Pricktest: Welche Ablesezeit ist die beste?

Der Pricktest ist für Allergologen ein alt bekanntes und bewährtes Verfahren. Weniger bekannt war bisher, wann eigentlich der beste Zeitpunkt ist, das Ergebnis des Tests abzulesen. Diese Frage wollten US-amerikanische Wissenschaftler nun klären.

Der Pricktest ist als Routinemethode, IgE-vermittelte Sensibilisierungen zu diagnostizieren, anerkannt. Testquaddel und der diese umgebende Erythemhof werden routinemäßig nach 15 bis 20 Minuten abgelesen. Ob eine frühere oder spätere Ablesung den diagnostischen Aussagewert beeinträchtigt, sollte untersucht werden.

Hierzu wurden bei 57 Patienten verschiedenen Alters und Geschlechts Pricktests mit unterschiedlichen Allergenen durchgeführt und nach 10, 20, 30 und 40 min die Testquaddel und das umgebende Erythem vermessen. Patienten mit Dermografismus waren ausgeschlossen. Quaddeln und Erytheme, die 20 min nach Testbeginn auftraten,

© Springer Medizin

Die optimalste Ablesezeit ist 15 bis 20 Minuten nach dem Prick.

wurden in ihrer Größe mit denen nach 10, 30 und 40 min verglichen.

Die statistische Auswertung ergab eine sehr enge Korrelation der Flächen-

größen zwischen 20- und 30-minütiger Ablesung sowie eine deutlich schwächere zwischen 10 und 40 min. Eine Ablesung nach weniger als 10 und mehr als 40 min wurde zunehmend ungenauer.

Fazit: Beim Pricktest sollte die übliche und die optimale Ablesung gewährleistende Ablesezeit von 15 bis 20 min nach Durchführung des Pricks eingehalten werden. Verhindern jedoch äußere Umstände die zeitlich korrekte Ablesung, kann für einen Zeitraum von 10 bis 40 min nach dem Prick noch ohne wesentlichen Verlust des diagnostischen Aussagewertes abgelesen werden. Ablesezeiten unter 10 min und über 40 min bedeuten dagegen einen erheblichen Qualitätsverlust.

Dr. Dieter Bruchhausen

Seibert SM et al. Reliability of skin test results when read at different time points. *Allergy Asthma Proc* 2011; 32: 203–5

Immuntherapie: Warum einfach, wenn's auch kombiniert geht?

Subkutane Immuntherapie (SCIT) wirkt schnell, ist aber nicht ohne Risiko. Die sublinguale Variante (SLIT) ist weniger gefährlich, dafür setzt ihr Effekt erst relativ spät ein. Vor allem Kindern könnte es nützen, beide Methoden zu kombinieren.

Pädiatrische Allergologen der Istanbul University Marmara und Yeditepe haben die kombinierte Gabe von SCIT und SLIT gegen Hausstaubmilbenallergie mit 60 Patienten im Alter zwischen 5 und 12 Jahren untersucht. Die jungen Probanden wurden in vier Gruppen randomisiert, von denen die eine SCIT, die zweite SLIT, die dritte SCIT (in der Aufbauphase) plus SLIT (in der Erhaltungsphase nach 16-wöchigem Aufbau) und die vierte eine medikamentöse Therapie erhielt.

50 der Kinder blieben dem Studiendesign bis zum Ende treu. Nach 4, 12 und 18 Monaten hatte die Zahl von Asthmaattacken in der SCIT- und in der SCIT-plus-SLIT-Gruppe im Ver-

gleich zum Ausgangswert signifikant abgenommen. In der SLIT-Gruppe war Gleiches nur nach 12 Monaten zu beobachten. Die Scores für Rhinitis zeigten sich nur unter der Kombinationstherapie signifikant verbessert. Die Reduktion des totalen Symptomenscores und des Medikationsscores betrug nach 12 Monaten für die SCIT 92% bzw. 96%, für die SLIT 52% bzw. 74% und für SCIT plus SLIT 95% bzw. 100%, jeweils verglichen mit der Pharmakotherapie. Un erwünschte Wirkungen traten nur in der SCIT-Gruppe auf, in der zwei Kinder während der Aufbauphase Dyspnoe und Stenoseatmung entwickelten. Die Therapie musste schließlich abgebrochen werden.

Die Spiegel der regulatorischen Th1-Zytokine stiegen sowohl unter SLIT als auch unter SCIT. Eine Zunahme der antigenspezifischen IgG4-Konzentration war hingegen nur bei Beteiligung der SCIT und nicht bei alleiniger SLIT zu beobachten. Die klinischen Beschwerden korrelierten mit den Pegeln an spezifischem IgG4, IFN- γ und TGF- β .

Fazit: SCIT in der Aufbauphase, SLIT in der Erhaltungsphase: So lautet das Rezept für die pädiatrische spezifische Immuntherapie nach den Ergebnissen der vorliegenden Studie. Dieses Regime soll die schnelle therapeutische Wirkung der SCIT mit dem Sicherheitsprofil der SLIT vereinen – und die bei Kindern wenig beliebten Injektionen nach viermonatiger Aufbau Therapie vermeiden helfen.

Dr. Robert Bublak

Keles S et al. A novel approach in allergen-specific immunotherapy: Combination of sublingual and subcutaneous routes. *J All Clin Immunol* 2011; 128: 808–15