

# CHEMOTHERAPIE

Informationen für Ärzte und Apotheker zur rationalen Infektionstherapie

November/Dezember 2001 – 22. Jahrg.

## Übersicht

### Penicillinallergie – was tun?

Die Behandlung von Infektionen bei Patienten mit anamnestischer Penicillinallergie ist ein alltägliches Problem. Häufig wird in solchen Situationen einfach auf alternative Chemotherapeutika ausgewichen. Diese Alternativen sind den Penicillinen hinsichtlich Wirksamkeit und Verträglichkeit jedoch oft deutlich unterlegen. Um Patienten Penicilline nicht unnötig vorzuenthalten, hat eine Arbeitsgruppe aus den Vereinigten Staaten einen Evidenz-basierten Leitfaden erarbeitet.<sup>1</sup> In diese Analyse wurden insbesondere Originalarbeiten zur Aussagekraft von Hauttests bei penicillinallergischen Kindern und Erwachsenen aus dem ambulanten und stationären Bereich eingeschlossen, soweit der Begriff „Allergie“ klar definiert und sowohl „major“- als auch „minor“-Antigene untersucht wurden.

### Überempfindlichkeitstypen

Reaktionen vom anaphylaktischen Typ sind am gefürchtetsten, da sie eine unmittelbare Bedrohung für das Leben darstellen können. Sie treten auf, wenn  $\beta$ -Laktame oder deren Metaboliten kovalent an Serumproteine binden und über präexistente IgE-Antikörper zu einer Mastzelldegranulation führen. Sie sind typischerweise charakterisiert durch das Auftreten von Nesselsucht, also einem juckendem Exanthem, Schleimhautschwellungen und unter Umständen auch durch Dyspnoe und Hypotonie innerhalb weniger Stunden nach Einnahme des Medikamentes.

Spätreaktionen treten bis 72 Stunden nach der Einnahme des  $\beta$ -Laktams auf. Bei diesen Reaktionstypen spielen IgE – Antikörper keine Rolle. Daher sind Hauttests (Scratch-Test) zum Nachweis derartiger Überempfindlichkeiten nicht geeignet. Eine weitere Hautreaktion ist das idiopathische morbilliforme makulopapulöse Exanthem. Es wird gehäuft im Zusammenhang mit Cytomegalie- und Ebstein-Barr-Virusinfektionen beobachtet. Es breitet sich oft symmetrisch von den Extremitäten unter Aussparung von Handflächen und Fußsohlen aus. Derartige Reaktionen können sich durchaus unter fortgesetzter Therapie bilden und treten nach erneuter Einnahme nicht unbedingt wieder auf.

Vorgehen bei Patienten mit anamnestischer Penicillinallergie

Zunächst sollte versucht werden, die Art der Reaktion anamnestisch genauer zu eruieren (Tabelle 1). Patienten mit vorangegangener Reaktion vom Soforttyp gegen Aminopenicilline, wie Amoxicillin (CLAMOXYL u. a.), reagieren regelmäßig positiv auf Hauttests mit Penicillin. Demgegenüber weisen Patienten mit anamnestischer Reaktion vom Spättyp nur selten einen positiven Hauttest auf. Daher ist es nicht nötig, Patienten mit anamnestischer makulopapulöser Reaktion ohne Urtikaria vor der Gabe eines Penicillins mittels Hauttest zu untersuchen. Bei diesen Patienten ist nicht mit einer allergischen Reaktion vom anaphylaktischen Typ zu rechnen; sie können somit ohne weiteres mit einem Penicillin behandelt werden.

Wenn sich aus der detaillierten Anamnese der Verdacht auf eine Penicillinallergie vom

Soforttyp nicht ausräumen oder gar erhöhen lässt (Urtikaria kurz nach Penicillineinnahme), sollte ein Hauttest mit der „major“-Determinante, Benzyl-Penicilloyl, und der „minor“-Determinante, Penicillin G, durchgeführt werden.

Derartige Hauttests sind bei Patienten mit vorausgegangener exfoliativer Dermatitis oder Stevens-Johnson-Syndrom nach Einnahme von Penicillinen kontraindiziert. Falsch negative Resultate sind während einer Behandlung mit Antihistaminika oder trizyklischen Antidepressiva möglich. Bei negativem Hauttest ist nicht mit einer schwerwiegenden Reaktion vom anaphylaktischen Typ zu rechnen, so dass diese Patienten einer Testdosis eines Oralpenicillins unter Beobachtung ausgesetzt werden können. Wird diese problemlos vertragen, so ist keine Einschränkung der Therapie nötig. Darüber hinaus sind auch in vitro Testverfahren wie z.B. der RAST (Radio-Allergo-Sorbent-Test) gegen die

## Inhalt

6/2001

Übersicht – Penicillinallergie	Seite 41–42
Neueinführungen – Linezolid – Telithromycin	Seite 42–45
Antibiotikatherapie im ärztlichen Alltag (42) – Schwangerschafts-pyelonephritis	Seite 43
Mittel der Wahl – Ampho B oder Itraconazol bei FUO? – Therapie der Kryptokokkose – Cidofovir bei genitalen Warzen	Seite 45–46
Lungeninfektionen – Kombinationstherapie bei bakteriämischen Pneumonien? – Multiresistente Tbc erfolgreich behandeln	Seite 46–47
Prophylaxe – Optimale Malaria-Prophylaxe	Seite 47
Interaktionen (12) – Isoniazid	Seite 47–48
Antiretrovirale Therapie – Compliance wichtig – Nevirapin - nicht zur prophylaktischen Anwendung	Seite 48