Hymenopterengiftallergie (HGA) und Mastozytose

F. Ruëff, B. Przybilla

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

Patienten mit Mastozytose leiden häufig an den Folgen einer Freisetzung von anaphylaktogenen Mediatoren aus Mastzellen. Wir untersuchten Patienten mit Mastozytose mit einem standardisierten Fragebogen, in dem unter anderem das Auftreten und mögliche Auslöser anaphylaktischer Reaktionen abgefragt wurden. Anamnestisch bestand bei über der Hälfte der 194 Patienten (54,4%) in der Vorgeschichte eine systemische anaphylaktische Reaktion (SAR): Dabei war ein Hymenopterenstich mit 63,6% der von SAR Betroffenen der häufigste Auslöser. Besonders auffällig war, dass die Patienten überwiegend sehr schwere Stichreaktionen erlitten hatten: Von insgesamt 77 Patienten mit Mastozytose und HGA hatten 67,5% einen anaphylaktischen Schock, 10,4% Patienten mussten reanimiert werden.

Für die Annahme, dass bei Patienten mit Mastozytose häufig gar keine HGA, sondern eher pseudo-allergische Stichreaktionen vorliegen, fanden wir im eigenen Patientengut keinen Beleg: Bei 94,7% der vollständig untersuchten Patienten war eine Sensibilisierung gegen HG nachweisbar. Von 67 Patienten, die sich einer Hyposensibilisierung unterzogen, entwickelten 14,9 % eine SAR während der Einleitung der Behandlung; bei fünf Patienten kam es im Verlauf der Erhaltungstherapie zu wiederholten SAR, die bei zwei Patienten so schwer waren, dass die Behandlung schließlich abgebrochen wurde.

Von 51 Patienten waren Informationen über eine Stichprovokation verfügbar. Zehn Patienten (19,6%) erhielten eine Hyposensibilisierung mit Bienen- und Wespengift, insgesamt 23 Patienten

(45,1%) wurden von vornherein mit einer erhöhten Erhaltungsdosis (> 100 µg Insektengift) therapiert. Insgesamt zehn Patienten (19,6%) entwickelten bei zwölf Stichprovokationen SAR, dabei hatten die Patienten in acht Fällen eine Erhaltungsdosis von lediglich 100 µg erhalten. Bei Patienten mit SAR bei Stichprovokation wurde eine Erhöhung der Erhaltungsdosis vorgenommen. Bei sieben von neun Patienten konnte dann bei neuerlicher Stichprovokation das Eintreten eines klinischen Schutzes belegt werden.

Zusammengefasst sind Patienten mit Mastozytose in besonderem Maß durch eine HGA gefährdet. Mit wenigen Ausnahmen gelingt es aber, durch die Hyposensibilisierung einen Schutz zu erzeugen. Vor allem bei Bienengiftallergie oder bei zusätzlichen Risikofaktoren soll von Beginn an eine erhöhte Erhaltungsdosis verwendet werden. Die kontrollierte Stichprovokation ist besonders wichtig, um die Patienten zu identifizieren, die nicht ausreichend geschützt sind, damit sie einer wirksamen Therapie zugeführt werden können. Bei Patienten mit Mastozytose soll die Therapie lebenslang vorgenommen werden.

Leitlinie: Akuttherapie anaphylaktischer Reaktionen

J. Ring, K. Brockow, D. Duda, T. Eschenhagen, T. Fuchs, I. Huttegger, A. Kapp, L. Klimek, U. Müller, B. Niggemann, O. Pfaar, B. Przybilla, W. Rebien, E. Rietschel, F. Rueff, S. Schnadt, M. Tryba, M. Worm, H. Sitter, G. Schultze-Werninghaus

Die Akutbehandlung der Anaphylaxie wird auf Grund von internationalen Leitlinien und Empfehlungen von Lehrbüchern durchgeführt. Auf Vorstandsbeschluss der Deutschen Gesellschaft für Allergologie und klinische Immunologie (DGAKI) wurde im Jahr 2003 eine Arbeitsgruppe „Anaphylaxie“ gebildet, die den Auftrag erhielt, ein Konsensuspapier zu erstellen. Die Teilnehmer dieser Arbeitsgruppe kommen aus den Bereichen Allergologie, Anästhesiologie, Dermatologie, Pädiatrie, Innere Medizin, Kardiologie, Notfallmedizin, Pharmakologie, Pneumologie und theoretischer Chirurgie. Im September 2004 und im Septem-

ber 2005 fanden Konsensuskonferenzen in Davos sowie in Wiesbaden im Jahr 2006 statt. Diese Leitlinie ist für alle Ärzte sowie andere im Medizinbereich tätige Personen gedacht, die in der Behandlung von Patienten mit Anaphylaxie aktiv werden.

Anaphylaktische Reaktionen manifestieren sich im Wesentlichen an Haut, Atemwegen, kardiovaskulärem System und Gastrointestinaltrakt. Innerhalb von Sekunden bis Minuten kommt es zu einer Permeabilitätssteigerung der Kapillaren mit nachfolgender Plasmaexsudation. Entsprechend der Intensität der klinischen Symptomatik der Anaphylaxie

hat sich eine Einteilung in Schweregrade von I–IV bewährt. Die häufigsten Auslöser anaphylaktischer Reaktionen sind Arzneimittel, Insektengifte, Nahrungsmittel, Aeroallergene, Zusatzstoffe, Latex, Körperflüssigkeiten (z. B. Seminalplasma), aber auch physikalische Faktoren (Kälte, Anstrengung, UV-Strahlung).

Die Therapiemaßnahmen richten sich nach der Anamnese (z. B. auslösendes Agens und zeitlicher Verlauf) und dem klinischen Befund (Erscheinungsbild und Schweregrad). Die sofortige Beendigung der Zufuhr des mutmaßlichen Auslösers ist die erste Maßnahme. Zu den Basistherapie-Maßnahmen bei Anaphylaxie zählen geeignete Lagerung (flach, Trendelenburg) und das Anlegen eines venösen Zuganges. Bei manifesten kardiovaskulären oder pulmonalen Reaktionen empfiehlt sich die Applikation von Sauerstoff.

In der spezifischen medikamentösen Therapie haben sich Katecholamine (Adrenalin, Noradrenalin und Dopamin), Volumengabe (Elektrolytlösungen, Plas-