

Arzneimittelallergie bei Kindern und Jugendlichen

— „Unerwünschte Arzneimittelwirkungen sind ein häufiger Grund für stationäre Aufnahmen in Kinderkliniken“, berichtete PD Dr. Hagen Ott, Hannover. Der Anteil allergischer Reaktionen werde etwa auf ein Drittel bis die Hälfte dieser Fälle geschätzt. Bei 4–10% aller Kinder vermuteten deren Eltern eine Arzneimittelallergie. Bestätigt würde sie nur bei 6–16% der daraufhin untersuchten Kinder, so Ott. Laut europäischem Anaphylaxieregister werden 3–5% aller Anaphylaxien bei Kindern und Jugendlichen durch Arzneimittel ausgelöst, am häufigsten durch Antibiotika oder nicht steroidale Antirheumatika (NSAR). Bei vielen Verdachtsfällen handelt es sich um infektionsbedingte Exantheme, ergänzte Prof. Knut Brockow, München. Außerdem ist eine Verwechslung – beispielsweise mit Masernexanthenen – häufig, so Ott. Als wichtigen differenzialdiagnostischen Parameter zur Abgrenzung eines Exanthems gegenüber Anaphylaxie und Urtikaria nannte Brockow die zeitliche Dynamik, mit der die

Hautläsionen erscheinen und wieder abklingen: Bei Anaphylaxie und Urtikaria entwickeln sie sich schnell und klingen innerhalb von höchstens zehn Stunden wieder vollständig ab. Ein arzneimittelbedingtes Exanthem dagegen baut sich innerhalb von einem bis zwei Tagen auf und ist oft auch nach vier Tagen noch deutlich erkennbar. Die diagnostische Vorgehensweise entspricht bei Kindern und Jugendlichen in der Regel der Erwachsenendiagnostik, so Brockow. Da eine Intradermale Testung (IDT) schmerzhaft ist, solle diese möglichst streng indiziert werden. Die Sensitivität von Hauttests sei eher gering und eine Validierung im Kindes- und Jugendalter fehle. Bei Sofortreaktionen seien sie aber weiterhin Standard. Bei milden Spätreaktionen mit makulopapulösem Exanthem sei eine direkte Provokation mit dem verdächtigen Arzneimittel zu erwägen – bei schweren Exanthenen sei zunächst ein Hauttest und nur wenn dieser negativ ausfalle, eine Provokation ratsam.

Dies ist häufig bei Penicillinallergien der Fall, erklärte Ott: Hauttestungen seien bei 90–95% der Patienten negativ. Spanische Allergologen haben in einer prospektiven Studie gezeigt, dass Penicillinallergien im Kindes- und Jugendalter mit konventioneller Diagnostik nur unzureichend detektiert werden. Eine höhere Sensitivität könne dagegen mit einer mehrtagigen Provokation erreicht werden. Bis zu fünf Tage anhaltende Provokationen hätten sich als durchführbar erwiesen – ohne Anaphylaxien oder schwere verzögerte Reaktionen auszulösen [Ibáñez MD et al. *Ann Allergy Asthma Immunol* 2018;121:235–44]. Diese Vorgehensweise ist jedoch spezialisierten Zentren mit ausreichender Notfalllogistik vorbehalten, betonte Ott. Bei gesicherter Arzneimittelallergie oder wenn diese zumindest nicht ausgeschlossen werden kann, ist der Patient mit einem Anaphylaxiepass zu versorgen. Eine strikte Vermeidung des Auslösers ist dann essenziell. Gegebenenfalls kann eine Desensibilisierung erwogen werden. *Dr. Thomas M. Heim*

AllergoActive „Arzneimittelallergie bei Kindern und Jugendlichen: Klinische Besonderheiten und sinnvolle Diagnostik“

Seltene allergische Erkrankungen

— Allergische Erkrankungen wie Rhinokonjunktivitis, Asthma oder Ekzeme kommen häufig vor. Doch wenn solche Erkrankungen – ähnlich wie Infektionskrankheiten in Hinblick auf die jeweiligen Erreger – nach den auslösenden Allergenen klassifiziert werden, so gibt es häufige und seltene Allergene und allergische Erkrankungen, wie Prof. Dr. Joachim Saloga, Mainz, ausführte. Und werden die polygenetischen atopischen Krankheiten nach einzelnen, anteilig zugrundeliegenden Genmutationen und Polymorphismen unterschieden, so entstehen Krankheitsgruppen, von denen einige ebenfalls selten sind: Mit seltenen Genotypen und – je nach Pathophysiologie – seltenen Endotypen. Als „seltene Erkrankungen“ („rare/orphan disease“) gelten in der EU solche, von denen maximal fünf von 10.000 Einwohnern betroffen sind. Um die Versorgung von Allergikern mit seltenen Endotypen beziehungsweise seltenen oder komplexen Begleiterkrankungen zu verbessern, müssten laut Saloga spezialisierte Zentren etabliert werden.

Auf seltene und damit meist weniger bekannte Pollenallergene verwies Dr. Stefanie Röseler, Aachen. Dazu gehören die japanische Zeder, die Olive, die sich kreuzreaktiv zur in Deutschland häufiger vorkommenden Esche verhält, die Marone (Esskastanie), weißer Gänsefuß, Spitzwegerich und Ambrosia artemisiifolia (Traubenkraut). Die Allergie auf den weißen Gänsefuß wird, so Röseler, ebenfalls häufig kreuzreaktiv vermittelt. Der Anteil von Ambrosia an allen Pollensensibilisierungen wird in Deutschland auf 14% geschätzt, die Stärke der Pollenkonzentration ist tageszeitabhängig. Generell sei es empfehlenswert, bei der Suche nach seltenen Allergenen und für eine korrekte Diagnose gleich mehreren Methoden anzuwenden. Auch die – im Gegensatz zur Hausstaubmilbe weniger bekannten – Vorratsmilben können eine Allergie auslösen, erklärte Prof. Dr. Karl-Christian Bergmann, Berlin. Sie werden oft nicht als eigenständige Milbengruppe wahrgenommen, weil alle Milbenarten, die in Häusern auftreten und IgE-vermittelte Sensibilisierungen auslösen, als

„domestic mites“, also Hausmilben, bezeichnet werden. Vorratsmilben ernähren sich – anders als Hausstaubmilben – von toten Materialien und Pilzen und kommen deshalb vor allem im landwirtschaftlichen Bereich vor. Doch sind sie häufig auch Bestandteil des Hausstaubes und können, unabhängig von Hausstaubmilben, zu Sensibilisierungen führen. Die Hülle des Kots der Milben und ihre Eier sind hochallergen. Klinisch erscheint die Vorratsmilbenallergie gleich der Allergie gegen Hausstaubmilben, jedoch zeigt ein Test auf Hausstaubmilbensensibilisierung nicht automatisch eine vorhandene Sensibilisierung gegen Vorratsmilben an; es gibt nur bedingt Kreuzreaktionen. Vorratsmilbenallergiker können vermutlich von einer spezifischen Immuntherapie profitieren. *Kathrin von Kieseritzky*

AllergoCompact „Seltene Erkrankungen in der Allergologie“

Weitere Kongressberichte online unter www.springermedizin.de/link/16181616