

Hautarzt 2013 · 64:80–80
 DOI 10.1007/s00105-012-2454-4
 Online publiziert: 19. Februar 2013
 © Springer-Verlag Berlin Heidelberg 2013

H.F. Merk¹ · M. Worm² · K. Brockow³

¹ Hautklinik – Klinik für Dermatologie & Allergologie, Universitätsklinikum der RWTH Aachen

² Allergie-Centrum-Charité, Klinik für Dermatologie, Venerologie und Allergologie, Campus Charité Mitte, Universitätsmedizin Berlin

³ Klinik und Poliklinik für Dermatologie und Allergologie, Allergologie am Biederstein, Technische Universität München

Anaphylaxie

Der anaphylaktische Schock gehört zu den wichtigsten notfallmedizinischen Situationen in der dermatologischen Praxis. Wesentliche neue Erkenntnisse mit praktischer Bedeutung über die Pathophysiologie dieser Reaktion für die akute Therapie, Diagnostik und Prävention haben zur Erarbeitung einer neuen Leitlinie geführt, die unter Federführung von Prof. Ring und Prof. Brockow gegenwärtig erstellt wird. Wichtige Aspekte daraus werden im Beitrag „Akuttherapie und Management der Anaphylaxie“ von diesen Autoren dargestellt. Entscheidend für die Erkennung von Risikogruppen und Maßnahmen zur Prävention sind epidemiologische Daten, die über das von Frau Prof. Worm initiierte Anaphylaxieregister gewonnen werden, wie im zweiten Beitrag zur Epidemiologie der Anaphylaxie vorgestellt wird.

» Der anaphylaktische Schock gehört zu den wichtigsten notfallmedizinischen Situationen

Gerade in der allergologischen Diagnostik bei Patienten mit schweren anaphylaktischen Reaktionen stellen sonst übliche In-vivo-Hauttestungen ein größeres Risiko dar, was zusammen mit der Bestimmung der Tryptase der In-vitro-Diagnostik eine besondere Bedeutung zukommen lässt und daher in diesem Leitthemenheft besonders berücksichtigt wird (s. Beitrag von Dr. Vanstreels und Prof. Merk). Zwei Krankheitsbilder, für die das ganz besonders gilt, sind zum einen die Anstrengungsanaphylaxie und zum anderen die Mastzellaktivierungssyndrome. Die

klassische Diagnostik wird so aufgebaut, dass am Ende eine Unbekannte zu definieren ist, um das Ergebnis zu erhalten. Bei der Anstrengungsanaphylaxie bleiben aber mindestens 2 Unbekannte, nämlich Stressfaktor und Allergen, die zusammenkommen müssen, um eine Reaktion auszulösen. Aktuelle Aspekte dieses diagnostisch daher besonders interessanten Krankheitsbildes werden im Beitrag von Frau Dr. Wylon, Frau Dr. Hompes und Frau Prof. Worm vorgestellt. Gerade hier haben zusammen mit der Anamnese die komponentenbasierte Analyse von Nahrungsmittelallergien und technische Verbesserungen bei der Anwendung von Proteinarrays der In-vitro-Diagnostik einen besonderen Stellenwert gegeben [1]. Nicht selten finden wir Patienten, bei denen ein erhöhter basaler Tryptasewert vorliegt, ohne dass eine Mastozytose nachgewiesen werden kann. Die dabei differenzialdiagnostisch zu berücksichtigenden Aspekte einschließlich Definition der Mastzellaktivierungssyndrome werden im abschließenden, besonders aktuellen Beitrag von Prof. Brockow dargestellt. Wesentlich auch für die aktuelle Diskussion der Anbindung der In-vitro-Diagnostik als zentraler Baustein in der allergologischen Diagnostik und für das allergologische Labor ist hier der Hinweis, dass der Verlauf der Tryptasewerte mit der gleichen, dem diagnostizierenden Allergologen bekannten Methode im selben Labor überprüft werden sollte.

K. Brockow
 H.F. Merk
 M. Worm

Korrespondenzadressen

Prof. Dr. K. Brockow
 Klinik und Poliklinik für Dermatologie und Allergologie, Allergologie am Biederstein, Technische Universität München Biedersteiner Str. 29, 80802 München knut.brockow@lrz.tum.de

Prof. Dr. H.F. Merk
 Hautklinik – Klinik für Dermatologie & Allergologie, Universitätsklinikum der RWTH Aachen Pauwelsstr. 30, 52074 Aachen hans.merk@post.rwth-aachen.de

Prof. Dr. M. Worm
 Allergie-Centrum-Charité, Klinik für Dermatologie, Venerologie und Allergologie, Campus Charité Mitte, Universitätsmedizin Berlin Charitéplatz 1, 10117 Berlin margitta.worm@charite.de

Literatur

1. Brans R et al (2012) Microarray-based detection of specific IgE against recombinant ω -5-gliadin in suspected wheat-dependent exercise-induced anaphylaxis. Eur J Dermatol 22:358–362