

**Etagenwechsel in den Ösophagus**

Die eosinophile Ösophagitis ist eine Ausschlussdiagnose bei einer chronischen Entzündung der Speiseröhre und starken Schluckstörungen. Histologisch finden sich – anders als bei der Refluxkrankheit – hohe Eosinophilenzahlen. Dr. Dagmar Simon, Bern, charakterisierte mithilfe von Speiseröhrenbiopsien das Krankheitsbild weiter durch das Auftreten von T-Zellen und Mastzellen sowie die Expression von IL-5, TNF- $\alpha$  und IL-13. Bei der Untersuchung von 31 Patienten mit eosinophiler Ösophagitis zeigte sich eine hohe Inzidenz von allergischer Rhinitis und Asthma. Die Rhinitis war in jedem Fall vor der Ösophagitis aufgetreten. 77% der Patienten wiesen eine Sensibilisierung gegen Aero-, 61% gegen Nahrungsmittelallergene auf, Kreuzreaktionen waren häufig. Simon vertrat aufgrund der Ergebnisse die Auffassung, dass das Konzept der Atemwege als einheitlicher Manifestationsort der Atopie auf die Speiseröhre erweitert werden müsse. *fk*

**Simon D, Martl H, Heer P, Simon H-U, Braathen LR, Strauman A.** Eosinophilic esophagitis is frequently associated with IgE-mediated allergic airway disease. 17. Mainzer Allergie-Workshop, Mainz, 11.–12. März 2005

**Neuer Einsatz für Statine**

Das „leucocyte function antigen-1“ (LFA-1) ist an der Aktivierung von T-Lymphozyten und an deren Adhäsion am Endothel beteiligt. Da Statine LFA-1-Antagonisten sind, führte Prof. Dr. Tilo Biedermann, Tübingen, aus, kommen sie potenziell zur Therapie von Lymphozyten-vermittelten Erkrankungen in Frage. Tatsächlich sprechen entzündliche Erkrankungen wie die rheumatoide Arthritis auf Statine an. Jetzt steht auch die atopische Dermatitis als Einsatzgebiet zur Diskussion. In vitro und im Mausmodell blockierten LFA-1-Antagonisten die Adhäsion von Th2-Zellen am Endothel und inhibierten deren Zytokinproduktion. Ob den Statinen damit eine neue Karriere beschieden ist, müssen klinische Studien erst noch zeigen. *fk*

**Biedermann T, Günther C, Tangemann K, Schwärzler C, Lametschwandtner G, Rot A, Carballido JM.** Neue Therapiestrategie für die atopische Dermatitis: LFA-1-Antagonisten inhibieren Zytokinproduktion und Hautmigration von humanen Th2-Lymphozyten. 17. Mainzer Allergie-Workshop, Mainz, 11.–12. März 2005

**17. Mainzer Allergie-Workshop 2005**

**Allergene lutschen ohne Reue**

Auf der Suche nach alternativen Applikationsformen für die spezifische Immuntherapie sind mukosal lösliche Tabletten, die in wenigen Sekunden zergehen, aktuell ein viel versprechender Ansatz. Eine Phase-I-Studie prüfte jetzt die Sicherheit verschiedener Dosierungen einer Tablette mit standardisiertem Grasallergen.

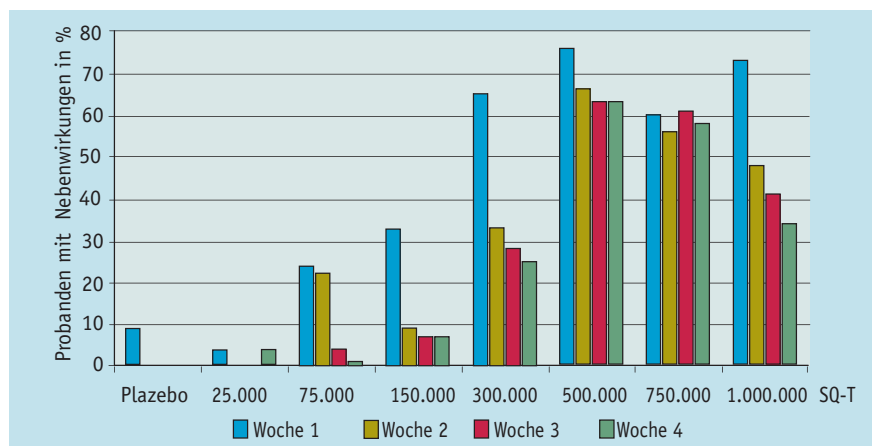
**E**in deutsch-dänisches Forscherteam rekrutierte 84 Patienten mit einer Graspollenallergie, nachgewiesen durch Anamnese, Pricktest und spezifisches Serum-IgE gegen *Phleum pratense*. Es lagen ansonsten keine saisonalen Allergien vor. Die Probanden waren im Mittel eher jung, der FEV<sub>1</sub>-Wert war eher niedrig – wahrscheinlich lag bei einigen Teilnehmern bereits allergisches Asthma vor. Im Rahmen eines doppelblinden Studiendesigns erhielten die Probanden über 4 Wochen einmal täglich entweder eine Graspollenallergentablette in unterschiedlicher Dosierung oder Placebo. Die Testdosierungen lagen bei 25.000, 75.000, 150.000, 300.000, 500.000, 750.000 und 1.000.000 SQ-T-Einheiten, Dabei entsprachen 100.000 SQ-T-Einheiten 20  $\mu$ g des Majorallergens Phl p 5.

Unerwünschte lokale Reaktionen traten häufig auf, allerdings keine systemischen Nebenwirkungen. Auch führte keines der Ereignisse zu einem Studienabbruch. Die häufigsten unerwünschten Wirkungen – bei mindestens 5% der Teil-

nehmer – waren orale Symptome wie Juckreiz und Unbehagen im Mund, Ödem der Mundschleimhaut, Brennen der Zunge, Irritationen im Rachenraum sowie – überwiegend in den höheren Dosierungen – Juckreiz in Ohr oder Augen sowie Konjunktivitis. Die unerwünschten Wirkungen traten dosisabhängig auf, in den niedrigeren Dosierungen ließen sie nach der ersten Behandlungswoche deutlich nach.

Priv.-Doz. Dr. Jörg Kleine-Tebbe, der die Ergebnisse vorstellte, attestierte als Fazit der Grastablette ein Sicherheitsprofil, das weitere Studien mit ausgesuchten Konzentrationen gestattet. Eine europaweite Phase-III-Studie mit einer Konzentration von 75.000 SQ-T-Einheiten pro Tablette wird derzeit durchgeführt. *fk*

**Kleine-Tebbe J, Herold DA, Ribel M.** Clinical safety of a grass pollen allergen tablet for specific immunotherapy. 17. Mainzer Allergie-Workshop, Mainz, 11.–12. März 2005



**Die unerwünschten lokalen Wirkungen der Graspollentablette nahmen dosisabhängig zu. Bei den niedrigeren Dosierungen ließen sie nach 1–2 Wochen deutlich nach.**