

II – 1.6.3.18.3

Leitlinien der Deutschen Kontaktallergie-Gruppe (DKG) zur Durchführung des Epikutantests mit Kontaktallergenen*

1.1 Einleitung

Zwischen 5 % (Männer) und 11 % (Frauen) der Allgemeinbevölkerung leiden zu irgendeinem Zeitpunkt eines Jahres an einem Kontaktekzem [1]. Der Epikutantest („Läppchentest“, „Patch Test“) ist das einzige für die Routinediagnostik geeignete Instrument zum Nachweis einer Sensibilisierung gegen den Stoff, der ein allergisches Kontaktekzem verursacht hat. Die synchrone Reproduzierbarkeit beträgt in Abhängigkeit von der Testmethode und dem Allergen 60 bis 90 % [2, 3] (Übersichten zum Epikutantest: [4–6]).

Die Leitlinien richten sich an allergologisch ausgebildete Ärzte, die mit der Aufklärung eines Kontaktekzems betraut sind, im Rahmen der Krankenversorgung oder im Rahmen einer versicherungsrechtlichen Begutachtung. Sie gründen sich auf den aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnisstand [4–8] und die Empfehlungen der Deutschen Kontaktallergie-Gruppe. Diese Leitlinien haben nicht die Diagnostik photoallergischer Reaktionen zum Gegenstand, für die eigene Empfehlungen vorgelegt wurden [9–11]. Die Leitlinien sollen die Durchführung des Epikutantests nach einheitlichen Kriterien ermöglichen, die Qualität verbessern, und die Epikutantestergebnisse einer vergleichenden Überprüfung zugänglich machen. Aufbau und Zielsetzung dieser Leitlinien orientieren sich an Empfehlungen der Bundesärztekammer und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung [12, vgl. auch 13]. Sie wurden im Plenum der Deutschen Kontaktallergie-Gruppe (DKG) am 14.11.1998 in München verhandelt.

1.2 Indikation zur Epikutantestung

Die Epikutantestung ist in der Regel indiziert bei klinischem Verdacht auf eine kontaktallergische Reaktion der Haut oder hautnahen Schleimhaut, deren akute Phase zum Zeitpunkt der Testung abgeklungen ist; zur Klärung des Verdachts auf eine allergisch bedingte Berufsdermatose, insbesondere im Rahmen einer versicherungsrechtlichen Begutachtung; bei ätiologisch oder nosologisch ungeklärtem Ekzem zum „Ausschluss einer Allergie vom Spättyp“ (z. B. hämatogenes Kontaktekzem“); bei Verdacht einer Provokation oder Verschlimmerung einer bestehenden Dermatose (so z. B. bei allen Ekzemformen, insbesondere der atopischen Dermatitis, oder bei einer Psoriasis), sowie zur Abklärung von möglicherweise medikamentenbedingten Exanthenen.

Einschränkungen

Der Epikutantest sollte nicht durchgeführt werden bei Vorliegen von Faktoren, die das Ergebnis verfälschen können, wie floride Ekzeme, intensive UV-Exposition, oder längere Vorbehandlung mit topischen Glukokortikoiden. Die Einnahme immunsuppressiver bzw. immunmodulierender Medikamente wie Glukokortikoide oder Ciclosporin kann das Ergebnis verfälschen [vgl. 6]. Der Epikutantest ist nicht geeignet, die Entwicklung einer Kontaktallergie vorherzusagen. Er dient nicht zur Abklärung von Symptomen, die sich nicht an der Haut, sondern als unspezifische Befindlichkeitsstörungen manifestieren.

Bei der Indikationsstellung und Durchführung des Epikutantests, insbesondere aber bei Testwiederholungen, sind die Risiken unerwünschter Wirkungen, wie z. B. eine iatrogene Sensibilisierung oder ein erneuter Ekzemschub („flare-up“), zu bedenken [vgl. 6]. Bei zweifelhaftem Testergebnis (siehe Ablesung der Testreaktionen) kann der Test frühestens nach vollständigem Abklingen aller Reaktionen der Ersttestung wiederholt werden, eine Karenz von etwa 2 Monaten sollte angestrebt werden. Bei Nachbegutachtungen im Rahmen einer versicherungsrechtlichen Maßnahme sollten bei gesicherten Allergien Testwiederholungen zunächst ganz vermieden werden.

* Nachdruck mit freundlicher Genehmigung. Quelle: H.C. Korting, R. Callies, M. Reusch, M. Schlaeger, W. Sterry (Hrsg.): Dermatologische Qualitätssicherung: Leitlinien und Empfehlungen. 3. Zuckschwerdt Verlag München/Bern/Wien/New York, 2003

1.3 Die Methode in ihrem technischen Ablauf

Auswahl und Applikation der Testsubstanz

Grundsätzlich gilt als Regel, dass die Auswahl der zu testenden Allergene „Anamnese-geleitet“ sein soll, d. h. diejenigen Expositionen berücksichtigt, die durch die Anamnese ermittelt wurden. Die unabhängig von der individuellen Anamnese in der Regel empfohlene Testung der Standardreihe beruht auf der Beobachtung, dass diese auch bei „leerer“ Anamnese gelegentlich Sensibilisierungen anzeigt. Es wird empfohlen, galenisch geprüfte und als Arzneimittel zugelassene Allergenzubereitungen zu benutzen, die sich hinsichtlich der Allergenzubereitungen an der jeweils gültigen Standardreihe der DKG, der European Society of Contact Dermatitis [14] und der ICDRG (International Contact Dermatitis Research Group) [15] orientieren. Die Anpassung einer Standardreihe an lokale Gegebenheiten ist gelegentlich erforderlich [16].

Zusätzlich zur Standardreihe sind die Allergene zu testen, mit denen der Patient Kontakt gehabt haben könnte. Dabei können die von der DKG jeweils definierten „Spezialblöcke“ und/oder einzelne Allergene aus einem kommerziell angebotenen Allergenkatolog eingesetzt werden. Darüber hinaus kann sich die Notwendigkeit ergeben, Produkte oder Stoffe zu testen, die nicht als Testpräparation kommerziell angeboten werden, sondern die der Patient benutzt hat und zur Testung mitbringt („Patienteneigenes Material“). Die Testung patienteneigenen Materials folgt besonderen Regeln, die nicht Gegenstand dieser Leitlinien sind [7]. Die Testung mit Stoffen oder Stoffgemischen unbekannter chemischer Identität oder unbekannter biologischer Wirkung ist in der Regel abzulehnen. Durch geeignete Maßnahmen (kühle Lagerung, Lichtschutz, Aufbewahrung in geschlossenen Gefäßen) ist sicherzustellen, dass die Testpräparate zum Zeitpunkt der Anwendung qualitativ einwandfrei sind.

Als Trägersysteme werden kommerziell erhältliche Produkte empfohlen, die ebenfalls standardisiert und ausreichend klinisch erprobt sein sollen. Es muss gewährleistet sein, dass eine ausreichende Menge der Testpräparation für die vorgesehene Expositionsdauer der Haut fest anliegt.

Applikationszeitpunkt, Testareal und Expositionsdauer

Das Ekzem sollte zum Zeitpunkt der Testung abgeheilt, das Testareal selbst nicht vorbehandelt und erscheinungsfrei sein. In der Regel ist das Testareal der Rücken, mit einem Abstand zur Mittellinie von 2–4 cm. Muss in Ausnahmefällen an anderen Arealen getestet werden, so ist der Testort zu vermerken. Die Allergenexposition soll 24 oder 48 Std. betragen.

Ablesung der Testreaktion und Interpretation

Die Reaktionen sollen erst 30 Minuten nach der Entfernung der Testpflaster allergologisch beurteilt werden. Obligat ist die Ablesung des Tests nach Abnahme der Testpflaster und 72 (oder 96) Stunden nach Anlegen des Tests. Darüber hinaus sind spätere Ablesungen zu empfehlen, wenn die Testreaktionen nicht sicher bzgl. ihres Typs (allergisch oder irritativ) eingeordnet werden können. Der vorzeitige Abschluss des Epikutantests durch den Arzt mit der Ablesung 48 Stunden nach Anlegen des Tests wird wegen der damit verbundenen Fehlbeurteilungen ausdrücklich abgelehnt. Die Beurteilung erfolgt aufgrund der Morphologie (Tab. 1).

Tabelle 1: Beurteilung von Epikutantestreaktionen nach Empfehlungen der ICDRG [17].

Symbol	Morphe	Bedeutung
-	keine Reaktion	negativ
?	nur Erythem, kein Infiltrat	fraglich
+	Erythem, Infiltrat, evtl. diskrete Papeln	einfach-positive, allergische Reaktion
++	Erythem, Infiltrat, Papeln, Vesikel	zweifach-positive, allergische Reaktion
+++	Erythem, Infiltrat, konfluierende Vesikel	dreifach-positive, allergische Reaktion
ir	versch. Veränd. (Seifeneffekt, Vesikel, Blase, Nekrose)	irritativ
nt	in einem Testblock enthaltenes, aber nicht getestetes Allergen	

In der Regel werden die zum Zeitpunkt 72 Std. oder später als „+“ bis „+++“ beurteilten Reaktionen als „allergisch“ gedeutet. In die Bewertung kann die Reaktionsdynamik einfließen [6, 18]. Ein „Crescendo“ oder ein „Plateau-Muster“ spricht eher für den allergischen Typ, ein „Decrescendo“-Muster eher für den irritativen. Bei Spätreaktionen, die etwa 10-14 Tage nach Applikation des Epikutantests erstmalig auftreten, ist an eine („iatrogene“) Sensibilisierung durch den Test zu denken. Bei positiven Reaktionen auf strukturell verwandte Substanzen kann es sich um Kreuzreaktionen handeln. Sind viele (> 5) positive Reaktionen auf chemisch nicht verwandte Substanzen aufgetreten, dann kann ein „Angry back/Excited skin syndrome“ vorliegen. In einem solchen Fall werden zahlreiche der morphologisch als positiv (+ - +++) bewerteten Reaktionen als „falsch-positiv“ zu interpretieren sein. Bleibt trotz deutlicher anamnestisch-klinischer Hinweise auf das Vorliegen einer Sensibilisierung die allergische Reaktion im Epikutantest aus, dann begründet dies den Verdacht einer „falsch-negativen“ Reaktion. Dies kann an der Testmethode (zu niedrige Allergenkonzentration, ungeeignetes Vehikel, mangelhafte Okklusion, zu kurze Ablesesequenz) oder an der (z. B. durch topische oder systemische Medikamente oder UV-Licht) verminderten Immunreaktivität des Patienten liegen. Bei falsch positiven Reaktionen des „Excited skin syndrome“ oder bei Verdacht auf falsch-negative Reaktionen sollte die Testung der einzelnen Stoffe zu einem späteren Zeitpunkt, möglichst erst nach 2 Monaten, wiederholt oder durch weitere Verfahren wie Anwendungstests (z. B. ROAT [19]) ergänzt werden.

1.4 Relevanz

Es muss bei jeder in der Testung als allergisch eingestuft Reaktion versucht werden, die klinische Relevanz zu beurteilen. Sie ist dann gegeben, wenn die Hauterkrankung durch Kontakt mit dem Allergen hervorgerufen wurde. Sie ist nicht gegeben, wenn sie eindeutig durch eine andere Ursache hervorgerufen wurde. Die Reaktionen mit (noch) nicht zu klärender Relevanz könnten zu einem späteren Zeitpunkt, z. B. nach neuen Erkenntnissen zur Allergen-Exposition, Bedeutung erlangen. Weitere Kriterien zur Beurteilung der Relevanz siehe [6, S. 112].

1.5 Anamnese und Aufklärung des Patienten

Vor jeder Epikutantestung muss durch einen allergologisch geschulten Arzt eine Anamnese erhoben und der Hautzustand auf seine Testfähigkeit geprüft werden. Die Anamnese muss mindestens Informationen zur Atopie, zum Beruf und zu möglichen Allergen-Kontakten erfassen. Anhand der anamnestischen Angaben wird das Testprogramm zusammengestellt. Eine Epikutantestung ohne ärztliche Anamnese ist abzulehnen. Jeder Patient muss vor der Testung über den Zweck, den Ablauf und die Nebenwirkungen [6, S. 113] des Epikutantests aufgeklärt werden. Nach der Testung muss das Ergebnis mit dem Patienten besprochen werden, wobei er insbesondere über die sicher gegebene, fragliche oder fehlende Relevanz sowie über die Bedeutung auffälliger (z. B. irritativ veränderter) Testareale aufgeklärt werden sollte.

1.6 Dokumentation und Abschluss des Tests

Die Angaben zur Anamnese, zur Test-Indikation, das Testträgersystem, die getesteten Testpräparationen (Allergen/Vehikel/Konzentration), die Reaktionen in ihrem zeitlichen Verlauf, die Relevanzbeurteilung und die Diagnose der Hauterkrankung(en) müssen schriftlich dokumentiert werden. Die Tatsache, dass der Patient vor und nach der Testung aufgeklärt wurde, ist durch einen Vermerk festzuhalten.

Im Allergiepass sollen die Allergene aufgeführt werden, die eine eindeutig allergische Reaktion hervorgerufen haben. Die klinische Relevanz soll vermerkt werden.

Der Epikutantest wird abgeschlossen mit der dermatologischen Abschlussdiagnose und der Angabe der diagnostizierten Sensibilisierungen.

Literatur

- [1] Schnuch A (1994) Die Verbreitung des Kontaktekzems in der Allgemeinbevölkerung und in verschiedenen Berufen. In: Fuchs E, Schulz K-H (Hrsg.) Manuale allergologicum. Dustri-Verlag, München-Deisenhofen, V.16.2: 1-42
- [2] Breit R, Agathos M (1992) Qualitätskontrolle der Epikutantestung - Reproduzierbarkeit im Rechts-Links-Vergleich. Hautarzt 43: 417-421
- [3] Brasch J, Henseler T, Aberer W, Bährle G, Frosch PJ, Fuchs T, Fünfstück V, Kaiser G, Lischka GG, Pilz B, Sauer C, Schaller J, Scheuer B, Szlika C (1994) Reproducibility of patch tests. J Am Acad Dermatol 31: 584-591

- [4] Bandmann H-J, Dohn W (1967) Die Epikutantestung. Verlag JF Bergmann, München
- [5] Schulz K-H, Fuchs Th (1993) Der Epikutantest. In: Fuchs E, Schulz K-H (Hrsg.) Manuale allergologicum. Dustri-Verlag, München-Deisenhofen, IV.4: 1-39
- [6] Schnuch A, Martin V (1997) Der Epikutantest. In: Korting HC, Sterry W (Hrsg.) Diagnostische Verfahren in der Dermatologie. Blackwell Wissenschafts-Verlag, Berlin, S 99-116
- [7] Frosch PJ, Pilz B, Peiler D, Dreier B, Rabenhorst S (1997) Die Epikutantestung mit patienteneigenen Produkten. In: Plewig G, Przybilla B (Hrsg.) Fortschr prakt Dermatologie und Venerologie. Springer, Berlin Heidelberg New York 15: 166-181
- [8] Frosch PJ, Rustemeyer T, Schnuch A (1996) Kontaktdermatitis (Teil I und II). Hautarzt 47: 874-882; 945-961
- [9] British-Photodermatology-Group (1997) Photopatch testing – methods and indications. Br J Dermatol 136: 371-376
- [10] Rüniger TM, Lehmann P, Neumann NJ, Matthies C, Schauder S, Ortel B, Münzberger C, Hölzle E (1975) Empfehlung einer Photopatch-Test Standardreihe durch die deutschsprachige Arbeitsgruppe „Photopatch-Test“. Hautarzt 46: 240-243
- [11] White IR (1995) Photopatch testing. In: Rycroft RJG, Menne´ T, Frosch PJ (eds) Textbook of contact dermatitis. Springer, Berlin Heidelberg New York, p 293-305
- [12] Zentralstelle der Deutschen Ärzteschaft zur Qualitätssicherung in der Medizin (1997) Beurteilungskriterien für Leitlinien in der medizinischen Versorgung. Beschlüsse der Vorstände von Bundesärztekammer und Kassenärztlicher Bundesvereinigung, Juni 1997. Dt Ärztebl 94: B 1754-1755
- [13] Barham P, Begg E, Foote S, Henderson J, Jansen P, Pert H, Scott J, Wong A, Woolner D (1997) Guidelines for guidelines – principles to guide the evaluation of clinical practice guidelines. Dis Manage Health Outcomes 4: 197-209
- [14] Bruynzeel DP, Andersen KE, Camarasa JG, Lachapelle J-M, Menne´ T, White IR (1995) The European standard series. Contact Dermatitis 33: 145-148
- [15] Lachapelle J-M, Ale SI, Freeman S, Frosch PJ, Goh CL, Hannuksela M, Hayakawa R, Maibach HI, Wahlberg JE (1997) Proposal for a revised international standard series of patch tests. Contact Dermatitis 36: 121-123
- [16] Aberer W, Reiter E, Ziegler V, Wechdorn D (1991) Kontaktekzem und „Standardtest“ – Entsprechen „Internationale Standardreihen“ den österreichischen Gegebenheiten? Wien Klin Wschr 103: 375-380
- [17] Fregert S (1981/2nd edition) Manual of Contact Dermatitis. On behalf of the International Contact Dermatitis Research Group and the North American Contact Dermatitis Group. Munksgaard Publishers, Copenhagen
- [18] Brasch J, Geier J, Gefeller O (1996) Dynamic patterns of allergic patch test reactions to ten European standard allergens – An analysis of data recorded by the Information Network of Departments of Dermatology (IVDK). Contact Dermatitis 35: 17-22
- [19] Hannuksela M, Salo H (1986) The repeated open application test (ROAT). Contact Dermatitis 14: 221-227