

Pollenallergie

Praktische Durchführung der subkutanen und der sublingualen Immuntherapie

Im vorliegenden vierten Teil zu Pollenallergien wird detailliert auf die praktische Durchführung der allergen-spezifischen Immuntherapie (ASIT) eingegangen, sowohl mittels subkutaner Applikation der Allergenextrakte als auch sublingual mit pollenhaltigen Tabletten.



Prof. em. Dr. med. Brunello Wüthrich
Zollikerberg

Wie im vorhergehenden Beitrag im Heft 10/11 dargestellt, ist für den Erfolg einer allergen-spezifischen Immuntherapie (ASIT) der vorgängige Nachweis einer IgE-vermittelten Allergie gegen die Majorallergene der entsprechenden Pollen unter Berücksichtigung von Kreuzreaktivitäten entscheidend. Hinzu kommen die richtige Patientenselektion, unter Berücksichtigung der Compliance, die Wahl des geeigneten Allergenextraktes und die Einhaltung eines geeigneten Therapieschemas. Die ASIT sollte rechtzeitig in der pollenfreien Saison begonnen werden. Die SIT ist auch zur Prävention (Etagenwechsel, Polysensibilisierung) geeignet. In der PAT-Studie (Preventive Allergy Treatment Study) konnte gezeigt werden, dass es sich lohnt, im Kindesalter eine SIT zu beginnen, um das Immunsystem möglichst rasch umzustimmen und eine Asthmaentwicklung zu verhindern (1). Kinder mit Pollenallergie wiesen schon nach drei Jahren ein um fast die Hälfte reduziertes Risiko für die Entwicklung von Asthma auf. Ebenso konnte eine Langzeitwirkung der SIT in einer Studie über zwölf Jahre nachgewiesen werden (2). Neben der Verhinderung eines Etagenwechsels wird nicht nur der Verlauf eines Asthmas günstig beeinflusst, sondern auch das Risiko einer Sensibilisierung gegenüber neuen Allergenen gesenkt.

Subkutane Immuntherapie: Halbdepot- oder Allergoid-Extrakte?

Für die subkutane SIT stehen Halbdepot- und sogenannte Allergoid-Extrakte zur Verfügung (Tab. 1). Leider benützen die Firmen verschiedene Standardisierungsmethoden bzw. therapeutische Einheiten, sodass die Stärke bzw. Allergenität der Präparate nicht untereinander verglichen werden können. Die Behandlung kann nur präseasonal oder ganzjährig durchgeführt werden. Bei Mehrfachsensibilisierungen (Baum- und Gräserpollen, evtl. Unkräuterpollen) und schwerer Symptomatik, vor allem mit Pollenasthma, bevorzugen die Allergologen zur ambulanten Behandlung vorwie-

gend Halbdepot-Extrakte. Die ASIT kann im September/Oktober (je nach Sensibilisierungsspektrum mit der gleichzeitigen Verabreichung von zwei getrennten Extrakten je am linken und rechten Oberarm) eingeleitet werden. Einzelheiten der Durchführung müssen den Packungsbeilagen der verschiedenen Hersteller entnommen werden oder den Empfehlungen der Allergie-Polikliniken.

Im ersten Behandlungsjahr mit Pollenextrakten wird häufig während der ersten Pollensaison die Dosis auf 1/5 reduziert, um dann im nachfolgenden Herbst/Winter auf die Volldosis wieder zu steigern, die dann mindestens drei Jahre in monatlichen Intervallen weiterverabreicht wird. Die Injektionen sollten nur durch den behandelnden Arzt verabreicht werden und der Patient muss anschliessend während mindestens 30 Minuten in der Praxis überwacht werden. Notfallmedikamente und Geräte zur Behandlung allfälliger akuter anaphylaktischer Reaktionen müssen bereit stehen. Vor jeder Injektion, welche subkutan am Oberarm, eine Handbreite oberhalb dem Olecranon appliziert wird, ist eine Zwischenanamnese bezüglich Verträglichkeit der früheren Injektionen und allfälliger interkurrenter Infekte zu erheben. Bei allergischen Nebenwirkungen auf die letzte Injektion (starke lokale oder auch milde systemische Reaktionen, wie Rhinitis, Reizhusten, generalisierter Juckreiz) muss die Dosis – allenfalls nach Rücksprache mit den Allergologen – reduziert werden. Bei fieberhaften Erkrankungen muss die Injektion verschoben werden, und die Dosis das nächste Mal nicht gesteigert werden. Die Begleittherapie mit Beta-Blockern kann die Wirksamkeit von Beta-Mimetika (Bronchodilatoren, Adrenalin) aufheben.

Allergoide werden durch chemische Modifikation von Allergenextrakten hergestellt, dadurch sollten die allergischen Nebenwirkungen vermindert und die therapeutische Wirksamkeit gesteigert werden. Die Kurzzeittherapie mit Allergoiden (Allergovit® und Polvac®) hat sich vor allem bei Kindern (3) sowie bei Patien-

ten mit kurzer Beschwerdeperiode, z.B. nur während der Baumpollen- (Februar-April) oder nur während der Graspollen-Saison (Mai-Juli) bewährt. Im Gegensatz zu Allergovit® und den anderen Halbdepotextrakten mit Ausnahme von Phostal®, enthält Polvac® statt Aluminiumhydroxyd L-Tyrosin als Depotträger. L-Tyrosin ist eine natürlich vorkommende Aminosäure und wird vollständig metabolisiert. Es bewirkt keine IgE-Induktion und verursacht keine persistierenden Granulome, die gelegentlich bei Präparaten mit Alum beobachtet werden.

Beim Allergovit® wird die ASIT mit der niedrigsten Dosis der schwächsten Konzentration (Stärke A) begonnen. Die Injektionen werden während der Steigerungsphase der Dosis im Abstand von 7 Tagen verabreicht; keinesfalls dürfen die Injektionsintervalle 7 Tage unterschreiten, jedoch können sie bis auf 14 Tage ausgedehnt werden. Besteht durch sehr frühen präseasonalen Therapiebeginn noch eine längere Zeitspanne bis zum einsetzenden Pollenflug, kann nach Erreichen der individuellen Höchstdosis die nachfolgende Injektion im Abstand von 14 Tagen injiziert werden. Dabei können die Injektionsintervalle schrittweise auf 5 Wochen ausgedehnt werden, bis ca. 1 Woche vor dem zu erwartenden Pollenflugbeginn. Die Dosissteigerung muss schonend, insbesondere bei Kindern und hochsensibilisierten Patienten, gegebenenfalls unter Einfügung von Zwischenstufen bis zur individuellen Toleranzgrenze erfolgen. Sie stellt die individuelle Höchstdosis des Patienten dar und darf nicht überschritten werden, da sonst allergische Nebenreaktionen auftreten könnten. Als Maximaldosis gilt 0,6 ml der Stärke B. Dagegen kann die individuelle Höchstdosis eines jeden Patienten geringer sein.

Beim Polvac® besteht die Basisbehandlung in 3 Injektionen, welche in Abständen von mindestens 7, höchstens jedoch 14 Tagen in steigender Dosierung (erst Spritze Nr. 1, dann Spritze Nr. 2, dann Spritze Nr. 3) zu verabreichen sind. Zur Konsolidierung des Therapieerfolgs sollte direkt im Anschluss an die Basisbehandlung eine präseasonale Fortsetzungsbehandlung mit 3 Spritzen Nr. 3 (Höchstdosis) durchgeführt werden. Die 1. Injektion der Fortsetzungsbehandlung erfolgt etwa 14 Tage nach der letzten Injektion der Basisbehandlung. Die weiteren 2 Injektionen erfolgen dann in je 2–4wöchigem Abstand.

Das Präparat POLLINEX Quattro®, welches in Europa schon seit ein paar Jahren eingeführt wurde, in der Schweiz wahrscheinlich erst ab nächsten Jahr, erlaubt eine Kurzzeittherapie mit nur 4 Injektionen in 3 Wochen pro Jahr. POLLINEX Quattro® stellt, ähnlich wie Polvac®, ein an L-Tyrosin adsorbiertes Allergoid mit MPL (Monophosphoryl-Lipid A) als immunogenes Adjuvans dar. MPL wird aus Lipopolysacchariden aus der Zellwand von Salmonella minnesota R 595 gewonnen und seit vielen Jahren erprobt. POLLINEX Quattro® erhielt in Deutschland 2004 den MMW-Arzneimittelpreis, da es nach Ansicht der Juroren einen weiteren Meilenstein in der Geschichte der Allergologie darstellt. Seine Wirksamkeit wurde in mehreren, auch placebokontrollierten Doppelblindstudien belegt (4).

Die sublingualen Immuntherapie-Tabletten gegen Heuschnupfen

Seit den ersten Versuchen von Curtis 1900, die Pollenallergien mit einer Pollenlösung oral zu behandeln, hat die Praxis der oralen Desensibilisierung – heute wird allerdings von einer sublingualen Immuntherapie (SLIT) gesprochen – Höhen- und Tiefflüge erlebt. Wir

TAB. 1	Allergen-Präparate zur s.c. Immuntherapie gemäss SL und Arzneimittel Kompendium Documed
A. Halbdepot-Extrakte	
<p>▶ ALUSTAL (Stallergènes, Trimedal AG, Brüttisellen) Anfangsbehandlung: Inj Susp Durchstfl 4 × 5 ml – SFr. 226.2 Fortsetzungsbehandlung: Inj Susp Durchstfl 5 ml – SF. 176.85 Auf Aluminiumhydroxidgel adsorbierte Allergenextrakte. Standardisierung nach IR 00.1–10 IR/ml) bzw. IC/ml IR (Reaktivitätsindex) (: Der Titer eines Allergenextrakts beträgt 100 IR/ml, wenn dieser Extrakt nach Applikation mit Pricktest (Stallerpoint®) bei 30 Personen, welche auf das betreffende Allergen überempfindlich reagieren, eine Quaddel mit einem Durchmesser von 7 mm (geometrisches Mittel) verursacht. Die kutane Reaktivität dieser Personen ist gleichzeitig mit einem positiven Phosphat-Codein 9%- oder einem positiven Dichlorhydrat-Histamin 10 mg/ml Prick Test bewiesen. IC (Konzentrationsindex): Ein Allergenextrakt hat einen Konzentrationsindex von 100 IC/ml, wenn seine Herstellung zum selben mittleren Verdünnungsverhältnis führt wie bei den auf 100 IR standardisierten und als Referenz verwendeten Extrakten derselben Allergenfamilie.</p>	
<p>▶ Alutard SQ (ALK-Abelló AG, Volketswil) Anfangsbehandlung: Inj Susp Durchstfl 4 × 5 ml (Flasche 1, 2, 3, 4) – SFr. 359.40 Fortsetzung: Inj Susp Durchstfl 5 ml (Flasche 4) - SFr. 291.10 Adsorption an Aluminiumhydroxid. Standardisierung nach SQ-Einheiten/ml 100–100'000 SQ-U/ml SQ-Einheiten: Die Potenz wird in SQ-Einheiten (SQ-U) ausgedrückt, die mit der absoluten Menge (ng) an sog. Majorallergenen korrelieren. Darüber hinaus wird eine gleichförmige biologische Aktivität von Charge zu Charge garantiert.</p>	
<p>▶ Novo-Helisen Depot (Allergopharma AG, 4106 Therwil) Anfangsbehandlung: Amp 3 × 4,5 ml (Stärke 1, 2, 3) – SFr. 218.85 Fortsetzung: Amp 1 × 4,5 ml (Stärke 3) - SFr.151.30 Fortsetzung: Amp 2 × 4,5 ml (Stärke 3) - SFr. 233.75 An Aluminiumhydroxid adsorbierte Allergenextrakte. Die Standardisierung erfolgt in UT/ml 5-5000 UT/ml UT= Unité Thérapeutique= Therapeutische Einheit: basierend auf Aktivitätsbestimmung mittels RAST-Inhibition.</p>	
<p>▶ PHOSTAL (Stallergènes, Trimedal AG, Brüttisellen) Anfangsbehandlung: Fl 4 × 5 ml – SFr. 226.25 Fortsetzung: Fl 5 ml – SFr. 176.85 Auf Calciumphosphatgel adsorbierte Allergenextrakte. Standardisierung nach IR 00.1-10 IR/ml) bzw. IC/ml</p>	
B. Allergoide zur Kurzzeit-Therapie	
<p>▶ Allergovit (Allergopharma AG, 4106 Therwil) Anfangsbehandlung: Inj Susp A+B Durchstfl 2 × 3 ml – SFr. 369.85 Fortsetzung: Inj Susp B Durchstfl 1 × 3 ml 354.35 Das Allergoid ist an Aluminiumhydroxid adsorbiert. Die Standardisierung erfolgt in UT (UT= Unité Thérapeutique= Therapeutische Einheit). Stärke A enthält 1000 UT/ml, Stärke B 10'000 UT/ml.</p>	
<p>▶ Polvac (Allergy Therapeutics, Teomed AG, Greifensee) Basis: Fertigspr 3 (Nr. 1, 2, 3) –SFr. 230.75 Fortsetzung: Fertigspr 3 (Nr. 3) – SFr. 262.60 Mit Glutaraldehyd modifizierte und an L-Tyrosin adsorbierte allergene Substanzen (Allergoide). Die Standardisierung erfolgt in SU 300, 800 und 2000 SU SU (Standardized Units)</p>	
<p>PS. Alle diese Präparate unterstehen der Limitatio: „Kostenübernahme nur nach vorgängiger allergologischer Abklärung“.</p>	

TAB. 2

Zugelassene Allergen-Präparate zur sublingualen Immuntherapie

- ▶ Grazax (ALK-Abelló AG, Volketswil)
Lyophilisat oral aus Pollinis allergeni extractum (Phleum pratense)
Tabl 75000 SQ-T; 30x 1 Dosen SFr. 136; 100x 1 Dosen SFr. 455.90
- ▶ Oralair (Stallergènes, Trimedal AG, Brüttisellen)
Pollinis allergeni extractum aus 5 Gräsern
Kombipac Subling Tabl 100 IR/300 IR 31 Stk. SFr.139. 25; Subling
Tabl. 300 IR 30 Stk. SFr. 141. 55; Tabl. 300 IR 90 Stk. SFr. 391. 80
- ▶ Staloral 300 Birke (Stallergènes, Trimedal AG, Brüttisellen)
1 ml Lösung zur sublingualen Anwendung enthält 10 IR oder 300 IR
eines Allergenextrakts aus Birkenpollen. Anfangsbehandlung :FI 3 ×
10 ml (1 FI 10 IR/ml und 2 FL 300 IR/ml) SFr. 205.70 Fortsetzungs-
behandlung 300 IR/ml FI 3 × 10 ml SFr. 263.35.

PS Andere Präparate zur SLIT sind registriert, jedoch wegen zu geringeren Konzentrationen wird ihre Anwendung von der SGAI nicht oder nur begrenzt empfohlen.

hatten 1973 festgestellt, dass „Manche Ärzte und Kliniker der peroralen Desensibilisierung skeptisch gegenüber stehen, obwohl diese Methode – in Übereinstimmung mit den Publikationen von Dr. F. Wortmann aus Basel – sich bei Kindern bis etwa zum 10.–12. Lebensjahr als erfolgreich erwiesen hat. Die perorale Desensibilisierung hat nämlich die Vorteile der einfachen Durchführbarkeit und der Wirtschaftlichkeit dank der Verabreichung durch die Mutter, der Gefährlosigkeit bezüglich Zwischenfälle und Nebenwirkungen und nicht zuletzt der Schonung des kindlichen Patienten, der keine Traumatisierung durch langjährige Injektionen und Arztbesuche erleiden muss“ (5). Auf Grund von negativen kontrollierten Studien, allerdings meist nur über einem Jahr bei einem begrenzten Kollektiv von Patienten, in den achtziger Jahren wurde dieses Verfahren weitergehend verlassen. Obwohl sich in den neunziger Jahren und zu Beginn des neuen Millenniums eine Wende zu Gunsten der SLIT abzeichnete, hatte die Schweizerische Gesellschaft für Allergologie und Immunologie 2003 proklamiert: „Es bleiben noch viele Fragen offen, vor allem betreffend optimaler Allergendosis in der Erhaltungsphase, immunologischem Wirkungsmechanismus und Auswahl der geeigneten Patienten für die SLIT. Deshalb kann diese Form der SIT zurzeit nicht für den Routinegebrauch empfohlen werden.“ (6) Inzwischen sind zahlreiche neue doppelblinde, plazebo-kontrollierte Studien durchgeführt worden, welche die Wirksamkeit und Sicherheit von zwei Präparaten in Tablettenform zur SLIT gegen die Graspollenallergie erschienen, welche SwissMedic veranlasst hat, dieselben in der Schweiz zuzulassen und kassenpflichtig zu erklären.

Sublinguale Immuntherapie: neue Präparate

Bei einer, schon seit 2009 in der Schweiz auf dem Markt eingeführten und ab dem 1. März 2011 auch für Kinder ab 5 Jahren zugelassen «Gräser-tablette» (Grazax®, ALK-Abelló, Volketswil) handelt es um ein Präparat zur sublingualen Anwendung, welches ein Lyophilisat aus dem Extrakt von Lieschgras (Phleum pratense) in einer Dosis (biologischer Aktivität) von 75'000 SQ-T-Einheiten enthält. Die Zulassung lautet auf „Behandlung von Gräserpollen-bedingter Rhinitis und Konjunktivitis bei erwachsenen Patienten und bei Kindern (5 Jahre oder älter) mit positivem Prick-Test und/oder positivem spezifischem IgE-Test auf Phleum pratense (Wiesensieschgras)“. Die Tablette wird täglich morgens eingenommen, d.h. un-

ter die Zunge gelegt, wo sie sich auflösen wird. Eine klinische Wirkung in der ersten Behandlungsperiode wird erreicht, wenn die Behandlung mindestens 8 Wochen vor der Gräserpollen-Saison initiiert und die Therapie während der ganzen Pollen-Saison durchgeführt wird. Eine längere prä-saisonale Behandlung kann die klinische Wirksamkeit erhöhen

Beim zweiten, dieses Jahr zugelassenen Präparat Oralair® (Stallergènes, Trimedal, Brüttisellen) handelt es um eine Sublingualtablette aus 5 Gräserpollen (Knäuelgras, Dactylis glomerata, Ruchgras, Anthoxanthum odoratum, Lolch, Lolium perenne, Wiesensieschgras, Poa pratensis und Wiesensieschgras, Phleum pratense, wobei die Einleitungs-packung 3 Tabletten in der Konzentration von 100 IR und 28 Tabletten à 300 IR enthält. Am ersten Tag wird unter Aufsicht eine Tablette à 100 IR mindestens 1 Minute unter der Zunge behalten, am zweiten Tag 2 Tabletten, um anschliessend die SLIT mit einer Erhaltungsdosis von 1 Tablette à 300 IR täglich bis zum Ende der Pollensaison fortzusetzen. Bei den beiden Präparaten kommt es zu einer statistisch signifikanten Besserung der rhinokonjunktivischen Symptome schon in der ersten Pollensaison (7–10). Als praktisch obligate Nebenwirkung treten bei beiden Präparaten milde bis moderate Symptome (Juckreiz, Schwellung) im Mundbereich auf, welche im Laufe der Behandlung nachlassen. Bei sorgfältiger Indikation (cave instabiles Asthma!) und entsprechenden Instruktionen der Patienten sind keine ernsthaften systemischen Ereignisse zu erwarten. Einschränkend für die Indikationsstellung der SLIT mit Grästabletten ist die Tatsache, dass heute schon viele Patienten auch auf Baum- und/oder Unkräuterpollen allergisch sind. Bei zusätzlich Birkenpollenallergikern besteht die Möglichkeit, die Grästablette einer Firma mit dem auch zugelassenen Birkenpollen-Präparat in Tropfenform mit aufgesetzter Dosierpumpe (Staloral 300 Birke®) zu behandeln.

Schlussfolgerungen

Nach 100 Jahren ASIT stehen dem Arzt und den Patienten mehrere, evidenz-basierte Optionen zur Einleitung dieser kausalen Behandlung zur Verfügung. Ob ASIT subkutan, mit Halbdepot- oder Allergoid-Extrakten, oder ob sublingual entscheiden einerseits die Schwere der Symptomatik, mit oder ohne Asthma, das Sensibilisierungsspektrum (Frühjahr- oder Gräserpollinose isoliert, oder Polysensibilisierung) und die Erwartungen bzw. die Compliance der Patienten, die motiviert sein sollten, ihre Allergie zu bekämpfen und eine mindestens dreijährige Therapie zu absolvieren. Wegen des grossen Aufwandes der Methode, zumindest was die subkutane Injektionsbehandlung betrifft, und die zunächst relativ hohen Kosten für die Desensibilisierungsextrakte bzw. Heuschnupfen-Tabletten, sollte ihre Indikation, unter Berücksichtigung etlicher Kontraindikationen und Risikofaktoren, und die Zusammensetzung des Präparates sorgfältig erfolgen. Nach den Empfehlungen der Fachkommission der Schweizerischen Allergiesellschaft (SGAI) soll diesbezüglich die Fachärztin/der Facharzt Allergologie und klinische Immunologie für die Abklärung bzw. konsiliarische Beurteilung herangezogen werden (11). Die periodische Absprache ihrer Behandlung mit dem Spezialisten bringt sowohl gesundheitliche Vorteile für die Kranken wie langfristige Kosteneinsparungen. Die Verfügbarkeit einer hochwirksamen symptomatischen Therapie macht keinesfalls eine sorgfältige allergologische Abklärung überflüssig.

Die Behandlungseinleitung kann/soll bei der durch Pollen bedingten allergischen Rhinokonjunktivitis durch die entsprechend geschulten Grundversorger/innen erfolgen (11). Bei allen andern Allergenen empfehlen wir wegen der häufigeren allergischen Nebenwirkungen in der Dosissteigerungsphase die fachärztliche Einleitung. Die Erhaltungstherapie mit allen Allergenen kann bei guter Verträglichkeit durch die Grundversorger/innen in Zusammenarbeit mit Fachärztinnen/-ärzten erfolgen.

Inzwischen sind neue Leitlinien der deutschsprachigen Allergiegesellschaften erschienen, welche im Internet unter <http://dg-aki.de/sektionenags/arbeitsgruppen/spezifische-immuntherapie/> abzuladen sind:

Kleine-Tebbe J, Bufe A, Ebner C, Eigenmann P et al.: Die spezifische Immuntherapie (Hyposensibilisierung) bei IgE vermittelten allergischen Erkrankungen, Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Allergologie und klinische Immunologie (DGAKI), des Ärzteverbandes Deutscher Allergologen (ÄDA), der Gesellschaft für Pädiatrische Allergologie und Umweltmedizin (GPA), der Österreichischen Gesellschaft für Allergologie und Immunologie (ÖGAI) und der Schweizerischen Gesellschaft für Allergologie und Immunologie (SGAI).

Allergo J 2009; 18: 508–37 und Allergologie 2010; 33: 3–34.

Prof. em. Dr. med. Brunello Wüthrich

Facharzt FMH für Allergologie und Dermatologie
8125 Zollikerberg
bs.wuethrich@bluewin.ch

Literatur:

1. Möller C. et al.: Pollen immunotherapy reduces the development of asthma in children with seasonal rhinoconjunctivitis (the PAT Study). J Allergy Clin Immunol 2002;109: 251-6.
2. Jacobsen L. et al.: Specific immunotherapy has long-term preventive effect of seasonal and perennial asthma: 10-year follow-up on the PAT study. Allergy 2007; 62: 943-8
3. Eng P. A., Borer-Reinhold M., Heijnen I. A. F. M., Gnehm H. P. E.: Twelve-year follow-up after discontinuation of preseasonal grass pollen immunotherapy in childhood. Allergy
4. DuBuske LH, Frew AJ, Horak F et al. Ultrashort-specific immunotherapy successfully treats seasonal allergic rhinoconjunctivitis to grass pollen. Allergy Asthma Proc 2011;32:239-47.
5. Laetsch C., Wüthrich B.: Zur peroralen Desensibilisierung von Inhalationsallergien im Kindesalter: Behandlungsergebnisse. Schweiz. Med. Wschr. 19103: 342–7.
6. Eng P. et al. Spezifische Immuntherapie in der Schweiz – sublingual oder subkutan? Schweiz Med Forum 2004;4:1269-76.
7. Didier A., M. Melac, A. Montagut et al. Agreement of efficacy assessments for five-grass pollen sublingual tablet immunotherapy. Allergy 2009;64:166-71.
8. Ott H., J. Sieber, R. Brehler et al. Efficacy of grass pollen sublingual immunotherapy for three consecutive seasons and after cessation of treatment: the ECRIT study. Allergy 2009; 64:179-86.

9. Bufe A, Eberle P, Klimek L et al. Safety and efficacy in children of an SQ-standardized grass allergen tablet for sublingual immunotherapy. J Allergy Clin Immunol. 2009;123: 167-73.
10. Didier A, Worm M, Horak F et al. Sustained 3-year efficacy of pre- and coseasonal 5-grass-pollen sublingual immunotherapy tablets in patients with grass pollen-induced rhinoconjunctivitis. J Allergy Clin Immunol 2011 (in press).
11. Müller U., de Weck A.L., Bodmer R. et al. Good Allergy Practice. Eine Stellungnahme der Spezialistenkommission der Schweizerischen Gesellschaft für Allergologie und Immunologie. Schweizerische Ärztezeitung 2000; 1: 2324–31.

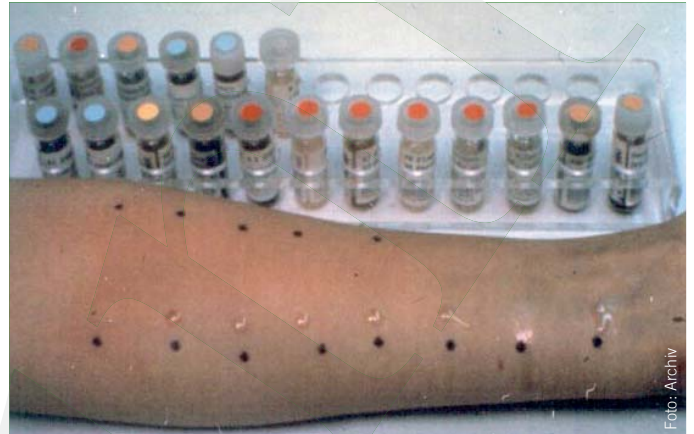


Foto: Archiv

Take-Home Message

- ◆ Voraussetzungen für eine erfolgreiche ASIT sind der vorgängige Nachweis einer IgE-vermittelten Allergie gegen die Majorallergene der entsprechenden Pollen unter Berücksichtigung von Kreuzreaktivitäten, die richtige Patientenselektion, die Wahl des geeigneten Allergenpräparates (Halbdepot, Allergoid für eine subkutane ASIT, Tabletten oder Tropfen für eine sublinguale ASIT) und die Einhaltung eines geeigneten Therapieschemas.
- ◆ Schon bei Kindern ab 5 Jahren zugelassen sind zwei Präparate in Tablettenform zur sublingualen Immuntherapie (SLIT) gegen die Graspollenallergie.
- ◆ Eine ASIT, sei es subkutan oder sublingual, muss mindestens über 3 Jahre erfolgen.
- ◆ Wegen des grossen Aufwandes der Methode, zumindest was die subkutane Injektionsbehandlung betrifft, und die zunächst relativ hohen Kosten für die Desensibilisierungsextrakte bzw. Heuschnupfen-Tabletten, sollte für ihre Indikation und die Zusammensetzung des Präparates die Fachärztin/der Facharzt Allergologie und klinische Immunologie konsiliarisch herangezogen werden.