



Österreichische Gesellschaft für
Dermatologie und Venerologie
ÖGDV

Allergie und COVID-19 – Daten statt Polemik

Schon kurz nachdem die Weltgesundheitsorganisation (WHO) am 11.3.2020 die Ansteckungen mit dem SARS-COV-2 (kurz COVID) zur Pandemie erklärt hatte, wurde klar, dass es zwischen Allergien und der Infektion wenig Zusammenhänge gibt. Trotz globaler Bemühungen der Allergologie, diese zwei Themenkomplexe zu entflechten, kehrt der Mythos „Allergie-COVID“ immer wieder in den Schoß der Allergologie zurück, sicher wie die Auferstehung des scheinbar getöteten Bösewichts in jedem B-Horror-Movie.

Die COVID Infektion ist primär eine Erkrankung der Atemwege und Gefäße. Die ersten Studien aus China und Italien zeigten bereits im Frühling 2020, dass Patienten mit allergischem Asthma unter den schwer Erkrankten und Verstorbenen signifikant unterrepräsentiert waren [1]. Ganz frühe Berichte hatten aber nicht zwischen dem Risikofaktor chronisch obstruktive Lungenerkrankung (COPD) und Asthma bronchiale unterschieden und es dauerte bis Mitte 2020, bis sich die anfängliche Fehleinschätzung durch eine Zunahme an Daten allmählich korrigieren ließ.

Nachdem also geklärt war, dass Allergien keinen Risikofaktor für eine COVID Infektion und umgekehrt darstellten, stellte sich im nächsten Akt die Frage, wie mit Patienten unter langjährigen, Allergenspezifischen Immuntherapie (AIT: subkutan SCIT, sublingual SLIT) umzugehen sei. Etliche Positionspapiere, darunter auch deutschsprachige streichen vier wesentlichen Punkte heraus [2]:

- ▶ Bei allergischen Patienten ohne COVID soll bei entsprechender Indikation eine AIT gegen Insek-

tengift und inhalative Allergene begonnen werden

- ▶ Eine laufende AIT soll bei asymptomatischen Patienten nicht unterbrochen werden
- ▶ Eine laufende AIT soll für die Dauer einer aktiven COVID Erkrankung pausiert und danach wieder fortgeführt werden
- ▶ Eine SCIT muss nicht auf eine SLIT umgestellt werden und umgekehrt

Damit schienen die Herausforderungen an die Allergologie in der COVID Pandemie gelöst, bis im Dezember 2020 erste Medienberichte über anaphylaktische Reaktionen im Vereinigten Königreich auf die ersten, sehnlich herbeigesehnten COVID Impfungen den Weihnachtsfrieden empfindlich störten. In den folgenden drei Monate beruhigten sich initiale Befürchtungen. Die Rate für schwere, anaphylaktische Reaktionen auf den Pfizer-Biontech Impfstoff pendelten sich mit 4,7/Million und auf Moderna mit 2,5/Million Impfungen ein und waren mittels Standard-Anaphylaxiebehandlung besonders durch raschen Einsatz von Adrenalin i. m. beherrschbar [3]. Damit befinden sich die seltenen Anaphylaxien auf mRNA Impfstoffe in der Dimension von bekannten Vakzinen auf Influenza (1,4/Million), Pneumokokken (2,5/Million) und Zoster (9,6/Million) [4]. Die anfängliche Aufregung erscheint also nicht gerechtfertigt und ein unglücklicher Zufall gewesen zu sein. Die Pathophysiologie der Anaphylaxien im Rahmen von COVID Impfungen ist nach wie vor nicht geklärt. Verdächtig wird spezifisches IgE auf Polyethylenglykol/Makrogol/Polysorbat [5]. Dieses ist in vielen modernen Medikamenten als Hilfsstoff enthalten. Ob man damit auf das richtige Pferd setzt, bleibt abzuwarten.

Alle drei mit Stand 3.3.2021 in der EU zugelassenen COVID Impfstoffe von Pfizer-Biontech, Moderna und AstraZeneca sind stark immunogen und lösen häufig erwartbare Symptome wie vorübergehendes Kopfweh, Krankheitsgefühl und Fieber aus. Patienten müssen auf diese gut beherrschbaren Impfreaktionen vorbereitet werden um die Impfbereitschaft nicht zu limitieren. Eine Prämedikation mit einem Standard NSAR erscheint hilfreich. Auffallend sowohl bei den erwartbaren wie bei den sehr seltenen anaphylaktischen Reaktionen ist der ausgeprägte Gynäkotropismus (80–95 % weiblich) und stärkere Reaktionen bei jüngeren Impflingen [4].

Trotz des offensichtlich fehlenden Zusammenhangs von Allergie und COVID bleibt Social Media massiv mit dieser Idee infiziert. Zur Unterstützung oft langwieriger Aufklärungsgespräche wurden für Patienten in deutsch-österreichischer Kooperation Aufklärungsbroschüren online gestellt: https://dgaki.de/wp-content/uploads/2021/01/Impf_info_A4_web_neu.pdf und https://www.allergologie.at/fileadmin/user_upload/COVID-Allergie_Info_Patient_A4.pdf

Stefan Wöhr

Korrespondenzanschrift

Priv.-Doz. Mag. rer. nat. Dr. med.
Stefan Wöhr
Floridsdorfer Allergiezentrum (FAZ)
Pius-Parsch-Platz 1/3
1210 Wien
E-Mail: woehr@faz.at

Literatur

- 1 Yue J, Qin L, Zhang C, Xie M. Reply. J Allergy Clin Immunol 2020; 146: 542.
- 2 Klimek L, Pfaar O, Worm M et al. Allergen immunotherapy in the current COVID-19 pandemic: A position paper of AeDA, ARIA, EAACI, DGAKI and GPA: Position paper of the German ARIA Group(A) in cooperation with

the Austrian ARIA Group(B), the Swiss ARIA Group(C), German Society for Applied Allergology (AEDA)(D), German Society for Allergology and Clinical Immunology (DGAKI)(E), Society for Pediatric Allergology (GPA)(F) in cooperation with AG Clinical Immunology, Allergology and Environmental Medicine of the DGHNO-KHC(G) and the European Academy of Allergy

and Clinical Immunology (EAACI)(H). *Allergol Select* 2020; 4: 44–52.

- 3 Shimabukuro TT, Cole M, Su JR. Reports of anaphylaxis after receipt of mRNA COVID-19 vaccines in the US-December 14, 2020-January 18, 2021. *JAMA* 2021; <https://doi.org/10.1001/jama.2021.1967> (online ahead of print).
- 4 Gee J, Marquez P, Su J et al. First month of COVID-19 vaccine safety

monitoring - United States, December 14, 2020-January 13, 2021. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 2021; 70: 283–88.

- 5 Turner PJ, Ansotegui IJ, Campbell DE et al. COVID-19 vaccine-associated anaphylaxis: A statement of the World Allergy Organization Anaphylaxis Committee. *World Allergy Organ J* 2021; 14: 100517.