

Als Nachweisverfahren der anaphylaktischen Reaktion auf einen Impfstoff kommt mit Einschränkung die Reexposition infrage. Wegen des erhöhten Risikos sollte zuvor ein schriftliches Einverständnis eingeholt werden und die Impfung unter direkter Überwachung (z. B. tagesklinisch) erfolgen. Neben der Gabe der vollen Dosis ist als vorsichtigerer Möglichkeit die fraktionierte Gabe vorgeschlagen worden (z. B. 1/10 der vollen Dosis; wird diese ohne anaphylaktische Sofortreaktion vertragen, nach 30 min Gabe der übrigen 9/10 der vollen Dosis) (Kelso et al. 2009).

36.6 Kontraindikationen für Impfungen

Bloße allergische Sensibilisierung und allergische Erkrankungen wie Neurodermitis, Asthma oder Heuschnupfen stellen **keine echte Kontraindikation** dar.

Die angeschuldigten Impfungen verhindern effektiv potenziell lebensbedrohliche oder zu Behinderungen führende Erkrankungen. Da die Risiken impfpräventabler Krankheiten die fraglichen proallergischen Risiken in der Regel bei weitem übertreffen und viele Kinder als atopisch prädisponiert gelten müssen, sollten auch diese Kinder soweit wie möglich in die Routine-Impfprogramme eingeschlossen werden. Seltene Ausnahmen bilden Kinder, die zuvor anaphylaktisch auf einen Impfstoff bzw. auf einen Impfstoffbestandteil reagiert haben.

Routine-Impfungen sollten dem Impfplan entsprechend durchgeführt werden. Ein Hinausschieben bei atopisch prädisponierten Patienten bietet allergologisch keinen sicheren Vorteil (McDonald et al. 2008, Verstraeten et al. 2003) und setzt die Kinder größerer

Gefahr durch die an sich impfpräventablen Erkrankungen aus.

36.7 Durchführen der Impfung

Grundsätzlich sollte jede Impfung in einer Umgebung erfolgen, die im seltenen Fall einer Allergie eine rasche und effektive Intervention ermöglicht (s. Kap. 36.8). Das Impfteam sollte in der Lage sein, Symptome allergischer Reaktionen zu erkennen und zu behandeln.

In der Regel wird die volle Impfdosis gegeben. Ausnahmen stellen stattgehabte anaphylaktische Reaktionen gegen den Impfstoff oder einen seiner Bestandteile dar (s. u.). Weil eine anaphylaktische Impfreaktion meist nicht vorhersagbar ist, sollten Patienten im Anschluss an die Impfung nach Möglichkeit 30 min in der impfenden Einrichtung bleiben und vor Entlassung untersucht werden. Bei Auftreten allergischer Typ-I-Reaktionen ist die Beobachtung bis zum Rückgang der allergischen Symptome indiziert. In der Regel lassen sich die Praxisabläufe so organisieren, dass dies gewährleistet werden kann.

Wenn ein Patient auf eine Impfung anaphylaktisch reagiert hat und das Allergen bekannt ist, sollte nach Möglichkeit das Allergen nicht erneut geimpft werden. Wenn ein Impfschutz erforderlich ist (hohes Risiko ohne Impfschutz bei unzureichendem Impftiter), sollte ein alternatives Präparat ohne die entsprechende Komponente gesucht werden. Ist dies nicht möglich, sollte eine Reexposition nur unter Bedingungen erfolgen, die eine rasche und effektive Beherrschung etwaiger erneuter anaphylaktischer Reaktionen garantieren. Pragmatisch kann eine fraktionierte Impfung erfolgen (s. o.).

Die Chance, dass eine Reexposition vertragen wird, ist nicht gering. In einer Studie unter Erwachsenen vertrugen alle 38 Patien-

ten mit Anaphylaxie innerhalb 1 h nach Impfung die Reexposition (Seitz et al. 2009).

MMR-Impfung bei Hühnereiallergie

Kinder mit Sensibilisierung oder Allergie gegen Hühnerei ohne Anaphylaxie können regulär gegen Mumps, Masern und Röteln (MMR) geimpft werden. Da dafür mittlerweile ausreichend Daten vorhanden sind, geben auch internationale Leitlinien zunehmend diese Empfehlung (Ainsworth et al. 2010).

Eine milde Lokalreaktion ist keine Kontraindikation für die nachfolgende MMR-Dosis. Kinder mit mittelschweren oder schweren allergischen Reaktionen auf Hühnerei und Kinder mit von Impfdosis zu Impfdosis schwereren allergischen Reaktionen sollten unter klinischen Bedingungen mit dem regulären Impfstoff geimpft werden (Grüber u. Niggemann 2002). Sie sollten für 2 h nach der

Impfung unter Beobachtung bleiben – während der ersten 20 min mit kontinuierlichem kardiorespiratorischem Monitoring – und vor Entlassung nochmals klinisch untersucht werden (s. Abb. 36.2). Für die MMR-Impfung von hühnereiallergischen Kindern ist eine importierbare, auf humanen Diploidzellen gezüchtete Vakzine (MoRu-Viraten®, Crucell, Leiden, NL) verfügbar. Nachteile einer Impfung mit diesem Impfstoff sind die fraglich geringere Effektivität des verwendeten Impfstamms und die fehlende Absicherung durch das Versorgungsamt bei Impfschäden (in Deutschland nicht zugelassener Impfstoff).

Andere Impfungen bei Hühnerei-allergie

Andere Impfungen als MMR können deutlich höhere Mengen von mit Hühnerei verwandtem Protein als Verunreinigung enthalten. Wenn eine Hühnereiallergie vermutet wird, aber nicht gesichert ist, sollte als Screening-Untersuchung spezifisches IgE gegen Hühnerei im Serum bestimmt werden. Da IgE gegen Hühnerei auch bei Kindern nachweisbar sein kann, die inzwischen ihre Hühnereiallergie verloren haben, können Nahrungsmittelprovokationen Sicherheit bezüglich der klinischen Aktualität schaffen (s. o.). Wenn die Anamnese überzeugend für eine aktuelle Hühnereiallergie mit anaphylaktischer Reaktion spricht oder die Provokation mit Hühnerei positiv ist, wird die Verabreichung eines Präparats ohne Hühnerei-verwandte Proteinreste empfohlen. Falls dies nicht möglich ist und eine Impfung auf jeden Fall erfolgen muss, sollte sie unter klinischen Bedingungen erfolgen (s. o.).

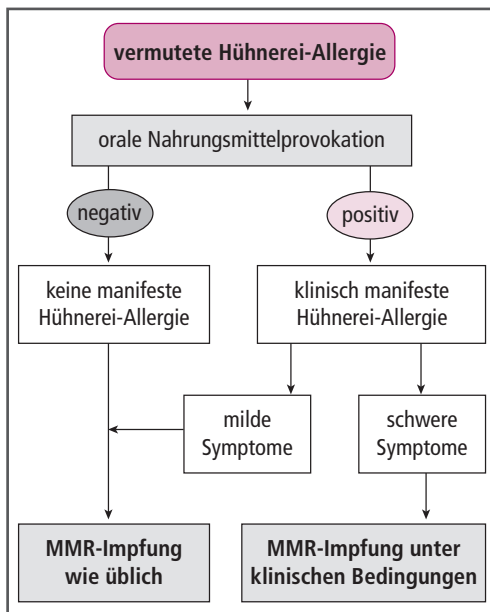


Abb. 36.2 Vorgehen bei vermuteter Allergie gegen Hühnerei und MMR-Impfung (nach Grüber u. Niggemann 2002).