

Birkenpollenallergie: Kurzzeit-SCIT innerhalb einer Saison

Ein Therapiestart innerhalb der Pollensaison bietet eine Reihe von Vorteilen: Zum einen erscheint der Patient mit seinen Beschwerden und ist hoch motiviert, eine Therapie durchzuführen. Zum anderen kann sofort die kausale Therapie gestartet werden, erklärte Prof. Dr. Ludger Klimek, Wiesbaden. Vor dem Hintergrund dieser Überlegungen startete in der Saison 2012 die INSIDE-Studie („Intraseasonal Specific Immunotherapy with Depiquick® Birch“).

Als weltweites Novum untersuchte INSIDE erstmals bei einer intrasaisonalen Aufdosierung die Sicherheit der Verabreichung der ersten Maximaldosis am ersten Tag und die Gabe aller sechs Maximaldosen in fünf Wochen. Das Studiendesign

war doppelblind, randomisiert und placebokontrolliert. 202 Patienten nahmen teil, die entweder Placebo erhielten oder das Prüfpräparat Depiquick® Birke, ein depigmentiertes Allergoid, das aufgrund des speziellen Aufreinigungsverfahrens die Gabe hoher Allergendosen in kurzer Zeit bei hoher Sicherheit erlaubt.

Als primärer Endpunkt wurde der kombinierte Symptom- und Medikationsscore (SMS) auf Grundlage der primären Expositionszeit gegenüber Birkenpollen festgelegt. Zur Erfassung der Symptome und der Medikation erhielten die Patienten ein Smartphone als eDiary. Die automatisierte Erinnerung zum Ausfüllen des eDiary erhöht die Konstanz der Eintragungen und erlaubte die

Kontrolle der Teilnahme-Adhärenz, berichtete Klimek.

Die INSIDE-Studie bestätigte erstmals die Sicherheit einer komplett intrasaisonal verabreichten Kurzzeitimmuntherapie. Die Ergebnisse weisen darauf hin, dass die Beobachtungsdauer bzw. die Birkensaison zu kurz ist, um Veränderungen bezüglich der Wirksamkeit in der untersuchten Therapiesaison zu detektieren. Die Daten zeigen jedoch bereits signifikante immunologische Reaktionen durch die Kurzzeittherapie mit Depiquick® Birke. INSIDE könne somit zu einem Umdenken in der bisherigen Praxis der extrasaisonalen Einleitung der SCIT führen, so Klimek.

Wolfgang Zimmermann

Industriesymposium „Late Breaking News! Studienergebnisse“ im Rahmen des 7. Deutschen Allergiekongresses, 12. Oktober 2012; Veranstalter: Novartis

Bradykinin-vermittelte Angioödem richtig behandeln

Stellt sich ein Patient mit Schwellungen der Haut oder Schleimhäute in der Praxis vor, ist als erster Schritt in der Differenzialdiagnostik von Angioödem die Abgrenzung von Schwellungen anderer Genese erforderlich, betonte Prof. Dr. Marcus Maurer, Berlin. Sind andere Ursachen für die Hautschwellung ausgeschlossen, gilt es den Pathomechanismus des Angioödems abzuklären, so Maurer.

Etwa neun von zehn Patienten mit rezidivierenden Angioödem leiden an ei-

ner durch Mastzellmediatoren vermittelter Form, die in der Regel gut mit Antihistaminika und Glukokortikoiden zu behandeln ist, erklärte Maurer. Wesentlich seltener diagnostiziert Maurer Bradykinin-vermittelte Angioödem, wobei angeborene (hereditäres Angioödem, HAE) und erworbene Formen unterschieden werden.

Therapieziel bei akuten Attacken eines HAE muss die möglichst rasche Symptombeseitigung sein, erklärte Prof. Dr. Werner Aberer, Graz. Zugelassen für die

Behandlung akuter Attacken eines HAE mit C1-Inhibitormangel (Typ 1 und 2) sind i. v. zu applizierende C1-Inhibitor-konzentrate und der subkutan verabreichbare Antagonist des Bradykinin-B2-Rezeptors Icatibant (Firazyr®).

Wolfgang Zimmermann

Industriesymposium „Angioödem – Diagnostik und Therapie in der klinischen Praxis“ im Rahmen des 7. Deutschen Allergiekongresses 2012, München, 11. Oktober 2012; Veranstalter: Shire

Mitgeführter Adrenalin-Autoinjektor als Lebensretter

Bei der Versorgung von Patienten mit hohem Risiko für eine anaphylaktische Reaktion dominieren Glukokortikoide und Antihistaminika die Verordnungsskala in Deutschland. Jeder Dritte erhält nicht den, in dieser Situation indizierten und potenziell lebensrettenden Adrenalin-Autoinjektor. Darauf wies Prof. Dr. Kirsten Beyer, Berlin, hin.

Im Vorgriff auf eine neue Leitlinie zur Akuttherapie anaphylaktischer Reaktionen nannte Beyer als Indikationen für

die Verordnung eines Adrenalin-Autoinjektors: frühere anaphylaktische Reaktionen gegen nicht vermeidbare Allergene, progrediente Schwere der Symptome, systemische Reaktionen mit Asthma bronchiale, systemische Allergie auf potente Allergene wie Erdnüsse, Baumnüsse oder Sesam, Reaktionen bereits auf kleinste Mengen Allergen sowie Mastozytose. Diesen Patienten sollte der Allergologe ein Notfallset mit einem Adrenalin-Autoinjektor (z. B. Jext®) in den Fertigdosis-

rungen 150 µg oder 300 µg verordnen. Das Notfallset enthält zudem ein Antihistaminikum, ein Glukokortikoid und ggf. ein Beta-2-Mimetikum zur weiteren Stabilisation des Zustandes sowie einen Anaphylaxie-Pass mit den Patientendaten und einer Handlungsanweisung für die Selbstapplikation. Besonders wichtig sei auch die Patientenschulung in der allergologischen Praxis. *Wolfgang Zimmermann*

Industriesymposium „Zukunftsperspektiven in der Allergologie“ im Rahmen des 7. Deutschen Allergiekongresses 2012, 12. Oktober 2012, München; Veranstalter: ALK Abelló