

Stufenweise zur Toleranz: Behandlung der Eiallergie mittels „Ei-Leiter“

— Wie könnte man stationäre Aufenthalte von Kindern mit Eiallergie reduzieren und gleichzeitig deren Lebensqualität erhöhen? Dr. Lars Lange, Bonn, bescheinigte hierfür der Einführung einer „Ei-Leiter“ in das allergologische Therapieangebot großes Potenzial. Diese könne durch stufenweises Heranführen an eihaltige Lebensmittel im häusli-

chen Umfeld eine schnelle Toleranzinduktion bewirken und dabei Ärztinnen und Ärzte entlasten. Mittlerweile existieren solche Leitern für verschiedene Grundnahrungsmittel, darunter auch Weizen und Milch. Eine solche Behandlung sei besonders für Kinder mit mildem Krankheitsverlauf und IgE-vermittelten Nahrungsmittelallergien geeignet, betonte Lange.

Der Hintergrund: 64–92% der Betroffenen vertragen gegartes Ei in Form von Lebensmitteln wie Kuchen oder Omelette. Die Proteine Ovalbumin und Ovomuroid verlieren infolge des Garvorgangs ihr allergenes Potenzial aufgrund von Hitzeinstabilität beziehungsweise Komplexbildung mit Gluten. Lange präsentierte eine beispielhafte Umsetzung einer solchen Behandlung, beginnend mit kleinen Stücken von Keksen über Frischeinudeln bis hin zum Verzehr von rohem Ei.

Studien deuten darauf hin, dass insbesondere der regelmäßige Konsum von derarti-

gen Mahlzeiten zu schnellerer Toleranzbildung führt [Pérez-Quintero O et al. Eur J Pediatr 2020;179:679-82].

Weiterhin scheint die Leiter genauso wirksam zu sein, unabhängig davon, ob initial eine Anaphylaxie auftrat [Gotesdyner L et al. Pediatr Allergy Immunol 2019;30:824-83]. Auch eine gewisse Flexibilität hinsichtlich des Alters der Kinder und der Zeitabstände zwischen den verschiedenen Stufen zeichnet das Verfahren aus.

Doch wie Lange erklärte, sei ein uneingeschränkter Einsatz dieser Ei-Leiter hier in Deutschland derzeit noch nicht möglich. Gerade das nicht zu vernachlässigende Risiko für häusliche Reaktionen setze eine eingehende Schulung und Beratung der Eltern sowie schriftliche Begleitungsmanuale voraus. Während dies beispielsweise in Australien, Kanada und Großbritannien schon der Fall sei, brauche es hierzulande wohl noch etwas Arbeit, bis eine zuverlässige Leiter entwickelt werden könne.

Lea Stief

AllergoCompact „Macht eine Ei-Leiter Sinn? Ambulante Einführung von gebackenem Ei“



© G.Wozel / Getty Images / iStock

Ist die Schwellung ein Angioödem?

— „Die Diagnose eines Angioödems ist in einigen Fällen gar nicht so leicht“, berichtete PD Dr. Frank Siebenhaar, Berlin, und ergänzte: „Wir sollten uns immer an der Kinetik orientieren: Wie lange dauert es, bis eine Schwellung entsteht? Wie lange hält sie an? Wie lange dauert es, bis sie wieder komplett verschwunden ist? Verschwindet sie überhaupt ganz und gibt es Begleitphänomene? Juckt das? Brennt das? Tut das weh? Ist das rot? Ist das überwärmt? Das sind alles Dinge, die uns bei der klinischen Differenzialdiagnose und bei der Frage, ob es sich um ein Angioödem handelt, sehr helfen.“ So würden zum Beispiel Emphysem und Erysipel Tage dauern mit Überwärmung, Brennen, Juckreiz oder Schmerzen, wohingegen die Schwellung bei der Waldenström-Makroglobulinämie oder beim Lymphödem sehr lange anhalten würden. Knifflig sei auch die Unterscheidung zur Cheilitis granulomatosa, so Siebenhaar und ergänzte: „Am Anfang kann man das klinisch mit einem Angioödem verwechseln.“ Denn anfangs würde sich die Schwellung wieder zurückbilden, dann aber

mit einem Crescendo-Phänomen irgendwann persistieren. „Beim Angioödem kommen die Schwellungen sehr schnell, sie entstehen innerhalb von Stunden und bilden sich spätestens nach 72 Stunden komplett zurück, sie haben in der Regel keine Begleitsymptomatik – kein Brennen, keine Rötung, kein Schmerz. Die Patienten berichten vielleicht von einem Druckgefühl“, erklärte er.

„Ganz entscheidend ist es, den Patienten nach Quaddeln zu fragen: Ein Patient, der zusätzlich zu seinem Angioödem Quaddeln hat, leidet sehr wahrscheinlich an einem mastzellvermittelten Angioödem – die Bradykinin-vermittelten Angioödeme verursachen bis auf ganz wenige Ausnahmen keine Quaddeln“, so Siebenhaar. Da die meisten mastzellvermittelten Angioödeme eigentlich eine Urtikaria sind, würde die Erkrankung dann nach der Urtikaria-Leitlinie behandelt. Eine Differenzialdiagnose bei Quaddeln, die länger als 24 Stunden bestehen und die mit Begleiterscheinungen wie Gelenkschmerzen auftreten, ist die Urtikaria-Vaskulitis. „Kommt zu den Quaddeln ein wiederkehrendes un-

erklärliches Fieber, kann das ein klinischer Hinweis auf eine autoinflammatorische Erkrankung sein“, erläuterte Siebenhaar.

Bradykinin-vermittelte Angioödeme würden nicht wie die Urtikaria auf Antihistaminika und Omalizumab ansprechen. Weitere Indizien für Bradykinin-vermittelte Angioödeme seien eine familiäre Häufung und ein Krankheitsbeginn in der Kindheit. Zudem sollte man abklären, ob die Patient*innen einen ACE-Hemmer einnehmen. Dies könnte ein Hinweis auf ein therapieinduziertes Bradykinin-vermitteltes Angioödem sein. „Diese Differenzialdiagnose ist wichtig, denn Bradykinin-vermittelte Angioödeme führen viel häufiger zu einer Larynxschwellung mit der Gefahr der Asphyxie und können viel häufiger tödlich verlaufen als die mastzellvermittelten Angioödeme“, mahnte er. Bei Verdacht auf das ACE-Hemmer-induzierte Angioödem sollte man den ACE-Hemmer absetzen und dann abwarten. Wobei es einige Wochen bis wenige Monate dauern kann, bis das Bradykinin abgebaut sei.

Sabrina Kempe

AllergoCompact „Differenzialdiagnosen bei Schwellung der Haut“