

# Samenvatting NHG-Standaard Allergische en niet-allergische rhinitis

**Auteurs** M.H. Grol en A.P.E. Sachs

**Trefwoorden** allergische rinitis, NHG-Standaard, niet-allergische rinitis, richtlijn

(Ned Tijdschr Allergie Huisartseneditie 2007;2:3-7)

## Inleiding

In 2006 is de geheel geactualiseerde NHG-Standaard Allergische en niet-allergische rhinitis verschenen.<sup>1</sup> De standaard geeft richtlijnen met betrekking tot de diagnostiek, preventie en behandeling van langdurige (meer dan 4 weken durende) of frequent recidiverende aandoeningen die gepaard gaan met een verstopte neus, een loopneus, niezen of jeuk in de neus.

Kernboodschappen van de NHG-Standaard Allergische en niet-allergische rinitis zijn:

- indien de anamnese wijst op een geïsoleerde gras- of boompollenallergie kan de diagnose allergische rinitis zonder aanvullend onderzoek worden gesteld;
- bij alle patiënten met een langdurige of frequent recidiverende rinitis zonder duidelijke oorzaak vraagt de huisarts een bloedonderzoek op inhalatieallergenen aan;
- bij intermitterende of milde klachten kan bij allergische rinitis een oraal of lokaal antihistaminicum ('zo nodig') gebruikt worden;
- start bij persisterende en matige tot ernstige rinitis, vooral bij klachten van een verstopte neus, met een corticosteroïdneusspray;
- de plaats van immunotherapie in de eerste lijn is zeer beperkt.

Belangrijke wijzigingen ten opzichte van de vorige standaard Allergische en hyperreactieve rinitis zijn:<sup>2</sup>

- de titel is gewijzigd in Allergische en niet-allergische rinitis;
- er is een verruimde indicatie voor het gebruik van corticosteroïdneussprays;
- er is meer bewijs voor de werkzaamheid van intranasale antihistaminica;
- er is een veel beperktere indicatie voor cromoglycaten.

Allergische en niet-allergische rinitis komen veel voor. De aandoeningen hebben een geschatte prevalentie van 150 tot 200 per 1.000 personen per jaar en komen bij mannen en vrouwen ongeveer even vaak voor. In de huisartsenpraktijk is de prevalentie 25 per 1.000 mannen en 31 per 1.000 vrouwen per jaar.<sup>3</sup> Allergische rinitis treedt voornamelijk op tussen het 5<sup>e</sup> en 45<sup>e</sup> levensjaar met een piek tussen het 15<sup>e</sup> en 24<sup>e</sup> jaar. Het is onduidelijk of de prevalentie van allergische rinitis het laatste decennium nog is toegenomen.

Bij volwassenen met allergische rinitis verminderen de klachten vaak in de loop der jaren. Over het natuurlijke beloop van de klachten bij patiënten met niet-allergische rhinitis is weinig bekend.

## Pathofysiologie

### Allergische rinitis

Bij allergische rinitis komt in de neus onder andere histamine vrij onder invloed van de binding van allergenen aan IgE-antilichamen op mestcellen. De permeabiliteit van de bloedvaten in de neus neemt hierdoor toe en de daar aanwezige zenuwuiteinden worden geprikkeld. Dit heeft hypersecretie, jeuk en niezen tot gevolg (de vroegefasereactie).

De belangrijkste allergenen buitenshuis zijn boompollen (vooral berkenpollen, aanwezig van februari t/m juli, die leiden tot de meeste klachten in de periode februari t/m mei) en graspollen (aanzwikkend van begin april t/m november, die leiden tot de meeste klachten van mei t/m augustus). Al deze allergenen geven hooikoorts.

Bij een boompollenallergie is een kruisovergevoeligheid voor appels en noten mogelijk. Bij grassen is een kruisovergevoeligheid voor plantaardige voedingsmiddelen, zoals wortelen, beschreven. Het eten van dergelijke voedingsmiddelen kan leiden tot het zogenoemde

oraalallergiesyndroom. Dit syndroom wordt gekenmerkt door een branderig, schrijnend gevoel aan het palatum wat soms gepaard gaat met slijmvlieszwellings, angio-oedeem, misselijkheid, braken of rinitis. Binnenshuis zijn vooral de huisstofmijt en huisdieren belangrijke bronnen van allergenen. Klachten ten gevolge van huisstofmijtallergenen komen het hele jaar voor, vooral als men veel binnenshuis is.

Bij de helft van de patiënten treedt 6-12 uur na de vroegefasereactie een cellulair infiltratie van het neus-slijmvlies op (de latefasereactie). Deze latefasereactie is mede verantwoordelijk voor het optreden van hyperreactiviteit en de verlaging van de prikkel drempel ('priming'). 'Priming' heeft tot gevolg dat een steeds kleinere hoeveelheid van het allergeen eenzelfde reactie van het neusslijmvlies veroorzaakt en dat allergenen die gewoonlijk geen last geven, op dat moment wel symptomen kunnen veroorzaken.

Hyperreactiviteit kan een rol spelen bij zowel allergische als niet-allergische rinitis. Hierbij treden er symptomen op als gevolg van niet-immunologische, specifieke prikkels die bij gezonde individuen geen of een veel geringere reactie opwekken. Niet-immunologische prikkels die een rol kunnen spelen zijn onder andere stof, (tabaks)rook, temperatuurveranderingen, bak- en verfluchten, alcohol en lichamelijke inspanning.

Er bestaat een relatie tussen allergische rinitis en astma. Epidemiologische onderzoeken tonen aan dat astma bij ongeveer 85% van de patiënten wordt vergezeld door allergische rinitis dat en allergische rinitis bij ongeveer 40% van de patiënten met astma voorkomt.<sup>4</sup> Bij beide aandoeningen spelen dezelfde pathofysiologische mechanismen een rol.

#### *Niet-allergische rinitis*

Langdurige of recidiverende neusklachten kunnen ook veroorzaakt worden door langdurig gebruik van lokale decongestiva. Verder is van acetylsalicylzuur en NSAID's bekend dat zij rinitis kunnen veroorzaken. Bovendien kunnen cholesterolsyntheseremmers en oogdruppels met een bètablokker rinitis als bijwerking geven. Ten slotte kan het gebruik van cocaïne neusobstructieklachten geven. Er zijn aanwijzingen dat langdurige neusobstructieklachten vaker voorkomen tijdens de zwangerschap.<sup>5</sup> Langdurige neusobstructieklachten kunnen verder veroorzaakt worden door neuspoliepen, septumafwijkingen en conchahypertrofie. Bij een deel van de patiënten blijft de oorzaak van de rinitis klachten echter onbekend.

#### **Anamnese**

Bij de anamnese is het van belang is om te vragen naar:

- 1) niesklachten;
- 2) loopneus;
- 3) jeuk in de neus of ogen;
- 4) verstopte neus, continu of intermitterend, eenzijdig of beiderzijds;
- 5) kortademigheid of piepen.

Verder is het van belang de ernst en het beloop van de klachten te evalueren en na te gaan of de klachten intermitterend dan wel persisterend zijn.

Bij (jonge) kinderen kan een allergische rinitis zich presenteren met hoesten en malaise, en worden neus- en oogklachten vaak niet spontaan, maar alleen bij specifiek navragen gemeld. Het is van belang tevens te vragen naar omstandigheden die de klachten doen optreden of verergeren.

#### **Lichamelijk onderzoek**

Het lichamelijke onderzoek zal bij patiënten bij wie de anamnese duidelijk wijst op een allergische rinitis over het algemeen weinig extra informatie opleveren en kan daarom achterwege gelaten worden. Bij eenzijdige neusklachten, ouderen (ouder dan 60 jaar) en patiënten bij wie de klachten onvoldoende verbeteren na behandeling, is lichamelijk onderzoek wel aangewezen om andere oorzaken dan allergische rinitis uit te sluiten.

#### **Aanvullend onderzoek**

Indien de anamnese wijst op een geïsoleerde boom- of graspollenallergie kan de diagnose voldoende betrouwbaar worden gesteld enkel op grond van de anamnese. Bij patiënten met een langdurige of frequent recidiverende rinitis zonder duidelijke oorzaak, wordt een inhalatieallergenscreeningstest aangevraagd.<sup>6</sup> Indien deze positief is, zal het laboratorium vaak direct het allergeenspecifiek-IgE bepalen van de meest voorkomende inhalatieallergenen (huisstofmijt, boom-, graspollen, katten-, hondenepitheel, schimmels en kruidpollen). In uitzonderingsgevallen vraagt de huisarts een specifiek-IgE-bepaling op boom- of graspollen aan, bijvoorbeeld als het aantonen ervan consequenties voor het te voeren beleid impliceert (zoals bij een beroepskeuze of een indicatie voor immunotherapie). Het aanvragen van allergeenspecifiek-IgE voor schimmels en kruidpollen wordt niet geadviseerd, omdat hier geen consequenties voor het beleid aan zijn verbonden. Bloedonderzoek heeft de voorkeur (omdat dit minder belastend is voor de patiënt). Het doen van huidpriktests kan weliswaar in eigen beheer worden gedaan, mits men voldoende ervaring heeft met deze tests. Tevens dient met zich te realiseren dat de houdbaarheid van de verschillende testvloeistoffen beperkt is.

### Niet-medicamenteuze advisering

Voor de patiënt is het belangrijk de prikkels die de klachten veroorzaken, indien mogelijk, te vermijden en te streven naar een rookvrije woonomgeving. Bij een allergie voor huisdieren is afstand van het dier doen de effectiefste maatregel. Hoewel hier slechts zeer weinig onderzoek naar is gedaan, lijkt dit beter te werken dan optimale farmacotherapie.<sup>7</sup> Het dier op proef korte tijd uit huis doen blijkt niet zinvol, omdat het enige maanden kan duren voordat de allergenen zijn verdwenen. Bij een pollenallergie is het vermijden van pollen slechts beperkt mogelijk. Patiënten met een pollenallergie kunnen bij buitenactiviteiten rekening houden met de weersomstandigheden (hooikoortsweerbericht).

Bij een huisstofmijtallergie kan de huisstofmijtload worden gereduceerd door:

- 1) vochtbestrijding in huis door regelmatige ventilatie;
- 2) beddengoed (inclusief dekbed en kussen) minimaal eenmaal per 2 weken te wassen gedurende minimaal 1 uur bij 60 °C;
- 3) glad slaapkamervloeroppervlak te nemen dat eenvoudig (nat) te reinigen is;
- 4) regelmatig vochtig af te nemen en te stofzuigen in afwezigheid van de patiënt;
- 5) allergieënwerende matrashoezen te overwegen bij persisterende klachten, als ondanks alle gangbare huisstofwerende maatregelen en het gebruik van medicatie, de klachten persisteren (zie ook de NHG-Standaard Astma bij kinderen en Astma bij volwassenen).

### Medicamenteuze therapie

Bij de medicamenteuze behandeling van rinitis kiest men op grond van de werkzaamheid, aard en ernst van de klachten en het gebruiksgemak tussen corticosteroiden, antihistaminica en cromoglicinezuur. Het voorschrijven van leukotrienreceptorantagonisten (alleen geregistreerd voor rinitisklachten bij patiënten met astma) wordt vanwege de zeer beperkte therapeutische meerwaarde niet geadviseerd.<sup>8</sup>

De plaats van immunotherapie in de eerste lijn is zeer beperkt. Een behandeling met sublinguale immunotherapie wordt niet aanbevolen omdat het langetermijneffect nog onvoldoende is aangetoond bij grote groepen patiënten met allergische rinitis in vergelijking met placebo of orale of lokale behandeling. Alleen bij patiënten met ernstige klachten die onvoldoende reageren op een medicamenteuze behandeling, waarbij de diagnose geobjectiveerd is met bloedonderzoek of huidtests, en waarbij er geen sprake is van meerdere allergieën, kan subcutane immunotherapie over-

wogen worden. Gezien het risico op een anafylactische reactie, dient de behandeling bij voorkeur gestart te worden in een ziekenhuissetting. Behandeling in eigen beheer is alleen mogelijk bij specifieke deskundigheid en wanneer aan een aantal voorwaarden is voldaan.

In beginsel heeft lokale toediening van de medicatie de voorkeur. Neusdruppels of -spray zorgen ook voor een verbetering van oogklachten. De voorkeur van de patiënt bepaalt mede de uiteindelijke keuze.

Er zijn géén belangrijke verschillen in effectiviteit en bijwerkingen tussen de verschillende preparaten in dezelfde geneesmiddelengroep (corticosteroiden respectievelijk antihistaminica).

### Controle

Bij allergische rinitis met intermitterende klachten is controle niet noodzakelijk. De medicatie kan bij afwezigheid van klachten gestopt worden. Bij allergische rinitis met persisterende klachten of bij niet-allergische rinitis vindt, indien de klachten niet verbeterd zijn, na 4 weken controle plaats. De niet-medicamenteuze adviezen worden opnieuw besproken. Bij voldoende resultaat wordt de medicatie verminderd tot de laagst effectieve dosis. Soms is gebruik 'zo nodig' voldoende. Bij onvoldoende effect kan bij allergische rinitis het voorgeschreven geneesmiddel gecombineerd worden met een geneesmiddel uit de andere groep (bijvoorbeeld toevoeging van een antihistaminicum aan een lokaal corticosteroid of vervanging van cromoglicinezuur wanneer dit na 6 weken gebruik nog geen resultaat heeft). Het is ook mogelijk eerst een andere vertegenwoordiger uit de groep of in geval van een antihistaminicum een andere toedieningsvorm te proberen (verschillen op patiëntniveau zijn altijd mogelijk). Dit geldt ook bij het optreden van bijwerkingen. De behandeling van rinitisklachten met oraal of intramusculair toegediende corticosteroiden wordt niet aangeraden.

Na een behandeling van 2 maanden wordt geprobeerd het gebruik van de medicatie (verder) te verminderen. Als daarbij een toename van de klachten optreedt, wordt de medicatie weer voor 2 maanden verlengd in de laagst effectieve dosis. Orale of lokale antihistaminica, lokale corticosteroiden en cromoglicinezuur kunnen zonder veel bijwerkingen gedurende langere tijd gebruikt worden.<sup>9,10</sup>

Bij patiënten met een recidief van de allergische of niet-allergische rinitis is controle niet noodzakelijk, tenzij de medicatie onvoldoende effect heeft. In dat geval worden de anamnese en inspectie van de neus herhaald evenals de niet-medicamenteuze advisering.

### Consultatie/verwijzing

Consultatie of verwijzing naar een KNO-arts wordt overwogen bij:

- grote poliepen;
- poliepen of conchahypertrofie met neusverstopping ondanks 2 maanden lokale therapie met corticosteroiden;
- persisterende neusverstopping door een septumafwijking;
- eenzijdige rinitisklachten of eenzijdige bloederige afscheiding (cave maligniteit);
- een eenzijdige 'poliep' bij kinderen vanwege de mogelijkheid van een zeldzame ernstige aandoening, zoals een glioom of een meningokèle.

De resultaten van een conchachirurgie of septumplastiek zijn op korte termijn goed. Na langere tijd recidiveren de klachten van neusobstructie vaak.<sup>11,12</sup> Bij neuspoliepen is het resultaat van functionele bijholtechirurgie op korte termijn eveneens goed; over het effect op langere termijn zijn weinig data voorhanden.<sup>13</sup> Een terughoudend beleid is dan ook wenselijk.

Bij ernstige klachten bij volwassenen die onvoldoende reageren op medicijnen, kan de huisarts een verwijzing naar een (internist-)allergoloog en bij kinderen een verwijzing naar een kinderarts overwegen.

*Delen van dit artikel zijn met toestemming overgenomen uit de NHG-Standaard Allergische en niet-allergische rhinitis. (Sachs AP, Burger MY, Lucassen PL, Van der Wal J, Van Balen J, Verduijn MM. NHG-Standaard Allergische en niet-allergische rhinitis. Huisarts Wet 2006;49:254-65).*

### Referenties

1. Sachs AP, Burger MY, Lucassen PL, Van der Wal J, Van Balen J, Verduijn MM. NHG-standaard Allergische en niet-allergische rhinitis. *Huisarts Wet* 2006;49:254-65.
2. Thomas S, Geijer RM, Van der Laan JR, Wiersma Tj. Allergische en hyperreactieve rhinitis. *Huisarts Wet* 1995;38:216-27.
3. Van der Linden MW, Westert GP, De Bakker DH, Schellevis FG. Tweede Nationale Studie naar ziekten en veranderingen in de huisartspraktijk: klachten en aandoeningen in de bevolking en in de huisartspraktijk. Utrecht, Bilthoven: NIVEL/RIVM; 2004. ISBN 90 6905 6496.
4. Leynaert B, Neukirch F, Demoly P, Bousquet J. Epidemiologic evidence for asthma and rhinitis comorbidity. *J Allergy Clin Immunol* 2000;106:S201-5.
5. Ellegard E, Hellgren M, Toren K, Karlsson G. The incidence of pregnancy rhinitis. *Gynaecol Obstet Invest* 2000;49:98-101.
6. Gendo K, Larson EB. Evidence based diagnostic strategies for evaluating suspected allergic rhinitis. *Ann Intern Med* 2004;140:278-89.
7. Shirai T, Matsui T, Suzuki K, Chida K. Effect of pet removal on pet allergic asthma. *Chest* 2005;27:1565-71.
8. Nathan RA. Pharmacotherapy for allergic rhinitis: a critical review of leukotriene receptor antagonists compared with other treatments. *Ann Allergy Asthma Immunol* 2003;90:182-90.
9. Holm AF, Fokkens WJ, Godthelp T, Mulder PG, Vroom TM, Reijntjes E. A 1-year placebo-controlled study of intranasal fluticasone propionate aqueous nasal spray in patients with perennial allergic rhinitis: a safety and biopsy study. *Clin Otolaryngol Allied Sci* 1998;23:69-73.
10. Klossek JM, Laliberte F, Laliberte MF, Mounedji N, Bousquet J. Local safety of intranasal triamcinolone acetate: clinical and histological aspects of nasal mucosa in the longterm treatment of perennial allergic rhinitis. *Rhinology* 2001;39:17-22.
11. Clement WA, White PS. Trends in turbinate surgery literature: a 35-year review. *Clin Otolaryngol Allied Sci* 2001;26:124-8.
12. Ho WK, Yuen AP, Tang KC, Wei WI, Lam PK. Time course in the relief of nasal blockage after septal and turbinate surgery: a prospective study. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg* 2004;130:324-8.
13. Dalziel K, Stein K, Round A, Garside R, Royle P. Systematic review of endoscopic sinus surgery for nasal polyps. *Health Technol Assess* 2003;7:iii,1-159.

Ontvangen 22 januari 2007, geaccepteerd 8 februari 2007.

### Correspondentieadres

**Mw. dr. M.H. Grol, huisarts**

Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO  
Postbus 20064  
3502 LB Utrecht

**Dr. A.P.E. Sachs, huisarts**

Julius Centrum voor Gezondheidswetenschappen  
en Eerstelijns Geneeskunde  
Universitair Medisch Centrum Utrecht  
Postbus 85060  
3508 AB Utrecht  
Tel.: 030 253 81 88  
E-mailadres: a.p.e.sachs@umcutrecht.nl

*Correspondentie graag richten aan dr. A.P.E. Sachs.*

**Belangenconflict: geen gemeld.**

**Financiële ondersteuning: geen gemeld.**