

Neue S3-Leitlinie: Durchführung des Epikutantests

— Einige wichtige Vorgaben der neuen S3-Leitlinie „Durchführung des Epikutantests mit Kontaktallergenen und Arzneimitteln“ wurden auf dem Allergiekongress zusammengefasst: Geht es im Epikutantest um eine möglichst hohe Spezifität, wird in der Leitlinie eine Expositionsdauer von zwei Tagen empfohlen. Geht es dagegen um eine hohe Sensitivität, kann erwogen werden, die Expositionsdauer auf einen Tag zu begrenzen. Allergene mit häufigen Spätreaktionen sind Glukokortikoide, Aminoglycosid-Antibiotika, Formaldehyd, Formaldehyd-Abspalter und -Harze, para-Phenylendiamin und in der Dentalmedizin verwendete Metalle. Die unterschiedliche Dauer bis zur Hautreaktion erfordert drei Ablesungen.

Ablesezeitpunkte:

- Tag 0: Epikutanpflaster aufkleben
- Tag 2 (48 Stunden): Pflaster entfernen, erste Ablesung
- Tag 3 (72 h): zweite Ablesung
- Tag 7 (168 Stunden): dritte Ablesung

Bei Problemallergenen sei die Entscheidung, ob der Epikutantest zu einer echten allergi-

schen Reaktion oder zu einer Irritation der Haut geführt hat, häufig schwierig, so PD Dr. Heinrich Dickel, Bochum. Um eine gesteigerte Hautirritation abzugrenzen, wird das Detergenz Natriumlaurylsulfat als Irritanzkontrolle mitgetestet. Wenn der Epikutantest mit einem Allergen-Mix durchgeführt wird, sollten die darin enthaltenen Kontaktallergene aufgeschlüsselt werden, wenn der Test positiv ausfällt.

Bei Patienten, die mit Glukokortikoiden ab 20 mg pro Tag Prednisolonäquivalent behandelt werden, wird empfohlen, das Glukokortikoid eine Woche vor dem Epikutantest abzusetzen. Ansonsten besteht die Gefahr falsch negativer Testreaktionen. Im Fall von topischen Glukokortikoiden wird empfohlen, die Unterbrechung auf den Bereich des Testareals zu beschränken. Auch Patienten die Antihistaminika anwenden, sollten diese Substanzen absetzen. Ausreichend ist eine Latenz von fünf Halbwertszeiten des jeweils verwendeten Wirkstoffs.

Der Abriss-Epikutantest kann nach einer als nicht allergisch gewerteten Epikutanreak-

tion bei fortbestehendem Verdacht auf eine Kontaktallergie eingesetzt werden, wenn vermutlich eine Allergie gegen Substanzen besteht, die die Hornschicht der Haut schlecht penetrieren. Unabhängig vom Allergen wird der Abriss-Epikutantest bei patienteneigenen und kommerziellen Testsubstanzen empfohlen, sofern bei diesen im klassischen Epikutantest keine irritativen Reaktionen zu erwarten seien, berichtete Dickel. Die Körperbehaarung wird vorher schonend entfernt.

Bei Kindern wird bei Verdacht auf ein allergisches Kontaktekzem, auch wenn es als Komplikation einer anderen Erkrankung – zum Beispiel einem atopischen Ekzem – auftritt, ein Epikutantest empfohlen. Dabei sollte mindestens die Kinder-Standardreihe getestet werden. Es kann erwogen werden, die Applikationsdauer bei Kindern unter zwölf Jahren auf einen Tag zu begrenzen. Da bei Schwangeren und in der Stillzeit keine eindeutigen Ergebnisse zu Nutzen und Risiken von Epikutantests vorliegen, werden die Tests nicht empfohlen.

Dr. Maren Mundt

AllergoActive: „S3-Leitlinie Kontaktallergene: Was gibt es Neues?“ PD Dr. Heinrich Dickel

Primärprävention von Allergien bei Kindern

— Einer Hypothese zufolge vermittelt der Transfer von Antigen/Antikörperkomplexen der Mutter auf das ungeborene Kind eine Schutzwirkung: Die immunologische Erfahrung der Mutter wird auf diese Weise auf das Kind übertragen. Zu diesem Zusammenhang gibt es bisher allerdings nur Tierversuche [Yamashita et al. Allergol Int. 2018;67:506–14]. Eine ermutigende Studie zur vorgeburtlichen Allergieprävention untersuchte die Wirkung von Fischöl: Schwangere bekamen ab der 24. Woche Fischöl oder als Placebo Olivenöl. Persistierendes Giemen oder Asthma trat in der Placebogruppe bei 23,7 % und in der Fischöl-Gruppe bei 16,9 % auf. Das relative Risiko wurde durch Fischöl um 30,7 % verringert. Auch nach der Geburt wirkte sich Fischöl oder Fisch in der Ernährung positiv auf das Allergierisiko aus, so Prof. Dr. Gesine Hansen, Hannover. Fischmahlzeiten mindestens einmal die Woche vom ersten bis zum sechsten Lebensjahr verringerten das Risiko für ein atopisches Ekzem um 28 %, für Asth-

Können Allergierisiken fürs Kind schon im Mutterleib minimiert werden?

ma um 40 % und für Giemen um 35 % [Oien et al. Nutrients 2019 21;11:pii: E1969]. In einer dänischen Studie, wurde die Assoziation von Geburtsmodus und Asthmarisiko untersucht. Die Ergebnisse legen nahe, dass die Geburt per Sectio das Asthmarisiko erhöht [Kristensen K et al. J Allergy Clin Immunol 2016;137:587–90]. Dabei spielte es keine Rolle, ob der Kaiserschnitt aufgrund eines Notfalls erfolgte oder geplant war. Das Asthmarisiko der betroffenen Kinder war 20 % höher als das von Kindern, die auf natürlichem Weg geboren wurden. Die Vermutung ist, dass der Geburtsmodus die mikrobielle Besiedlung des Darms beeinflusst und dass die Zusammensetzung des Mikrobioms nach einer Sectio die Entwicklung atopischer Erkrankungen begünstigt.

Dr. Maren Mundt



AllergoScience „Prävention – Das Neueste aus der Forschung: Intrauterines Priming und perinatale Prävention“. Prof. Dr. Gesine Hansen

15. Deutscher Allergiekongress

24.–26. September 2020

RheinMain CongressCenter

Wiesbaden

www.allergiekongress.de