

Facettenreiche Tagung auf dem 48. Recklinghäuser Forum

Drei Top-Themen: Urtikaria, Insektengiftallergie und Narbenbehandlungen

Am 27. Mai 2015 lud Frau Prof. Maria Zabel zum 48. Recklinghäuser Forum ein. Im Vordergrund standen dieses Mal allergologische Themen mit einem Update über Urtikaria und einem Vortrag über Insektengiftallergie. Das dritte Thema handelte von der Behandlung von hypertrophen Narben und Keloiden. Als Vortragende wurden eingeladen: Prof. Dr. Randolph Brehler aus Münster, Prof. Dr. Sabine Eming aus Köln und Prof. Dr. Bettina Wedi aus Hannover.



Abb. 1: Frau Prof. Dr. Maria Zabel, Herr Prof. Dr. Randolph Brehler, Frau Prof. Dr. Bettina Wedi und Frau Prof. Dr. Sabine Eming (v.l.n.r.) auf dem 48. Recklinghäuser Forum.

Zur Begrüßung sagte Frau Prof. Zabel: „Wir haben drei bekannte Referenten mit großen Erfahrungen eingeladen, die über ihre Spezialgebiete referieren. Die Vorträge umfassen sowohl Diagnostik und Therapie mit Fallbeispielen sowie Tipps für den Praxi-

salntag.“ Damit übergab Frau Prof. Zabel das Wort an Frau Prof. Bettina Wedi aus Hannover, die zum Thema „Update Urtikaria“ referierte. „Die Blickdiagnose ist einfach und eindeutig, jedoch bleibt die Ursache der Urtikaria oft im Verborgenen“, so Prof.

Wedi. Bei der akuten spontanen Urtikaria (ASU, Prävalenz 15–20%) entstehen Quaddeln und Plaques. Sie sind in der Regel nicht lebensbedrohlich jedoch für die Betroffenen sehr belastend, da diese oft unerwartet und nachts auftreten.

Halten die Symptome länger als sechs Wochen an, spricht man von der chronisch spontanen Urtikaria (CSU), dann erfolgt erst eine weiterführende Diagnostik. Zur symptomatischen Therapie gehören ein modernes H1-Antihistaminikum (H1-AH, ggf. Dosiserhöhung für ein bis zwei Wochen), gegebenenfalls kurzfristig ein systemisches Glucokortikosteroid und als weiteres Element folgt die Beratung über die Vermeidung von NSAR, die Infektgenese und eine mögliche Spontanheilung. „Bis heute ist allerdings unklar, warum es Spontanremissionen gibt und welche akute Urtikaria chronisch verlaufen wird“, gab Prof. Wedi zu bedenken.

Diagnose und Therapie: komplette Beschwerdefreiheit bei Urtikaria

In der aktuellen Leitlinie wurden in der Klassifikation erstmals die chronischen Urtikaria Subtypen CSU und die induzierbaren Formen (z. B. durch Hitze, Kälte, Sonne und Berührung) voneinander getrennt.

Foto: © Alexandra Möllenberg

Zu der weiterführenden Diagnostik bei Verdacht auf eine chronische Form zählen routinemäßig ein Differentialblutbild und Tests auf Infektionen mit *Helicobacter pylori* oder Streptokokken, Staphylokokken und Yersinien. Weitere Untersuchungen auf autoimmune Ursachen zum Beispiel der Schilddrüse oder auf eine Pseudoallergie sind ebenfalls angeraten. Angioödeme sind meistens Histamin vermittelt und seltener Bradykinin vermittelt. Bei der Diagnostik von Angioödemem ist die Familienanamnese und die Medikamentenanamnese insbesondere auf ACE-Hemmer, ATII-Antagonisten, C1-INH-Aktivität, C1-INH-Konzentration und C4 zu berücksichtigen.

„Das Therapieziel ist für alle Subgruppen die komplette Beschwerdefreiheit“, konstatierte Prof. Wedi. Dazu gehört zunächst die Triggerfaktoren der Urtikaria, wenn möglich, zu identifizieren und zu vermeiden. In der symptomatischen Therapie würden die meisten Patienten mit der Standard-Dosierung nicht beschwerdefrei. Bei 47 bis 96 % der Patienten ist ein Therapieversagen unter H1-AH in Standard-Dosierung festzustellen. Die Dosis-Erhöhung kann, laut Konsens, bis zu vierfach erfolgen, so Prof. Wedi. Des Weiteren sei das individuelle Ansprechen unter den verfügbaren H1-AH sehr unterschiedlich, daher sollte bei Bedarf auch an einen Wechsel gedacht werden.

H2-AH werden nicht mehr empfohlen, da, nach dem CochraneReview von 2012 von Fedorowicz et al., keine Evidenz dafür vorliege. Auch sollte der Einsatz von systemischen Kortikosteroiden außerhalb spezialisierter Einrichtungen nur kurzfristig erfolgen, da das Risiko für Hüft- und Wirbelfrakturen auch bei geringer Dosierung nach dreimonatiger Behandlung um 75 % erhöht sei. Dann stellte Prof. Wedi noch

eine weitere Therapieoption mit Omalizumab vor. Es ist seit Februar 2014 verfügbar und kann bei allen Subtypen der Urtikaria zum Einsatz kommen. Aus ihren Erfahrungen heraus handelt es sich bei Omalizumab um eine einfach zu handhabende Therapie mit raschem Ansprechen, die sehr hilfreich sei.

Stechmücken, Bienen und Wanzen

Prof. Dr. Randolf Brehler aus Münster begann sein Referat zum Thema Insektenallergie mit einer Übersicht dermatologisch interessanter Insekten, dazu gehören: Stechmücken, Bremsen, Bienen, Wespen und Wanzen. Bettwanzen verbreiten sich mit den Menschen durch Gebrauchsgegenstände und Reisegepäck, dabei reicht ein einziges befruchtetes Weibchen aus, um einen Befall auszulösen. Nach der Datenerhebung des deutschen Schädlingsbekämpferverbandes gab es im Jahr 2007 210 gemeldete Fälle und im Jahr 2012 761 Fälle von Bettwanzen-Befall. „Die Stiche von Bettwanzen sind in der Regel schmerzlos und können auch verzögert eine Hautreaktion, so etwa nach sieben bis zehn Tagen, hervorrufen. Bettwanzen sind Träger von Infektionserregern wie Bakterien und Viren“, berichtete Prof. Brehler.

Die Reaktion auf das Gift von Stechmücken kann ausgeprägte persistierende, lokale entzündliche Schwellungen, Blasen und Ekchymosen auslösen bis hin zu Fieber und Lymphknotenschwellungen (Skeeter Syndrom). Bei der Therapie des Skeeter Syndroms durch Insektenstiche kommen Antihistaminika und Kortikosteroide zum Einsatz. „Der Einsatz von Antibiotika ist hierbei nicht hilfreich, da es sich um eine immunologische Reaktion handelt“, so der Experte.

Wespen und Bienen sind relativ weit verbreitet. Bienen tummeln sich an den Bienenstöcken und auf Blüten. Wespen kommen vor allem in der Nähe von Speisen und Abfall vor. Die Wespe zeigt grundsätzlich ein aggressiveres Verhalten als die Honigbiene. Die Honigbiene zeigt lediglich im Nestbereich bei den Bienenstöcken ein aggressives Verhalten. Kommt es zu einem Stich beleibt der Stachel einer Biene meistens in der Haut zurück, wogegen der Stachel einer Wespe bei einem Stich in der Regel nicht in der Haut stecken bleibt.

Insektenstiche als bedeutende Ursache für Anaphylaxie

Die Stiche von Insekten rufen meistens eine Reaktion hervor, die auf eine örtliche Reaktion begrenzt ist (z. B. Juckreiz). In seltenen Fällen kommt es zu einer allergischen Reaktion, diese reichen von einem Flush, Urtikaria, Angioödemem bis hin zu Krämpfen, Erbrechen und Atemstillstand. „Bis zu 26 % der Bevölkerung zeigen eine gesteigerte lokale allergische Reaktion (z. B. Urtikaria) auf Bienen und Wespenstiche und nur etwa bis zu 3,5 % zeigen eine heftige systemische allergische Reaktion (z. B. Erbrechen und Atemstillstand)“, weiß Prof. Brehler. Etwa 20 Menschen sterben jährlich in Deutschland an den akuten schweren allergischen Folgen von Insektenstichen. Damit seien Insektenstiche im Vergleich zu Nahrungsmitteln und Medikamenten eine bedeutende Ursache für anaphylaktische Reaktionen, so Prof. Brehler.

Eine Allergie-Impfung oder Hyposensibilisierung mit Insektengift (VIT) kommt für Patienten in Frage, die die Systemreaktionen zeigen, die über das Maß von Urtikaria hinausgehen (ab einem Schweregrad 2). Ein Nachweis der Sensibilisierung durch



Prof. Wedi



Prof. Brehler



Prof. Eming



Prof. Zabel

Fotos: © Alexandra Möllenberg

Prick-Test und/oder Nachweis von spezifischen IgE-Antikörpern gegen Bienen-/Wespengift (der Nachweis sollte bei sehr schweren Reaktionen gegebenenfalls auch stationär erfolgen) muss im Vorfeld einer Hyposensibilisierung erfolgen. Zu den Patientengruppen, die eine Indikation zur VIT haben, gehören Personen, die meistens älter sind als 40 Jahre, kardiovaskulär erkrankt, mit Asthma, erhöhter Serumtryptase ($>11,4 \mu\text{g/l}$) und einer kutane/systemische Mastozytose. Folgende Personengruppen tragen das Risiko häufiger gestochen zu werden: Imker und deren Angehörige/Nachbarn, Förster, Gärtner, Obstverkäufer, Landwirte, Feuerwehrleute, Lkw-Fahrer und Freizeitsportler.

Die Einleitung der Hyposensibilisierung erfolgt entweder stationär oder ambulant mit Depotextrakt außerhalb der Saison. Kontraindikationen für eine Insektengift Hyposensibilisierung sind: schwere kardiovaskuläre Erkrankungen, Immunerkrankungen, grippaler Infekt, unzureichend eingestelltes Asthma und Non-Compliance. Die Einnahme von Beta-Blockern, ACE-Hemmern und NSAIDs sollte währenddessen nicht erfolgen. Die Hyposensibilisierung gegen Insektengift dauert über drei bis fünf Jahre und kann danach beendet werden, wenn keine systemische Reaktion auf die Hyposensibilisierung mehr erfolgt oder wenn ein Insektenstich vertragen wurde, so Prof. Brehler.

Wenn schwere Reaktionen auf Insektenstichen aus der Vorgeschichte des Patienten bekannt sind, ist das Tragen eines Notfallssets ratsam, so Prof. Brehler. Das Anaphylaxie-Notfallset enthält ein Antihistaminikum, ein potentes topisches Kortikosteroid und Adrenalin (Epinephrin zur intramuskulären Injektion). Bei der notfallmäßigen

Injektion des Adrenalins sollte darauf geachtet werden, dass die Injektionsnadel das muskuläre Gewebe erreicht und nicht nur das darüber liegende Fettgewebe. Prof. Brehler empfiehlt im Notfall die Injektion des Adrenalins mit dem Autoinjektor in die Muskulatur der Wade.

Überschießendes Wachstum bei Narben

Prof. Sabine Eming aus Köln ging auf das Thema Narbenbildung ein. Nahezu jeder Deutsche besitzt mindestens eine Narbe. Bei der hypertrophen Narbe (HTN) handelt es sich um eine Wundheilungsstörung, bei der das Bindegewebe, welches auf der Narbe wächst, ein überschießendes Wachstum zeigt. Es bildet sich innerhalb von 4 bis 6 Wochen insbesondere in Bereichen Narbenhaut mit lokaler Zugspannung. Die typischen Bereiche für HTN sind Schultern, Nacken und Sternum. Keloide unterscheiden sich durch HTN dadurch, dass sie langsamer und stetiger wachsen und weit über den Bereich der Narbe hinaus wachsen können. Menschen mit afrikanischer Abstammung können genetisch prädisponiert sein Keloide zu entwickeln.

„Das Thema Narbe ist sehr heterogen und schwierig zu erforschen, da es kein Tiermodell gibt, weil zum Beispiel Mäuse keine Keloide bilden“ so Frau Prof. Eming. Es scheint, dass die Fibroblasten-Kollagen Interaktion im Granulationsgewebe von heilenden Wunden die Qualität der Narbenbildung reguliert. Experimente mit einem künstlichen Kollagen-Gel-Modell für die Differenzierung von Myofibroblasten unter Zugspannung und Entspannung haben gezeigt, dass die Kollagensynthese unter Zugspannung angeregt wird, welches einer Proliferation des Narbengewebes zu

HTN und Kelloiden induziert. Zum Therapie-Algorithmus der HTN und großer Keloide gehören zum Beispiel eine operative Exzision und Zugentlastung durch lokale Lappenplastik oder Transplantation. Nach Exzision kann gegebenenfalls eine weiterführende Therapie mit Silikon in einer Anwendung als Folie oder Gel erfolgen. In der Behandlung von kleinen Keloiden kommen eine intraläsionale Applikation von Kortikosteroiden (Triamcinolonacetonid, TCA, 10 mg/ml, max. 5 mg pro Keloid, verdünnt 1:1 in NaCl 0,9% oder Lidocain) und gegebenenfalls in Kombination mit einer Kryotherapie in Frage. Bei der Kryotherapie werden die Läsionen im Kontakt oder Sprühverfahren eingefroren (10 sek., 2 x 10–15 sek.). Zur Behandlung und Prävention (postoperativ) von HTN und Keloiden kann auch eine Druckbehandlung mit Kompressionsanzügen, -bandagen, Kunststoffmasken in Frage kommen. Eine fraktionierte Bestrahlung (max. 12 x mit bis zu 10–20 Gy) wird zur Prävention nach chirurgischer Exzision von Keloiden empfohlen. 5-Fluorouracil kann bei therapieresistenten Keloiden erwogen werden (Injektion, 50 mg/ml; max. 50–150 mg/Sitzung, 1 x pro Woche). Laserbehandlungen mit CO₂- oder ER:YAG-Laser können zur Behandlung von HTN nach einem Jahr zum Einsatz kommen.

Aussicht

Zum Ende der Veranstaltung dankte Frau Prof. Zabel den Referenten und den interessierten Zuhörern und stellte das 49. Recklinghäuser Forum in Aussicht. Es findet voraussichtlich am 21. Oktober 2015 statt. Die Themen lauten dann: Vaskulopathie und Vasculitis, Psoriasis und Hyperhidrose.

Dr. rer. nat. Christine Willen