

Bei Immunthrombozytopenie entscheidet die Blutungsneigung, nicht die Thrombozytenzahl

— Die Immunthrombozytopenie (ITP) ist zwar durch eine Verarmung der Thrombozyten im Blut gekennzeichnet, die unter anderem zu petechialen Blutungen führen könne, erläuterte Professor Axel Matzdorff vom Asklepios Klinikum Uckermark in Schwedt auf einem von Novartis veranstalteten ITP-Patiententag, dennoch müsse klargestellt werden, dass die Mehrzahl der Patienten nicht blute und dass die Blutungsneigung nicht aus der Thrombozytenzahl abgeleitet werden könne. Vielen Patienten sei ein aktives Leben selbst mit Thrombozytenkonzentrationen von 2.000–5.000/µl möglich, so Matzdorff, was auch Aktivitäten wie Skifahren einschließe.

Anzustreben sei die informierte Partnerschaft mit den aufgeklärten Betroffenen. Diese könnten ihre Blutungsneigung meist sehr gut einschätzen und würden gegebenenfalls ärztliche Unterstützung suchen.

Wichtig bleibe jedoch, dass ein Ansprechpartner mit ausgewiesener ITP-Erfahrung jederzeit konsultiert werden kann.

Mit dieser Einschätzung reagierte Matzdorff vor allem auf tradierte Ängste von medizinischen Kollegen, die bei niedrigen Thrombozytenwerten die Gefahr einer Hirnblutung zu erkennen meinen. Diese Ängste seien übertrieben und der realen Situation der Betroffenen nicht angemessen, betonte er.

Bezüglich Impfungen sah PD Dr. Oliver Meyer vom DRK-Blutspendedienst NSTOB in Springe wenig Einschränkungen für ITP-Patienten. Zu beachten sei jedoch, dass nach jeder Impfung Thrombozytopenien auftreten könnten. Von seltenen Ausnahmen abgesehen, sprach er aber eine generelle Empfehlung zur Impfung aus.

Dr. Karolin Trautmann-Grill von der Universität Dresden erklärte bezüglich der medi-

kamentösen Therapie der ITP, dass sich die Patienten bei Einnahme von Thrombopoetin-Rezeptor-Agonisten wie Eltrombopag (Revolade®) anfangs auf Schwankungen der Thrombozytenzahl, die bei entsprechender Vorgeschichte sogar ein Thromboserisiko bedingen könnten, gefasst machen sollten. Die Schwankungen bildeten sich jedoch nach vier bis sechs Wochen zurück. Hier gelte es durchzuhalten. Bei Milz-Tyrosinkinase-Hemmern hingegen müsse innerhalb von drei Monaten eine Wirkung beobachtet werden, sonst sollten diese abgesetzt werden.

Weiterhin warnte Trautmann-Grill vor dem Einsatz von NSAID-Präparaten und Thrombozytenaggregationshemmern, ebenso wie vor Johanniskraut-Präparaten, die aufgrund der Vielzahl der Interaktionen mit anderen Medikamenten von ITP-Patienten gemieden werden sollten. *Jan Groh*

Erster nationaler ITP-Patiententag für Betroffene und Angehörige, 25.9.2021, virtuell; Veranstalter: Novartis Pharma

Kuhmilchallergie: Toleranz entwickeln, Sensibilisierung verhindern

— Die Kuhmilchallergie (KMA) ist eine häufige Nahrungsmittelallergie mit einer Inzidenz von etwa 0,5% in den ersten beiden Lebensjahren. „Eine KMA hat viele Gesichter und findet sich häufig bei Kindern mit Ekzemen“, erläuterte Professor Kirsten

Beyer, Leiterin des Kinderallergologischen Studienzentrums an der Charité, Berlin, auf einem von Nutricia Milupa veranstalteten Symposium anlässlich des DGKJ-Kongresses 2021. „Zudem ist die atopische Dermatitis ein Risikofaktor der Kuhmilchallergie.“ Erklären lässt sich das unter anderem damit, dass Kinder mit einer gestörten Hautbarriere leicht über Nahrungsmittelallergene im Hausstaub sensibilisiert werden können [Du Toit G et al. J Allergy Clin Immunol 2018; 141:30–40]. „Wenn die orale Toleranz nicht rechtzeitig gebildet wird, kann eine Sensibilisierung zu einer manifesten Allergie führen“, warnte die Expertin.

Eine KMA erfordere eine Eliminationsdiät mit einer milchfreien Ersatznahrung, etwa Neocate®. Bei erhöhtem Anaphylaxierisiko sollte Patienten zudem eine angemessene Notfallmedikation verordnet werden und „zwar der Adrenalin-Autoinjektor und nicht das Kortison-Zäpfchen, das eine Stunde braucht, bis es wirkt“, betonte Beyer. Wichtig sei zudem, regelmäßig zu re-evaluieren, ob die KMA noch besteht. Denn in 57% (bei

IgE-vermittelter KMA) bis sogar 100% (bei nicht IgE-vermittelter KMA) der Fälle entwickle sich innerhalb von zwölf Monaten eine natürliche Toleranz [Schoemaker AA et al. Allergy 2015;70:963–72].

Damit es aber erst gar nicht zu einer KMA kommt, empfiehlt Beyer, in den ersten vier bis sechs Lebensmonaten ausschließlich zu stillen: Muss etwa aufgrund von Stillproblemen in den ersten Lebenstagen zugefüttert werden, so sollte – wenn die Mutter den Wunsch äußert, später stillen zu wollen – dafür unbedingt eine kuhmilchfreie Formulanahrung verwendet werden (z. B. Aptamil Primergen). Denn die „heimliche Flasche“, so Beyer, kann drastische Auswirkungen auf das Allergierisiko haben. In Studien etwa betrug die Prävalenz von Nahrungsmittelallergien nach zwei Jahren 13,2%, wenn Kinder in den ersten Lebenstagen eine kuhmilchbasierte Formula erhalten hatten, dagegen nur 2,6%, bei kuhmilchfreier Aminosäure-Formula [Urashima M et al. JAMA Pediatr 2019;173:1137–45].

Dr. Lamia Özgör

Lunch-Symposium „Für eine gesunde Zukunft – die Rolle der Ernährung für das Immunsystem“, DGKJ-Kongress, Berlin, 8.10.2021; Veranstalter: Nutricia Milupa



Oft verschwindet eine Kuhmilchallergie in den ersten Lebensjahren wieder.