

Notwendige und sinnvolle Diagnostik vor Beginn einer spezifischen Immuntherapie (SIT)

Einleitung:

Die spezifische Immuntherapie stellt die einzige kausale Therapie allergischer Erkrankungen dar. Darüber hinaus ist möglicher Schutz vor der Entwicklung eines Asthma bronchiale bei allergischer Rhinokonjunktivitis (sog. Etagenwechsel) sowie vor Neusensibilisierungen beschrieben. Daher spielt die SIT gerade im Kindes- und Jugendalter eine große Rolle und sollte bei gegebener Indikation frühzeitig eingeleitet werden.

Voraussetzung für eine SIT sind der Nachweis einer Sensibilisierung im Haut- oder Bluttest und eindeutiger Zusammenhang mit klinischer Symptomatik. Ein alleiniger positiver Befund (Sensibilisierungsnachweis) im Haut- oder Bluttest stellt somit keine Indikation für eine SIT dar. Erst wenn anamnestisch / klinisch Hinweise für eine allergische Erkrankung bestehen, sollte eine entsprechende sinnvolle Allergiediagnostik durchgeführt und bei eindeutiger Korrelation zur klinischen Symptomatik eine SIT geplant werden. Bei Unklarheiten bzw. diskrepanten Ergebnissen bedarf es weiterer Testverfahren wie Organprovokation.

Haut- vs. Bluttest

Der wesentliche Unterschied zwischen den 2 Testverfahren besteht darin, dass beim Haut-/ Pricktest mastzellgebundene IgE „in-vivo“ und beim Bluttest frei zirkulierende IgE „in-vitro“ gemessen werden.

Bei der praktischen Umsetzung bestehen natürlich ebenfalls Unterschiede. Das Ergebnis des Hauttests kann unmittelbar nach der Durchführung besprochen werden. Nachteil ist, dass der Test zeitaufwendig ist, Karenzzeiten zu Antihistaminika (z.B. Cetirizin) und topischen Steroiden (z.B. Hydrocortison-Creme) eingehalten werden müssen und selten schwere allergische Reaktionen auftreten können. Außerdem setzt der Test ausreichende Erfahrung beim Untersucher und eine gute Kooperation der Patienten voraus, welche sich vor allem im Säuglings- und Kleinkindesalter schwierig gestaltet. Daher wird in der Praxis bis zum 6.Lj der Bluttest bevorzugt. Da die Ergebnisse der zwei Testverfahren nicht immer übereinstimmen, sollten diese komplementär zueinander eingesetzt werden. Bei negativem Ergebnis und eindeutiger klinischer Symptomatik sollte zunächst die alternative Testmethode durchgeführt werden. Bei weiterhin negativem Befund sollten Organprovokationen angeschlossen werden.

Organprovokationen:

Im klinischen Alltag hat sich die nasale Provokationstestung bewährt. Bei eindeutig positivem klinischen Score kann auf eine zusätzliche Rhinomanometrie, welche sehr zeitaufwendig ist und weiterer Apparatur bedarf, verzichtet werden. Bei unklarer klinischer Reaktion hingegen sollte eine Rhinomanometrie geplant werden. Zu beachten sind auch hier Karenzzeiten zu Medikamenten (topische und systemische Cortisonpräparate, Antihistaminika, Montelukast, abschwellende Nasentropfen). Auch eine genaue Risiko-

Nutzenabwägung sollte vorher, insbesondere bei Vorliegen eines allergischen Asthma bronchiale, erfolgen. Ideal wäre eine Lungenfunktionsüberprüfung vor Beginn der nasalen Provokationstestung, da durch die nasale Gabe des Allergens das Risiko eines akuten Asthmaanfalls besteht. Darüber hinaus sollten keine Pricktestlösungen, sondern wenn möglich und verfügbar, speziell hierfür hergestellte Allergenextrakte verwendet werden, die eine deutlich geringere Allergenkonzentration im Vergleich zu Pricktestlösungen enthalten.

In erfahrenen Händen stellt auch die konjunktivale Provokation eine einfach durchzuführende Methode zur Diagnosesicherung einer klinisch relevanten Allergie dar. Wie bei jeder in-vivo-Allergiediagnostik müssen auch hier wiederum Karenzzeiten zu Medikamenten beachtet werden. Allerdings gestaltet sich die Testdurchführung mit mehrfacher Applikation von Augentropfen generell im Kindesalter sehr schwierig, so dass die nasale Provokation die bevorzugte Methode in der Pädiatrie darstellt.

Im Gegensatz dazu spielt die bronchiale Provokation mit Allergenen, v.a. aufgrund der möglichen Komplikationen, keine wesentliche Rolle in der Pädiatrie und wird nur von wenigen Untersuchern durchgeführt.

Zusammenfassung:

Die SIT spielt v.a. im Kindesalter im Hinblick auf eine verbesserte klinische Wirksamkeit bei frühem Beginn und des möglichen präventiven Effektes vor dem sog. Etagenwechsel und vor Neusensibilisierungen eine große Rolle. Bei Hinweisen für eine allergische Erkrankung sollte daher frühzeitig eine sinnvolle Stufendiagnostik, zunächst mittels Haut- oder Bluttest, durchgeführt und nur bei negativem oder unzureichendem Befund die jeweils andere Methode angeschlossen werden. Bei Unklarheiten sind Organprovokationen, im Kindesalter bevorzugt die nasale Provokationstestung, erforderlich. Erst bei eindeutiger klinisch relevanter sollte diese so früh wie möglich geplant werden.

Autorin:

Dr. med. Neda Harandi
Fachkliniken Wangen
Am Vogelherd 14
D-88239 Wangen