempfindlich auf unspezifische Reize wie Geruchsstoffe, Staub oder Temperaturveränderungen. Es kann zu Nasenlaufen, verstopfter Nase oder Niesreiz kommen.

### 1.2.4 Diagnostik

#### Anamnese

Das wichtigste diagnostische Instrument ist die Anamnese. Hier sollte auch die Familiengeschichte mit erfasst werden. Für die Diagnostik ausschlaggebend ist die Expositionsanamnese (Allergene, Medikamente, Nahrungsmittel). Aus homöopathischer Sicht kommt der Anamnese die wichtigste Bedeutung bei der Arzneifindung zu (vgl. Kap. 2.2).

#### Untersuchung

Die lokale klinische Untersuchung umfasst die Inspektion der inneren Nase (anteriore Rhinoskopie mit einem Nasenspekulum), der äußeren Nase, der Augen sowie der umgebenden Hautpartien. Die Nasenendoskopie ist HNO-Ärzten vorbehalten. Eine ergänzende pulmologische Diagnostik mit Aus-

kultation, Perkussion, ggf. Lungenfunktionstestung (Asthma) und eine Inspektion der Haut (Ekzeme) ist sinnvoll.

## Diagnostische Tests

Diagnostische Tests sollten nur durchgeführt werden, wenn das dafür notwendige allergologische Fachwissen und die entsprechende Ausrüstung vorhanden sind. Allergologische Tests mit Allergenkontakt sind nicht ohne Gefahr. Es kann zu anaphylaktischen Reaktionen kommen, über die der Arzt den Patienten aufklären und auf die er selbst Notfallmedizinisch vorbereitet sein muss.

In Frage kommen:

- Hauttestungen (Pricktest, Intrakutantest, Epikutantest)
- In-vitro-Tests (RAST: nur eingeschränkte Aussagefähigkeit)
- nasaler Provokationstest mit Allergenen (diagnostisch beweisend)

Zur Durchführung der allergologischen Diagnostik sei auf entsprechende Standardwerke verwiesen (s. Literatur).

### 1.2.5 Differenzialdiagnose

Bei akutem Auftreten ist die allergische Rhinitis vor allem gegen viral oder bakteriell bedingte entzündliche Erkrankungen des Nasen-Rachen-Raums abzugrenzen. Differenzialdiagnostisch hilfreich können hier begleitende Pharyngitis (Rötung, Schluckschmerzen), Sinusitis (schmerzende Stirn-, Nasennebenhöhlen), Otitis media (gerötetes Trommelfell), Fieber und Gliederschmerzen sein, die bei allergischer Genese selten auftreten. Bei persistierenden Beschwerden ist eine HNO-ärztliche Diagnostik zu empfehlen, andere Ursachen wie Fehlbildungen, adenoide Vegetationen, Polyposis, toxische Schädigungen, Neoplasien und spezifische entzündliche Prozesse sind auszuschließen. Es sollte auch an internistische Erkrankungen (Wege-ner'sche Granulomatose, Sjögren-Syndrom, Sarkoidose, Hypothyreose), Medikamentennebenwirkungen (z.B. durch Acetylsalicylsäure, Neuroleptika, Antidepressiva, ACE-Hemmer, Östrogene, Antikonzeptiva), Nahrungsmittelunverträglichkeiten (biogene Amine, scharfe Gewürze, Salicylate, Glutamat) und hormonelle Ursachen (Schwangerschaft, Menopause) gedacht werden.

### 1.3 Pollenflugkalender, Kreuzallergientabelle

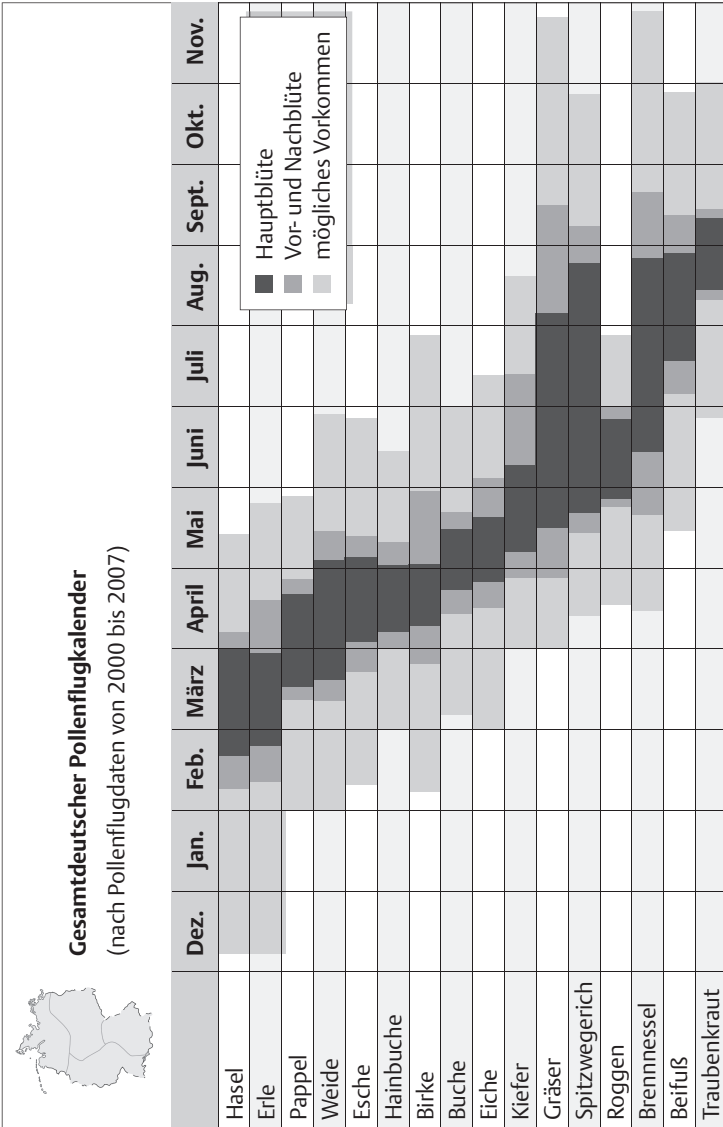


Abb. 1.1 Pollenflugkalender. (© Stiftung Deutscher Polleninformationsdienst, Bad Lippspringe)



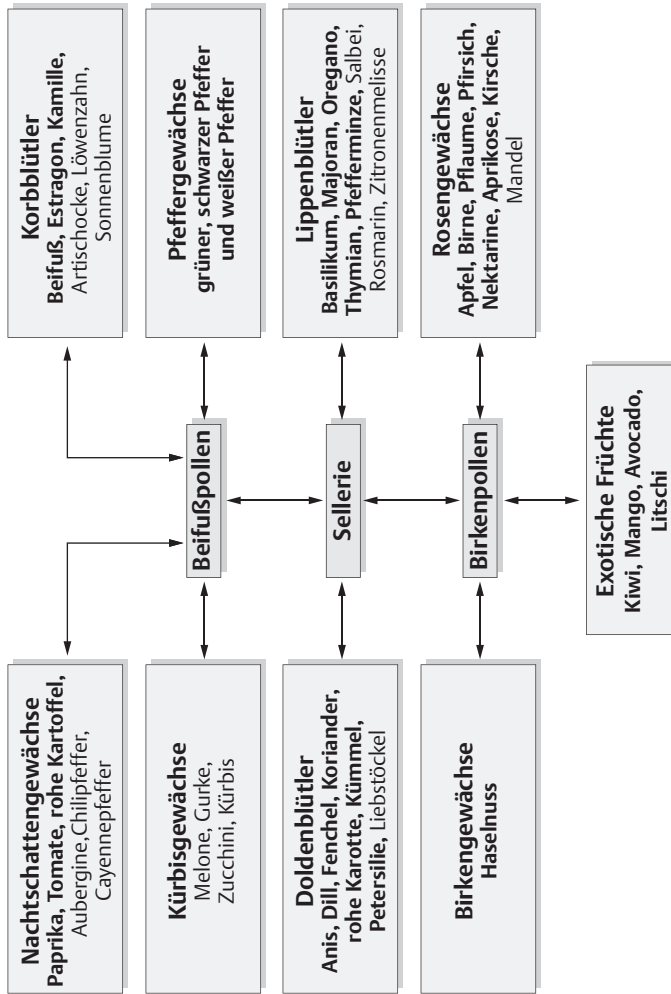


Abb. 1.2 Kreuzallergien (häufige Allergene sind fettgedruckt, © aid infodienst Bonn).

## 1.4 Konventionelle Therapie

Die konventionellen Therapiemöglichkeiten werden in diesem Handbuch kurz erläutert, für das vertiefte Studium und die praktische Anwendung sei auf entsprechende Fachliteratur verwiesen (z.B. Scholz 2005, Wahn et al. 2005).

Die konventionelle Therapie der allergischen Rhinitis beinhaltet verschiedene Strategien.

### 1.4.1 Symptomatische Behandlung (Antiallergika)

Die symptomatische Behandlung dient der Linderung bzw. Unterdrückung der akuten Beschwerden wie Juckreiz, Tränenfluss, Niesreiz usw. Verschiedene Wirkprinzipien stehen zur Verfügung:

- **Cromone** (z.B. DNCG=Cromoglycinsäure, Nedocromil, Lodoxamid): topisch eingesetzte Substanzen, die vorrangig zur Prophylaxe eingesetzt werden, z.B. in Form von Augentropfen und Nasensprays.
- **Antihistaminika** (z.B. Levocabastin, Azelastin, Desloratadin, Cetirizin): oral oder topisch eingesetzte H(=Histamin)1-Antagonisten, die bereits innerhalb weniger Minuten zu einer Beschwerdelinderung führen können.
- **Sympathomimetika** (z.B. Tetrazyolin): sog. Dekongestiva, die topisch z.B. als Augentropfen oder Nasenspray eingesetzt werden. Es handelt sich um kurz wirksame Substanzen, die bei häufiger Wiederholung zu einer reaktiven Hyperämie führen können (Rebound-Effekt).
- **Glukokortikosteroide** (z.B. Beclomethason, Flunisolid, Budesonid): topisch oder systemisch eingesetzte Substanzen, die antientzündlich wirksam sind. Topische Glukokortikosteroide zählen derzeit neben den oralen Antihistaminika zu den Medikamenten erster Wahl bei intermittierender oder persistierender allergischer Rhinokonjunktivitis im Kindes- und Erwachsenenalter. Insbesondere bei Kindern ist die systemische Anwendung wegen der bekannten Nebenwirkungen auf das hormonelle System (Wachstumsstörungen u.a.) abzulehnen.
- **Leukotrienrezeptorantagonisten**: können mit Antihistaminika kombiniert werden, sollen die allergische Entzündung und Sekretion dämpfen.