



# pina

## news

### Liebe Kolleginnen und Kollegen,



seit Jahren vernehmen wir die Botschaft, dass allergische Erkrankungen um ein Vielfaches zugenommen haben und die häufigsten chronischen Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter darstellen. Bei der Frage nach den Ursachen haben in letzter Zeit zahlreiche Untersuchungen zu einer Aufklärung beigetragen. So ist die Prävalenz allergischer Erkrankungen in industrialisierten Ländern eindeutig größer als in Entwicklungsländern, in den Städten größer als auf dem Land. Offenbar spielen veränderte Lebensgewohnheiten, wahrscheinlich auch Ernährungsbedingungen, eine Rolle. Molekularbiologische Untersuchungen haben darüber hinaus auch Hinweise darauf gegeben, dass geringfügige Veränderungen in zahlreichen Genen an der Krankheitsentstehung beteiligt sind. Das Entstehen einer Allergie hängt weiterhin von der frühen Exposition mit bestimmten Allergenen und/oder mit bestimmten Infektionserregern ab.

Die Zunahme allergischer Erkrankungen bietet aber auch Raum für Spekulationen. Obwohl viele Infektionskrankheiten, wie die Polio, durch gezielte Impfprogramme in den Industrieländern nahezu ausgerottet wurden, versuchen sogenannte „Impfgegner“ in den letzten Jahren vermehrt die herkömmlichen Impfungen im Säuglings- und Kleinkindalter für die Auslösung von Allergien verantwortlich zu machen. Impfvakzine können zwar, wie alle Arzneimittel im übrigen auch, in seltenen Fällen spezifische, gegen das Impfantigen bzw. Verunreinigungen im Impfstoff gerichtete allergische Reaktionen auslösen, ein genereller Zusammenhang zwischen einer Durchimpfung im Rahmen der empfohlenen Impfungen und einer Häufung von Allergien ist jedoch in keinerlei Weise nachgewiesen.

Trotz der auch in Deutschland forcierten Forschung auf den Gebieten von Grundlagen, Epidemiologie und Therapie allergischer Erkrankungen besteht bei vielen Eltern, aber auch bei Ärzten, offenbar eine ausgeprägte Unsicherheit über die Möglichkeiten von Diagnostik, Prävention und Therapie. Um diese Lücke zu schließen, wurde vom Bundesministerium für Gesundheit mit Unterstützung eines Expertenkreises die Initiative „Aktionsbündnis Allergieprävention (abap)“ gegründet. Das „Präventions- und Informationsnetzwerk Allergie/Asthma e. V. (pina)“ stellt den pädiatrischen Arm von abap dar.

Wir hoffen, dass wir auch durch die *pina news* auf die Aktivitäten und Möglichkeiten zur Prävention von allergischen Erkrankungen im Kindesalter stärker aufmerksam machen können als bisher. Unser gemeinsames Ziel muss es sein, auch pädiatrische Belange in die Umsetzung politischer Programme zur Allergieprävention verstärkt einzubringen. Wir hoffen, dass Sie uns bei den Aktivitäten von PINA unterstützen, damit unsere gemeinsamen Bemühungen Erfolg haben.

*Dietrich Reinhardt*

Prof. Dr. Dietrich Reinhardt  
Vorstandsmitglied des pina e.V.

**pina**-HELPLINE

### Der direkte Draht kommt gut an



### Inhalt

- 2 Sanierungsmaßnahmen zur Asthma-  
prävention – sinnvoll oder nicht?
- 2 Gemeinsam sind wir stark:  
Das Aktionsbündnis Allergieprävention
- 3 Soll ich ein allergiegefährdetes Kind  
impfen? – Empfehlungen für die Schutz-  
impfung von Kindern mit erhöhtem  
Allergierisiko

### Impressum

*pina news*, Ausgabe 2/Frühjahr 2001.  
Herausgeber: pina – Präventions- und Informations-  
netzwerk Allergie/Asthma e.V., c/o Klinik für Pädi-  
atrie m.S. Pneumologie/Immunologie, Charité, Augu-  
stenburger Platz 1, 13353 Berlin. Redaktion: F. Fried-  
richs, A. Grübl, K. Kaniecki-Loop, U. Wahn. Fotos:  
bbm, Milupa, Service Impfen Aktuell. Textbearbei-  
tung, Gestaltung, Herstellung: Wurms & Partner PR  
GmbH, Bernrieder Straße 4, 82327 Tutzing.

Seit Sommer letzten Jahres gibt es die pina-Helpline, die telefonische Beratung bei Fragen zu Allergien und Asthma. Sie richtet sich an direkt Betroffene, insbesondere junge Familien und werdende Eltern. Werktags von 9 bis 12 Uhr beraten unter der Nummer **0 18 05 - 74 62 33** (27 Pfennig pro Minute) Fachleute mit mehrjähriger Erfahrung in der Allergieambulanz fundiert und neutral. Das pina-helpline-Angebot wird vor allem von jungen Müttern und von Schwangeren intensiv genutzt. Hier drei Beispiele für typische Fragen an die pina-helpline-Mitarbeiter:

#### Frage: Sind Karotten als frühe Beikost bei Atopierisikokindern ein Allergierisiko?

Eine Karottenallergie ist ausgesprochen selten. Bei älteren Kindern und Erwachsenen findet man sie im Zusammenhang mit dem »Sellerie-Beifuß-Birkenpollensyndrom«. Dabei ist die Allergenverwandtschaft mit Birkenpollen (Bet v1) bedeutsam. Man findet vor allem Lokalreaktionen im Mund- und Rachenraum, anaphylaktische Reaktionen sind die seltene Ausnahme. Unsere Erfahrungen zeigen, dass eine Sensibilisierung von Risikoatopiekindern durch Karotte im ersten Lebensjahr äußerst selten nachzuweisen ist. Es gibt nach dem derzeitigen Wissensstand keinen Grund, die Karotte als besonders allergenes Nahrungsmittel einzustufen.

#### Frage: Soll man ein Kind mit Neurodermitis impfen?

Ja!, aber möglichst im schubfreien Intervall. Bei einer manchmal auftretenden Verschlechterung nach einer Impfung sollte man sich vor Augen halten, wieviel stärker eine Reaktion durch eine Wildvirusinfektion ausgefallen wäre. Auch bei einer Masern-Mumps-Röteln-Impfung ist nicht unbedingt mit einer extremen Verschlechterung eines Ekzems zu rechnen, sogar eine Hühnereiweißsensibilisierung stellt keine Kontraindika- ➤

➤ tion zur MMR-Impfung dar. Bei einer bekannten schockartigen allergischen Reaktion nach Hühnereweißgenuss kann u.U. auf einen allerdings in Deutschland nicht zugelassenen Impfstoff ausgewichen werden, bei dessen Herstellung keine Zellen aus dem Hühnereigelb verwendet werden. Dies sollten Sie mit ihrem Arzt besprechen. Die Windpocken- und Gelbsuchtipfung wird übrigens bei Neurodermitikern sogar besonders empfohlen. Auch hier sind die möglichen Gefahren einer Erkrankung gegenüber der Möglichkeit der Auslösung eines Ekzemschubes als gesundheitsgefährdender einzuschätzen. Bei Hühnereißallergikern ist die Notwendigkeit zur Grippe- und Gelbfieberimpfung sehr streng zu stellen, eine Impfung sollte – wenn notwendig – nur stationär durchgeführt werden. Besprechen Sie bitte die Notwendigkeit einer solchen Impfung mit Ihrem Kinderarzt.

#### Frage: Kann ich meinem Kind zur Allergieprävention auch Stutenmilch oder Ziegenmilch geben?

Nein, Sie sollten keine Stutenmilch oder Ziegenmilch geben, weil Stutenmilch und Ziegenmilch intaktes und fremdes Tiereweiß enthalten und damit Allergien auslösen können und weil darüber hinaus die Zusammensetzung dieser beiden Milchen nicht dem Bedarf eines Säuglings entspricht, d.h. die Nährstoffe nicht in der richtigen Menge enthalten sind. Die Daten aus Studien zeigen keine allergiepräventive Wirkung dieser beiden Milchen. Wenn Ihre Muttermilch nicht ausreicht, sollten Sie eine HA-Nahrung geben. Sie schützt vor Allergien und ist optimal zusammengesetzt.

## Die aktuelle Frage

### Sanierungsmaßnahmen zur Asthmaprävention – sinnvoll oder nicht?

Hauptthema der letzten »pina-news« war die aktuelle Diskussion um Haustierhaltung und Allergieprävention. Das Fazit: Eine Präventionswirkung der Haustierhaltung ist gerade bei Allergierisikokindern fraglich, eine Karenz ist nach wie vor angeraten. In vielen Fachzeitschriften und Tageszeitungen sind nun in den letzten Wochen Artikel erschienen mit Überschriften wie: »Asthma entsteht unabhängig vom IgE-Antikörper-Titer – Haustiere sind nicht tabu – Mit einer Studie an 1000 Kindern belegten Pädiater der Charité, dass Asthma nicht von der Menge der Umweltallergene abhängt«. In den Texten wird auf die Sinnlosigkeit von Sanierungsmaßnahmen hingewiesen, um Asthma zu verhindern (»Freispruch für die Milbe«). Alle beziehen sich auf eine kürzliche Veröffentlichung von Frau Dr. Susanne Lau im Lancet

(Susanne Lau et al., Early exposure to house-dust mite and cat allergens and development of childhood asthma: a cohort study, Lancet 2000, 356, S. 1392-7).

Wir fragten bei der Autorin nach: Was ist für Sie die Botschaft in der Veröffentlichung der MAS(Multi-zentrische Allergie-Studie)-Daten im Lancet? Antwort von Dr. Susanne Lau: »Die Botschaft ist, dass Asthma genetisch determiniert ist und sozusagen in die Wiege gelegt wird. Zwar spielt bei 80% der Asthmatiker eine Sensibilisierung gegen Inhalationsallergene eine Rolle, aber die Sensibilisierung ist nicht die hinreichende Bedingung für die Asthmaentstehung. Beim Chronifizierungsprozess ist die Milbensensibilisierung ein Hauptrisikofaktor, demnach ist eine Allergenvermeidung immer sinnvoll, wird aber eventuell nicht ausreichen, um eine Asthmaentwicklung vollständig zu verhindern, wohl aber den Verlauf günstig beeinflussen.

Korrespondenzadresse: Dr. Susanne Lau, Charité Campus Virchow, Klinik f. Kinderheilkunde m.S. Pneumologie u. Immunologie, Berlin

## Die Köpfe von pina

### Vorstand

Prof. Dr. Ulrich Wahn, Berlin  
1. Vorsitzender  
Dr. Frank Friedrichs, Aachen  
2. Vorsitzender  
Dr. Susanne Lau, Berlin  
Schriftführerin / Schatzmeisterin  
Prof. Dr. Karl E. Bergmann, Berlin  
Kerstin Kaniecki-Loop, Freiburg  
Prof. Dr. Karl Ernst von Mühlendahl, Osnabrück  
Prof. Dr. Dietrich Reinhardt, München  
Prof. Dr. Jürgen Seidenberg, Oldenburg

### Beirat

Prof. Dr. Carl Peter Bauer, München/Gaißach  
Dr. Andrea von Berg, Wesel  
Prof. Dr. Karl-Christian Bergmann, Bad Lippspringe  
Prof. Dr. Joachim W. Dudenhausen, Berlin  
Dr. Hans-Joachim Mansfeld, Davos  
Prof. Dr. Günter Mau, Braunschweig  
Karin Niederbühl, Siegburg  
Prof. Dr. Bodo Niggemann, Berlin  
Prof. Dr. Klaus Rabe, Leiden

Prof. Dr. Christian Rieger, Bochum  
Prof. Dr. Dr. Johannes Ring, München  
Prof. Dr. Wolfram Sterry, Berlin  
Dr. Rüdiger Szczepanski, Osnabrück  
Prof. Dr. Radvan Urbaneck, Wien  
Prof. Dr. med. Dr. h.c. Hubertus von Voß, München  
Prof. Dr. Heinrich Worth, Fürth

### Sponsoren

Aventis Pharma Deutschland  
Dr. Beckmann GmbH  
Glaxo Smithkline GmbH & Co KG  
Delius GmbH  
Milupa GmbH & Co. KG  
Pharmacia Diagnostics  
UCB Pharma GmbH

### pina-Geschäftsstelle

Frau S. Meyer, Klinik für Pädiatrie m.S. Pneumologie/Immunologie, Charité, Augustenburger Platz 1, 13353 Berlin  
Tel. 0 30-450 566 843 (dienstags 11-18 Uhr; mittwochs 12-18 Uhr),  
Fax 0 30-450 566 943

## Gemeinsam sind wir stark...

...dies könnte der Leitsatz vom »Aktionsbündnis Allergieprävention« (abap) werden.

Wirksame Präventionsmaßnahmen bei allergischen Erkrankungen lassen sich nur durch entsprechende Qualitätssicherungsmaßnahmen, durch Vernetzung und Kooperation aller Akteure und durch eine effiziente Koordinierung der Aktivitäten sinnvoll und erfolgreich erarbeiten und vermitteln. Das Bundesministerium für Gesundheit hat deshalb mit Unterstützung eines Expertenkreises die Initiative »Aktionsbündnis Allergieprävention« angeregt, in deren Rahmen sich Fachleute vieler Sparten zusammensetzen, um aktuelle und gesicherte Präventionsempfehlungen auf der Basis der »Frankfurter Thesen« (s. pina-news 01/2000) im Konsens zu erarbeiten. Die Ergebnisse sollen mit Hilfe von Institutionen und Verbänden flächendeckend an die Bevölkerung herangetragen werden.

Auf einem Expertengespräch am 12.8.1999 und einem Initiativkongress am 7.2.2001 wurden die Weichen für das »Aktionsbündnis Allergieprävention« (abap) gestellt. Zwar gibt es bereits einzelne, viel versprechende Ansätze der Aufklärung im Bereich Allergie, wie die DISA (Dokumentations- und Informationsstelle für Allergiefragen im Kindesalter), Initiativen der Arbeitsgemeinschaft Dermatologische Prävention und nicht zuletzt pina e.V. (Präventions- und Informationsnetzwerk Allergie/Asthma e.V.), doch diese reichen nicht aus, um alle Bevölkerungsteile zu erreichen.

Die entsprechenden Fach- und Berufsverbände, die Krankenkassen, die Apothekerschaft, Gesundheitsnetzwerke und insbesondere die Selbsthilfeverbände wurden aufgefordert, sich dem abap anzuschließen und ihre Bereitschaft zur Mitarbeit auf dem Initiativkongress am 7.2.2001 kundzutun. Dort bestand Einvernehmen, dass griffige, praktikable und qualitätsgesicherte Präventionsempfehlungen für Allergiker bundesweit verbreitet werden müssen, damit aufgeklärte, gut informierte Patienten dazu beitragen können, dass die medizinische Behandlung zum Erfolg führt. Auch für den schnellen Austausch von Forschungsergebnissen und Forschungsanregungen soll das abap ein Forum sein. Zahlreiche Vertreter der einzelnen Sparten machten auf dem Initiativkongress ihre Bereitschaft deutlich, aktiv am Aktionsbündnis Allergieprävention (abap) mitzuwirken.

pina e. V. sieht sich im Rahmen des abap als der Baustein für die Belange der pädiatrischen Patienten.

Zum Medizinischen Koordinator wurde Prof. Dr. Uwe Gieler, Universität Gießen ernannt; Koordinierungsekretariat ist das Deutsche Grüne Kreuz in Marburg, verantwortlich ist hier Barbara von Stackelberg.

Der wichtige nächste Schritt ist die Umsetzung der guten Ideen in die praktische Arbeit.

Weitere Infos: [www.allergiepraevention.de](http://www.allergiepraevention.de)



Foto: Service Impfen Aktuell

*Auch allergiegefährdete Kinder sollten alle regulären Schutzimpfungen erhalten.*

## Soll ich ein allergiegefährdetes Kind impfen?

Christoph Grüber, Klinik m.S. Pädiatrische Pneumologie und Immunologie, Charité Campus Virchow, Humboldt-Universität Berlin, Sabina Illi, Dr. von Haunersches Kinderspital, Ludwig-Maximilians-Universität München

Für die Eltern allergiegefährdeter Kinder spielen zwei Überlegungen eine wichtige Rolle bei der Impfentscheidung:

1. die Furcht, dass es bei Impfungen zu unmittelbaren allergischen Nebenwirkungen kommt;
2. die Furcht, dass Impfungen die Allergieentwicklung begünstigen.

Dieser Beitrag fasst den gegenwärtigen Forschungsstand zusammen und gibt Empfehlungen für die Schutzimpfung von Kindern mit erhöhtem Allergierisiko.

### Muss ich mit allergischen Reaktionen auf Impfungen rechnen?

Leichte Überempfindlichkeitsreaktionen auf Impfungen sind nicht selten. Am häufigsten treten lokale, schmerzhaft Rötungen auf – eine selbstlimitierende Nebenwirkung. Anders verhält es sich mit der IgE-vermittelten Anaphylaxie, die zu systemischen Nebenwirkungen und zu potentiell lebensbedrohlichem Schock führen kann. Hier scheinen atopisch belastete Kinder ein erhöhtes Risiko zu haben. Verantwortlich für die anaphylaktischen Reaktionen sind in erster Linie nicht die eigentlichen Impfantigene, sondern die »Zutaten« (Rückstände von Hühnerweißproteinen, Gelatin und Antibiotika). Gera-

de noch messbare Mengen von Eiwweißrückständen können in Lebendimpfstoffen gefunden werden, die auf Hühner-ei-erwandten Medien gezüchtet werden. Ebenfalls sehr niedrige Konzentrationen werden in Impfstoffen gemessen, die in Hühnerembryo-Fibroblasten-Zellkulturen produziert werden (Masern, Mumps, FSME, Tollwut). Höhere, jedoch immer noch niedrige Mengen von Eiproteinen finden sich in Influenza-Impfstoffen, die in embryonierten Hühner-eiern gezüchtet werden. Höchste Mengen sind dagegen in Gelbfieber-Impfstoffen zu erwarten, die in Hühnerembryonen wachsen.

Theoretisch kann bei Kindern mit manifester Hühner-ei-Allergie ein erhöhtes Risiko für eine anaphylaktische Reaktion auf diese Impfstoffe angenommen werden. Systemische Reaktionen können lebensbedrohlich sein, sind auf Masern-Impfung jedoch sehr selten (1 auf 1 Mio. Fälle) [1]; einzelne lebensbedrohliche Fälle wurden beschrieben. Die Pricktestung auf den Impfstoff und eine manifeste Eiallergie haben keinen sicheren prädiktiven Wert für systemische Reaktionen: Während die meisten Eiallergiker die Impfung gut vertragen, können Patienten, die bisher nicht auf Ei reagierten, auf die Impfung systemisch reagieren [2-5]. Für Eiallergiker ist ein Impfstoff aus der Schweiz empfohlen worden, der auf humanen Diploidzellkulturen gezüchtet wird (Triviraten Berna Impfstoff). Allerdings scheint

der darin enthaltene Edmonton-Zagreb-Stamm weniger immunogen als die üblichen Impfstoffe zu sein [6]. Influenza-Impfstoffe werden von Kindern mit gesicherter Eiallergie in der Regel gut vertragen [7, 8]. Gelbfieber-Impfungen sind etwas häufiger mit anaphylaktischen Reaktionen assoziiert; unter 40 Mio. Dosen wurden 40 Anaphylaxie-Fälle registriert [9].

Die Ursachen von anaphylaktischen Zwischenfällen nach MMR-Impfung sind in jüngerer Zeit wieder in Frage gestellt worden. Viele Impfstoffe enthalten vom Schwein gewonnenes Gelatin als Stabilisator (u.a. oraler Polio-Impfstoff, MMR, BCG, FSME). Da Gelatin für Nahrungsmittel häufig vom Rind gewonnen wird, schließt die Verträglichkeit von Gelatin in Nahrungsmitteln eine Unverträglichkeit von Gelatin in Impfstoffen nicht aus. In Japan konnte eine Vielzahl von Impfreaktionen auf MMR-Impfung auf Gelatin zurückgeführt werden [10]. Es bleibt zu klären, welche Bedeutung die Gelatin-Allergie für allergische Impfreaktionen außerhalb Japans hat.

Häufig werden den Impfstoffen Antibiotika (z.B. Neomycin) zugesetzt. Gerade Neomycin ist als Ursache einzelner Fälle von anaphylaktischen Reaktionen auf MMR-Impfung vermutet worden [11]. Eine bestehende Kontaktallergie gegen Neomycin scheint aber kein Risikofaktor zu sein [12].

Adjuvantien wie Aluminiumsalze sind zwar für Lokalreaktionen mitverantwortlich, lösen offenbar jedoch keine Anaphylaxie aus. Auch andere Zusätze wie Thimerosal, Formaldehyd oder Heferückstände in Hepatitis-Impfstoffen scheinen keine Bedeutung für die Auslösung anaphylaktischer Impfwischenfälle zu haben.

### Beeinflussen Impfungen die Allergieentwicklung?

Die Bedeutung von Impfungen im frühen Kindesalter für die Allergieentwicklung wird kontrovers diskutiert. Während bei einigen Impfungen ein fördernder Effekt möglich scheint (Pertussis, Diphtherie/Tetanus), wird bei der BCG-Impfung ein antiallergischer Effekt angenommen.

Pertussis-Toxin, chemisch modifiziert als Toxoid in allen Pertussis-Impfstoffen enthalten, ist im Tiermodell ein bekanntes Adjuvans für die Erreichung einer IgE-Antwort etwa gegen Hühner-eiweiß. Auch bei Kindern wurden nach der Impfung transiente IgE-Spiegel gegen Pertussis-Toxin gemessen – höher nach Impfung mit azellulären als mit ganzzellulären Impfstoffen und höher bei Kindern mit atopischer Belastung [13]. Dagegen fanden sich bei Pertussis-Geimpften in qualitativ hochwertigen Studien keine Anhaltspunkte für ein gegenüber Nicht-Geimpften erhöhtes Risiko einer allergischen Sensibilisierung gegen andere Allergene oder möglicher klinischer Manifestationen der Atopie [13-15].

Ähnlich scheint nach Diphtherie/Tetanus-Impfung die passagere Produktion von IgE gegen Diphtherie- und Tetanus-Toxoid zur normalen Impfantwort zu gehören [16], wenngleich sie bei Atopikern ausge-

präger zu finden ist [17]. Klinisch ist dieses Phänomen nach derzeitigem Wissensstand bedeutungslos. Umgekehrt wird die BCG-Impfung als möglicher protektiver Faktor diskutiert. Im Tiermodell sind BCG-infizierte Mäuse besser vor allergischer Sensibilisierung und Atemweghyperreagibilität geschützt als nicht-infizierte [18]. In einer Studie unter BCG-geimpften japanischen Schulkindern waren jene Kinder besser vor Allergien geschützt, die eine stärkere Tuberkulinreaktion hatten [19]. Dieser Effekt, der in anderen Populationen so nicht reproduziert werden konnte, dürfte jedoch eher die Folge einer zusätzlichen Infektion mit Umwelt-Mykobakterien sein. Studien in Europa konnten keinen oder nur einen marginalen protektiven Effekt der BCG-Impfung auf die Allergie-Häufigkeit nachweisen [20-22].

### Schlussfolgerung

Allergische Kinder sind durch Impfungen nicht wesentlich gefährdeter als nichtallergische Kinder. Generell ist das Risiko sehr gering, durch Impfung Anaphylaxie herbeizuführen. Die Entwicklung allergischer Erkrankungen scheint durch Impfungen nicht gefördert zu werden.

Für alle Kinder gibt es jedoch ein ernst zu nehmendes Risiko, durch fehlende Schutzimpfungen gegen verhütbare Infektionserkrankungen Krankheit, Behinderung oder gar Tod erleiden zu müssen. Daher sollten auch allergiegefährdete Kinder die regulären Schutzimpfungen erhalten.

Wird ein allergiegefährdetes Kind geimpft, ist ein ausreichendes Beobachtungsintervall (30 Minuten) nach der Impfung geboten. Die sehr wenigen Hochrisikokinder, die gegen einzelne Komponenten von Schutzimpfungen mit schwerer Symptomatik allergisch reagiert haben, sollten zukünftige Impfungen

in einer Umgebung erhalten, die rasche und effektive Hilfe im Anaphylaxie-Fall gewährleistet. Im Fall einer MMR-Impfung bei gesicherter klinischer Hühner-ei-Allergie ist die Wahl eines auf humanen Diploidzellen gezüchteten Impfstoffes zu erwägen.

## Termine



### 09. bis 13. Mai 2001, Berlin

Kongress der Europäischen Akademie für Allergologie und Klinische Immunologie (EAACI).  
Kongresspräsident: Prof. U. Wahn, Berlin

### 13.-16. September 2001, Freiburg

97. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Kinderheilkunde und Jugendmedizin.  
Tagungsort: Konzerthaus Freiburg, Konrad-Adenauer-Platz 21, 79098 Freiburg.  
Tagungspräsident: Prof. Dr. M. Brandis, Freiburg

### 26.-27. Oktober 2001, München

4. Jahrestagung der Gesellschaft für Pädiatrische Allergologie und Umweltmedizin e.V. (GPA).  
Leitung: Prof. Dr. C.P. Bauer, München/Gaißach

### 28. Oktober 2001, München

2. pina-Allergiepräventionstag  
Breit angelegte Info-Veranstaltung des pina e.V. im Klinikum rechts der Isar. Angeboten werden Vorträge und Workshops zur Allergieprävention. Jedermann ist herzlich eingeladen. Der Eintritt ist frei.

## Pina-Symposium beim Kinderärztekongress in Freiburg

Wie schon 2000 in Stuttgart wird es auch beim diesjährigen Deutschen Kinderärztekongress in Freiburg ein Satellitensymposium des pina e.V. In Zusammenarbeit mit Milupa geben. Auf Grund des großen Erfolges der Veranstaltung im letzten Jahr gehen die Organisatoren davon aus, dass auch dieses Symposium großen Zuspruch finden wird.

### Termin: 15. September 2001 – vormittags:

Thema: Atopieentstehung – die Rolle von Erbgut und Umwelt; Vorsitz: Prof. Dr. Reinhardt, München und Prof. Dr. Wahn, Berlin

1. Neue molekulargenetische Daten zur Atopieentstehung (Dr. YA Lee, Berlin)
2. Frühe Exposition gegenüber Infektionsträger – eine Medaille mit zwei Seiten? (PD Dr. E. v. Mutius, München)
3. Alimentäre Atopieprävention – womit? (Dr. A. von Berg, Wesel)
4. pina-Aventis-Nachwuchsstipendium 2000. Kurze Darstellung der bisherigen Forschungsergebnisse. (Dr. Kerstin Gerhold, Berlin)

## GLOSSAR 2

### GINI - German Infant Nutritional Intervention Program

Untersuchung zum Einfluss der Säuglingsernährung auf die Allergieentwicklung. GINI ist eine multizentrische, doppelblinde, randomisierte Interventionsstudie, die im Auftrag des Bundesministeriums für Bildung, Wissenschaft, Forschung und Technologie durchgeführt wird. Unter besonderer Berücksichtigung der präventiven Bedeutung hydrolysiertes Säuglingsnahrungen werden bei Kindern mit erhöhtem Allergierisiko vielfältige Aspekte der Ernährung im Säuglingsalter untersucht. Zielkriterium der Studie ist die Entstehung allergischer Erkrankungen in den ersten drei Lebensjahren.

### GPA - Gesellschaft für Pädiatrische Allergologie und Umweltmedizin e.V.

Die Gesellschaft für Pädiatrische Allergologie und Umweltmedizin e.V. (GPA) ist ein Dachverband, der über 1300 Kinderärztinnen und Kinderärzte vertritt, die in vier regionalen pädiatrisch-allergologischen Arbeitsgemeinschaften organisiert sind. Die GPA ist als Fachgesellschaft für Allergologie im Kindes- und Jugendalter in zahlreichen ärztlichen Gremien aktiv. Der Vorsitzende der GPA ist Mitglied des pina-Vorstands.

### Literatur

1. Watson JC, Hadler SC, Dykewicz CA, Reef S, Phillips L. Measles, mumps, and rubella – vaccine use and strategies for elimination of measles, rubella, and congenital rubella syndrome and control of mumps: recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP). *MMWR Morb Mortal Wkly Rep.* 1998;47:1-57.
2. Fasano MB, Wood RA, Cooke SK, Sampson HA. Egg hypersensitivity and adverse reactions to measles, mumps, and rubella vaccine. *J Pediatr.* 1992 Jun;120:878-81.
3. Aukrust L, Almeland TL, Refsum D, Aas K. Severe hypersensitivity or intolerance reactions to measles vaccine in six children. *Clinical and immunological studies. Allergy.* 1980;35:581-7.
4. James JM, Burks AW, Roberson PK, Sampson HA. Safe administration of the measles vaccine to children allergic to eggs. *N Engl J Med.* 1995;332:1262-6. Review.
5. Lavi S, Zimmerman B, Koren G, Gold R. Administration of measles, mumps, and rubella virus vaccine (live) to egg-allergic children. *JAMA.* 1990;263:269-71.
6. Bruno G, Grandolfo M, Lucenti P, Novello F, Ridolfi B, Businco L. Measles vaccine in egg allergic children: poor immunogenicity of the Edmonton-Zagreb strain. *Pediatr Allergy Immunol.* 1997;8:17-20.
7. Freigang B, Jadavji TP, Freigang DW. Lack of adverse reactions to measles, mumps, and rubella vaccine in egg-allergic children. *Ann Allergy.* 1994;73:486-8.
8. James JM, Zeiger RS, Lester MR, Fasano MB, Gern JE, Mansfield LE, Schwartz HJ, Sampson HA, Windom HH, Machtinger SB, Lensing S. Safe administration of influenza vaccine to patients with egg allergy. *J Pediatr.* 1998;133:624-8.
9. Kelso JM, Mootrey GT, Tsai TF. Anaphylaxis from yellow fever vaccine. *J Allergy Clin Immunol.* 1999;103:698-701.
10. Kelso JM. The gelatin story. *J Allergy Clin Immunol.* 1999;103:200-2.
11. Kwittken PL, Rosen S, Swinberg SK. MMR vaccine and neomycin allergy. *Am J Dis Child.* 1993;147:128-9.
12. Elliman D, Dhanraj B. Safe MMR vaccination despite neomycin allergy. *Lancet.* 1991;337:365.
13. Nilsson L, Grüber C, Granström M, Björkstén B, Kjellman NI. Pertussis IgE and atopic disease. *Allergy.* 1998;53:1195-201.
14. Ryan EJ, Nilsson L, Kjellman N, Gothefors L, Mills KH. Booster immunization of children with an acellular pertussis vaccine enhances Th2 cytokine production and serum IgE responses against pertussis toxin but not against common allergens. *Clin Exp Immunol.* 2000;121:193-200.
15. Nilsson L, Kjellman NI, Björkstén B. A randomized controlled trial of the effect of pertussis vaccines on atopic disease. *Arch Pediatr Adolesc Med.* 1998;152:734-8.
16. Aalberse RC, van Ree R, Danneman A, Wahn U. IgE antibodies to tetanus toxoid in relation to atopy. *Int Arch Allergy Immunol.* 1995;107:169-71.
17. Dannemann A, van Ree R, Kulig M, Bergmann RL, Bauer P, Forster J, Guggenmoos-Holzmann I, Aalberse RC, Wahn U. Specific IgE and IgG4 immune responses to tetanus and diphtheria toxoid in atopic and nonatopic children during the first two years of life. *Int Arch Allergy Immunol.* 1996;111:262-7.
18. Herz U, Gerhold K, Grüber C, Braun A, Wahn U, Renz H, Paul K. BCG infection suppresses allergic sensitization and development of increased airway reactivity in an animal model. *J Allergy Clin Immunol.* 1998 Nov;102(5):867-74.
19. Shirakawa T, Enomoto T, Shimazu S, Hopkin JM. The inverse association between tuberculin responses and atopic disorder. *Science.* 1997;275:77-9.
20. Alm JS, Lijla G, Pershagen G, Scheynius A. Early BCG vaccination and development of atopy. *Lancet.* 1997;350:400-3.
21. Strannegard IL, Larsson LO, Wennergren G, Strannegard O. Prevalence of allergy in children in relation to prior BCG vaccination and infection with atypical mycobacteria. *Allergy.* 1998;53:249-54.
22. Grüber C, Kulig M, Bergmann RL, Guggenmoos-Holzmann I, Wahn U. Delayed type hypersensitivity to tuberculin, total IgE, specific sensitization, and atopic manifestation in longitudinally followed early BCG-vaccinated and non-vaccinated Children. *Pediatrics.* 2001;107: im Druck.