



3. Gemeinsamer Deutscher Allergie-Kongress 10. bis 13. September 2008 in Erfurt

EPIDEMIOLOGIE, PRÄVENTION, DIAGNOSTIK UND THERAPIE ALLERGISCHER ERKRANKUNGEN

Neues aus Wissenschaft und Versorgung

KIRSTEN JUNG, ERFURT UND THOMAS FUCHS, GÖTTINGEN

Herzlich Willkommen zum 3. Gemeinsamen Deutschen Allergie-Kongress in Erfurt vom 10. bis 13. September 2008! Der wissenschaftliche Beirat des 3. Gemeinsamen Deutschen Allergie-Kongresses hat ein Programm zusammengestellt, das sich an den Bedürfnissen des klinisch und wissenschaftlich arbeitenden Allergologen orientiert. Die Themenauswahl ist darauf ausgerichtet, die allergologische Tätigkeit zu unterstützen. Dazu wurde auf Themen Wert gelegt, die das Verständnis für Zusammenhänge von Pathogenese, klinischem Verlauf, diagnostischen Möglichkeiten und Therapieoptionen fördern.

Vor der eigentlichen festlichen Eröffnung des Kongresses findet am Mittwoch, 10. September, von 16.30 bis 19.00 Uhr das EAACI/DGAKI Joint Symposium statt. Hochkarätige Referenten aus Europa und Australien werden aktuellste Forschungsergebnisse präsentieren. Als Special Guest des Kongresses wird Frau Prof. Susan Prescott aus Perth am Samstagvormittag, 13. September 2008, einen Vor-



Priv.-Doz. Dr. Kirsten Jung und Prof. Dr. Thomas Fuchs, Kongresspräsidium

trag zum Thema „Allergy Prevention“ halten.

Zentrale Punkte des Programms sind die Plenarsitzungen mit Übersichtsvorträgen, die der Pathogenese und Klinik schwerer allergischer Erkrankungen, Nicht-IgE vermittelten allergischen Erkrankungen und Neuem zur kausalen Therapie der Allergologen, der allergenspezifischen Immuntherapie, gewidmet sind. In den nachfolgenden, parallel organisierten Symposien werden weitere Themen aufgenommen und präsentiert. Diskutiert werden die Möglichkeiten und Grenzen der Labordiagnostik, die Diagnostik und Therapie

von Hautkrankheiten im Säuglingsalter, Differentialdiagnosen von Nahrungsmittel-induzierten Symptomen und von Atemwegsgeräuschen im Kindesalter, die Notfalltherapie im Kindesalter, die Insektengiftallergie, die Kontaktallergie und die Diätetik. Neues wird es geben zur Epidemiologie der Anaphylaxie, zur Pathogenese des Asthma bronchiale und der chronischen Rhinosinusitis, zur experimentellen Allergie- und Asthmatherapie, zur Therapie des hereditären Angioödems, aus der Berufs- und Umweltmedizin, zu Allergiepräventionsansätzen und Patientenschulungen.

Ein berufspolitisches Symposium soll den niedergelassenen Kollegen bei der Bewältigung des kassenärztlich-allergologischen, sich stark verändernden Alltags helfen. Hier kommen auch die Patienten zu Wort mit einem Referat von Frau *Ingrid Voigtmann* vom Deutschen Allergie und Asthma Bund zur Versorgungssituation von Allergie-Kranken. Herr *Dr. Rochell* von der Honorarabteilung der Kassennärztlichen Bundesvereinigung hat

sein Kommen zu einem Vortrag zur Zukunft des Allergologischen Labors beim klinisch tätigen Facharzt zugesagt.

Der Allergie-Kongress hat auch diesmal dem wissenschaftlichen Nachwuchs besondere Präsentationsmöglichkeiten eingeräumt. Neben den Symposien für freie Vorträge finden fünf Sitzungen mit Posterdiskussionen statt. Bitte versäumen Sie nicht, diese trotz Programmfülle zu besuchen.

Auf vielfältige Anregung hin, hat die wissenschaftliche Leitung des Kongresses Kolleginnen und Kollegen für die Gestaltung von interessanten Fortbildungskursen gewonnen, um nach der Theorie der Plenar- und Symposiumssitzungen am Samstagvormittag die Handlungsanleitungen für den klinischen Alltag zu vertiefen. Hierzu gibt es sowohl für Ärzte (Notfallmanagement, Allergiediagnostik, Allergie im Internet, Nahrungsmittelallergie, Nasale Endoskopie, Durchführung der Spezifischen Immuntherapie, Durchführung der Nasalen Provokation und Rhinomanometrie, Epikutantestung mit Eigensubstanzen) als auch für das mittlere medizinische Personal (Notfallmedizin, Allergologie für Arzthelferinnen, Good Clinical Practice) zahlreiche Angebote.

Nach den wissenschaftlichen Tagesprogrammen wird der Besuch des

Doms mit einem Orgelkonzert am Donnerstag und der Gesellschaftsabend im Kaisersaal am Freitag, dem Ort des von Napoleon vor 200 Jahren einberufenen Fürstenkongresses, neben Spaziergängen durch den mittelalterlichen Stadtkern Möglichkeiten für Erholung und Fortsetzung der kollegialen Gespräche bieten. ■



Spiegelnde Fassade der Messe Erfurt.
Quelle: Messe Erfurt AG

In der wissenschaftlichen Literatur werden fortlaufend Fallberichte und kleine Testserien zu bisher nicht etablierten Substanzen publiziert. Für den wissenschaftlich aktiven Untersucher bieten diese Daten wertvolle Hinweise für die Aufklärung von Einzelfällen. In der klinischen Praxis ist die Testung jedoch nur mit kommerziell angebotenen Testsubstanzen möglich. Die Hersteller modifizieren die Testreihen fortlaufend entsprechend den Empfehlungen der wissenschaftlichen Arbeitsgruppen.

In unserem Land ist dies die Deutsche Kontaktallergie-Gruppe, die seit Jahrzehnten neue Substanzen auf ihre Relevanz überprüft, Konzentrationen

Neue Kontaktallergene

DETLEF BECKER, MAINZ

Durch die Zusammenfassung der wichtigsten Kontaktallergene in definierten Blöcken für die Epikutantestung wurde seit jeher versucht, die Qualität der Diagnostik zu sichern und den Untersuchern eine zeitraubende individuelle Zusammenstellung der Einzelallergene zu ersparen. Die Verwendung von expositions- und berufsspezifischen Blöcken kann jedoch die allumfassende Abdeckung der infrage kommenden Allergene nicht garantieren, sondern sich dieser nur nähern. Ohne allgemeine Kenntnisse zum Allergenvorkommen, ergänzt um individuelle Besonderheiten des Einzelfalls, ist eine sowohl aussagekräftige als auch rationale Diagnostik allein durch mechanisches Testen von Blöcken nicht möglich. Auch bei richtigem Umgang mit dieser Methode steht und fällt sie mit der kontinuierlichen Überprüfung der Testreihen auf ihre Aktualität.

festlegt und epidemiologische Daten sammelt. Herauszuhebende neue Allergene der letzten Jahre sind die deklarationspflichtigen Duftstoffe sowie Allergene in Kühlschmierstoffen und Epoxidharzsystemen. Auch die Einführung einer Irritationskontrolle mit Natriumlaurylsulfat war ein wichtiger Beitrag zur Qualitätssicherung.

Novellierung des Arzneimittelgesetzes

Leider wird diese Arbeit durch die Novellierung des Arzneimittelgesetzes in Zukunft erheblich behindert. Kommerziell erhältliche Testsubstanzen haben den Status eines Arzneimittels und müssen auch unter den Kriterien einer Zulassungsstudie geprüft werden. Der hiermit verbundene Aufwand macht die rasche Abklärung neuer Allergene und Expositionen praktisch unmöglich. Wenn dieses Problem nicht auf politischer Ebene durch den Gesetzgeber gelöst wird, so entsteht eine zunehmende Kluft zwi-

schen dem Wissen um wichtige neue Allergene, die mit individuell hergestellten Testsubstanzen in Einzelfällen entdeckt wurden und dem tatsächlich verfügbaren Angebot für die tägliche Routinetestung.

Zentren mit entsprechender logistischer und fachlicher Kapazität werden diesen Mangel zum Teil durch die Aufschlüsselung komplexer Kontaktstoffe und mit individuell hergestellten Testallergenen ausgleichen. Da dies in der praktischen Dermatologie wohl nur selten möglich ist, werden dort immer größere Lücken entstehen, die eine kompetente, flächendeckende Diagnostik des allergischen Kontaktekzems schon bald Geschichte sein lassen.

Reform des EBM

Eine weitere Gefahr für diesen bisher noch selbstverständlichen Anspruch der Dermatologie ist leider hausgemacht. Die Reform des EBM hat den Umfang der Epikutantestung aus wirt-

schaftlicher Sicht in den Hintergrund treten lassen. Die Mitglieder der Deutschen Kontaktallergie-Gruppe sehen mit Sorge, dass viele Praxen ihr Testspektrum erheblich reduziert haben. Fragestellungen, die vor einigen Jahren noch selbstverständlich in der Praxis bearbeitet wurden, werden nun verstärkt an Zentren verwiesen. Dies birgt die große Gefahr einer Verarmung der bisher verfügbaren Testreihen. Denn wenn spezielle Blöcke nicht mehr regelmäßig verwendet werden, so dürfen wir uns nicht wundern, wenn sie ganz vom Markt verschwinden. Eine Entwicklung, die wohl niemand wirklich begrüßen würde.

Falls Sie als Leser dieser Zusammenfassung den Eindruck gewinnen, dass der Inhalt den Titel nur teilweise behandelt, so ist dies beabsichtigt. Wenn wir die Hindernisse für die ste-

tige Aktualisierung unserer Testreihen nicht überwinden können und sogar tatenlos zusehen, wie der Bestand unserer qualitätsgesicherten allergologischen Diagnostik langsam wegbröckelt, so werden wir zukünftig das Thema „Neue Kontaktallergene“ ersetzen müssen. Unter diesem Aspekt ist der Beitrag auch politisch und ein Appell an Entscheidungsträger und jede/n testende Kollegin/en zu handeln, bevor es zu spät ist.

Korrespondenzadresse:
Priv.-Doz. Dr. Detlef Becker
Johannes-Gutenberg-Universität
Universitätsklinikum Mainz, Hautklinik
Berufsdermatologische Ambulanz
Langenbeckstraße 1
55131 Mainz

ALLGEMEINE HINWEISE

10. bis 13. September 2008

3. Gemeinsamer Deutscher Allergiekongress

KONGRESSORT:
Messe Erfurt AG
Gothaer Straße 34, 99094 Erfurt

VERANSTALTER:
AKM Allergiekongress und
Marketing GmbH

KONGRESSPRÄSIDENTEN UND
WISSENSCHAFTLICHE LEITUNG:
Priv.-Doz. Dr. Kirsten Jung
Prof. Dr. Thomas Fuchs

INTERNET:
www.allergie-kongress.de

KONGRESS-SEKRETARIAT:
Gudrun Freiberg
c/o Praxis Priv.-Doz. Dr. Kirsten Jung
Krämpferstraße 6
99084 Erfurt
erfurt2008@allergie-kongress.de

KONGRESSORGANISATION UND
AUSKUNFT:
Service Systems GbR
Carin Fresle und Ursula Raab
Blumenstraße 14
63303 Dreieich
mail@sersys.de

Harmlose Bakterien können sich in den für sie geeigneten Lebensräumen zwar gut vermehren, sie tragen aber keine Pathogenitätsfaktoren, die eine Vermehrung nur unter Zerstörung des Wirtes bewirken.

Vom harmlosen Bakterium zum Probiotikum

Insofern sind sie eher nützlich für den Wirt, weil sie Nahrungsmittel wie z. B. Vitamine verstoffwechseln und brauchbar für den Wirt machen, pathologische Keime durch „cross-talk“ an der Vermehrung hindern, einen Biofilm auf der Darmschleimhaut zum Schutz des Wirtes bilden und das angeborene Immunsystem durch stete Aktivierung insbesondere im kleinen Säugling trainieren. Die Zerstörung der Darm- oder Hautflora durch an sich notwendige antibiotische Behandlung kann verheerende Folgen für den Wirt haben und das vor allem, weil die harmlosen Bakterien übergangsweise zerstört werden. Andererseits kann die frühzeitige Besiedlung des Säuglingsdarmes mit Bifido- und Laktobakterien mit dem Schutz vor Virusinfektionen und der Sensibilisierung gegenüber Allergenen assoziiert sein.

Die Beobachtung, dass harmlose Bakterien im Magen-Darm-Trakt schützend auf den Menschen wirken, ist so alt wie die Möglichkeit, Bakterien anzüchten und analysieren zu

NEUE ANSÄTZE ZUR ALLERGIEPRÄVENTION?

Harmlose Bakterien

ALBRECHT BUFE, BOCHUM

In und an uns leben mehr Bakterien als wir an „eigenen“ Zellen haben. Darunter können sich auch toxische Bakterien befinden, die eine Infektion mit Krankheitssymptomen verursachen. Die meisten der Bakterien sind aber harmlos und halten die toxischen, durch Wachstum-unterdrückende Faktoren in Schach und stehen in einem parasitären Verhältnis zu uns. Die harmlosen Bakterien können sogar sehr nützlich sein und als Probiotika auftreten und den Magen-Darm Trakt und das Immunsystem im positiven Sinne beeinflussen. Wie weit die harmlosen Probiotika den Verlauf von allergischen Erkrankungen entweder präventiv oder therapeutisch modifizieren, soll das Thema dieses Vortrags und dieser kurzen Zusammenfassung sein.

können. So hat Prof. Nissle im Jahre 1917 bei Soldaten, die im Gegensatz zu ihren Kollegen vor einer schweren Durchfallerkrankung geschützt waren, einen harmlosen *Escherichia coli* entdeckt, der sich in einigen Eigenschaften von dem pathologischen *E. coli* unterscheidet. Er züchtete den harmlosen *E. coli* an und setzte ihn mit Erfolg als Probiotikum zur Vorbeugung und Behandlung einer Dysenterie ein.

Heute weiß man, dass sich *E. coli* Nissle 1917 – so hat Nissle den harmlose Kandidat genannt – insbesondere in seiner Struktur des Endotoxins an der Zellwand und durch seine unterschiedliche Verstoffwechslung von



Prof. Dr. Albrecht Bufo

Eisen von dem pathologischen *E. coli* unterscheidet. Das Endotoxin, ein Lipopolysaccharid und deshalb als LPS bekannt, ist in seiner nach außen ragenden Zuckerkette stark verkürzt. Der *E. coli* Nissle 1917 wächst deshalb auf den Agarplatten als so genannter Semirauhtyp. Außerdem ist er im Gegensatz zum pathologischen *E. coli* nicht resistent gegen Serumfaktoren, die ihn zerstören.

Diese Eigenschaft stellt sicher, dass sich der *E. coli* Nissle 1917, wenn er ins Blut käme, dort nicht vermehren und damit eine Sepsis auslösen könnte. *E. coli* Nissle 1917 wird heute als Probiotikum (Mutaflor von der Firma Ardeypharm) bei Darminfektionen zum Beispiel durch Rotaviren bei Kindern und bei Colitis ulcerosa eingesetzt. Die Wirkungsweise und die Eigenschaften von Probiotika sind in den beiden Abbildungen zusammengefasst.

Wir konnten nun zeigen, dass für eine mögliche immunologische Wirkung bei Infektionen und als Vorbeugung von Allergien nicht das LPS und seine unterschiedliche Struktur verantwortlich ist, sondern dass der *E. coli* Nissle 1917 im Gegensatz zum pathologischen Lysat bisher unbekannt Moleküle in sich trägt, die antiinflammatorische Zytokine, vor allem IL-10 und TGF-β verstärkt aktivieren. Das bedeutet, wenn nur genügend probiotische Keime dieser Art im Darm überleben, dass diese ihre schützende Wirkung durch die Aktivierung einer durch IL-10 und TGF-β getragenen Toleranz induzierenden

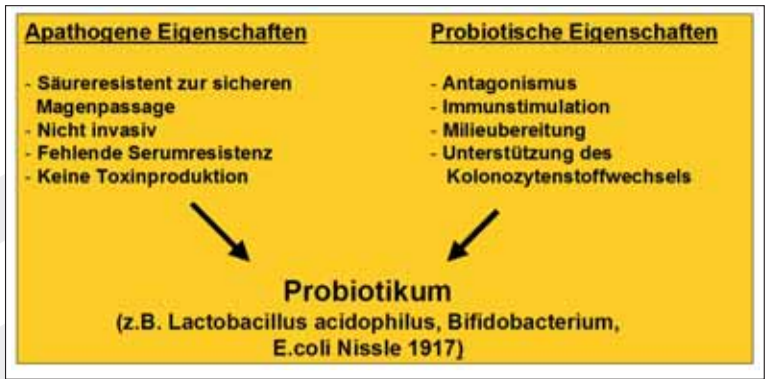


Abb. 2: Eigenschaften von Probiotika.

Immunantwort fördern können.

Ähnliches weiß man von Säuglingen, die eine stabile Flora aus Bifidobakterien im Darm aufweisen. Diese Kinder sind eher vor Allergien und vor allem vor Sensibilisierungen geschützt als solche, die diese Flora verringert im Darm haben. Ähnliches hat man mit Lactobacillen beobachtet. Deshalb wurden diese präventiv bei Müttern zum Ende der Schwangerschaft und bei den dann geborenen Kindern in den ersten sechs Monaten oral als Probiotikum eingesetzt. Die Ergebnisse zeigten, dass die Kinder signifikant vor der Entwicklung von Neurodermitis geschützt waren. Allerdings konnten keine Vorteile für die Sensibilisierung z. B. gegen Kuhmilchallergene gefunden werden. Auch zeigten die Probiotika bisher keine Wirkung bei der Behandlung bereits bestehender Allergien.

Die Entwicklung steht noch am Anfang

Die Entwicklung von Allergie-protectiven Probiotika und Bakterienlysaten steht allerdings noch am Anfang. So gibt es Beobachtungen, die belegen, dass die Kombination verschiedener Probiotika durchaus effektiver ist als nur ein Probiotikum. Das liegt wahrscheinlich an den durchaus unterschiedlichen Effekten, welche einzelne Spezies auf das angeborene Immunsystem, insbesondere die Antigen-präsentierenden Zellen haben. Vor allem LPS-tragende Gram-negative Keime aktivieren mehr eine Th1-Antwort, Gram-positive Keime hingegen können auch vermehrt das Wachstum von T-regulatorischen Zellen, also Toleranz induzierende Zellen, verstärken.

Möglicherweise müssen die Bakterien dem Immunsystem und der Schleimhaut nicht als lebende Keime über den Darm präsentiert, sondern als harmlose, nicht toxische Lysate über die Atemschleimhaut eingesetzt werden. So haben wir zeigen können, dass die beiden harmlosen Bakterien *Acitenobacter lwoffii* und *Lactococcus lactis*, die wir in traditionellen Alpenbauernhöfen gefunden haben, zumindest im Asthma-Mausmodell, eingesetzt als nasal applizierte Lysate, eine stark schützende Wirkung vor der Entstehung von Sensibilisierung und Asthma haben. Die Anwendung beim Menschen steht noch aus. Dabei konnten wir belegen, dass die Wirkung vor allem durch die Aktivierung einer von T-Helfer-1-Zellen geprägten Immunantwort ausgeht. Eine Entzündungsreaktion in der Nasen- und Bronchialschleimhaut lösen die Keime bei dieser Anwendung nicht aus.

Zusammengefasst können harmlose Bakterien den Menschen vor Infektionen und möglicherweise vor Sensibilisierung gegen Allergien und den daraus resultierenden Krankheiten wie Neurodermitis und Asthma schützen. Welche Spezies und welche Anwendungsart bei den Allergien letztlich die optimalste Wirkung haben wird, muss noch geklärt werden.

Korrespondenzadresse:
Prof. Dr. Albrecht Bufo
Ruhr-Universität-Bochum
Berufsgenossenschaftliche Kliniken
Bergmannsheil
Experimentelle Pneumologie
Bürkle-De-La-Camp-Platz 1
44789 Bochum
albrecht.bufo@rub.de

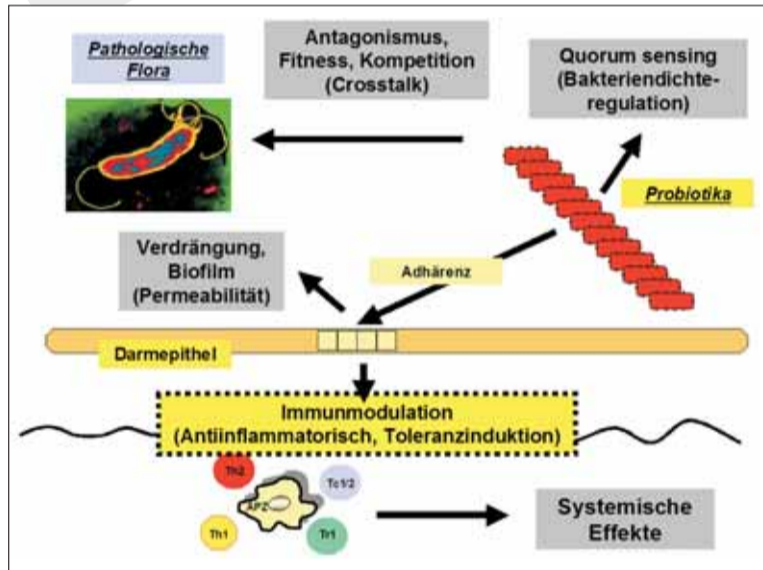


Abb. 1: Wirkungsweise von Probiotika.

Vor diesem Hintergrund führten wir eine kleine Studie an zehn Patienten mit therapierefraktärer chronisch idiopathischer Urtikaria (CIU) durch (Boehncke et al., Br J Dermatol 2003, 148: 604-606). Diese wurden initial für vier Wochen mit dem Antihistaminikum Desloratidin und anschließend für weitere vier Wochen mit einer Kombination aus Desloratidin und dem COX-Inhibitor Rofecoxib behandelt. Die klinische Evaluation erfolgte mit einem einfachen Score nach Zuberbier. Darunter erfuhren acht Patienten eine deutliche klinische Besserung. Rofecoxib inhibiert außerdem die Histamin-Freisetzung aus Mastzellen und Basophilen in-vitro. Bei einigen der „responder“ wurde das Rofecoxib anschließend vom weiterbehandelnden Arzt abgesetzt und es kam innerhalb weniger Tage zu einer Exazerbation; somit scheint Rofecoxib durchaus einen zusätzlichen Therapieeffekt auf die CIU zu haben.

Durch nicht-steroidale Antirheumatika (NSAR) induzierte urtikarielle Exantheme zählen zu den häufigsten unerwünschten Arzneimittelwirkungen (UAW). Sie scheinen auf eine Inhibition der konstitutiv exprimierten COX-1 zurückzuführen zu sein, während die therapeutisch gewünschten Effekte überwiegend auf einer COX-2-Inhibition beruhen. Seit 2002 erfol-

Analgetika-Intoleranz bei chronischer Urtikaria

WOLF-HENNING BOEHNCKE, FRANKFURT AM MAIN

Mastzellen sezernieren als Antwort auf verschiedenste Reize eine Vielzahl pro-inflammatorischer Mediatoren. Unter diesen steht Histamin quantitativ und insbesondere i. R. der Urtikaria-Pathogenese im Vordergrund. Aber schon die Tatsache, dass Patienten durchaus auch auf hohe Dosen von Antihistaminika nicht befriedigend ansprechen, deutet auf die klinische Bedeutung weiterer Mediatoren hin, u. a. die durch das Enzym Cyclooxygenase (COX) synthetisierten Leukotriene und Prostaglandine (Abb.). In der aktuellen Leitlinie zur Behandlung der Urtikaria werden daher verschiedene Kombinationsschemata als mögliche Alternativen empfohlen.

gen i. R. oraler Provokationstestungen bei Patienten mit NSAR-Intoleranz an der Universitäts-Hautklinik in Frankfurt/Main auch Expositionen mit selektiven COX-2-Inhibitoren (Coxiben). Die weit überwiegende Zahl dieser Patienten teilt die Coxib-Expositionen, ohne dass UAW auftreten.

Basierend auf diesen positiven Beobachtungen erfolgte 2007 eine systematische strukturierte Beurteilung aller einschlägigen Publikationen. Symptome und deren Schweregrad wurden auf Basis sämtlicher Publikationen evaluiert, welche einschlägige



Prof. Dr. Wolf-Henning Boehncke

Informationen beinhalteten. Nachfolgend wurde das Risiko für unerwünschte Arzneimittelwirkungen auf Basis publizierter prospektiver kontrollierter Studien berechnet (Weberschock et al., Arch Dermatol Res 2007, 299: 169-175). Unter 3304 Coxib-exponierten Patienten entwickelten 119 UAW, meist in Form urtikarieller Exantheme. Keine dieser Reaktionen verlief letal, doch wurden zwei als lebensbedrohlich eingestuft (Grad 4). Bei zwei nicht-allergischen Reaktionen handelte es sich in einem Fall um eine leichte Blutung der oberen Atemwege (Grad 1), im anderen Fall

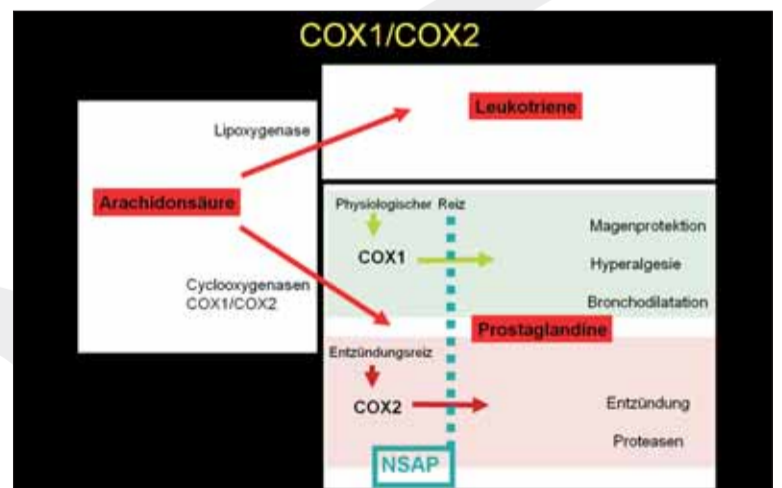


Abb.: Arachidonsäure-Metabolismus. Der Cyclooxygenase kommt eine wichtige Rolle bei der Synthese von Leukotrienen und Prostaglandinen zu.

um eine ebenfalls als Grad 1 eingestufte milde gastrointestinale Symptomatik. Von 591 i. R. der genannten doppel-blinden Studien mit Coxiben exponierten NSAR-intoleranten Patienten zeigten 13 UAW. Bei den auslösenden Coxiben handelte es sich um Rofecoxib (2/286), Celecoxib (6/208), Etoricoxib (4/56) und Valdecoxib (1/41).

Somit ist das Risiko für allergische oder Intoleranzreaktionen durch Coxibe bei Patienten mit NSAR-Intoleranz als niedrig einzustufen; für diese Patienten erscheint zumindest

die sporadische Anwendung von Coxiben als vorteilhaft. Bei therapierefraktärer CIU ist ein Therapieversuch mit einer Kombination aus Antihistaminikum und Coxib vertretbar.

Korrespondenzadresse:
Prof. Dr. Wolf-Henning Boehncke, M.A.
Klinikum der Johann Wolfgang Goethe-Universität, Zentrum der Dermatologie und Venerologie
Theodor-Stern-Kai 7
60590 Frankfurt am Main
Boehncke@em.uni-frankfurt.de

Antihistaminika-refraktäre Urtikaria

BETTINA WEDI, HANNOVER

Es gibt kaum Evidenz-basierte Daten zur Therapie der Antihistaminika-refraktären Urtikaria. Trotz Dosiserhöhung moderner H1-Antihistaminika auf das bis zu Vierfache (europäischer Konsens, randomisierte kontrollierte Studien hierzu bisher nicht publiziert) bleibt eine Untergruppe von Patienten Antihistaminika-refraktär. Gerade bei der spontanen chronischen Urtikaria und bestimmten physikalischen Urtikariaformen sind Lebensqualität und Arbeits-/Schulfähigkeit z. T. über Jahre bis Jahrzehnte eingeschränkt, so dass therapeutische Alternativen dringend benötigt werden.

Bei Nichtansprechen auf H1-Antihistaminika in erhöhter Dosis sind Alternativen entsprechend ihres Risiko-Nutzen-Profiles individuell auszuwählen. Mit Ausnahme des Ciclosporin A gibt es hierzu keine Evidenz-basierten Daten. Die zusätzliche Gabe von H2-Antihistaminika wird nicht mehr empfohlen.



Prof. Dr. Bettina Wedi

Alte Daten zu Cimetidin in Kombination mit sedierenden H1-Antihistaminika sind widersprüchlich. Daten zur Kombination von H2-Antihistaminika mit modernen H1-Antihistaminika fehlen. Es wird diskutiert, dass der bei einem Teil der älteren Studien beschriebene therapeutische Effekt nur indirekt über eine Konzentrationserhöhung des Erstgenerationsantihistaminikums durch Verstoffwechslung beider Präparate (H1- und H2-Antihistaminikum) über das Cytochrom P450-System bedingt ist und somit bei den jetzt zu bevorzugenden modernen H1-Antihistaminika, die nicht über Cytochrom P450 verstoffwechselt werden, nicht mehr vorliegt. Der Mastzellmembranstabilisator Ketotifen bietet im Vergleich zu modernen H1-Antihistaminika keine Vorteile, aber mehr Nebenwirkungen (Sedierung).

Orale Glukokortikosteroide sollten lediglich kurzfristig (maximal 1–2 Wochen) bei Exazerbationen (schwere Generalisation, starke Angioödem) verordnet werden. Aufgrund der Chronizität kommt es sonst zu unvermeidbaren Nebenwirkungen (z. B. Cushing-Syndrom, Diabetes mellitus, Glaukom, Osteoporose).

Die Therapie bei positivem autologem Serumtest bzw. In-vitro-Nachweis einer Serumaktivität oder direkt von Autoantikörpern gegen den hochaffinen IgE-Rezeptor auf Mastzellen und Basophilen bzw. gegen IgE selbst ist bisher nicht eindeutig geklärt. Möglicherweise eignet sich hier der zusätzlich zu gebende Leukotrienrezeptor-Antagonist Montelukast.

Interessante, derzeit untersuchte Behandlungsoptionen stellen Dapson, (Hydroxy-) Chloroquin und Methotrexat dar. Auch wir haben eigene positive Erfahrungen (Anwendungsbeobachtung) bei Patienten mit positivem autologem Serumtest und Therapie für 6–12 Monate mit (Hydroxy-) Chloroquin (250 mg/d) sowie Diaminodiphenylsulfon (Dapson; 100–150 mg/6 Tage pro Woche) gemacht. Von Chloroquin und Dapson hatten wir vor einigen Jahren hemmende Effekte

auf die In-vitro-Serumaktivität bei Eigenserumtest-positiven Patienten mit chronischer Urtikaria gezeigt.

Inzwischen gibt es weiterhin einige Daten zum Einsatz von Biologicals bei Urtikaria. Während Fallbeschreibungen mit Rituximab (anti-CD20 Antikörper) bei chronischer Urtikaria enttäuschten, zeigte sich Etanercept (TNF- α -Antagonist) bei verzögerter Druckurtikaria erfolgreich. Vielversprechende Ergebnisse wurden in kleinen Fallserien oder Einzelfällen bei chronischer Urtikaria und verschiedenen physikalischen sowie Urtikaria-Sonderformen mit Omalizumab (Anti-IgE-Antikörper) erreicht. Untersuchenswert scheinen auch Medikamente zur Antikoagulation, da kürzlich pathophysiologische Daten Hinweise für eine Aktivierung des Gerinnungssystems bei Urtikaria zeigten. Beim differentialdiagnostisch abzugrenzenden Schnitzler-Syndrom mit nicht juckenden, Urtikaria-ähnlichen Hautveränderungen kann Anakinra (Interleukin-1-Rezeptor-Antagonist) inzwischen als Medikament der 1. Wahl angesehen werden.

Zusammenfassend liegen bisher aus Evidenz-basierter Sicht noch keine ausreichenden Daten zur Therapie der Antihistaminika-refraktären Urtikaria vor. Im Einzelfall können aber aufgrund kasuistischer Daten Off-Label-Alternativen nach sorgfältiger Risiko-Nutzen-Abwägung eingesetzt werden, um die oft durch die Urtikaria nachhaltig und langfristig beeinträchtigte Lebensqualität zu verbessern.

Korrespondenzadresse:

Prof. Dr. Bettina Wedi
Medizinische Hochschule Hannover
Klinik für Dermatologie, Venerologie und Allergologie
Ricklinger Straße 5, 30449 Hannover
wedi.bettina@mh-hannover.de

VERANSTALTUNGSHINWEIS

Donnerstag, 11. September 2008
13.30–15.00 Uhr
Carl-Zeiss-Saal rechts

Symposium Allergopharma Joachim Ganzer KG Die Hochdosis-SIT Voraussetzungen für eine wirksame Therapie

Vorsitz: A. Kapp, Hannover

Programm:

13.30 Uhr

Mechanismen der SIT

Neue Daten zu immunologischen Wirkmechanismen der SCIT und SLIT

J. Saloga, Mainz

14.00 Uhr

Das Potenzial der Hochdosis-SIT

Aktuelle Ergebnisse klinischer Studien

L. Klimek, Wiesbaden

14.40 Uhr

Die Strategie der Hochdosis-SIT

Konsequenzen für den Allergologen

U. Wahn, Berlin

Allergopharma

WILEY-BLACKWELL

HERAUSGEBER UND VERLAG:
WILEY-BLACKWELL
Blackwell Verlag GmbH
A company of John Wiley & Sons, Inc.
Rotherstraße 21, 10245 Berlin
Tel.: 030 / 47 0 31-432
Fax: 030 / 47 0 31-444
medreports@blackwell.de
www.blackwell.de

WISSENSCHAFTLICHE LEITUNG:
Priv.-Doz. Dr. Kirsten Jung
Prof. Dr. Thomas Fuchs

CHEFREDAKTION:
Dr. Beata Dümde (-432)
beata.duemde@wiley.com

REDAKTION:
Bettina Baierl (-431)
bettina.baierl@wiley.com

ANZEIGEN:
Jutta Weber-Pianka (-430)
jutta.weber@wiley.com

VERLAGSREPRÄSENTANTZ:
Rosi Braun
Postfach 13 02 26
64242 Darmstadt
Tel.: 0 61 51 / 5 46 60
Fax: 0 61 51 / 59 56 17
rbraunwerb@aol.com

z.Zt. gültige
Anzeigenpreisliste 22/2008

Einzelpreis: € 7,- zzgl. MwSt.
Abonnement: € 238,- zzgl. MwSt.
(45 Ausgaben jährlich)

Die Beiträge unter der Rubrik „Infodienst“ gehören nicht zum wissenschaftlichen Programm der Veranstaltung. Für ihren Inhalt sind die jeweiligen Autoren, Institutionen oder Unternehmen verantwortlich.

Angaben über Dosierungen und Applikationen sind im Beipackzettel auf ihre Richtigkeit zu überprüfen. Der Verlag übernimmt keine Gewähr.

Nr. 25 | 32. Jahrgang
Berlin, im August 2008

ISSN 0934-3148 (Printversion)
ISSN 1439-0493 (Onlineversion)

INFODIENST INFODIENST INFODIENST INFODIENST INFODIENST INFODIENST INFODIENST INFODIENST INFODIENST INFO

Präseasonale Kurzzeit-Hochdosis-SIT mit Allergoiden

Langzeitwirkung von ALLERGOVIT® jetzt auch bei Erwachsenen eindeutig belegt

Die präseasonale Kurzzeit-Therapie mit einem hypoallergenem 6-Gräserpollen-Allergoid (ALLERGOVIT®) ist wirksam und sicher. Nun wurde für dieses Therapiekonzept auch bei erwachsenen Allergikern eine überzeugende Langzeitwirkung nachgewiesen: Symptome und Medikamenteneinnahme sind auch drei Jahre nach Therapieende nochmals deutlich reduziert, über die Hälfte der Patienten sind nicht mehr Gräser-sensibilisiert und bei fast 70 % wurden Neusensibilisierungen verhindert. Die Daten sind konsistent mit den Langzeitdaten für Kinder, bei denen für das hypoallergene Hochdosis-Allergoid eine anhaltende Wirksamkeit sogar über 12 Jahre nachgewiesen wurde.

Allergoide sind chemisch modifizierte Allergene, bei denen die IgE-bindenden Epitope stark reduziert sind, die für die Desensibilisierung wichtigen antigenen Eigenschaften aber erhalten bleiben. Durch die verringerte IgE-Bindung ist die Allergenität vermindert, weshalb hohe Allergendosen in nur wenigen Injektionen innerhalb kurzer Zeit gegeben werden können. Das hat Vorteile für die Patienten-Compliance und mindert die Kosten.

Drei aktive Behandlungsjahre: Wirksamkeit steigt kontinuierlich an

Wirksamkeit und Sicherheit einer präseasonalen SIT mit einem hypoallergenem 6-Gräserpollen-Allergoid (ALLERGOVIT®) wurde in einer über zwei Jahre laufenden randomisierten, doppelblinden und Placebo-kontrollierten Studie mit einem offen weitergeführten Therapiezyklus im dritten Jahr bestätigt.^{1, 2} Einbezogen waren 154 Patienten mit einer Gräserpollen-Sensibilisierung, die an Rhinokonjunktivitis mit oder ohne Asthma (GINA I oder II) litten. Sie erhielten ALLERGOVIT® jeweils als präseasonale Kurzzeit-Immuntherapie. Insgesamt ergab sich über die drei Jahre eine kontinuierliche und jeweils signifi-

kante Verbesserung des Symptom-Medikationsscores unter dem hypoallergenem 6-Gräserpollen-Allergoid bei guter Verträglichkeit.

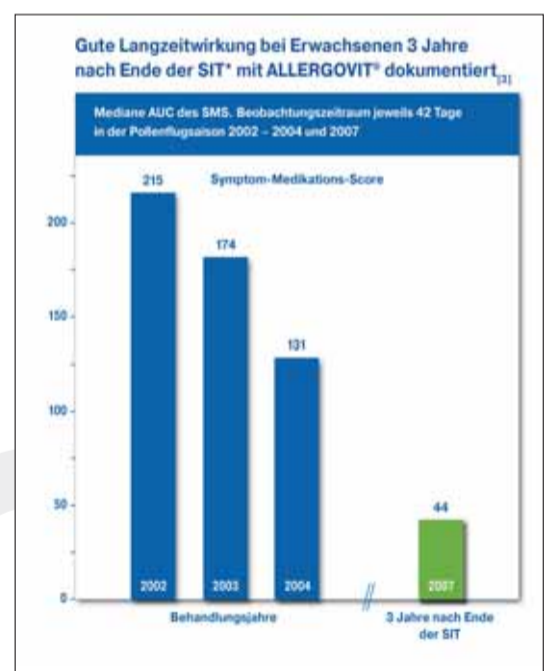
Drei Jahre später: Beschwerden weiter verringert, Sensibilisierungen verschwunden

Die Wirksamkeitsstudien zu ALLERGOVIT® mit drei aktiven Behandlungsjahren liefern eine klare Evidenz für die klinische Effektivität des 6-Gräserpollen-Allergoids und bestätigen die Validität des Konzepts der präseasonalen Kurzzeittherapie mit einer hypoallergenem Hochdosis-SIT. Nun liegen auch Daten zur Langzeitwirkung vor.³

Einbezogen in die prospektive Studie waren 26 Gräserpollenallergiker, die konsekutiv drei präseasonale Kurzzeit-Therapiezyklen mit dem 6-Gräserpollen-Allergoid erhalten hatten (2002 bis 2004). Drei Jahre später wurden die Patienten nochmals während 42 Tagen der Gräserpollen-Saison (2007) untersucht.

Ergebnisse: Der Symptom-Medikationsscore war im Vergleich zum letzten aktiven Behandlungsjahr 2004 in der Pollensaison jetzt nochmals signifikant zurück gegangen (Abb.). 23 %

Abb.: Rückgang des Symptom-Medikationsscores über drei aktive Behandlungsjahre mit ALLERGOVIT® sowie drei Jahre nach Beendigung der Allergoid-SIT, gemessen jeweils über 42 Tage während der Gräserpollensaison (nach Kettner et al.³).



der Patienten waren symptomfrei und benötigten keine symptomatischen Medikamente mehr. Im Median waren bei allen Patienten 39 der 42 Pollenflugtage „well days“, d. h. der Symptomscore war gleich oder kleiner 4 und es brauchten keine Bedarfsmedikamente genommen zu werden. Die Lebensqualität blieb auch drei Jahre nach SIT-Ende stabil auf dem durch die Therapie erreichten hohen Niveau.

Auch die immunologischen Befunde waren erfreulich: 54 % der Probanden zeigten nun keine Reaktion mehr im Gräser-Haut-Pricktest. Die Zahl der Patienten mit Mehrfachsensibilisierungen war deutlich zurückgegangen (58 % in 2002 vs. 35 % in 2007) und 46 % der ehemaligen Patienten hatten nun überhaupt keine Sensibilisierungen mehr. Neusensibilisierungen konnten bei 69 % der Patienten verhindert werden.

Diese Ergebnisse bestätigen die sehr guten Ergebnisse eines 6-Jahres-Langzeiterfolges einer kontrollierten Studie mit ALLERGOVIT® bei Kindern.⁴

Quellen

- Corrigan C et al. Efficacy and safety of preseasonal-specific immunotherapy with an aluminium-adsorbed six-grass pollen allergoid. *Allergy* 2005; 60: 801-807
- Williams A et al. Additional benefit of a third year of specific grass pollen allergoid immunotherapy in patients with seasonal allergic rhinitis. *Eur Ann Allergy Clin Immunol* 2007; 39: 123-126
- Kettner J et al. Preseasonal immunotherapy with a hypoallergenic six-grass pollen allergoid: a three year follow-up in adults. *Allergy* 2008; 63 (Suppl 88): 494
- Eng PA et al. Long-term efficacy of pre-seasonal grass pollen immunotherapy in children. *Allergy* 2002; 57: 306-311

Ausreichende Evidenz liegt demnach vor für die subkutane Immuntherapie (SCIT) bezüglich ihrer klinischen Wirksamkeit für Pollen, Milben und z. T. für Tierepithelien und Pilzsporen. Dies umfasst die Dauer des Therapieerfolges, Vermeidung von Asthma bronchiale (Etagenwechsel), Reduktion der Ausbildung von zusätzlichen Ko-Sensibilisierungen und Verträglichkeit.

Ausreichende Evidenz liegt vor für die sublinguale Immuntherapie (SLIT) bezüglich ihrer klinischen Wirksamkeit und Verträglichkeit für Gräserpollen, bislang nicht ausreichend für Milben, Tierepithelien und Pilzsporen. Fragen bezüglich der Dauer des Therapieerfolges, Vermeidung von Asthma bronchiale (Etagenwechsel) und Reduktion der Ausbildung von zusätzlichen Ko-Sensibilisierungen zum jetzigen Zeitpunkt noch nicht abschließend systematisch beantwortet.

Wirksamkeit der SCIT

Die Dokumentation der klinischen Wirksamkeit der SCIT bei der allergischen Rhinokonjunktivitis stützt sich auf eine Vielzahl plazebokontrollierter Doppelblindstudien, die für saisonale Allergenquellen in einer systematischen Übersicht mit Metaanalyse zusammen gefasst wurden. In diesen Studien wurde eine mittlere Reduktion der Beschwerden/des Medikamentenverbrauchs beim Vergleich von Verum gegenüber Plazebo um ca. 45–60 % beschrieben. Streng genommen sind die Studienergebnisse für die verwendeten Extrakte getrennt zu bewerten, da sie sich Hersteller-abhängig in ihrer Zusammensetzung und Allergenaktivität voneinander unterscheiden.

Die Mehrzahl der ausgewerteten Studien untersucht die Wirksamkeit der spezifischen SCIT bei Pollenallergien. Von diesen Studien wurden die meisten bei Gräser- und Birkenpollenallergien durchgeführt. Eine Verminderung der Symptomatik und/oder des Medikamentenverbrauchs um mindestens 30 % in der behandelten Gruppe gegenüber der Plazebogruppe wurde bei fast allen Studien beobachtet.

Die Datenlage zur Effektivität einer SCIT mit Pollenallergenen in der Therapie des oralen Allergiesyndroms (OAS) ist bisher unzureichend, so dass

Aktuelle Entwicklungen der SCIT und SLIT

LUDGER KLIMEK, WIESBADEN

Die spezifische Immuntherapie (SIT) spielt neben der Allergenkarrenz und der medikamentösen Therapie die entscheidende Rolle bei der Behandlung der allergischen Rhinitis. Die derzeitige gültige S2-Leitlinie der deutschen allergologischen Fachgesellschaften gibt klare Standards für die Durchführung der SIT vor und den derzeitigen wissenschaftlichen Stand der Erkenntnis wieder.

weitere Studien abgewartet werden müssen, bevor hier eine abschließende Bewertung möglich ist. Zum gegenwärtigen Zeitpunkt ist eine SIT aufgrund eines OAS ohne Atemwegs-symptome durch Pollenallergene nicht indiziert.

Die Beurteilung der Wirksamkeit der SCIT bei Hausstaubmilben-Rhinokonjunktivitis basiert auf mehreren Studien. Alle Studien zeigten eine Verminderung der Symptomatik und/oder des Medikamentenverbrauchs um mindestens 30 % in der behandelten Gruppe gegenüber der Plazebogruppe.

Bei Tierepithelallergien konnte eine Wirksamkeit bisher lediglich für Katzenallergenextrakte durch Studien belegt werden. Für andere Tierarten gibt es bislang nur vereinzelte Berichte. Bei Schimmelpilzallergien ist der Nachweis der klinischen Wirksamkeit auf wenige Studien begrenzt (*Alternaria*, *Cladosporium*).

Aktuelle Studien zeigen klinische Effekte einer SCIT mit Inhalationsallergenen bei ausgewählten Patienten mit allergischem atopischen Ekzem/Dermatitis-Syndrom (AEDS). Das atopische Ekzem stellt keine Kontraindikation für eine SCIT bei behandlungsbedürftigen allergischen Atemwegsbeschwerden dar, während es als alleinige Indikation in weiteren Studien geprüft werden sollte.

Die Mehrheit der SCIT-Studien mit positivem Wirknachweis wurde bei Erwachsenen durchgeführt (75 %). Kinder waren nur an sechs Studien beteiligt, so dass der Nachweis eines positiven Effekts der SCIT in dieser besonderen Altersgruppe begrenzt ist. Es ist jedoch eher von höheren als von geringeren Erfolgsquoten im Vergleich zu den Erwachsenen auszugehen.

Die Kurzzeit-SCIT wird mit Allergoiden (mit oder ohne Adjuvans) und nicht modifizierten Allergenen durchgeführt. Je nach verwendetem Extrakt

werden vier bis acht Injektionen seitens der Hersteller vorgeschlagen, wobei aber in Abhängigkeit von der Verträglichkeit Modifikationen möglich sind.

Die Wirksamkeit der Kurzzeit-SCIT ist für die saisonale allergische Rhinokonjunktivitis gut dokumentiert worden und auch immunologische Veränderungen lassen sich nachweisen. Die Kurzzeittherapie sollte zweckmäßigerweise bis zum unmittelbaren Beginn der Pollenflugsaison durchgeführt werden.

Auch für das allergische Asthma bronchiale wurde eine Wirksamkeit der SCIT nachgewiesen

Bei asthmatischen Symptomen durch Hausstaubmilben wurden bei Kindern und Erwachsenen ebenfalls weniger Beschwerden und ein Rückgang des Medikamentenverbrauchs oder eine bessere Verträglichkeit der Allergene im Provokationstest beobachtet.

Aufgrund zahlreicher Studien wird die SCIT beim intermittierenden (Schweregrad 1) und geringgradig persistierenden Asthma bronchiale (Schweregrad 2) empfohlen. Als Begründung dient insbesondere eine mehrfach aktualisierte Metaanalyse der Cochrane Library mit 75 kontrollierten, allerdings methodisch heterogenen Studien: Nach SCIT waren Asthmasymptome, Medikamentenverbrauch und Ausmaß der spezifischen und unspezifischen Hyperreagibilität im Vergleich zu Plazebo reduziert, die Lungenfunktionsparameter jedoch nicht verbessert.

Vor allem junge Patienten mit einer zusätzlichen allergischen Rhinokonjunktivitis, einer Mono- oder Oligosensibilisierung und einem klaren anamnestischen oder durch Provokation gesicherten Bezug von Asthmaschwerden und Allergenkontakt pro-



Prof. Dr. Ludger Klimek

fitieren von einer SCIT. Ältere Patienten mit langjährigem Asthmaverlauf, allergenunabhängigen Beschwerden und geringer Besserung unter antiasthmatischer Therapie profitieren hingegen kaum, sondern stellen Risikopatienten im Hinblick auf unerwünschte Reaktionen dar. Aus Gründen der Sicherheit stellt zudem ein

dauerhaftes bzw. unzureichend behandeltes Asthma bronchiale mit einer FEV₁ (Einsekundenkapazität) unter 70 % des Sollwerts eine Kontraindikation für eine SCIT dar. Die SCIT ist jedoch kein Ersatz für eine ausreichende antiasthmatische Therapie.

In den letzten Jahren wurden diverse innovative Ansätze bei der SCIT entwickelt wie die Cluster- und Rush-SCIT, die rein-präsaisonale SCIT oder die gleichzeitige Gabe von Adjuvantien wie dem Monophosphoryl-Lipid-A (MPL). Rekombinant hergestellte Allergenpräparate werden in Zukunft zum Einsatz kommen, um die klinische Wirksamkeit der SCIT bei einem erhöhten Sicherheitsprofil zu optimieren. Auch die gleichzeitige Gabe des IgE-Antikörpers Omalizumab könnte die SCIT verbessern.

Wirksamkeit der SLIT

In der Zwischenzeit ist es möglich, durch neue und teilweise große kontrollierte Studien die Datenlage zur sublingualen Immuntherapie (SLIT) einerseits besser zu beurteilen, aber andererseits auf Grund heterogener Ergebnisse differenzierter zu bewerten.

Der Umfang der klinischen Dokumentation zeigt abhängig vom Produkt erhebliche Unterschiede. Während für bestimmte Präparate bisher keine randomisierten, kontrollierten Studien publiziert worden sind, stehen für einzelne Präparate und Allergenquellen (z. B. für zwei Gräserpollen-

extrakte in Tablettenform) im Rahmen großer klinischer Entwicklungsprogramme Daten von ca. 4000 Patienten zur Verfügung.

Im Gegensatz dazu liegen für zahlreiche andere Präparate entweder nur sehr wenige oder heterogene Daten vor, wofür neben der verwendeten Dosis und Zusammensetzung der Präparate methodische Gründe verantwortlich gemacht werden.

Bislang existieren sicherlich deutlich weniger Daten zur Immunmodulation durch die SLIT als durch die SCIT. Allerdings wurden in letzter Zeit in mehreren Studien immunologische Wirkungen der SLIT nachgewiesen. So zeigte sich nach Applikation höher dosierter Präparate zur SLIT ein deutlicher IgG4-Anstieg. Zudem scheint eine Modifikation der lokalen Immunantwort zusätzlich an den Mechanismen der SLIT beteiligt.

Prävention von Asthma und Neusensibilisierungen

Studien an Kindern und Jugendlichen zeigen zunehmend den prophylaktischen Wert einer SCIT: Bei allergischer Rhinokonjunktivitis kann die SCIT das Risiko für die Entwicklung von Asthmasymptomen und bronchialer Hyperreagibilität langfristig vermindern. Diese Effekte sind auch sieben Jahre nach Beendigung einer SCIT nachweisbar. Bei Mono- und Oligosensibilisierung kann die Häufigkeit von Neusensibilisierungen reduziert werden. Dieser sekundärpräventive Effekt der SCIT war bis zu zwölf Jahre nach Beendigung der SCIT nachweisbar.

Für die sublinguale Applikationsform fanden sich bislang keine Hinweise auf eine Reduktion der Sensibilisierungsrate. In einer Studie wurde analog zur SCIT eine Reduktion der Erstdiagnose eines Asthmas beschrieben, allerdings limitieren methodische Mängel die Aussage der Studie.

Literatur beim Verfasser

Korrespondenzadresse:
Prof. Dr. Ludger Klimek
Zentrum für Rhinologie und Allergologie
An den Quellen 10
65183 Wiesbaden
ludger.klimek@allergiezentrum.org
www.Allergiezentrum.org

Die spezifische Immuntherapie (SIT) besitzt einen zentralen Stellenwert zur Behandlung IgE-vermittelter Reaktionen und Erkrankungen. Innovationen zur SIT betreffen unterschiedliche Ansatzpunkte, die teilweise bereits präklinisch oder in kontrollierten klinischen Studien erprobt werden.

Innovationen und Trends

- Zusammensetzung/Herstellung der Inhaltsstoffe: rekombinant hergestellte Einzelallergene (z. B. Birken- oder Gräserpollenallergene); synthetische Peptide (Katzenmajorallergen Fel d 1-Peptide); neue Extrakte/Allergenquellen.
- Modifikation/Ergänzung der Präparate: Allergoide von Extrakten Pollen- oder Milbenextrakte; modifizierte Einzelallergene (Faltungsvarianten des Birkenpollen-Majorallergens Bet v 1); Adjuvantien.
- Applikationsformen und Anwendung: subkutan (SCIT); sublingual (SLIT); intronodal (Lymphknoten); Kurzzeit-, Langzeit-, Rush-, Clustertherapie.
- Zukünftige Indikationsgebiete: Atopisches Ekzem; Nahrungsmittelallergie.

Immunologische Toleranz und Antikörperbildung

Für die erfolgreiche Induktion allergenspezifischer Toleranz spielt die

Zukünftige Entwicklung der SIT

JÖRG KLEINE-TEBBE, BERLIN

Dosis (Peakdosis, kumulative Dosis) sowohl bei der SCIT als auch bei der SLIT eine zentrale Rolle. Der Anstieg allergenspezifischer IgG4-Antikörper, obwohl nicht mit dem individuellen klinischen Erfolg assoziiert, gilt als Maß der (systemischen) Immunmodulation und beeinflusst möglicherweise Langzeiteffekt und präventive Eigenschaften der SIT. Studien mit hoch dosierten Präparaten zur SLIT zeigten 10fache, SCIT-Studien mit Allergoiden 100fache und mit rekombinanten Allergenen aus Lieschgraspollen 1000fache Anstiege des spezifischen IgG4.

Im Verlauf einer Immuntherapie ist die routinemäßige Bestimmung von allergenspezifischen IgG4-Antikörpern nicht erforderlich. Dagegen sollte der Parameter im Rahmen von klinischen Studien sorgfältig erfasst werden, um so Hinweise auf eine Immunmodulation durch das Prüfpräparat zu erhalten.

Modifizierte Allergenpräparate

Chemisch modifizierte Allergenextrakte (Allergoide) werden seit langem zur prä-saisonalen und heutzutage auch zur ganzjährigen SCIT eingesetzt. Das Prinzip beruht auf einer Polymerisierung und Konformationsänderung der

Allergene durch Form- oder Glutaraldehyd, ggf. mit vorheriger milder Hydrolyse. IgE-bindende Epitope werden dadurch reduziert, während die tolerogene Immunogenität der Präparate erhalten bleibt.

Laboruntersuchungen zum Vergleich von verschiedenen Allergoiden mit nicht-modifizierten Extrakten sind aufgrund ihres methodischen Designs für die Bewertung von Allergenität und Immunogenität unzureichend. Direkte Vergleichsstudien zur klinischen Wirksamkeit und Sicherheit von nicht-modifizierten Extrakten und Allergoiden wurden bisher nicht publiziert. Daher ist aus wissenschaftlicher Sicht eine gegenüberstellende Bewertung erschwert. Die Entwicklung von immunostimulatorischen DNS-Sequenzen (so genannte CpG-Motive) als Adjuvantien wurde aufgrund widersprüchlicher Ergebnisse eingestellt.

Neue Applikationsformen

Seit geraumer Zeit werden andere Applikationswege zur SIT erprobt und im Praxisalltag angewandt: Präparate zur SLIT, z. T. niedrig dosiert, wurden



Priv.-Doz. Dr. Jörg Kleine-Tebbe

zunächst in überwiegend kleinen und methodisch unzureichenden Studien untersucht. Mittlerweile stehen Produkte mit erheblich höherer Allergenkonzentration in Tabletten- oder Tropfenform zur Verfügung, die überzeugende Effekte in klinischen Studien zeigen konnten und teilweise bereits deutschland- oder

europaweit zugelassen sind. Direkte Vergleichsstudien zwischen SLIT und SCIT wurden nur vereinzelt durchgeführt. Langzeiteffekte und prophylaktische Eigenschaften (weniger Asthmaentwicklung bzw. Neusensibilisierungen) sind für die SLIT noch nicht hinreichend belegt. Nach zahlreichen Studien ohne überzeugende Wirksamkeit bei Kindern wurden Gräserpollenextrakte in Tablettenform zur SLIT mittlerweile mit gutem Erfolg bei Kindern in klinischen Studien geprüft, die in Kürze publiziert werden sollen.

Behördliche Regelungen

Dosisfindungs-, Wirksamkeits- und Sicherheitsstudien sind eine Voraussetzung für die behördliche Zulassung von Präparaten zur SIT und definieren

ihr Nutzen-Risiko-Verhältnis. Für die Wirksamkeit werden unabhängig von der Applikationsform Symptome und Medikamentenverbrauch erfasst; dabei zählen sowohl relative als auch absolute Veränderungen im Vergleich zur Plazebobehandlung. Neue, in der Entwicklung befindliche europäische Richtlinien werden die Bedingungen für klinische Studien zur SIT und die Qualitätsanforderungen an Allergenpräparate verbindlich festlegen und schaffen einen verlässlichen behördlichen Rahmen für neu zu entwickelnde Allergenprodukte.

Zukunftsperspektiven

Die zukünftigen Perspektiven zur SIT sind angesichts der aktuellen allergologisch-immunologischen Entwicklungen außerordentlich vielversprechend. Allerdings ist ihr Erfolg maßgeblich von der klinisch dokumentierten Wirksamkeit und Sicherheit abhängig. Statt generalisierender Aussagen zur SIT werden daher zukünftig produktspezifische Bewertungen ein größeres Gewicht erlangen und Individualrezepturen wahrscheinlich eine geringere Rolle spielen.

Korrespondenzadresse:
Priv.-Doz. Dr. Jörg Kleine-Tebbe
Allergie- und Asthma Zentrum Westend
Spandauer Damm 130, Haus 9
14050 Berlin
kleine-tebbe@allergie-experten.de
www.allergie-experten.de

Im Folgenden werden einige beschrieben. Während in Finnland seit 1998 Schimmelpilze nach Feuchtigkeitsschäden in Innenräumen als häufigste Ursache für beruflich bedingtes Asthma gelten und damit die Rinderhaarallergie von Platz 1 der Hitliste der beruflichen bedingten Allergien verdrängt haben, stellt die Mehlstauballergie (Bäckerasthma) nach wie vor die häufigste Ursache einer beruflich allergischen obstruktiven Atemwegserkrankung in Deutschland und auch in anderen industrialisierten Ländern dar. In den letzten Jahren wurden weitere Weizenproteine als potenzielle Bäckerallergene identifiziert und z. T. auch rekombinant hergestellt.

Dabei handelt es sich um Thioerodoxin (Tri a 25), Weizengliadine, einen Weizen-Serinprotease-Inhibitor und das Lipidtransferprotein (Tri a 14). Letzteres besitzt wohl für Bäcker aus dem mediterranen Bereich Relevanz. Erst durch eine parallele Testung aller identifizierten Weizeneinzelallergene kann ihre Bedeutung für das Bäckerasthma beurteilt werden. Zusätzlich werden auch für Bäcker weitere Allergenquellen wie z. B. Ama-

Neue berufliche Allergene

MONIKA RAULF-HEIMSOTH, BOCHUM

Weit über 250 Stoffe der Arbeitswelt sind in der Lage, verschiedenste Arten von Allergien, u. a. Konjunktivitis, Rhinitis, Asthma und Ekzem, auszulösen. Zu diesen Arbeitsstoffen gehören sowohl hochmolekulare Substanzen wie Getreidestäube, Naturlatex, Holzstäube, diverse Enzyme, Nutz- und Labor-tierproteine, aber auch niedermolekulare Substanzen wie z. B. Isocyanate und Säureanhydride. Aktuell belegen berufsbedingte allergische Erkrankungen Platz 5 der Hitliste der Berufskrankheit in Deutschland. Veränderungen in Arbeitsprozessen, Einführung neuer Technologien und/oder Arbeitsstoffe können zu neuen beruflichen Allergenbelastungen und damit potenziell zu Beschwerden bei exponierten Personen führen. Neben der systematischen Erforschung einiger Berufsallergene wie z. B. Naturlatex und auch Weizenallergene werden die atemwegs- bzw. hautsensibilisierende Wirkungen anderer Arbeitsstoffe z. T. als Einzelfallbericht dokumentiert.

ranth oder auch Lupinenmehl beschrieben und diskutiert.

Auch Holzstäube gelten als atemwegssensibilisierend. Als beruflich relevante Proteinallergene wurden bislang die Klasse I Chitinase aus Abachholz (*Triplochiton scleroxylon*, Trip s 1) identifiziert. Darüber hinaus wurden kürzlich zwei Proteine aus dem Holzstaub der Robinie (Robin-



Priv.-Doz. Dr. Monika Raulf-Heimsoth

nia pseudoacacia L.) mit 27 und 47 kD als Allergene detektiert.

Seit 1998 gilt die Austauschpflicht für gepuderte Latexhandschuhe, d. h. diese sind durch puderfreie, latexallergenarme oder andere geeignete Handschuhe zu ersetzen. Diese rechtsverbindliche Austauschpflicht und das besondere Engagement aller Akteure im

Gesundheitsschutz haben dazu geführt, dass bereits 1999 ein Absinken der gemeldeten Verdachtsanzeigen auf Berufskrankheiten als Folge von Latexallergien mit fortgesetztem Positivtrend zu verzeichnen war.

Obwohl die latexinduzierten allergischen Erkrankungen im Gesundheitswesen durch die Austauschpflicht für gepuderte Latexhandschuhe eindeutig rückläufig sind, wird in der Literatur weiter über Sensibilisierungen in diesen Arbeitsbereich berichtet. Als eine mögliche Ursache gelten Reinigungs- und Desinfektionsmittel. So kann beispielsweise Chlorhexidin eine IgE-vermittelte allergische Reaktion induzieren, die u. a. durch den serologischen Nachweis von spezifischem IgE mittels kommerziellem ImmunoCAP nachweisbar ist.

Insgesamt gilt als oberstes Ziel im Management der berufsbedingten Allergien der Schutz des Beschäftigten vor einer Exposition bzw. Sensibilisierung. Die Primärprävention umfasst daher die exakte Kenntnis der auslösenden Noxe (Allergenidentifizierung und -charakterisierung) und ihre Bestimmung bzw. Quantifizierung, während die Sekundärprävention die

Gesundheitsüberwachung (Früherkennung, Risikobestimmung und Ambient-Monitoring) einschließt. Die dritte Stufe im Präventionskonzept (Tertiärprävention) umfasst die Diagnostik und Behandlung der Erkrankungen ein. Aus diesen Präventionsforderungen ergeben sich damit aktuelle und zukünftige Aufgabenfelder der arbeitsmedizinischen Allergologie der Atemwegserkrankungen. Durch Intensivierung von nationalen und internationalen Forschungsaktivitäten, auch vor dem Hintergrund einer immer komplexer werdenden Arbeitswelt, können bestehende Defizite in diesem Themenkreis abgebaut werden.

Korrespondenzadresse:
Priv.-Doz. Dr. rer. nat. Monika Raulf-Heimsoth
Ruhr-Universität Bochum
BGFA – Forschungsinstitut für Arbeitsmedizin
der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung
Bürkle-De-La-Camp-Platz 1
44789 Bochum
raulf@bgfa.de

Neben der Unverträglichkeit von Histamin und anderen biogenen Aminen gibt es Hinweise auf pseudoallergische Reaktionen, so dass der Begriff Histaminintoleranz zwar ein mehr oder weniger abgegrenztes Krankheitsbild beschreibt, mit großer Wahrscheinlichkeit jedoch nicht eine ausschließliche Unverträglichkeit auf histaminreiche Lebensmittel meint. Pathophysiologisch gibt es Hinweise auf eine unzureichende Enzymaktivität des histaminabbauenden Enzyms Diaminoxidase (DAO). Zurzeit liegen keine validen Daten vor, inwieweit eine DAO-Bestimmung im Serum Aufschluss über eine Histaminintoleranz gibt. Inwieweit die Bestimmung des Histamingehaltes im Vollblut eine Aussage über eine vorliegende Intoleranz gibt, ist ebenfalls nicht abschließend geklärt. Eine ausführliche Anamnese eines erfahrenen Mediziners oder Ernährungstherapeuten, so wie ein gut geführtes Ernährungs-Symptomprotokoll kann, nach differenzialdiagnostischem Ausschluss

Histaminintoleranz aus diätetischer Sicht

ANNE KAMP, NEUENKIRCHEN

Die steigende Popularität der Histaminintoleranz (HIT) erfordert aus medizinischer wie auch ernährungstherapeutischer Sicht eine differenzierte Stellungnahme. Zahlreiche Veröffentlichungen verunsichern Mediziner wie auch Ernährungsfachkräfte und lassen immer mehr Patienten glauben, unter einer Histaminintoleranz zu leiden.

anderer Erkrankungen/Unverträglichkeiten, erste Hinweise auf eine Histaminintoleranz geben. Erst nach Eliminierung entsprechender Lebensmittel sowie anschließender wiederholter Reexposition kann der Verdacht einer Intoleranz erhärtet werden.

Da es sich um eine mengenabhängige Unverträglichkeit handelt, sollte nach einer ersten strengen Karenz eine langsame Wiedereinführung moderater Mengen an biogenen Aminen und potentiellen Pseudoallergenen erfolgen. Geringe Mengen sind häufig problemlos verträglich. Zahlreiche Hin-



Dipl. oec. troph. Anne Kamp

weise lassen vermuten, dass Frauen zyklusabhängig deutlich ausgeprägtere Reaktionen auf „verdächtige“ Lebensmittel zeigen, gegebenenfalls sogar nur ausschließlich in diesem Zeitraum reagieren.

Der Histamingehalt eines Lebensmittels variiert sehr stark und ist im Wesentlichen von der Lagerung, Zubereitung oder Verarbeitung abhängig. Dadurch ist es ernährungstherapeutisch nicht möglich, ausschließlich mit Listen (Histamingehalt in Lebensmitteln) zu arbeiten. Vielmehr sollte zu Beginn einer Ernährungsumstellung auf alle verdächtigen

Lebensmittel verzichtet werden, um dann im zweiten Schritt die individuelle Toleranzgrenze kennenzulernen.

Erste Untersuchungen deuten auf eine Beschwerdelinderung unter Supplementierung mit Diaminoxidase vor dem Verzehr histaminreicher Speisen hin. Um eine sichere Aussage zu treffen, sind weitere Studien sinnvoll.

Das Beschwerdebild zeigt sich häufig als multiple Symptomatik, wobei vorrangig folgende Symptome bei einer HIT beobachtet werden:

- Abdominalbeschwerden,
- Kopfschmerzen,
- Übelkeit,
- Hypotonie und
- Rhinitis.

Zu den am häufigsten unverträglichen Lebensmitteln gehören:

- Rotwein,
- reifer Käse,
- geräucherte Dauerwurstwaren,
- konservierter Fisch,
- Schokolade und
- Tomatenkonzentrate.

Ebenfalls auffällig ist die schlechte Verträglichkeit von Fertig- und Halbfertigprodukten, die mit einer nicht-allergischen Hypersensitivität (Pseudoallergie) auf Zusatzstoffe, hier vor allem Geschmacksverstärker, verbunden sein kann.

Bei vielen Patienten findet sich neben einer HIT auch eine Kohlenhydratmalassimilation. Inwieweit hier pathophysiologisch ein kausaler Zusammenhang besteht, ist derzeit nicht geklärt.

Korrespondenzadresse:
Dipl. oec. troph. Anne Kamp
Praxis für Ernährungsberatung
Schützenstraße 30, 48485 Neuenkirchen
anne.kamp@gmx.net

INFODIENSTINFODIENSTINFODIENSTINFODIENSTINFODIENSTINFODIENSTINFODIENSTINFODIENSTINFODIENSTINFODIENSTINFODIENSTINFODIENSTINFODIENST

Allergologische Labordiagnostik

Atopische Erkrankungen des Soforttyps sind durch das Auftreten messbarer Konzentrationen Allergen-spezifischer IgE-Antikörper (sIgE) gekennzeichnet, die sich gegen verschiedenste Substanzen aus unserer Umwelt wie Milben, Pollen, Haus- und Nutztiere sowie Nahrungsmittel richten. Mit zunehmender Prävalenz allergischer Erkrankungen sind die Anforderungen an eine sensitive und spezifische Allergiediagnostik, deren wesentliches Ziel die Identifikation der auslösenden Allergene ist, weiter gestiegen.

Der Nachweis von sIgE ist neben Anamnese und Hauttests unverzichtbarer Bestandteil der allergologischen Stufendiagnostik und fest in den Leitlinien der Fachgesellschaften DGAKI¹ und ADA² verankert.

Bei Jugendlichen und Erwachsenen ist die sIgE-Bestimmung zur Differenzialdiagnostik etabliert. Für die allergologische Frühdiagnostik im Kleinkind-Alter bis zu fünf Jahren reichen die analytischen Charakteristika bekannter Festphasensysteme zum sIgE-

Nachweis jedoch nicht aus, um eine frühe Sensibilisierung sicher zu erkennen. Unabhängige Studien zeigen, dass 0,35 kU/l sIgE als untere Nachweisgrenze völlig unzureichend sind. Das Immunsystem kennt keine interne Schwelle, sondern reagiert mit geringsten Spuren spezifischer Antikörper, deren Konzentration im Krankheitsverlauf stetig zunimmt. Die Allergiker-Karriere, der „Allergy March“, kann dann bis zum allergischen Asthma bronchiale eskalieren.

Eine allergische Sensibilisierung ist frühzeitig nachzuweisen, ihre klinische Relevanz zu erkennen und weiter zu verfolgen.

Im Säuglingsalter können gastrointestinale Beschwerden oder Hautreaktionen erste Hinweise auf eine drohende Allergiker-Karriere sein. Der frühe Nachweis einer spezifischen Sensibilisierung kann ein effektives Disease-Management und gezieltes Monitoring der Erkrankung unterstützen.

Zahlreiche Studien verdeutlichen die Brisanz: allergische Mechanismen sind in ca. 80 % der Fälle von kindlichem Asthma sowie bei 40–50 % der asthmatischen Erwachsenen von Bedeutung.

Für Hühnereiweiß sowie Milben- und Katzenallergene konnten Sasai³ und Custovic⁴ zeigen, dass der Nachweis einer frühen Sensibilisierung im

Kindesalter die Vorhersage für spätere Lebensabschnitte erlaubt. Beide Autoren kommen zu dem Ergebnis, dass bereits sIgE ab 0,2 kU/l eine Sensibilisierung eindeutig indiziert und als prädiktiver Marker geeignet und sinnvoll ist.

Eine allergische Sensibilisierung ist also frühzeitig nachzuweisen, ihre klinische Relevanz zu erkennen und weiter zu verfolgen.

Während sich Festphasen-Tests zum sIgE-Nachweis nur eingeschränkt für Messungen im Konzentrationsbereich unter 0,35 kU/l eignen, erfüllt die IMMULITE 3gAllergy Testsysteme von Siemens Healthcare Diagnostics perfekt die Forderungen für eine allergologische Frühdiagnostik. Sensitivität, Spezifität und Automationsgrad sowie die Option zur Integration in Laborautomationssysteme entsprechen allen Anforderungen an moderne Laborsysteme. Zusätzlich können mit IMMULITE alle immunologischen Laborparameter, von der Allergie bis zu Zytokinen, auf einem System konsolidiert werden. Bei nur einer Stunde Inkubationszeit steigert IMMULITE 3gAllergy die Effizienz im Labor deutlich.

Für Assaysysteme, die Zellulose als Allergenträger verwenden, dokumentieren Studien noch immer eine mangelnde Spezifität zur exakten Charakterisierung des verantwortlichen Allergens. Als limitierende Faktoren wurden u. a. die unspezifische Bindung von IgE⁵ an Zellulose sowie

Reaktionen mit Kohlenhydrat-Seitenketten (CCDs) identifiziert. Die ubiquitären CCD gelten als klinisch nicht relevant und täuschen bei 10–15 % der Graspollen-Allergiker eine Sensibilisierung gegen pflanzliche Nahrungsmittel vor. Sie können zu Fehldiagnosen, verbunden mit unnötigen und belastenden Diättempfehlungen⁶, führen.

Die hohe Sensitivität von 0,1 kU/l und seine Spezifität prädestinieren das IMMULITE 3gAllergy System zur Früherkennung einer beginnenden Sensibilisierung. Die optimierte Allergenkopplung an die völlig inerte Flüssigphase eliminiert Interferenzen durch hohes Gesamt-IgE wirkungsvoll und der Erhalt der natürlichen Konformation präsentiert die Epitope optimal. Damit werden Unspezifitäten reduziert bzw. vermieden und unplausible Testergebnisse verhindert.

Die in Studien belegte, hohe Spezifität unterstützt die gezielte Suche nach dem auslösenden Allergen und führt zur richtigen Diagnose bei Patienten jeden Alters⁷.

Literatur

- 1 Renz H et al.: Allergo J 2002; 11: 492-506
- 2 Kersten W et al.: Allergo J 2000; 9: 21-24
- 3 Sasai K et al.: J Pediatr. 1996; 128: 834-840
- 4 Custovic A: AAAAI San Francisco 2004
- 5 van Toorenbergen AW et al.: Intl. Arch Allergy Appl Immunol 1987; 83(4): 436-9
- 6 Guilloux L et al.: AAAAI Miami 2006, poster no 131
- 7 Ollert M et al.: Clinal Chemistry 2005; 51; 7: 1241-1249

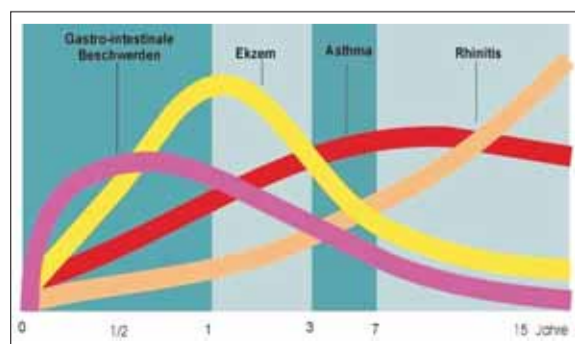


Abb. 1: Symptomfolge in der Allergiker-Karriere.



Abb. 2: Das IMMULITE 3gAllergy System von Siemens Healthcare Diagnostics.

Das Thema Anaphylaxie erfährt zurzeit eine gesteigerte Aufmerksamkeit. Nehmen anaphylaktische Reaktionen zu?

Dr. Friedrichs: Ja, es scheint eine tatsächliche Zunahme anaphylaktischer Reaktionen weltweit zu geben. Die einfachste Erklärung hierfür ist natürlich, dass atopische Erkrankungen in den letzten Jahrzehnten zugenommen haben. Die Lebenszeitprävalenz in der Gesamtbevölkerung westlicher Industrienationen wird mit 0,05–2 % angegeben. Im Kindesalter scheint sie niedriger zu sein. Man rechnet insgesamt mit 1 bis 3 Todesfällen pro 1 Million Einwohner jährlich. Die Häufigkeit von Anaphylaxien ist aber nicht nur in Deutschland unzureichend dokumentiert. Zur standardisierten Erfassung anaphylaktischer Reaktionen wurde daher unter Vorsitz von Frau Prof. Dr. Margitta Worm, Berlin, durch den Verein NORA (Network for Online-Registration of Anaphylaxis e.V.) ein bundesweites Anaphylaxie-Register (www.anaphylaxie.net) geschaffen. Hierdurch sollen in Zukunft neue Forschungsvorhaben und Projekte rund um das Thema Anaphylaxie vereinfacht werden.

Was löst anaphylaktische Reaktionen aus?

Dr. Friedrichs: Bei den Auslösern im Kindesalter stehen Nahrungsmittel und hier insbesondere Erd- und Baumnüsse im Vordergrund. Medikamentenallergien und Insektengiftallergien spielen bei Erwachsenen eine größere Rolle. Schließlich kann es im Rahmen der spezifischen Immuntherapie zu einer anaphylaktischen Reaktion kommen. Dies trifft aber sicherlich auch auf andere medikamentöse oder diagnostische Maßnahmen zu, die ärztlicherseits erfolgen.

Welche Fortbildungsangebote für Ärzte gibt es?

Dr. Friedrichs: Da das Thema an Bedeutung gewinnt, ist es erforder-

Anaphylaxie – Patientenschulungsprogramme

INTERVIEW MIT DR. FRANK FRIEDRICHS, AACHEN

lich, dass sich alle Ärzte hiermit befassen. Auch weil gerade im Kindesalter viele Ereignisse im häuslichen Umfeld, also außerhalb unseres unmittelbaren Zugriffsbereichs, auftreten, ist eine gründliche Schulung der Patienten bzw. Angehörigen unbedingt erforderlich. Kürzlich sind eine europäische EAACI-Leitlinie (www.eaaci.org) und eine deutsche Leitlinie (www.gpau.de) der drei allergologischen Verbände, die diesen Kongress ausrichten, erschienen. Auf europäischer Ebene befasst sich eine Arbeitsgruppe (GAIN – Ga²len Initiative on Anaphylaxis) um Frau Dr. Kirsten

Beyer, Berlin, intensiv mit der Erstellung eines europäischen Anaphylaxie-Registers und der Erstellung von Schulungsmaterialien. Ein Poster „Anaphylaxie-Management“, das übersetzt in möglichst vielen europäischen Sprachen, in allen Notfallambulanzen hängen soll, ist fast fertig. Es wird einen Internetauftritt geben (CME), der der Fortbildung interessierter Kollegen anhand von Fallbeispielen dienen wird.



Dr. Frank Friedrichs

Wie gelangt diese Information an den Patienten bzw. seine Familie?

Dr. Friedrichs: Zunächst einmal ist es wichtig zu betonen, dass Schulung von Patienten und Angehörige offensichtlich den besten Schutz vor erneuten anaphylaktischen Reaktionen bewirkt. Eine vor kurzem publizierte Studie aus England bestätigt dies (Clark, A. T. JACI 2008). ADA, DAAB, DGAKI und GPA haben, angeleitet und realisiert durch pina e. V. (Präventions- und Informationsnetzwerk Allergie und Asthma e. V.) in großer Auflage einen Anaphylaxie-Pass erstellt, der interessierten Ärzten über die genannten Institutionen zur Verfügung gestellt wird. Hierin sind bereits konkrete Vorgehensweisen für den Fall einer wiederholten Reaktion erläutert.

Seit zwei Jahren gibt es unter der Leitung von Prof. Dr. Dr. Johannes Ring, München, eine Arbeitsgruppe AGATE (AG Anaphylaxis – training & education), in der sich neben den oben genannten Fachgesellschaften, die Patientenvereinigung DAAB, NORA e. V., Ernährungsberater, Notfallmediziner, Psychologen, u. a. zusammengeschlossen haben.

Die AG AGATE erstellt zurzeit ein umfangreiches Trainermanual und Schulungsfolien zum Thema Anaphylaxie. Pilotstudien haben bereits in Aachen (Kinderarztpraxis laurenberg), Berlin (Charité) und München (TU und LMU) stattgefunden. Erste Verhandlungen mit den Krankenkassen wurden aufgenommen. Es wird eine Studie zur Wirksamkeit dieser Anaphylaxie-Schulungen für Erwachsene bzw. betroffene Familien geben.



Wie sind Ihre Erfahrungen mit der Schulung?

Dr. Friedrichs: Wir haben als kinderallergologische Schwerpunktpraxis bereits 2003 mit Elternseminaren zum Thema Erdnuss- und Baumnussallergien begonnen. Der Wunsch der Eltern nach qualifizierter Beratung und Schulung über Anaphylaxie, hier speziell Nussallergien, ist sehr groß. Wir informieren über die möglichen Ursachen der Zunahme der Nussallergien, die (fehlenden) Behandlungsmöglichkeiten, den Ablauf einer anaphylaktischen Reaktion bei Diätfehlern und die Notfalltherapie (mit praktischen Übungen). Anschließend erfahren die Eltern von einer Ernährungsberaterin Wichtiges über „nussfreie Einkaufs“ und Deklarationspflicht. Zuletzt schließt sich eine sehr wichtige Gesprächsrunde mit unserer Psychologin an. Anaphylaxien lösen Ängste bei den Betroffenen aus und diese Angst können wir leider nicht vollständig nehmen.

Vielen Dank.

Korrespondenzadresse:

Dr. Frank Friedrichs
Kinderarztpraxis laurenberg
Rathausstraße 10
52072 Aachen
Friedrichs@kinderarztpraxis-laurenberg.de

Der erste und nach wie vor wichtigste Schritt zur Diagnose ist immer noch – auch im Zeitalter modernster Labordiagnostik und bildgebender Verfahren – die sorgfältige Anamnese. Allergische Erkrankungen in der Eigen- und Familienanamnese (Vater, Mutter, Geschwister) lassen bei Atembeschwerden eine allergische Genese wahrscheinlich werden und gegen andere Ursachen abgrenzen. Weitere Hinweise aus der Anamnese, wie der Zusammenhang der Symptome mit äußeren Umständen, Aufenthaltsort, Tages- und Jahreszeit, Nahrungs- und Genussmitteln sind hilfreich bei der Suche möglicher Allergene.

Ist anhand der Anamnese eine allergische Ursache denkbar oder gibt es bei fehlenden Hinweisen stichhaltige klinische Gründe, besteht der nächste diagnostische Schritt im Nachweis spezifischer IgE-Antikörper im Serum oder im Haut-Pricktest. Ein positiver Test weist aber zunächst lediglich auf eine Sensibilisierung hin und ist nicht gleichbedeutend mit einer Allergie. Für die exakte Diagnose „Allergie“ muss ein Zusammenhang zwischen Allergen und Krankheitssymptomen gefordert werden, entweder durch

Differenzialdiagnose von Atembeschwerden bei allergischen Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter

WOLFGANG LÄSSIG, HALLE

Atembeschwerden im Kindes- und Jugendalter können sehr verschiedene Ursachen haben. Neben angeborenen Störungen, die sich in der Regel in den ersten Lebensjahren manifestieren, spielen Infektionen sicherlich die größte Rolle. Kaum seltener und dazu noch mit steigender Tendenz muss auch mit allergischen Ursachen gerechnet werden. Nicht zu vergessen sind Atembeschwerden mit psychogenem Hintergrund, die sich aber eher bei älteren Kindern und Jugendlichen zeigen. Tabelle 1 gibt einen Überblick über allergisch bedingte Atembeschwerden.

verlässliche anamnestische Hinweise, eine eindeutige Klinik oder Provokationstests. Erfahrungsgemäß werden immer wieder klinisch nicht relevante Sensibilisierungen zur „Allergie“ hochstilisiert und einschneidend (Karenz, SIT) behandelt! Anzumerken ist jedoch, dass mit zunehmender Quaddelgröße im Pricktest oder Höhe des spezifischen IgE die Wahrscheinlichkeit einer relevanten Allergie steigt.

Differenzialdiagnostische Überlegungen

Bei Atembeschwerden ist sicherlich zunächst an Lunge und Atemwege zu

denken. In die differenzialdiagnostischen Überlegungen sind aber auch die oberen Luftwege von Nase über Mund- und Rachenraum bis zur Epiglottis einzubeziehen. Die Schleimhaut in diesem Bereich kann im Rahmen einer Allergie mit Schwellung oder Ödem reagieren und mehr oder weniger starke Atembeschwerden auslösen. So wird oftmals bereits eine allergische Rhinitis – vor allem die chronisch blockierte Nase (Hausstaubmilbenallergie) – als Atembehinderung empfunden.

Als häufigste Ursache allergisch bedingter Atembeschwerden muss aber das allergische Asthma bronchiale genannt werden. In der täglichen Routine ist vor allem die Abgrenzung



Dr. Wolfgang Lässig

zu infektiösen Atemwegserkrankungen wichtig. Nicht selten wird ein Asthma über längere Zeiträume als „rezidivierende Bronchitis“, möglicherweise sogar antibiotisch behandelt. Welche Symptome eher an ein Asthma denken lassen sollten, sind in Tabelle 2 aufgelistet.

Die obstruktive Bronchitis des Säuglings oder Kleinkindes ist in der Regel virusbedingt, wobei aber ca. ein Drittel der Kinder später ein Asthma bronchiale entwickelt. Die Übergänge sind fließend. Es sollte somit auch an allergische Ursachen gedacht werden (Screening spezifisches IgE, v. a. Milbe, Katze).

Das orale Allergiesyndrom (OAS), bedingt durch eine Kreuzallergie (z. B.

Baumnüsse, Kernobst bei Birkenpollenallergie), kann ebenfalls zu Atembeschwerden führen, wobei es in der Regel zu Schwellungen und Juckreiz in Mund und Rachen kommt, aber wohl sehr selten zu bedrohlicher Luftnot.

Nahrungsmittelallergien werden vom Patienten weit häufiger als Ursache vermutet, als sie wirklich sicher zu diagnostizieren sind. Auch sie können Atembeschwerden auslösen, aber ebenfalls seltener als angeschuldigt.

Noch seltener sind im Arztalltag bei Kindern die exogen allergische Alveolitis und die allergische bronchopulmonale Aspergillose zu beobachten. Unspezifische Symptome wie Anstrengungsdyspnoe, Leistungsknick und trockener Husten lassen an eine exogene allergische Alveolitis denken. Hilfreich bei der Abgrenzung zum Asthma ist das Auftreten der Dyspnoe sofort zu Beginn der Belastung, im Gegensatz zum Asthma bronchiale, bei dem diese mit einer Latenz von 5–10 min eintritt. Die bronchopulmonale Aspergillose kommt vorwiegend bei Patienten mit zystischer Fibrose vor, ist somit kein Problem der Routine-Praxis.

Schließlich gehen anaphylaktische Reaktionen (u. a. Nahrungsmittel, Bienen- oder Wespengift, Latex, Arzneimittel oder auch spezifische Immuntherapie) häufig mit Atembeschwerden einher. Diese komplexe Notfallsituation macht aber in der Regel kaum differenzialdiagnostische, sondern eher therapeutische Probleme.

Korrespondenzadresse:

Dr. Wolfgang Lässig
Krankenhaus St. Elisabeth und St. Barbara
Kinderklinik
Mauerstraße 5, 06110 Halle (Saale)
w.laessig@krankenhaus-halle-saale.de

Tab. 1: Allergisch bedingte Atembeschwerden bei Kindern und Jugendlichen.

Nase	Allergische Rhinitis
Mund/Rachen/Larynx	Orales Allergiesyndrom, Zungengrund- und Larynxödem
Bronchien/Lunge	Asthma bronchiale, obstruktive Bronchitis (Kleinkindasthma), exogen-allergische Alveolitis, allergische bronchopulmonale Aspergillose
Nahrungsmittel	Rhinokonjunktivitis, bronchiale Obstruktion, Zungengrundödem, Larynxödem
Anaphylaktische Reaktionen	Bei Allergien auf Nahrungsmittel, Insektengifte, Latex, Medikamente u. a. und Komplikationen bei spezifischer Immuntherapie

Tab. 2: Hinweise auf ein allergisches Asthma bronchiale.

- Atopische Erkrankungen in Familien- oder Eigenanamnese
- Symptome (z. B. trockener Husten) ohne Infekt (Fieber!)
- Alter > (4) 5 Jahre
- Nächtlicher Husten
- Abhängigkeit von Jahreszeit oder Aufenthaltsort
- Atemnot bei körperlicher Belastung

Grundlage dieser Kennzeichnungspflicht von Zutaten, die allergische oder andere Unverträglichkeitsreaktionen auslösen können, ist die Richtlinie 2007/68/EG, die im Anhang IIIa eine Liste von Lebensmitteln enthält, die immer auf dem Etikett angegeben werden müssen, auch wenn kleinste Mengen davon als Zutat verwendet wurden. Zahlreiche Ausnahmen von der Kennzeichnungspflicht wurden abgeschafft. Der 31. 5. 2009 wird der letzte Tag sein, an dem noch Ware nach „alter“ Etikettierungsrichtlinie in den Handel gebracht werden darf. Ab dann sind keine Ausnahmen bezüglich der Allergenkennzeichnung für die 14 unten aufgeführten allergieauslösenden Produktgruppen mehr zulässig, außer den explizit in der Richtlinie formulierten hochverarbeiteten Lebensmittelzutaten (Tab.).

Durch diese gesetzlichen Vorgaben hat generell eine Kennzeichnung der 13 Hauptallergene und Sulfid auf verpackter Ware zu erfolgen, sofern deren Verwendung – unabhängig von der verwendeten Menge – rezepturbedingt, also beabsichtigt, erfolgt.

Neues Recht – neue Probleme

Gewürze und Kräuter, die auch als Allergene wirken können, wie Sonnenblumenkerne, Kümmel, Zimt oder Pfeffer unterliegen einer deutlich besseren Kennzeichnungspflicht als vorher. Trotzdem ist es bei diesen beiden und drei weiteren Produktgruppen zulässig, dass die Bestandteile nicht einzeln aufgelistet werden, vorausge-

ALLERGENKENNZEICHNUNG 2008:

Praxistransfer in die tägliche Beratung

CHRISTIANE SCHÄFER, HAMBURG

Die neue „Allergenkennzeichnung“ stellt für Lebensmittelallergiker eine erste Erleichterung bei der Auswahl geeigneter Lebensmittel dar. Seit November 2005 und Ergänzung in 2007 existieren rechtlich bindende nationale und europäische Vorschriften zur spezifischen Kennzeichnung von Allergenen bzw. Unverträglichkeit auslösenden Stoffen in Lebensmittel für verpackte Ware.

setzt ihr Anteil beträgt im Lebensmittel weniger als 2 % und sie enthalten keines der 14 Hauptallergene.

Menschen, die hochgradig mit schweren Symptomen auf kleinste Spuren der kennzeichnungspflichtigen Allergene reagieren, müssen auch in Zukunft das Gespräch mit dem Hersteller suchen, da das Problem des „carry-over/cross-over“ derzeit nur unzufriedenstellend gelöst ist. In aktuellen Untersuchungen von 2007 waren nicht deklarierte Allergene in verpackter Ware vornehmlich auf unbeabsichtigte Verunreinigungen von verwendeten Rohstoffen, Gerätschaften oder Stäuben zurückzuführen. Die entsprechende Ausrichtung von Produktionsabläufen, spezielle Reinigungspläne in den Herstellungs- und Verpackungsbetrieben und/oder Änderungen von Rezepturen sollen hier in Zukunft eine Verbesserung erzielen. Da klare Grenzwerte – wie beispielhaft für die Verwendung des Begriffs „glutenfrei“ vorhanden – für die anderen Unverträglichkeit auslösenden Stoffe nicht existieren, ist eine einheitliche Beurteilung zurzeit nur die so genannte „Nulltoleranz“. Dies

ist sowohl aus Hersteller- als auch aus Sicht einer geeigneten Nachweismethode wenig hilfreich bzw. realistisch. Hersteller gehen aus Produkthaftungsgründen daher zurzeit verschiedene Wege, um mit dieser Problematik umzugehen. So werden Warnhinweise unterschiedlichster Aussagequalität auf der Ware vermerkt:

- „kann Spuren von ... enthalten“
- „Spuren von ...“
- „im Betrieb werden auch ... verarbeitet“
- „aufgrund unseres Herstellungsprozesses können Spuren von ... nicht ausgeschlossen sein“.

Solche Warnhinweise führen in den meisten Fällen zu einer deutlichen Irritation der Verbraucher. Heißen diese Hinweise doch im Klartext, dass das Produkt das genannte Allergen enthalten könnte, es aber nicht muss. Allerdings kann der Verbraucher sich auch nicht darauf verlassen, dass das Produkt keine unbeabsichtigten



Dipl. oec. troph. Christiane Schäfer

Verunreinigungen enthält, wenn der Hinweis fehlt. Für viele Allergene ist allerdings noch nicht bekannt, welche Menge eines Allergens eine Unverträglichkeit auslöst. Solange aber klare Beurteilungskriterien und/oder Grenzwerte für unbeabsichtigte Verunreinigungen fehlen, die produktionstechnisch nicht immer sicher auszuschließen sind, bleibt der Schutz des Allergikers noch lückenhaft. Der Informationsgewinn der neuen Allergenkennzeichnung wird durch die „Spurenproblematik“ für den Verbraucher deutlich relativiert, auch wenn nur eine kleine Gruppe von Allergikern auf minimale Spuren reagiert.

Zudem hat es im Zuge dieser neuen Deklarationspflicht enorme Änderungen von Rezepturen gegeben. Das Marktangebot ist dadurch derzeit in einem großen Wandel, „alte“ Allergene (Sellerie) werden weniger häufig verwendet, „neue“ durchaus potente, aber

eben derzeit noch nicht kennzeichnungspflichtige Allergene (Erbsenfaser) kommen hinzu. Besonders Patienten mit einer pollenassoziierten Nahrungsmittelallergie bedürfen hier in Zukunft verstärkt der akkuraten Aufklärung.

Dass zusätzlich die noch am Markt nach alter Kennzeichnung etikettierte Ware bis zum Ablauf des Mindesthaltbarkeitsdatums unbefristet abverkauft wird, erschwert den täglichen Einkauf.

Da die Allergenkennzeichnung nur für verpackte Ware gilt, gestaltet sich der Außer-Haus-Verzehr für Patienten weiterhin schwierig – auch hier bleibt die gute Vorabinformation des Patienten unerlässlich.

Somit wird deutlich, dass der Patient mit einer Nahrungsmittelunverträglichkeit derzeit mehr denn je, der interdisziplinären Betreuung durch den versierten Allergologen und der allergologisch tätigen Ernährungsfachkraft bedarf. Das mittlerweile umfangreiche vorhandene Wissen in den verschiedenen Bereichen der Allergologie, Lebensmitteltechnologie und Ernährungswissenschaft kann nur im Team patiententauglich und effizient umgesetzt werden.

Korrespondenzadresse:
Dipl. oec. troph. Christiane Schäfer
Ernährungstherapie
Allergologische Schwerpunktpraxis
Colonnaden 72
20354 Hamburg
ernaehrung@allergopraxis.de

Tab.: Folgende Zutaten und Stoffe, die aus diesen Lebensmitteln gewonnen werden, unterliegen der aktuellen Deklarationspflicht im Sinne der „Allergenkennzeichnung“.

1. Glutenhaltige Getreide (Weizen, Roggen, Dinkel, Hafer, Gerste, Kamut oder deren Hybridstämme) und daraus gewonnene Erzeugnisse
2. Krebstiere und daraus gewonnene Erzeugnisse
3. Eier und daraus gewonnene Erzeugnisse
4. Fisch und daraus gewonnene Erzeugnisse
5. Erdnüsse und daraus gewonnene Erzeugnisse
6. Soja und daraus gewonnene Erzeugnisse
7. Milch und daraus gewonnene Erzeugnisse (einschließlich Laktose)
8. Schalenfrüchte, d. h. Cashewnuss, Haselnuss, Macadamianuss und Queenslandnuss, Mandel, Paranuss, Pecannuss, Pistazie, Walnuss sowie daraus hergestellte Erzeugnisse
9. Sellerie und daraus gewonnene Erzeugnisse
10. Senf und daraus gewonnene Erzeugnisse
11. Sesamsamen und daraus gewonnene Erzeugnisse
12. Lupinen und daraus gewonnene Erzeugnisse
13. Weichtiere und daraus gewonnene Erzeugnisse
14. Schwefeldioxid und Sulfite (bei einer Konzentration von mehr als 10 mg/kg oder Liter)

Spezifische Immuntherapie bei Atopischem Ekzem

THOMAS HIRSCH, GREIFSWALD

Die spezifische Immuntherapie (SIT) ist eine evidenzbasierte Therapie bei allergischem Asthma bronchiale und Rhinokonjunktivitis. Auch beim Atopischen Ekzem (AE) sind Aeroallergene von Pollen, Milben und Tieren in manchen Fällen Provokationsfaktoren bei der Entstehung und Unterhaltung der Krankheit. Bis vor wenigen Jahren galt diese Therapie beim AE jedoch wegen des vermeintlichen Risikos von schweren Ekzem-Exazerbationen als kontraindiziert. Diese Annahme beruhte jedoch auf Einzelfallbeobachtungen. Die Frage „Ist die SIT auch beim AE wirksam und welche unerwünschten Wirkungen gibt es?“ wurde in jüngerer Zeit neu aufgeworfen und systematischer untersucht. In einem systematischen Review wurden kontrollierte Studien zu Wirksamkeit und unerwünschten Wirkungen der SIT beim AE analysiert.



Priv.-Doz. Dr. Thomas Hirsch

Die Ergebnisse des Reviews zeigen, dass einige kleinerer Studien mit Hausstaubmilben- und Gräserpollen- sowie Latextrakten für einen Nutzen der SIT auch beim AE sprechen.

Die bisherige negative Bewertung der SIT beim AE muss vermutlich relativiert werden. Bevor die Therapie jedoch in der klinischen Routine eingesetzt werden kann, sind weitere kontrollierte Studien mit größeren und besser definierten Patientengruppen erforderlich.

Korrespondenzadresse:
Priv.-Doz. Dr. Thomas Hirsch
Sana-Krankenhaus Rügen GmbH
Akademisches Lehrkrankenhaus der Ernst-Moritz-Arndt-Universität Greifswald
Calandstraße 7–8
18528 Bergen auf Rügen
thhirsch@sana-ruegen.de

3. Gemeinsamer Deutscher Allergiekongress, Erfurt

Kortisonangst: Mythen & Fakten

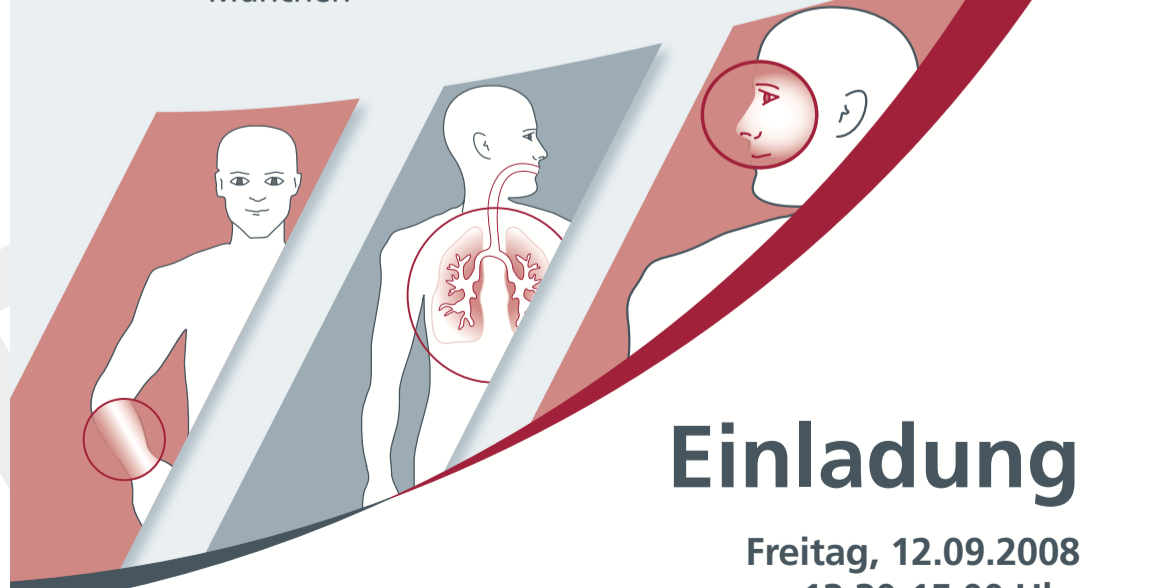
– neueste Studienergebnisse

Referenten:

Prof. Dr. phil. Bernd Tischer,
TNS Healthcare GmbH, München

Prof. Dr. med. Oliver Kaschke,
St. Gertrauden-Krankenhaus, Berlin

Prof. Dr. med. Dipl. Theol. Matthias Volkenandt,
Klinik der Ludwig-Maximilians-Universität,
München



Einladung

Freitag, 12.09.2008
13.30-15.00 Uhr

Essex Pharma

Raum: Carl-Zeiss-Saal (rechts)

INFO PROGRAMMÜBERSICHT INFO PROGRAMMÜBERSICHT INFO PROGRAMMÜBERSICHT INFO PROGRAMMÜBERSICHT INFO PROGRAMMÜBERSICHT INFO

Mittwoch, 10. Sept. 2008

16.30–18.45 Uhr
Raum: Carl-Zeiss-Saal
Joint Symposium DGAKI/EAACI Immunology Section
Vorsitz: E. Hamelmann, Berlin, T. Jakob, Freiburg

19.00 Uhr
Eröffnungsfeier

Donnerstag, 11. Sept. 2008

09.00–11.00 Uhr
Raum: Erfurt
PLENUM 1
Schwere allergische Erkrankungen an Haut und Atemwegen – Pathophysiologie und Klinik
Vorsitz: G. Schultze-Werninghaus, Bochum; A. Kapp, Hannover

11.30–13.00 Uhr
Parallel-Sitzungen

Raum: Christian Reichart Saal
SYMPOSIUM 1
Was ist neu in der Pathogenese des Asthma bronchiale?
Vorsitz: J.-Ch. Virchow, Rostock; Uta Rabe, Treuenbrietzen

Raum: Carl Zeiss Saal rechts
SYMPOSIUM 2
Angioödem und Urticaria
Vorsitz: J. Kleine-Tebbe, Berlin; R. Brehler, Münster

Raum: Erfurt
SYMPOSIUM 3
Differentialdiagnose von Nahrungsmittel-induzierten Symptomen im Kindesalter
Vorsitz: B. Niggemann, Berlin; B. Mischo, Neunkirchen

Raum: Carl Zeiss Saal links
SYMPOSIUM 4
Insektengiftallergie
Vorsitz: B. Przybilla, München; Th. Fuchs, Göttingen

Raum: Panorama
SYMPOSIUM 5
Neues aus Umwelt und Arbeitsmedizin
Vorsitz: J. Saloga, Mainz; D. Nowak, München

13.30–15.00 Uhr
Parallel-Sitzungen

Raum: Erfurt
SYMPOSIUM 6
Allergie- und Asthma-Prävention im Kindesalter
Vorsitz: C.-P. Bauer, München; W. Lässig, Halle

Raum: Panorama
FREIE VORTRÄGE 1
Inhalationsallergie/Intoleranzreaktionen (+ Mastozytose)
Vorsitz: Regina Fölster-Holst, Kiel; Baenckler, Erlangen

13.30–15.00 Uhr
Industriesymposien

15.30–17.00 Uhr
Parallel-Sitzungen

Raum: Adam Ries
Meet the Experts
Vorsitz: Th. Fuchs, Göttingen; M. Wagenmann, Düsseldorf

Raum: Carl Zeiss Saal rechts
FREIE VORTRÄGE 2
Molekulare Mechanismen und Befunde bei allergischen Reaktionen und im Therapieverlauf
Vorsitz: T. Biedermann, Tübingen; T. Jakob, Freiburg

Raum: Erfurt
SYMPOSIUM 7
Differentialdiagnosen von Atembeschwerden im Kindes- und Jugendalter
Vorsitz: Antje Schuster, Düsseldorf; W. Rebien, Hamburg

Raum: Christian Reichart Saal
pina – Symposium: Atemwegsallergien – Frühdiagnose und Frühintervention
Vorsitz: C. Bachert, Gent; U. Wahn, Berlin

17.15–18.15 Uhr
POSTERDISKUSSIONEN

19.30 Uhr
Orgelkonzert im Dom

Freitag, 12. Sept. 2008

09.00–11.00 Uhr
Raum: Erfurt
PLENUM 2
Nicht-IgE-vermittelte entzündliche Erkrankungen
Vorsitz: A. Bufe, Bochum; C.-P. Bauer, Gaißach

11.30–13.00 Uhr
Parallel-Sitzungen

Raum: Carl Zeiss Saal links
SYMPOSIUM 8
Neue experimentelle Strategie in der Allergie- und Asthmatherapie
Vorsitz: H. Renz, Marburg; C. Kroegel, Jena

Raum: Erfurt
SYMPOSIUM 9
Differentialdiagnosen und Therapie von Hauterkrankungen im Säuglingsalter
Vorsitz: Ch. Vogelberg, Dresden; P. Fischer, Schwäbisch Gmünd

Raum: Carl Zeiss Saal rechts
SYMPOSIUM 10
Kontaktallergie
Vorsitz: W. Aberer, Graz; P. Elsner, Jena

Raum: Panorama
SYMPOSIUM 11
Möglichkeiten und Grenzen der In-vitro-Diagnostik
Vorsitz: L. Jäger, Jena; W.-M. Becker, Borstel

Raum: Christian Reichart Saal
SYMPOSIUM 12
Patientenschulung im Kindes- und Erwachsenenalter
Vorsitz: S. Schmidt, Greifswald; Kornelia Schmidt, Hannover

13.30–15.00 Uhr
Parallel-Sitzungen

Raum: Erfurt
SYMPOSIUM 13
Neues aus dem Arbeitskreis Diätetik
Vorsitz: Imke Reese, München; J. Meister, Aue

Raum: Panorama
FREIE VORTRÄGE 3
Management und Therapie allergischer Erkrankungen
Vorsitz: V. Stephan, Berlin; H. Schubert, Erfurt

13.30–15.00 Uhr
Industriesymposien

14.00–18.00 Uhr
Studynurse-Kurs
Seminar für Prüfungsassistentinnen/Arzthelferinnen

14.00–18.00 Uhr
Kurs
Notfallmedizin für Arzthelferinnen

15.30–17.00 Uhr
Parallel-Sitzungen

Raum: Erfurt
SYMPOSIUM 14
Berufspolitisches Symposium: Mitglieder fragen – Experten antworten
Vorsitz: Th. Fuchs, Göttingen; W. Wehrmann, Münster

Raum: Christian Reichart Saal
FREIE VORTRÄGE 4
Epidemiologie/beruflich bedingte Allergie/Medikamentenallergie
Vorsitz: J. Geier, Göttingen; D. Becker, Mainz

15.30–17.00 Uhr
Raum: Panorama
FREIE VORTRÄGE 5
Nahrungsmittelallergie und -unverträglichkeit
Vorsitz: Margot Henzgen, Jena; Kirsten Beyer, Berlin

15.30–17.00 Uhr
Industriesymposien

17.15–18.15 Uhr
Parallel-Sitzungen

Raum: Adam Ries
SEMINAR 1
Nahrungsmittelkennzeichnung
Vorsitz: R. Urbanek, Freiburg; Sibylle Scheewe, Westerland

Raum: Panorama
SEMINAR 2
Dendritische Zellen und T-Zellen
Vorsitz: Th. Bieber, Bonn, D. Becker, Mainz

Raum: Carl Zeiss Saal rechts
SEMINAR 3
Asthmatherapie in der Kinder- und Jugendärztlichen Praxis
W. Leupold, Dresden; G. Frey, Aue

Raum: Christian Reichart Saal
SEMINAR 4
Mastzellen
Vorsitz: Th. Zuberbier, Berlin; J. Grabbe, Lübeck
Raum: Carl Zeiss Saal links

SEMINAR 5
Psychoallergologie
Vorsitz: K. Bork, Mainz; U. Darsow, München

19.30 Uhr
Gesellschaftsabend im Kaisersaal

Samstag, 13. Sept. 2008

9.00–10.30 Uhr
Parallel-Sitzungen

Raum: Christian Reichart Saal
SYMPOSIUM 15
Neue Ansätze zur Allergieprävention – From Bench to Bedside
Vorsitz: Susanne Lau, Berlin; M. Mempel, München

Raum: Carl Zeiss Saal links
SYMPOSIUM 16
Neurodermitis/Atopische Dermatitis
Vorsitz: T. Werfel, Hannover; D. Abeck, München

Raum: Carl Zeiss Saal rechts
SYMPOSIUM 17
Anaphylaxie – schwere allergische Arzneimittelreaktionen
Vorsitz: L. Klimek, Wiesbaden; J. Ring, München

Raum: Panorama
SYMPOSIUM 18
Notfalltherapie im Kindesalter
Vorsitz: J. Seidenberg, Oldenburg; Th. Spindler, Wangen

Raum: Erfurt
SYMPOSIUM 19
Chronische Rhinosinusitis – Asthma und COPD der Nase?
Vorsitz: C. Bachert, Krefeld Oder Gent; W.W. Schlenker, Frankfurt/Main

10.45–14.00 Uhr
Raum: Carl Zeiss Saal
PLENUM 3
Spezifische Immuntherapie
Vorsitz: W. Czech, VS-Villingen; H. F. Merk, Aachen

BITTE VORMERKEN

3. bis 6. September 2009 in Berlin

4. Gemeinsamer Deutscher Allergie-Kongress

KONGRESSPRÄSIDENT:
Prof. Dr. Ulrich Wahn, Berlin
berlin2009@allergie-kongress.de

KONGRESSORGANISATION:
FLASKAMP AG
allergiekongress@flaskamp.de

INFODIENST INFODIENST INFODIENST INFODIENST INFODIENST INFODIENST INFO

Neue Broschüre für Fachkreise:

Weleda Heuschnupfenspray und Gencydo® in der täglichen Praxis

Die neue Broschüre „Weleda Heuschnupfenspray und Gencydo® in der täglichen Praxis“ enthält Informationen über Grundlagen der Arzneimittelfindung und zum Verständnis des Krankheitsbildes der allergische Rhinokonjunktivitis.

Praxisnah werden die unterschiedlichen Möglichkeiten der Anwendung von Weleda Heuschnupfenspray und Gencydo® Injektionslösung/Augentropfen anhand allgemeiner Richtlinien, aktueller Studienergebnisse und differenzierter Falldarstellungen aus der ärztlichen Praxis besprochen. Hervorgehoben werden die positiven Ergebnisse der prospektiven Beobachtungsstudie mit Weleda Heuschnupfenspray: Die untersuchten Symptome wie nasale Sekretion, verstopfte Nase, Nasenjucken und Niesen gingen im Beobachtungszeitraum deutlich



zurück. Das Spray erwies sich somit als überzeugend wirksam und gut verträglich.

Seit über 80 Jahren trägt das anthroposophische Arzneimittel Gencydo® aus Zitronensaft und Quittenextrakt sowohl zu einer spürbaren Linderung der Beschwerdesymptomatik als auch zur nachhaltigen Verbesserung der zugrunde liegenden systemischen Erkrankung bei und ist dabei verträglich und sicher in der Anwendung. 2006 wurde als weitere Darreichungsform Weleda Heuschnupfenspray mit Extrakten aus Quitte und Zitrone zur nasalen Anwendung eingeführt.

Kostenfreie Bestellung für Fachkreise:
(Art. Nr. 507 08 500)
WELEDA AG
Möhlerstraße 3
73525 Schwäbisch Gmünd
T: 07171/919-109
F: 07171/919-200
kundenbetreuung@weleda.de
www.weleda.de

ALLERGIE- UND ASTHMA-PRÄVENTION IM KINDESALTER Allergenkarenz – noch zeitgemäß?

SUSANNE LAU, BERLIN

Allergenkarenz ist ein Ansatz, Sensibilisierungen und damit auch allergische Erkrankungen primär zu verhüten oder aber im Sinne einer Sekundär- bzw. Tertiärprävention Entzündungsprozesse zu limitieren und Symptome zu lindern.

Nutritiv kann die Fütterung von Hydrolysaten die Prävalenz von atopischem Ekzem im Säuglings- und Kleinkindesalter reduzieren. Ein Einfluss auf die Entstehung von allergischen Atemwegserkrankungen wurde hierbei nicht beobachtet.

Die frühe Meidung von Hausstaubmilbenallergen führte in Placebo-kontrollierten Studien zwar zu einer Senkung des Auftretens von Husten, obstruktiven Atembeschwerden und zu einer besseren Lungenfunktion, aber nicht zu einer verminderten Prävalenz einer spezifischen Sensibilisierung gegen Hausstaubmilben. Bei monosensibilisierten asthmatischen Kindern kann jedoch eine Abnahme

der bronchialen Überempfindlichkeit beobachtet werden, wenn die Hausstaubmilbenallergen-Exposition konsequent gesenkt wird. Insgesamt kann man also sagen, dass bei kompletter Vermeidung eines Allergenkontaktes zwar eine Sensibilisierung verhindert werden kann, aber Spuren des Allergens bereits zu einer Sensibilisierung eines genetisch prädisponierten Säuglings oder Kindes führen kann. Daher werden zukünftig andere Wege, die bei frühem Kontakt zum Allergen eher Toleranz zu induzieren versuchen, beschritten. Die Allergenkarenz als therapeutischer Ansatz hat nach wie vor ihre Daseinsberechtigung.

Korrespondenzadresse:
Priv.-Doz. Dr. Susanne Lau
Charité – Universitätsmedizin Berlin
Campus Virchow-Klinikum
Klinik für Pädiatrie m. S. Pneumologie und Immunologie
Augustenburger Platz 1, 13353 Berlin
susanne.lau@charite.de