

Die Behandlung wird weiter nach dem bekannten mehrstufigen Schema empfohlen, wobei die Leitlinie noch etwas stärker als bisher die Bedeutung von ICS bei leichtem Asthma (Stufe 1) betont. Ärzte sollten eine ICS-Dauertherapie statt alleiniger SABA-Bedarfsmedikation erwägen, um die Gefahr schwerer Anfälle zu verringern.

Fast unverändert bleibt Stufe 2. In Stufe 3 hält die Leitlinie am SMART („single inhaler maintenance and reliever therapy“)-Prinzip fest: Patienten mit ICS/LABA-Fixkombi als Dauertherapie dürfen diese auch als Bedarfsmedikation einsetzen, sofern sie Formoterol enthält.

In Stufe 4 ist nun auch eine mittelhohe statt einer hohen Dosis von ICS plus Leukotrien-Antagonisten eine Option zur Symptomkontrolle, in Stufe 5 wird der Antikörper Benralizumab als weitere Add-on-Option angesehen. *Thomas Müller*

Ong KY. What's new in the Global Initiative for Asthma 2018 report and beyond. *Allergo J Int* 2019;28:63–72

Kommentar

Der aktuelle GINA Report 2018 (zu finden unter www.ginaasthma.org) ist eigentlich eine Pflichtlektüre für alle unter uns, die Patienten mit Asthma behandeln. Aber wer da mal reingeschaut hat wird schnell merken

wie umfangreich das Werk ist. Wer es etwas leichter und verdaulicher lesen möchte, dem sei die Zusammenfassung der wesentlichen Neuheiten von Kheng Yong Ong, Singapur, im *Allergo Journal International* wärmstens zur Lektüre empfohlen – kurz, prägnant und auf die wesentlichen Neuerungen fokussiert – eine Freude für jeden, der sich kurz zum Asthma aktualisieren möchte.



Prof. Dr. Thilo Jakob
Direktor der Klinik für Dermatologie und Allergologie
Universitätsklinikum Gießen, UKGM, Justus Liebig Universität Gießen

Hochdosis-Pricktest bei Insektengiftallergie

Ein Team aus Marburg hat untersucht, ob ein Pricktest mit deutlich erhöhter Insektengiftkonzentration in der Lage ist, den aufwendigen und oft schmerzhaften Intradermaltest als ergänzendes Diagnostik-Tool zu ersetzen.

In der Diagnostik von Insektengiftallergien ist der Hautpricktest (SPT) als praktikables und kostengünstiges Instrument fest etabliert. Üblicherweise werden dabei Giftkonzentrationen von maximal 100 µg/ml verwendet. Bei negativem Testergebnis wird ergänzend der Intradermaltest (IDT) eingesetzt. Ein Forscherteam aus Marburg hat nun untersucht, ob ein SPT mit deutlich höherer Insektengiftkonzentration (300 µg/ml) in der Lage ist, vergleichbare oder bessere Ergebnisse zu erzielen.

Dazu wurden 75 Patienten mit einer anaphylaktischen Stichreaktion (Bienen- oder Wespenstich) in der Vorgeschichte Testreihen mit verschiedenen Konzentrationen (1, 10, 100 bzw. 300 µg/ml für den SPT und 1 µg/ml für den IDT) unterzogen. Ausgewertet werden konnten 74 Hauttests mit Bienen- und 68 mit Wespengift. Auf den SPT1 reagierte nur ein Patient positiv, auf den SPT10 reagierten fünf (7%) und auf den SPT100 48 (64%). Beim IDT1 lag die Rate der positiv Getesteten bei 68%, beim SPT300 waren es 83%, wenn man einen mittleren Quaddeldurchmesser von mindestens 3 mm als positiv wertete.

Um die Aussagekraft dieser Ergebnisse zu beurteilen, führten die Autoren eine separate Analyse mit Patienten durch, die laut Antikörpertest (IgE-Test) nur gegen eine Insektengiftart (Biene oder Wespe) sensibilisiert waren. Hier zeigte sich, dass etwa ein Drittel (13 von 37) dieser monosensibilisierten Teilnehmer im SPT300 auf das jeweils andere Gift reagierte; der hochkonzentrierte Test war in diesen Fällen also erwiesenermaßen falsch-positiv. Während die Sensitivität des SPT300 für beide Giftarten bei jeweils über 80% lag, erreichte die Spezifität gegenüber Bienengift nur völlig unzulängliche 52%.

Laut den Autoren lässt sich das Problem der geringen Spezifität zwar möglicherweise umgehen, indem man den Schwellenwert für ein positives Testergebnis im SPT300 auf einen Quaddeldurchmesser von 4 mm anhebt. Unter diesen Umständen sank in der Studie die Anzahl der positiven Testergebnisse auf 69%, ähnlich wie beim IDT1. Allerdings sei das Arbeiten mit unterschiedlichen Parametern in der klinischen Routine wenig praktikabel. Das Team würde den SPT300 mit Bienengift weder als Ergänzung zum üblichen SPT

noch als Alternative zum IDT1 empfehlen.

Dr. Elke Oberhofer

Möbs C et al. Evaluation of a modified skin prick test for diagnosis of Hymenoptera venom allergy. *Allergo J Int* 2019;28:43–9

Kommentar

Die Diagnostik der Insektengiftallergie umfasst Anamnese, serologischen Nachweis von spezifischem IgE und Hauttestung mittels SPT und/oder IDT. Während für den SPT üblicherweise kommerzielle Testlösungen bis zu einer Konzentration von 100 µg/ml verwendet werden, müssen für den IDT die Testlösungen aus den Therapieextrakten vom behandelnden Allergologen hergestellt werden. Dies ist aufwendig und fehleranfällig und wird daher fast ausschließlich an spezialisierten Zentren durchgeführt. Daher hat sich die aktuelle Studie mit der praxisrelevanten Frage befasst, ob eine kommerziell verfügbare SPT-Lösung mit 300 µg/ml in der Testroutine nicht den aufwendigen IDT (1 µg) ersetzen könnte. Das dies besonders bei der Bienengiftallergie leider nicht der Fall ist und warum das so ist, lohnt sich in der Originalarbeit nachzulesen.



Prof. Dr. Thilo Jakob
Direktor der Klinik für Dermatologie und Allergologie
Universitätsklinikum Gießen, UKGM, Justus Liebig Universität Gießen