



Kontra SLIT



Prof. Dr. Gerhard Schultze-Werninghaus ist Leiter der Abteilung für Pneumologie, Allergologie und Schlafmedizin der BG Kliniken Bergmannsheil in Bochum und Präsident der DGAI. Für ihn bleiben beim therapeutischen Einsatz der SLIT noch zu viele Fragen offen, die bei der SIT längst geklärt sind.

wiegende Nebenwirkungen ist laut Bergmann auch der wesentliche Pluspunkt für die SLIT. Sie eignet sich damit vor allem auch für Kinder, die Angst vor den SIT-Injektionen haben.

Wirksamkeit nicht überzeugend dokumentiert

In seinem Kontra-Statement würdigte Prof. Dr. Gerhard Schultze-Werninghaus die vorliegenden Studien kritisch. Seinen Worten zufolge ließe sich bei vielen Untersuchungen das Design

bemängeln, die Ergebnisse seien teilweise nicht exakt nachvollziehbar und häufig nur schwach oder gar nicht signifikant.

Der Trend gehe jedoch zu einer positiven Beeinflussung der Symptome und einer subjektiven Besserung des Befindens. Als ein positives Beispiel für eine gute Studie, an deren Ergebnisse die Forschungen in Zukunft anknüpfen könnten, nannte Schultze-Werninghaus die Arbeit von G. B. Pajno et al. (Kasten linke Seite), bei der Kindern mit Asthma mit vergleichsweise hohen sublingualen Allergendosierungen behandelt wurden.

Offen bleiben für die SLIT aber noch viele Fragen, die für die SIT bereits beantwortet sind. Dazu gehören die mögliche Verhinderung eines Asthma bronchiale bzw. von Polysensibilisierungen sowie die Frage nach Langzeiteffekten. Auch fehlen noch klare Indikationshinweise, Dosierungsempfehlungen sowie Kosten-Nutzen-Berechnungen, wie sie für die SIT mittlerweile vorliegen.

Die gute Verträglichkeit und die ersten Hinweise auf eine akzeptable Wirksamkeit sollten Anlass für weitere Forschungsanstrebungen sein, so Schultze-Werninghaus, die momentan vorliegenden Studienergebnisse reichen aber seinen Worten zufolge noch nicht für einen überzeugenden Wirksamkeitsnachweis aus.

Mehrheit der Pneumologen noch skeptisch

Dieser Einschätzung schlossen sich knapp 80% der Zuhörer an, die nach den Expertenausführungen um ihre Meinung zur SLIT gebeten wurden. Nur 20% hielten die Behandlungsform nach der derzeitigen Studienlage schon für ausreichend gesichert. Dass die SLIT aber eine Therapie mit Zukunft sei, darauf konnten sich beide Meinungsbildner in ihren Schlussstatements einigen. *bk*

Streitgespräch "Orale Hyposensibilisierung bei Asthma – Pro und Kontra". 44. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Pneumologie, München, 26.–29. März 2003

Gefährlicher Essigreiniger

Essigsäure erfreut sich zunehmender Beliebtheit in Putzmitteln und zur Entkalkung. Die aufsteigenden Dämpfe können jedoch noch Tage später für gesundheitliche Probleme sorgen. Dies zeigt das Beispiel eines 48-jährigen Polizisten, der auf der Berliner Grünen Woche mehr als eine Stunde lang an der Räumung und Absicherung nach Verpuffung von unsachgemäß gelagerter Essigsäure (zur Reinigung eines Soft-Eisgeräts gedacht) beteiligt war. Akut verspürte der Mann Atemwegsreizungen und Husten. Nach einem Intervall von etwa 10 Tagen erfolgte aufgrund einer „grippalen“ Symptomatik mit Husten, Glieder- und Thoraxschmerzen, Nachtschweiß und Fieber die Aufnahme in die Klinik. Es bestanden Tachypnoe, Ruhedyspnoe, Lippenzyanose und feuchte Rasselgeräusche. Der Gas-Transfer war hochgradig gestört. Bronchoskopisch zeigte sich eine floride Bronchitis mit Streptokokkennachweis. Röntgen, broncho-alveoläre Lavage und CT ergaben das Bild einer Alveolitis. Nach erfolgloser Antibiotikatherapie führte eine hoch dosierte Glukokortikoidtherapie zur raschen Besserung und vollständigen Rückbildung.

Nach Ansicht der Autoren handelte es sich hier um das klinische Bild eines akuten Intoxikationstraumas, dem pathogenetisch ein verzögert auftretendes intraalveoläres Ödem zugrunde lag. Die bakterielle Sekundärinfektion war durch die Schädigung der Alveolarmakrophagen begünstigt. *red*

Abay A, Serke M, Malesha D, Loddenkemper R, Nowak D. Inhalationsintoxikation mit Essigsäure. 44. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Pneumologie, München, 26.–29. März 2003

Lieber dick auftragen

Bei der Ermittlung des Lichtschutzfaktors von Sonnenschutzmitteln wird standardisiert eine Menge von 2 mg pro cm² Haut aufgetragen – unrealistisch viel, warnt Prof. Dr. Dietrich Abeck, München, und empfiehlt davon auszugehen, dass die reale Protektion nur etwa einem Drittel des angegebenen Lichtschutzfaktors entspricht. *es*

Abeck D. Spektrum photodermatologischer Krankheiten im Kindesalter. 52. Jahrestagung der Norddeutschen Gesellschaft für Kinderheilkunde und Jugendmedizin, Hildesheim, 16.–18. Mai 2003