

Das deutschsprachige Anaphylaxie-Register

Aktueller Stand und Perspektiven

Hintergrund

Der Begriff „Anaphylaxie“ leitet sich aus dem Griechischen ab (Ana = gegen, phylaxis = Schutz) und wurde von Richet und Portier geprägt, die für ihre Beobachtungen 1913 den Nobelpreis erhalten haben: Sie hatten Hunden Gift von Quallen verabreicht und anders als erwartet, entwickelten die Tiere nach wiederholten Injektionen keine Schutzreaktion gegen die giftige Substanz, sondern verstarben unter den Zeichen einer allergischen Allgemeinreaktion. Somit wurde der Begriff „Anaphylaxie“ (Schutzlosigkeit) geprägt, noch lange bevor das Immunglobulin E (IgE), das Schlüsselmolekül bei allergischen Erkrankungen, entdeckt war.

Heute werden als Anaphylaxie schwere allergische Reaktionen bezeichnet, die mastzellabhängig sind und in der überwiegenden Zahl der Fälle über IgE-abhängige Mechanismen vermittelt werden. Aus der Literatur ist bekannt, dass die häufigsten Auslöser schwerer allergischer Reaktionen Nahrungsmittel, Insektengifte und Medikamente sind.

Schwere allergische Reaktionen können potenziell tödlich verlaufen. Gemäß einer Auswertung von Daten des statistischen Bundesamtes traten in Deutschland zwischen 2004 und 2008 bis zu 150 Todesfälle infolge einer Anaphylaxie auf. Wahrscheinlich sind die tatsächlichen Zahlen um ein Vielfaches höher, da eine hohe Dunkelziffer anzunehmen ist. Systematische prospektive Untersuchungen zur Häufigkeit der Anaphylaxie gab es für den deutschsprachigen Raum jedoch bislang

nicht. Aus diesem Grund haben wir 2006 das Anaphylaxie-Register initiiert [1]. Zu Beginn wurde ein Fragebogen entwickelt und dieser in einer Pilotphase mit ausgewählten Zentren validiert.

Da allergische Erkrankungen in der Bevölkerung sehr häufig sind, wurde für das Anaphylaxie-Register festgelegt, nur Fälle mit schweren Reaktionen, das heißt solche mit Beteiligung des Herz-Kreislauf- und/oder respiratorischen Systems, zu dokumentieren. Leichte Symptome einer allergischen Reaktion können sich an der Haut oder Schleimhaut als Urtikaria (Nesselsucht) beziehungsweise Angioödem (Schleimhautschwellung zum Beispiel am Auge) manifestieren oder den Gastrointestinaltrakt betreffen (Übelkeit, Erbrechen, Durchfall).

Erfasst werden neben den Symptomen an den verschiedenen Organsystemen (Haut und Schleimhaut, Magen-Darm-Trakt, Atemtrakt und Herz-Kreislauf-System) demografische Daten der betroffenen Patienten einschließlich Alter, Geschlecht und das Vorliegen von Begleiterkrankungen. Die Daten werden bislang in erster Linie durch allergologische Zentren eingegeben. Dies hat den Vorteil, dass das Register ausschließlich Daten zu medizinisch und vor allem allergologisch sehr gut dokumentierten Fällen enthält. Aufgrund dieses Designs (Meldung durch Allergologen) liefert es klinische Fakten zu den Patienten und ihrer Versorgung, jedoch keine Daten zur Prävalenz und Inzidenz der Anaphylaxie. Hierfür wären zusätzliche Daten beispielsweise aus Notfallambulanzen erforderlich.

Frühere Daten aus England und auch aus den USA legen nahe, dass die Anaphylaxie in der Bevölkerung sehr selten auftritt. Aktuell wird von einer Anaphylaxie-Inzidenz von ungefähr zehn bis 50 Personen auf 100.000 Einwohner ausgegangen; dabei sind regionale Unterschiede zu berücksichtigen [2, 3].

Die Online-Verfügbarkeit des Fragebogens ermöglicht es, regelmäßig Auswertungen durchzuführen und deren Ergebnisse auch an die teilnehmenden Zentren zu kommunizieren. Neben der prospektiven Datenerhebung ist es ein wesentliches Ziel des Anaphylaxie-Registers, Daten zu generieren, um die Prävention und Prophylaxe von schweren allergischen Reaktionen zu verbessern.

Bisher vorliegende Daten

Insektengifte, Nahrungsmittel und Medikamente sind die häufigsten Auslöser einer Anaphylaxie bei Kindern und Erwachsenen (■ Tab. 1). Bis Juni 2011 wurden über 3000 anaphylaktische Reaktionen an das Anaphylaxie-Register gemeldet. Eine Auswertung der bis November 2010 gemeldeten Fälle ergab 2114 anaphylaktische Reaktionen gemäß der definierten Einschlusskriterien. Bei der Auswertung wurden Patienten mit einem hohen Risiko für eine schwere Anaphylaxie (solche mit der Begleiterkrankung Mastozytose, bei der die Zahl der für anaphylaktische Reaktionen besonders wichtigen Mastzellen vermehrt ist) nicht berücksichtigt. Eine Analyse des verbleibenden Datensatzes von 2012 betroffenen Patien-

Tab. 1 Auslöser anaphylaktischer Reaktionen bei den im Anaphylaxie-Register gemeldeten Patienten [n = 2012, davon 427 (21%) Kinder und Jugendliche und 1585 (79%) Erwachsene; in 108 (5%) Fällen war der Auslöser unbekannt]

Auslöser	n	%	Kinder	Erwachsene
			n (%)	n (%)
Insektenstiche	1014	50,4	121 (28)	893 (56)
Wespe	705	69,5	63 (52)	642 (72)
Biene	176	17,4	48 (40)	128 (14)
Hornisse	56	5,5	6 (5)	50 (6)
Hummel	4	0,4	0 (0)	4 (0,4)
Bremse	2	0,2	1 (1)	1 (0,1)
Stechmücke	2	0,2	0 (0)	2 (0,2)
<i>Insekten^a</i>	69	6,8	3 (3)	66 (7)
Nahrungsmittel	488	24,3	232 (54)	256 (16)
Erdnüsse und Hülsenfrüchte	105	21,5	72 (31)	33 (13)
Tierische Produkte	99	20,3	66 (28)	33 (13)
Baumnüsse	96	19,7	57 (25)	39 (15)
Getreide	43	8,8	10 (4)	33 (13)
Gemüse	38	7,8	5 (2)	33 (13)
Obst	36	7,4	9 (4)	27 (11)
Gewürze und Sonstiges	30	6,1	8 (3)	22 (9)
Weitere Nahrungsmittel	10	2,0	4 (2)	6 (2)
Zusatzstoffe	8	1,6	0 (0)	8 (3)
<i>Nahrungsmittel^a</i>	23	4,7	1 (0,4)	22 (9)
Medikamente	336	16,7	24 (6)	312 (20)
Schmerzmittel	149	44,3	12 (50)	137 (44)
Antibiotika	68	20,2	7 (29)	61 (20)
Lokalanästhetika	43	12,8	1 (4)	42 (14)
Weitere Medikamente	19	5,7	1 (4)	11 (4)
Röntgenkontrastmittel	18	5,4	0 (0)	18 (6)
Muskelrelaxanzien	13	3,9	1 (4)	12 (4)
Protonenpumpenhemmer	13	3,9	0 (0)	13 (4)
Steroide	5	1,5	0 (0)	5 (2)
Volumenersatzmittel	4	1,2	1 (4)	3 (1)
Narkotika	4	1,2	1 (4)	3 (1)
Latex	10	0,5	2 (0,5)	8 (0,5)
Spezifische Immuntherapie (SIT)	36	1,8	12 (3)	24 (2)
Andere	20	1,0	11 (3)	9 (0,6)

^aDer Auslöser wurde nicht spezifiziert.

ten zeigte, dass die Haut mit 84% am häufigsten von einer anaphylaktischen Reaktion betroffen war, gefolgt vom kardiovaskulären System (72%) und dem Respirationstrakt mit 68% (■ Tab. 2). Der Gastrointestinaltrakt war nur bei 40% der gemeldeten Reaktionen beteiligt.

Bei der Mehrzahl der gemeldeten Reaktionen (95%) war der Auslöser der anaphylaktischen Reaktion bekannt. In der Gesamtgruppe waren die häufigsten Auslöser Insektenstiche, gefolgt von Nahrungsmitteln und Medikamenten. Interessanterweise zeigt sich hier jedoch eine

Altersabhängigkeit: Bei Kindern sind Nahrungsmittel die häufigsten Auslöser für schwere allergische Reaktionen, während es bei Erwachsenen Insektengifte sind (■ Tab. 1).

Die Datenanalyse zeigt, dass im vorliegenden Kollektiv Wespengift der häufigste Auslöser für eine Insektengiftanaphylaxie war (70% der gemeldeten Insektengiftreaktionen), während ca. 20% der schweren Reaktionen durch Bienengift hervorgerufen wurden.

Bei den Nahrungsmitteln stammen die häufigsten Auslöser schwerer allergischer

Tab. 2 Symptomprofil der im Anaphylaxie-Register gemeldeten Patienten (n = 2012, Mehrfachnennungen möglich)

Organsysteme	n (%)
Haut	1690 (84)
Kreislauf	1442 (72)
Atmung	1359 (68)
Gastrointestinaltrakt (GIT)	797 (40)

Reaktionen aus der Gruppe der Hülsenfrüchte. Bei Erwachsenen steht hier Soja im Vordergrund, bei Kindern sind es die Erdnüsse. Weitere häufige Auslöser einer Nahrungsmittelanaphylaxie sind tierische Lebensmittel (Hühnereweiß und Milcheiweiß) sowie die Gruppe der Baumnüsse.

Über das Anaphylaxie-Register können auch Daten zu seltenen Auslösern einer Anaphylaxie gewonnen werden. In der Gruppe der Nahrungsmittel gehören hierzu beispielsweise Buchweizen und Pastinake sowie bei den Medikamenten Biologika und ACE-Hemmer.

Bislang wurden dem Register sechs Todesfälle gemeldet. Ein zehnjähriger Junge verstarb nach dem Verzehr von Haselnuss und Kiwi, ein 14-jähriges Mädchen nach dem Konsum eines erdnusshaltigen Müsli-Riegels. Ein 44-jähriger, 47-jähriger und ein 53-jähriger Mann verstarben jeweils durch den Stich einer Wespe und eine 81-jährige Frau nach der Einnahme von Metamizol.

Atopische Begleiterkrankungen

Die Erfassung von Begleiterkrankungen zeigt, dass diese bei über 50% der betroffenen Patienten vorliegen. Bei Kindern finden sich als Begleiterkrankungen am häufigsten atopische Erkrankungen wie die atopische Dermatitis, das allergische Asthma bronchiale und die allergische Rhinokonjunktivitis, bei Erwachsenen kommen kardiovaskuläre Erkrankungen häufig vor. Ob diese Begleiterkrankungen tatsächlich signifikant häufiger bei Anaphylaxiepatienten auftreten, ließe sich nur durch eine Berücksichtigung von Kontrollkollektiven ermitteln. Allerdings zeigen die ersten Ergebnisse mit den bislang vorliegenden Daten, dass bei Patienten mit einer Nahrungsmittelanaphylaxie häufiger atopische Begleiterkrankungen vorliegen als

bei Patienten mit einer Insektengiftanaphylaxie.

Behandlung schwerer allergischer Reaktionen

Die Analyse zur akuten Versorgungssituation der Patienten zeigt, dass bei Erwachsenen sehr häufig eine notärztliche Versorgung erfolgt, während bei Kindern häufiger Angehörige die initiale Versorgung durchführen. Am häufigsten werden zur Behandlung der schweren allergischen Reaktionen Antihistaminika und Kortikosteroide eingesetzt, während das Mittel der Wahl, Adrenalin, nur bei weniger als 20% der Fälle Anwendung findet (■ **Abb. 1**). Der Vergleich zwischen den Ländern (Deutschland, Österreich und Schweiz) und auch innerhalb Deutschlands (Norden, Süden, Osten und Westen) zeigt diesbezüglich keine signifikanten Unterschiede.

Weniger als 20% der Patienten werden direkt nach ihrer anaphylaktischen Reaktion einer potenziell lebensbedrohlichen Erkrankung zu den Auslösern beraten und erhalten einen Allergiepass. Instruktionen zum Umgang mit den Notfallmedikamenten erhielten 75% der Patienten.

Adrenalin als Autoinjektor zur präventiven Notfallbehandlung wird weniger häufig verordnet als Antihistaminika (Daten unpubliziert). Bei den Insektengiftallergikern steht die spezifische Immuntherapie als kausale Behandlungsmöglichkeit zu Verfügung; sie wird allerdings bei weniger als 50% der gemeldeten Fälle auch tatsächlich durchgeführt.

Zusammenfassend zeigen die ersten Daten zur Versorgungssituation der betroffenen Patienten mit schweren allergischen Reaktionen, dass Verbesserungsmöglichkeiten auf allen Ebenen der Prävention (primär, sekundär und tertiär) bestehen und die Empfehlungen der vorliegenden Leitlinien in der Praxis nicht umgesetzt werden [4].

Diskussion

Die bislang aus dem Anaphylaxie-Register erhobenen Daten verdeutlichen, dass es möglich ist, mittels einer Online-Fragebogenerhebung regelmäßig und kontinuierlich Daten von Patienten mit schwe-

Bundesgesundheitsbl 2012 · 55:380–384 DOI 10.1007/s00103-011-1436-5
© Springer-Verlag 2012

M. Worm · S. Hompes

Das deutschsprachige Anaphylaxie-Register. Aktueller Stand und Perspektiven

Zusammenfassung

Das Anaphylaxie-Register mit aktuell 85 beteiligten Zentren aus Deutschland, Österreich und der Schweiz erfasst mittels eines Onlinefragebogens Daten von Patienten mit schweren allergischen Reaktionen. Die Daten werden von Allergologen aus verschiedenen Fachgebieten eingegeben. Es werden demografische Informationen, die Auslöser, Begleiterkrankungen und Begleitumstände bei anaphylaktischen Reaktionen sowie Angaben zur Versorgung der Patienten erfasst. Die Auslöser schwerer allergischer Reaktionen unterscheiden sich je nach Alter: Im Kindesalter sind Nahrungsmittel die häufigsten Auslöser, während im Erwachsenenalter Stiche durch Bienen oder Wespen am häufigsten zur Anaphylaxie führen. Als Begleiterkrankungen kommen bei Kindern häufig allergische Er-

krankungen wie allergisches Asthma, allergische Rhinitis oder atopisches Ekzem vor, bei Erwachsenen dominieren hingegen kardiovaskuläre Erkrankungen. Die Daten zur Versorgungssituation zeigen, dass im deutschsprachigen Raum sehr häufig Antihistaminika und Kortikosteroide zur Behandlung schwerer allergischer Reaktionen verwendet werden, während das Medikament der Wahl, Adrenalin, eher selten zum Einsatz kommt (< 20%). Das Register ist ein wichtiges klinisch epidemiologisches Erhebungsinstrument und erlaubt es, aktuelle Forschungs- und Versorgungsfragen zu generieren.

Schlüsselwörter

Anaphylaxie · Nahrungsmittel · Insektengift · Medikamente · Allergie

The registry for severe allergic reactions in German-speaking countries. Recent data and perspectives

Abstract

The anaphylaxis registry collects data from patients with severe allergic reactions via an online questionnaire. Currently 85 centers from Germany, Austria, and Switzerland are involved. The data are entered by allergists. They cover demographical data, data of the elicitors, concomitant diseases, circumstances of the allergic reactions, and information about the treatment of affected patients. Until to date the data show that the elicitor profile of severe allergic reactions depends on the age of patients. In childhood, food allergens are the most frequent elicitors, whereas in adults insect stings are most frequently the cause of anaphylaxis. The analysis of concomitant diseases suggests that allergic diseases

like allergic asthma, allergic rhinitis or atopic dermatitis occur frequently in children with anaphylaxis, whereas in adults cardiovascular diseases predominate. The data about the medical treatment of affected patients show that antihistamines and corticosteroids are often used in German-speaking countries for the treatment of severe allergic reactions, whereas adrenaline, the drug of choice, is only rarely used (< 20%). The registry is an important clinical epidemiological tool which allows to generate research but also disease management-related questions.

Keywords

Anaphylaxis · Food · Venom · Drugs · Allergy

ren allergischen Reaktionen zu erfassen. Das Anaphylaxie-Register eignet sich auch, seltene Auslöser einer Anaphylaxie frühzeitig zu erfassen sowie Risikofaktoren und die Versorgungssituation von Betroffenen zu erforschen.

Die Daten zeigen, dass die im deutschsprachigen Raum beschriebenen Symptome und Auslöser von schweren allergischen Reaktionen mit denen aus anderen europäischen, aber auch außereuropäischen Ländern vergleichbar sind [5, 6].

Insbesondere die Daten zu den Nahrungsmitteln weisen darauf hin, dass die Erdnuss wahrscheinlich auch in Deutschland als Auslöser einer Anaphylaxie an Bedeutung gewinnt [7].

Die Daten zu den Anaphylaxie-auslösenden Nahrungsmitteln, aber auch den Medikamenten sind von besonderer Bedeutung, da sie neue Auslösergruppen, die bislang nicht oder nur wenig bekannt waren, frühzeitig anzeigen. Somit erfüllt das Anaphylaxie-Register eine wichtige

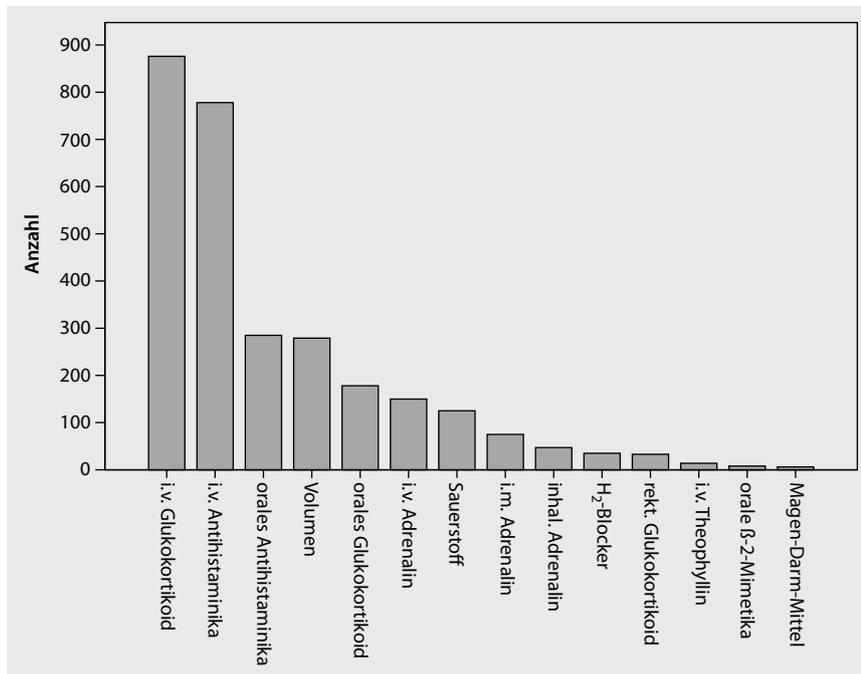


Abb. 1 ▲ Medikamentöse Notfallversorgung bei den im Anaphylaxie-Register gemeldeten Patienten (n = 2012; Mehrfachnennungen möglich)

Sentinelfunktion. Durch die regelmäßige Informationsweitergabe an die beteiligten Zentren, aber auch durch eine regelmäßige Publikation der Daten, wird die Aufklärung zur Anaphylaxie, einer potenziell lebensbedrohlich verlaufenden allergischen Erkrankung, für betroffene Patienten verbessert.

Darüber hinaus kann mithilfe der Daten die aktuelle Versorgungssituation auf allen Ebenen der Prävention abgebildet werden und mögliche Versorgungslücken identifiziert werden. Sollte es perspektivisch – beispielsweise durch Umsetzung eines nationalen und perspektivisch internationalen Schulungsprogramms – gelingen, die Aufklärung der betroffenen Patienten zu verbessern, könnte mit Hilfe des Anaphylaxie-Registers die Erfolgsrate einer solchen Maßnahme (zum Beispiel veränderte Rangfolge bei der verabreichten Notfallmedikation) ermittelt werden.

Perspektiven

Zukünftige Aufgaben des Anaphylaxie-Registers sind die Erfassung von Risikofaktoren schwerer allergischer Reaktionen und die Entwicklung begleitender Forschungsprojekte zu den Mechanismen und Biomarkern der Anaphyla-

xie. Vordringliche Ziele sind hier im Besonderen, neue Biomarker zu definieren, um eine schwere allergische Reaktion zu diagnostizieren oder idealerweise auch vorherzusagen. Aktuell ist es uns gelungen, unseren Fragebogen in englischer Sprache bereitzustellen und somit erste Schritte für eine paneuropäische Etablierung des Registers zu ermöglichen. Somit können Daten für Gesamteuropa erhoben und analysiert werden.

Korrespondenzadresse

Prof. Dr. M. Worm

Allergie-Centrum-Charité, Klinik für Dermatologie und Allergologie, Charité – Universitätsmedizin Berlin Charitéplatz 1, 10117 Berlin margitta.worm@charite.de

Danksagung. Wir danken allen Zentren für die aktive Unterstützung; ohne sie wäre die Arbeit nicht möglich geworden (Stand Juli 2011):

Deutschland

Klinik f. Dermatologie, Universitätsklinik Aachen
 Universitätskinderklinik Aachen
 Klinik f. Dermatologie, Vital Klinik Alzenau
 Klinik für Jugendliche am Klinikum Augsburg
 Allergie- u. Asthma-Zentrum Westend, Berlin
 Klinik f. Dermatologie, Allergie-Centrum Charité, Berlin
 Klinik f. Pädiatrie, Allergie-Centrum Charité, Berlin
 Klinik f. Dermatologie u. Allergologie, Klinikum Span-

dau Berlin

Kinderklinik Heckeshorn, Päd. Pneumologie u. Allergologie, Berlin
 Pädiatrische Allergologie, DRK-Kliniken Berlin | Westend
 Klinik f. Dermatologie, Ruhr-Universität Bochum
 Kinderklinik, Ruhr-Universität Bochum
 Abteilung f. Jugendmedizin, St.-Marien-Hospital Bonn
 HNO-Abteilung, Ev. Kliniken Bonn
 Klinik f. Dermatologie, Universitätsklinik Bonn
 Zentrum f. Kinderheilkunde, Universitätsklinik Bonn
 Prof. Hess Kinderklinik, Klinikum Bremen Mitte
 Dermatologisches Zentrum, Elbe Klinikum Buxtehude
 Klinik f. Jugendmedizin, Universitätsklinikum TU, Dresden
 Klinik f. Dermatologie, Universitätsklinikum TU, Dresden
 Zentrum f. Jugendmedizin, Städt. KH Dresden-Neustadt
 Klinik f. Kinderkardiologie, Universitätsklinikum Düsseldorf
 Klinik f. Jugendmedizin, Ev. Krankenhaus Düsseldorf
 Klinik f. Kinder- u. Jugendmedizin, Klinikum Barnim, Eberswalde
 Dermatologische Klinik, Universitätsklinikum Erlangen
 Hautklinik, Universitätsklinik Essen
 Kinder-Rehabilitation, Südstrand-Klinik Fehmarn
 Zentrum f. Jugendmedizin, A.-L.-Universität Freiburg
 Krankenhaus Bethesda, Freudenberg
 Klinik f. Kinder- u. Jugendliche, Klinikum Fürth
 Klinik f. Dermatologie, Georg-August-Universität Göttingen
 Zentrum f. Jugendmedizin, EMA-Universität Greifswald
 Klinik f. Dermatologie, M.-L.-Universität Halle-Wittenberg
 Abt. Pädiatrische Dermatologie, Kath. Kinderkrankenhaus Wilhelmstift Hamburg
 Klinik f. Dermatologie, Universitätsklinikum Hamburg
 Klinik f. Dermatologie, Medizinische Hochschule Hannover
 Zentrum f. Jugendmedizin, Medizinische Hochschule Hannover
 Hautklinik der Universität Heidelberg
 Klinik f. Dermatologie, Uniklinikum d. Saarlandes, Homburg
 Klinik f. Innere Medizin I, Friedrich-Schiller-Universität Jena
 Klinik f. Kinder- u. Jugendmedizin, Städt. Klinikum Karlsruhe
 Hautklinik, Universitätsklinik Schleswig-Holstein, Campus Kiel
 Hautklinik des Universitätsklinikums Köln
 Klinik f. Jugendmedizin, Universitätsklinikum Köln
 Päd. Pneumologie u. Allergologie, Klinik f. Kinder- u. Jugendmedizin, Uniklinik Leipzig
 Klinik f. Dermatologie, Universitätsklinikum Leipzig
 Klinik f. Dermatologie, Klinikum Lippe-Lemgo
 Zentrum f. Pneumologie, Lungenklinik Lostau
 Klinik f. Dermatologie, Universitätsklinik Schleswig-Holstein, Campus Lübeck
 Klinik f. Jugendmedizin, Universitätsklinik Schleswig-Holstein, Campus Lübeck
 Klinik f. Dermatologie, LMU München
 Klinik f. Dermatologie, Technische Universität München
 Klinik f. Hautkrankheiten, Universitätsklinikum Münster
 Klinik f. Jugendmedizin, Friedrich-Ebert-Krankenhaus Neumünster
 Kinderklinik III. Orden, Allergologie u. Päd. Pneumologie Passau
 Klinik für Kinder- und Jugendmedizin, Mathias-Spital Rheine
 HNO-Klinik Ott-Körner, Universität Rostock
 Klinik für Kinder- und Jugendmedizin Rüsselsheim

Fachkrankenhaus Kloster Grafschaft/Schmallenberg
Hautklinik Asklepios Klinikum Uckermark, Schwedt
Fachklinik f. Pneumologie, Johanniter-KH Treuenbrietzen

Klinik f. Jugendmedizin, Universitätsklinikum Tübingen
Hautklinik, Universitätsklinikum Tübingen
Abteilung f. Kinder- u. Jugendmedizin, Klinikum Niederrhein, Velbert

Kinder- u. Jugendmedizin, Fachklinik Wangen im Allgäu
Zentrum f. Rhinologie, Universitätsklinikum Wiesbaden
Niedergelassene Allergologen in Aachen, Hamburg, Stade, Würzburg

Österreich

Universitäts-Hautklinik Graz

Abteilung Allergologie, Universitätsklinik f. Jugendheilkunde Graz

Klinik f. Dermatologie, Med. Universität Innsbruck

Landesklinik f. Jugendheilkunde, Salzburg

Klinik f. Dermatologie, Privatuniversität Salzburg

Klinik f. Dermatologie, Med. Universität Wien

Klinik f. Kinder u. Jugendheilkunde, Med. Universität Wien

Schweiz

Pädiatrische Allergologie u. Pneumologie, Kinderklinik Aarau

Allergologische Poliklinik, Universitätsspital Basel

Allergologische Poliklinik, Universitätsspital Bern

Pädiatrische Klinik, Universitätsspital Genf

Pädiatrische Allergologie u. Pneumologie, Kinderspital Luzern

Universitätskinderklinik Zürich

Dermatologische Klinik, Universitätsspital Zürich

Klinik f. Kinder u. Jugendliche, Stadtspital Triemli in Zürich

Interessenkonflikt. Der korrespondierende Autor weist auf folgende Beziehungen hin: Honorare von ALK-Abello, Allergopharma und Allergy Therapeutics erhalten. Diese Firmen sowie das BVL unterstützen die Arbeit des Anaphylaxie-Registers.

Literatur

1. Hompes S, Kirschbaum J, Scherer K et al (2008) Erste Daten der Pilotphase des Anaphylaxie-Registers im deutschsprachigen Raum. *Allergo J* 17:550–555
2. Decker WW, Campbell RL, Manivannan V et al (2008) The etiology and incidence of anaphylaxis in Rochester, Minnesota: a report from the Rochester Epidemiology Project. *J Allergy Clin Immunol* 122(6):1161–1165
3. Sheikh A, Alves B (2000) Hospital admissions for acute anaphylaxis: time trend study. *BMJ* 320(7247):1441
4. Ring J, Brockow K, Duda D et al (2007) Akuttherapie anaphylaktischer Reaktionen. *Allergo J* 16:420–434
5. Worm M, Timmermans F, Moneret-Vautrin A et al (2010) Towards a European registry of severe allergic reactions: current status of national registries and future needs. *Allergy* 65(6):671–680
6. Poulos LM, Waters AM, Correll PK et al (2007) Trends in hospitalizations for anaphylaxis, angioedema, and urticaria in Australia, 1993–1994–2004–2005. *J Allergy Clin Immunol* 120(4):878–884
7. Hompes S, Kohli A, Nemat K et al (2011) Provoking allergens and treatment of anaphylaxis in children and adolescents – data from the anaphylaxis registry of German-speaking countries. *Pediatr Allergy Immunol* 22(6):568–574

Kinder vor Vergiftungen schützen

Vergiftungsunfälle müssen fachgerecht eingeschätzt und abhängig von der Dosis individuell behandelt werden. Dem Bundesinstitut für Risikobewertung (BfR) wurde im vergangenen Jahr eine besonders schwere Verätzung bei einem fast drei Jahre alten türkischen Mädchen gemeldet, das versehentlich ein aus der Türkei importiertes salpetersäurehaltiges Reinigungsmittel getrunken hatte. Das Institut nahm dies einerseits zum Anlass, zusammen mit dem Umweltbundesamt und den zuständigen Ministerien ein EU-weites Verbot für Salpetersäure in Verbraucherprodukten zu erwirken.

Das größte Gesundheitsrisiko für Kinder sind Unfälle. An erster Stelle stehen Stürze, doch auch Vergiftungen sind häufig. Experten halten den überwiegenden Teil dieser Vergiftungsunfälle für vermeidbar, vorausgesetzt Eltern, andere Verwandte und betreuende Personen sind über die Risiken angemessen informiert.

Die BfR-Broschüre „Risiko Vergiftungsunfälle bei Kindern“, die nun auch in türkischer Sprache erschienen ist, stellt Vergiftungsrisiken für Kinder dar, die von chemischen Produkten, Spielzeugen, Medikamenten, Pflanzen und Pilzen ausgehen können. Sie enthält nicht nur Tipps zur kindersicheren Aufbewahrung von chemischen Produkten, sondern auch Hinweise, die im Notfall Leben retten können.

Hat ein Kind zum Beispiel versehentlich ätzenden Abflussreiniger getrunken, sollte man ihm Tee, Wasser oder Saft zu trinken geben, aber unter keinen Umständen Erbrechen auslösen. Bei Vergiftungen muss das auslösende Produkt sichergestellt werden. Ein Foto vom Etikett des Produktes oder den irrtümlich gegessenen Beeren kann den Rettungskräften wertvolle Hinweise zur Behandlung geben.

Damit Betroffene möglichst schnell kompetenten Rat zur weiteren Behandlung einholen können, hält die Broschüre die Telefonnummern der deutschen Giftinformationszentren und weitere Notrufnummern bereit.

Die Broschüre ist kostenlos auf deutsch und türkisch in der Pressestelle des Bundesinstituts für Risikobewertung, Thielallee 88–92, 14195 Berlin, publikationen@bfr.bund.de erhältlich.

Quelle:

Bundesinstitut für Risikobewertung;
www.bfr.bund.de