

Anaphylaxie im Kindesalter

Auslöser, Symptome und Behandlung

Anders als bei Erwachsenen sind Nahrungsmittel die häufigsten Auslöser einer anaphylaktischen Reaktion im Kindesalter. Dr. med. Ines Adams erläuterte am DGKJ-Kongress in Leipzig die Unterschiede in der Symptomatik einer anaphylaktischen Reaktion bei Kindern und Jugendlichen, die Einstufung des Schweregrads und die entsprechenden therapeutischen Massnahmen.

Gemäss europäischem Anaphylaxieregister (1) sind Nahrungsmittel mit einem Anteil von 66 Prozent die häufigsten Trigger für eine anaphylaktische Reaktion im Kindesalter, gefolgt von Insektengiften mit 19 Prozent. Im Erwachsenenalter hingegen sind Insektengifte der weitaus bedeutendste Auslöser anaphylaktischer Reaktionen (55%), gefolgt von Medikamenten (21%) und Nahrungsmitteln (16%) (2).

Bei fast allen Kindern ist eine Anaphylaxie mit Hautsymptomen verbunden (92%), und zwar in allen Altersstufen etwa gleichermassen. Das Gleiche gilt für einige der verschiedenen respiratorischen Symptome, die insgesamt bei 80 Prozent der Kinder auftreten. So weisen 55 Prozent der Kinder Dyspnoe und 35 Prozent Wheezing auf, mit ähnlichen Prävalenzen von der Geburt bis zum Jugendalter (1). Der Husten als Symptom einer Anaphylaxie tritt hingegen eher bei jüngeren Kindern auf, bei älteren Kindern ist das Engegefühl in Hals und/oder Brustkorb häufiger (*Abbildung*). Auch bei einigen gastrointestinalen Symptomen, die bei insgesamt 45 Prozent der Anaphylaxien im Kindes- und Jugendalter auftreten, gibt es altersspezifische Prävalenzen. Bei Vorschulkindern ist Erbrechen häufiger, später die Übelkeit. Die Häufigkeit anderer gastrointestinaler Symptome, wie Bauchschmerzen (16%) und Diarrhö (5%), ist hingegen nicht altersabhängig (1).

Zwischen der Exposition mit dem Allergen und der anaphylaktischen Reaktion liegen meist weniger als 10 Minuten (58%); von einer Verzögerung von mehr als einer Stunde berichten etwa 8 Prozent der Kinder. Auch biphasische Reaktionen können im Kindesalter vorkommen (5%).

Adrenalin ab Grad II

Die Indikation für Adrenalin richtet sich nach dem Schweregrad der anaphylaktischen Reaktion (s. *Tabelle*); ab einer Grad-II-Reaktion ist Adrenalin indiziert (2). «Die Autoinjektoren sind einfach anzuwenden», sagte Dr. med. Ines Adams, Oberärztin Allergologie, Pneumologie und Intensivmedizin an der Universitätskinderklinik Magdeburg.

Ursprünglich wurde der Adrenalin-Pen mit der 150- μ g-Dosis erst ab einem Körpergewicht von 15 kg zugelassen, es sei denn in einer lebensbedrohlichen Situation unter ärztlicher Aufsicht; für den 300- μ g-Pen galt eine Gewichtsgrenze von mindestens 30 kg, und so steht es auch noch in der Fachinformation für einen der beiden in der Schweiz verfügbaren Adrenalin-Pens (Jext®). Die Gewichtsempfehlungen haben sich mit der Zeit jedoch geändert, sagte Adams. Man könne den 150- μ g-Injektor ab 7,5 kg Körpergewicht anwenden, ab 25 kg dann den Injektor mit der 300- μ g-Dosis, ab einem Körpergewicht

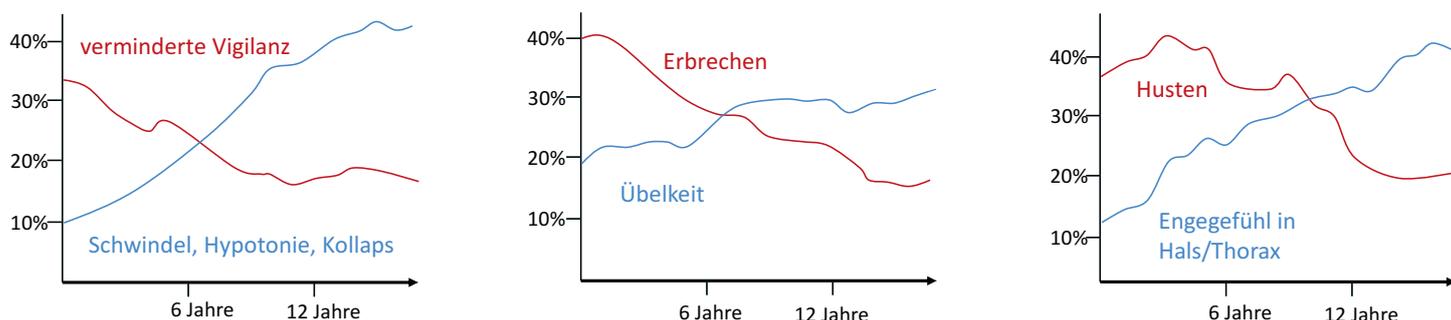


Abbildung: Prävalenz verschiedener Anaphylaxiesymptome, die sich mit dem Alter ändern (nach [1])

von 60 kg kämen bis zu 600 µg infrage, sagte die Referentin. Dies entspricht den Grenzen, die auch in der Fachinformation des zweiten in der Schweiz zugelassenen Pens genannt werden (Epipen®, Epipen®Junior).

Für die anschließende Behandlung (im Spital) erinnerte die Referentin an die Vollelektrolytinfusion bei Hypotonie/ Schock (20 ml/kg in 10 min, ggf. 1–2x wiederholen), inhalatives Adrenalin bei Uvulaschwellung und/oder inspiratorischem Stridor und ein inhalatives Beta-2-Mimetikum bei bronchialer Obstruktion. Grundsätzlich riet sie bei Atem- und/oder Kreislaufreaktionen zur Sauerstoffgabe sowie zusätzlich in allen Fällen zur Gabe eines H1-Antihistaminikums (z.B. Clemastin [Tavegyl®] 0,03 mg/kg KG i.v.) und eines Glukokortikoids (2–5 mg/kg i.v.) (2).

Selbstverständlich müsse im weiteren Verlauf der Behandlung nach einer anaphylaktischen Reaktion die allergologische Abklärung der Ursache erfolgen, sagte die Referentin. Auch das Ausstellen eines Anaphylaxiepasses, des Rezepts für Notfallmedikamente sowie eine Schulung für den Autoinjektor sowie eine umfassende Beratung, wie gefährliche Trigger künftig vermieden werden können, gehören dazu.

Renate Bonifer

Quelle: Referat von Dr. med. Ines Adams: «Notfälle – pneumologisch/allergologisch». DGKJ-Kongress 12. bis 15. September 2018 in Leipzig.

Tabelle 1:

Schweregrad einer anaphylaktischen Reaktion

Grad	Haut- und subjektive Allgemeinsymptome	Abdomen	Respirationstrakt	Herz-Kreislauf
I	Juckreiz, Flush, Urtikaria, Angioödem			
II	Juckreiz, Flush, Urtikaria, Angioödem	Nausea, Krämpfe, Erbrechen	Rhinorrhö, Heiserkeit, Dyspnoe	Tachykardie (Anstieg > 20/min), Hypotonie (Abfall > 20 mmHg systolisch), Arrhythmie
III	Juckreiz, Flush, Urtikaria, Angioödem	Erbrechen, Defäkation	Larynxödem, Bronchospasmus, Zyanose	Schock
IV	Juckreiz, Flush, Urtikaria, Angioödem	Erbrechen, Defäkation	Atemstillstand	Kreislaufstillstand

* Die Klassifizierung erfolgt nach den schwersten aufgetretenen Symptomen (kein Symptom ist obligatorisch) (aus [2]).

Literatur:

1. Grabenhenrich LB et al.: Anaphylaxis in children und adolescents: the European Anaphylaxis Registry. *J Allergy Clin Immunol* 2016; 137: 1128–1137.
2. Ring J et al.: Guideline for acute therapy und management of anaphylaxis. S2 guideline of DGAKI, AeDA, GPA, DAAU, BVKJ, ÖGAI, SGAI, DGAI, DGP, DGPM, AGATE and DAAB. *Allergo J Int* 2014; 23: 96–112.