

Fehlalarm Penicillin-Allergie

Eine deutsche Arbeitsgruppe zeigt, dass viele Menschen zu Unrecht als Penicillin-Allergiker gelten

DEUTSCHES ÄRZTEBLATT

Penicillin-Allergien werden nicht selten zum Problem bei Patienten mit Infektionskrankheiten. Berichtet der Patient von einer vorhandenen Penicillin-Allergie, vermeidet der Arzt zumeist alle Betalaktam-Antibiotika. Drei Viertel der vermeintlichen Allergien lassen sich jedoch nicht bestätigen. Das zeigt eine Studie von Würzburger Dermatologen. Die Autoren fordern im Verdachtsfall eine genaue allergologische Abklärung.

Vertraut man den Angaben der Patienten, dann kann man zu dem Schluss kommen, Penicillin-Allergien hätten inzwischen beinahe epidemische Ausmasse angenommen. Bis zu 10 Prozent der Bevölkerung sollen inzwischen davon betroffen sein. «In der Praxis und Klinik kommt es deshalb immer häufiger vor, dass ein Allergie-

Pass oder Angaben der Patienten über eine Penicillin-Allergie die eigentlich indizierte Penicillin-Therapie verhindern», meint eine Arbeitsgruppe um Privatdozent Axel Trautmann von der Dermatologischen Klinik der Universität Würzburg. In einem Beitrag für das «Deutsche Ärzteblatt» beklagen die Dermatologen die daraus resultierenden Folgen: Chinolone, Makrolide und Glykopeptidantibiotika kämen vermehrt zur Anwendung, Medikamente also mit einem breiteren Wirkspektrum und geringerer Wirksamkeit, die das Auftreten von Antibiotikaresistenzen förderten und zudem für einen Kostenanstieg im Gesundheitswesen sorgten.

Dass Ärzte bei vermeintlich bestehender Allergie auf Penicillin und andere Betalaktam-Antibiotika verzichten, lässt sich anhand der zu befürchtenden allergischen Reaktionen leicht nachvollziehen. Im Rahmen einer IgE-vermittelten Soforttyp-Reaktion kommt es innerhalb von einigen Minuten bis spätestens zwei Stunden zu charakteristischen Symptomen an Haut, in den Atemwegen, im Herz-Kreislauf-System und im Magen-Darm-Trakt. Urtikaria, Angioödem, Blutdruckabfall, Asthma, Tachykardie, Übelkeit und Erbrechen treten auf. Daneben gibt es die weniger gut umschriebenen Spätreaktionen, der aber auch nichtimmunologische Mechanismen oder Arzneimittelinteraktionen zugrunde liegen können. Bei echten Spättypallergien treten Exantheme eine bis zwei Wochen nach Therapiebeginn auf, nach erfolgter Sensibilisierung bereits innert weniger Stunden.

Plädoyer für eine allergologische Abklärung

Doch die Sorgen sind vielfach unberechtigt, denn nicht selten erweist sich die an-

Merk-sätze

- Bei einem Verdacht auf Penicillin-Allergie sollte eine allergologische Abklärung erfolgen, um die Diagnose zu sichern.
- Ist der spezifische IgE-Test positiv, kann ohne weitere Untersuchungen von einer Penicillin-Allergie ausgegangen werden.
- Zephalosporine der dritten Generation sind eine sichere Alternative bei Penicillin-Allergie.

genommene Penicillin-Allergie als falscher Alarm, wie die Würzburger Dermatologen in einer eigenen Studie bei 325 Patienten nachweisen konnten. 50 Prozent der Patienten in einem Alter zwischen 8 und 98 Jahren hatten eine vermeintliche allergische Reaktion auf Penicillin in den letzten zwölf Monaten, bei den übrigen lag eine solche Jahre zurück, wie die anamnestiche Befragung ergab. Zusätzliche Recherchen in Krankenberichten und Informationen über Therapiemaßnahmen ließen bei dem Patientenkollektiv 122 Sofortreaktionen und 170 Spätreaktionen vermuten, bei den restlichen Fällen liess sich die Symptomatik nicht klar zuordnen. Bei 80 Patienten war anscheinend eine Urtikaria beziehungsweise ein Angioödem aufgetreten, bei fast jedem Zweiten ein Exanthem, in seltenen Fällen dagegen eine Vaskulitis oder ein Erythema exsudativum multiforme.

Um festzustellen, ob tatsächlich eine Allergie bestand, führten die Dermatologen

Fehlalarm Penicillinallergie

bei den Studienteilnehmern eine allergologische Stufendiagnostik durch, beginnend mit einem Betalaktam-spezifischen IgE-in-vitro-Test, daran anschliessend folgten Haut- und Expositionstests.

Der IgE-Test kann anhand eines kommerziell erhältlichen Immunoassays bequem und für den Patienten völlig gefahrlos erfolgen. Bei lediglich 8 Patienten liess sich anhand des IgE-Tests eine Soforttypallergie gegen Penicillin V/G diagnostizieren.

Prick- und Intrakutantests, die am volaren Unterarm durchgeführt und nach 20 Minuten abgelesen werden, lassen eine Soforttypreaktion erkennen. Eine Spätreaktion nach zwei, drei und vier Tagen gibt Hinweise auf eine Spätreaktion.

Sofortreaktionen traten demnach bei 25 Patienten auf, eine Spätreaktion gegen Penicillin fand sich bei 16 Patienten, gegen Aminopenicilline bei 22 Patienten. Nur 1 Patient hatte demnach eine Reaktion auf Zephalosporin. Mit Hilfe des oralen Expositionstests konnten 6 weitere Patienten mit Sofort- oder Spättypreaktionen gegen eines der Antibiotika ermittelt werden. Insgesamt zeigten 246 der 325 Patienten keine Penicillin-Allergie. Mit anderen Worten: Nur etwa jeder Vierte hatte tatsächlich eine Allergie gegen Penicillin und seine semisynthetischen Derivate.

Weil dies so ist, fordern die Autoren bei Verdacht auf eine Penicillin-Allergie eine genaue allergologische Abklärung, um eine fehlerhafte Etikettierung der Patienten zu verhindern. «Keinesfalls sollte ein Patient aufgrund von anamnestischen An-

Keinesfalls sollte ein Patient aufgrund von anamnestischen Angaben oder Beobachtungen ein Leben lang als Penicillin-Allergiker gelten.

gaben oder Beobachtungen ein Leben lang als Penicillin-Allergiker gelten, denn wenn Betalaktame indiziert sind, ist in der Regel keine Zeit mehr für eine Diagnostik», schreiben die Autoren. Sie versprechen sich von der frühzeitigen Abklärung letztlich eine wirksamere Patientenversorgung, weniger Nebenwirkungen und eine Reduktion von Antibiotikaresistenzen.

Zephalosporine sind geeignete Ausweichpräparate

Patienten, bei denen sich die Allergie bestätigt, können übrigens ohne weiteres mit Zephalosporinen behandelt werden.

Die Expositionstests zeigten nämlich, dass alle 52 Patienten mit Penicillin-Allergie tatsächlich Zephalosporine tolerierten.

Die Hauttests sind bei korrekter Durchführung sehr sicher. Allgemeinreaktionen sind bei nur 1 Prozent der Patienten zu erwarten. Wichtig ist, dass bereits der spezifische IgE-Test dank seiner hohen Spezifität bei einem positiven Ergebnis und passender Anamnese eine weitergehende Diagnostik überflüssig macht. Fällt der In-vitro-Test negativ aus, müssen sich die Hauttests anschliessen. Zeigen sie ein positives Ergebnis, kann auf den Expositionstest verzichtet werden. Werden Hauttests und IgE-Test toleriert, ist übrigens auch der Expositionstest zu mehr als 95 Prozent negativ. ●

Jiri Trcka et al.: Penicillintherapie trotz Penicillinallergie? Plädoyer für eine allergologische Diagnostik bei Verdacht auf Penicillinallergie. Dtsch. Ärztebl. 2004; 101: A2882–2887.

Uwe Beise

Interessenkonflikte: keine