

4 Diagnose: Ein gemeinsamer Atemweg

4.1 Definition und Klassifizierung von Asthma und allergischer Rhinitis

Eine kurze und prägnante Definition für **Asthma** war die Folgende: „Asthma ist eine variable und (meist) reversible Atemwegsobstruktion infolge Entzündung und Hyperreaktivität der Atemwege“ (modifiziert nach Nolte 1998 [1]). Die Definition aus den aktualisierten Leitlinien der GINA [2] ist deutlicher an der Klinik ausgerichtet, stellt aber auch die chronische Entzündung in den Vordergrund:

„Asthma ist eine chronische entzündliche Erkrankung der (unteren) Atemwege, bei der viele Zellen und Zellelemente eine Rolle spielen. Die chronische Entzündung verursacht einen Anstieg der Atemwegs(hyper-)reagibilität, die zu wiederkehrenden Episoden von Giemen, Atemnot, Brustenge und Husten führt, insbesondere nachts oder am frühen Morgen. Diese Episoden gehen normalerweise mit einer variablen Obstruktion der Atemwege einher, die entweder spontan oder durch Behandlung reversibel ist.“

Die **allergische Rhinitis** (AR) wird in ähnlicher Weise klinisch definiert. Auch die AR geht mit einer Entzündung der Schleimhaut einher, was als „symptomatische Erkrankung der Nase, induziert durch eine IgE-vermittelte Entzündung nach Allergenexposition der Nasenschleimhaut“ [3] beschrieben wurde.

Asthma wird ätiologisch in **allergisches** (atopisches)/extrinsisches Asthma und **nicht-allergisches** (nicht-atopisches)/intrinsisches Asthma eingeteilt (s. Kapitel 2 und 3), wobei die Mehrzahl der Betroffenen an einem allergischen Asthma leiden. Individuell werden unterschiedliche Auslöser und Symptomatik angegeben, auch wenn wesentliche Teile der Pathophysiologie (Atemwegsentzündung und Hyperreagibilität) gleich sind. Langjähriges allergisches Asthma kann eine zunehmende nicht allergische Komponente entwickeln, was sich dadurch äußert, dass die Symptome auch unabhängig von Allergenkontakt auftreten und persistieren.

Auch bei der Rhinitis gibt es eine allergische sowie eine nicht allergische Form. Letztere wurde früher als „vasomotorisch“ bezeichnet und

Tabelle 4.1 Herkömmliche und ARIA-Klassifikation der allergischen Rhinitis (AR)

Herkömmliche Bezeichnungen	ARIA-Bezeichnungen
Saisonale allergische Rhinitis (SAR) Symptome ausgelöst durch Allergene, die zu bestimmten Zeiten auftreten	Intermittierende allergische Rhinitis Symptome an weniger als 4 Tagen pro Woche <i>oder</i> weniger als vier Wochen pro Jahr
Perenniale allergische Rhinitis (PAR) Symptome ausgelöst durch Allergene, die das ganze Jahr über vorhanden sind	Persistierende allergische Rhinitis Symptome an mehr als 4 Tagen pro Woche <i>und</i> mehr als 4 Wochen pro Jahr
Berufliche allergische Rhinitis Symptome ausgelöst durch Allergene am Arbeitsplatz	

weist häufig keine entzündliche Komponente auf. Bisher wurde die allergische Rhinitis in eine **saisonale allergische Rhinitis (SAR)**, und eine **perenniale allergische Rhinitis (PAR)** unterschieden. Erstere wird durch saisonal auftretende Allergene (hauptsächlich Baum-, Gräser- und Kräuterpollen), letztere durch ganzjährig auftretende Allergene wie Hausstaubmilbenallergene oder Tierhaare ausgelöst und unterhalten. Beide haben jedoch eine sehr ähnliche Symptomatik. In einigen geografischen Gebieten kommen „typische“ saisonale Allergene aber ganzjährig vor; andererseits kann die Exposition gegenüber perennialen Allergenen saisonal schwanken. Zudem sind die Betroffenen selten nur gegen saisonale *oder* perenniale Allergene sensibilisiert. Da sich zudem entzündliche Veränderungen auf der Nasenschleimhaut bei saisonaler und perennialer allergischer Rhinitis nicht unterscheiden, wurde von der *Allergic Rhinitis and its Impact on Asthma (ARIA)*-Arbeitsgruppe eine neue Klassifikation inauguriert: Unterschieden werden nun eine **intermittierende und eine persistierende Rhinitis**, eingeteilt nach Beschwerdedauer und -häufigkeit und nicht nach auslösenden Allergenen (Tab. 4.1) [4].

4.2 Anamnese von AR und Asthma bronchiale

Leitsymptom für Asthma ist eine anfallsartige, reversible, evtl. saisonale Dyspnoe mit bronchialer Hyperreagibilität bei Exposition gegen unspezifische Atemwegsreize physikalischer bzw. chemischer Art wie Nebel, kalte Luft, Abgase, scharfe Gerüche etc. oder nach Inhalation spe-

zifischer allergener Auslöser. Für Asthma charakteristisch ist die Angabe des Patienten, dass die Atembeschwerden und Asthmaanfälle in den frühen Morgenstunden auftreten. Klassische Symptome sind ein Gefühl der Enge über der Brust, ein Globusgefühl, pfeifende Geräusche bei der Atmung und expositionsabhängige Beschwerden. Das pathophysiologische Korrelat, nämlich die Behinderung der Ausatmung, wird oft nicht wahrgenommen. Im Gegenteil berichten Betroffene oft, dass sie bei einem Anfall nicht mehr einatmen können, was durch die obstruktionsbedingte Überblähung der Lunge bedingt ist. Zu Beginn der Erkrankung und insbesondere bei Kindern kann Husten einziges oder führendes Symptom sein. Da Asthma einerseits im Rahmen viraler Infekte exazerbiert, andererseits zu Beginn der Erkrankung die Symptomatik von einer akuten viralen Atemwegsentszündung schwer abzugrenzen ist (Fehldiagnosen: Rhinitis und Bronchitis, „rhinobronchiales Syndrom“ etc.), sollte Asthma differenzialdiagnostisch auch erwogen werden, wenn Patienten von rezidivierenden oder „verschleppten“ Erkältungskrankheiten berichten, die „auf die Bronchien geschlagen sind“. Bei unbehandeltem Asthma kann diese Symptomatik progredient verlaufen und dauerhaft persistieren. Ursache dafür ist eine irreversible Atemwegsobstruktion als Folge langjähriger Atemwegsentszündung, die bei fortgeschrittenem, chronifiziertem Asthma vor allem bei älteren Patienten – insbesondere, wenn sie geraucht haben – die Abgrenzung zu einer COPD einerseits und damit die Behandlung andererseits erschwert.

Die Kenntnis, dass allergische Rhinitis und Asthma häufig gemeinsam auftreten und die allergische Rhinitis einem klinisch manifesten Asthma vorausgehen kann, bietet damit für den Betroffenen die Chance, dass die Erkrankung rasch diagnostiziert und therapiert wird, wodurch die Langzeitprognose verbessert werden kann.

Aus diesen Gründen sollte jeder Patient mit Asthma nach den im Folgenden beschriebenen Symptomen der AR, umgekehrt jeder Patient mit AR nach asthmatischen Symptomen befragt werden. (Tab. 4.2).

Die Kardinalsymptome der AR sind

- nasale Obstruktion,
- wässrige Rhinorrhö,
- Niesanfalle,
- Juckreiz in der Nase,
- Hyposmie und Sekretfluss in den Rachen (sog. Postnasal Drip)
(insbesondere bei persistierender AR).

Oft bestehen noch eine allergische Bindehautentzündung (dann „allergische Rhinokonjunktivitis“) und/oder pharyngitische Beschwerden.

Tabelle 4.2 Wichtigste anamnestische Fragen und weiteres Vorgehen, um bei Asthma bzw. allergischer Rhinitis die jeweils andere Erkrankung zu diagnostizieren. Die Anamnese ist auf die spezifische Situation (z. B. intermittierende vs. persistierende Beschwerden) abzustimmen

bei Asthma	bei allergischer Rhinitis
<ul style="list-style-type: none"> ■ Leiden Sie unter einer laufenden Nase, unter Juckreiz und Niesreiz oder kommt es häufig vor, dass Sie durch die Nase keine Luft bekommen? ■ Haben Sie auch Symptome an den Augen, z. B. juckende und tränende, gerötete Augen? ■ Treten die Beschwerden eher zu Hause oder vermehrt im Freien auf? Wo und wie wohnen Sie? ■ Bestehen Beschwerden regelmäßig bei oder nach der Arbeit? Was ist Ihr Beruf? ■ Sind die Beschwerden auf bestimmte Jahreszeiten begrenzt oder stärker als zu anderen Zeiten, etwa in Frühjahr, Sommer oder Herbst? ■ Können Sie einen Zusammenhang mit den Tageszeiten erkennen? Sind die Nasenbeschwerden früh morgens oder nachts schlimmer als am Tage? ■ Lösen der Kontakt mit Tieren oder ein bestimmtes Hobby (Reiten, Tierzucht, Heimwerken, Kochen, Backen) Nasenbeschwerden aus? ■ Bestehen Abneigungen oder Unverträglichkeiten gegen Nahrungsmittel? Welche Beschwerden treten auf? ■ Treten bei Hausarbeiten (z. B. Staub Putzen oder Saugen) Nasenbeschwerden auf? 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Haben Sie jemals, evtl. während der Pollensaison, beim Atmen pfeifende Geräusche in der Brust bemerkt? ■ Haben Sie jemals, evtl. in der Pollensaison, nach dem Sport oder anderen körperlichen Anstrengungen, Atemnot verspürt? ■ Haben Sie jemals, evtl. in der Pollensaison, in Ruhe Atemnot verspürt? ■ Sind Sie jemals nachts mit Atemnot oder Atemgeräuschen aufgewacht? ■ Sind Sie jemals nachts mit einer Hustenattacke aufgewacht? ■ Gehen Ihre Nasenbeschwerden/Ihr Heuschnupfen mit Husten und/oder Enge in der Brust einher? ■ Schlagen Ihnen Erkältungen auf die Brust und halten dann länger als 10 Tage an?
↓	↓
<ul style="list-style-type: none"> ■ ggf. anteriore Rhinoskopie, bei persistierender Rhinitis nasale Endoskopie bzw. Überweisung zum HNO-Arzt ■ Pricktest (evtl. spezifisches IgE), bei entsprechender Indikation (vgl. Tab. 4.8) nasaler Allergenprovokationstest bzw. Überweisung zum HNO-Arzt 	<ul style="list-style-type: none"> ■ ggf. Spirometrie bzw. Überweisung zum Pulmologen