

Provokationstest mit Medikamenten: Tun oder lassen?

— Bei Verdacht auf eine Arzneimittelüberempfindlichkeit ist eine Abklärung wichtig, um durch einen Ausschluss unnötige therapeutische Einschränkungen zu vermeiden, bei einer Identifizierung des Auslösers aber eine entsprechende gezielte Karenz gewährleisten zu können. „Ein Provokationstest ist nicht immer nötig“, betonte Prof. Dr. Knut Brockow, München. Oft schließe bereits eine sorgfältige Anamnese, vor allem die Berücksichtigung des Zeitfensters, in dem die Reaktion auftrat, eine Arzneimittelüberempfindlichkeit aus. In anderen Fällen kann die Diagnose dagegen klinisch eindeutig gestellt werden, sodass ebenfalls auf eine Provokation verzichtet werden kann [Brockow K et al. *Allergo J Int* 2015;24:94–105].

Nur wenn eine Arzneimittelüberempfindlichkeit möglich oder wahrscheinlich sei, komme eine Provokation in Frage, so Brockow. Diese sei jedoch nicht ungefährlich. Der Einsatz sollte daher erst nach sorgfältiger Nutzen-Risiko-Abwägung erfolgen.

Ob ein Provokationstest mit Medikamenten sinnvoll und sicher ist, sei abhängig von der Art der klinischen Reaktion und dem verdächtigten Arzneimittel, sagte Prof. Dr. Axel Trautmann, Würzburg. Häufigste klinische

Anzeichen von Überempfindlichkeitsreaktionen auf Arzneimittel sind entweder ein makulopapulöses Exanthem oder eine Urtikaria. Zudem können ausgeprägte subjektive Beschwerden wie Schwindel, Schweißausbrüche, Herzklopfen oder Übelkeit auftreten. „Nach negativen Haut- und Labortests, die aber häufig gar nicht verfügbar oder nicht aussagekräftig sind, werden bei diesen Reaktionstypen zur Abklärung Provokationstestungen benötigt, die bei entsprechender Patientenauswahl nur mit einem geringen Risiko einhergehen“, betonte Trautmann.

Insbesondere bei verdächtigten Arzneimitteln, die mit großer Wahrscheinlichkeit erneut therapeutisch notwendig werden können, sollte die Verträglichkeit oder die Allergiediagnose durch einen Provokationstest gesichert werden. Dazu zählen Penicilline und Cephalosporine, nicht steroidale Analgetika, Lokalanästhetika, Clindamycin, Impfstoffe und Fluorchinolone. Sind jedoch nach einer Medikamentengabe generalisierete Pusteln, Hautblasen, Mundschleimhauterosionen, Fieber, eine arzneimittelinduzierte Nephritis oder Hepatitis oder schwere anaphylaktische Reaktionen aufgetreten, sollte man auf einen Provokationstest ver-

zichten oder diesen allenfalls in einem spezialisierten Zentrum durchführen, empfahl Trautmann. Das gelte besonders für Testungen mit bestimmten Arzneimitteln wie Sulfamethoxazol, Dapson, Phenytoin, Carbamazepin, Allopurinol, Matamizol und Virustatika wie Abacavir, Nevirapin und Efavirenz, die häufiger mit schweren klinischen Reaktionen assoziiert sind. Ist eine Provokation nicht durchführbar, sollte im Allergiepasse eine mögliche Arzneimittelüberempfindlichkeit dokumentiert und eine Karenz empfohlen werden.

Die Bedeutung der Provokationstestung verdeutlichte Trautmann anhand von Fallbeispielen: So konnte beispielsweise ein positiver Provokationstest – nach negativer Hauttestung – bei urtikariellen Beschwerden nach der Einnahme von Acetylsalicylsäure die Diagnose einer ASS-induzierten Urtikaria bestätigen. Im Falle eines Patienten, bei dem es im Rahmen einer Zahnbehandlung zu Schwindel, Luftnot, Schweißausbrüchen und weiteren subjektiven Beschwerden gekommen war, konnte dagegen eine negative Provokation eine Arzneimittelreaktion auf Articain ausschließen; es liegt nahe zu vermuten, dass eine Panikattacke für die Symptomatik verantwortlich war.

Angelika Bauer-Delto

AllergoArena „Provokationstest mit Medikamenten: Tun oder lassen?“

Beeinflusst Impfen das Allergierisiko?

— Eine Fülle an Studien beleuchtet das Thema Impfen und Atopierisiko. Eine Auswahl stellte PD Dr. Tobias Ankerkman, Kiel, vor. So wurde in einer aktuellen Analyse von Daten der KiGGS-Studie aus den Jahren 2003 bis 2006 überprüft, ob es einen Zusammenhang zwischen Impfungen im ersten Lebensjahr und einer späteren Diagnose einer atopischen Erkrankung gibt [Schlaud M et al. *Vaccine* 2017;35:5156–62]. Im Hinblick auf das Risiko einer allergischen Rhinitis waren 15.254 auswertbare komplette Datensätze verfügbar, für die atopische Dermatitis 14.297 und für das Asthma 15.262. Es ergaben sich keinerlei Hinweise, dass das Impfen das Risiko für atopische Erkrankungen erhöht. Bei Kindern, die im ersten Lebensjahr das vollständige Impfprogramm erhalten hatten, lag das Risiko,

dass später Heuschnupfen diagnostiziert wurde, sogar niedriger.

In der deutschen Geburtskohorte MAS-90 wurde untersucht, welchen Einfluss verschiedene Faktoren aus der frühen Kindheit auf die Entwicklung von Asthma bis zum Alter von 20 Jahren haben. Es zeigte sich, dass bei Geimpften die Asthmainzidenz niedriger war. Für die Masern/Mumps/Röteln(MMR)-, FSME- und die in früheren Jahren durchgeführte Bacillus Calmette-Guérin(BCG)-Impfung war der Effekt hoch. Die Analyse einer weiteren Geburtskohorte auf den Färöer-Inseln ergab, dass bei Kindern, die unter anderem eine MMR-Impfung erhalten hatten, im Alter von fünf Jahren die Asthmarate sowie die Rate der Sensibilisierungen gegen Gräserpollen um zwei Drittel niedriger lag als bei nicht Ge-

impften. Ein protektiver Effekt gegen Asthma ließ sich auch im Alter von 13 Jahren noch nachweisen.

Es gebe keine Belege, dass Impfungen die Entwicklung allergischer Erkrankungen wie Neurodermitis, Asthma und Heuschnupfen fördern, aber epidemiologische Hinweise, dass Impfungen das Allergierisiko senken, fasste Ankerkman zusammen. Entsprechend wird auch in der S3-Leitlinie zur Allergieprävention empfohlen, dass alle Kinder, auch Risikokinder, nach den STIKO-Empfehlungen geimpft werden sollten. Impfen könne aber nicht als Präventionsmaßnahme für Allergien empfohlen werden, sondern diene immer dem Schutz des geimpften Individuums, so Ankerkman.

Angelika Bauer-Delto

AllergoCompact „Impfen und Allergie“