

SCIT und SLIT bei Heuschnupfen

Indizierte allergenspezifische Immuntherapie nicht verzögern

Heuschnupfen ist häufig, und die Beschwerden können die Lebensqualität erheblich beeinträchtigen. Wenn die Indikation für eine allergenspezifische Immuntherapie (AIT) gegeben sei, solle man damit nicht warten, zumal eine AIT das Risiko für einen Etagenwechsel zum Asthma mindern könne, betonte KD Dr. med. Michael Hitzler an der Frühjahrstagung von Kinderärzte Schweiz.

Die Diagnose einer saisonalen Allergie ist in der Regel kein Problem, allenfalls bei Kleinkindern stellt sich mitunter die Frage, ob die Symptome vielleicht nicht doch auf einem Infekt beruhen könnten. Entscheidend für die Diagnose einer allergischen Rhinokonjunktivitis ist aber in jedem Fall die Anamnese: «Diagnostik ohne Anamnese ist wenig wert», sagte der Referent.

Als Schnelltest in der Praxis ist der Test ImmunoCAP Rapid™ geeignet, der mit Kapillarblut aus der Fingerbeere durchgeführt wird. Ein Schnelltest sei zwar nicht zwingend nötig, könne aber manchmal helfen, die richtigen Weichen in der Behandlung zu stellen, so Hitzler. Andere Testverfahren, die auch im Hinblick auf die Indikationsstellung für eine AIT notwendig sind, sollte man möglichst erst nach der Pollensaison durchführen. Das gilt insbesondere für den Pricktest, der wegen der saisonal oft notwendigen systemischen Antihistaminika keine zuverlässigen Resultate während der Pollensaison liefern kann.

Worauf ist bei den Antiallergika zu achten?

Antihistaminika sollte man in der Pollensaison präventiv geben, das heisst beispielsweise gleich am Morgen, auch wenn die Beschwerden erst am Nachmittag zu erwarten sind. Der Grund: Antihistaminika konkurrieren mit dem Histamin am Histamin-1-Rezeptor. Wenn eine allergische Reaktion erst einmal ins Rollen gekommen ist, ist die kompetitive Bindung schwieriger und potenziell weniger erfolgreich. Es ist sinnvoll, systemische und topische Antiallergika zu kombinieren, zum Beispiel morgens ein systemisches Antiallergikum und tagsüber Augentropfen nach Bedarf zu verordnen.

Augentropfen mit Emestadin (Emadine®, ab 3 Jahre) oder Levocabastin (Livostin®, ab 6 Jahre) wirken rasch, aber relativ kurz, sodass sie mehrmals täglich appliziert werden müssen. Augentropfen mit Ketotifen (Zabak, Zaditen® Ophtha, ab 3 Jahre) werden 2-mal täglich angewendet. Die in den Augentropfenfläschchen notwendigen Konservierungsmittel können gereizte Augen noch stärker reizen. In diesem Fall sind als Einzeldosen verpackte

Augentropfen besser, denn sie enthalten keine Konservierungsmittel.

Wenn die Nase blockiert ist, helfen nasale Steroide besser als systemische Antihistaminika. Darüber hinaus wirken nasale Steroide über den Tränenkanal auch gegen das Jucken in den Augen.

Reichen nasale Steroide nicht aus, um die Nase freizubekommen, sollten sie mit systemi-

schen Antihistaminika kombiniert werden. Eine Alternative ist ein Nasenspray mit einem Steroid und dem Antihistaminikum Azelastin (Dymista®, ab Jahre). Wenn die Kombination von topischen Medikamenten mit systemischen Antiallergika zu wenig hilft, können diese auch mit Montelukast (Singular®®, ab 2 Jahre) kombiniert werden.

Wenn die Indikation für eine AIT gegeben ist, soll man damit nicht warten.

Für wen kommt die AIT infrage?

Die Ansicht, eine AIT sei nur etwas für Kinder mit Asthma, sei völlig falsch, betonte Hitzler: «Wir stellen die Weichen und sollten nicht bis später damit warten!»

Die Indikation für eine AIT beruht gemäss den Guidelines der European Academy of Allergy and Clinical Immunology (EAACI) auf den folgenden Kriterien:

- Die Symptome sprechen stark für eine allergische Rhinitis/Rhinokonjunktivitis oder ein allergisches Asthma.
- Es besteht eine Sensibilisierung gegenüber den vermuteten Hauptantigenen.
- Es bestehen mittelschwere bis schwere Symptome (z. B. erhebliche Beeinträchtigungen der Lebensqualität, schlechter Schlaf, mangelnde Konzentrationsfähigkeit in der Schule usw.).
- Die Symptome sind leicht, aber das Kind beziehungsweise seine Eltern wünschen, dass es von dem potenziellen Langzeiteffekt einer AIT profitieren kann, also einem gewissen Schutz vor dem Etagenwechsel zum Asthma.
- Es stehen standardisierte, zugelassene Produkte für die AIT zur Verfügung.
- Das Kind ist alt genug für eine sublinguale (SLIT) oder subkutane (SCIT) AIT.

Keine AIT ohne allergische Reaktion auf Hauptallergene!

Vor Beginn einer AIT muss zweifelsfrei nachgewiesen werden, dass die vermutete Allergie tatsächlich besteht. Neben einer erneuten Überprüfung der Anamnese wird die Pollenallergiediagnose durch die Reaktion auf das vermutete Hauptallergen mittels Pricktest und den Nach-

weis allergenspezifischer IgE-Antikörper im Blut gesichert. Mit einer guten Anamnese sei ein Pricktest aber nicht mehr unbedingt nötig, denn

dann reiche die IgE-Analyse, sagte Hitzler.

Die allergische Reaktion gegenüber Pollen richtet sich häufig gegen eines oder mehrere der folgenden 3 Hauptallergene, die typisch für eine bestimmte Pflanze oder Pflanzengruppe sind:

- Bet v 1 (T215): Birke, hohe Kreuzreaktivität mit Hasel, Erle, Eiche, Kastanie, Buche und mit vielen Nahrungsmittelproteinen
- r phl p1,5 (G213): Gräser, hohe Kreuzreaktivität zwischen Gräsern, negativer Befund trotz Gräserallergie sehr selten
- ole e1 (T224): Olivenbaum, hohe Kreuzreaktivität mit Esche.

Wenn keine Sensibilisierung gegen ein Hauptallergen nachweisbar ist, soll keine AIT erfolgen. Sie sei dann wahrscheinlich nutzlos. Zudem bestehe die Gefahr neuer Sensibilisierungen, sagte Hitzler.

Neben den Hauptallergenen gibt es noch eine Reihe sogenannter Panallergene (z. B. Bet v 2, Bet v 4), die in mehreren Pflanzengruppen vorkommen. Die alleinige Sensibilisierung gegenüber Panallergenen ist keine Indikation für eine AIT.

SCIT oder SLIT?

Es gibt keine vergleichenden Studien, die eine generelle Aussage über Unterschiede in der Wirksamkeit einer SCIT oder SLIT gegen dasselbe Allergen zulassen. Bei Gräserpollenallergie gelte die SLIT mittlerweile als genauso wirksam wie die SCIT, sagte Hitzler.

Welche Form der AIT gewählt wird, hängt vom individuellen Fall und der Verfügbarkeit der entsprechenden Allergenextrakte ab. «Wenn zum Beispiel eines der relevanten Allergene nur als SCIT verfügbar ist, eine Spritzen-

therapie aber noch nicht möglich ist, warte ich nicht ab, bis das Kind reif dafür ist, sondern ich fange lieber früh mit einer verfügbaren SLIT an,

auch wenn diese nicht alle Allergene abdeckt», sagte der Referent. Bei der SLIT ist die Therapietreue ein kritischer Punkt, weil die Einnahme täglich durchgeführt werden muss. Fällt die Einnahmefrequenz unter 80 Prozent, sinkt auch die in Studien dokumentierte Wirksamkeit der SLIT.

Präseasonal oder perennial?

Ob eine SCIT perennial durchgeführt werden sollte, hängt vom verwendeten Allergenextrakt und auch von

Allergenextrakte für die AIT bei Pollenallergie

SLIT

Für die SLIT gegen Gräser sind zwei Sublingualtabletten ab 5 Jahre zugelassen (Grazax®, Oralair®).

Ab 12 Jahre zugelassen ist eine Sublingualtablette bei Birkenpollenallergie beziehungsweise Allergie gegen das Hauptantigen Bet v 1 (Itulazax®).

Für eine SLIT bei Baumpollenallergie (Birke/Erle/Hasel) stehen auch Tropfen als Fertigprodukte (Staloral® 300, nur für Erwachsene) sowie diverse Magistralrezepturen* (u. a. auch Esche/Olivenbaum) zur Verfügung (Herstellung durch Apotheke Hysek, Biel; Lieferzeit 2 bis 4 Wochen).

SCIT

Für die SCIT sind Allergenextrakte in verschiedenen Kombinationen (Gräser, Baumpollen ohne Esche/Olivenbaum) als Fertigprodukte verfügbar, die ab 5 beziehungsweise 6 Jahre zugelassen sind (Allergovit®, Polvac®).

Für eine SCIT gegen Esche/Olivenbaum ist eine Magistralrezeptur* verfügbar (Apodro Apotheke, Rüti, Lieferzeit 6 Wochen).

*Bei der Verwendung von Magistralrezepturen sollte vorgängig eine Kostengutsprache eingeholt werden.

allfälligen SL-Limitationen für bestimmte Produkte ab. Vergleichende Studien zur Wirksamkeit von präseasonalen gegenüber perennialen SCIT gibt es nicht.

Die Datenlage zugunsten einer perennialen SLIT bei Pollenallergie sei dürftig, sagte Hitzler. Wenn Kinder gleichzeitig eine SLIT wegen Hausstaubmilbenallergie erhielten, die ohnehin perennial gegeben werde, sei es für sie aber manchmal einfacher, beide SLIT perennial durchzuführen (morgens die Pollen- und abends die Milbenantigentablette) als das Therapieregime halbjährlich zu ändern.

Tipps zur Durchführung der SCIT

Systemische Nebenwirkungen einer SCIT sind selten und kommen eher bei Kindern mit Asthma vor. Um die Nebenwirkungen einer SCIT möglichst zu vermeiden, sind folgende Regeln zu beachten:

- 1 Stunde vor der Spritze und am selben Tag danach keine körperlichen Aktivitäten (kein Sport, kleine Kinder nicht herumtoben lassen), keine Sauna, kein heisses Bad.
- Keine Spritze bei Infekten geben. SCIT wöchentlich terminieren, fällt eine Spritze aus, kann die Dosissteigerung mit den meisten Produkten noch in einem Intervall von bis zu 14 Tagen erfolgen (bei präseasonaler SCIT).
- Asthma muss gut kontrolliert sein. Achtung: FEV₁ > 70 Prozent reicht nicht! Eltern und Kind nach Asthmasymptomen fragen, bei geringstem Zweifel eine Spirometrie durchführen und die Spritze gegebenenfalls verschieben.

Welche Form der AIT gewählt wird, hängt vom individuellen Fall und der Verfügbarkeit der entsprechenden Allergenextrakte ab.

Wenn eine SLIT für mehr als 7 Tage unterbrochen wurde, muss der Neustart unter ärztlicher Aufsicht in der Praxis erfolgen.

- Präventive Therapie grosszügig verordnen (Antihistaminika). Asthmakinder präventiv Kortikosteroide inhalieren lassen.
- Lokaler Juckreiz und Schwellungen sind häufig: Früh kühlen, Fenistil® Gel anwenden, Antihistaminika 2 Stunden vor der Spritze einnehmen lassen.
- Vor der Spritze: Dosiskontrolle nach dem 4-Augen-Prinzip und immer nachfragen, wie die letzte Spritze vertragen wurde.
- Nach der Spritze: Das Kind für mindestens 30 Minuten in der Praxis behalten.
- Notfallset mitgeben (Antihistaminikum und Steroidtablette, kein Adrenalinpen).

Tipps zur Durchführung der SLIT

Die 1. Dosis wird prinzipiell in der Praxis unter Aufsicht gegeben (30 Minuten beobachten). Das Kind muss gesund sein (keine Infekte), und es darf sich zuvor nicht intensiv körperlich angestrengt haben. Für zu Hause ein Notfallset mitgeben (Antihistaminikum und Steroidtablette, kein Adrenalinpen).

Auch zu Hause, also ab der zweiten 2. Dosis, sollen die Kinder nach der Einnahme 30 Minuten unter Aufsicht stehen. Sie sollen sich danach nicht sofort körperlich anstrengen. Bei Asthmakindern sollte man eine präventive Therapie grosszügig verordnen (Antihistaminikum 1 Stunde vor der SLIT).

Enoraler Juckreiz ist vor allem zu Beginn der SLIT häufig (80%), im Lauf der SLIT wird er geringer. Antihistaminika können 1 Stunde vorher gegeben werden. Selten kommt es zu Bauchschmerzen, Erbrechen oder Durchfall. Systemische allergische Reaktionen sind sehr selten.

Wichtig: Wenn eine SLIT für mehr als 7 Tage unterbrochen wurde, muss der Neustart unter ärztlicher Aufsicht in der Praxis erfolgen.

AIT und die Coronaviruspandemie

Kinder ohne SARS-CoV-2-Infektion und ohne Kontakt zu Infizierten sollten ihre SCIT oder SLIT genauso fortführen wie üblich. Wenn Kinder in Quarantäne müssen, ist eine SCIT nicht möglich, und auch eine SLIT ist zu unterbrechen. Im Falle einer Infektion mit SARS-CoV-2 sind sowohl eine SCIT als auch eine SLIT zu unterbrechen.

Zwischen der COVID-19-Impfung (zurzeit noch keine Impfstoffe für Kinder unter 16 Jahren zugelassen) und der SCIT sollte ein Abstand von 1 Woche eingehalten werden, eine SLIT muss nicht unterbrochen werden.

Renate Bonifer

Quelle: Vortrag Dr. med. Michael Hitzler: «Frühlingsgefühle in Aug' und Nas'!», Frühjahrstagung Kinderärzte Schweiz, 18. März 2021, online.