wurden vorher, nachher und drei Monate nach der Schulung analysiert.

Ergebnisse: Die Eindrücke der Schulungsteams, Patienten und Erziehungsberechtigten waren durchweg positiv. In die Evaluationsstudie wurden 100 Patienten und Erziehungsberechtigte von 95 Kindern eingeschlossen; die Schulungsgruppe umfasste 57 Patienten und 49 Erziehungsberechtigte. Bei geschulten Probanden, nicht aber in den Kontrollgruppen, kam es drei Monate nach der Intervention bei Patienten und Erziehungsberechtigten zu Verbesserungen im Wissenstest, Verhaltenstest sowie bei Patienten auch in der Lebensqualität im Parameter „Alltags- und Berufsleben“.

Schlussfolgerung: Eine standardisierte Patientenschulung erscheint erfolgreich und effektiv bei Anaphylaxie. AGATE-Schulungsakademien wurden gegründet und eine regelhafte Kostenübernahme wird angestrebt.

100 Jahre Hyposensibilisierung

Adaptive Desaktivierung bei Analgetikaintoleranz

G. Menz, H. Jung, G. Willer

Hochgebirgsklinik Davos, Davos Wolfgang, Schweiz

Das Analgetika-Asthma-Syndrom (AAS) als klinische Entität ist seit Beginn des 20. Jahrhunderts bekannt; einige grundlegende Mechanismen bei diesem Syndrom bleiben jedoch trotz Verbesserung unseres Wissens letztlich noch verborgen. Die Angaben zur Häufigkeit schwanken zwischen 5 und 10 % in der allgemeinen Population mit Asthma; um 10 bis 20 % bei Intrinsic Asthma und um bis zu 40 % bei einer speziellen Gruppe von steroidpflichtigen Asthmatikern, bei denen schwerste Attacken zu mechanischer Beatmung geführt hatten. Medikamente, die die Cyclooxygenase hemmen (NSAID), lösen bei Patienten mit AAS Asthmaattacken aus. Die Entdeckung, dass neben einer Cyclooxygenase, die für die basale Produktion der Prostaglandine verantwortlich ist, (COX-1) eine zweite Form der Cyclooxygenase (COX-2) existiert, hat große Aufmerksamkeit geweckt. COX-2 wird induziert durch Zytokine, Endotoxine und andere inflammatorische Stimuli. Bei einem Analgetika-Asthma-Syndrom ist COX-1 ganz vorrangig für die Asthmaauslösung verantwortlich. COX-2-Hemmer werden zumeist ohne Asthmareaktion toleriert.

Zur Diagnosestellung der AAS sind immer noch Provokationsmethoden notwendig. Die vorhandenen In-vitro-Tests sind nicht aussagekräftig genug. Die Induktion einer Toleranz wird adaptive Desaktivierung oder „desensitization“ genannt. Diese kann für den betroffenen Patient von wichtigem Vorteil im Management seiner Erkrankung sein.

Hyposensibilisierung bei Insektenstichanaphylaxie: vom Plazebo zur zuverlässigen Lebensrettung

B. Przybilla, F. Ruëff

Klinik und Poliklinik für Dermatologie und Allergologie, Ludwig-Maximilians-Universität, München, Deutschland

Insektenstichanaphylaxie ist eine schwere Erkrankung, die zum Tod führen kann. Es schien daher im frühen 20. Jahrhundert ein wesentlicher Fortschritt, als – aufbauend auf einer Veröffentlichung von Benson und Semenov aus dem Jahr 1930 – für Patienten mit Bienen- oder Wespengiftallergie vom Soforttyp eine Hyposensibilisierung mit Ganzkörperextrakten eingeführt wurde. Mehrere retrospektive Studien kamen zu dem Schluss, dass es sich um eine wirksame Therapie handelte. Dies hielt allerdings einer kritischen Überprüfung nicht stand: Neben Fallberichten über tödliche Stichreaktionen trotz Hyposensibilisierung mit Ganzkörperextrakt ergab die Nachuntersuchung eines größeren Patientenkollektivs, dass diese Behandlung 65 % der Patienten nicht vor weiteren systemischen Reaktionen schützte.

Berichte über eine gute Wirksamkeit der Hyposensibilisierung mit Insektengift gab es schon seit den 20er-Jahren des vergangenen Jahrhunderts. In einer kleineren prospektiven Untersuchung zeigten dann Hunt et al. 1978, dass die Wirksamkeit von Ganzkörperextrakten derjenigen von Plazebo entsprach, während die Hyposensibilisierung mit Insektengift in der überwiegenden Mehrzahl der Patienten erneute systemische Reaktionen verhinderte. Dies wurde in einer weiteren prospektiven Studie 1979 von Müller et al. bestätigt.

Bei Anwendung der Standarderhaltungsdosis von 100 µg in der Praxis schützt die Insektengifthyposensibilisierung allerdings nur etwa 75–90 % (Bienengiftallergie) beziehungsweise etwa 95–97 % (Wespengiftallergie) der Patienten. Bei Therapieversagen, d. h. bei erneuter systemischer Reaktion auf einen Feldstich oder auf eine Stichprovokation, führt jedoch eine Erhöhung der Erhaltungsdosis zu einer Schutzwirkung bei nahezu allen Patienten. Durch die Gabe einer von Beginn der Hyposensibilisierung an erhöhten Erhaltungsdosis von 200 µg bei Patienten mit häufiger Insektenexposition (z. B. Imker, Landwirte) oder mit erhöhtem individuellen Risiko schwerer Anaphylaxie (z. B. Mastozytose, schwere kardiovaskuläre Erkrankung) kann die Therapie weiter optimiert werden. Eine primär erhöhte Erhaltungsdosis ist insbesondere bei Bienen-gifthyposensibilisierung zu erwägen, da diese weniger wirksam ist als die Therapie mit Wespengift.

Auf der derzeitigen Wissensgrundlage kann wohl keine andere lebensbedrohliche Erkrankung so effektiv behandelt werden wie die Hymenopterengiftallergie.

Sport und Allergie

Langzeiteffekte der Hochgebirgsklimatherapie bei Asthma und atopischem Ekzem

U. Kaiser

Hochgebirgsklinik Davos, Davos Wolfgang, Schweiz

Hintergrund: Zur umfassenden Behandlung allergischer, pneumologischer und dermatologischer Erkrankungen gehören neben der kurativen Versorgung rehabilitative Angebote, die den Schwerpunkt auf die Beseitigung oder Kompensation der somatischen, funktionalen und psychosozialen Krank-