

[Home](#)[Subject List](#)[Alphabetical List](#)[Help](#)[FAQ](#)[Highlights](#)[Deutsche Version](#)

Quick Search

[Advanced Search >>](#)[Single Articles](#)[View Shopping Cart](#)[LogIn](#)

Username

Password

[Register Now](#)**Pneumo-Fokus**

Pneumologie 2007; 61: 624

DOI: 10.1055/s-2007-991931

[Table of contents](#)

Service

[Download
bibliographical data](#)

Allergie - Spezifische Immuntherapie der Rifampicinallergie

[Bewertung](#)

S. Buergin und Mitarbeiter von der Basler Universitätsklinik legten an 3 Fällen beispielhaft die Möglichkeiten dar, eine Rifampicinallergie zu diagnostizieren und eine spezifische Immuntherapie durchzuführen, sodass die Rifampicinmedikation fortgeführt werden kann. Int Arch Allergy Immunol 2006; 140: 20-26

Treten unter der Behandlung mit Antibiotika starke allergische oder pseudoallergische Nebenwirkungen auf, verbietet sich deren weiterer Einsatz selbst bei vitaler Indikation. Stehen zudem keine gleich wirksamen Ausweichpräparate zur Verfügung, kann eine Desensibilisierungsbehandlung (spezifische Immuntherapie) einen Ausweg bieten. Für Betalactamantibiotika und Clotrimazol, beide wichtig für die Therapie sekundär infizierter HIV-Krankter, liegen positive Erfahrungen mit Desensibilisierungen bei größeren Patientenzahlen vor. Bezüglich anderer Antibiotika, darunter Rifampicin, mangelt es an solchen Studien.

Rifampicin gehört zu den unverzichtbaren Standardtherapeutika der Tuberkulose sowie der Infektionen mit multiresistentem *Staphylococcus aureus*. Die Nebenwirkungsrate liegt hoch, bei HIV-Infizierten bis zu 20%. Milde Nebenreaktionen sind Erythem und Pruritus. Exanthematöse und urtikarielle Hauterscheinungen treten gehäuft auf, ebenso grippeähnliche Symptomatik, Fieber, Kopfschmerz, Myalgien, Arthralgien, Bauchkrämpfe und Diarrhö, selten anaphylaktischer Schock.

Eine IgE-abhängige Reaktionsform konnte in dieser Arbeit nicht bewiesen werden, wird aber dennoch neben einer pseudoallergischen Genese diskutiert.

Untersucht wurden 3 Patienten, die auf Rifampicin mit Urtikaria reagiert hatten. Wegweisend für die Diagnostik der Rifampicinallergie waren klinische Beobachtung, Karenz- und Expositionsproben sowie der intradermale Allergietest. Für diesen war zuvor die Spezifitätsgrenze mit 0,006 mg/ml bestimmt worden. Andere Hauttests wie Pricktest und Patchtest ergaben keine zuverlässigen Resultate. Auch In-vitro-Tests wie Rifampicin-RAST, Bestimmung der Mastzelltryptase, CAST und Lymphozytentransformationstest waren nicht aussagekräftig.

Für die spezifische Immuntherapie existieren verschiedene Dosierungsschemata. Die Autoren entschieden sich für ein 7-Tage-Regime (Tag 1: 6 x 5 mg Rifampicin, Tag 2: 6 x 10 mg, Tag 3: 6 x 20 mg, Tag 4: 6 x 50 mg, Tag 5: 6 x 100 mg, Tag 6: 6 x 150 mg, Tag 7: 3 x 300 mg). Diese Höchstdosis wurde für die Dauer der Rifampicinbehandlung beibehalten. In allen 3 Fällen verlief die Behandlung erfolgreich, sodass Rifampicin bis zum regelrechten Abschluss der Behandlung eingesetzt werden konnte. Zuvor war der Versuch einer Schnelldesensibilisierung gescheitert.

Bewertung

Eine Immuntherapie (Desensibilisierung) mit Rifampicin erscheint sinnvoll, möglicherweise in einigen Fällen sogar lebensrettend, auch wenn die Ergebnisse nur an kleiner Fallzahl gewonnen wurden und der zugrunde liegende Wirkungsmechanismus nicht bekannt ist. Bei Verdacht auf Rifampicinallergie sollte die Diagnostik und nach strenger Indikation auch die Desensibilisierungsbehandlung von einem erfahrenen Allergologen/ Pneumologen durchgeführt werden, jedoch nur unter stationären Bedingungen und mit der Möglichkeit der Akutbehandlung eines anaphylaktischen Schocks.

Referiert und bewertet von Dr. Dieter Bruchhausen, Wuppertal



Thieme-connect is a service of the [Thieme Medical Publishers, Inc.](#) and [Georg Thieme Verlag](#).

©

Georg Thieme Verlag KG Stuttgart New York. All rights reserved.

[Impressum / Disclaimer](#)