

# RHINITIS



## Identifizieren Sie die Auslöser von **Rhinitis-Symptomen**

ImmunoCAP® Bluttests helfen Ihnen, eine zuverlässige Allergiediagnose zu stellen und so die Lebensqualität Ihrer Patienten zu verbessern

## Die frühe und präzise Diagnose einer allergischen Rhinitis hilft Ihnen, die Lebensqualität Ihrer Patienten zu verbessern

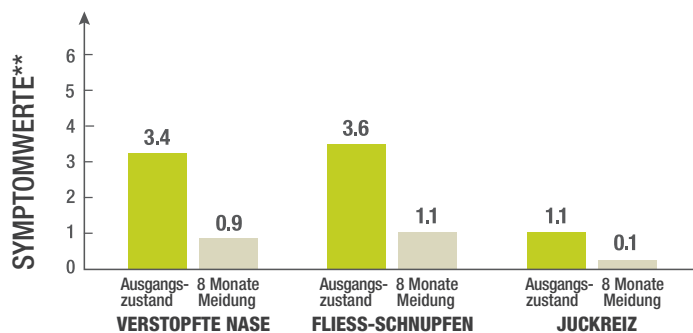
### Bei Ausschluss einer Allergie können Sie:

- eine Behandlung mit nicht sedierenden Antihistaminika und Leukotrien-Rezeptor-Antagonisten **vermeiden**, da diese bei nicht-allergischer Rhinitis wirkungslos bleiben.<sup>4,5</sup>
- die Suche nach anderen Symptomauslösern **fortsetzen**.

### Bei bestätigter Allergie kann eine Allergenkenz:

- die Rhinitis-Symptome des Patienten **verbessern**.<sup>7,12,13</sup>

### Beispiel: Meidung von Katzenallergenen\*<sup>14</sup>



**Bitte beachten Sie:** Die Reduktion der Gesamt-Allergenbelastung zeigt eine positive Wirkung bei Allergien gegen Haustiere mit Fell.<sup>7,15</sup>

### • und als Folge der verringerten Symptome:

- **verbessern** Sie die Lebensqualität und den Schlaf Ihrer Patienten und verringern Sie Konzentrations-/Leistungsprobleme in der Schule.<sup>1,5,7</sup>
- **reduzieren** Sie die Einnahme von Antihistaminika und Leukotrien-Rezeptor-Antagonisten.<sup>2,4,5</sup>
- **verhindern** Sie die Entwicklung von Asthma.<sup>7,8</sup>

\* 40 Patienten mit Katzenallergie wurden entweder in eine Testgruppe mit umfassenden Umweltkontrollmassnahmen (15 Patienten über den gesamten Testverlauf) oder in eine Kontrollgruppe (16 Patienten über den gesamten Testverlauf) eingeteilt. Die Kontrollgruppe zeigte keinen Unterschied zum Ausgangszustand. Die Testgruppe zeigte signifikant bessere Ergebnisse.

\*\* Skala von 0 – 10; 0 ist asymptomatisch

# Die Beschränkung auf Anamnese und körperliche Untersuchung kann zu einer unklaren Diagnose führen

*Eine falsch diagnostizierte Rhinitis beeinträchtigt die Lebensqualität Ihrer Patienten*

## Fehldiagnose einer allergischen Rhinitis:

1. Bei Patienten mit Rhinitis-Symptomen ist die Anwendung von frei verkäuflichen, nicht sedierenden Antihistaminika (NSA) meist ohne Erfolg.<sup>1</sup>
2. Ca. 65 % der Patienten mit diagnostizierter allergischer Rhinitis und Medikation mit NSA sind fehldiagnostiziert.<sup>2,3</sup>
3. NSA und Leukotrien-Rezeptor-Antagonisten zeigen bei nicht-allergischer Rhinitis keine Wirkung.<sup>4,5</sup>

## Nicht erkannte allergische Rhinitis:

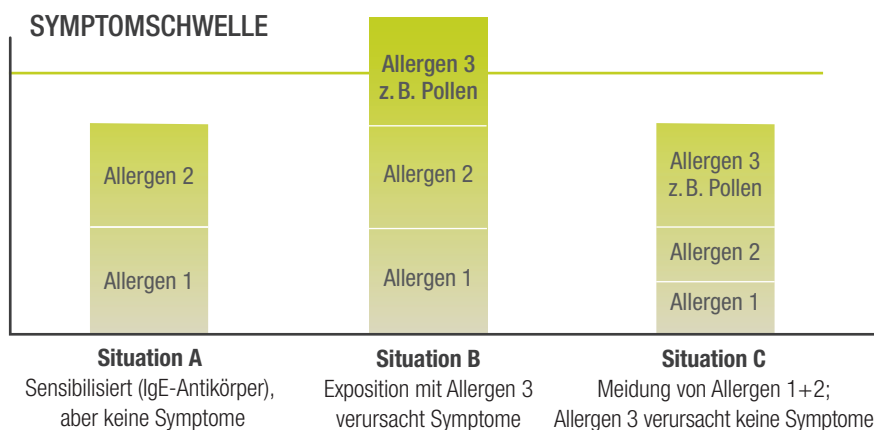
1. Häufige Verwechslung mit rezidivierenden grippalen Infekten, die zu einer unnötigen Medikation mit Antibiotika führt.<sup>6</sup>
2. Unnötige Beeinträchtigung der Lebensqualität: Symptome, gestörter Schlaf, Konzentrations- und Leistungsprobleme in der Schule.<sup>1,5,7</sup>
3. Falsches Management der allergischen Rhinitis kann zu Asthma führen.<sup>7,8</sup>

**Um zwischen allergischer und nicht-allergischer Rhinitis zu differenzieren, ist die Bestimmung der spezifischen IgE-Antikörper erforderlich.<sup>7,9</sup>**

## *Einzelne Allergene summieren sich, bis die Symptomschwelle überschritten wird – Pollen sind oft nicht die einzige Ursache!*

Nur das naheliegende Allergene zu identifizieren, z. B. Pollen während der Pollensaison, ist nicht immer ausreichend. Die Identifizierung aller relevanten Allergene ist die Voraussetzung, um umfassende Empfehlungen zur Allergenkarrenz auszusprechen und den Patienten unter der Symptomschwelle zu halten.<sup>10</sup>

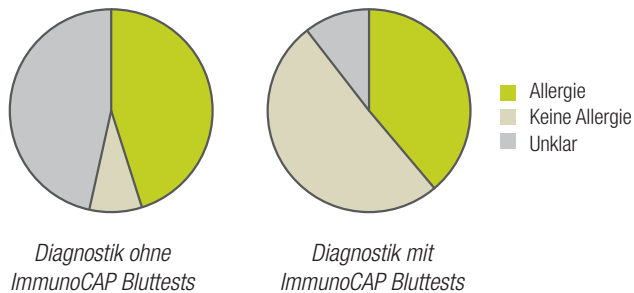
- Bis zu 80 % der Allergiker sind polysensibilisiert, d. h. gegen mehr als ein Allergen allergisch.<sup>10</sup>
- Ein durchschnittlicher Patient ist gegen drei oder mehr Allergene sensibilisiert.<sup>10,11</sup>



## Ein frühzeitiger ImmunoCAP Bluttest hilft Ihnen, die relevanten Allergene zu identifizieren

**ImmunoCAP Bluttests ermöglichen zusammen mit Anamnese und körperlicher Untersuchung eine zuverlässige Allergiediagnose und helfen Ihnen, Allergien auszuschliessen**

- Weniger Patienten mit unklarer Allergiediagnose – ca. 10 % statt ca. 50 %<sup>16,17</sup>
- Mehr Patienten mit Diagnose „keine Allergie“ – ca. 50 % statt ca. 10 %<sup>16,17</sup>



**ImmunoCAP Bluttests sind einfach anzuwenden und für alle Patienten geeignet:**

- Unabhängig vom Alter, ab frühester Kindheit.<sup>13,14</sup>
- Unabhängig von Hautbild, Medikation, Symptomen oder Krankheitsaktivität.<sup>20,21</sup>

Weltweit werden Ärzte in Leitlinien und Empfehlungen dazu aufgefordert, Patienten bei Verdacht auf allergische Rhinitis auf Allergien zu testen

**EAACI (European Academy of Allergy and Clinical Immunology):** „Generell sollten alle Kinder mit persistierenden, wiederkehrenden oder schweren allergischen Symptomen sowie Kinder, die eine ständige Behandlung benötigen, auf Allergien getestet werden, unabhängig vom Alter.“<sup>22</sup>

**ARIA (Allergic Rhinitis and its Impact on Asthma):** „Die Diagnose einer allergischen Rhinitis basiert auf einer Übereinstimmung von typischen Allergie-Symptomen mit diagnostischen Testergebnissen.“<sup>7</sup>

**AAAAI/ACAAI Joint Task Force on Practice Parameters:** „Die Diagnose einer allergischen Rhinitis kann nur durch eine Anamnese getroffen werden [...], die mit spezifischen IgE-Befunden korreliert.“<sup>9</sup>

**CMDh (The Co-ordination Group for Mutual Recognition and Decentralised Procedures):** „Prick-Tests [...] sollten im Allgemeinen nicht vor einem Alter von vier Jahren durchgeführt werden.“<sup>23</sup>

# ImmunoCAP liefert spezifische und zuverlässige Antworten

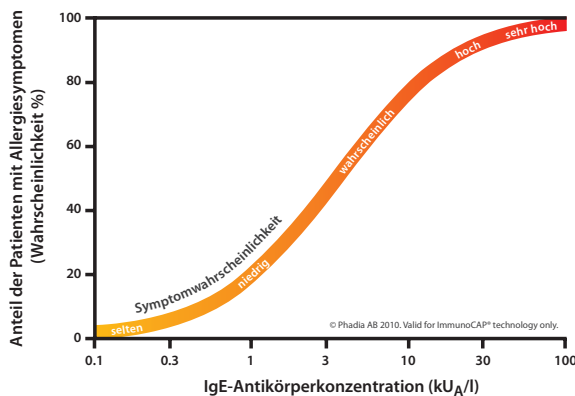
- 1 Fordern Sie einen ImmunoCAP Test** für die relevanten Allergene an. ImmunoCAP Symptom-Profile helfen Ihnen, die auslösenden Allergene zu identifizieren.
- 2 Entnehmen Sie eine Blutprobe:**  
40 µl Serum pro Allergen zzgl. 100 µl Totvolumen
- 3 Senden Sie die Blutprobe** und das Auftragsformular an Ihr Labor.
- 4 Sie erhalten die Testergebnisse.**

Empfohlen wird die individuelle Anpassung an Alter und regionale Unterschiede **oder fragen Sie Ihr Labor nach dem Kinder-Profil.**

Kinder Asthma/Rhinitis häufige Auslöser	
g6	Lieschgras
t3	Birke
t25	Esche
w6	Beifuss
e1	Katzenschuppen
e5	Hundeschuppen
d1	Hausstaubmilbe D. pteronyssinus
d2	Hausstaubmilbe D. farinae
f1	Hühnereiweiss
f2	Milcheiweiss (Kuhmilch)

## Interpretation der ImmunoCAP Testergebnisse

Je höher die spezifische IgE-Antikörperkonzentration, d. h. die Sensibilisierung, desto höher ist das Risiko für klinische Reaktionen.\*<sup>24,25</sup>



### Faktoren, die Sie für die Diagnosestellung berücksichtigen sollten:

- Alter
- Atopiestatus
- Allergenbelastung
- Art der auslösenden Allergene
- Frühere Symptome
- Familienanamnese

### Positive Testergebnisse:

≥ **0,10 kU<sub>A</sub>/l** weist auf eine Sensibilisierung hin. Bei Babys und Kleinkindern indizieren selbst sehr geringe Werte ein Risiko für Allergiesymptome.

Werte ≥ **0,35 kU<sub>A</sub>/l** werden mit CAP Klasse 1 als positiv bewertet.

## Nachfolge-Tests zeigen, wie sich die Allergie entwickelt

Allergien verändern sich mit der Zeit. Die regelmässige Testung der relevanten Allergene mit ImmunoCAP liefert Ihnen Informationen, ob und wie Sie Ihr Therapiekonzept verändern sollten.<sup>18,22</sup>

### Regelmässige Nachfolge-Tests mit ImmunoCAP helfen Ihnen zu entscheiden:

- ob sich eine Allergie ausgewachsen hat und die Allergenkarrenz nicht mehr notwendig ist.
- ob sich neue Allergien entwickelt haben und zusätzliche Allergene gemieden werden sollten.

\* **Bitte beachten Sie:** ImmunoCAP misst spezifische IgE-Antikörperkonzentrationen, d. h. Sensibilisierungen, die nur einen Teil der Allergiediagnostik abdecken. Bitte betrachten Sie den IgE-Antikörperspiegel als zusätzliche Information für Ihre klinische Entscheidung, die sich ausserdem auf die Anamnese und die körperliche Untersuchung des Patienten gründet.

## ImmunoCAP Bluttests helfen Ihnen, eine Allergie festzustellen oder auszuschliessen, um so die Lebensqualität Ihrer Patienten zu verbessern

**EINFACH:** Testen Sie unabhängig von Alter, Hautbild, Medikation, Symptomen oder Krankheitsaktivität des Patienten.<sup>18–21</sup>

**ZUVERLÄSSIG:** Testverfahren und Testergebnisse sind gut standardisiert.<sup>26</sup>

**QUANTITATIV:** Die Ergebnisse können Ihnen dabei helfen, den Krankheitsverlauf zu prognostizieren und die allergieauslösenden Allergene zu bestimmen.<sup>25,27</sup>

**Literatur:** 1. Nathan RA. The burden of allergic rhinitis. *Allergy Asthma Proc* 2007;28:3–9. 2. Szeinbach SL et al. *J Manag Care Pharm* 2004;10(3):234–238. 3. Welsh NR et al. *J Am Pharm Assoc* 2006;46:627. 4. Greiner AN et al. *J Allergy Clin Immunol* 2006;118:985–986. 5. Ryan D et al. *Allergy* 2008;63:981–989. 6. Stewart MG. *Clin Exp Allergy* 2008;38:751–760. 7. Bousquet J et al. *Allergy* 2008;63 (suppl 86):8–160. (ARIA Guideline) 8. NIH. Guidelines for the Diagnosis and Management of Asthma 2007. NIH Publication 08-4051. 9. Wallace DV et al. The diagnosis and management of rhinitis: an updated practice parameter. *J Allergy Clin Immunol* 2008;122:S1–S84. 10. Wickman M. *Allergy* 2005;60 (suppl 79):14–18. 11. Petersson C.J. et al. Sensitization profile in undiagnosed children with skin and respiratory allergy-like symptoms in primary care. Abstract presented at WAO, Buenos Aires, Argentina 6–10 December 2009. 12. Plaut M et al. Allergic rhinitis. *N Engl J Med* 2005;353:1934–1944. 13. Custovic A et al. The effectiveness of measures to change the indoor environment in the treatment of allergic rhinitis and asthma: ARIA update (in collaboration with GA2len). *Allergy* 2005;60:1112–1115. 14. Björnsdóttir US et al. *Ann Allergy Asthma Immunol* 2003;91:189–194. 15. Scadding G.K et al. BSACI guidelines for the management of allergic and non-allergic rhinitis. *Clinical and Experimental Allergy* 2008;38:19–42. 16. Entnommen aus: Duran-Tauleria E. et al. *Allergy* 2004; 59 (suppl 78):35–41. 17. Entnommen aus: Niggemann B. et al. *Pediatr Allergy Immunol* 2008;19:325–331. 18. Bønnelykke K. et al. *J Allergy Clin Immunol* 2008;121:646–51. 19. Belhocine W. et al. *Pediatr Allergy Immunol* 2011;22:600–607. 20. Bacharier LB et al. *Allergy* 2008;63:5–34. 21. James T. *Am Fam Physician* 2002;66:621–626. 22. Høst A et al. *Allergy* 2003;58(7):559–569. 23. The Co-ordination Group for Mutual Recognition and Decentralised Procedures – Rapporteur’s Public Assessment Report for pediatric studies submitted in accordance with Article 45 of Regulation (EC) No1901/2006. 24. Söderström L et al. *Allergy* 2003;58:921–8. 25. Sampson HA. *J Allergy Clin Immunol* 2001;107:891–6. 26. Hamilton R et al. *Arch Pathol Lab Med.* 2010;134:975–982. 27. Yunginger J et al. *J Allergy Clin Immunol* 2000;105:1077–84.

[thermoscientific.com/phadia/de-ch](http://thermoscientific.com/phadia/de-ch)

© 2013 Thermo Fisher Scientific Inc. Alle Rechte vorbehalten. Alle Warenzeichen sind das Eigentum von Thermo Fisher Scientific Inc. und seiner Tochtergesellschaften. Rechtmässiger Hersteller: Phadia AB, Uppsala, Schweden

**Phadia Austria GmbH**, Donau-City-Str. 1, 1220 Wien / Österreich, Tel. +43 1 2702020  
**Phadia AG**, Sennweidstr. 46, 6312 Steinhausen / Schweiz, Tel. +41 43 3434050

CH-DE RHINITIS BR 12/2013

**Thermo**  
SCIENTIFIC  
Part of Thermo Fisher Scientific