

Zu dem gegen verschiedene Schimmelpilze zeigen. Allerdings gibt es auch bei der Analgetikaintoleranz Therapiemöglichkeiten, die der Laie nur schwer von einer echten Hyposensibilisierung unterscheiden kann. Es handelt sich dabei um die adaptive Desaktivierung, auf die noch eingegangen wird.

Analgetikaintoleranz

Hier sind mehrere Formen zu unterscheiden: die Analgetikaintoleranz, eine sehr genau definierte Krankheitsentität, die Sulfintoleranz (weniger charakteristisch), die Histaminintoleranz und andere Idiosynkrasien mit Krankheitserscheinungen an den Atemwegen. Die Laktoseintoleranz und Fruktosemalabsorption, oft falsch als Fruktoseintoleranz bezeichnet, sind keine Atemwegeserkrankungen.

Trotz ihres Namens ist die Analgetikaintoleranz keine iatrogen ausgelöste Erkrankung. Sie bestand bereits vor der Einnahme von Analgetika, und sie besteht auch nach Absetzen aller Analgetika und Antiphlogistika weiter, wenngleich in geringerer Masse.

Die Erstbeschreibung einer Analgetikaintoleranz erfolgte durch *Hirschberg* 1902, damals als eine Manifestation in den oberen Luftwegen bzw. Kopf. Das Symptomentrias Polyposis nasi, Asthma bronchiale und anaphylaktoide Reaktionen auf Aspirin erkannten *Widal, Abrami und Lermoyez* 1922. *Samter und Beers* beschrieben die Analgetikaintoleranz als Krankheitsentität.

Es gibt zwei Subtypen: Die eine zeigt eine Urtikaria und nur diskrete rhinitische und Atembeschwerden, im akuten Anfall im Sinne einer Rhinitis simplex ohne Polypenbildung.

Im anderen Fall stehen die Atemwegeserkrankungen im Vordergrund, und die Urtikaria tritt nur gelegentlich auf. Diese Patienten haben in der Regel eine Polyposis nasi mit und ohne Asthma bronchiale.

Auslösende Substanzen

Es ist verständlich, dass schwache Antipyretika oder solche, die nur langsam oder verzögert wirken, wenig geeignet sind, eine pseudoallergische Reaktion auszulösen. Für das Polypenwachstum dürfte allerdings die Geschwindigkeit des Wirkungseintritts unerheblich sein. Ausser durch Analgetika können positive anaphylaktoide Reaktionen durch *Staphylococcus aureus* Extrakte und

durch verschiedene natürliche Nahrungsmittel ausgelöst werden. Dazu gehören unter anderem fast alle Obstsorten und die hieraus hergestellten, schneller resorbierbaren Produkte wie Orangensaft, Wein und Alkoholika.

Nahrungsmittel, die bei Schmerzmittelüberempfindlichkeit schlecht vertragen werden:

- 1) Obst und alle aus diesen hergestellten Produkte, einschließlich Essig (Birnen werden wahrscheinlich vertragen)
- 2.) Alle Alkoholika, auch die destillierten, auch Bier (Kartoffel-Wodka wird wahrscheinlich vertragen).

Substanzen, die oft schlecht vertragen werden:

- 3.) Schokolade, Mandeln, Tomaten, Mayonnaise, medizinische Tees, aromatisierter Tee.
- 4) Lebensmittelfarbstoffe und Konservierungsmittel (z.B. in Limonade, Coca-Cola), so Tartrazin (E 102), Benzoesäure und PHB-Ester (E210-E219).
- 5) Arzneimittel können unter ungünstigen Umständen auch über die Haut aufgenommen werden: Inhaltstoffe von Seifen, Salben, Tinkturen.
- 6) Unabhängig von der Schmerzmittelunverträglichkeit, jedoch manchmal bei Atemwegeserkrankungen unverträglich sind: Sauerkraut und Kohlarten, Joghurt und fermentierte Speisen, geschwefelte Nahrungsmittel (E 220-E 227).

Genannt wurden Substanzen, bei denen vermehrt mit nicht-allergischen anaphylaktoiden Reaktionen zu rechnen ist. Die Tabelle wurde aufgrund von anamnestischen Mitteilungen der Patienten und nicht aufgrund von Provokationstests zusammengestellt. Perioden zeitweiser, jedoch nur scheinbarer Verträglichkeit sind häufig. Außerdem bestehen Unterschiede von Patient zu Patient, von Fabrikat zu Fabrikat.

Häufigkeit der Analgetikaintoleranz

Die Analgetikaintoleranz wird nur von 35 Prozent der Betroffenen aufgrund der subjektiv empfundenen Beschwerden erkannt. Das sind 3 Prozent der Patienten mit einer Rhinosinusitis polyposa, 10 Prozent der Kranken, wenn gleichzeitig eine Asthma bronchiale besteht. Bei routinemäßiger Provokation und bei ausgewählten Patientengut sind die Prozentzahlen deutlich höher (3).

Histaminintoleranz

Die Histaminintoleranz kann als Symptom einer Allergie auftreten. Sie entspricht dann der nasalen und bronchialen Hyperreagibilität, die mit der Inhalation oder Applikation von Histamin, auch von Metacholin in die Atemwege diagnostiziert wird. In diesem Fall ist eine Überschneidung mit dem Phänomen des „priming effectes“ gegeben.

Histamin kann auch über den Verdauungstrakt zur Resorption und damit zur Wirkung auf die Atemwege gelangen. Das geschieht spontan beim Essen histaminhaltiger Nahrungsmittel (Rotwein, Thunfisch, Nüsse, Sauerkraut, überlagerte Fischkonserven, alter Käse).

Ist der Abbau des Histamins durch Verdauungsenzyme in der Darmschleimhaut gestört, sind auch ohne Allergie Beschwerden im Sinne einer Histaminintoleranz möglich.

Die durch die Gene bedingt nicht funktionsfähigen Verdauungsenzyme können bestimmt werden, ebenso die dazugehörigen Genveränderungen.

Nicht leicht verständlich, warum diese Untersuchungen Ergebnisse erbringen, die nur sehr lose mit dem Beschwerden der Betroffenen korrelieren. Deshalb ist eine orale Provokation mit Histamin eine in der Regel nicht zu umgehende Maßnahme, es sei denn der Patient ist mit Verdachtsdiagnosen und Vermutungen zufrieden. Außerdem erkennt dann der Patient bei spontaner Histaminaufnahme sein Krankheitsbild und die Suche nach einem Allergen für diesen Anfall (meistens flush) kann unterbleiben.

Bradykinin induzierte Reaktionen

Hierzu gehört das hereditäre angioneurotische Oedem (Quincke-Oedem), die Nebenwirkung bei ACE-Hemmern und sehr selten den eng verwandten Sartanen (10). Für erster ist eine zugelassene Therapie mit C1-INH (Berinert P) und Icatabant (Firazyr) möglich, die auch auf die anderen Bradykininreaktionen wirken soll (1).

Serotonin-Flush

Der Vollständigkeit halber muß dieses Krankheitsbild wegen der Symptomatik erwähnt werden.

Spezifische Rhinitiden

Seltene Diagnosen: Lues, Wegenersche Granulomatose, Sarkoidose, Rhinosklerom, Mittelliniengranulom Rhinosporidose, Blastomykose u.a..