



Internationale Zeitschrift für ärztliche Fortbildung

Nr. 5 / April 2013



*H1-Antihistaminika in der Selbstmedikation  
bei allergischer Rhinitis unter besonderer  
Berücksichtigung von Livostin®*

*Fragen aus der Praxis*

Wissenschaftliche Beratung:  
Univ.Doz. Dr. Christof Ebner, Mag. pharm. Dr. Ulrike Mursch-Edlmayr

ISSN 1726-0027

## Key Notes

- *1,6 Millionen Allergiker in Österreich, Inzidenz steigend*
- *Der Apotheker ist der Arzneimittelspezialist in der Erstversorgung von Patienten mit allergischer Rhinitis.*
- *Nach der Erstversorgung ist eine ehestmögliche ärztliche Abklärung erforderlich.*
- *Allergisches Potential besteht auch außerhalb der Pollenflugzeit: im Winter an Heuschnupfen und mögliche Auslöser (Hausstaubmilben) denken!*
- *In der Beratung Augenmerk auf die Unterscheidung allergische vs. virale Rhinitis legen!*

## EINLEITUNG

Die allergische Rhinitis ist die häufigste Manifestation der Typ-1-Allergie bei Erwachsenen, die damit einhergehenden allergischen Symptome wie Juckreiz, Niesen oder juckende Hautausschläge belasten den Alltag und führen zu massiven Einschränkungen der Leistungsfähigkeit und Lebensqualität der Patienten. Das Anfangssymptom ist meist ein leichtes Augenjucken, das im Folgejahr in der Blütezeit von Schnupfen begleitet wird, wobei sich die Symptome im Zuge der nächsten Pollensaisonen zunehmend verstärken und oftmals als grippaler Infekt missgedeutet werden. Weitere Symptome der allergischen Rhinitis umfassen Niesen, Nasenjucken, verstopfte Nase und Rhinorrhoe. Im Zuge eines so genannten Etagenwechsels können im zeitlichen Verlauf auch Konjunktivitis, Räuspern, Husten, Atemnot/Husten bei Anstrengung sowie eine obstruktive Bronchitis bzw. ein Asthma bronchiale hinzukommen.

Grundsätzlich sollte jede allergische Rhinitis ernst genommen, abgeklärt und behandelt werden, da sie unbehandelt den Wegbereiter für allergisches Asthma darstellen kann und das Risiko für die Entwicklung weiterer Allergien steigert.

Etwa zwei Drittel der Allergiker suchen erst einen Arzt auf, wenn ihre Symptome unerträglich werden – von den ersten allergischen Symptomen bis zur Diagnose vergehen daher durchschnittlich sechs bis neun Jahre, in deren Verlauf die Symptome meist mit rezeptfreien Medikamenten behandelt werden. Apotheker nehmen daher in der aktiven Allergieberatung und in der Verzahnung mit ärztlichen Therapien einen hohen Stellenwert ein, da die Betroffenen zunächst die Apotheke aufsuchen, um die Basissymptome der allergischen Rhinitis in Selbstmedikation zu behandeln. Apotheker sollten in der Lage sein, anhand der Beschwerdelage eine Abgrenzung zwischen allergischer Rhinitis und „banalem“ Schnupfen vorzunehmen.

Der vorliegende Report zielt darauf, eine Brücke zwischen dem vorhandenen universitären Wissenstand der Apotheker und einer praxisbezogenen Patientenberatung zu schlagen und dadurch zu einer Verbesserung der Allgemeinversorgung von Patienten mit allergischer Rhinitis beizutragen.

## WELCHES SIND DIE HÄUFIGSTEN AUSLÖSER EINER ALLERGISCHEN RHINITIS?

Hierzulande sind insbesondere Erle, Hasel, Birke, Esche, Gräser, Beifuß und Ragweed die wichtigsten Auslöser für allergische Reaktionen der Augen und Atemwege. Der Pollenflug wird zwar durch das kalte Wetter der Wintermonate verhindert, allerdings sind Erle und Hasel nach Einschätzung des Österreichischen Pollenwarndienstes bereits ab Mitte Februar in beinahe allen Landesteilen bereit zu stäuben. Pflanzen wie Hasel und Erle benötigen lediglich Temperaturen zwischen 5–8°C, um Pollen ausschütten zu können, wobei trockenes und sonniges Wetter den Pollenflug weiter begünstigt.

Darüber hinaus wurden viele Kreuzreaktionen innerhalb der Pollensorten und zu Nahrungsmitteln beschrie-

ben, beispielsweise zu Kernobst, Nüssen, Kiwi, Karotte, Sellerie, Tomate und Kräutergewürzen.

In den Wintermonaten wird bei Vorliegen einer Rhinitis in den meisten Fällen an einen viralen Auslöser gedacht und nicht berücksichtigt, dass beim allergischen Schnupfen Begleitsymptome einer Erkältung wie Husten, Fieber und Abgeschlagenheit fehlen. Daher sollte speziell im Winter bei entsprechender Symptomatik stets an „Indoor“-Belastungen durch Tierhaare oder Hausstaubmilben in Teppichböden oder Matratzen als Auslöser eines Schnupfens bzw. an das Vorliegen einer perennialen Allergie gedacht werden.

## WIE HÄUFIG KOMMEN ALLERGISCHE RHINITIDEN VOR?

Gemäß den Daten des österreichischen Allergieberichts leiden über 20% der Österreicher an Allergien, dies entspricht etwa 1,6 Millionen Personen, wobei die allergische Rhinitis (AR) am häufigsten anzutreffen ist.

Eine Vielzahl von Studien belegt eine Verdreifachung der Häufigkeit von Allergien in den letzten 30 Jahren [WAO, 2013] Darüber hinaus geht die allergische Rhinitis oft mit Komorbiditäten wie Sinusitis, Polyposis,

Asthma, Nahrungsmittelallergien, Neurodermitis (atopisches Ekzem, atopische Dermatitis) und anderen einher: das Risiko eines Asthmaleidens ist bei Patienten mit allergischer Rhinitis 3,2-mal höher als in der Normalbevölkerung [Pariente et al., 1997]: 25–35% der Patienten mit allergischem Schnupfen entwickeln Asthma – demgegenüber leiden >85% der Asthmapatienten auch an allergischem Schnupfen.

## WIE SIND ALLERGIEN BZW. ALLERGISCHE RHINITIDEN DEFINIERT BZW. KLASSIFIZIERT?

Allergien sind spezifisch und erworbene Erkrankungen mit charakteristischen Immunreaktionen, die sich gegen ungefährliche Substanzen richten. Die allergische Rhinitis/Rhinokonjunktivitis entspricht ebenso wie Nahrungsmittel- bzw. Staubmilbenallergien einer IgE-vermittelten Allergie vom Sofort-Typ.

Ein allergischer Entzündungsprozess findet auch an

symptom- und pollenfreien Tagen statt.

Gemäß ARIA (Allergic Rhinitis and its Impact on Asthma)-Guidelines können die allergische Rhinitis und der sich daraus ergebende therapeutische Algorithmus in Abhängigkeit der Symptombelastung und dem Einfluss auf das soziale Leben, Arbeit und Schule als mild – moderat/schwer klassifiziert werden (Tabelle 1).

Tabelle 1

### ARIA-Klassifikation der allergischen Rhinitis

#### Intermittierend

- Symptome <4x/Woche  
*oder*
- <4 konsekutive Wochen

#### Persistierend

- Symptome >4x/Woche  
*und*
- >4 konsekutive Wochen

#### Mild

(alle folgenden)

- normaler Schlaf
- keine Beeinträchtigung der täglichen Aktivitäten, Freizeit, Sport
- keine Beeinträchtigung der Arbeit/Schule
- Symptome präsent, aber nicht störend

#### Moderat-Schwer

(eine oder mehrere)

- Schlafstörungen
- Beeinträchtigung der täglichen Aktivitäten, Freizeit, Sport
- Beeinträchtigung der Arbeit/Schule
- störende Symptome

adaptiert nach ARIA-Guidelines, 2010

## WIE KANN EINE ALLERGISCHE VON EINER VIRALEN/BAKTERIELLEN RHINITIS UNTERSCHIEDEN WERDEN?

Die Abgrenzung einer allergischen von einer viral oder bakteriell bedingten Rhinitis erfolgt anhand der Anamnese, der kennzeichnenden und extranasalen Symptome sowie der typischen endonasalen Befunde (Tabelle 2).

Als Ausschlussdiagnosen muss stets an nicht-allergische/nicht-infektiöse Rhinitiden anderer Ursachen gedacht werden:

- Analgetika-Intoleranz
- Nasenpolypen, chronische Rhinitis
- Irritativ-toxische Rhinitis, z. B. durch Schadstoffbelastung am Arbeitsplatz
- Rhinitis medicamentosa
- Unerwünschte Arzneimittelwirkungen (z. B. Parasympathomimetika)

**Tabelle 2**

### Klinische Unterscheidungsmerkmale von intermittierender AR, akuter viraler Rhinopharyngitis und akuter bakterieller Rhinosinusitis

	<b>Intermittierende (saisonale) allergische Rhinitis</b>	<b>Akute virale Rhinopharyngitis</b>	<b>Akute bakterielle Rhinosinusitis</b>
<i>Anamnestische Hinweise</i>	Bekannter Heuschnupfen, ähnliche Beschwerden zur gleichen Jahreszeit in vorangegangenen Jahren	Kontakt zu infizierten Personen	Verschlimmerung der Symptome einer akuten Rhinopharyngitis
<i>Kennzeichnende Symptome neben Obstruktion, Hypersekretion und Hyposmie</i>	Nasaler Juckreiz, Niesanfälle	Leichter brennender Schmerz der Nasenschleimhaut, im späteren Verlauf Trockenheitsgefühl, sporadisches Niesen	Mittelgesichtsschmerz, Verschlimmerung beim Bücken
<i>Extranasale Symptome</i>	Augenjucken, Augentränen	Pharyngeale Schmerzen, Schluckschmerzen, Fieber	Fieber
<i>Typische endonasale Befunde</i>	Schleimhaut ödematös, blass bis livide verfärbt, wässrige Hypersekretion	Schleimhaut geschwollen, hochrot, unterschiedlich ausgeprägte Hypersekretion, meist mit grauen Schlieren	Schleimhaut im Bereich der mittleren Nasenmuschel von ödematöser Schwellung, Rötung und Hypersekretion besonders betroffen, gelegentlich eitrige Schleimstraßen aus dem mittleren Nasengang

*modifiziert nach DGAI, 2003*

## STELLENWERT VON H1-ANTIHISTAMINIKA IN DER BEHANDLUNG DER ALLERGISCHEN RHINITIS?

Substanzen zur Behandlung der allergischen Rhinitis werden entweder oral oder lokal = topisch (nasal/intraokular) angewendet (Tabelle 3). Die Effizienz der Therapie kann von Patient zu Patient sehr unterschiedlich sein. Bei persistierender Erkrankung ist eine langfristige Behandlung angezeigt, wobei eine Tachyphylaxie mit prolongierter Behandlung üblicherweise nicht auftritt.

Bei leichten intermittierenden, in den meisten Fällen saisonalen Formen einer allergischen Rhinitis werden – falls möglich – Allergenvermeidung und nicht-sedie-

rende Antihistaminika als Therapiestrategien empfohlen. Bei schwereren intermittierenden Verläufen sowie bei allen persistierenden Formen der allergischen Rhinitis gelten intranasale Steroide in Kombination mit oralen Antihistaminika und Allergenvermeidung als Medikamente der ersten Wahl [ÖÄZ, 2008].

Bei Auftreten von Juckreiz oder tränenden Augen stellen Antihistaminika die Therapie der ersten Wahl dar [Eberius, 2006].



Tabelle 3

### Substanzklassen zur Behandlung der allergischen Rhinitis

- Orale H1-Antihistaminika
- Topische H1-Antihistaminika (intranasal/intraokulär)
- Glukokortikoide (intranasal) (oral oder i.m. nicht indiziert für AR)
- Leukotrienrezeptorantagonisten (Zulassung nur für AR + Asthma)
- Mastzellstabilisatoren/Cromone (intranasal/intraokulär)
- Dekongestiva (oral/intranasal)
- intranasale Anticholinergika

### WELCHE VOR- UND NACHTEILE BESITZEN H1-ANTIHISTAMINIKA?

#### Orale H1-Antihistaminika

- Orale Antihistaminika sind effektiv in der Behandlung der Histamin-medierten Symptome wie Rhinorrhoe, Niesen, nasaler Juckreiz, Augensymptomatik und erhöhen die Lebensqualität [Bachert et al., 2004; Bousquet et al., 1996; Guadano et al., 2004], erwiesen sich aber als weniger wirksam in Bezug auf die nasale Blockade [Simons, 2004].
- Vertreter der 2. Generation besitzen im Gegensatz zu jenen der 1. Generation kein relevantes Sedierungspotential oder anticholinerge Eigenschaften [Simons et al., 2003; Howarth et al., 1999; Skassa-Brociek et al., 1988; Hindmarch & Shamsi, 2001; Pradalier et al., 2007], verfügen z. T. über antiinflammatorische Effekte [Kowalski et al., 2005; Reinartz et al., 2005] und führen weder zu Gewichtszunahme, kognitiven

oder psychomotorischen Einschränkungen.

- Die Langzeitbehandlung mit oralen Antihistaminika verfügt über ein gutes Sicherheitsprofil und kann auch bei jungen Kindern eingesetzt werden [Simons, 2002].

#### Topische H1-Antihistaminika

- Intranasale Antihistaminika werden 2x/Tag angewendet und sind wirksam gegen Juckreiz, Niesen, rinnende Nase und nasale Verstopfung [McNeely & Wiseman, 1998; LaForce et al., 2004; Schata et al., 1991]. Bei Anwendung am Auge führen sie auch zu einer Verbesserung der Augensymptomatik; der Wirkeintritt ist innerhalb von 20min zu erwarten.
- Grundsätzlich verfügen topische H1-Antihistaminika über ein gutes Verträglichkeitsprofil.

### WIE SIND DIE WIRKSAMKEIT UND VERTRÄGLICHKEIT DES H1-ANTAGONISTEN LEVOCABASTIN IM RAHMEN DER RHINITISBEHANDLUNG ZU BEWERTEN?

Levocabastin ist ein potenter H1-Rezeptor-Antagonist, der als topische Behandlungsoption der allergischen Rhinitis und/oder Rhinokonjunktivitis in Form eines Nasensprays und als Augentropfen zur Verfügung steht. Levocabastin führt zu einer anhaltenden Verbesserung der allergischen Symptomatik, die stärker ausgeprägt ist als unter Cromoglycinsäure oder Nedocromil. Seine Wirkung tritt innerhalb von 15 Minuten ein, die relativ lang anhaltende Wirksamkeit ist dafür verantwortlich, dass eine 2x tägliche Applikation zumeist ausreichend ist. Die Substanz kann bei Erwachsenen, Jugendlichen und Kindern ab 8 Jahre angewendet werden (2 Sprühstöße pro Nasenloch 2–4x/Tag bzw. 1 Tropfen pro Auge 2–4x/Tag).

In Selbstmedikation sollte Levocabastin nicht länger als 2 Wochen verwendet werden, bei Anwendung über 2 Wochen hinaus muss das Präparat von einem Arzt verordnet und periodisch kontrolliert werden.

Bei Patienten mit perennierender allergischer Rhinokonjunktivitis zeigte intranasales Levocabastin gegenüber

oralem Cetirizin einen rascheren Wirkeintritt; eine Reihe anderer kontrollierter Studien ergaben ferner, dass Levocabastin in der Behandlung der allergischen Rhinokonjunktivitis zumindest gleich effektiv ist wie orales Terfenadin [Noble & McTavish, 1995]. Eine doppelblinde Vergleichsstudie zur Wirksamkeit und Verträglichkeit von Levocabastin- und Azelastin-Nasenspray bei 180 Patienten mit saisonaler allergischer Rhinitis ergab, dass beide Substanzen eine wirksame und gut verträgliche Behandlung der saisonalen allergischen Rhinitis gewährleisten. Schwerwiegende unerwünschte Ereignisse wurden nicht berichtet, alle unerwünschten Ereignisse bezogen sich auf nasale Symptome [Falser et al., 2001].

Insgesamt verfügt Levocabastin über ein gutes Verträglichkeitsprofil; schwerwiegende Nebenwirkung wurden weder unter dem Nasenspray noch den Augentropfen berichtet. Die Gesamtinzidenz von Nebenwirkungen bewegt sich auf Placeboniveau [Noble & McTavish, 1995].



## LITERATUR

[ARIA, 2010] Brozek JL, Bousquet J, Baena-Cagnani CE, et al.; Global Allergy and Asthma European Network; Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation Working Group. Allergic Rhinitis and its Impact on Asthma (ARIA) guidelines: 2010 revision. *J Allergy Clin Immunol* 2010;126(3):466-76

[DGAI, 2003] Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Allergologie und klinische Immunologie (DGAI) Interdisziplinäre Arbeitsgruppe „Allergische Rhinitis“ der Sektion HNO

[ÖÄZ, 2008] Nasale Steroide bei allergischer Rhinitis, Empfehlungen für eine leitliniengerechte Behandlung. *Österreichische Ärztezeitung* 5/2008

Bachert C, Bousquet J, Canonica GW, et al. Levocetirizine improves quality of life and reduces costs in long-term management of persistent allergic rhinitis. *J Allergy Clin Immunol* 2004;114(4):838-44

Bousquet J, Duchateau J, Pignat JC, et al. Improvement of quality of life by treatment with cetirizine in patients with perennial allergic rhinitis as determined by a French version of the SF-36 questionnaire. *J Allergy Clin Immunol* 1996;98(2):309-16

Eberius K. Typische Fehler bei der Heuschnupfentherapie. *Ars Medici Dossier II* 2006

Falser N, Wober W, Rahlfs VW, Baehre M. Comparative Efficacy and Safety of Azelastine and Levocabastine Nasal Sprays in Patients with Seasonal Allergic Rhinitis *Arzneimittelforschung* 2001;51(5):387-393

Guadano EM, Serra-Batllés J, Meseguer J, et al. Rupatadine 10 mg and ebastine 10 mg in seasonal allergic rhinitis: a comparison study. *Allergy* 2004;59(7):766-71

Hindmarch, Shamsi Z. The effects of single and repeated administration of ebastine on cognition and psychomotor performance in comparison to triprolidine and placebo in healthy volunteers. *Curr Med Res Opin* 2001;17(4):273-81

Howarth PH, Stern MA, Roi L, et al. Double-blind, placebo-controlled study comparing the efficacy and safety of fexofenadine hydrochloride (120 and 180 mg once daily) and cetirizine in seasonal allergic rhinitis. *J Allergy Clin Immunol* 1999;104(5):927-33

Kowalski ML, Lewandowska A, Wozniak J, et al. Inhibition of nasal polyp mast cell and eosinophil activation by desloratadine. *Allergy* 2005;60(1):80-5

LaForce CF, Corren J, Wheeler WJ, Berger WE. Efficacy of azelastine nasal spray in seasonal allergic rhinitis patients who remain symptomatic after treatment with fexofenadine. *Ann Allergy Asthma Immunol* 2004;93(2):154-9

McNeely W, Wiseman LR. Intranasal azelastine. A review of its efficacy in the management of allergic rhinitis *Drugs* 1998;56(1):91-114

Noble S, McTavish D. Levocabastine. An update of its pharmacology, clinical efficacy and tolerability in the topical treatment of allergic rhinitis and conjunctivitis. *Drugs* 1995;50(6):1032-49

Pariante PD, LePen C, Los F, Bousquet J. Quality-of-life outcomes and the use of antihistamines in a French national population-based sample of patients with perennial rhinitis. *Pharmacoeconomics* 1997;12:585-95

Pradaliere A, Neukirch C, Dreyfus I, Devillier P. Desloratadine improves quality of life and symptom severity in patients with allergic rhinitis. *Allergy* 2007;62(11):1331-4

Reinartz SM, Overbeek SE, Kleinjan A, et al. Desloratadine reduces systemic allergic inflammation following nasal provocation in allergic rhinitis and asthma patients. *Allergy* 2005;60(10):1301-7

Schata M, Jorde W, Richarz-Barthauer U. Levocabastine nasal spray better than sodium cromoglycate and placebo in the topical treatment of seasonal allergic rhinitis. *J Allergy Clin Immunol* 1991;87(4):873-8

Simons FE. H1-antihistamines in children. *Clin Allergy Immunol* 2002;17:437-64

Simons FE, Prenner BM, Finn A, Jr. Efficacy and safety of desloratadine in the treatment of perennial allergic rhinitis. *J Allergy Clin Immunol* 2003;111(3):617-22

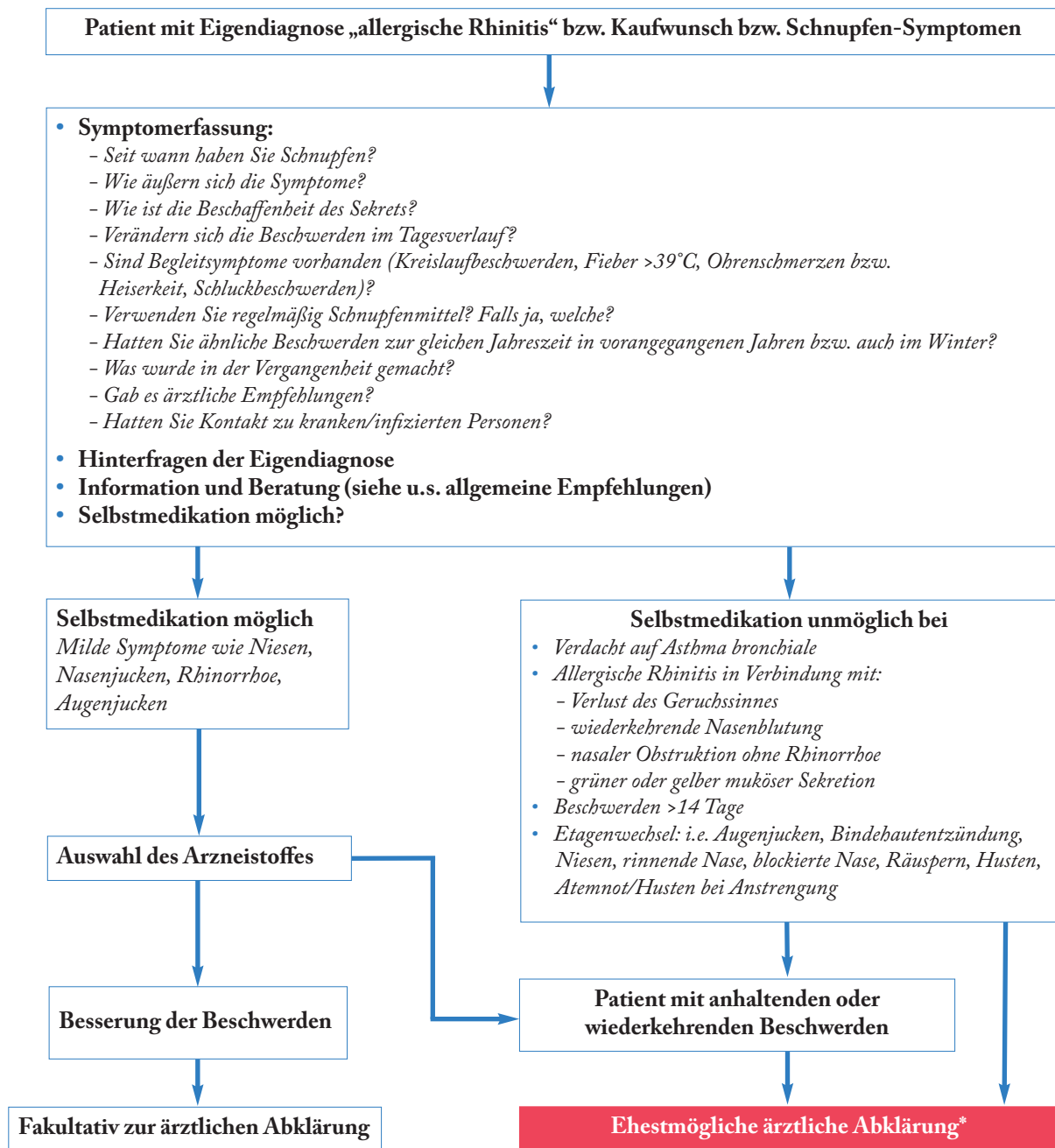
Simons FE. Advances in H1-antihistamines. *N Engl J Med* 2004;351(21):2203-17

Skassa-Brocic W, Bousquet J, Montes F, et al. Double-blind placebo-controlled study of loratadine, mequitazine, and placebo in the symptomatic treatment of seasonal allergic rhinitis. *J Allergy Clin Immunol* 1988;81(4):725-30

[WAO 2013] WAO (World Allergy Organization; [www.worldallergy.org](http://www.worldallergy.org) <<http://www.worldallergy.org>>) White Book on Allergy 2011-2013



## Vorschlag zur Abgabe von Therapeutika zur Selbstmedikation bei allergischer Rhinitis in der Apotheke



\*Orale Antiallergika sollten 2-3 Tage vor einem geplanten Allergietest abgesetzt werden, da sie den Hauttest beeinflussen.

### Allgemeine Empfehlungen des Apothekers für Pollenallergiker

- Verwenden Sie zusätzlich schleimhautpflegende, eventuell vitaminhaltige, befeuchtende Salben oder Crèmen
- Benützen Sie die Polleninformationsdienste (aus Apotheke, Teletext, Internet)
- Planen Sie Ihren Urlaub während der Blütezeit. Am Meer und in den Bergen bleibt die Luft pollenfrei, benützen Sie zur Urlaubsplanung den internationalen Pollenflugkalender, Sie könnten sonst am Urlaubsort eine Allergie-Überraschung erleben.
- Wohnbedingungen: Luftfeuchtigkeit 50%, 3-4x tgl. für 10min lüften, auf eine Schlafzimmertemperatur von <20° C achten. Schlafen Sie bei geschlossenen Fenstern.
- In ländlichen Gebieten sind die größten Pollenkonzentrationen am späten Abend, im Stadtgebiet in den frühen Morgenstunden zu erwarten.
- Waschen Sie häufig die Haare, legen Sie Ihre Kleidung außerhalb des Schlafzimmers ab, trocknen Sie frische Wäsche nicht im Freien.
- Lassen Sie Ihr Auto mit einem Pollenfilter ausrüsten.
- Tragen Sie Sonnenbrillen und Hut, auch das schützt vor Pollen.
- Vermeiden Sie wenn möglich Sport im Freien, laufen im Wald ist gegenüber Läufen in freier Natur zu bevorzugen (Filterwirkung).
- Kleidung mit mindestens 60° C, Bettwäsche wöchentlich waschen.





# LIVOSTIN®

## ein schnell wirksames Antihistaminikum

Wirkstoff: Levocabastin



### Rasche Beseitigung der Beschwerden:

- nach 10-15 Minuten verschwinden die Symptome des Heuschnupfens



### Lange frei von Beschwerden:

- Langanhaltende Wirkung für mehrere Stunden
- 2x täglich anwenden genügt
- Bei starken Beschwerden 3-4x täglich



### Gutes Nebenwirkungsprofil:

- gut verträglich durch lokale Wirkung im Akutfall
- geringe systemische Belastung des Körpers

Livostin® ist bereits für Kinder ab 8 Jahren geeignet!

Produkt	PHZNR	EAN	AEP	AVP
Livostin Augentropfen 4 ml	1532839	9088881532835	€ 6,38	€ 12,50
Livostin Nasenspray 10 ml	1532845	9088881532842	€ 6,14	€ 12,05

Beachten Sie: LIVOSTIN® bleibt erstattungsfähig

**LIVOSTIN - Nasenspray; Qualitative und quantitative Zusammensetzung:** 1 ml enthält: Levocabastin-Hydrochlorid entsprechend 0,5 mg Levocabastin. 1 Sprühstoß zu 0,1 ml enthält etwa 0,05 mg Levocabastin. Sonstige Bestandteile mit bekannter Wirkung: 0,15 mg/ml Benzalkoniumchlorid als Konservierungsmittel, 50 mg/ml Propylenglykol. Vollständige Auflistung der sonstigen Bestandteile, siehe Abschnitt 6.1. Liste der sonstigen Bestandteile: Benzalkoniumchlorid, Propylenglykol, Natriummonohydrogenphosphat, Natriumdihydrogenphosphat-Monohydrat, Hypromellose, Polysorbat 80, Dinatriumedetat, gereinigtes Wasser. Pharmakotherapeutische Gruppe: Nasenzubereitungen, Antiallergika exkl. Kortikosteroide. ATC-Code: R01AC02. Anwendungsgebiete: Symptome der allergischen Rhinitis (Niesen, Nasenjucken, Rhinorrhoe). LIVOSTIN - Nasenspray wird angewendet bei Erwachsenen, Kindern und Jugendlichen ab 8 Jahren. Gegenanzeigen: Überempfindlichkeit gegen den Wirkstoff oder einen der in Abschnitt 6.1 genannten sonstigen Bestandteile; Kinder unter 8 Jahren. Inhaber der Zulassung: Johnson & Johnson GmbH, 1020 Wien; Verschreibungs-/Apothekenpflicht: Rezeptfrei, apothekenpflichtig. Weitere Angaben zu Warnhinweisen und Vorsichtsmaßnahmen für die Anwendung, Wechselwirkungen mit anderen Arzneimitteln und sonstigen Wechselwirkungen, Schwangerschaft und Stillzeit und Nebenwirkungen entnehmen Sie bitte der veröffentlichten Fachinformation. Stand der Information: Jänner 2012

**LIVOSTIN - Augentropfen; Qualitative und quantitative Zusammensetzung:** 1 ml enthält: Levocabastin-Hydrochlorid entsprechend 0,5 mg Levocabastin. 1 Tropfen enthält etwa 0,015 mg Levocabastin (1 ml = 33 Tropfen). Sonstige Bestandteile mit bekannter Wirkung: 0,15 mg/ml Benzalkoniumchlorid als Konservierungsmittel, 50 mg/ml Propylenglykol. Vollständige Auflistung der sonstigen Bestandteile, siehe Abschnitt 6.1. Liste der sonstigen Bestandteile: Benzalkoniumchlorid, Propylenglykol, Natriummonohydrogenphosphat, Natriumdihydrogenphosphat-Monohydrat, Hypromellose, Polysorbat 80, Dinatriumedetat, Wasser für Injektionszwecke. Pharmakotherapeutische Gruppe: Ophthalmika, andere Allergika. ATC-Code: S01GX02; Anwendungsgebiete: Symptome der allergischen Konjunktivitis (Juckreiz, Rötung, Schwellung der Bindehaut und der Augenlider, Augentränen). LIVOSTIN - Augentropfen werden angewendet bei Erwachsenen, Kindern und Jugendlichen ab 8 Jahren. Gegenanzeigen: Überempfindlichkeit gegen den Wirkstoff oder einen der in Abschnitt 6.1 genannten sonstigen Bestandteile; Kinder unter 8 Jahren. Inhaber der Zulassung: Johnson & Johnson GmbH, 1020 Wien; Verschreibungs-/Apothekenpflicht: Rezeptfrei, apothekenpflichtig. Weitere Angaben zu Warnhinweisen und Vorsichtsmaßnahmen für die Anwendung, Wechselwirkungen mit anderen Arzneimitteln und sonstigen Wechselwirkungen, Schwangerschaft und Stillzeit und Nebenwirkungen entnehmen Sie bitte der veröffentlichten Fachinformation. Stand der Information: Jänner 2012



## Freie Fahrt in den Frühling!

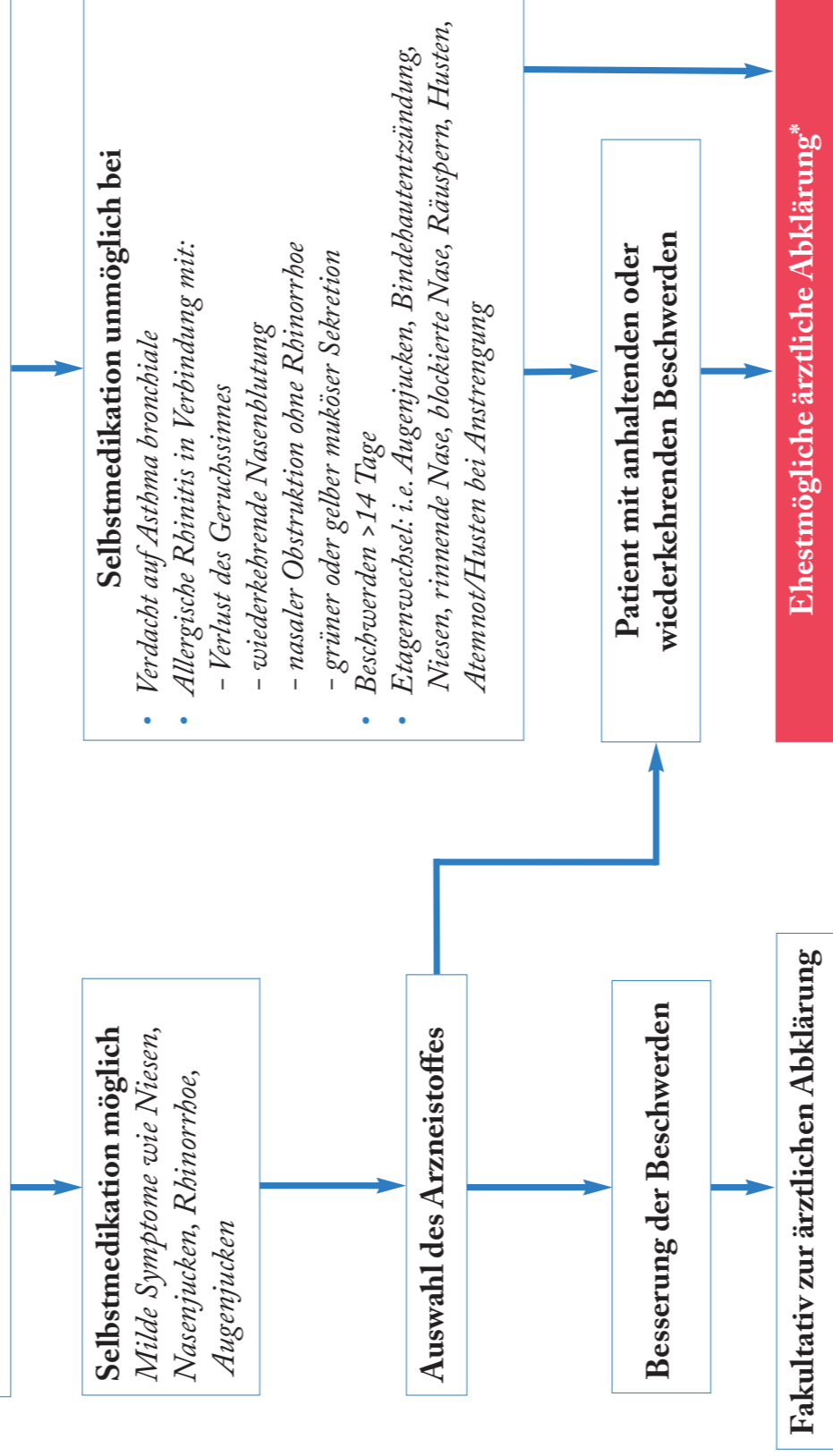
- Livostin – befreit rasch bei Heuschnupfen.
- JETZT für Ihre Kunden im OTC Markt!
- Die neuen OTC Packungen ab April 2013 für Ihre Apotheke.

## Vorschlag zur Abgabe von Therapeutika zur Selbstmedikation bei allergischer Rhinitis in der Apotheke

Patient mit Eigendiagnose „allergische Rhinitis“ bzw. Kaufwunsch bzw. Schnupfen-Symptomen

- **Symptomerfassung:**
  - Seit wann haben Sie Schnupfen?
  - Wie äußern sich die Symptome?
  - Wie ist die Beschaffenheit des Sekrets?
  - Verändern sich die Beschwerden im Tagesverlauf?
  - Sind Begleitsymptome vorhanden (Kreislaufbeschwerden, Fieber >39°C, Ohrenschmerzen bzw. Heiserkeit, Schluckbeschwerden)?
  - Verwenden Sie regelmäßig Schnupfenmittel? Falls ja, welche?
  - Hatten Sie ähnliche Beschwerden zur gleichen Jahreszeit in vorangegangenen Jahren bzw. auch im Winter?
  - Was wurde in der Vergangenheit gemacht?
  - Gab es ärztliche Empfehlungen?
  - Hatten Sie Kontakt zu kranken/infizierten Personen?

- **Hinterfragen der Eigendiagnose**
- **Information und Beratung (siehe u.s. allgemeine Empfehlungen)**
- **Selbstmedikation möglich?**



\*Orale Antiallergika sollten 2–3 Tage vor einem geplanten Allergietest abgesetzt werden, da sie den Hauttest beeinflussen.

### Allgemeine Empfehlungen des Apothekers für Pollenallergiker

- Verwenden Sie zusätzlich schleimhautpflegende, eventuell vitaminhaltige, befeuchtende Salben oder Crèmes
- Benützen Sie die Polleninformationsdienste (aus Apotheke, Teletext, Internet)
- Planen Sie Ihren Urlaub während der Blütezeit. Am Meer und in den Bergen bleibt die Luft pollenfrei, benützen Sie zur Urlaubsplanung den internationalen Pollenflugkalender, Sie könnten sonst am Urlaubsort eine Allergie-Überraschung erleben.
- Wohnbedingungen: Luftfeuchtigkeit 50%, 3–4x tgl. für 10min lüften, auf eine Schlafzimmertemperatur von <20° C achten. Schlafen Sie bei geschlossenen Fenstern.
- In ländlichen Gebieten sind die größten Pollenkonzentrationen am späten Abend, im Stadtgebiet in den frühen Morgenstunden zu erwarten.
- Waschen Sie häufig die Haare, legen Sie Ihrer Kleidung außerhalb des Schlafzimmers ab, trocknen Sie frische Wäsche nicht im Freien.
- Lassen Sie Ihr Auto mit einem Pollenfilter ausrüsten.
- Tragen Sie Sonnenbrillen und Hut, auch das schützt vor Pollen.
- Vermeiden Sie wenn möglich Sport im Freien, laufen im Wald ist gegenüber Läufen in freier Natur zu bevorzugen (Filterwirkung).
- Kleidung mit mindestens 60° C, Bettwäsche wöchentlich waschen