

Dr. med. S. Braun  
Allgemeinarzt / Facharzt für  
Kinderheilkunde und Jugendmedizin



## *Bienen- und Wespengiftallergie*

Leitlinien in Konsensbildung im November 2010 von der Deutschen Gesellschaft für Allergologie und klinische Immunologie, der Gesellschaft für pädiatrische Allergologie, der Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin und der Deutschen Dermatologischen Gesellschaft erstellt.

In Mitteleuropa bedeutsam: Honigbienen, Faltenwespen, Feldwespen, Hornissen, Hummeln, Mücken und Bremsen.

Allergische Reaktionen in bis zu 25% als gesteigerte örtliche Reaktion (> 10 cm, >24h), in bis zu 3,5% als anaphylaktische Reaktion (Ig-E-Antikörper vermittelt). Schwere Anaphylaxien am häufigsten durch Wespen.

20 Todesfälle/Jahr in Deutschland, unklare Dunkelziffer. Fast nur Erwachsene, 2/3 Männer.

Atopische Erkrankungen: nur bei Imkern + Familienangehörigen als Risikofaktor für Anaphylaxie nach Stich.

Diagnostik: Allergische Tests nur bei anaphylaktischen Reaktionen (In 25% IgE-Antikörper-Sensibilisierungen, Kinder bis 50%).

Einteilung der anaphylaktische Reaktion in 4 Schweregrade (z.B. Herzfrequenz + 20/min, RR-Abfall von 20 mmHg bei Grad II, Schock/Erbrechen/Bronchospasmus Grad III, Atem-/Kreislaufstillstand Grad IV).

Hinweise auf auslösendes Insekt (Biene/Wespe?).

Individuelle Risiken: z.B. Imker, Waldarbeiter etc.. Anaphylaxie insbesondere ab Grad II, > 40 Jahre, Asthma-/Herz-Kreislaufkrankung, Mastozytose).

Diagnostik frühestens nach 2 Wochen, besser in der ersten Woche + erneute Diagnostik in 4-6 Wochen im Anschluss.

Bestimmung der basalen Serumtryptasekonzentration (> 11,4 ng/l) frühestens 24-h nach anaphylaktischer Reaktion.

Pricktest in mit Steigerung der Dosierung. RAST-IgE-Antikörper Klasse 1-6.

Ggf. Doppelsensibilisierungen Biene + Wespe als vorliegende Kreuzreaktion.

Spezifische IgE-Antikörpertests gegen relevante Einzelallergene: Api m 1, Ves v 5.

Stichprovokationen nur ggf. bei unklaren Fällen.

Maßnahmen zur Vermeidung von Stichen: Chemische Insektenabwehrmittel bieten keinen Schutz. Meidung z.B. von Mülleimern, Fallobst, Parfum, Essen im Freien. Nach Essen Hände- und Mund abwischen. Nicht aus Flaschen trinken. Keine hektischen Abwehrbewegungen. Bedeckende Kleidung/Schuhe. Ungünstig ist leichte sowie dunkle Bekleidung. Wohnungsfenster tagsüber schließen, abends kein Licht bei geöffneten Fenstern (Hornissen sind nachtaktiv). Auf versteckte Insekten in Schuhen achten. Wespennester in der Nähe? Ggf. Wespenfallen/Abwehrsprays. Nester nicht erschüttern, Wespen nicht anhauchen. Stachel rasch entfernen, wegkratzen, nicht ausdrücken.

Therapie: Stark wirksames Glukokortikoid. Kühlender, feuchter Umschlag für 20 Minuten (ggf. nach Stunden 1-2 mal wiederholen). Antihistaminika. Bei gesteigerter örtlicher Reaktion: orales Glukokortikoid.

Bei systemischer Reaktion: Allergenvermeidung/Selbsthilfemaßnahmen bei erneutem Stich/SIT (Hyposensibilisierung) bei anaphylaktischer Reaktion.

Bei Atemnot/Schwellung im Mund-/Rachenbereich/Kreislaufbeschwerden: Adrenalingabe (0,3mg bei Erwachsenen, 0,15 mg zwischen 15-30 kg).

Bei Anaphylaxie: Antihistaminika in 2-4facher Dosis (z.B. Cetirizin), Prednisolon mind. 100 mg bei Erwachsenen,  $\beta$ 2-Sympathikomometika bei Asthma.

Sofortige ärztliche Kontrolle bei: systemischer Reaktion, Anaphylaxie im Vorfeld und noch nicht erfolgter SIT, hyposensibilisierte Patienten und noch nicht z.B. durch Stichprovokation nachgewiesener SIT-Wirkung.

Keine  $\beta$ -Blocker oder ACE-Hemmer bei Anaphylaxie im Vorfeld rezeptieren.

SIT: Mindestens über 3 Jahre. Erfolg: 75-85% bei Bienengift, 90-95% bei Wespengift. Das reaktionsauslösende Gift muss identifiziert sein. Ab Anaphylaxie Grad I wird SIT empfohlen.

Bei Kindern <16 Jahren: nicht bei ausschließlich systemischer Hautreaktion. Hummel-/Hornissengift nicht in Mitteleuropa verfügbar (bei Hornisse wird Wespengift verwendet).

Start durch Ultra-Rush-Therapie (über Stunden), Rush-Therapie (über Tage), dann konventionelle Therapie mit Erreichen der Erhaltungsdosis nach Protokoll i.d.R. alle 4 Wochen. Nebenwirkungen: meist örtliche Reaktionen. Systemische Nebenwirkungen 8x mehr bei Behandlung mit Bienengift. Wird die Hyposensibilisierung schlecht vertragen (wiederholte systemische Reaktionen), ist meist auch mit einer erneuten Anaphylaxie bei erneutem Stich zu rechnen. Nach 5-10 Jahren verlieren bis zu 15% der Patienten die erworbene Schutzwirkung nach erfolgter SIT. Auch nach Beendigung der SIT sind Notfallmedikamente weiter erforderlich.

# ***Bienen- und Wespengiftallergie***

Leitlinien in Konsensbildung im November 2010 von der Deutschen Gesellschaft für Allergologie und klinische Immunologie, der Gesellschaft für pädiatrische Allergologie, der Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin und der Deutschen Dermatologischen Gesellschaft erstellt.

In Mitteleuropa bedeutsam: Honigbienen, Faltenwespen, Feldwespen, Hornissen, Hummeln, Mücken und Bremsen.

Allergische Reaktionen in bis zu 25% als gesteigerte örtliche Reaktion (> 10 cm, >24h), in bis zu 3,5% als anaphylaktische Reaktion (Ig-E-Antikörper vermittelt). Schwere Anaphylaxien am häufigsten durch Wespen.

20 Todesfälle/Jahr in Deutschland, unklare Dunkelziffer. Fast nur Erwachsene, 2/3 Männer.

Atopische Erkrankungen: nur bei Imkern + Familienangehörigen als Risikofaktor für Anaphylaxie nach Stich.

**Diagnostik:** Allergische Tests nur bei anaphylaktischen Reaktionen (In 25% IgE-Antikörper-Sensibilisierungen, Kinder bis 50%).

Einteilung der anaphylaktische Reaktion in 4 Schweregrade (z.B. Herzfrequenz + 20/min, RR-Abfall von 20 mmHg bei Grad II, Schock/Erbrechen/Bronchospasmus Grad III, Atem-/Kreislaufstillstand Grad IV).

Hinweise auf auslösendes Insekt (Biene/Wespe?).

Individuelle Risiken: z.B. Imker, Waldarbeiter etc.. Anaphylaxie insbesondere ab Grad II, > 40 Jahre, Asthma-/Herz-Kreislaufkrankung, Mastozytose).

Diagnostik frühestens nach 2 Wochen, besser in der ersten Woche + erneute Diagnostik in 4-6 Wochen im Anschluss.

Bestimmung der basalen Serumtryptasekonzentration (> 11,4 ng/l) frühestens 24-h nach anaphylaktischer Reaktion.

Pricktest in mit Steigerung der Dosierung. RAST-IgE-Antikörper Klasse 1-6.

Ggf. Doppelsensibilisierungen Biene + Wespe als vorliegende Kreuzreaktion.

Spezifische IgE-Antikörpertests gegen relevante Einzelallergene: Api m 1 und Ves v 5.

Stichprovokationen nur ggf. bei unklaren Fällen.

**Maßnahmen zur Vermeidung von Stichen:** Chemische Insektenabwehrmittel bieten keinen Schutz. Meidung z.B. von Mülleimern, Fallobst, Parfum, Essen im Freien. Nach Essen Hände- und Mund abwischen. Nicht aus Flaschen trinken. Keine hektischen Abwehrbewegungen. Bedeckende Kleidung/Schuhe. Ungünstig ist leichte sowie dunkle Bekleidung. Wohnungsfenster tagsüber schließen, abends kein Licht bei geöffneten Fenstern (Hornissen sind nachtaktiv). Auf versteckte Insekten in Schuhen achten. Wespennester in der Nähe? Ggf. Wespenfallen/Abwehrsprays. Nester nicht erschüttern, Wespen nicht anhauchen. Stachel rasch entfernen, wegkratzen, nicht ausdrücken.

**Therapie:** Stark wirksames Glukokortikoid. Kühlender, feuchter Umschlag für 20 Minuten (ggf. nach Stunden 1-2 mal wiederholen). Antihistaminika. Bei gesteigerter örtlicher Reaktion: orales Glukokortikoid.

Bei systemischer Reaktion: Allergenvermeidung/Selbsthilfemaßnahmen bei erneutem Stich/SIT (Hyposensibilisierung) bei anaphylaktischer Reaktion.

Bei Atemnot/Schwellung im Mund-/Rachenbereich/Kreislaufbeschwerden: Adrenalingabe (0,3mg bei Erwachsenen, 0,15 mg zwischen 15-30 kg).

Bei Anaphylaxie: Antihistaminika in 2-4facher Dosis (z.B. Cetirizin), Prednisolon mind. 100 mg bei Erwachsenen,  $\beta$ 2-Sympathikomometika bei Asthma.

Sofortige ärztliche Kontrolle bei: systemischer Reaktion, Anaphylaxie im Vorfeld und noch nicht erfolgter SIT, hyposensibilisierte Patienten und noch nicht z.B. durch Stichprovokation nachgewiesener SIT-Wirkung.

Keine  $\beta$ -Blocker oder ACE-Hemmer bei Anaphylaxie im Vorfeld rezeptieren.

**SIT:** Mindestens über 3 Jahre. Erfolg: 75-85% bei Bienengift, 90-95% bei Wespengift. Das reaktionsauslösende Gift muss identifiziert sein. Ab Anaphylaxie Grad I wird SIT empfohlen. Bei Kindern <16 Jahren: nicht bei ausschließlich systemischer Hautreaktion. Hummel-/Hornissengift nicht in Mitteleuropa verfügbar (bei Hornisse wird Wespengift verwendet). Start durch Ultra-Rush-Therapie (über Stunden), Rush-Therapie (über Tage), dann konventionelle Therapie mit Erreichen der Erhaltungsdosis nach Protokoll i.d.R. alle 4 Wochen. Nebenwirkungen: meist örtliche Reaktionen. Systemische Nebenwirkungen 8x mehr bei Behandlung mit Bienengift. Wird die Hyposensibilisierung schlecht vertragen (wiederholte systemische Reaktionen), ist meist auch mit einer erneuten Anaphylaxie bei erneutem Stich zu rechnen. Nach 5-10 Jahren verlieren bis zu 15% der Patienten die erworbene Schutzwirkung nach erfolgter SIT. Auch nach Beendigung der SIT sind Notfallmedikamente weiter erforderlich.