

SIT

Richtlinien zur Durchführung der spezifischen Immuntherapie

Am 1. Juni 2005 trafen sich unter dem Vorsitz von Univ. Prof. Dr. Dieter Koller, Leiter der Abteilung für Ambulante Pädiatrie der Univ. Klinik für Kinder- und Jugendheilkunde Wien, namhafte Experten der Arbeitsgruppe für Pneumologie und Allergologie der Österreichischen Gesellschaft für Kinder- und Jugendheilkunde mit dem Ziel, für die pädiatrische Facharztpraxis Richtlinien zur Durchführung der spezifischen Immuntherapie (= SIT) bei Kindern und Jugendlichen mit Typ I Allergie zu entwerfen. Teilnehmer dieser Veranstaltung waren Univ. Prof. Prim. Dr. Manfred Goetz, OA Dr. Elisabeth Horak, OA Dr. Isidor Huttegger, Dr. Rudolf Schmitzberger, Univ. Prof. Dr. Zsolt Szepefalusi und Univ. Prof. Dr. Eva-Maria Varga.

Da in Österreich rund ein Viertel aller Kinder eine diagnostizierte Überempfindlichkeit gegenüber einem oder mehreren Allergenen aufweist, kommt dem Management dieser Patienten in der Praxis immer größere Bedeutung zu. Allerdings wird die SIT bei pädiatrischen Patienten trotz vorhandener Richtlinien seitens der WHO noch immer zu wenig eingesetzt. Ein Grund hierfür ist beispielsweise die Angst vor möglichen Nebenwirkungen. Dabei kann nach entsprechender Schulung und Beachtung der wichtigsten Sicherheitsrichtlinien die SIT mit einer minimalen Rate an systemischen Nebenwirkungen in der Praxis durchgeführt werden. Denn gerade bei Kindern ist der frühzeitige Einsatz einer SIT aufgrund der Verhinderung von Neusensibilisierungen und Asthmaprävention äußerst erstrebenswert.

Die Allergenspezifische Immuntherapie ist die einzige kausale Therapie von IgE-medierten Allergien. Sie wird besonders effektiv bei Kindern mit Pollenallergie und einer Sensibilisierung gegen ein oder höchstens zwei Allergene eingesetzt. Da die Behandlung umso effizienter ist, je kürzer die Symptomatik besteht, ist es wichtig, dass frühzeitig mit der Therapie begonnen wird. Allerdings sollten die Indikationsstellung und der Beginn der SIT von einem allergologisch geschulten Arzt erfolgen. Es ist das Ziel,

ein Netz an entsprechend ausgebildeten niedergelassenen Pädiatern aufzubauen, die die SIT durchführen können, damit mehr Kinder die Möglichkeit einer kausalen Therapie bekommen.

Indikationen für die SIT sind die allergische Rhinokonjunktivitis, das allergische Asthma bronchiale und Insektengiftallergie. Die Symptome sollten allerdings zumindest über 2 Saisonen bei Pollenallergie bzw. mehr als 6 Monate bei einer Allergie gegen Hausstaubmilben bestehen. Absolute Kontraindikationen für die SIT sind schwere chronische Atemwegserkrankungen, andere schwere chronische Erkrankungen (z.B. Leber- und Nierenfunktionsstörungen, inoperable bzw. zyanotische Vitien, Tumorerkrankungen, schwere Immundefekte...), medikamentös nicht kontrolliertes Asthma, Schwangerschaft und fehlende Compliance. Risikofaktoren für Nebenwirkungen sind beispielsweise einer fiebrhaften Infekt zum Zeitpunkt der SIT, Schutzimpfungen am selben Tag sowie innerhalb von 3 Tagen vor und nach der SIT, schwere körperliche Arbeit am selben Tag, Mastozytose sowie Alkohol- oder Drogenkonsum am Tag der SIT.



Als notwendige Infrastruktur in der Praxis wird ein Kühlschrank benötigt, der eine Lagertemperatur von +2 bis +6 Grad gewährleistet. Die Notfallsapotheke muss mit folgenden Medikamenten ausgestattet sein: Adrenalin 1:1000 s.c. oder i.m. bzw. 1: 10 000 i.v., ein orales Glucocortikoid, ein i.v. Glucocortikoid, ein orales Antihistaminikum, ein i.v. Antihistaminikum, Betaadrenergika als Dosieraerolsol



und Infusionslösungen. Als zusätzliches möglicherweise notwendiges Zubehör verstehen sich Sauerstoff, Beatmungsbeutel, Infusionsbesteck und Verweilkatheter von selbst.

Prinzipiell kann mit einer SIT ab dem 5. Lebensjahr begonnen werden. Über einen eventuellen früheren Beginn muss der Spezialist entscheiden. Am Beginn der SIT sollte bei Pollenallergikern der aktuelle Pollenflug im Wohngebiet des Patienten überprüft werden. Der Beginn der SIT kann postsaisonal sein, beispielsweise nach September bei Gräserpollenallergie oder nach Juni bei Birkenpollenallergie oder aber perennial bei Allergien gegen Hausstaubmilben oder Insektengifte. Nach genauer Prüfung des Allergenextraktes auf Identität, Allergen, Konzentration, Kühlkette und Ablaufdatum und nach genauer Anamnese bezüglich eines derzeitigen Infekts, der letzten Impfung

und deren Verträglichkeit, etwaiger Asthmasymptome etc. kann an der Streckseite des Oberarmes eine Handbreite oberhalb des Ellenbogens die Injektion streng subkutan nach Aspiration durchgeführt werden. Eine Prämedikation mit einem Antihistaminikum ist im Kindesalter nicht empfohlen. Ein Wechsel des Armes von Injektion zu Injektion ist zu empfehlen, jedoch nicht obligat. Werden allerdings zwei Allergene injiziert, so werden jeweils der rechte und linke Arm verwendet. Hierbei muss auch ein zeitlicher Abstand der Injektionen von mindestens 15 Minuten bestehen. Um eventuell lokal auftretende Nebenwirkungen zuordnen zu können, sollte man sich natürlich merken, wo welches Allergen appliziert wurde. Nach der Impfung muss der Patient unbedingt noch mindestens 30 Minuten unter Beobachtung mit Inspektion der Impfstelle in der Praxis warten, wobei eine genaue Dokumentation über mit Datum, Uhrzeit, Lokalisation der Injektion, Verträglichkeit etc. durchgeführt werden

und deren Verträglichkeit, etwaiger Asthmasymptome etc. kann an der Streckseite des Oberarmes eine Handbreite oberhalb des Ellenbogens die Injektion streng subkutan nach Aspiration durchgeführt werden. Eine Prämedikation mit einem Antihistaminikum ist im Kindesalter nicht empfohlen. Ein Wechsel des Armes von Injektion zu Injektion ist zu empfehlen, jedoch nicht obligat. Werden allerdings zwei Allergene injiziert, so werden jeweils der rechte und linke Arm verwendet. Hierbei muss auch ein zeitlicher Abstand der Injektionen von mindestens 15 Minuten bestehen. Um eventuell lokal auftretende Nebenwirkungen zuordnen zu können, sollte man sich natürlich merken, wo welches Allergen appliziert wurde. Nach der Impfung muss der Patient unbedingt noch mindestens 30 Minuten unter Beobachtung mit Inspektion der Impfstelle in der Praxis warten, wobei eine genaue Dokumentation über mit Datum, Uhrzeit, Lokalisation der Injektion, Verträglichkeit etc. durchgeführt werden

soll. Vor Verlassen der Ordination muss der Patient natürlich noch einmal untersucht werden.

Sollte eine starke Lokalreaktion mit einer Schwellung von mehr als 5 cm auftreten, ist die Wartezeit zu verlängern und bei der nächsten Injektion keine Dosissteigerung durchzuführen.

Bei der perennalen Behandlung der Pollen-SIT muss die Dosis während der Pollensaison auf 25% bis 50% der zuvor erreichten Höchstdosis reduziert werden. Das Impfintervall beträgt 4 Wochen und kann bei Bedarf auf 8 Wochen ohne Dosisreduktion ausgedehnt werden. Bei ausgeprägten allergischen Symptomen darf allerdings nicht geimpft werden.

Die SIT gliedert sich in eine anfängliche Steigerungsphase (Dosissteigerung gemäß Herstellerempfehlungen) mit wöchentlichen Injektionen und in eine Erhaltungsphase mit der individuellen Erhaltungsdosis und einem Injektionsintervall von 4 Wochen.

Bei möglichen Nebenwirkungen wird mit der Dosierung der SIT wie folgt vorgegangen: bei einer lokalen Schwellung von weniger als 5 cm wird die Dosis im Rahmen der Steigerungsphase weiter erhöht bzw. die Erhaltungsdosis beibehalten. Erreicht die lokale Schwellung eine Größe von 5-7 cm, bleibt die Dosis während der Steigerungsphase gleich wie bei der zuletzt verabreichten Injektion und wird während der Erhaltungsphase um eine Stufe reduziert. Beträgt die lokale Schwellung 7-12 cm, wird die Dosis sowohl in der Steigerungsphase als auch in der Erhaltungsstufe um eine Stufe reduziert. Bei einer lokalen Schwellung von mehr als 12 cm muss in beiden Phasen die Dosis um 2 Stufen verringert werden. Sollten systemische Reaktionen auftreten, muss der Patient zum pädiatrischen Allergologen überwiesen werden. Lokale Schwellungen unter 7 cm werden durch Kühlung therapiert, solche über 7 cm verlangen ein orales Antihistaminikum. Systemische Reaktionen

müssen intravenös mit Antihistaminika (Dipondrin® 1 Ampulle, Fenistil®, Tavegil®) und Glucocorticoiden (2-5 mg/kg Körpergewicht Solu Dacortin®) behandelt werden. Sollten die Beschwerden persistieren oder ein primär schwerer Verlauf vorliegen, muss Adrenalin subcutan, intramuskulär oder intravenös verabreicht werden. Bei inzipienter Schocksymptomatik wird eine Volumenersatztherapie (0,9% NaCl 20 ml/kg Körpergewicht) notwendig. Sollte es zu bronchialer Obstruktion kommen, wird diese mit 4 Hüben Salbutamol mit Inhalierhilfe/ Feuchtinhalation mit 1 ml Sultanol plus 2 ml 0,9%-ige NaCl-Lösung behandelt.

Eine spezielle Form der Immunbehandlung ist die sublinguale Immuntherapie. Diese Therapieform sollte allerdings noch solange dem allergologisch versierten Arzt vorbehalten sein, bis ausreichende Erfahrungen über Langzeitwirkung und die optimale Allergendosierung aus derzeit laufenden Studien vorliegen.

