



pina

news

Gemeinsam tödliche Anaphylaxien vermeiden



Prof. Dr. Ulrich Wahn

Liebe Kolleginnen, liebe Kollegen,

allergische Reaktionen können lebensbedrohlich und tödlich sein. Dies gilt auch und gerade für das Kleinkindalter und bedeutet eine große Herausforderung für allergologisch tätige Kinderärzte. Die meisten lebensbedrohlichen allergischen Reaktionen erfolgen nicht in Kliniken und Praxen, sondern ohne jede Vorbereitung und Ankündigung im häuslichen Bereich. Es ist unsere kinderärztliche Aufgabe, Risikokinder zu identifizieren, Prädiktoren als frühe Warnsignale einer drohenden Anaphylaxie zu erkennen und die Eltern oder Erzieher mit der nötigen Kompetenz für ein Akutmanagement auszustatten. Andere Länder, insbesondere die USA, sind hier bereits mit gutem Beispiel vorangegangen: Detailliert ausgefeilte Selfmanagement-Programme werden dort nicht in erster Linie als ein Risiko für eine Neurotisierung besorgter Mütter aufgefasst, sondern

als eine notwendige Bringschuld der Allergologen für eine professionelle Sekundärprävention.

Die Umfrage von Prof. Niggemann und Frau Dr. Mehl unter Kinderärzten und Kinderkliniken in Deutschland hat deutlich gemacht, dass gerade in der Gruppe der Kleinkinder auch in Deutschland mit einem relevanten Risiko tödlicher Anaphylaxien zu rechnen ist. pina wird sich dieser Herausforderung stellen müssen und als Advokat der Frühdiagnostik, der Prädiktion, aber auch des leitlinien-orientierten Managements anaphylaktischer Reaktionen in die Öffentlichkeit gehen müssen. Lassen Sie uns gemeinsam dafür arbeiten, dass in Deutschland kein Kind mehr an einer anaphylaktischen Reaktion zu Tode kommt. Gemeinsam werden wir dies schaffen.

Mit freundlichen Grüßen
Ihr

Prof. Dr. Ulrich Wahn
1. Vorsitzender von pina

Inhalt.....

- 2 Pharmakotherapie bei allergischer Sofortreaktion
- 3 Anaphylaktische Reaktionen im Kindesalter
- 4 pina-Helpline + pina-Infoline

Insektengiftallergien: Kindern kann gut geholfen werden

Fragen an Prof. Dr. Johannes Forster, Freiburg

pina-news: Im Sommer 2004 hörte man wiederholt von Todesfällen durch Wespengiftallergien. Wie gefährdet sind deutsche Kinder wirklich?

Prof. Forster: Todesfälle nach Wespenstichen betreffen fast ausschließlich Erwachsene, meist ältere Menschen mit vorgeschädigtem Kreislauf. Da kann eine allergische Sofortreaktion zum völligen Herz-Kreislaufstillstand führen. Eine verlässliche Statistik gibt es in Deutschland nicht; hoch gegriffen stirbt einer von 5 Millionen Einwohnern pro Jahr an einer Insektengiftallergie. Kinder sind praktisch nie darunter.

pina-news: Wenn Kinder auf Insektenstiche allergisch reagieren, was sind dann die Alarmsignale?

Prof. Forster: Viele Kinder reagieren auf Insektenstiche (Biene, Wespe, aber auch Mücke) mit lang anhaltenden, zum Teil sehr schmerzhaften Schwellungen an der Stichstelle. Diese verstärkten

Lokalreaktionen sind zum großen Teil allergisch bedingt, aber völlig ungefährlich. Sie bedeuten normalerweise auch kein erhöhtes Risiko für die wirklich gefährlichen systemischen Reaktionen.

Die systemischen Reaktionen betreffen in ihrer leichten Form die Haut (Nesselsucht), schwerere Reaktionen haben eine asthmaartige Atemnot, absinkenden Blutdruck und am Ende einen Schock zur Folge. Kinder, die solche systemischen Reaktionen zeigen, erhalten zunächst eine Notfallapotheke, bis über die weitere Behandlung entschieden ist.



Der Schrecken vieler Insektengiftallergiker: Die Wespe.

pina-news: Welche Behandlungsmöglichkeiten gibt es denn?

Prof. Forster: Die Behandlung richtet sich im Wesentlichen danach, ob der nächste Stich eine starke allergische Reaktion oder gar Lebensgefahr heraufbeschwören könnte. Bei den verstärkten Lokalreaktionen besteht diese Gefahr nicht. Normalerweise reicht das Kühlen der betroffenen Stelle aus. Antihistaminika sind wenig wirksam. Bei wiederholten sehr starken Schwellungen kann Cortison eingesetzt werden; in der Regel hilft eine einmalige orale Gabe. Bei der leichten systemischen Reaktion in Form einer Nesselsucht ist durch Mitführen einer Notfallapotheke, bestehend aus Antihistaminikum und Cortison, hinreichend für die mögliche Reaktion nach dem nächsten Stich vorgesorgt.

pina-news: Wieso mögliche Reaktionen nach dem nächsten Stich?



Prof. Johannes Forster

Prof. Forster: Eine Besonderheit des Kindesalters ist, dass nur ein Viertel der Kinder beim nächsten Stich wieder mit einer systemischen Reaktion reagiert, wenige davon in einer noch stärkeren Form als beim ersten Mal. Insofern ist das Zuwarten und Mitführen einer Notfallapotheke bei einer leichten systemischen Reaktion die angemessene Vorgehensweise.

pina-news: Was sollte nach einer schwereren systemischen Reaktion passieren?

Prof. Forster: Bei der ganz schweren Reaktion ist unmittelbar eine Hyposensibilisierung angezeigt. Bei einer mittelschweren – z. B. leichter Atemnot – muss der Arzt entscheiden, ob das Kind eine Hyposensibilisierungsbehandlung benötigt. Dabei ist auch zu überlegen, ob das Kind eine Notfallapotheke unter Stress sinnvoll verwenden kann oder ob ein hohes Risiko für Folgestiche besteht, etwa bei Kindern, in deren Wohnumgebung Bienenstöcke stehen.

pina-news: Wie erfolgreich ist denn die Hyposensibilisierung?

Prof. Forster: Die Erfolgsrate liegt praktisch bei 100 Prozent.

pina-news: Was passiert mit Kindern, die keine solche Desensibilisierung erhalten können?

Prof. Forster: Da es kaum gewichtige Gründe gegen die Durchführung der Behandlung gibt, sind diese Fälle die Ausnahme. Im Nichtbehandlungsfall bzw. zum Start der Behandlung wird die Notfallapotheke noch um ein selbst zu injizierendes Adrenalinpräparat bzw. ein zu inhalierendes Asthmamittel ergänzt.

pina-news: Ein kurzes Fazit?

Prof. Forster: Insektengiftallergische Kinder haben gute Aussichten, zumal ein Teil die allergischen Erscheinungen ganz von alleine verliert. Wenn eine Hyposensibilisierung notwendig wird, ist die Erfolgsrate sehr hoch, höher als bei Erwachsenen. Auch Nebenwirkungen bei der Behandlung sind seltener als bei Erwachsenen.

Helfen Sie mit!

Die fundierte Information der Betroffenen ist ein wesentlicher Baustein in der Prävention und Therapie allergischer Erkrankungen. Unterstützen Sie pina bei dieser wichtigen Aufgabe!

pina e. V., Konto-Nr. 48 470 674 00,
Dresdner Bank Kleinmachnow, BLZ 160 800 00

pina-GSK-Stipendium für Projekt zur genetischen Prädiktion von Asthma

Turid Piening ist die neue Trägerin des diesjährigen pina-GSK-Forschungsstipendiums für Nachwuchswissenschaftler. Die Ärztin an der Berliner Charité-Kinderklinik m. S. Pneumologie und Immunologie erhält die Förderung für ihr Projekt »Genetische Prädiktion allergischer Atemwegserkrankungen bei Kindern mit Nahrungsmittelallergie«.

Turid Piening wird zwei pädiatrische Hochrisikopopulationen mit Sensibilisierung gegen Nahrungsmittelallergene auf genetische Prädiktoren des Asthmas und der allergischen Rhinokonjunktivitis hin untersuchen. Dabei testet sie Varianten in den Kandidatengen IL13, IL4, IL4RA und STAT6 in Haplotyp- und Gen-Gen-Interaktionsanalysen auf ihre prädiktive Wertigkeit hinsichtlich allergischer Atemwegserkrankungen. Ergebnisse dieser Studie sollen zur Identifikation von Kindern beitragen, die von frühzeitig präventiven Maßnahmen zur Verhinderung allergischer Atemwegserkrankungen profitieren können.



Turid Piening

Die richtige Pharmakotherapie bei allergischer Sofortreaktion

Dosierungsempfehlungen für Epinephrin, ein Antihistaminikum und ein systemisches Kortikosteroid in Abhängigkeit vom Körpergewicht

< 15 kg Ein geeigneter Epinephrin-Injektor ist für Kinder < 15 kg nicht verfügbar, ggf. kann die Anwendung eines Epinephrin-Dosieraerosols (Primatene Mist®, Bezug aus den USA über Auslandsapotheke) erwogen werden.

Cetirizin 10 Tropfen (= 5 mg)

Celestamine® N 0.5 liquidum 1 ml/kg KG (=Betamethason 0,5 mg/kg KG) oder Prednison/solon Supp. 100 mg

15-30 kg

Anapen® 150 Autoinjektor Einmaldosis (0,15 mg Epinephrin)

Cetirizin 15-20 Tropfen (= 7,5-10 mg)

Celestamine® N 0,5 liquidum 1 ml/kg KG (= Betamethason 0,5 mg/kg KG) oder Prednison/solon Supp. 100 mg

> 30 kg Anapen® 300 oder Fastjekt® Autoinjektor Einmaldosis (0,3 mg Epinephrin)

Celestamine® N 0.5 liquidum 30 ml (= Betamethason 15 mg) oder Prednison/solon Tbl. 5-10 mg/kg

Cetirizin 30-40 Tropfen (= 15-20 mg) od. 2 Tabletten (= 20 mg)

Bemerkungen:

Cetirizin Tropfen sind in Deutschland erst ab dem 1. Geburtstag zugelassen, die Dosierungsempfehlung lautet für eine Dauertherapie mit Cetirizin bei einem Körpergewicht unter 30 kg 10 Tropfen täglich bzw. bei einem Körpergewicht über 30 kg 20 Tropfen täglich.

Eine wiederholte Verabreichung von Epinephrin ist mit dem Anapen® bzw. mit dem Fastjekt® nicht möglich. Dr. Claus Pfannenstiel, Aachen

Anaphylaktische Reaktionen im Kindesalter

Dr. Anne Mehl, Prof. Dr. Bodo Niggemann,
Charité Berlin

Anaphylaktische Reaktionen stellen die schwerste Form der allergischen, IgE-vermittelten Reaktion dar und sind potenziell lebensbedrohlich. Klinisch kaum zu unterscheiden ist die »anaphylaktoide« Reaktion, eine nicht IgE-vermittelte Reaktion. In beiden Fällen kommt es zu einer Freisetzung primärer Mediatoren (u. a. Histamin, Prostaglandine, Leukotriene) im Wesentlichen aus Mastzellen und Basophilen. Der kumulative Effekt dieser Mediatoren führt zu einer ausgeprägten Vasodilatation, einer erhöhten Gefäßpermeabilität sowie zu einer Kontraktion der glatten Muskulatur. Die Symptome variieren und können mehrere Organsysteme betreffen: Hauterscheinungen wie generalisierter Pruritus, Flush, Urtikaria und Angioödem treten ebenso auf wie gastrointestinale Symptome. Zeichen einer anaphylaktischen Reaktion sind weiterhin pulmonale Beschwerden entsprechend einer Obstruktion oder einem Larynxödem mit akuter Dyspnoe und respiratorischer Insuffizienz bis hin zum Atemstillstand, aber auch kardiovaskuläre Symptome wie Hypotonie, Tachykardie und im schwersten Falle ein Herz-Kreislaufstillstand.

Ergebnisse einer bundesweiten Untersuchung

Zum Thema Anaphylaxie im Kindesalter führten wir eine bundesweite Untersuchung durch. Das Ziel war, schwere allergische Reaktionen, die Art und Weise ihres Auftretens sowie die ergriffenen Notfallmaßnahmen zu untersuchen. Wir baten Kinderärzte, uns in einem Fragebogen über die beobachteten anaphylaktischen Reaktionen bei Kindern zwischen 0 und 12 Jahren zu berichten. Insgesamt wurden im Zeitraum eines Jahres 103 anaphylaktische Reaktionen gemeldet. Mit 58 Prozent waren Jungen etwas häufiger betroffen als Mädchen. Das Alter lag bei einer Spanne von 3 Monaten bis 12 Jahre im Median bei 5 Jahren.

Auslöser

Nahrungsmittel (zumeist Erd- und Baumnüsse) waren mit 57 Prozent das häufigste auslösende Allergen, gefolgt von Insektenstichen mit 13 Prozent. Dies stimmt mit vergleichbaren Untersuchungen aus anderen Ländern überein. Überraschend häufig wurden in unserer Studie jedoch Reaktionen im Rahmen einer spezifischen Immuntherapie (12 Prozent) berichtet. Bei 6 Pro-

zent wurden Medikamente als Auslöser der Reaktion vermutet, bei 8 Prozent war der Auslöser unbekannt. In 27 Prozent der Fälle handelte es sich um ein wiederholtes Ereignis. Dabei waren in der Mehrzahl wiederum Nahrungsmittel der Auslöser.

Ort des Ereignisses

Wie erwartet, ereignete sich die überwiegende Zahl der Fälle (58 Prozent) im häuslichen Milieu. 10 Prozent traten in der Schule oder im Kindergarten auf, weitere 10 Prozent auf der Straße oder in anderen öffentlichen Orten und lediglich 14 Prozent in einem medizinischen Umfeld.

Symptome

Bei 24 Prozent der Kinder zeigten sich Symptome eines kardiovaskulären Schocks (Grad IV), 52 Prozent erlitten eine schwere systemische Reaktion mit pulmonaler, jedoch ohne kardiovaskuläre Beteiligung (Grad III). Häufig wurden jedoch auch Reaktionen berichtet, bei denen es sich zwar um eine allergische Reaktion, gemäß unserer Definition aber nicht um eine Anaphylaxie handelte. So zeigten sich bei 21 Prozent der Kinder Zeichen einer leichteren systemischen Reaktion wie Urtikaria, Flush-Symptomatik, Erbrechen oder Durchfall (Grad II). Bei 3 Prozent handelte es sich sogar lediglich um lokale allergische Reaktionen (Grad I).

Todesfälle wurden in dieser Untersuchung nicht berichtet, jedoch ein Fall, der einer kardiopulmonalen Reanimation bedurfte.

Therapie

Nur 20 Prozent aller Kinder wurde Adrenalin verabreicht und lediglich 8 Prozent der Patienten erhielten dies intravenös (s. Tabelle). Selbst im Falle einer Schocksymptomatik wurde nur bei 24 Prozent Adrenalin i. v. verabreicht. Angesichts der Tatsache, dass systemisch appliziertes Adrenalin im Falle einer Anaphylaxie die einzig lebensrettende Medikation darstellt und damit Therapie der Wahl ist, zeigt sich eine dramatische Untertherapie der

betroffenen Kinder. Adrenalin zur Inhalation stellt zwar die Therapie der Wahl in der Behandlung der oberen Atemwegsobstruktion dar, systemisch wirksame Spiegel sind damit jedoch nicht zu erzielen. Die Adrenalininhalation bildet somit keine ausreichende Therapie einer Anaphylaxie.

8 Prozent der Kinder mit Schocksymptomatik (Grad IV) erhielten keinerlei medikamentöse Therapie. Da sich die meisten anaphylaktischen Reaktionen in der häuslichen Umgebung ereigneten, erscheint es auch nicht ausreichend, dass lediglich in 17 Prozent der Fälle ein Adrenalin-Selbstinjektions-Präparat verschrieben wurde.

Schlussfolgerung

In Anbetracht des vergleichsweise seltenen Auftretens, jedoch lebensbedrohlichen Charakters anaphylaktischer Reaktionen stellen diese hohe Anforderungen sowohl an den behandelnden Arzt wie auch an die Ersthelfer vor Ort. Eine intensive Schulung aller Kinder- und Jugendärzte in Diagnostik und Therapie der Anaphylaxie sowie im adäquaten Gebrauch von Adrenalin erscheint

Medizinische Behandlung aufgeteilt nach Schweregrad der berichteten Reaktion (Grad I-IV)

Grad	I (3)	II (22)	III (52)	IV (25)	Ges. (102)*
Beta-2-Mimetikum	0	0	15 (28 %)	6 (24 %)	21 (21 %)
Antihistaminika	2 (67 %)	15 (68 %)	36 (68 %)	20 (80 %)	73 (72 %)
Steroide	3 (100 %)	13 (60 %)	44 (83 %)	22 (88 %)	82 (80 %)
Adrenalin (i.v./inhal./s.c.)	1 (0/1/0) (33 %)	3 (1/2/1)** (14 %)	7 (1/6/0) (13 %)	9 (6/3/0) (36 %)	20 (8/12/1)** (20 %)
Infusion	0	0	4 (8 %)	3 (12 %)	7 (7 %)
keine Therapie	0	3 (6 %)	3 (6 %)	2 (8 %)	8 (8 %)

* In einem Fall wurde die verabreichte Medikation als unbekannt angegeben.

** Ein Patient wurde sowohl mit inhalativem als auch intravenösem Adrenalin behandelt.

angesichts der vorliegenden Untersuchung erforderlich. Des Weiteren erfordern anaphylaktische Reaktionen neben geschultem medizinischen Personal auch die Notfallintervention durch Bezugspersonen des betroffenen Kindes. Eine Schulung der Eltern, Erzieher und Lehrer ist sinnvoll.

Wir bedanken uns bei allen Kinder- und Jugendärzten, die uns freundlicherweise über die von ihnen beobachteten anaphylaktischen Reaktionen berichteten. Darüber hinaus danken wir pina und InfectoPharm herzlich für die freundliche Unterstützung dieser Studie.



pina-Allergie-Informationstag in Aachen

Vom 15. bis 19. September 2004 hatten die drei pädiatrisch-allergologischen Fachgesellschaften ÄDA (Ärzteverband Deutscher Allergologen), DGAI (Deutsche Gesellschaft für Allergologie und klinische Immunologie) und GPA (Gesellschaft für Pädiatrische Allergologie und Umweltmedizin) zum ersten gemeinsamen Allergie-Kongress nach Aachen geladen. Der Sonntag als letzter Kongresstag stand dabei ganz im Zeichen von pina: Zum »Aachener Allergie-Informationstag« kamen über 350 Zuhörer, um sich in Vorträgen und Workshops über aktuelle Aspekte der Allergologie zu informieren. In der Pause wurden die Besucher und besonders die Kinder vom Circus Configurani und dem Aachener Meisterkoch Maurice de Boer unterhalten, der »allergenarme« Waffeln zubereitete (Bild unten). Großes Interesse fanden auch die Infostände der beteiligten Initiativen und Vereine.



Jetzt bei pina bestellen:

»pina news für Eltern« und Info-Mappe »Asthma, Allergie & Schule«

Parallel zu dieser Ausgabe der pina news erscheinen auch wieder die »pina news für Eltern«, die Sie regelmäßig für Ihr Wartezimmer beziehen können. Schriftliche Bestellungen mit Angabe der gewünschten Stückzahl nimmt die pina-Geschäftsstelle in Berlin (Adresse s. u.) entgegen. Ebenfalls dort erhalten Sie die Info-Mappe »Asthma, Allergie & Schule«. Auf einzelnen Blättern, die als Kopiervorlagen gedacht sind, werden die wichtigsten allergischen Erkrankungen erklärt und Hinweise zum Umgang mit Asthma, Heuschnupfen, Neurodermitis und Kontaktekzemen in der Schule gegeben. Die Mappe kann auch von der pina-Internet-Seite www.pina-infoline.de heruntergeladen werden.



pina-HELPLINE



pina-INFOLINE

pina-Helpline, die telefonische Beratung bei Fragen zu Allergien und Asthma, richtet sich insbesondere an junge Familien und werdende Eltern. Werktags von 9 bis 12 Uhr beraten unter der Nummer

0 18 05 - 74 62 33 (12 ct/Min.)

Fachleute mit mehrjähriger Erfahrung in der Allergieambulanz fundiert und neutral.

Umfassende Informationen bietet pina unter der Internet-Adresse

www.pina-infoline.de

Hier findet sich unter anderem das pina-online-Buch »Allergien und Asthma bei Kindern und Jugendlichen«, das alles Wichtige über Ursachen, Behandlung und Vorbeugung von allergischen Erkrankungen enthält. Es gibt aber auch fachkundige Antworten auf Fragen rund um Allergie und Asthma.

Einige Beispiele aus der pina-Infoline:

? Kann man Insektengiftallergien vorsorglich bei Allergietesten mit untersuchen lassen?

! Nein, bis zu einem Viertel aller untersuchten Kinder haben IgE-Antikörper gegen Bienen- oder Wespengift, aber nur 3 bis 4 Prozent reagieren irgendwann einmal tatsächlich allergisch auf Insektengifte. Vor einer Hyposensibilisierung ist es jedoch erforderlich, durch Tests eine IgE-vermittelte Insektengiftallergie nachzuweisen. Manchmal helfen sie auch, das entsprechende Insekt zu ermitteln. In der Aufregung wird dieses von Eltern und Kindern häufig nicht erkannt.

? Wie und wann entferne ich einen Bienenstachel nach einem Bienenstich?

! Der Bienenstachel muss so schnell wie möglich entfernt werden. Je länger er in der Haut steckt, desto mehr Gift wird von der noch anhängenden Giftblase in die Haut gepumpt. Versuchen Sie nicht, den Stachel mit den Fingerspitzen im Pinzettengriff herauszuziehen, da sonst die Restgiftmenge der Giftblase in die Haut gedrückt wird. Entfernen Sie den Stachel, indem sie ihn mit dem Fingernagel weghebeln bzw. -kratzen oder mit Hilfe einer kleinen Pinzette unterhalb der Giftblase greifen.

Die Köpfe von pina

Vorstand

Prof. Dr. Ulrich Wahn, Berlin
1. Vorsitzender
Dr. Frank Friedrichs, Aachen
2. Vorsitzender
Prof. Dr. Bodo Niggemann, Berlin
Schriftführer/Schatzmeister
Dr. Andrea von Berg, Wesel
Dr. Armin Grübl, München
Kerstin Kaniecki-Loop, Freiburg
Prof. Dr. Dietrich Reinhardt, München
Dr. Ernst Rietschel, Köln

Beirat

Prof. Dr. Carl Peter Bauer, München/Gaißach
Prof. Dr. Karl E. Bergmann, Berlin
Prof. Dr. Joachim W. Dudenhausen, Berlin
PD Dr. Susanne Lau, Berlin
Dr. Hans-Joachim Mansfeld, Davos
Karin Niederbühl, Siegburg
Prof. Dr. Klaus Rabe, Leiden
Prof. Dr. Christian Rieger, Bochum
Prof. Dr. Wolfram Sterry, Berlin
Dr. Rüdiger Szczepanski, Osnabrück
Prof. Dr. med. Dr. h.c. Hubertus von Voß, München

Sponsoren

Dr. Beckmann GmbH
Glaxo Smithkline GmbH & Co KG
Milupa GmbH & Co. KG
MSD Sharp & Dohme GmbH
Stallergenes GmbH & Co. KG
Sweden Diagnostics GmbH
pina-Geschäftsstelle
Frau S. Meyer, Klinik für Pädiatrie
m.S. Pneumologie/Immunologie,
Charité, Augustenburger Platz 1, 13353 Berlin,
Tel.: 030-450566843 (dienstags 11-18 Uhr;
mittwochs 12-18 Uhr), Fax: 030-450566943

Impressum

pina news, Ausgabe 10/Frühjahr 2005.

Herausgeber: pina – Präventions- und Informationsnetzwerk Allergie/Asthma e.V., c/o Klinik für Pädiatrie m.S. Pneumologie/Immunologie, Charité, Augustenburger Platz 1, 13353 Berlin.
Redaktion: F. Friedrichs, A. Grübl, K. Kaniecki-Loop, U. Wahn. Abbildungen: bbm, privat, ÄDA/DGAI/V. Mauss, Roemer/Maassen. Textbearbeitung, Gestaltung, Herstellung: Wurms & Partner PR GmbH, Bernrieder Straße 4, 82327 Tutzing.