

Aktuelle allergologische Aspekte

Neuigkeiten zu inhalativen und alimentären Allergien und zur Kältekontakturtikaria

Über Neuigkeiten zur Allergiediagnostik, zu Inhalations- und Nahrungsmittelallergien und zur Kältekontakturtikaria berichtete Prof. Dr. Peter Schmid-Grendelmeier, Allergiestation, Dermatologische Klinik, Universitätsspital Zürich, an den 3. Zürcher Dermatologischen Fortbildungstagen 2013.

Die komponentenbasierte Diagnostik wird bei der Abklärung von Inhalations-, Nahrungsmittel- und Hymenopterenengiftallergien im Alltag immer wichtiger. Bei der traditionellen Diagnostik werden native Allergenextrakte verwendet, die eine Mischung aus allergenen und nicht allergenen Substanzen darstellen. Statt mit Allergenextrakten erfasst die komponentenbasierte oder molekularbasierte Allergiediagnostik die Sensibilisierung der Patienten auf molekularer Ebene unter Verwendung von rekombinanten oder von gereinigten, natürlichen Allergenkomponenten (allergenen Molekülen). Bereits stehen mehr als 130 allergene Moleküle kommerziell für die spezifische IgE-Testung in vitro zur Verfügung. Bei der Orientierung auf diesem weitläufigen und komplexen Gebiet hilft ein neues Konsensdokument, das kürzlich von der World Allergy Organization (WAO) publiziert wurde (1).

Zunehmende Bedeutung von Baumpollenallergien

An Polleninhalationsallergien leiden 12 bis 18 Prozent der Bevölkerung mehr oder weniger stark. Hausstaubmilbenallergien betreffen 3 bis 8 Prozent, Tierepithelallergien 2 bis 9 Prozent und Pilzsporenallergien 1 bis 5 Prozent. Für die meisten Pollenallergien sind in der Schweiz 6 Pollenarten verantwortlich: Baumpollen von Hasel, Erle, Birke und Esche sowie Gräserpollen und schliesslich bei den Kräutern die Beifusspollen. In der Schweiz stehen besonders präzise Angaben zur Pollenbelastung mit differenzierten regionalen Prognosen zur Verfügung (www.pollenundallergie.ch).

Baumpollenallergien sind in den letzten Jahrzehnten immer häufiger geworden und haben inzwischen praktisch die gleiche Bedeutung erlangt wie Gräserpollenallergien. Bedingt durch die Klimaerwärmung setzte

der Baumpollenflug zunehmend früher im Frühling ein, und die Baumpollenmenge hat massiv zugenommen. Besondere Beachtung verdienen Eschenpollen, die in der Schweiz immer häufiger für Allergien verantwortlich sind. Diese Pollen fliegen etwa zeitgleich wie Birkenpollen (März/April), weisen aber kaum Kreuzreaktivität mit Letzteren auf. Patienten mit Eschenpollenallergie können nicht mit Birkenpollenextrakt behandelt werden. Die Esche und der Olivenbaum – beide mit Windbestäubung – gehören zu den Ölbaumgewächsen. Im Mittelmeerraum sind Olivenpollen das wahrscheinlich wichtigste Allergen. Wenn Personen mit Eschenpollenallergie im Mai/Juni ihren Urlaub in Olivenbaumregionen verbringen, können sich bei ihnen allergische Beschwerden bemerkbar machen. Im Rahmen der komponentenbasierten Allergiediagnostik könne durch Bestimmung von IgE gegen das gut standardisierte Hauptallergen der Olivenbaumpollenallergie (Ole e 1) eine Eschenpollensensibilisierung zuverlässig nachgewiesen werden, berichtete Prof. Schmid-Grendelmeier.

Kakerlaken sind wahrscheinlich die weltweit betrachtet wichtigsten Inhalationsallergene und am häufigsten für allergisches Asthma verantwortlich. Über das Eiweiss Tropomyosin weisen Kakerlaken Kreuzreaktionen mit Krustazeeen (z.B. Crevetten), Anisakis und Hausstaubmilben auf. Therapeutisch werden bei Hausstaubmilbenallergie weiterhin Matratzen-, Duvet- und Kissenbezüge aus unterschiedlichen Materialien, die für Milben und ihren Kot undurchlässig sind, empfohlen («encasing»). Einige Studien haben gezeigt, dass Patienten mit Hausstaubmilbenallergie von einer subkutanen oder sublingualen spezifischen Immuntherapie profitieren können. Bei guter Patientenauswahl sei die Wirksamkeit der SIT bei Hausstaubmilbenallergie gut belegt, so der Referent.

Neuigkeiten zu Nahrungsmittelallergien

Das «spannende Molekül α -Gal» (Galaktose- α -1,3-Galaktose) ist eine Zuckerstruktur, die als Teil von Glykoproteinen und Glykolipiden ausser bei Menschen und allen Altweltaffen in der Tierwelt ubiquitär vorkommt. Zum breiten Spektrum der neu entdeckten α -Gal-Allergie gehören Katzenallergien (Fel d 5), Allergien auf rohes rotes Fleisch, Sensibilisierungen durch

Antihistaminikum hoch dosiert bei Kältekontakturtikaria erfolgreich

In einer aktuellen, doppelblinden, randomisierten, plazebo-kontrollierten Cross-over-Studie erwies sich die Antihistaminikumtherapie mit Bilastin bei Kältekontakturtikaria als gut wirksam, wobei der Therapieerfolg durch Steigerung der Tagesdosis (von 20 mg bis 80 mg) noch weiter verbessert werden konnte (4). Von 20 Patienten sprachen 19 auf die Vierfachdosis an, 12 davon wurden ganz symptomfrei. Der Therapieeffekt wurde durch Messung der kritischen Temperaturschwelle im Kälteprovokationstest (Temp Test® 3.0) objektiviert. Mittels dermalen Mikrodialyse konnte als Vorteil der Vierfachdosierung auch eine Reduktion der Spiegel von IL-6 und IL-8 nachgewiesen werden.

Zeckenstiche, Kreuzreaktionen mit Cetuximab sowie Prädispositionen durch bestimmte Blutgruppenkonstellationen.

Therapeutisch ist es neuerdings bei einem beträchtlichen Anteil von Kindern mit Hühnereiallergie gelungen, durch orale Immuntherapie mit Hühnereiweisspulver die Desensibilisierung und eine nachhaltige klinische Hühnereiverträglichkeit (sustained unresponsiveness) zu erreichen. Die allergischen Reaktionen bei Hühnereiallergie reichen von leichter Urtikaria bis zu systemischer Anaphylaxie. Bis anhin galt komplette Vermeidung von Hühnerei in der Nahrung als einzige Therapieform, die allerdings im Alltag schwierig durchführbar ist. Betroffene Kinder sind durch ihre Allergie mit starken Einschränkungen konfrontiert.

Jetzt wurden 55 von einer Hühnereiallergie betroffene Kinder im Alter von 5 bis 11 Jahren im Rahmen einer randomisierten, plazebokontrollierten Doppelblindstudie entweder mit Hühnereiweisspulver (40 Kinder) oder mit Plazebo (15 Kinder) behandelt (2). Die 40 Kinder der aktiven Behandlungsgruppe nahmen in steigenden Mengen bis 2 g Hühnereiweisspulver pro Tag ein. Nach 10-monatiger Desensibilisierungsbehandlung tolerierten 55 Prozent bei der oralen Provokation 5 g Hühnereiweisspulver (entspricht etwa einem halben Ei) und wurden als erfolgreich desensibilisiert betrachtet. Bei keinem Kind der Plazebogruppe verlief die orale Provokation erfolgreich. Nach 22-monatiger Desensibilisierungstherapie tolerierten 30 der 40 Kinder (75 %) bei der zweiten oralen Provokation nunmehr 10 g Hühnereiweisspulver (entspricht etwa einem ganzen Ei). Diese 30 Kinder stoppten nun die orale Immuntherapie und mieden Eier vorerst für 4 bis 6 Wochen. Nach 24 Monaten wurde bei 29 dieser Kinder eine orale Provokation mit 10 g Hühnereiweisspulver und 1 Stunde später mit einem ganzen gekochten Ei durchgeführt. Aufgrund des oralen Provokationstests war bei 11 Kindern eine nachhaltige klinische Hühnereiverträglichkeit (sustained unresponsiveness) erreicht worden. Auch nach 3 Jahren konnten 10 dieser 11 erfolgreich behandelten Kinder Eier ohne Probleme essen (1 Kind blieb für die Nachkontrolle unauffindbar). Die orale

Immuntherapie bei Hühnereiallergie sei eine relativ sichere Behandlung und stelle einen wichtigen Fortschritt dar, sagte Prof. Schmid-Grendelmeier.

Neuigkeiten zur Kältekontakturtikaria

Omalizumab ist als Reservemedikament bei chronischer Urtikaria zunehmend dokumentiert. Die Behandlung wird gut toleriert, und ihr Effekt setzt rasch ein. Der Wirkmechanismus ist aber noch nicht geklärt. Omalizumab ist auch bei Urtikariaformen wirksam, die nicht allergisch vermittelt sind. In einer Publikation berichtete die Arbeitsgruppe von Prof. Schmid-Grendelmeier über 2 Patientinnen mit schwerer Kältekontakturtikaria, die ganz unterschiedlich auf Omalizumab ansprachen (3). Bei etwa 3 Prozent aller Fälle von chronischer Urtikaria wird eine Kältekontakturtikaria diagnostiziert. Dabei handelt es sich nach dem symptomatischen urtikariellen Dermografismus um die zweithäufigste Form von physikalischer Urtikaria. Innerhalb weniger Minuten treten nach Kältekontakt (kalte Gegenstände, Luft, Wind, Flüssigkeiten) juckende Quaddeln und/oder Angioödem auf. Die Pathogenese beruht auf der Freisetzung von Histamin und anderen proinflammatorischen Mastzellmediatoren. Das klinische Spektrum reicht von leichten, lokalisierten Quaddeln bis zu lebensbedrohlichen Reaktionen wie oropharyngealem Angioödem (nach Einnahme kalter Speisen oder Getränke) und Anaphylaxie (nach großflächiger Kälteexposition der Haut, z.B. beim Eintauchen in kaltes Wasser). Bei der erworbenen Kälteurtikaria ist meist keine Ursache fassbar (idiopathisch). Sekundäre Formen wurden zum Beispiel bei Kryoglobulinämie und bei viralen, bakteriellen und parasitären Infektionen beschrieben.

Eine 53-jährige Patientin, die durch ihre schwere Kältekontakturtikaria trotz verschiedener Therapieversuche (z.B. H1-Antihistaminikum hoch dosiert) im Alltag sehr stark eingeschränkt war, wurde durch die Omalizumabtherapie (300 mg alle 4 Wochen während 3 Monaten) ohne Nebenwirkungen für nunmehr bereits 9 Monate beschwerdefrei (3). Beim zweiten Fall einer 30-jährigen Patientin mit schwerer Kältekontakturtikaria erreichte dagegen die IgE-Therapie bei erheblichen Nebenwirkungen keinen ausreichenden Therapieeffekt. Auswahlkriterien für Patienten mit potenziellem Ansprechen auf Omalizumab sind noch nicht bekannt. In schweren Fällen von Kältekontakturtikaria sei ein Therapieversuch mit Omalizumab gerechtfertigt, so der Referent. ●

Alfred Lienhard

Referenzen:

1. Canonica GW et al. A WAO – ARIA – GA2LEN consensus document on molecular-based allergy diagnostics. World Allergy Organ J 2013, Oct 3 (Epub ahead of print).
2. Burks AW et al. Oral immunotherapy for treatment of egg allergy in children. N Engl J Med 2012; 367: 233–243.
3. Brodská P et al. Treatment of severe cold contact urticaria with omalizumab: Case reports. Case Rep Dermatol 2012; 4: 275–280.
4. Krause K et al. Up-dosing with bilastine results in improved effectiveness in cold contact urticaria. Allergy 2013; 68: 921–928.