

Allergien in der Hausarztpraxis¹

Kirsten Schiesser^{a,b}, Peter Schmid-Grendelmeier^a

^a Allergiestation Dermatologische Klinik des UniversitätsSpitals Zürich und Christine-Kühne-Zentrum für Allergie-Forschung und Edukation CK-CARE, Davos

^b Praxis für Kinder- und Jugendmedizin Glarus

Allergien sind in aller Munde: zum einen weil sie häufig sind, andererseits aber auch weil diese aufgrund ihrer breiten Symptomatik und Multiorganbeteiligung oft differentialdiagnostisch in Frage kommen. Und schliesslich sind sie auch von Lebensgewohnheiten, Ernährung und Umweltbedingungen abhängig und dadurch für die Medien, aber auch unsere Patientinnen und Patienten oft Anlass zu Fragen und Diskussionen. Häufig nimmt jedoch die Abklärung allergischer Erkrankungen während der klinischen Ausbildung in der Grundversorgung nur wenig Raum ein.

In diesem Artikel sollen die wichtigsten Allergiemani-
festationen kurz gestreift und weiterführende Links
angeboten werden.

Einführung

Die Gründe für die in den letzten Dekaden beobachtete Zunahme von Allergien sind vielfältig. Auswirkungen von Umwelteinflüssen, neu importierte Pflanzen und Nahrungsmittel, veränderte Anbaumethoden und Auswahl der konsumierten Lebensmittel, bessere Hygiene (oder höhere Hygienestandards), Übergewicht und Lebensstil, ebenso wie psychische Faktoren sind einige der postulierten Faktoren. Zunehmend wird auch die frühkindliche Prägung durch Ernährung und mikrobielle Exposition in ihrer Bedeutung erfasst, sie scheinen spätere Allergien zu beeinflussen. Dabei deuten neueste Untersuchungen darauf hin, dass allenfalls die frühe Gabe von potentiellen Allergenen wie Erdnuss das spätere Auftreten von Allergien darauf im Gegensatz zur bisherigen Lehrmeinung eher verhindern könnte.

Dank verfeinerter Testmethoden, die zunehmend die eigentlich allergieauslösenden Moleküle erfassen, können Allergien heutzutage nicht nur viel besser nachgewiesen, sondern auch zunehmend besser verstanden werden.

Die Anwendung/der Einsatz der IgE-Bestimmung auf molekularer Ebene erlaubt teilweise prädiktive Aussagen zum potentiellen Risiko über das Auftreten einer Anaphylaxie bei nachgewiesener Sensibilisierung auf Nahrungsmittel und/oder Hymenopteren gifte. Zudem sind heutzutage hochwirksame Medikamente zur Vorbeugung resp. Neutralisierung von allergischen Re-

aktionen ebenso wie zur Immuntherapie erhältlich. Möglichen allergischen Beschwerden etwas näher auf den Grund zu gehen, kann sich daher lohnen und ist zudem oft spannend.

Vom Heuschnupfen bis zum allergischen Asthma: inhalativ ausgelöste Allergien

Typische Symptome von Atemwegsallergien sind die allergische Rhinitis (mit Niesattacken >3-mal, wässriger Rhinorrhoe, Kongestion und Pruritus nasi), Konjunktivitis (Pruritus, Rötung, Tränenfluss und leichte Photophobie) und Asthma bronchiale (oft in Form von Reizhusten oder Anstrengungsdyspnoe). Über 90% der Patienten geben Konjunktivitis und/oder Rhinitis als Hauptbeschwerden an, gut ein Viertel der Patienten klagt auch über asthmatische Beschwerden. Bei leichteren Fällen manifestiert sich das Asthma nur als Reizhusten oder Engegefühl, etwa bei körperlichen Anstrengungen als Ausdruck der allergiebedingten bronchialen Hyperreaktivität.

Saisonale Allergien werden vorwiegend durch Pollen und in deutlich geringerem Masse durch Schimmelpilzsporen verursacht. Die Pollinose, als häufigste allergische Erkrankung, nimmt in der täglichen Sprechstunde beim Spezialisten, aber auch beim Grundversorger, wie auch bei der Bevölkerung und den Massenmedien, einen wichtigen Platz ein. In der Schweiz verfügen wir über ausgezeichnete, von Meteo Swiss zur Verfügung gestellte Pollenflugdaten (www.pollenundallergie.ch).

Bei ganzjährig bestehenden Beschwerden kommen am ehesten Hausstaubmilben sowie insbesondere be-

¹ Basierend auf einem Vortrag am JHaS-Kongress 2014.



Abbildung 1: Kutane Allergiemaniifestationen (aus der Fotosammlung der Dermatologischen Klinik Universitätsspital Zürich). a: Akutes Kontaktexzem; b: Atopisches Ekzem/Neurodermitis; c: Urtikaria; d: Quincke-Ödem; e: Arzneimittelexanthem (AME); f: Fixes toxisches AME; g: Toxisch-epidermale Nekrolyse (TEN, «Lyell-Syndrom»).

haarte Haustiere wie Katze, Hund oder Meerschweinchen als Allergenquelle in Frage. Daneben ist auch an berufliche Allergene wie etwa Mehl, Blumen, Isozyanate oder seltenerer Auslöser wie etwa Zimmerpflanzen (z.B. *Ficus benjamina*) oder Fischfutter (rote Mückenlarven im Trockenfutter für Aquariumfische) zu denken. Die Abklärung basiert neben der absolut essentiellen Anamnese auf dem Hautpricktest und der Bestimmung von spezifischen IgE im Serum, allenfalls bei speziellen Fragestellungen ergänzt mit durch den Spezialarzt durchgeführten Provokationstests mit dem vermuteten Allergen. Einige grundlegende diagnostische Massnahmen zur einfachen Abgrenzung sind in Tabelle 1 dargestellt.

Neben dem präventiven Vermeiden der Exposition gegenüber Aeroallergenen stehen heute ausgezeichnete

symptombezogene Medikamente (Antihistaminika der neueren Generation, topisch einsetzbare Nasensprays und Augentropfen, inhalative Antiasthmatica) zur Verfügung. Bei stark einschränkender allergischer Rhinokonjunktivitis und asthmatischen Beschwerden gibt es zudem mit der Immuntherapie (auch als Hypo- oder Desensibilisierung bezeichnet) eine zunehmend besser standardisierte und hochwirksame kausale Therapie gerade bei Allergien auf Pollen, aber auch Hausstaubmilben. Zudem stehen für schwierig zu therapierendes Asthma neben systemischen Steroiden zunehmend hochspezifisch wirksame Biologika, die gezielt Mediatoren wie IL-5 oder IgE blockieren, zur Verfügung.

Bei 15–25% der Patienten liegen zusätzlich Kreuzreaktionen mit Nahrungsmitteln vor. Häufig sind

Tabelle 1: Allergie einfach – primäre Abklärungsschritte beim Grundversorger.

Zentral: gezielte Anamnese erheben

Atemwegsallergie

Inhalationsallergie ja/nein:

- typische Anamnese
- Hautpricktest mit häufigsten inhalativen Allergenen und/oder
- IgE gesamt, Screeningtest auf saisonale (Sx1)/perenniale (Sx2) Inhalationsallergien
- oder spez. IgE gegen vermutetes Allergen (z.B. Gräserpollen g1, Katzenepithel e1 oder Schimmelpilzsporen mx2)
- (Für Indikation zur SIT eingehendere allergologische Abklärung notwendig)

Nahrungsmittelallergie

- IgE-Screening-Test für Nahrungsmittelsensibilisierung (Fx5)
- allenfalls spez. IgE gegen einzelnes, vermutetes Nahrungsmittelallergen (z.B. Erdnuss f13, Kuhmilch f2, Hühnerei f1, Crevette f24)
- bei Verdacht auf HIT/Mastozytose: Serum-Tryptase

Hymenoptereingiftallergie

- IgE gesamt, spez. IgE gegen Bienengift (i1) und Wespengift (i3), idealerweise ab 3–4 Wochen nach Sticheignis
- Serum-Tryptase

Hypersensitivität auf Medikamente

- möglichst exakte Anamnese (Klinik, Chronologie)
- nicht geeignet in der Grundversorgerpraxis: Hauttests und In-vitro-Untersuchungen, heikel in Durchführung/Interpretation, daher durch Allergologen

pollen-assoziierte Nahrungsmittelallergien: So geben Birkenpollenallergiker gehäuft oro-pharyngeale Beschwerden beim Genuss von rohem Stein- oder Kernobst an (orales Kontakturtikaria-Syndrom). Gekochtes Obst wird meist toleriert, sind die kreuzreagierenden Allergene doch thermolabil. Andererseits können Kreuzreaktionen zwischen Beifusspollen und Gewürzen oder Milben und Meeresfrüchten heftige systemische allergische Reaktionen auslösen, da die kreuzreagierenden Allergene auf Erhitzen beim Kochen sowie Denaturierung durch Speichel und Magensaft deutlich weniger empfindlich sind.

Zwischen Hype und lebensgefährlicher Bedrohung: Nahrungsmittelallergien und Intoleranzen

Allergien und Intoleranzen auf Nahrungsmittel sind im Zunehmen begriffen, bei Erwachsenen wie bei Kindern. Eigentliche Allergien sind überschüssende, krankmachende Reaktionen des Immunsystems auf einen an und für sich harmlosen Stoff, z.B. Nüsse, Fische oder Sellerie – oft bedingt durch die bereits erwähnten Kreuzreaktionen mit inhalativen Allergenen. Daneben gibt es eine steigende Zahl von Patienten, die Intoleranzen gegenüber diversen Gruppen von Nahrungsmitteln verspürt. Diese haben mannigfaltige Ursachen: entweder den verminderten Abbau oder Verdauung eines Lebensmittels, was durch dessen Anreicherung zu Beschwerden führt.

Die häufigsten Intoleranzen bezüglich Vorkommen resp. Publikumsinteresse sind

- Laktoseintoleranz durch angeborenen oder erworbenen Laktasemangel
- Fruktoseunverträglichkeit: meist eher eine Malabsorption durch eine Überlastung resp. Defizienz des Transportproteins für Fruktose (Glut 5), besonders durch übermässige Fruktosezufuhr in Form von Früchten oder künstlichen Süsstoffen (Sorbitol, Mannitol)
- Glutenenteropathie/Zöliakie: durch Gluten induzierte autoimmun bedingte Atrophie des Dünndarmepithels, nachweisbar mittels Dünndarmbiopsie/Bestimmung von IgA gegen Tissue-Transglutaminase
- Nicht-IgE-vermittelte, nicht-Zöliakie-assoziierte Weizenhypersensitivität (Ausschlussdiagnose)
- Histaminintoleranz, bedingt durch verminderte intestinale Aktivität der Diaminoxigenase (DAO), abzugrenzen von einer vermehrten endogenen Histaminbildung etwa infolge Mastozytose.

Insbesondere Allergien können die Lebensqualität wesentlich reduzieren oder auch heikle allergische, bis hin zu lebensgefährlichen Reaktionen auslösen. Intoleranzen können die Auswahl der Nahrungsmittel und aufgrund der Beschwerden auch die Lebensqualität massiv einschränken, gehen aber praktisch nie mit akut lebensbedrohlichen Symptomen einher.

Kutane Allergiemaniestationen

Kontaktekzeme sind ebenfalls sehr häufige, durch allergische Reaktionen ausgelöste Krankheitsbilder in bis zu 7% der Bevölkerung. Solche Ekzeme werden durch direkten Kontakt mit Substanzen auf der Haut ausgelöst und sind zellulär vermittelt. Zur Bestätigung einer solchen Kontaktallergie dient ein sogenannter Epikutantest durch den Dermatologen. Dabei werden die entsprechenden Substanzen in kleiner Menge mittels eines Plättchens auf den Rücken geklebt und 24 bis 48 Stunden dort belassen. Besonders häufig sind Kontaktallergien auf Metalle wie z.B. Nickel, enthalten in Modeschmuck, oder Kobaltchlorid (Lederverarbeitung). Daneben haben Duftstoffe in den letzten Jahren als Auslöser zugenommen. Besonders aufgefallen ist in den letzten Jahren eine deutliche Zunahme der Kontaktallergien auf die Gruppe der Methylisothiazolinone, kurz MI genannt. Diese kommen u.a. als Konservierungsmittel in einer Vielzahl von Gebrauchsmitteln, Körperpflegeprodukten wie Shampoos, Seifen, Sonnenschutzpräparaten, aber auch Weichspülern und Spülmitteln vor. Die Therapie basiert auf der Allergenkarenz.

Differentialdiagnostisch ist ein *atopisches Ekzem/eine Neurodermitis* abzugrenzen. Dieses ist charakterisiert durch eine meist positive persönliche und familiäre Anamnese bezüglich atopischer Erkrankungen sowie den meist symmetrischen Befall der Beugeseiten, ausgesprochene Hauttrockenheit und starken Pruritus.

Die *Urtikaria* ist gekennzeichnet durch die definitionsgemäss vorhandenen Quaddeln und ist in ca. 30% der Fälle begleitet von Quincke-Ödemen. Die Urtikaria kann in akuten Fällen Vorbote oder Teil einer systemischen allergischen Reaktion sein. Bei chronischem Verlauf über 6 Wochen sind die Auslöser oft nicht eruierbar (idiopathische Form) oder durch physikalische Phänomene wie Druck oder Temperaturunterschiede bedingt; eigentliche Allergien spielen hier nur eine untergeordnete Rolle. Aufwendigere Abklärungen sollten nur bei spezifischen weiteren Symptomen durchgeführt werden. Therapeutisch sind H1-Blocker das Mittel der Wahl; öfters sind aber höhere Dosen (2–4 Tabletten/Tag) zur Kontrolle nötig. Für schwere Formen kommen Immunsuppressiva wie Cyclosporin A oder neuerdings der Anti-IgE-Antagonist Omalizumab in Frage.

Auch *Arzneimittel-Hypersensitivitäten* gehen häufig mit Hautveränderungen einher. Diese reichen vom einfachen, in vielen Fällen harmlosen Arzneimittelexanthem bis hin zu potentiell lebensgefährlichen Reaktionen wie der «toxisch epidermalen Nekrolyse», kurz TEN (früher Lyell-Syndrom) genannt.

Anaphylaxie – die Maximalvariante der sofortigen allergischen Reaktionen

Der akute allergische Asthmaanfall sowie der allergisch bedingte Blutdruckabfall bis hin zum anaphylaktischen Schock mit Kreislaufversagen sind die schwersten, potentiell lebensgefährlichen Formen. Ausgelöst werden diese allen voran durch Allergien auf Hymenopterenstiche von Bienen und/oder Wespen, seltener auch durch Nahrungsmittel oder Medikamente. Zur immediaten Behandlung ebenso wie zur präventiv eingesetzten Medikation gehören H1-Blocker, Steroide und, v.a. bei lebensbedrohlichen Reaktionen als Medikament der Wahl, Adrenalin in Dosen von 0,5–1 mg i.m., ergänzt durch Volumenzufuhr bei Kreislaufkollaps.

Schwere Reaktionen sollten v.a. bei Patienten mit Hymenopterenstichallergien im Hinblick auf die hier sehr effiziente Immuntherapie zum Allergologen überwiesen werden. Durch die Bestimmung von spezifischem IgE gegen Bienen- und Wespengift kann aber der Grundversorger schon wesentliche Vorbefunde für die weiteren Abklärungen erfassen.

Literatur

- <https://www.ck-care.ch/merkblätter>
Ein Fundus an Merkblättern und Kursangeboten zu Allergiethemata inkl. praktischer Testanleitungen, ausgerichtet auf die Bedürfnisse des Grundversorgers, in Zusammenarbeit mit dem Institut für Hausarztmedizin IHAM Zürich, Kinderärzte Schweiz sowie Junge Hausärzte Schweiz
- www.aha.ch
Schweiz. Zentrum für Allergie, mit breiter Information ausgerichtet auf Patienten und Betroffene
- www.sas.ch
Qualitätssiegel, insbesondere für Allergiker geeignete Nahrungsmittel, Kosmetika und Produkte zur Körperpflege

Korrespondenz:
Prof. Dr. med.
Peter Schmid-Grendelmeier
Allergiestation
Dermatologische Klinik
UniversitätsSpital Zürich
Gloriastrasse 31
CH-8091 Zürich
[peter.schmid\[at\]usz.ch](mailto:peter.schmid[at]usz.ch)