

Spezifische Immuntherapie trotz Asthma?

Studien zu SCIT und SLIT bei leichtem Asthma

Eine spezifische Immuntherapie (SIT) wird bei Heuschnupfen nicht nur wegen der Aussicht auf ein Verschwinden der Symptome empfohlen, sondern vor allem auch als Prävention des gefürchteten «Etagenwechsels» zum Asthma. Doch was empfehlen Leitlinien und Cochrane-Reviews bezüglich der SIT, wenn der Etagenwechsel bereits geschehen ist?

Einig ist man sich, dass bei schwerem Asthma keine SIT durchgeführt werden darf. Auch ist eine SIT grundsätzlich kein Ersatz für eine medikamentöse Therapie, sondern nur eine Option neben Allergenkarrenz und Pharmakotherapie (1). Die SIT kommt in Betracht, falls Allergien im individuellen Fall eine grosse Rolle spielen, wie beispielsweise bei aller-

ten der SCIT, ohne dass die statistische Signifikanz erreicht wurde. Lokale Nebenwirkungen traten gemäss diesem Cochrane-Review bei 1 von 16 SCIT-Behandelten auf, und bei 1 von 9 Patienten kam es zu systemischen Reaktionen. Die Autoren weisen ausdrücklich darauf hin, dass systemische Nebenwirkungen in der Literatur möglicherweise nicht immer erwähnt würden. Nutzen und Risiken der SCIT müssten in jedem Fall sorgfältig abgewogen werden (3).

Und die SLIT?

Wegen der begrenzten und heterogenen Datenlage wird die SLIT bei allergischem Asthma nicht routinemässig empfohlen (1). In einer Metaanalyse (4) zeigte sich zwar eine bescheidener Nutzen der SLIT bei allergischem Asthma, es gab jedoch erhebliche Bedenken bezüglich der Qualität der vorhandenen Studien. Zu einem ähnlichen Résumé kamen die

Eine SIT kommt bei Asthma nur infrage, falls Allergien im individuellen Fall eine grosse Rolle spielen.

gischer Rhinokonjunktivitis (2), und zwar für ältere Kinder, Jugendliche und Erwachsene, nicht aber für Kinder unter fünf Jahren (1). Voraussetzung für das Erwägen einer SIT ist in jedem Fall, dass ein stabiles, nicht allzu schweres Asthma mit klarer allergischer Ursache vorliegt und die Allergenkarrenz nicht zu einer Asthmakontrolle führt oder nicht möglich ist (1). Es darf jedoch kein unkontrolliertes beziehungsweise schweres Asthma vorliegen ($FEV_1 < 70\%$, bei Kindern $FEV_1 < 80\%$).

In den meisten Studien zur Immuntherapie bei Asthma handelte es sich um Patienten mit leichtem Asthma. Metaanalysen und allgemeine Schlussfolgerungen sind schwierig, weil in den verschiedenen Studien nur selten gut vergleichbare, standardisierte Endpunkte dokumentiert wurden.

Was bringt die SCIT?

In einem Cochrane-Review zur SCIT mit insgesamt 3459 Patienten in 83 Studien zu allergischem Asthma wegen Hausstaubmilben, Pollen oder Tierhaaren kam man zu dem Schluss, dass sich im Durchschnitt vier Patienten einer entsprechenden SCIT unterziehen müssen, um bei einem von ihnen eine Exazerbation zu verhindern (3). Die Erfolgsrate war bei den Hausstauballergikern niedriger als bei anderen Allergien. Mit SCIT war die Notwendigkeit für Asthmamedikamente geringer (51 vs. 72%), und weniger Patienten mit SCIT wiesen eine bronchiale Hyperreaktivität auf (31 vs. 64%). Bezüglich der Lungenfunktion zeigte sich ein Trend zugun-

Autoren einer Cochrane-Analyse (5): Man wisse letztlich immer noch nicht genau, was eine SLIT bei allergischem Asthma tatsächlich bringt, weil in den Studien keine vergleichbaren Parameter erfasst wurden; aus dem gleichen Grund sei keine allgemeingültige Aussage zur Lebensqualität mit oder ohne SLIT möglich. Nebenwirkungen waren bei der SLIT im Vergleich mit Placebo häufiger, aber meist nur leicht und vorübergehend; für Patienten mit mildem Asthma besteht bei der SLIT vermutlich kein erhöhtes Risiko für schwere Nebenwirkungen. Trotz der insgesamt unbefriedigenden Datenlage empfehlen die Autoren des Cochrane-Reviews die SLIT für asthmatische Patienten mit respiratorischen Allergien, wie zum Beispiel allergischer Rhinitis, sofern ihr Asthma gut kontrolliert und allenfalls leicht bis mittelschwer ist (5). ❖

Renate Bonifer

1. Nationale Versorgungsleitlinie Asthma. 2. Auflage, Version 5, Dezember 2009; zuletzt geändert: August 2013; AMWF-Reg.-Nr. nvl/0002; www.awmf.org/leitlinien.html
2. Global Initiative for Asthma: Global strategy for asthma management and prevention, 2016. Available from: www.ginasthma.org
3. Abramson MJ et al.: Injection allergen immunotherapy for asthma. Cochrane Database Syst Rev 2010; (8): CD001186.
4. Tao L et al.: Efficacy of sublingual immunotherapy for allergic asthma: retrospective meta-analysis of randomized, double-blind and placebo-controlled trials. Clin Respir J 2014; 8:192-205.
5. Normansell R et al.: Sublingual immunotherapy for asthma. Cochrane Database Syst Rev 2015: CD011293.

Erstpublikation in «Pädiatrie» 5/16.