In der Rubrik „Literatur kompakt“ werden wichtige Arbeiten aus der internationalen Fachliteratur referiert.

In the Journal Club recent publications from the international literature are evaluated.

Reaktion auf COX-1-Hemmer: Wie gut ist die Vorhersage per Anamnese?

Bis zu 25 % der Arzneimittelintoleranzen werden von nichtsteroidalen COX-1-Entzündungshemmern verursacht. Klinisch manifestieren sich diese Intoleranzreaktionen am häufigsten als Urtikaria, Angioödem oder anaphylaktischer Schock. Spanische Wissenschaftler haben versucht, die Rolle der Anamnese bei der Diagnostik von COX-1-Hemmer-induzierter Urtikaria einzuschätzen.

© panthermedia.net

Etwa ein Viertel aller Arzneimittelintoleranzen sind auf nichtsteroidale COX-1-Entzündungshemmer zurückzuführen.

Chemisch unterschiedliche COX-1-Hemmer können Kreuzintoleranzen auslösen. Die Acetylsalicylsäure (ASS) weist unter den COX-1-Hemmern die Besonderheit auf, zusätzlich oder allein Rhinitis und Asthma hervorrufen zu können. Bei chronischer Urtikaria ist die Intoleranz übrigens an einem akuten Urtikaria-Schub erkennbar.

Ursächlich handelt es sich bei der Urtikaria in der Regel um Störungen im Leukotrienstoffwechsel und nicht um Antikörper-vermittelte Reaktionen, was immunologisch-diagnostische Testverfahren ausschließt. Da auch spezifische Testverfahren noch nicht zur Verfügung stehen, kommt der Anamnese und den

Provokationstests eine entscheidende diagnostische Bedeutung zu. Selten – meist dann, wenn nur ein Medikament als Auslöser in Frage kommt – spielen IgE-vermittelte Reaktionen eine Rolle – mit Pyrazolonen als Hauptantigen.

Da sich in der Literatur unterschiedliche Meinungen zum diagnostischen Wert der Anamnese finden, machten es sich Wissenschaftler aus Madrid zur Aufgabe, die Bedeutung wichtiger Anamnesepunkte für Diagnostik und Prognose an einem ausreichend großen Patientenkollektiv zu evaluieren. Von 75 Personen mit anamnestisch eindeutiger Intoleranzreaktion auf COX-1-Hemmer, davon 40 % chemisch unterschiedlicher

Art, reagierten 76 % bei der oralen Provokation positiv auf ASS, den diagnostischen Goldstandard. Damit galt eine Intoleranzreaktion als bewiesen. Ist der Provokationstest mit ASS bei weiter bestehendem Verdacht negativ, kann mit der verdächtigten Substanz selbst provoziert werden. In diesem Falle verläuft der Test meist negativ.

Die Aufschlüsselung der Daten ergab des Weiteren, dass der Symptombeginn meist kurz nach Medikamenteneinnahme erfolgte, das heißt innerhalb einer Stunde. Auch die Einnahme mehrerer chemisch unterschiedlicher COX-1-Hemmer in einem Therapieregime machte Nebenwirkungen wahrscheinlicher. Patienten mit positiver ASS-Provokation hatten in 90 % der Fälle auch eine positive Anamnese. Zudem waren Frauen häufiger betroffen.

Fazit: Bei positiver Anamnese war in knapp 80 % der Fälle auch die eine Intoleranz beweisende Provokationsprobe mit ASS positiv. Hieraus lässt sich meines Erachtens die Empfehlung für die Praxis ableiten, bei Anamnese-positiven Fällen zunächst auf die Gabe nichtsteroidaler Entzündungshemmer zu verzichten. Dies gilt in besonderem Maße in Bezug auf die Gefahr eines anaphylaktischen Schocks infolge einer Injektionsbehandlung (z.B. Diclofenac i.m. bei akuter Lumbago). Erst eine negative orale Provokationstestung mit dem erforderlichen Medikament könnte dann für einen therapeutischen Einsatz grünes Licht geben.

Dr. Dieter Bruchhausen

Blanca-Lopez N et al. Value of the clinical history in the diagnosis of urticaria/angioedema induced by NSAIDs with cross-intolerance. *Clin Exp Allergy* 2013; 43: 85–91