

Abstracts

Seminar:
„Allergologie - Update 2014“



Gesellschaft für
Dermopharmazie

Vorsitzende:

Prof. Dr. med. Hans F. Merk, Aachen

Prof. Dr. med. Torsten Zuberbier, Berlin

Allergie durch Pollen: Was gibt es Neues?

*Prof. Dr. med. Karl-Christian Bergmann,
Klinik für Dermatologie, Venerologie und Allergologie,
Allergiezentrum der Charité Universitätsmedizin, Berlin*

Heuschnupfen, Pollenasthma, Orales Allergie-Syndrom und Pollen-induzierte Kontakt-urtikaria werden in Deutschland durch wenige Pollenarten ausgelöst: Hasel, Erle, Birke, Esche, Süßgräser, Roggen, Beifuß und Ambrosia sind die Quellen der wichtigsten allergenen Pollen; auf der Basis von Messungen an rund 45 Orten in Deutschland werden ihre voraussichtlichen Konzentrationen durch die Pollenflug-vorher-sage den Interessierten genannt.

Vermutlich infolge des Klimawandels gibt es Veränderungen im Pollenflug, die in Städten ausgeprägter als auf dem Land sind. Baumpollen nehmen seit Jahren an Menge zu, Gräserpollen nehmen eher ab, Kräuterpollen, vor allem Ambrosia, breiten sich aus.

In den letzten Jahren wurden Fortschritte in der Information für Betroffene erzielt. Durch das elektronische Pollentagebuch (unter www.pollenstiftung.de seit 2009 erreichbar) können Pollenallergiker ihre Symptome an Nase, Augen und Bronchien eingeben und erhalten dafür die Stärke des Fluges der genannten Pollenarten in ihrer Umgebung. Sie können damit erkennen, welche Pollenmengen welche Beschwerden auslösen und unter Einbeziehung ihrer Medikation einschätzen.

Durch die im Mai 2013 angebotene „Pollen App“ wurde es bequemer, das Pollen-tagebuch zu nutzen. Wer es fünf aufeinanderfolgende Tage macht, bekommt dann eine „individualisierte Vorhersage“ seiner Beschwerdeblastung; eine weltweite Neuheit.

Von zukünftiger Bedeutung wird ein neuartiger „Pollator“ sein – eine individuelle Pollenfalle mit GPS, die dem Nutzer erlaubt, seine persönliche Pollenbelastung zu messen und die insbesondere für die Einschätzung einer Immuntherapie mit Pollenextrakten Bedeutung haben wird.

Die neuen Methoden erlauben erste Berechnungen zur komplizierten Erfassung von Schwellenwerten für die Auslösung von Rhinitis und Asthma durch Pollen Einzelner und von Populationen.



Seminar: Allergologie - Update 2014

Anaphylaxie: Ursache, Diagnostik und leitliniengerechte Therapie

*Prof. Dr. med. Margitta Worm,
Klinik für Dermatologie, Venerologie und Allergologie,
Charité Universitätsmedizin, Berlin*

Anaphylaxis is the most severe manifestation of mast cell dependent hypersensitivity reaction. It is characterised by a sudden onset and may result in even fatal reactions. The most frequent elicitors of anaphylaxis are food, venom and drugs. The profile of elicitors depends on several factors including age, the geographical region and individual exposure conditions.

The symptoms of anaphylaxis include skin, respiratory, cardiovascular and gastrointestinal manifestations, although skin involvement occurs most frequently.

The diagnosis of anaphylaxis is based on the clinical features and the sudden onset of symptoms. In addition skin prick tests but also specific IgE determinations might be useful to unravel the eliciting agent. Important coexisting diseases of anaphylaxis are allergic asthma bronchiale but also mastocytosis. Therefore an underlying mastocytosis in a given patient should be ruled out by measurements of tryptase levels in the serum.

The most important acute treatment measure of anaphylaxis is the early application of adrenaline intramuscularly. Antihistamines but also corticosteroids are in real life frequently given, however here it needs to be considered that the onset of efficacy may require up to 30 minutes whereas adrenaline given intramuscularly peaks after 8 minutes. Besides the pharmacological management in the acute situation long-term management programs are required. These include educational approaches to train patients but also parents of affected children regarding the usage of the emergency kit (adrenaline, antihistamine and corticosteroid) but also other aspects like psychological training or food avoidance strategies. In addition all patients who experienced an anaphylactic reaction should get an anaphylaxis ID card, which depicts the elicitor and if applicable e.g. in the case of drugs as elicitors providing information of alternative treatments. In case of venom induced anaphylaxis specific immunotherapy can be performed as a causal approach. After initiation of venom SIT patients are protected in up to 95%.

References

1. Dhimi S, Panesar SS, Rader T, Muraro A, Roberts G, Worm M, Sheikh A; EAACI Food Allergy and Anaphylaxis Guidelines group. The acute and long-term management of anaphylaxis: protocol for a systematic review. *Clin Transl Allergy*. 2013 Apr 10;3(1):14.



2. Beyer K, Eckermann O, Hompes S, Grabenhenrich L, Worm M. Anaphylaxis in an emergency setting - elicitors, therapy and incidence of severe allergic reactions. *Allergy*. 2012 Nov;67(11):1451-6.

3. Worm M, Edenharter G, Ruëff F, Scherer K, Pföhler C, Mahler V, Treudler R, Lang R, Nemat K, Koehli A, Niggemann B, Hompes S. Symptom profile and risk factors of anaphylaxis in Central Europe. *Allergy*. 2012 May;67(5):691-8.

