Allergie-Selbsttherapie: Dr. Google-Diät überwinden

— Eltern sind oft überzeugt, dass hinter atopischer Dermatitis (AD) oder anderen allergischen Erkrankungen ihrer Kinder eine Nahrungsmittelallergie steckt. Informationen aus dem Internet bestärken sie, ihren Kindern auch ohne ärztliche Beratung unsinnige und strikte Diäten aufzuerlegen. „Bei ‚Dr. Google‘ findet sich gefährliches Halbwissen, werden Begriffe vermischt, Altersgruppen nicht auseinander gehalten und teils veraltete Informationen geliefert“, stellte Dr. Ute Staden, Berlin, bei der eigenen Recherche zur AD fest. Ob „Eatsmarter“, „Netdoktor“ oder „Reformhaus Ratgeber“, bei Neurodermitis wird die Diät unkritisch als wesentliche Behandlung empfohlen. „Dabei haben zwei Drittel der Kinder mit AD

gar keine Nahrungsmittelallergie“, betonte die Kinderärztin.

Die Nahrungsmittelprovokation kann die tatsächliche Allergie aufklären und eine differenziertere Therapie ermöglichen. So zum Beispiel im Falle eines 10 Monate alten Jungen, der im 5. Monat die Pre-Nahrung verweigerte, im 7. Lebensmonat nach zwei Löffeln Kuhmilchbrei eine periorale Rötung und Quaddeln, im 8. Monat bereits nach einem Löffel Kuhmilchbrei eine starke Lip-penschwellung entwickelte und im 9. Lebensmonat eine infekassozierte obstruktive Bronchitis hatte. Der betreuende Kinderarzt fand in der serologischen Diagnostik keinen Hinweis auf eine Allergie. Der von Staden selbst durchgeführte Pricktest im

zehnten Monat zeigte einen Hautindex auf Kuhmilch von 2,3. Sie riet, erst einmal – so weit möglich – weiter zu stillen und mittelfristig einen Provokationstest durchzuführen. Weil schließlich der Besuch einer Kindertagesstätte anstand, waren die Eltern zu einer stationären Nahrungsmittelprovokation bereit. Dort reagierte das Kind auf Kuhmilch nicht, aber – nach 2,5 Stunden – heftig auf rohes Hühnerei.

In der Konsequenz darf der Junge weiterhin Milchprodukte verzehren. Aufgrund der schweren Reaktion im Provokationstest hat Staden eine Schulung durchgeführt und ein Notfallset mit Adrenalinpen verschrieben. „Dank der Nahrungsmittelprovokation fällt nur ein Nahrungsmittel weg, ansonsten kann das Kind normal ernährt werden“, resümierte sie. *Friederike Klein*

AllergoCompact „Zwischen Unverträglichkeit und Ausschlussdiät als Trend der Zeit“

Richtige Diagnose – IPF oder EAA?

— Über den aktuellen, durch neue therapeutische Optionen getriggerten Hype um die idiopathische Lungenfibrose (IPF) sollte man nicht vergessen, auch an eine exogen-allergische Alveolitis (EAA) zu denken. Wie PD Dr. Dirk Koschel, Coswig, berichtete, er-

gab die Reevaluation von 46 Patienten mit IPF in einem spanischen Lungenfibrose-Zentrum, die in internationalen IPF-Therapiestudien randomisiert worden waren, dass 20 Patienten (43 %) tatsächlich an einer chronischen EAA litten [Morell F et al. Lan-

cet Respir Med 2013;1:685–94]. Insbesondere im chronischen Stadium und ohne erkennbare Antigenbelastung ist die Differenzialdiagnose schwierig, gab Koschel zu.

Ein aktuelles Positionspapier der European Academy of Allergy and Clinical Immunology (EAACI) gibt Empfehlungen zur Diagnose der beruflich bedingten EAA als Resultat einer nicht-IgE-vermittelten allergischen Reaktion auf Auslöser am Arbeitsplatz [Quirce S et al. Allergy 2016;71:765–79]. Erstmals wurden auch Kriterien für eine chronische berufsbedingte EAA definiert – besonders wichtig nicht nur für die Diagnose, sondern auch für Begutachtungsverfahren (Tab. 1). Immer ist der Zusammenhang mit der Allergenexposition wichtig. „Wir müssen uns alle erdenkliche Mühe geben, in der Anamnese nach beruflichen und nicht beruflichen Allergenquellen zu fahnden“, so Koschel. Zur Bestimmung von sIgG-Antikörpern werden ELISA-beziehungsweise FEIA-Tests angeboten. Weil die Herkunft der von Herstellern angegebenen Normwerte nicht immer klar ist, führt eine Arbeitsgemeinschaft der DGAKI derzeit eine multizentrische Studie zu Normwerten von sIgG-Antikörpern gegen mehr als 30 Allergene der EAA durch. Ergebnisse werden 2017 erwartet. *Friederike Klein*

Tab. 1: Diagnosekriterien für berufsbedingte EAA (nach [Quirce S et al. Allergy 2016;71:765–79])

Akute/subakute berufsbedingte EAA	Chronische berufsbedingte EAA
<p>Die Diagnose kann gestellt werden, wenn folgende Kriterien erfüllt sind:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Exposition mit einer potenziellen auslösenden Antigenquelle am Arbeitsplatz 2. Wiederholte Episoden von Symptomen, die 4 bis 8 Stunden nach beruflicher Exposition auftreten 3. Erhöhte Titer spezifischer IgG-Antikörper auf ein Berufsallergen 4. Inspiratorisches Knisterrasseln bei der körperlichen Untersuchung 5. Das Muster im hochauflösenden Computertomografie entspricht einer akuten oder subakuten EAA <p>Wenn nicht alle der unter 1. bis 4. genannten Kriterien erfüllt sind, kann eines der folgenden Kriterien als Ersatz herangezogen werden:</p> <ol style="list-style-type: none"> 6. Lymphozytose in der bronchoalveolären Lavage 7. Pathologie in der Lungenbiopsie entspricht einer akuten/subakuten EAA 8. Positiver inhalativer Provokationstest oder positives Ergebnis einer Provokation am Arbeitsplatz oder Verbesserung bei Karenz des vermuteten Allergens 	<p>Die Diagnose kann gestellt werden, wenn vier oder mehr der folgenden Kriterien erfüllt sind:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Exposition mit einer potenziell auslösenden Antigenquelle am Arbeitsplatz 2. Erhöhte Titer spezifischer IgG-Antikörper auf ein Berufsallergen oder Lymphozytose in der bronchoalveolären Lavage 3. Reduzierte CO-Diffusionskapazität (DLCO) und/oder Hypoxämie in Ruhe oder bei Belastung 4. Das Muster im hochauflösenden Computertomografie entspricht einer chronischen EAA 5. Pathologie in der Lungenbiopsie entspricht einer chronischen EAA 6. Positiver inhalativer Provokationstest oder positives Ergebnis einer Provokation am Arbeitsplatz oder Verbesserung bei Karenz des vermuteten Allergens

AllergoPlenum: „Berufliche und umweltbedingte Atemwegserkrankungen: Rationelle Diagnostik und rationaler Umgang“