

Insektengiftallergie

Anaphylaxien durch spezifische Immuntherapie verhindern

Sonja Buske

Über 90 % der durch Insektengift verursachten Anaphylaxien lassen sich nach Einschätzung der Deutschen Dermatologischen Gesellschaft (DDG) durch eine allergen-spezifische Immuntherapie verhindern. Den meisten Patienten – und auch einigen Ärzten – ist diese Therapieform jedoch nicht bekannt. Dr. Dorothea Wieczorek, Oberärztin an der Klinik für Dermatologie, Allergologie und Venerologie der Medizinischen Hochschule Hannover, kann auf über 20 Jahre Immuntherapie-Erfahrung zurückblicken und spricht sich dafür aus, möglichst viele Allergiker auf diese Weise zu behandeln.

Laut dem deutschen und europäischen Anaphylaxieregister ist die Insektengiftallergie die bei weitem häufigste Ursache für schwere allergische Reaktionen im Erwachsenenalter. Statistisch erfasst sind 20 bis 40 Todesfälle pro Jahr, Experten schätzen die Zahl jedoch aufgrund vieler nicht erkannter Fälle deutlich höher ein. Unterschieden werden vier Schweregrade: Bei Grad I ist die Reaktion systemisch, es treten jedoch lediglich Hautsymptome wie Rötungen, Juckreiz oder Schwellungen auf. Kommen Übelkeit, Kreislaufprobleme, Schluckbeschwerden oder Atemnot hinzu, handelt es sich um Grad II. Als schwerwiegend gelten Grad III und IV, die sich durch Erbrechen, Durchfall, Bronchospasmus, Asthmaanfall bis hin zum Atemstillstand oder durch Kreislaufversagen mit Bewusstlosigkeit bis hin zum Kreislaufstillstand manifestieren.

Empfehlung ab Schweregrad II

Die Immuntherapie bei Insektengiftallergie wird gemäß der aktuellen deutschen Leitlinie ab Grad II empfohlen, kann jedoch auch bereits bei Patienten mit einer Grad-I-Anaphylaxie durchgeführt, wenn diese zum Beispiel beruflich einem hohen Risiko ausgesetzt sind, wie Imker, Gärtner oder Bäckereifach-

verkäufer. Wieczorek unterstützt die Therapie auch dann, wenn kein Grad II vorliegt, die Personen jedoch einen hohen Leidensdruck verspüren und die Lebensqualität eingeschränkt ist. „Das ist immer eine individuelle Entscheidung“, betont die Ärztin.

Wirksamkeit bei bis zu 99 %

Die Wirksamkeit der Immuntherapie liegt laut DDG bei der Bienengiftallergie bei bis zu 94, und bei der Wespengiftallergie sogar bei bis zu 99 %. Wie lange der Schutz nach abgeschlossener Therapie anhält, ist individuell und lässt sich schwer bestimmen, man geht jedoch von mehreren Jahren aus.

Verändert hat sich über die Jahre die Diagnostik. Mussten Patienten

mit einer Doppel-Sensibilisierung (Bienen- und Wespengift) früher noch mit zwei Giften hyposensibilisiert werden, ist es jetzt möglich, sich auf ein Insekt festzulegen. „Dank der Komponentendiagnostik können wir besser herausfinden, auf welches Insektengift jemand allergisch reagiert. Durch die biologische Verwandtschaft von Bienen und Hummeln sowie Wespen und Hornissen wird für Hornissengiftallergiker daher ausschließlich Wespengift, und für Hummelgiftallergiker Bienengift in der Diagnostik und Therapie verwendet. „Aufgrund der Kreuzreaktion reicht das aus“, erklärt Wieczorek. Von Tests, die keine klinische Relevanz haben, also rein prophylaktisch durchgeführt würden, rät sie dagegen ab. „Das Er-

Profil

Dr. Dorothea Wieczorek ist Oberärztin an der Klinik für Dermatologie, Allergologie und Venerologie der Medizinischen Hochschule Hannover. Sie leitet die stationäre Allergologie und hat die stellvertretende Leitung der dermatologischen Tagesklinik inne. Zu ihren Forschungsschwerpunkten gehören Insektengiftallergien und die chronische Urtikaria. Wieczorek ist Mitglied der Deutschen Gesellschaft für Allergologie und Klinische Immunologie (DGAKI).



© MMH

gebnis könnte die Patienten unnötig verunsichern.“

Stationäre Einleitung

Die Einleitung der spezifischen Immuntherapie erfolgt stationär unter ärztlicher Notfallbereitschaft und stationärem Monitoring der Vitalparameter. „Das ist notwendig, da es sich hierbei um eine potenziell lebensbedrohliche Allergie handelt“, erklärt Wiczorek. Bevor die Einleitung stationär veranlasst wird, erfolgt nach der Anamnese die Diagnostik. Dabei werden die IgE-Antikörper bestimmt und ein Hauttest durchgeführt. Ein wichtiger Parameter zur Risikoeinschätzung ist die basale Mastzelltryptase im Serum.

Die Patienten müssen zwei Tage und Nächte in der Klinik verbleiben. Um die Behandlungsdosis zu erreichen, werden am ersten Tag sieben und am nächsten Tag zwei Spritzen gesetzt. Die letzte Dosis wird dann ambulant für drei bis

fünf Jahre im Vier-Wochen-Rhythmus weitergegeben. Das Intervall kann ausgedehnt werden, wenn zum Beispiel ein längerer Urlaub ansteht oder der Patient einen akuten Infekt hat. „Wichtig ist, im Vorfeld auch die Co-Medikation zu betrachten“, so Wiczorek. „Manche Blutdruckmittel können in Kombination mit der Immuntherapie Komplikationen verursachen. Zudem darf die Therapie nicht in einer akuten Tumorsituation begonnen werden. Hier sollten immer auch die onkologischen Kollegen miteinbezogen werden.“

Ambulante Weiterbehandlung

Die ambulante Weiterbehandlung sollte ausschließlich von einem Facharzt mit der Zusatzbezeichnung „Allergologie“ durchgeführt werden, allein schon aufgrund des Anaphylaxie-Risikos als Nebenwirkung. „Zudem ist es hilfreich, sich mit Komplikationen wie der Intervallüberschreitung auszukennen, um die Therapie bestmöglich anzu-

passen“, findet Wiczorek. Es ist ihr Anliegen, alle Dermatologen und Hausärzte umfassend über die Immuntherapie zu informieren, da die Patienten meistens bei diesen Berufsgruppen mit ihren Symptomen vorstellig werden. Die Behandlungskosten werden komplett von den gesetzlichen Krankenkassen übernommen.

Nach erfolgreicher Hyposensibilisierung sollten die Patienten weiterhin ein Notfallset zur Selbstbehandlung bestehend aus einem Adrenalin-Autoinjektor, Kortison und einem Antihistaminikum bei sich führen, insbesondere, wenn sie allein unterwegs sind. Jeder Arzt kann dieses verschreiben. „Wir raten dringend dazu, die Notfallmedikamente nach einem Stich auch zu nutzen, und zwar lieber einmal zu viel als zu wenig“, mahnt Wiczorek. ■

Sonja Buske