

Bedrohliche sekundäre Nahrungsmittelallergien

Sekundäre Nahrungsmittelallergien beginnen mit einer primären Sensibilisierung gegen Inhalationsallergene. Die Ähnlichkeit der Allergenstruktur bestimmter Lebensmittel zu spezifischen Pollen führt dann zu allergischen Symptomen nach dem Verzehr. Die Prävalenz sekundärer Nahrungsmittelallergien liege weltweit zwischen 5 % und über 40 %, erklärte Alisa Arens, Hannover. Die meisten Kinder und Jugendlichen zeigen oropharyngeale Beschwerden mit leichten Schwellungen und Kribbeln im Mund. Es können aber auch Symptome im Kopfbereich wie Angioödeme, Erytheme, Urtikaria oder Heiserkeit auftreten. Nur in sehr seltenen Fällen mit einer Häufigkeit von 2–10 % kommt es laut Arens zu systemischen Symptomen, davon sind 1–2 % schwere allergische Reaktionen.

Darüber wies Arens auf die Gefahr einer möglichen Fehlernährung hin: „Ich habe Sorge, dass Kinder durch falsche oder fehlende Beratung sehr viele Lebensmittel meiden und sich fehlernähren. Auch die Lebensqualität könnte durch Angst deutlich reduziert sein. Deshalb geben wir keine allgemeinen diätetischen Empfehlungen, wir müssen von Fall zu Fall neu entscheiden.“

Kinder vertragen in der Regel erhitzte Lebensmittel und können so symptomauslösende Allergene im nativen Zustand meiden. Die Kinder sollten aber darüber aufgeklärt werden, dass sie bei Symptomen den Verzehr des Nahrungsmittels einstellen. Nach einer systemischen Reaktion auf ein Lebensmittel ist ein Adrenalin-Autoinjektor indiziert. Pollenassoziierte Nahrungsmittelallergien allein

sind bislang noch keine Indikation für eine allergenspezifische Immuntherapie.

Bestimmte Bedingungen wie Pollenbelastung, körperliche Belastung, Infekte oder nicht steroidale Antiphlogistika könnten eine allergische Reaktion triggern, so Arens. Diese Augmentationsfaktoren sollten daher immer abgefragt werden.

Eine Komponentendiagnostik kann helfen, um ein Risikoprofil zu erstellen. Sind vor allem thermo- und säurelabile stressinduzierbare Pflanzenproteine wie Bet v 1 und Profilin nachweisbar, spricht das für leichte Symptome. Finden sich aber Lipidtransferproteine oder Speicherproteine, dann könnte das ein Hinweis auf eine mögliche primäre Sensibilisierung sein, erklärte Arens. *Sabrina Kempe*

AllergoCompact „Besondere Situationen bei Kindern mit Nahrungsmittelallergie: Nicht immer banal – sekundäre Nahrungsmittelallergie bei Kindern“. Alisa Arens

Allergiebehandlung und COVID-19

Der Haupttenor aller Experten zum Thema Allergiebehandlung in Zeiten von COVID-19 war: Solange keine Infektion mit COVID-19 feststellbar ist oder vermutet wird, sollen die Therapien soweit möglich weitergeführt werden.

Zum einen könnten Urtikaria beziehungsweise Angioödeme laut Fallberichten ein erstes Zeichen für eine COVID-19-Infektion sein [Hassan K. *BMJ Case Rep.* 2020; 13: e236981], erklärte Prof. Randolph Brehler, Münster. Zum anderen „scheinen Patienten mit Urtikaria und atopischer Dermatitis nach bisherigen Publikationen keine Risikogruppen für häufigere Infektionen oder einen schwereren Verlauf von COVID-19 zu sein“, so Brehler. Darüber hinaus seien Antihistaminika, Omalizumab, Dupilumab und Ciclosporin A bisher keine besonders problematischen Medikamente im Rahmen der Pandemie [Kearns DG et al. *J Am Acad Dermatol.* 2020; 33: e251–2].

Es gebe zwar wenige Befunde dazu, aber Patienten mit hereditärem Angioödem (HAE) könnten gefährdet sein, einen schwereren Verlauf einer COVID-19-Erkrankung zu erleiden.

Für einige Medikamente, mit denen das HAE behandelt wird, wird gerade ein positiver Effekt auf COVID-19 spekuliert. So wird der prophylaktisch eingesetzte Kallikrein-Antikörper Lanadelumab derzeit als Medikament für die Behandlung von COVID-19 in einer offenen kontrollierten Studie geprüft. Diskutiert werde auch, dass Bradykininhemmer einen positiven Effekt auf COVID-19 haben könnten, sagte Brehler und folgerte: „Wenn ich solche Patienten behandle, hätte ich keine Hemmungen, diese Medikamente einzusetzen, zumal ein positiver Effekt auf die Viruserkrankung spekuliert wird.“

Auch Asthmapatienten sollten die bewährte Therapie beibehalten, insbesondere inhalative und orale Glukokortikoide, so Prof. Roland Buhl, Mainz [Buhl R et al. *Allergo J.* 2020; 29: 62]. Er empfahl zudem einen schriftlichen Therapieplan für alle Patienten. Vernebler sollten aber nur in begründeten Fällen verwendet werden, da sie ein Infektionsrisiko für andere Patienten und medizinisches Personal darstellten, so Buhl weiter. Es sei zudem sinnvoll, Dosieraerosole mit großvolumigen Inhalationshilfen bei Exazerbationen

zu verwenden, gegebenenfalls mit enganliegender Maske. Patienten mit schwerem Asthma sollten eine Biologikatherapie fortsetzen und verordnete Glukokortikoide nicht abrupt absetzen.

Zur allergenspezifischen Immuntherapie in der aktuellen Coronapandemie gibt es bereits ein Positionspapier der allergologischen Gesellschaften [Klimek L et al. *Allergo J.* 2020; 29: 17–25]. Prof. Ludger Klimek, Wiesbaden, empfiehlt: „Bitte therapieren Sie nicht infizierte Patienten während der COVID-19-Pandemie oder Patienten, die eine COVID-19-Infektion überstanden haben, weiter.“ Bei COVID-19-Infizierten oder jenen mit einem hochgradigen Verdacht auf eine Infektion, sollte das Therapieintervall verlängert, aber die Behandlung nicht abgebrochen werden.

Auch zur Anwendung von Biologika bei allergischen Erkrankungen in der aktuellen Pandemie ist ein Positionspapier der allergologischen Gesellschaften verfügbar [Klimek L et al. *Allergo J.* 2020; 29: 14–7]. Auch hier lautet das Fazit: Führen Sie die Therapie fort. *Sabrina Kempe*

„Hot Topic – Allergie und Covid-19“. Prof. Dr. Thomas Fuchs (Vorsitz), Prof. Dr. Randolph Brehler, Prof. Dr. Roland Buhl, Prof. Dr. Ludger Klimek