

Allergologie-Update¹

Bernhard Estermann Malter,
Co-Moderator des Workshops
Artikel gegengelesen von Gerhard Müllner

Epidemiologie

Ein Drittel der Schweizer Bevölkerung ist von Allergien betroffen. Kinder können schon im 1. Lebensjahr sensibilisiert werden, vor allem auf Nahrungsmittel wie Milch oder Eier. Je früher Allergien erfasst werden, desto eher kann der zum Teil belastende Verlauf gemildert oder verhindert werden (allergischer Marsch). Eine frühe allergologische Abklärung drängt sich bei familiärer Belastung, Neurodermitis oder Wheezing des betroffenen Kindes auf.

In den USA ist die Erdnussallergie die häufigste Nahrungsmittelallergie, bei uns ist es die Allergie auf Baum- und Gräserpollen. Kreuzallergien von Pollen- und Nahrungsmittelallergenen sind zu beachten (Gräserpollen: Honigmelonen; Birkenpollen: Stein- und Kernobst).

Diagnostik

Die Anamnese stellt in der allergologischen Diagnostik einen wesentlichen Eckpfeiler dar. Bestätigt wird eine Allergie mit Hauttest und/oder positivem serologischem Test. Ein positiver Hauttest und/oder eine positive Serologie sagen aber nichts über die klinische Relevanz aus. Die Hautteste und die serologischen Untersuchungen müssen immer im gesamten Kontext gesehen werden.

Bei den serologischen Tests ist zu beachten, mit welcher Methode und welchem Antigen gearbeitet wird. Serologische Tests haben eine hohe Spezifität und Sensitivität bei Milben, Pollen, Insekten, weniger bei Nahrungsmitteln. Serologische Tests können in 2–3% der Fälle falschnegativ ausfallen.

Neuroleptika und Antidepressiva unterdrücken die Hautteste. Drei Tage vor Allergietests müssen zudem die Antihistaminika abgesetzt werden, da ansonsten die Hautteste ebenfalls falschnegativ ausfallen. Serologische Untersuchungen werden durch Medikamente nicht beeinflusst. Kofaktoren wie Nikotin beeinflussen die serologischen Werte zusätzlich.

Die Bestimmung des Gesamt-IgE ist nur selten sinnvoll, da nur bei Werten <20 kU/L eine Allergie unwahrscheinlich, >100 kU/L wahrscheinlich ist, aber

die meisten Patienten mit Heuschnupfen und allergischem Asthma Werte zwischen 20 und 80 kU/L aufweisen.

Bei negativem Phadiatop[®]-Test² im Widerspruch zu Anamnese und Klinik sind gezielt spezifische IgE zu bestimmen.

Da die Hauttest-Extrakte kurze Verfalldaten haben und die Hauttestung und Interpretation viel Erfahrung erfordern, ist deren Anwendung für Grundversorger nur bedingt geeignet. Für interessierte Hausärzte werden zwei- bis dreitägige Kurse an Universitäten angeboten.

Hausärzte, die selber Hautteste durchführen, sollten nur mit einigen wenigen Extrakten arbeiten. Fünf Allergene sind vollauf genügend: Gräser, Birken, Hausstaub-, Mehlstaubmilben und Katzenhaare. Mit diesen Allergenen werden gut 90% der Atopiker erfasst. Die Qualität der in der Schweiz angebotenen Hauttest-Extrakte ist gut, aber nicht bei jedem Produzenten identisch. Bei Hauttesten ist das Resultat auch stark von der verwendeten Lanzette abhängig. Wenn dann die Diagnose immer noch unklar ist, sollte man die weiteren Abklärungen dem Allergologen überlassen. Die Indikation zur Immuntherapie (Desensibilisierung) sollte immer der Allergologe stellen, die Immuntherapie wird dann gemäss Richtlinien des Allergologen in der hausärztlichen Praxis durchgeführt.

Der Preis serologischer Tests beträgt für die ersten vier Tests 40.50 Franken pro Stück (TPW –.90 Fr.), bei zusätzlichen Tests 31.50 Franken pro Stück (TPW –.90 Fr.). Mehr als acht serologische Tests ergeben wenig Sinn, weil dann die Hauttestung günstiger ist.

Therapie der anaphylaktischen Reaktion

Die meisten anaphylaktischen Reaktionen werden durch Insektengiftallergien, Medikamente (Penicilline, Cephalosporine, nichtsteroidale antiinflammatorische Substanzen) und Nahrungsmittel (in der Schweiz vornehmlich Sellerie und Karotten) verursacht. Ein besonderes Anliegen von Gerhard Müll-

1 Workshop am SGAM-Kongress 2005 in Luzern mit Dr. med. Gerhard Müllner.

2 Phadiatop[®]: Suchtest für inhalative Allergien, enthält ca. 20 Allergene, genaue Zusammensetzung nicht bekannt, gibt lediglich eine Ja/Nein-Antwort. Phadiatop[®] positiv: Allergie wahrscheinlich; Phadiatop[®] negativ: Allergie sehr unwahrscheinlich.

Tabelle 1
Behandlung des anaphylaktischen Schocks
durch den Notfallarzt.

Medikamentös	Adrenalin 0,3–0,5 mg i.m.
	H ₁ - und H ₂ -Antihistaminika i.v. (z.B. Clemastin 2 mg, Ranitidin 50–100 mg)
	Kortikosteroid i.v. (z.B. Methylprednisolon 125 mg)
	i.v.-Infusion
Andere Massnahmen	Schocklagerung
	O ₂ -Zufuhr
	Bei Bedarf: Beatmung/Herzmassage/ Hospitalisation

ner ist, dass sich anbahnende anaphylaktische Reaktionen von den Hausärzten früh mit Adrenalin in einer Verdünnung von 1:1000 und einer Dosierung von 0,3 ml i.m. behandelt werden, was mit dem EpiPen[®] ohne Zeitverlust möglich sei. Alle starken Allergiker, welche mit dem EpiPen[®] ausgerüstet werden, sollen gut in der Anwendung instruiert werden, was gemäss Untersuchungen bisher nicht erfüllt sei.

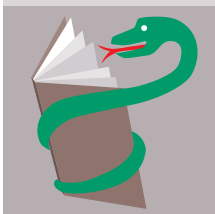
Auch sollen diese Patienten regelmässig in der Handhabung des EpiPen[®] instruiert werden. Informationen zum EpiPen[®]-Trainingsgerät: Firma Alk-Abelló (044 908 21 00).

Steroide, Antihistaminika und Volumen gemäss Notfallschema (Tabelle 1) kommen beim anaphylaktischen Schock dazu.

Patienten mit anaphylaktischer Reaktion Grad III–IV (kardiopulmonale Symptomatik) müssen hospitalisiert und 24 Stunden überwacht werden (Gefahr der biphasischen anaphylaktischen Reaktion in ca. 20% der anaphylaktischen Reaktionen).

Dr. med. Bernhard Estermann Malter
Facharzt für Allgemeinmedizin FMH
Bahnhofstrasse 5
6102 Malter
bernhard.estermann@hin.ch

Info-Adresse: Website der Schweizerischen Gesellschaft für Allergologie und Immunologie:
www.ssai-sgai.ch



COMMITMENT IS TO A PERSON, NOT TO A PERSON WITH A CERTAIN DISEASE

«... General practice, for example, has a long tradition and an unique outlook on medicine. It is not simply an amalgam of all the specialities, nor is it simply clinical medicine plus epidemiology plus sociology. Its essence is an unconditional commitment to patients whatever may befall them. The commitment is to a person, not to a person with a certain disease. Since they cannot foresee all their patients' future needs, family doctors have to be generalists. Being generalists does not preclude a special interest in a single aspect of practice. Indeed, we need generalists who can speak with authority at consensus conferences, and who can write clinical chapters in textbooks. But generalists who make their patients their body of knowledge should be valued no less ...»

Aus dem Vorwort von Ian R. McWhinney zum «Oxford Textbook of Primary Medical Care»
(Oxford University Press; 2003. ISBN: 0192632191)

FM