

## Spezifische Immuntherapie – Adjuvanzen und Compliance

Prof. Dr. Natalija Novak, Bonn, hat die Rolle von Adjuvanzen bei der SIT unter die Lupe genommen. Die Strategien, um durch Adjuvanzen Wirksamkeit und Verträglichkeit der SIT zu verbessern, sind unterschiedlich. Zur Induktion einer Immunantwort können z. B. bakterielle Bestandteile hilfreich sein. Viele Adjuvanzen, die bei der SIT zum Einsatz kommen, sind natürliche oder synthetische Liganden der Toll-like-Rezeptoren. So der Toll-like-Rezeptor-Agonist Monophosphoryl Lipid A (MPL) – enthalten z. B. in Pollinex® Quattro –, der die Th1-Immunantwort und dadurch die Wirksamkeit der SIT verstärkt, wie Novak anhand verschiedener Studienergebnisse veranschaulichte. So zeigte sich im Mausmodell, dass eine Kombination aus Allergen und MPL die IgE-Produktion reduzieren und die IgG-Produktion erhöhen kann. Diesen Effekt bestätigt auch eine

Untersuchung von PD Dr. Oliver Pfaar und Kollegen mit 80 Gräserpollenallergikern, die sich einer sublingualen Immuntherapie (SLIT) unterzogen [Pfaar et al. Int Arch Allergy Immunol 2011;154: 336–44]. Die Studienautoren kommen zu dem Schluss, dass SLIT-Präparate, die MPL enthalten, gut vertragen wurden und effektiv waren.

Neben Verträglichkeit und Wirksamkeit spielt die Compliance bei der SIT eine entscheidende Rolle. Dazu präsentierte Prof. Dr. Ulf Darsow, München, die Ergebnisse einer prospektiven Datenerhebung zur Therapietreue bei subkutaner Immuntherapie (SCIT). Viele Studien zur Compliance lieferten bisher eher schlechte Ergebnisse, so Darsow. „Hier wurden jedoch oft nur die Verordnungszahlen angeschaut. Wir wollten mal hören, was die Patienten dazu zu sagen haben.“ 1.566 Pollenallergiker erhielten

nach dem ersten, zweiten und dritten Therapiejahr Fragebögen zu Wirksamkeit und Verträglichkeit der Therapie sowie zu den Gründen eines eventuellen Therapieabbruchs. Es zeigte sich, dass der mittlere Fortsetzungswunsch der Patienten nach einem Jahr bei über 90 % und nach zwei Jahren noch bei über 75 % lag. Als häufigster Grund für einen Therapieabbruch nach Jahr drei wurde genannt: „keine Allergieimpfung mehr nötig, da keine wesentlichen Beschwerden mehr“. Mit einer logistischen Regressionsanalyse wurden Patientenprofile zur Wahrscheinlichkeit von Therapieabbruch und Therapieerfolg identifiziert. Dabei zeigte sich unter anderem, dass jüngere Patienten mit Hypo-sensibilisierungserfahrung, aber nur mäßiggradiger Allergie bei Kurzzeitschemata die höchste Abbruchwahrscheinlichkeit hatten.

Marion Weber

Industriesymposium „Adjuvanzen und Compliance in der SIT – Meet-the-Expert“ im Rahmen des 7. Deutschen Allergiekongresses, München, 12. Oktober 2012; Veranstalter: Bencard

## Allergieprävention – von der Karenz zur Toleranz

Die strikte Allergenkenz bei Babys und Kleinkindern als Primärprävention von Allergien hat heute eine untergeordnete Bedeutung. Vielmehr stehen die Meidung von Noxen und eine frühe Toleranzinduktion im Vordergrund [AWMF-Leitlinie 061/016]. Für bereits sensibilisierte Kinder ist eine Allergenkenz aber nach wie vor sinnvoll.

Bereits gelegentliches Passivrauchen erhöht bei Risikokindern die Sensibilisierungsrate. Das Risiko für Sensibilisierungen wie auch für atopische Erkrankungen steigt mit der Nähe zu Straßen mit großer Verkehrsbelastung [Morgenstern V et al. Am J Respir Crit Care Med 2008; 177: 1331–7]. Prof. Dr. Carl-Peter Bauer, Fachklinik Gaißach, wies zudem darauf hin, dass auch Risikokinder geimpft werden sollten – die Sensibilisierungsrate ist im Trend bei geimpften Kindern sogar niedriger als bei nicht geimpften [Grüber C et al. Pediatrics 2003; 111: e282].

Bei nicht gestillten Risikokindern bieten sich Hydrolysatnahrungen an, um das atopische Ekzem (AE) zu verhindern. Dr.

Mike Poßner, medizinischer Direktor des Nestlé Nutrition Institute für Europa, betonte, dass die Bezeichnung „hypoallergen“ allein kein Garant dafür sei, dass ein Präparat das Risiko einer atopischen Dermatitis reduziere: „Nur ein Hydrolysat mit in randomisierten, kontrollierten Studien geprüfter Wirksamkeit sollte bei Ri-

sikokindern verwendet werden.“ Die partiell hydrolysierte Formula pHF-W (Beba® HA), so Poßner, sei mit zwölf Studien und zwei Metaanalysen das meistgeprüfte Hydrolysat. Die Risikoreduktion für ein AE liege bei 50 %.

Dr. Andreas Fischer

Industriesymposium „Allergie: Prävention und Therapie in der Pädiatrie“ im Rahmen des 7. Deutschen Allergiekongresses, München, 11. Oktober 2012; Veranstalter: Nestlé Nutrition

**Ist das die richtige für mich? Bei Risikokindern sollten nur geprüfte Hydrolysate ins Fläschchen kommen.**



© Getty Images/Stockphoto