

Allergene besser lutschen?



Das heute als gesichert geltende Prinzip der spezifischen Immuntherapie ist der Switch von der bei Allergiekranke zunächst dominierenden TH2-Immunantwort mit Ausschüttung von IL-4, IL-5 und IL-13 in eine stärker werdende TH1-Antwort mit Ausschüttung von IFN- γ , IL-10 und IL-12, rekapitulierte Dr. Jean-Pierre Allam, Bonn. Ein weiterer wichtiger Wirkmechanismus dürfte auf einer Verstärkung der Aktivität von regulatorischen T-Zellen beruhen, wodurch u.a. ein Switch von der Produktion allergenspezifischer IgE-Antikörper hin zu allergenspezifischen IgG4-Antikörpern stattfindet. Gerade die Stimulation von T-regulatorischen Zellen sei für die Ausbildung der Immuntoleranz entscheidend, erklärte Allam.

Bei der Induktion der oralen Toleranz stehen spezielle dendritische Zellen, die oralen Langerhanszellen, an erster Front. Die oralen Langerhanszellen sind in der Schleimhaut lokalisiert und nehmen von dort Antigene auf, die sie dann prozessieren und nach Wanderung in die lokalen Lymphknoten den T-Zellen präsentieren.

Die vorläufigen Ergebnisse aktueller Untersuchungen zur Verteilung der dendritischen Zellen in der Mundhöhle werfen allerdings Fragen zur optimalen Platzierung der Allergenlösung bzw. der neuen Allergentabletten im Rahmen der sublingualen Immuntherapie auf: Danach ist die Zahl der CD1a-positiven dendritischen Zellen am höchsten in den Schleimhäuten von Gaumen, Wangen und Zunge, während die Zellzahl in der Gingiva geringer und im Sublingualraum am geringsten ist. Allerdings stammen die Befunde von post mortem entnommenen Gewebeprobe. Sollten sie sich aber in jetzt geplanten Ex-vivo-Untersuchungen bestätigen, so müsse man sich doch ernsthaft Gedanken über den richtigen Applikationsort der Allergene im Mund machen, so Allams Resümee. *bk*

Allam J.-P. Weiterentwicklungsmöglichkeiten der spezifischen Allergenimmuntherapie – neue präklinische Daten. Allergologie im Kloster, Kloster Eberbach, 11./12. Mai 2007

Histaminintoleranz – Hauptsache dran denken!

Die Prävalenz des Histaminintoleranzsyndroms liegt bei etwa 1%. Gemessen daran wird die Diagnose noch zu selten gestellt – vermutlich einfach deshalb, weil das Syndrom noch zu wenig bekannt ist oder auch zu selten daran gedacht wird.

Ursache für eine Histaminintoleranz ist ein Überangebot an Histamin, das durch körpereigene Enzyme nur noch unzureichend abgebaut werden kann. Am Häufigsten ist dafür eine eingeschränkte Aktivität der von der Darmschleimhaut sezernierten, Histamin abbauenden Diaminoxidase verantwortlich, erklärte Priv.-Doz. Dr. Natalija Novak, Bonn. Diese Aktivitätsminderung ist meist erworben, in der Regel infolge von chronischen entzündlichen Darmerkrankungen.

Patienten mit Histaminintoleranz zeigen oftmals ein buntes Symptombild mit Kopfschmerzen, Diarrhö, Dysmenorrhö, Hypotension, Arrhythmie, Urtikaria, Juckreiz, Flush und Asthmaanfällen, die nach Aufnahme histaminreicher Nahrung oder Alkohol auftreten. Besonders histaminreich sind beispielsweise Fisch und reife Tomaten. Erdbeeren, Ananas, Spinat und Schokolade gelten als Histamin freisetzend. Auch Medikamente wie Muskelrelaxanzien, Morphin, Acetylsalicylsäure, Metamizol, Verapamil, Ambroxol oder Amitriptylin können durch ihre Histamin liberierenden bzw. den Histaminabbau blockierenden Eigenschaften die Intoleranzsymptome hervorrufen.

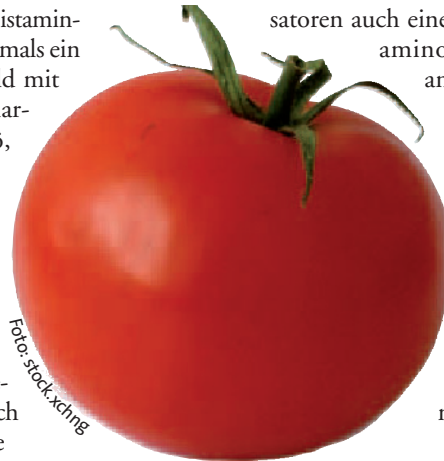
Die Diagnose Histaminintoleranzsyndrom zu stellen, erklärte Novak, gelänge häufig schon allein durch die Anamnese und gegebenenfalls durch das Führen eines Symptomtagebuchs. Auch eine Symptombesserung durch eine hist-

aminarme Diät oder durch Gabe von Antihistaminika oder Mastzellstabilisatoren spricht für das Vorliegen eines Histaminintoleranzsyndroms. Ergänzend bieten sich die Bestimmung der N-Methylhistaminkonzentration im Urin oder der Diaminoxidase-Aktivität im Blut an, in unklaren Fällen hilft die doppelblinde plazebokontrollierte Histaminprovokation weiter.

Zur Therapie steht neben einer histaminarmen Diät und der Gabe von Antihistaminika sowie von Mastzellstabilisatoren auch eine prophylaktische Diaminoxidase-Substitution an, sagte Novak. Diese Substitution kann als gezielte Prophylaxe beispielsweise vor dem Essen in einem Restaurant oder bei Freunden eingenommen werden, anzustreben wäre aber eine kontinuierliche Einnahme.

Bei einem nachgewiesenen Mangel der Vitamine B6 und C sowie des Spurenelements Zink – allesamt Cofaktoren des Histaminabbaus – kann eventuell eine entsprechende Supplementation in den üblichen Dosierungen die Symptome lindern. Hier kann eine Beratung durch eine entsprechend versierte Diätassistentin sinnvoll sein, Kontaktadressen vermittelt beispielsweise der Deutsche Allergie- und Asthmabund. *bk*

Novak N. Das Histaminintoleranzsyndrom: Bedeutung für die Praxis. Allergologie im Kloster, Kloster Eberbach, 11./12. Mai 2007



Reife Tomaten sind „Histaminbomben“.

Foto: stock.xchng