

ΠΟΛΥΤΡΟΦΙΚΗ ΑΛΛΕΡΓΙΑ & ΥΠΟΤΡΟΠΙΑΖΟΥΣΑ ΑΝΑΦΥΛΑΞΙΑ-ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ

Μαρία Φουρίκου¹, Ευστράτιος Χατζηστρατής¹, Σοφία Χρυσοστομίδου¹, Αιμιλία Κυριακοπούλου¹, Χρήστος Τσαγκάρης¹, Τομάζος Σουμάκης¹, Ευαγγελία Μπεχλιβάνη¹

1: Παιδιατρική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Κιλκίς, Κιλκίς

Εισαγωγή:

- Ως Τροφική Αλλεργία ορίζονται όλες οι συσχετιζόμενες με τροφικά αλλεργιογόνα IgE μεσολαβούμενες ή μη-IgE μεσολαβούμενες αντιδράσεις. Απασχολεί το 6-8% των παιδιών. Το 85% των παιδιών που εκδηλώνουν κάποια τροφική αλλεργία απευαισθητοποιείται μετά την ηλικία των 5 ετών.
- Σε ανασκόπηση συσχέτισης Σ.Δ.1- ατοπικών παθήσεων στα παιδιά προέκυψε συγκριτικά με τον γενικό πληθυσμό ηπιότερη συμπτωματολογία ατοπίας, ειδικότερα Β.Α.
- Το 16% των βρεφών με μέτρια ή σοβαρή ατοπία θα αναπτύξει τουλάχιστον μία τροφική αλλεργία.
- Στο 85% παιδιών με υποτροπιάζουσα αναφυλαξία εκλυτικό παράγοντα αποτελεί κάποιο τροφικό αλλεργιογόνο, στο 39% των παιδιών υπάρχει θετικό ιστορικό Βρογχικού Άσθματος.
- Σε αναδρομική μελέτη παιδιών με ατοπική δερματίτιδα συσχετιζόμενη με κάποιο τροφικό αλλεργιογόνο και αρνητικό ιστορικό άμεσου τύπου αλλεργικής αντίδρασης, το 19% των παιδιών που τέθηκαν σε αυστηρή δίαιτα αποκλεισμού του υπεύθυνου αλλεργιογόνου εκδήλωσε, μετά την έναρξη της δίαιτας, άμεσου τύπου αντίδραση και μάλιστα στο 30% των εκδηλώσεων αναφυλαξία.
- Η δίαιτα αυστηρού αποκλεισμού τροφικών αλλεργιογόνων σχετίζεται με έλλειψη μακρο- και μικροθρεπτικών συστατικών, η επίδραση της στην αύξηση χρήζει περαιτέρω διερεύνησης.

Σκοπός: Η συσχέτιση του αυστηρού αποκλεισμού τροφικών αλλεργιογόνων με σοβαρές IgE-μεσολαβούμενες αντιδράσεις.

Υλικό: Θήλυ 7 ετών νοσηλεύτηκε λόγω αναφυλαξίας (δύσπνοια-κνίδωση-έμετοι) και αντιμετώπισθηκε με : i.m.-Αδρεναλίνη, i.v.-Μεθυλπρεδνιζολόνη. Προηγήθηκε ατυχηματική κατανάλωση ίχνους γάλακτος. Α/α: ΙΙ τόκος, Φ.Τ., 38 W, Β.Γ. 2950 gr, χωρίς περιγεννητικά προβλήματα, έκζεμα νεογνικής και 1^{ης} βρεφικής ηλικίας, Μ.Θ. με αποκλεισμό σε γαλακτοκομικά, αυγό, μοσχάρι, Σ.Δ.1 από ηλικία 3 ετών (Δ.Κ.Ο.), Β.Α. από ηλικία 4 ετών, Αναφυλαξία παρόμοιας συμπτωματολογίας σε ηλικία 4 και 6 ετών, εφόρου ζωής δίαιτα αποκλεισμού τροφικών αλλεργιογόνων. Οικογενειακό/α: πατέρας- Σ.Δ.2, μητέρα: καπνίστρια

Μέθοδος: Ατομικό-Οικογενειακό Ιστορικό, Κλινικός- Εργαστηριακός Έλεγχος

Αποτελέσματα:

PRICK TEST ΣΕ ΗΛΙΚΙΑ 12 ΜΗΝΩΝ		Τύπος Rast IgE (IU/mL)	ηλικία 3 ετών	ηλικία 5 ετών	ηλικία 7 ετών
MΑΡΤΥΡΑΣ (+)	>5 mm	F1- Αυγό (Λεύκωμα)	89,90 κατηγορία V	>100,00 κατηγορία V	
COW'S MILK	1 cm	F2- Γάλα	90,30 κατηγορία V	>100,00 κατηγορία V	
EGG WHITE	1,3 cm	F10- Σουσάμι	0,40 κατηγορία I		<0,10 κατηγορία 0
EGG YOLK	6 mm	F13- Φυστίκι			0,7 κατηγορία I
		F17- Φουντούκι			70,10 κατηγορία V
		F20- Αμύγδαλο			<0,10 κατηγορία 0
		F27- Μοσχαρίσιο Κρέας	1,69 κατηγορία II		0,1 κατηγορία 0
		F75- Αυγό (Κρόκος)	76,70 κατηγορία V	>100,00 κατηγορία V	
		F76- Α-Λακταλβουμίνη	92,30 κατηγορία V	>100,00 κατηγορία V	
		F77- Β-Λακτοσφαιρίνη	74,70 κατηγορία V	90,60 κατηγορία V	
		F78- Καζέινη	88,30 κατηγορία V	>100,00 κατηγορία V	
		F115- Veal Cooked	0,50 κατηγορία I		
		F202- Κάσιους			1,70 κατηγορία II
		F203- Φυστίκι Αιγίνης			0,51 κατηγορία I
		F256- Καρόδι			2,60 κατηγορία II
		K84- Ηλιάσπορος			1,00 κατηγορία II

	3 ετών		7 ετών	
	ευρεθείσα τιμή	τιμές αναφοράς	ευρεθείσα τιμή	τιμές αναφοράς
ANA (αραιώση)	(+) 1/80	< 1/40		
TPO-ATA (U/mL)	76	< 75		
TG-ATA (U/mL)	82	< 100		
Έναντι νησιδίων παγκρέατος (αραιώση)	(+) 1/10	< 1/5		
Δικτυωτής ουσίας (αραιώση)	(+) 1/160	< 1/80		
Ενδομυίου (αραιώση)	(-)	< 1/20		
Ανοσοσφαιρίνη IgA (g/L)	1.05	0.14-1.00	2.69	0.34-3.05
Ανοσοσφαιρίνη IgG (g/L)			8.35	5.7-14.6
Ανοσοσφαιρίνη IgM (g/L)			1.08	0.31-2.08
Ανοσοσφαιρίνη IgE (IU/mL)			560.80	<90
Συμπλήρωμα C3 (g/L)			0.84	0.82-1.8
Συμπλήρωμα C4 (g/L)			0.19	0.1-.045

Συμπεράσματα: Οι τροφικές αλλεργίες αποτελούν σημαντικό παράγοντα κινδύνου υποτροπιάζουσας αναφυλαξίας. Ο αυστηρός αποκλεισμός τροφών λόγω ατοπικών εκδηλώσεων σχετίζεται με υποτροπιάζουσα αναφυλαξία.

Βιβλιογραφία: ΒΑΣΙΚΗ παιδιατρική, 3η αναθεωρημένη έκδοση, UNIVERSITY PRESS, 2017, σελ. 836- 838, Nelson ΠΑΙΔΙΑΤΡΙΚΗ, 18η έκδοση, Mendor EDITIONS S.A., 2009, σελ. 986- 990, Καίτη Μαλακά- Ζαφειρίου, Παιδιατρική, 2η έκδοση, UNIVERSITY STUDIO PRESS, 2003, σελ. 222, 223, OXFORD HANDBOOK OF CLINICAL MEDICINE, 7th EDITION, 2007, ιατρικές εκδόσεις Λίτσας, σελ. 780, 781, THE HARRIET LANE HANDBOOK, 21th EDITION, ELSEVIER, 2018, 397-401, Θεραπευτικός Οδηγός στην Παιδιατρική Πράξη, Εκδόσεις «Ροτόντα», 2012, σελ. 264-266, Chang et al, 2015, Natural History of Food-Triggered Atopic Dermatitis and Development of Immediate Reactions in Children, J Allergy Clin Immunol Pract. 2016 Mar-Apr;4(2):229-36.e1. doi: 10.1016/j.jaip.2015.08.006. Epub 2015 Nov 17. , Elbarbary, 2016, Type 1 diabetes mellitus and atopic diseases in children, Egypt J Pediatr Allergy Immunol 2016;14(2):37-46 , Spergel et al, 2015, Food Allergy in Infants With Atopic Dermatitis: Limitations of Food-Specific IgE Measurements, Pediatrics. 2015 Dec;136(6):e1530-8. doi: 10.1542/peds.2015-1444, O'Keefe et al, 2016, The Risk of Recurrent Anaphylaxis, J Pediatr. 2017 Jan;180:217-221. doi: 10.1016/j.jpeds.2016.09.028. Epub 2016 Oct 12., Lee et al, 2016, Rate of recurrent anaphylaxis and associated risk factors among Olmsted County, Minnesota, residents: A population-based study, Ann Allergy Asthma Immunol. 2016 Dec;117(6):655-660.e2. doi: 10.1016/j.anai.2016.09.444., Anagnostou et al, Myths, facts and controversies in the diagnosis and management of anaphylaxis, Arch Dis Child. 2019 Jan;104(1):83-90. doi: 10.1136/archdischild-2018-314867. Epub 2018 Jun 16., Mehta et al, Growth and nutritional concerns in children with food allergy, 2013 Jun;13(3):275-9. doi: 10.1097/ACI.0b013e328360949d., Food Allergy Research & Education, Food Allergy Facts and Statistics for the U.S., rev 2019-02-19_0, <https://www.foodallergy.org/life-with-food-allergies/food-allergy-101/facts-and-statistics>