

Anaphylaxien unter Erdnuss-Immuntherapie

Schlechte Nachrichten für Patienten mit Erdnussallergie: Einer aktuellen Metaanalyse zufolge traten unter einer oralen Immuntherapie bei Kindern deutlich mehr allergische Reaktionen auf als mit Allergenkenz oder Placebo.

Die Dringlichkeit, bessere Maßnahmen als Kenz oder Notfallmedikation gegen Nahrungsmittelallergien wie die Erdnussallergie zu haben, liegt auf der Hand: Die Erdnussallergie wächst sich nicht aus, sondern bleibt bei 80–85 % der Betroffenen lebenslang bestehen. Die Erdnussallergie betrifft etwa 2 % der Kinder und 1 % der Erwachsenen in wohlhabenden Ländern. Ein neuer Hoffnungsträger, die Erdnussallergie besser in den Griff zu bekommen, ist die orale Immuntherapie. Die Ergebnisse aus Studien hierzu waren widersprüchlich.

Um mehr Licht ins Dunkel zu bringen, haben kanadische Allergologen nun zwölf randomisierte kontrollierte Studien hierzu analysiert. Die Teilnehmer waren 1.041 Kinder mit Erdnussallergie im Alter von durchschnittlich neun Jahren, die entweder eine orale Immuntherapie mit Erdnuss erhalten hatten oder lediglich Placebo oder sich in Allergenkenz übten (Kontrollgruppe). Die Forscher haben jedoch nicht – wie in den

Studien üblich – den Erfolg der Therapie danach beurteilt, ob die Kinder die ärztliche überwachte Provokation mit Erdnuss überstanden hatten, sondern sie haben dazu andere Kriterien gewählt wie das Risiko und die Häufigkeit von Anaphylaxie oder den Bedarf an Notfallmedikation während eines Jahres.

Das Ergebnis war enttäuschend: Die orale Immuntherapie mit Erdnuss erhöhte das Risiko und die Häufigkeit der Anaphylaxie um etwa das Dreifache im Vergleich zum Verzicht auf diese Therapie (22,2 % vs. 7,1 %). Außerdem benötigten die Kinder mit oraler Immuntherapie etwa doppelt so häufig Adrenalin als Notfallmedikation wie die Kinder aus der Kontrollgruppe (8,2 % vs. 3,7 %). Auch schwere Nebenwirkungen, etwa lebensbedrohliche oder solche, die eine Klinikeinweisung notwendig machten, traten mit der Immuntherapie häufiger auf (11,9 % vs. 6,2 %), und zwar in ähnlichem Ausmaß während der Aufdosierungs- und Erhaltungstherapie-Phase.

Und: Die Lebensqualität war bei Kindern, die eine orale Immuntherapie erhalten hatten, nicht besser als bei Kontrollkindern.

In einem Punkt schnitten die Kinder mit Immuntherapie jedoch besser ab: Sie bestanden die ärztlich überwachte Provokation mit Erdnuss in der Klinik, die üblicherweise in Studien als Surrogatparameter für die Verringerung der allergischen Reaktionen außerhalb der Klinik verwendet wird, häufiger als Kinder ohne orale Immuntherapie.

Fazit: Die Desensibilisierung mit oraler Immuntherapie in der Klinik funktioniert offenbar recht gut, dieser Erfolg lässt sich aber offenbar nicht auf das Alltagsleben übertragen. Für die Autoren bedeuten die neuen Erkenntnisse aber nicht das Ende der oralen Immuntherapie bei Erdnussallergie. Sie fordern größere randomisierte Studien, in denen die Therapie nach patientenrelevanten Kriterien beurteilt wird, etwa nach der Häufigkeit allergischer und anaphylaktischer Reaktionen im weiteren Verlauf.

Ingrid Kreutz

Chu DK et al. Oral immunotherapy for peanut allergy (PACE): a systematic review and meta-analysis of efficacy and safety. *Lancet* 2019;393: 2222–32

Atopische Dermatitis: partielle Meidung statt Eliminationsdiät

Sind Eliminationsdiäten bei Kindern mit atopischer Dermatitis noch gerechtfertigt?

Diese Frage stellen sieben namhafte Allergologen nach sorgfältiger Überprüfung, ob der angenommene Benefit einer durchgeführten Auslassdiät auf den Hautzustand bei Kindern mit atopischer Dermatitis (AD) die Nachteile und Risiken einer diätetischen Einschränkung tatsächlich übersteige.

Etwa 40 % der moderat bis schwer betroffenen Kinder mit AD leiden parallel unter einer klinisch relevanten Nahrungsmittelallergie, deren Entstehung nach aktuellem Wissensstand durch den Barriere defekt der Haut begünstigt wird.

Dass eine frühe orale Exposition Toleranz induzieren kann, habe die erfolgreiche Einführung von Erdnuss im Rahmen der LEAP (Learning Early About Peanut)-Studie gezeigt, so die Autoren der vorliegenden Untersuchung. Ein möglicher negativer Einfluss von *Staphylococcus aureus*, einem Keim, der nahezu in allen akuten Läsionen der Haut anzutreffen ist, und dessen Enterotoxinen auf die Toleranz wird nahegelegt.

Bekanntlich kann eine Nahrungsmittelallergie bei Kindern mit AD sowohl sofortige Symptome auslösen als auch

Spätreaktionen im Sinne einer Ekzemplverschlechterung begünstigen. Doch nicht immer tritt beides parallel auf. Nur ein Teil der Kinder mit Soforttypreaktionen entwickelt auch eine Hautverschlechterung und vice versa.

Bei nachweislicher Verschlechterung der Haut nach Verzehr eines spezifischen Nahrungsmittels sei die gängige Praxis dieses Nahrungsmittel zu meiden, um Schweregrad des Ekzems und Häufigkeit der Schübe einzudämmen. Es habe sich in diversen Studien gezeigt, dass eine Eliminationsdiät bei einer Untergruppe von Kindern mit AD, die eine klinisch relevante Nahrungsmittelallergie gegen Kuhmilch, Hühnerfleisch, Weizen und/oder in seltenen Fällen Soja haben, den Schweregrad der AD signifikant, aber meist nicht vollständig mindern könne. Dennoch sei die Basis jeder Therapie bei AD das adäquate Hautmanagement. Ein