

Insektengiftallergie

Indikation für eine spezifische Immuntherapie

Insektengiftallergie

Eine Insektengiftallergie tritt meist in Form einer Bienen- oder Wespengiftallergie auf. Seltener sind allergische Reaktionen durch einen Hummel-, Hornissen- oder Mückenstich.

Die klinischen Erscheinungsbilder sind divergent und reichen von lokalen Reaktionen in einer harmlosen oder gesteigerten Form im Stichbereich bis hin zu einer systemischen Soforttypreaktion (Anaphylaxie). Die Symptome der Anaphylaxie reichen von:

- Hautreaktionen (Juckreiz, Flush, generalisierte Urtikaria, Angioödem)
- über mild bis mäßig ausgeprägte respiratorische, kardiovaskuläre oder gastrointestinale Beschwerden
- bis hin zu schwerer Atemwegsobstruktion oder anaphylaktischem Schock (oft mit Bewusstlosigkeit) und Herz-Kreislauf-/Atemstillstand.

Die Häufigkeit systemischer Reaktionen in der Allgemeinbevölkerung beträgt zwischen 1,2 und 3,5%.¹ Auch wenn die Prävalenz geringer ist als bei einer Pollen-, Hausstaub- oder Nahrungsmittelallergie, so ist das Risiko einer schweren Reaktion um ein Vielfaches erhöht.

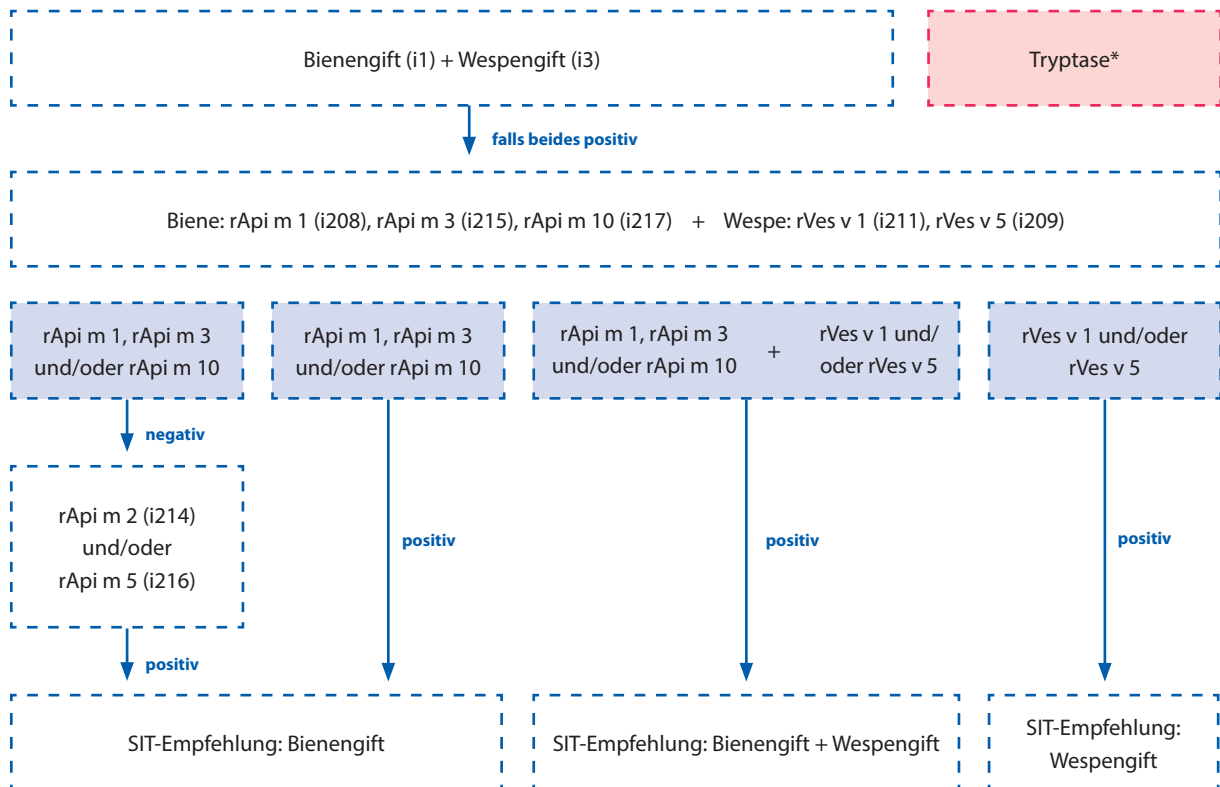
Diagnostik

Grundlage der Diagnostik bei Patienten mit systemischen Soforttypreaktionen sind, neben der Anamnese, der **Nachweis spezifischer IgE-Antikörper gegen die Gesamtextrakte i1 und i3**, bei Doppelpositivität Messung der Allergenkomponenten sowie die Erfassung des individuellen Anaphylaxierisikos durch Bestimmung der basalen **Serumtryptase-Konzentration***.

Für eine zuverlässige Diagnostik wird gemäß Leitlinie der **Nachweis spezifischer IgE-Antikörper in der ersten Woche und ein zweites Mal etwa vier bis sechs Wochen nach dem Stich empfohlen**. Bis zu 50 % der Insektengiftallergiker zeigen eine IgE-vermittelte Sensitivität gegen Bienen- und Wespengift.² Auch wenn die Doppelpositivität in einigen Fällen auf einer echten Doppelsensibilisierung oder auf Kreuzreaktionen zwischen strukturell verwandten Bienen- und Wespengiftproteinen beruht, wird sie häufiger durch IgE-Antikörper gegen kreuzreaktive Kohlenhydratdeterminanten (CCD) verursacht, die in den Gesamtextrakten spezifischer IgE gegen Bienen- und auch Wespengift enthalten sind.^{2,3} Der Nachweis von CCD-freien rekombinanten Insektengiftallergenen ermöglicht die Unterscheidung zwischen einer primären Insektengiftsensibilisierung und CCD-bedingter Kreuzreaktivität.



* Die Tryptase-Basalkonzentration (Referenzbereich < 11,4 µg/l) sollte vor der SIT gemessen werden, um das Risiko für schwere Reaktionen einzuschätzen.



Ohne Anamnese einer systemischen Soforttypreaktion sollten allergologische Tests nicht vorgenommen werden. Denn „positive“ Testbefunde sind aufgrund der hohen Sensibilisierungsrate in der Bevölkerung häufig und können zu erheblicher Verunsicherung führen.

Therapie

Bei Patienten mit allergischen Reaktionen ist eine langfristige Therapie notwendig, welche eine Expositionsprophylaxe, Selbsthilfemaßnahmen und bei systemischen Soforttypreaktion, eine Hyposensibilisierung mittels spezifischer Immuntherapie (SIT) umfasst. Durch die Behandlung kann bei 75-98% der Patienten eine Toleranz erreicht werden.² Der Erfolg hängt maßgeblich davon ab, ob das allergieauslösende Insekt richtig identifiziert und das entsprechende Insektengift für die Immuntherapie ausgewählt werden kann.

Präanalytik und Probenentnahme

Probenmaterial	Serum
Probenversand	keine Besonderheiten

Abrechnung und Preise

EBM:	32427
GOÄ:	3891
Preis Selbstzahler:	14,57 €
Preis Privatpatient:	16,76 €

Autorin: Dr. Valeska Heib

Literatur:

- Schäfer T (2009) Epidemiologie der Insektengiftallergie. Allergo J, 18(5):353–358.
- Ollert M, Blank S (2015) Anaphylaxis to insect venom allergens: role of molecular diagnostics. Curr Allergy Asthma Rep, 15(5):26.
- Jappe U et al. (2006) In vitro hymenoptera venom allergy diagnosis: improved by screening for cross-reactive carbohydrate determinants and reciprocal inhibition. Allergy, 61(10):1220–1229.