

Lernerfolgskontrolle
27.10.2021, 17:30 – 19:45 Uhr

„Allergen-Immuntherapie – ganz einfach“

LÖSUNGSBOGEN

Frage 1

In welcher Situation ist eine AIT nicht indiziert?

Bei seit 15 Jahren bestehender allergischer Rhinokonjunktivitis und gleichzeitig bestehendem mit ICS + LABA (bei Bedarf) gut kontrolliertem allergischem Asthma aufgrund einer Hausstaubmilbenallergie.

Bei chronischer Rhinosinusitis und schwerem teil-kontrolliertem Asthma und nachweisbarer Sensibilisierung gegen Hausstaubmilben.

Bei allergischer Rhinokonjunktivitis im Frühjahr und moderater Neurodermitis und nachgewiesener Nahrungsmittelallergie mit oralem Allergiesyndrom durch Nüsse, Kernobst und Steinobst.

Bei moderater allergischer Rhinokonjunktivitis im Sommer aufgrund einer Allergie gegen Gräserpollen, deren Symptome durch Antihistaminika nicht ausreichend gelindert werden können.

Bei leichter, ganzjähriger allergischer Rhinokonjunktivitis aufgrund einer Hausstaubmilbenallergie in Verbindung mit ganzjährigem Asthma, das unter Therapie mit ICS in mittlerer Dosierung + LABA gut kontrolliert ist.

Frage 2

Welche Aussage zu Hausstaubmilbenallergie trifft *nicht* zu?

Allergenkarenz ist in der Regel ausreichend um Symptome kontrollieren zu können.

Die AIT wirkt stärker als Antihistaminika.

Zur Allergenkarenz werden insbesondere Encasingmaßnahmen empfohlen.

Die Behandlung mit Depot-Kortikosteroiden ist obsolet.

Bei Hausstaubmilbenallergie liegt meist eine Sensibilisierung gegen Dermatophagoides pteronyssinus und Dermatophagoides farinae vor.

Frage 3

Welche Aussage zur AIT ist richtig?

Immunologische Vorgänge, die die Wirksamkeit der AIT erklären sind vollständig aufgeklärt.

Die AIT hat ebenso wie die Behandlung mit Biologika einen krankheitsmodifizierenden Effekt.

Für alle Produkte, die zur AIT zur Verfügung stehen ist die Wirksamkeit auf Asthma belegt.

Bei Polysensibilisierung sollen unterschiedliche Allergene in einem Präparat gemischt werden.

Bei der Auswahl eines Präparates für die AIT muss die Studienlage berücksichtigt werden.

Frage 4

Depot-Allergenpräparate entstehen nicht durch Kopplung an

Aluminiumhydroxid.

Calciumphosphat.

Arginin.

Tyrosin.

Histidin.

Frage 5

Welche Antwort zur Molekularen Allergologie ist **RICHTIG**?

Ein Majorallergen weist immer eine besonders hohe klinische Relevanz auf.

Minorallergene sollten bei der allergenspezifischen Immuntherapie nicht beachtet werden.

Die Einteilung in Proteinfamilien spielt für die Allergologie keine Rolle.

Profilin kommen in sämtlichen Pollen und vielen pflanzlichen Nahrungsmitteln vor.

Intermediärallergene wurden bislang nur für Pollenallergene definiert.

Frage 6

Zu den allergologisch relevanten Proteinfamilien gehören nicht

Polcalcine.

Parvalbumine.

PR-17 Proteine.

nichtspezifische Lipidtransferproteine.

Profilin.

Frage 7

Welche Aussage zur molekularen Allergiediagnostik bei Kindern stimmt?

Die molekulare Allergiediagnostik kann zwischen Nahrungsmittelallergie und Nahrungsmittelsensibilisierung unterscheiden.

Die molekulare Allergiediagnostik kann die klinische Relevanz einer Sensibilisierung gegen respiratorische oder Nahrungsmittelallergene vorhersagen.

Die molekulare Allergiediagnostik kann vorhersagen, ob eine spezifische Immuntherapie wirksam sein wird.

Die molekulare Allergiediagnostik kann helfen, Sensibilisierung gegen kreuzreaktive Pollenallergene von Sensibilisierung gegen nahrungsmittelspezifische Allergene (z. B. der Erdnuss) zu unterscheiden.

Die molekulare Allergiediagnostik kann helfen, dass Asthma-Risiko bei Kindern mit einer allergischen Rhinitis abzuschätzen.

Frage 8

Welche Aussagen zum „Atopischen Marsch“ sind richtig?

Der „Atopische Marsch“ ist die natürliche Entwicklung der allergischen Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen, die fast immer in einer geordneten Reihenfolge auftreten.

Der „Atopische Marsch“ besagt, dass Asthma bronchiale meist durch einen Etagenwechsel aus einer allergischen Rhinitis entsteht.

Der „Atopische Marsch“ besagt, dass Kinder mit einer schweren Atopischen Dermatitis in ca. 20% der Fälle eine allergische Rhinitis oder Asthma entwickeln.

Der „Atopische Marsch“ besagt, dass Kinder mit einer schweren Atopischen Dermatitis in ca. 80% der Fälle auch eine Nahrungsmittelallergie aufweisen.

Der „Atopische Marsch“ beschreibt, dass Kinder mit einer Atopischen Dermatitis eine erhöhte Anfälligkeit für eine allergische Sensibilisierung aufweisen.

Frage 9

Welche Antwort zur Behandlung von Kindern mit allergischer Rhinitis trifft zu?

- Bei Kindern mit ersten Zeichen einer allergischen Rhinitis sollte eine spezifische Immuntherapie durchgeführt werden.
- Bei Kindern unter 10 Jahren mit einer allergischen Rhinitis ist eine spezifische Immuntherapie nicht indiziert.
- Bei Kindern mit einer allergischen Rhinitis und begleitendem allergischen Asthma ist eine Allergen-spezifische Immuntherapie kontraindiziert.
- Bei Kindern mit einer allergischen Rhinitis ist eine spezifische Immuntherapie ab 5 Jahren auch im Hinblick auf die Asthma-Prävention angezeigt.**
- Bei Kindern mit einer allergischen Rhinitis und polyvalenter Sensibilisierung gegen Pollen und Milbenallergen ist eine Allergen-spezifische Immuntherapie nicht indiziert.

Frage 10

Für die Hyposensibilisierung im Kindes- und Jugendalter gilt:

- Beginn erst nach Einsichtsfähigkeit Jugendalter
- Begrenzung auf ein Allergen
- Beginn so früh wie möglich**
- Bei Kindern unter 5 Jahren erwiesenermaßen unwirksam
- Bei Kindern unter 5 Jahren generell nicht durchführbar

Bitte senden Sie das ausgefüllte Dokument bis Freitag, den 29.10.2021 zurück an kongressorganisation@allergiezentrum.org.