

SCIT kein Trigger für Autoimmunerkrankungen

Die Langzeitfolgen der subkutanen allergenspezifischen Immuntherapie sind wenig erforscht. Einzelne Fallberichte haben die Sorge geweckt, diese Form der Hyposensibilisierung könnte Autoimmunerkrankungen anstoßen.

Die medizinischen Daten aller dänischen Bürger, die zwischen 1997 und 2006 entweder eine subkutane spezifische Immuntherapie (SCIT) oder eine konventionelle Allergietherapie (CAT; nasale Steroide und orale Antihistaminika) erhalten hatten, wurden in einer Registerstudie ausgewertet. 18.841 SCIT- und 428.484 CAT-Patienten standen für die 10-Jahres-Studie zur Verfügung, in der außer dem Auftreten von Autoimmunerkrankungen auch das Herzinfarkttrisiko und die Sterblichkeit untersucht wurden.

Autoimmunerkrankungen wurden bei 206 (SCIT) bzw. 6.071 Patienten (CAT) registriert. Damit hatte die SCIT-Gruppe

ein zwar geringfügig, aber signifikant niedrigeres Erkrankungsrisiko (Hazard Ratio [HR]: 0,86; 95%-Konfidenzintervall [KI]: 0,74–0,99). Die Herzinfarktinzidenz und die Mortalität – adjustiert für Alter, Geschlecht und sozioökonomischen Status – fielen in der SCIT-Gruppe ebenfalls signifikant geringer aus als bei den konventionell behandelten Allergikern (HR Herzinfarkt: 0,70; 95%-KI: 0,52–0,93 und HR Mortalität: 0,71; 95%-KI: 0,62–0,81).

Die geringere Herzinfarktrate bei SCIT-Patienten könne damit zusammenhängen, dass die Aktivierung von Mastzellen zur Ruptur von Koronarplaques beiträgt, so die Studienautoren. Die Wis-

senschaftler können aber auch nicht ausschließen, dass die negativen Assoziationen durch mangelnde Vergleichbarkeit der beiden Gruppen zustande kommen – etwa weil kränkere Patienten seltener eine Immuntherapie erhalten. Trotzdem sei es „vom klinischen Standpunkt aus beruhigend“, dass bei SCIT-Patienten kein erhöhtes Risiko für Autoimmunerkrankungen oder Herzinfarkte gefunden worden sei.

Fazit: Die Beobachtungsstudie liefert keine Hinweise auf eine Zunahme von Autoimmunerkrankungen, Herzinfarkten oder Todesfällen nach einer SCIT.

Dr. Beate Schumacher

Linneberg A et al. Association of subcutaneous allergen-specific immunotherapy with incidence of autoimmune disease, ischemic heart disease, and mortality. *J Allergy Clin Immunol* 2012; 129: 413–9

Die häufigsten Anaphylaxie-Auslöser bei Kindern

Um Prävalenz, Ursachen und Verlauf von anaphylaktischen Reaktionen bei Kindern zu untersuchen, werteten Wissenschaftler in New York die Krankenakten einer pädiatrischen Notfallambulanz in New York aus.

In den Jahren 2004 bis 2008 wurden in der Notfallambulanz des Department of Pediatrics der Mount Sinai School of Medicine, New York, 213 anaphylaktische Reaktionen bei 182 Kindern behandelt. Über den untersuchten Zeitraum hinweg gab es keine signifikante Veränderung der Inzidenz. Die Anaphylaxie äußerte sich durch Ausschläge/Urlikaria (62 %), Kurzatmigkeit (49 %), Anschwellen des Kehlkopfes (42 %), Giemen (26 %), Gesichtsschwellungen (22 %), Erbrechen (20 %) und Thoraxschmerzen (8 %).

Als häufigster Trigger wurden in 71 % der Fälle Lebensmittel identifiziert. 9 % waren Reaktionen auf Medikamente (NSAR, Antibiotika, Impfungen, Blutprodukte, Hyposensibilisierung, L-Dopa und Arginin) und 5 % auf andere Auslöser (z. B. Haustiere, Insektenstich). Bei 15 % der Fälle konnte die Ursache nicht ermittelt werden. Von den Nahrungsmittelgetriggerten Anaphylaxien wurden 85 auf

ein spezifisches Lebensmittel zurückgeführt, 69 standen in Zusammenhang mit dem Verzehr von „gemischten“ Lebensmitteln wie z. B. Backwaren. Bei den spezifischen Lebensmitteln waren Fisch/Muscheln (26 %), Erdnüsse (20 %) und andere Nüsse (20 %) führend. Weitere Auslöser waren Früchte/Gemüse, Kuhmilch, Hühnereier, Weizen, Fleisch/Geflügel und Soja.

41 % der Reaktionen wurden als mittelschwer und 7 % als schwer eingestuft. In 29 Fällen wurden die Kinder stationär eingewiesen, in neun Fällen auf die Intensivstation. Patienten, die zwei Dosen Adrenalin erhalten hatten, kamen häufiger ins Krankenhaus als Patienten mit nur einer Adrenalininjektion ($p < 0,001$). Wenn allerdings die Adrenalingaben schon vor der Ankunft in der Ambulanz erfolgt waren, wurden die Kinder seltener stationär aufgenommen ($p = 0,05$). Häufiger als mit Adrenalin – der Therapie der



© Petrenko Andriy / Shutterstock.com

Bei Kindern sind meistens Lebensmittel für einen anaphylaktischen Schock verantwortlich.

ersten Wahl bei Anaphylaxie – waren die Kinder mit Antihistaminika und Kortikosteroiden behandelt worden (79 % vs. 92 % und 89 %).

Fazit: Lebensmittel dominieren als Auslöser von anaphylaktischen Reaktionen im Kindesalter. Durch eine frühzeitige Adrenalingabe können möglicherweise stationäre Behandlungen vermieden werden.

Dr. Beate Schumacher

Huang F et al. Anaphylaxis in a New York City pediatric emergency department: triggers, treatments and outcomes. *J Allergy Clin Immunol* 2012; 129: 162–8