

Aus der Hautklinik der Komenský-Universität in Bratislava, Tschechoslowakei.
Direktor: Doz. Dr. L. Chmel.

EINIGE PROBLEME DER DIAGNOSTIK UND DER THERAPIE DER ALLERGODERMIEN

Von

E. HEGYI

Die allergischen Krankheiten stellen heute diagnostisch und besonders therapeutisch of schwierige Probleme dar, wobei sie in letzterer Zeit durch ihr massenhaftes Vorkommen und oft durch die Schwere des klinischen Bildes an Bedeutung gewannen. Auf dem Gebiete der Dermatologie sind dies besonders allergische Dermatosen, die durch professionelle Noxen, durch Arzneimittel oder durch Mikroben hervorgerufen sind.

Das Aufsuchen und die Identifizierung der hervorrufenden Faktoren hat für die Diagnostik und Prävention von Allergodermien die grösste Bedeutung. Die diagnostischen Proben stellen einigermaßen die Nachahmung der Exposition dar. Ihr Erfolg ist durch *die prinzipielle Forderung bedingt, dass die Noxe womöglich auf demselben Wege und unter identischen Bedingungen appliziert werden muss*, wie sie auf den empfindlichen Organismus eingewirkt hat. Dabei ist es wünschenswert, dass die Intensität der hervorgerufenen Reaktionen in bestimmten Grenzen gehalten wird.

Bei *Kontaktekzemen* ist die Epikuntanprobe die Methode der Wahl, wobei die hervorgerufenen Reaktionen einen Miniaturekzem darstellen. Bei *Schleimhautaffektionen* ist das Resultat der Schleimhautproben massgebend, deren Positivität mit den Resultaten der Hautproben nicht parallel geht, z.B. eine positive Reaktion auf Akrylate auf der Schleimhaut liess sich

mit der Epikutanprobe nicht hervorrufen, andererseits im Falle eines Perioralekzems, das durch Zahnpasta hervorgerufen war, waren Hautproben positiv, Schleimhautproben jedoch blieben negativ. Bei den *alimentären Allergodermien* bleibt die perorale Probe praktisch die einzig verlässliche Methode der Diagnostik. Die Diagnostik der *Allergodermien, die durch Arzneimittel* hervorgerufen sind, stützt sich grundsätzlich auf die Applikation der suspekten Medikamente, die aber wiederum in ursprünglicher Form, d.h. perkutan, subkutan, intrakutan, peroral, usw. appliziert werden müssen. Die intrakutane Applikation scheint nur in Fällen einer *Inhalations- oder mikrobiellen Allergie* verlässlich zu sein. Auch die Patienten mit *Manifestationen der physikalischen Allergie* müssen so den physikalischen Faktoren ausgesetzt werden, wie diese bei ihnen die pathologischen Veränderungen hervorgerufen haben. Dabei ist es notwendig, auch in Detailfragen die ursprünglichen Bedingungen nachzuahmen, z.B. bei einem Patienten, bei dem nur nach einer Latenzzeit von 8 Stunden nach der Exposition eine Druckurticaria auftrat, musste dieser Umstand bei dem Nachweis berücksichtigt werden.

Falls das Prinzip der Identität der Applikationsform der Allergene bei den Testproben nicht beachtet wird, kann es oft zu falschen Schlussfolgerungen kommen. Bei der Lebensmittelallergie bestätigte dies die negative Exposition auf Lebensmitteln, auf welche die Versuchspersonen bei der Intrakutanprobe positiv reagierten. Ähnlich waren die Intrakutan- und Skarifikationsproben bei einigen Medikamenten fälschlich positiv, jedoch ohne ursächlichen Zusammenhang mit den Allergodermien.

In einigen Fällen der medikamentösen Allergie kann man sehr vorteilhaft die *Gruppensensibilität* ausnützen und im Falle von Überempfindlichkeit die Hautproben mit chemisch verwandten Substanzen ausführen, falls diese mit vorteilhafteren Methoden gemacht werden können. Das trifft z.B. für den Fall einer Sulfonamidüberempfindlichkeit zu, wo es möglich ist, die technisch umständlichere und wenig verlässliche Skarifikationsproben mit den Sulfonamiden durch die Epiku-

tanproben mit Prokain und Paraphenylendiamin zu ersetzen, wie wir es mit *Chmel* zeigen konnten. Andererseits kann aber eine Positivität nach der Applikation von gruppenverwandten Substanzen die genaue Identifikation der Noxe komplizieren, z.B. bei einem Pferdewärter, der an Heuüberempfindlichkeit mit ekzematösen Manifestationen auf die im Heu anwesende Pflanze *Inula Britannica* L. litt, war die Reaktion bei der Epikutanprobe auf die Blüte von *Inula Britannica* L. stark positiv, auf *Inula Germanica* weniger stark positiv, auf die übrigen Inulaarten wie *Inula salicina*, *Inula ensifolia*, *Inula hirta* und *Inula conyzia* jedoch negativ. Hier liegt ein interessanter Fall von Gruppensensibilität vor, bei welcher die Reaktion bei den phylogenetisch entfernten Pflanzen erlischt.

Die früher aufgestellte Forderung, dass die Applikationsform des Allergens bei der Probe mit dem ursprünglichen Einwirkungsweg der Noxe identisch sein müsse, hat aber auch ernste Nachteile und zwar in der Möglichkeit von allzu starken Reaktionen, von öfteren Rezidiven von langdauernden klinischen Erscheinungen, ja sogar im Auftreten von ernststen Allgemeinreaktionen. In manchen Fällen ist es möglich, die hämoklasische Krise, bzw. irgendeine ihrer Fragmente zu registrieren, besonders den sogen. *leukopenischen und thrombopenischen Index*, die *Körpertemperatur* zu messen und zwar immer nach Einwirkung von kleinen Allergenmengen. Manchmal jedoch sind diese – im Prinzip Expositionsproben – auch nicht ohne Gefahr, und dabei kann der Schwellenwert der Sensibilität sehr stark schwanken, so dass die Resultate nicht massgebend sein müssen, nämlich fälschlich negativ sein können. Einen gewissen Ausweg bedeutet hier die *passive Übertragung in der Modifikation der ursprünglichen Prausnitz-Küstnerschen Reaktion*. Dabei ist es auch hier notwendig, das Prinzip der identischen Einwirkungsart der Allergene voll zu respektieren, d. h. dass *auch den Versuchspersonen die Allergene so appliziert werden müssen, wie diese ursprünglich auf den Organismus des Allergikers eingewirkt hatten*. Diese Konzeption hat sich in voller Weise in der *Modifikation Kennedys* bewährt. Mit Hilfe der *inversen Prausnitz-Küstner-*

schen Reaktion mit Fernauslösung gelang uns mit *E. Rajka* der Nachweis der Überempfindlichkeit u.a. bei verschiedenen Medikamenten wie Sulfonamide, Arsenobenzene, Streptomycin, Luminal, sowie auf Lebensmittel, wie u.a. auf Schinken, Entenfleisch, Bienenhonig und Schweinefleisch.

Gegen die routinemässige Verwendung der inversen Prausnitz-Küstnerschen Reaktion mit Fernauslösung sprechen einige Schwierigkeiten bei der Übertragung des Serums (Virushepatitis!), so dass die Anwendungsmöglichkeiten dieser Probe beschränkt bleiben, z.B. auf den Nachweis der Überempfindlichkeit bei Kindern durch die passive Übertragung auf die Eltern.

Die *Laboratoriumsmethoden* mit dem Allergennachweis *in vitro* stellen noch immerhin die idealste Lösung des Problems dar. Die bisher ausgearbeiteten Methoden (serologische z.B. Lindemayr u. Ehrmann, nephelometrische nach Storck, Hoigné u. and., Antigennachweis durch Thrombozytenagglutination *in vitro* nach Storck, Hoigné, ud. and.) sind aber einerseits technisch anspruchsvoll, anderseits fehlt ihnen die volle Verlässlichkeit, was aber bei schweren Allergiefällen den praktischen Wert der Probe um einiges erniedrigt.

Die Fragen der Therapie der Allergodermien hängen eng mit den Fragen der Diagnostik und Prävention zusammen. In einigen Fällen kann man jedoch nicht dauernd die Elimination der festgestellten Noxen sichern, und hier werden in voller Weise die Forderungen einer Therapie im Sinne einer Desensibilisierung geltend. Die Indikationen der Desensibilisationstherapie sind beschränkt. Dies hängt damit zusammen, dass die Desensibilisation oft langwierig, für den Patienten unbequem und dabei nicht immer erfolgreich ist. Sie muss dann versucht werden, wenn das Allergen ein nicht eliminierbares Medikament oder Lebensmittel wie z.B. Brot, Kartoffel darstellt, ferner ein Umweltsallergen des täglichen Lebens im Haushalt oder im Beruf, dessen Anwesenheit praktisch nicht vermeidbar ist. In Fällen von subkutan oder intramuskulär applizierten Medikamenten ist es möglich, eine erfolgreiche Desensibilisierung durch Verabreichung des Arzneimittels in steigenden

Dosen in einer Mischspritze mit synthetischen Antihistaminika genügender Wirkungsweise z.B. mit Phenergan durchzuführen. Die Frage der Desensibilisierung ist bisher nicht zufriedenstellend gelöst in Fällen von allergischen Kontaktdermatitiden professionellen und nichtprofessionellen Ursprungs. Es ist eine bekannte Tatsache, dass die Desensibilisierung des Kontaktekzems auf epikutanem Wege zu den schwierigsten Aufgaben gehört, da bei jedem neuen Kontakt des allergischen Organismus mit der Noxe zu einer allergischen Entzündungsreaktion und so zu einer Verstärkung des bedingt reflektorischen Entzündungsmechanismus kommt. Dabei ist es zu beachten, dass die Einwirkung des Allergens sich im Sinne einer komplexen Wirkung auf die verschiedenen Rezeptoren auswirkt, da ja jede Substanz eine ganze Reihe von zusätzlichen Empfindungen hervorrufen kann (Berührung, Druck, u.a.). Um dies zu vermeiden, ist es notwendig, entweder das Allergen wenigstens vorübergehend zu eliminieren und so ein Erlöschen der Überempfindlichkeit zu erreichen, was aber oft durch die Möglichkeit einer Gruppenallergie schwierig sein kann, oder einen solchen Kontakt der Noxe mit dem Organismus zu sichern, der nicht im Stande ist, eine neue Entzündungsreaktion hervorzurufen. Dies kann wiederum auf zwei Wegen geschehen: durch die Applikation des Allergens in stark unterschwelligen Konzentrationen, wobei jedoch die allzu langsame Steigerung der Konzentration die Dauer der Desensibilisierungskur ins Unendliche ziehen kann, die eventuelle stärkere Erhöhung der Konzentration wiederum den Erfolg der Desensibilisierung gefährden kann.

Die andere Möglichkeit rechnet damit, dass bei der Einwirkung des Allergens eine komplexe Wirkung vermieden und so ein Erlöschen der Überempfindlichkeit erreicht werden kann. So gelang z.B. bei einem Patienten, bei dem eine Sensibilisation auf Phenoplasten im Arbeitsprozess auftrat, durch die Applikation der Noxe auf epikutanem Wege in solcher minimaler Konzentration und zugleich unter Schutz des exponierten Hautbezirkes durch entsprechende Schutzsalben die Entzündungsreaktion der Haut zu verhindern und in einigen

Wochen ein Erlöschen der Überempfindlichkeit zu erzielen. Später konnte der Patient schon ohne Schutz seine gewohnte Arbeit fortsetzen.

Eine weitere Möglichkeit der Desensibilisation rechnet mit der Umgehung des sog. Schockorgans. Aus den Literaturangaben und aus eigenen Erfahrungen geht hervor, dass die Desensibilisierung leichter dann gelingt, wenn das Allergen *nicht auf das Schockorgan einwirkt*, in unserem Falle nicht epikutan, aber auf anderem Wege mit dem Organismus in Kontakt kommt. Im Prinzip dieser Methoden ist das Allergen im Organismus zwar anwesend, wirkt jedoch unter anderen Bedingungen, im Verbindung mit einem anderen Faktorenkomplex auf den Organismus ein, so dass es sich nicht im Sinne der ursprünglichen Noxe in dieser anderen Kombination auswirkt und damit ein Erlöschen der Überempfindlichkeit hervorrufen kann.

Eine solche Methode ist die intramuskuläre Applikation des Allergens und anscheinend als Methode der Wahl die perorale Desensibilisierung. Aber auch hier ist die Bedingung zu respektieren, dass eine Entzündungsreaktion zu vermeiden ist: vor Beginn der Desensibilisierungskur ist die Möglichkeit einer Schleimhautreizung durch die negative Schleimhautprobe auszuschliessen. Weiterhin ist eine Hautreizung in der Analgegend zu vermeiden (Siliconensalbenbehandlung, sorgfältige Reinigung nach der Defäkation) und die Menge, bzw. die Konzentration des Allergens ist so zu wählen, dass es nicht zu einer Herdreaktion, d.h. zu einer Entzündungsreaktion der Haut kommen kann, die sich im Sinne einer Verstärkung des pathologischen Reflexes auswirken könnte. Diese Möglichkeit besteht nur dann, wenn die Allergenmenge zu gross gewählt ist, dass sie ohne Rücksicht auf die Applikationsart, wenn sie auch isoliert, d. h. mit einem anderen, fremden Faktorenkomplex auf den Organismus einwirkt, eine Herdreaktion auf der Haut hervorrufen und so den Erfolg der Desensibilisation annullieren kann. Diese Konzeption wird durch eine ganze Reihe von Autoren, die nur mit der peroralen Desensibilisation Erfolge verzeichnen konnten, bestätigt.

This document is a scanned copy of a printed document. No warranty is given about the accuracy of the copy. Users should refer to the original published version of the material.