

Bewährt hat es sich, von den Patienten einen Nahrungsmittelkalender führen zu lassen. Hierin werden alle Nahrungsmittel in dem Augenblick notiert, in dem sie eingenommen werden. Verstärken sich die Beschwerden, wird ein kleines Kreuzchen oder eine Anmerkung gemacht.

Bringt der Patient seinen Nahrungsmittelkalender nicht mit in die Sprechstunde, kann man davon ausgehen, dass er einen Diätfehler gemacht hat, den er - aus welchen Gründen auch immer - nicht zugeben will. Oder er möchte überhaupt keine Diät einhalten. Schliesslich ist das Krankheitsbild - solange es monosymptomatisch auf die Nase beschränkt bleibt - auch durch wiederholte Operationen und ausreichende hoch dosierte lokale Corticoidtherapie zu beherrschen. Alternativ ist eine adaptive Desaktivierung möglich. Diese setzt allerdings voraus, dass man die orale Provokation beherrscht.

### Orale Provokation unter rhinomanometrischer Kontrolle

**Wichtige Vorsichtsregel:** Provokiert wird nur mit Substanzen, die der Patient in der letzten Zeit scheinbar vertragen hat.

Ergibt sich aufgrund des klinischen Krankheitsbildes der Verdacht auf eine monosymptomatische Analgetikaintoleranz (im Bereich der oberen Luftwege), und nimmt der Patient nur gelegentlich Schmerzmittel ein, ohne schwerwiegende Krankheitszeichen zu entwickeln, ist dies eine Indikation für einen oral mit dem verwendeten Schmerzmittel unter rhinomanometrischer Kontrolle durchzuführenden Provokationstest. Um die Gefährdung des Patienten abzuschätzen, muss man wissen, dass der Betroffene unmittelbar nach Einnahme einer Schmerztablette bis zu fünf Tagen adaptiv desaktiviert sein kann: Er verträgt scheinbar Analgetika. Die Substanzen sind auch hier gegeneinander austauschbar, das heißt, die adaptive Desaktivierung durch Indometacin beispielsweise wirkt auch auf Salizylate und umgekehrt. Zum

Nachweis der Analgetikaintoleranz kann es deshalb notwendig sein, zuvor eine Kartoffel-Reis-Diät durchzuführen, so dass Phänomene der adaptiven Desaktivierung (durch Nahrungsmittel) ausgeschaltet werden.

Die Provokation sollte am nüchternen Patienten erfolgen, da sonst die Resorption verzögert und ein Zeitzusammenhang schwer erkennbar ist. Die Intoleranzreaktion erschöpft sich selbst nach sechs Stunden, wenn man keine Schmerzmittel-Depotpräparate verwendet. Kommt es zu überschießenden Reaktionen, muss man wissen, dass mit Dinatriumcromoglicicum die Nasen-, die Bronchial- und die eventuell sich einstellenden gastro-intestinalen Beschwerden zwar nicht rückgängig gemacht, so doch <festgefroren> werden können. Gleiches gilt für Montelukast, die Dosierung ist hoch zu wählen.

### Differentialdiagnose Analgetikaintoleranz, Schmerzmittel-Allergie

Lösen nur bestimmte Arzneimittel anaphylaktoide Reaktionen aus, während Aspirin offensichtlich



**Abbildung 6:** Alter, bindegewebsindurierter Polyp (aufgeschnitten)

#### Literatur

- 1 Bas M.; Straßen U.; Greve J.: Anti-Bradykinin therapy of Angiotensin-converting-inhibitor-induced angioedema. *Allergo J* 21012; 21 (S1) S.31
- 2 Connell, J.T.: Quantitative intranasal pollen challenge. *J. Allergy Clin. Immunol.* 41:123,1968.
- 3 Enzmann, H.; Rieben, F. W.: Rhinosinusitis polyposa und Analgetikaintoleranz (Aspirinintoleranz). *Laryng. Rhinol. Otol.* 62: 119, 1983.

vertragen wird, ist eine echte Allergie wahrscheinlich. Es könnte sich zum Beispiel um eine Pyrazolonallergie handeln. Auch echte Aspirinallergien sind bekannt, wenngleich selten. Ansonsten ist zu berücksichtigen, dass eine Polypenbildung durch eine echte Aspirinallergie vom IgE-vermittelten Typ allein nicht erklärbar ist. Beim typischen Krankheitsbild der Analgetikaintoleranz mit Rhinosinusitis polyposa ist deshalb trotz vielleicht nachweisbarer Allergien an der typischen Krankheitsentität festzuhalten.

Ob die Sulfitintoleranz ähnlich der Analgetikaintoleranz eine eigene Krankheitsentität bildet, müsste noch bewiesen werden. Vieles spricht dagegen. Bei Manifestation nur im HNO-Bereich ist ebenfalls eine orale Provokation zu empfehlen.

Eine Histaminintoleranz sollte durch Provokation auf klinische Relevanz überprüft werden. Entsprechende Dosierungsvorschläge sind publiziert und auch von mir angewendet worden. ■

- 4 Gniazdowski, R.: Perennial atopic rhinitis as an early stage of bronchial asthma. *Acta otolaryng.* 88: 257, 1979.
- 5 Haslhofer, L.: Histologische Befunde bei Asthma bronchiale (im besonderen in Nasen- und Nebenhöhlenpolypen). *Schweiz. Z. allg. Path.* 13: 385, 1950.
- 6 Holopainen, E.; Tarkiainen, E.; Malmberg, H.: Nasal challenge. *Rhinology.* 14: 181,1976.
- 7 Kandier, B.: Intranasale Hyposensibilisierung: Einfluss auf die Schimmelpilz-Sporeallergie ausgewertet mittels Rhinorheomanometrie. Thesis. Ruprecht-Karls-Universität zu Heidelberg, 1987.
- 8 Keller, H.; Madjar, J.; Schapowal, A.: Der Basophil-Degranulationstest bei Verdacht auf Schimmelpilzallergie. *Laryng. Rhinol. Otol.* 66:484, 1987.
- 9 Kersten, W.: Korrelation von Hauttest-Rast-inhalativen Provokationstests bei vier Schimmelpilzen. RAST 3, Berichtsband 36-34. Grosse-Verlag, 1981.
- 10 Peukert, H.: Die Gewebeseosinophilie der Rhinosinusitis polyposa unter besonderer Berücksichtigung der Analgetikaintoleranz. Thesis. Ruprecht-Karls-Universität Heidelberg, 1987.
- 11 Straßen U.; Greve J.; Chaker A.; Bas M.: Lebensbedrohliches Angioedem als Nebenwirkung von AngiotensinRezeptorblockern. *Allergo J* 2012; 21 (S1) 46.
- 12 Taylor, G.; Shivalkar, P.R.: Local nasal desensitization in allergic rhinitis. *Clin. Allergy* 2: 125—136, 1972.

