

Bei schwerer Reaktion auf Nahrungsmittel auch an FPIES denken

— Das FPIES („food protein-induced enterocolitis syndrome“) sei ein potenzieller Notfall, sagte Britta Stöcker, Bonn. Das Krankheitsbild kann so ausgeprägt sein, dass eine stationäre Aufnahme erforderlich wird und zunächst fälschlicherweise eine schwere infektiöse Gastroenteritis oder eine Sepsis vermutet wird. Gerade wenn bei Säuglingen Beikost eingeführt wurde, sollte bei ausgeprägten gastrointestinalen Reaktionen differenzialdiagnostisch auch ein FPIES miteinbezogen werden, betonte Stöcker. Neben Kuhmilch und Soja können auch allergologisch als „unkritisch“ geltende Nahrungsmittel wie Reis, Hafer oder Geflügelfleisch sowie mit der Muttermilch aufgenommene Proteine mögliche Auslöser sein. Bei einer Spätmanifestation im Erwachsenenalter ist der Auslöser häufig Fisch. Die übliche Allergiediagnostik bleibt beim FPIES erfolglos, da es sich um eine nicht IgE-vermittelte Form der Nahrungsmittelallergie handelt. Infolge einer T-Zell-Aktivierung durch Nahrungsmittelallergene kommt es zu einer Ausschüttung der proinflammatorischen Zytokine TNF- α und IFN- γ und in der Folge zu einer intestinalen Inflammation. Empfehlungen zum Management dieser seltenen und noch wenig bekannten Form der Nahrungsmittelallergie

gibt eine aktuelle amerikanische Konsensus-Leitlinie [Nowak-Węgrzyn A et al. *J Allergy Clin Immunol* 2017; 139: 1111–26]. Für die Diagnostik des FPIES stünden keine pathognomonischen Laborparameter zur Verfügung. Entscheidend sei die Anamnese, so Stöcker: Major-Kriterium des akuten FPIES ist Erbrechen innerhalb von ein bis vier Stunden nach Verzehr des Auslösers, wobei die klassischen IgE-vermittelten allergischen Reaktionen der Haut oder Atemwege fehlen. Zu den Minor-Kriterien zählen Lethargie, Blässe, Durchfall fünf bis zehn Stunden nach Aufnahme des Auslösers, Hypotension und Hypothermie.

Beim chronischen FPIES könne die Diagnostik schwieriger sein, so Stöcker. Bei chronischen Formen führt der regelmäßige Verzehr des Auslösers ohne klare Assoziation zu den Mahlzeiten intermittierend zu Erbrechen und Durchfall, der auch blutig sein kann. Gedeihstörungen, Dehydratation und Azidose können hinzukommen. Wichtiges diagnostisches Kriterium ist, dass sich unter Karenz des verdächtigsten Lebensmittels innerhalb weniger Tage die Symptome bessern und bei Reexposition ein akutes FPIES auftritt.

Bei klarem klinischen Befund eines akuten FPIES müsse die Diagnose initial nicht

durch eine Provokation gesichert werden, so Stöcker. Bei nicht eindeutiger Anamnese oder um im weiteren Verlauf zu überprüfen, ob es zu einer Remission der Nahrungsmittelunverträglichkeit gekommen ist, sollte unter kontrollierten stationären Bedingungen eine Provokation durchgeführt werden. Da manche Patienten spezifisches IgE gegen den Auslöser entwickeln, sollte dieses vor der Exposition bestimmt werden.

Bei der akuten Behandlung steht die Flüssigkeitsgabe im Vordergrund. Zudem wird Prednisolon verabreicht. Eine gute therapeutische Wirksamkeit habe Ondansetron, so Stöcker. Dabei sollte jedoch beachtet werden, dass es zu einer Verlängerung des QT-Intervalls kommen kann.

Der Patient oder die Eltern sollten über das Management akuter Episoden aufgeklärt werden und ein Notfallset erhalten. Im Notfallpass sollte erläutert werden, um welche Erkrankung es sich handelt. Wichtig sei beim akuten wie chronischen FPIES zudem eine qualifizierte Ernährungsberatung, die auch berücksichtigt, dass sich möglicherweise auf weitere Nahrungsmittel ein FPIES entwickeln kann.

Angelika Bauer-Delto

AllergoCompact „Nahrungsmittelunverträglichkeiten – Jenseits des IgE“

Atopische Dermatitis: endlich gezielt antientzündlich behandeln?

— In den vergangenen Jahren wurden verschiedene antientzündliche Substanzen entwickelt, die spezifisch an unterschiedlichen Immunantworten bei der atopischen Dermatitis ansetzen. Einer der Angriffspunkte ist das bei der atopischen Dermatitis überaktive Enzym Phosphodiesterase (PDE)-4. Durch dessen Hemmung kann das intrazelluläre cAMP erhöht und die Bildung proinflammatorischer Zytokine reduziert werden. Eine der neueren Entwicklungen im Bereich der topischen Behandlung ist der PDE-4-Inhibitor Crisaborol. In den USA ist eine Salbe mit diesem Wirkstoff bereits zugelassen. Die Effekte seien als eher mild einzustufen und die

Substanz sei auch für Kinder geeignet, sagte Prof. Dr. Thomas Werfel, Hannover. Für die Systemtherapie wurde mit Dupilumab jetzt der erste monoklonale Antikörper für Erwachsene mit mittelschwerem bis schwerem atopischem Ekzem zugelassen, berichtete Werfel. Dupilumab blockiert den IL-4-Rezeptor und dadurch gleichzeitig die Funktion der Th2-Zytokine IL-4 und IL-13. Zwei randomisierte, placebokontrollierte Phase-III-Studien belegen, dass eine Therapie über 16 Wochen sowohl die Symptome der Neurodermitis einschließlich Juckreiz als auch die Lebensqualität signifikant verbessert [Simpson EL et al. *N Engl J Med* 2016;375:2335–48]. Die

Wirksamkeit und Sicherheit konnte über einen Nachbeobachtungszeitraum von einem Jahr bestätigt werden [Blauvelt A et al. *Lancet* 2017;389:2287–303].

Zu neueren Therapieansätzen, die derzeit in der Erprobung sind, zählen auch Substanzen mit dualen Wirkungen auf Juckreiz und Entzündung wie Antagonisten gegen den Histamin-4-Rezeptor, Antikörper gegen den IL-31-Rezeptor A sowie Antikörper gegen das Zytokin TSLP („thymic stromal lymphopoietin“). Eine gute Beherrschung von Juckreiz trage auch dazu bei, entzündliche Läsionen infolge des Kratzens zu reduzieren, so Werfel. Auf die weitere Entwicklung darf man gespannt sein. *Angelika Bauer-Delto*

AllergoPlenum „Precision Medicine in der Allergologie – Realität oder Vision?“