



Merkblatt Sublinguale Immuntherapie (SLIT) für Fachpersonen

Indikation:

Allergische rhinokonjunktivale Beschwerden oder allergisches Asthma bronchiale. Nicht nur bei schweren Symptomen sondern auch für Patienten, die von der Modulation des Krankheitsverlaufs profitieren wollen (disease modifying). Bisherige Datenlage zeigt gute Wirksamkeit für SCIT und SLIT bei Kindern. Dies bei allergischem Asthma bronchiale sowie auch bei allergischer Rhinokonjunktivitis.

Nach wie vor bestehen keine eindeutigen Hinweise in Bezug auf eine Überlegenheit eines Therapiemodus. Weder in SCIT vs. Placebo noch in SLIT vs. Placebo Studien, noch in Head-to-head Studien konnte eine klare Aussage bezüglich der besseren Therapie gemacht werden. Dies vor allem auf Grund der kleinen Studienpopulationen, der schlechten Vergleichbarkeit durch geografische Unterschiede, der nicht vergleichbaren Dosierungen und differenten Studienmethoden (z.B. Durham SR, Penagos M. Sublingual or subcutaneous immunotherapy for allergic rhinitis? J Allergy Clin Immunol. 2016 Feb;137(2):339-349.e10).

Aus der klinischen Erfahrung wird die subkutane Therapie immer noch bevorzugt. Dies in Bezug auf den besser dokumentierten disease modifying-Effekt trotz schwereren Nebenwirkungen.

Wichtig bei der Indikationsstellung sind persönliche Faktoren wie Art des Allergens, Alter, Compliance, Vorliebe des Patienten.

Auf Grund der tiefen Dosierung mit wahrscheinlich geringerem therapeutischem Nutzen muss eine SLIT mit Tropfenpräparaten speziell diskutiert werden.

Voraussetzung:

Keine kardialen Grunderkrankungen, resp. Herzmedikamente (Betablocker).

Keine immunologischen oder malignen Erkrankungen, keine Immunsuppressiva,

Ein Asthma muss gut kontrolliert sein.

Eine vorangegangene schwere allergische Reaktion auf eine SCIT stellt ebenfalls eine Kontraindikation dar.

Alter:

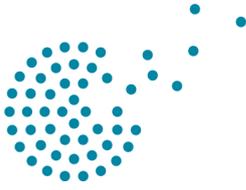
Zulassung: Gräser-, Baum- sowie Milbentablette ab 5 Jahren (neu seit 08/2025). Klinisch relevante Sensibilisierung gegenüber dem Major-Allergen

Sehr gute Mitarbeit und Unterstützung der Kinder durch Erziehungsberechtigte. Minimal muss drei Mal ein halbes Jahr eine Tbl. täglich eingenommen werden.

Start:

Einnahme der ersten Tablette in der Praxis. Überwachung für 30 Minuten

M. Hitzler, 09/25



Ein Notfallset (Antihistaminikum sowie perorales Kortikosteroid) muss abgegeben werden. Bei allergischem Asthma empfehle ich eine präventive Inhalation über die ersten 2 Monate der Therapie.

Nebenwirkungen:

Häufig in den ersten ein bis drei Wochen Juckreiz enoral. In ca. 14% der Patienten gastrointestinale Beschwerden.

Systemische allergische Reaktionen wurden bislang bei unkontrolliertem Asthma bronchiale oder bei Überdosierung beobachtet. Sie sind sehr selten!

Eine Prämedikation mit Antihistaminika ist gestattet. Kleine Eiswürfel dürfen zur Linderung der Beschwerden gegeben werden

Unterbrüche:

Diese sollen vermieden werden (Wirksamkeit nimmt ab).

Eingriffe in der Mundhöhle oder Zahnverlust: Pause für maximal 7 Tage, bis Wunden verheilt.

Infekte oropharyngeal oder anderweitige Infekte mit Fieber: Stopp bis Infekt am Abklingen

Gastrointestinale Infekte: Stopp

Asthmaexazerbation: Stopp

Wird die Therapie um mehr als 7 Tage unterbrochen, soll die erste Tablette wieder in der Praxis eingenommen werden.

Kontrollen:

Ich empfehle nach einem Monat eine erste Kontrolle zur Beurteilung der Nebenwirkung und der Therapieadhärenz. Weitere Kontrollen sollen je nach genannten Parametern durchgeführt werden.

Dauer:

Drei Jahre. Je nach Produkt prä- und cosaisonal sechs Monate pro Jahr oder perennial.

Tropfenlösungen: unterschiedliche Schemata