

pilz-Allergien um Reaktionen vom Sofort- und nicht selten auch vom Spättyp handeln kann.

Bei positivem Hauttest folgt der Antikörpertest im Serum – bei einer kutanen Sofortreaktion das spezifische IgE, bei einer Spätreaktion das spezifische IgG und IgA. Bei Symptomen an den Atemwegen ist als nächster Schritt der nasale Provokationstest mit *Candida albicans* sinnvoll.

Suche nach dem Reservoir: Stuhl, Scheide oder Mundhöhle?

Ein Nachweis von *Candida albicans* im Stuhl kann ebenfalls Hinweise liefern. Allerdings müssen bei einer Kandida-Allergie nicht jederzeit die Hefen im Stuhl zu finden sein. Das Kandida-Reservoir befindet sich möglicherweise auch in der Mundhöhle, in der Scheide oder in einem anderen Organ, so daß ein negativer Stuhlbefund eine aktuelle Kandida-Allergie nicht unbedingt ausschließen muß.

Lohnender Therapieversuch mit Antimykotika

Leidet der Patient aktuell unter Symptomen, die bei positiven Tests an der Haut, in vitro oder nasal auf eine Kandida-Allergie hinweisen, so ist ein Karenzversuch in Form einer systemischen antimykotischen Therapie diagnostisch (ex juvantibus) und therapeutisch hilfreich. Dazu, so Lange, reicht zunächst die fünftägige Gabe von je 2 Tabletten Ketoconazol zu 200 mg (z.B. Nizoral®).

Unter dieser relativ kostengünstigen Kurzzeittherapie sind keine Leberschäden zu befürchten. Innerhalb weniger Tage kommt es bei einer gravierenden Kandida-Allergie zu einer eindrucksvollen Besserung der klinischen Symptome.

Bei Rezidiven kann eine Therapie mit Nystatin und/oder oralem Amphotericin B ausreichen, wenn ein Kandida-Befall lediglich der Mundhöhle, des Oesophagus und des Darms vorliegt.

Eine Hyposensibilisierung ist bei einer Kandida-Allergie allerdings nicht indiziert – so die einhellige Meinung der Referenten.

Dr. med. Helga Handschuh

Nach Vorträgen anlässlich einer Fortbildungsveranstaltung der ADA-Regionalgruppe, Bonn, im Herbst 1998.

Spezifische Immuntherapie schützt vor Neusensibilisierungen

Die spezifische Immuntherapie ist ein anerkanntes Therapieverfahren für Allergiker vor allem mit Monosensibilisierungen. Offensichtlich schützt diese Behandlungsmethode aber auch vor Neusensibilisierungen gegenüber anderen Allergenen, wie jetzt eine Studie mit Kindern gezeigt hat. Sie wurde auf der diesjährigen AAAAI-Jahrestagung in Orlando präsentiert.

Eine italienische Arbeitsgruppe ging der Frage nach, inwieweit die spezifische subkutane Immuntherapie mit einem Allergen (Hausstaubmilbe) die Entstehung weiterer allergischer Sensibilisierungen bei monosensibilisierten Kindern verhindern kann.

Fallkontrollstudie an asthmakranken Kindern

Zu diesem Zweck wurden 138 Kinder zwischen 5 und 8 Jahren mit intermittierendem oder mildem Asthma und einer Monosensibilisierung gegenüber Hausstaubmilben in eine prospektive Fallkontrollstudie eingeschlossen. Die Studie lief über einen Zeitraum von 3 Jahren (1990 bis 1992). Die Kinder wurden randomisiert zwei Gruppen zugeteilt: Die eine Gruppe unterzog sich 3 Jahre lang einer subkutanen Immuntherapie mit einem standardisierten Aluminiumhydroxid-gekoppelten Allergenextrakt, die andere Gruppe erhielt diese Behandlung nicht. Beide Gruppen wurden über 2 Jahre nachbeobachtet.

69 Kinder unter der Immuntherapie schlossen die Studie ab. Dabei wurden neue Sensibilisierungen signifikant weniger bei Kindern nach der Immuntherapie im Vergleich zu den Kindern der Kontrollgruppe beobachtet: Bei 52 der 69 monosensibilisierten und immuntherapierten Kinder (75%) traten keine weiteren Sensibilisierungen

auf – verglichen mit 18 der 54 Kinder (33%) aus der unbehandelten Kontrollgruppe.

Nach Abschluß der Studie stellte sich heraus, daß die häufigsten Neusensibilisierungen Pollenallergene betrafen, unabhängig davon, ob sie eine Pollen-Immuntherapie erhalten hatten oder nicht (z.B. Parietaria, Gras- oder Olivenbaumpollen).

Stoppt die Immuntherapie die Allergikerkarriere?

Die vorgelegten Daten unterstützen die besonders von Pädiatern vertretene Hypothese, daß eine Immuntherapie mit Allergenen bei kleinen Kindern möglicherweise die Entwicklung neuer Sensibilisierungen verhindern kann.

Die Gründe für eine Abnahme von Neusensibilisierungen bei jungen monosensibilisierten asthmatischen Kindern nach Behandlung mit einer spezifischen Immuntherapie im Vergleich zu der unbehandelten Kontrollgruppe bleiben nach Auffassung der Autoren noch unklar. Möglicherweise ist die spezifische Immuntherapie in der Lage, die kontinuierliche allergische Entzündung abzumildern oder gar zu stoppen.

Dr. med. J. Kleine-Tebbe

Pajno GB, Morabito L, Barberio G (Messina/Italien): Abstract 228 in J Allergy Clin Immunol 1999; 103 (1, part 2): S 60; herausgegeben anlässlich der 55. Jahrestagung der American Academy of Allergy, Asthma and Immunology (AAAAI), Orlando 1999.