

Hymenopterengiftallergien – Tipps für die Praxis

WANN Die Hymenopterengiftallergie ist weltweit eine der wichtigsten Ursachen für allergische und anaphylaktische Reaktionen (Häufigkeit einer Insektengiftallergie 2 bis 5%). Stiche von Bienen, Wespen, seltener Hummeln und Hornissen können bei Kindern und Jugendlichen allergische Reaktionen auslösen. Bereits Kinder und Jugendliche können von schweren Reaktionen betroffen sein.

Biene



Wespe



Einteilung der Hymenopterenstich-Reaktionen (in der Schweiz nach H.L. Mueller) und Vorgehen

Grad	Symptome	Vorgehen: sinnvolle Tests & Massnahmen
0	Übermässige Lokalreaktion: Schwellung handtellergross oder mehr (>10 cm) oder über zwei Gelenke	Lokal Antihistaminikumgel, kühlen
I	Generalisierte Urtikaria, Juckreiz, Malaise, Angst	Antihistaminikum, peroral
II	Angioödem, Druckgefühl in der Brust, Durchfall, Übelkeit, Bauchkolik, Erbrechen	Tests mindestens 3 Wochen nach letztem Ereignis: IgE Biene IgE Wespe
III	Dyspnoe/Atemnot, Schluckbeschwerden	Tests mindestens 3 Wochen nach letztem Ereignis: IgE Biene IgE Wespe plus Serumtryptase
IV	Schock, Blutdruckabfall, Kollaps, Urin-/Stuhlabgang, Bewusstseinsverlust	

Ausrüsten mit Notfallset*

- Prednison 2mg/kg Körpergewicht per os, max. 100 mg
Alternative: Betamethason 0.2 mg/kg Körpergewicht (Betnesol® Tabletten à 0.5 mg; Betnesol-Tabletten können in Wasser aufgelöst werden oder direkt eingenommen werden)
- Antihistaminikum, doppelte altersübliche Dosis per os
- Zusätzlich ab Grad III oder IV Adrenalin-Autoinjektor:
 - unter 25 kg Körpergewicht: 0.15 mg Adrenalin («Junior»)
 - über 25 kg Körpergewicht: 0.3 mg Adrenalin

Immer Instruktion bezüglich Anwendung plus Abgabe des individuellen Anaphylaxie-Notfallplanes (separates Merkblatt).

Bei Status nach Reaktion Grad III und IV: immer allergologische Abklärung in die Wege leiten.

** In der Regel ab Stufe II oder Stufe I nach individueller Besprechung mit Patient.*

DIAGNOSE

1. Anamnese: Häufigkeit der Allergie? Schweregrad?
Insekt: Foto von Insekt zur leichteren Identifikation zeigen; fragen, ob Stachel in Haut stecken geblieben ist (Biene).
2. Hauttest mit Bienen-/Wespengift im spezialisierten Zentrum.
3. Labor: Nachweis von spez. IgE gegen Bienen-/Wespengift, Tryptase-Bestimmung bei Grad III oder IV (Achtung: es besteht keine Korrelation zwischen der Stärke der Sensibilisierung und dem Schweregrad der Reaktion!).

BEHANDLUNG/PRÄVENTION

- Allergenkarenz: kein Barfusslaufen auf Wiesen, keine raschen Bewegungen beim Herumfliegen von Insekten, aufpassen beim Essen und Trinken im Freien, Insektennetz im Schlafzimmer/Kinderzimmerfenster anbringen.
- Pharmakotherapie: Notfallset.
- Spezifische Immuntherapie mit Insektengift («venom immunotherapy», VIT) – Wirksamkeit 80–95%; bei Kindern ab 5. Lebensjahr:
 - konventionell mit einer Einleitungsphase von 7–12 Wochen (eine Injektion pro Woche); dann Erhaltungsdosis über 5 Jahre alle 4–6 Wochen.
 - Ultrarush-Einleitung ist auch bei Kindern sehr gut anwendbar: Einleitung ambulant im Spital über 4 bis 6 Stunden; dann Erhaltungsdosis über 5 Jahre alle 4–6 Wochen.
 - Kontraindikationen bei Immuntherapie mit Insektengift sind gleich wie bei anderen Immuntherapien.
- Zusätzlich zu beachten sind:
 - Hypertryptasämie und Mastozytose (vermehrtes Risiko von schweren allergischen Reaktionen); VIT lebenslang planen.
 - Begleitmedikation mit Betablockern und ACE-Hemmern ist eine Kontraindikation.

BEMERKUNG: Die dargestellte Übersichtstabelle ist ein Leitfaden für Praktiker. Sie beruht auf offiziellen «Guidelines», ohne diese zu ersetzen, sowie auf Empfehlungen von Prof. Dr. Peter Schmid-Grendelmeier, Prof. Dr. Roger Lauener und Dr. Michael Hitzler.

Dieses Merkblatt ist als Bestandteil des Kurses «Allergie im pädiatrischen Alltag» entstanden und für Ärzte bestimmt. Es entbindet nicht von der ärztlichen Sorgfaltspflicht.