

Ételallergiák: a szakmai ajánlástól a klinikai gyakorlatig

Dr. Szalai Zsuzsanna, Karolina Kórház, Allergológia, Mosonmagyaróvár

A lakosság 10–20%-a egy vagy több élelmiszerre allergiásnak véli magát, kontrollált vizsgálatokkal azonban azt találták, hogy az önbevalláson alapuló allergiák 90%-a klinikai körülmények között nem igazolható. Feltehetjük a kérdést, miért van ez a nagy diszkrépancia az ételallergia vélt és valós előfordulási gyakorisága között. A választ nemcsak a laikus közönség hiányos ismereteiben vagy a félrevezető természetgyógyászati tájékoztatókban kell keresni, hiszen sok esetben maguk az orvosok sincsenek tisztában az ételallergiák pontos definíciójával, előfordulási gyakoriságával, a diagnózis és a kezelés módszereivel.

2010. december 16-án publikálták az Egyesült Államokban a NIAID (az Allergiás és Fertőző Betegségek Nemzeti Intézménye) által kidolgozott szakmai ajánlást, amely a jövőben az ételallergia meghatározó szakmai protokollja lesz nemcsak a tengerentúlon, de Európában és az egész világon is. Az ajánlás nemcsak a szakma, az allergológusok, hanem a háziorvosok, a nővérek, a dietetikusok és a betegszervezetek számára is útmutatót kínál.

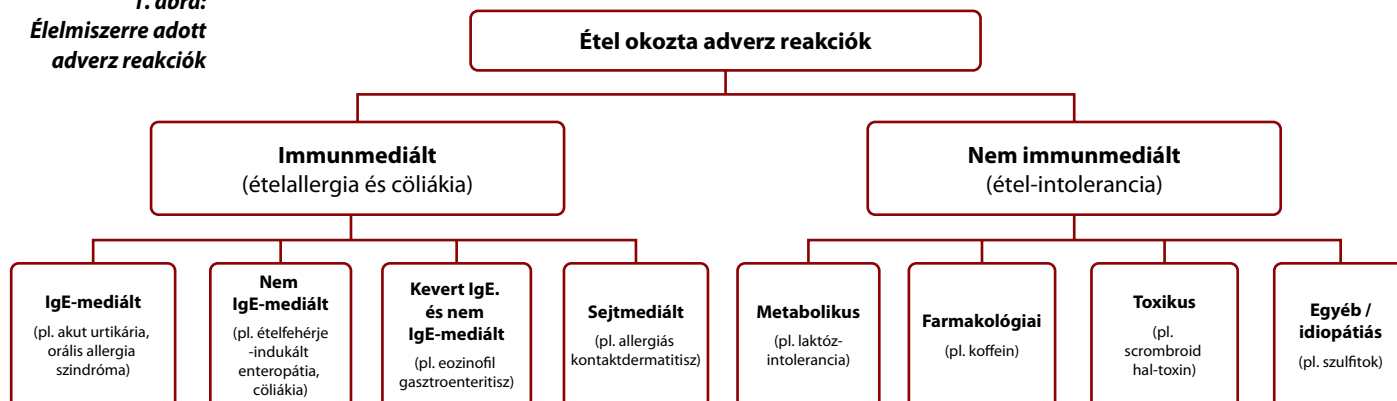
Egységes definíció

Definíció szerint ételallergia alatt az élelmiszerre, italra, adalékanyagra, táplálék-kiegészítőre vagy más, emberi fogyasztásra alkalmas ösz-

szetevőre adott, reprodukálható, IgE-mediált immunválaszt értünk. Az ételallergének protein természetű anyagok; ritkábban valamilyen haptén vagy keresztreakció is állhat a tünetek hátterében. A szenzitizáció – pl. pozitív bőrpróba, vagy mérhető specifikus IgE jelenléte – önmagában nem jelent allergiát, csak ha releváns tünetekkel hozható összefüggésbe. Az allergiás reakció az allergént tartalmazó élelmiszer elfogyasztását/megízlelését/megérintését követő néhány percen vagy órában kialakul. Leggyakoribb tünetei a viszketés, a csalánkiütés – ez a leggyakoribb tünet! – angioneurotikus ödémával vagy anélkül, az atópiás dermatitises tünetek fokozódása, súlyosabb esetben nehézlégzés, sípolás, ritkábban anafilaxiás roham. Az allergiás roham reprodukálható: ugyanarra az allergénre mindig hasonló immunválasz alakul ki, de a tünetek intenzitása változhat.

A leggyakrabban allergiát okozó élelmiszer gyermekeknél a tej, a tojás, a liszt (nem tévesztendő össze a gluténszenzitív enteropátiával!), a mogyoró és a szója. A gyermekek egy része a tej, a tojás és a lisztallergiát tinédzser koráig kinőheti, a mogyoró és a földimogyoró allergia azonban gyakran megmarad és a felnőttkort is végigkíséri. Felnőttkorban a gyermekkorból ki nem nőtt élelmiszerek, valamint a *de novo* kialakuló rák- és hal-allergiával lehet számolni.

1. ábra:
Élelmiszerre adott
adverz reakciók



Az előbbiek szerint definiált „igazi” ételallergia az Egyesült Államokban a gyermekek kb. 5%-át és a felnőttek 2–4%-t érinti. Az NIAID szakmai ajánlásában nemcsak az IgE-mediált, hanem az egyéb, élelmiszerral kapcsolatos nemkivánatos reakciók definícióját, osztályozását (1. ábra), valamint kivizsgálását és kezelését is megtalálhatjuk.

Allergia vagy intolerancia?

Az önbevalláson alapuló „ételallergiák” 50–90%-a nemcsak hogy nem valódi IgE-mediált reakció, de nem is az immunrendszer által vezényelt tünetek együttese. A háttérben metabolikus, farmakológiai vagy toxikus reakció, leggyakrabban a tejcukorbontás zavara áll.

A laktóz-intolerancia által okozott klinikai tünetek általában 3–4 óra múlva lépnek fel, nem ritkán igen zavaró és kellemetlen gyomor–bélrendszeri panaszokat okozhatnak. A tejcukor-intoleranciában szenvedő betegeknél sürgősen a teljes eliminációs diéta, az elfogyasztható tejtermék típusa és mennyisége a beteg által egyedileg kiterítható.

Intoleranciát okozhatnak még egyes élelmiszer adalékanyagok („E-számok”), például a nátrium-glutamát, a tiramin, a mesterséges színezőanyagok, a szulfitek, a koffein és értelemszerűen a laktóz (mint gyógyszerivóanyag).

Az ételallergia diagnózisa

A tünetek pontos megismeréséhez fontos a gondos anamnézis-felvétel, a hangsúly azonban az objektív vizsgálati módszereken van. A specifikus IgE kimutatása *in vivo* (bőrpróbával) vagy *in vitro* (RAST, ELISA stb. vizsgálatokkal) önmagában allergiát nem, csak szenzitizációt jelent, negatív eredmény esetén viszont a valódi ételallergia diagnózisa kizárható.

A biztos diagnózis felállításához az emelkedett étel-specifikus ellenanyag jelenléte mellett az élelmiszer beviteléhez reprodukálhatóan köthető tünetek kialakulására van szükség. Éppen ezért az ételallergia diagnózisának aranystandardja a kettősvak, placebo-kontrollált étel-provokációs vizsgálat (DBPCFC = Double Blind Placebo Controlled Food Challenge).

A szakmai ajánlások – evidenciák hiányában – a következő diagnosztikus módszereket *nem javasolják*: IgG4 kimutatás, Vega-teszt, limfocita

stimuláció, bazofil sejt hisztamin-aktivációja, alkalmazott kineziológia, endoszkópos allergén provokáció.

Kórházunkban 2009 óta végzünk orális ételterhelést, elsősorban gyermekeknél. A tapasztalatainkat a módszert bevezető és koordináló gyermekgyógyász, dr. Szíjjártó László ismerteti (*Amega* 2012; 19(1): 17-18.). A felnőttek ellátásával kapcsolatos nehézségeket a következő eset kapcsán mutatom be.

Esetismertetés

Az 52 éves nőbeteget, akinek anamnézisében aktuálisan jól kontrollált asztma és hipertónia szerepelt, a háziorvosa küldte vizsgálatra ismert ételallergiája miatt. 14 éve szanatóriumi kezelése idején bőrpróbát végeztek nála, amikor néhány inhalatív allergén mellett tej, tojás és liszt-érzékenység is igazolódott. Bár típusos tünetei nem voltak, eliminációs diétát kezdett, amit azóta is betart. A felállított diagnózist soha nem kérdőjelezte meg. Az elmúlt évek során fellépő változatos tünetei (puffadás, rossz közérzet, szédülés, fejfájás, bizonytalan rosszulletek és mellkasi szenzációk) miatt számos természetgyógyászati kivizsgáláson és praktikán vett részt, melyek során allergiásnak találták gyakorlatilag minden létező élelmiszerre. Utóbbi miatt kéri ismételt vizsgálatát.

Bőrpróbáját megismételtük, ami jelzett (+) tej-, tojás- és liszt-érzékenységet mutatott, hozott slgE eredményeinek listáját pedig „elfogadtuk”. Kettősvak, placebo-kontrollált élelmiszerterhelését tejterheléssel indítottuk. A vizsgálat első napján a dietetikusok által készített fehér színű italt fogyasztotta kezdetben kisebb, majd egyre nagyobb mennyiségben, a protokollban meghatározott összmennyiségig. Bizonytalan hasi panaszokat, szédülést és vizketést jelzett. Következő héten a hasonló kinézetű itallal végzett terhelés során tünetei hasonlóan alakultak, típusos allergiás tünetei nem alakultak ki. Egy hét múlva bontottuk fel a borítékokat: első napon a placebo, második alkalommal verum fogyasztására került sor. Hasonló negatív eredményt kaptunk a tojás- és a lisztterhelések során is (mindkettő húspogácsában volt álcázva). Az elvégzett vizsgálatok alapján valódi ételallergia nem igazolódott. A beteggel ismertettük az eredményt, amit nehezen tudott elfogadni,

ami érthető, hiszen ő ezzel a betegséggel és a diétával élt több mint egy évtizede. Nemcsak saját maga előtt, de a család és barátok előtt is nehezen vállalható a fölösleges betegségtudat.

Mivel a beteg bizonyos tejtermékek fogyasztását követően laktóz-intoleranciára utaló tüneteket mutatott, ezért – bár a vizsgálat nem szükséges, hiszen a diagnózis a típusos tünetek alapján is felállítható – hidrogén-kilégzési tesztet végeztettünk, ami pozitív lett, így „átmentettünk” valamit a korábbi állapotából.

Dietetikussal egyeztettünk az addig kihagyott élelmiszerek visszavezetéséről és a laktóz-intoleranciával kapcsolatos teendőkről. Kontrollvizsgálata alkalmával elmondta, hogy a tojás- és a liszt tartalmú ételek fogyasztása ugyan panaszt nem okoz, de a „biztonság kedvéért” nem fogyaszt fehér lisztet és tojásrántottát. A tejtermékek közül a legtöbb sajt féleséget panaszmentesen fogyasztja, nagy mennyiségű tejet, tejfölt vagy tejszínt továbbra sem tolerál.

A fentieket összefoglalva elmondható, hogy esetünkben az ételallergia tévesen felállított diagnózisa hosszú évekig tartó indokolatlan diétához, betegségtudathoz és következményes pszichés zavarokhoz vezetett. Utóbbi miatt a

beteg nehezen fogadta el azt, hogy nem allergiás és nem beteg, hiszen – a zömében funkcionális – tüneteit nem tudja betegségéhez kötni, ami szorongását akár tovább is növelheti. Pszichés vezetés szempontjából esetünkben ezért volt „szerencsés” a laktóz-intolerancia objektivizálása.

A kettősvak, placebo-kontrollált ételterhelés biztos módja a diagnózis felállításának, bevezetése megfontolandó mindazon intézmények számára, ahol együttműködés mutatkozik az intézményvezetés, a diétetika és a konyha részéről. Hátránya, hogy nem „kódolható”, csak költséget generál, viszont az intézményt terhelő költségek nem magasak, a betegre vagy társadalomra kivetített előnyei pedig anyagiakban is kifejezhetők (fölszemes diéták, támogatások). ■

Irodalom

1. Boyce JA, Assa'ad AH, Burks AW, és mtsai. Guidelines for the diagnosis and management of food allergy in the United States. (2010). <http://www.niaid.nih.gov/topics/foodAllergy/clinical/Pages/default.aspx>. Accessed December 16, 2010