

DER GASTROBRIEF

NEUES AUS DER GASTROENTEROLOGIE UND
GASTROINTESTINALEN ONKOLOGIE | 05/2023

Sehr geehrte, liebe Frau Kollegin, sehr geehrter, Lieber Herr Kollege,

nicht zuletzt „Corona“ hat uns deutlich gemacht, wie wichtig das – bis dato ein wenig vernachlässigte – Gebiet der Infektiologie doch ist. Insofern waren wir in den zurückliegenden Jahren der Pandemie besonders froh, mit Frau Dr. Busch eine Infektiologin im Team gehabt zu haben. Die „Penicillin-Allergie“ begleitet (und verleidet ...) unseren klinischen Alltag – Frau Dr. Busch berichtet unten über neuere Einschätzungen hierzu, die unser praktisches Handeln beeinflussen können.

Viel Spaß beim Lesen und herzliche Grüße
aus der medius KLINIK OSTFILDERN-RUIT
Ihr Bodo Klump

PENICILLIN-ALLERGIE! – PENICILLIN-ALLERGIE?

Antibiotikaallergien – gezieltes Vorgehen bei vermeintlicher β -Laktam-Allergie

Daniel Hornus, Siegbert Rieg, Innere Medizin 2023, 64:351–361

Häufig geben unsere Patienten anamnestisch eine Penicillinallergie an. In vielen Fällen liegt aber nur eine Arzneimittelunverträglichkeit durch die pharmakologischen Toxizitätseigenschaften vor, so dass nicht grundsätzlich auf die Gabe der kompletten Substanzgruppe verzichtet werden müsste. Zu diesem Thema gab es kürzlich in der Zeitschrift „Die Innere Medizin“ einen interessanten Übersichtsartikel mit praktischen Handlungsanweisungen:

Penicilline sind aufgrund ihres günstigen Nutzen-Risiko-Profiles bei vielen Infektionen bzw. Erregern die Antibiotika der ersten Wahl. Sie besitzen eine hohe Aktivität, ein vorteilhaftes, weil schmales Aktivitätsspektrum mit geringem Selektionsdruck und sind im Vergleich kostengünstig. Etliche Studien zeigen, dass es bei Ausweichen auf Alternativsubstanzen zu signifikant schlechteren Behandlungsergebnissen kommt.

Nach aktuellen Zahlen geben ca. 10–15% aller Patientinnen und Patienten eine Penicillinallergie an bzw. besitzen einen derartigen Eintrag in ihren Patientenakten. Sämtliche Arbeiten zu diesem Thema belegen jedoch, dass die überwiegende Mehrheit (85–90%) dieser Patienten Penicilline verträgt. Untersuchungen aus Deutschland ergaben, dass etwa 75% dieser Patienten alle β -Laktam-Antibiotika vertragen.

Die Autoren des Artikels schlagen vor, nach sehr sorgfältiger Anamnese die Patienten in Risikogruppen zu klassifizieren und anhand dessen das weitere Vorgehen festzulegen (s. nebenstehende Tabelle):



Prof. Dr. med. Bodo Klump
Chefarzt der Klinik für Innere Medizin,
Gastroenterologie und Tumormedizin

TELEFON 0711 / 4488-12400
FAX 0711 / 4488-11409
E-MAIL b.klump@medius-kliniken.de



Dr. med. Simone Busch
Oberärztin | Klinik für Innere Medizin,
Gastroenterologie und Tumormedizin

TELEFON 0711 / 4488-12400
FAX 0711 / 4488-11409
E-MAIL s.busch@medius-kliniken.de

Klassifikation von Risikogruppen (modifiziert nach Shenoy et al.)			
Risikoklassifizierung	Niedriges Risiko	Mittleres Risiko	Hohes Risiko
Anamnese und Vorbefunde	<ul style="list-style-type: none"> » Isolierte untypische Reaktionen (Kopfschmerzen, Magenverstimmung, Diarrhö) » Juckreiz ohne Hautausschlag » Länger (viele Jahre) zurückliegende unklare Reaktion » Positive Familienanamnese 	<ul style="list-style-type: none"> » Isolierte Urtikaria » Juckendes Exanthem » IgE-vermittelte Reaktionen ohne Anaphylaxe (ohne Beteiligung der Atemwege oder Hypotonie) » Isoliertes makulopapulöses Exanthem (Beginn innerhalb von Tagen nach Exposition)^a 	<ul style="list-style-type: none"> » Anaphylaktische Reaktion mit Beteiligung der Atemwege und/oder Hypotonie » Positive Hauttestung » Reaktionen auf multiple β-Laktam-Antibiotika » Pustelbildung, ausgeprägte Desquamation, Organbeteiligung^b » Blasenbildung von Haut und Schleimhaut^b
Weiteres Vorgehen	<p>Reexposition vertretbar:</p> <ul style="list-style-type: none"> » Gabe von Amoxicillin 250–500 mg p.o. (bzw. abzuklärendes Penicillin-derivat) und Überwachung über 1 h bei liegendem i.v.-Zugang (stationär oder ambulant) <p>Wenn toleriert:</p> <ul style="list-style-type: none"> » Alle Penicilline verschreibbar » Penicillinallergie aus Diagnoseliste entfernen 	<p>Penicillin(derivat)hauttestung:</p> <ul style="list-style-type: none"> » Durchführung Prick-Test <p>Wenn negativ:</p> <ul style="list-style-type: none"> » nachfolgend Intrakutantest <p>Wenn beide Hauttestungen negativ:</p> <ul style="list-style-type: none"> » Reexposition (siehe links) ggf. unter stationären Bedingungen 	<p>Reexposition kontraindiziert:</p> <ul style="list-style-type: none"> » Überweisung zur fachallergologischen Testung

Diagnostische Abklärung bei Verdacht auf Vorliegen einer Penicillinallergie: Zuordnung zu Niedrig-, Mittel- oder Hochrisikogruppe anhand der Anamnese und Vorbefunde (obere Tabellenzeile), Risikoadaptiertes Prozedere (untere Tabellenzeile) in Abhängigkeit von der Risikogruppe

DRESS „drug reaction with eosinophilia and systemic symptoms“

IgE Immunglobulin E

a: Bei eindeutiger Einstufung als benignes, isoliertes Arzneimittel-exanthem kann bei einer Subgruppe von Patienten auch ohne vorherige Hauttestung eine Exposition erwogen werden, ggf. Rücksprache mit allergologischer Fachabteilung empfohlen

b: Bei Patienten mit schweren T-Zell-vermittelten Hautreaktionen wie Stevens-Johnson-Syndrom (SJS)/toxischer epidermaler Nekrolyse (TEN), akuter generalisierter exanthematischer Pustulose (AGEP) oder Organ-/Systemreaktionen (wie DRESS, hämolytische Anämie, akute interstitielle Nephritis, Serumkrankheit) darf grundsätzlich keine Reexposition des verdächtigten Antibiotikums erfolgen