

Heuschnupfen-Saison

Fundierte Therapieentscheidung mit Allergenkomponenten-Tests

Die allergenspezifische Immuntherapie (AIT) ist die einzige ursächliche Therapie für Patienten mit allergischer Rhinitis. ^{4,6} Entscheidend für eine wirksame Therapie ist die korrekte Diagnose der Allergieauslöser. Die molekulare Allergiediagnostik hilft zuverlässig, Fehldiagnosen und falsche Therapieentscheidungen zu vermeiden. ^{1,7}

Allergische Rhinitis (AR) wird unterschätzt

Prävalenz

Prävalenz¹ von allergischer Rhinitis in Deutschland bei

über 20 %



Falsche Therapieempfehlung

Studie: Bei **> 50 %** der Patienten gab es eine Diskrepanz zwischen der AIT-Indikation vor und nach den Ergebnissen der molekularen Allergiediagnostik. ³



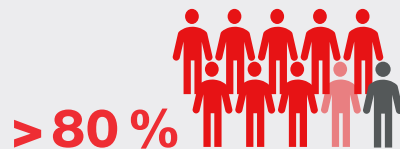
Allergenspezifische Immuntherapie (AIT)

Die AIT kann nicht nur die Symptome und den Medikamentenverbrauch bei AR Patienten durch die Entwicklung einer Toleranz verringern, sondern auch das Asthmarisiko reduzieren. Sie ist im Langzeitverlauf bei gegebener Indikationsstellung im Vergleich zur alleinigen Pharmakotherapie wirksamer und deutlich kosteneffektiver. ^{4,6,12}



Asthmarisiko

Ein Drittel der Patienten mit allergischer Rhinitis entwickelt allergisches Asthma. ^{2,4,5}



> 80 % 80 – 90 % der Asthmapatienten leiden unter einer allergischen Rhinitis. ^{2,5,6}



Unkontrollierte mittelschwere bis schwere allergische Rhinitis **verschlechtert die Asthmakontrolle**. ^{2,5}



-50 % Bei Asthmatikern könnte eine erfolgreiche Kontrolle der allergischen Rhinitis **Krankenhausbesuche bis zu 50 % reduzieren**. ⁵

Klarheit bei Mehrfachsensibilisierung

Nur anhand von Allergenextrakt-Tests den Allergenauslöser zu ermitteln, könnte schwierig oder sogar unmöglich sein, gerade bei überlappenden Pollenflugzeiten. ⁷

Entscheidend für eine wirksame allergenspezifische Immuntherapie ist die Abklärung:



Lieschgras



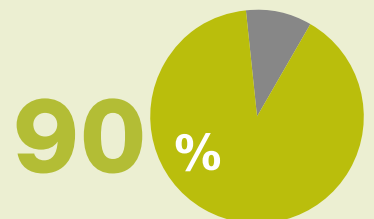
Beifuß



Birke

Spezies-spezifische Sensibilisierung oder Kreuzreaktivität?

Bis zu 90 % der allergischen Patienten sind **mehrfach-sensibilisiert**. ⁹



Präzise Diagnostik auf molekularer Ebene

Spezifische IgE-Bluttests mit Allergenkomponenten zeigen ein detaillierteres IgE-Sensibilisierungsprofil Ihrer Patienten. ^{7,8,10,11}

Spezies-spezifische Allergenkomponenten



Lieschgras

Phl p 1/Phl p 5



Beifuß

Art v 1



Birke

Bet v 1

Indikation für allergenspezifische Immuntherapie (AIT) mit entsprechendem Extrakt

Die molekulare Allergiediagnostik ermöglicht ^{4,7,8,10}

- die Identifizierung des für die IgE-vermittelte Allergie verantwortlichen Moleküls und damit der Primärsensibilisierung
- ein Verständnis der Kreuzreaktionen zwischen verschiedenen Allergenquellen
- eine frühe und zuverlässige Diagnose

Kreuzreaktive Allergenkomponenten

Profilin*

Phl p 12/Bet v 2

Polcalcin*

Phl p 7 / Bet v 4

CCD**

MUXF3

Werden nur Marker für Kreuzreaktivität gefunden, ist eine weitere Abklärung nötig

* Profilin (Bet v 2, Phl p 12) und Polcalcine (Bet v 4, Phl p 7) von Birke und Lieschgras können aufgrund ihrer strukturellen Ähnlichkeit als panallergene Marker für fast alle Pollenarten verwendet werden.^{10,11}

** CCD: Kreuzreaktive Kohlenhydrat-Determinante

Klarheit bei Mehrfachsensibilisierung

Die molekulare Allergiediagnostik kann Ihnen zusammen mit der Anamnese entscheidende Informationen für eine geeignete AIT-Auswahl liefern:

- Umfassende Diagnose
- Präzise Identifizierung der Allergenauslöser
- Klarheit über Kreuzreaktivitäten

Sorgen Sie von Anfang an für die richtige Diagnose. Und steigern Sie damit den Behandlungserfolg, die Patientencompliance und die Kosteneffizienz Ihrer Praxis. Für mehr Lebensqualität. Für Ihre Patienten.



Umfassende Informationen zu Allergenextrakten und Allergenkomponenten einschließlich der klinischen Relevanz und Kreuzreaktivitäten finden Sie im Allergenlexikon unter allergyai.com/allergenlexikon.de

Literatur: 1. Klimek L et al. ARIA guideline 2019: treatment of allergic rhinitis in the German healthcare system. *Allergo J Int.* 2019;28:255–76 2. Price D et al. *Clin Transl Allergy.* 2015;5:39 3. Sastre J, et al. *Allergy* 2012, 67:709-711. 4. Pfaar O, et al. Guideline on allergen immunotherapy in IgE-mediated allergic diseases. *Allergol Select.* 2022; 6: 167-232. 5. Bousquet J et al. Allergic Rhinitis and its Impact on Asthma (ARIA) 2008 update (in collaboration with the World Health Organization, GA(2)LEN and AllerGen). *Allergy.* 2008;63 Suppl 86:8-160. 6. Buhl R et al. Guideline for the Diagnosis and Treatment of Asthma. *Pneumologie.* 2017;71(12):849-919. 7. Sastre J, et al. *Allergy.* 2012, 67:709- 711 8. Barber, D et al. *Allergy.* 2021;76: 3642–3658 9. Ciprandi G, et al. *EurAnnAllergy Clin Immunol.* 2008;40:77-83.15 10. Adapted from EAACI MAUG 2016, Page 80. 11. Akdis CA, Agache I, (Eds.). *Global atlas of allergy*, 2014. Zurich: European Academy of Allergy and Clinical Immunology; 166-167. 12. Vogelberg C et al. *Allergy.* 2022;00:1–9.

Jetzt mehr erfahren unter thermofisher.com/immunocap

thermo scientific