



Allergirond på Salems VC 131120

Deltagare: Från Allergicentrum Syd: allergolog Maria Skedinger, öl Maria Gossart Hudkliniken Karolinska Huddinge, barnallergolog Daiva Helander ALB, dl Jan Dahllöf Vårby VC och ssk/samordnare AC Syd Marianne Eduards Liljeholmens VC. Från primärvården i övrigt: 4ssk, 8 läk representerande 3 VC.

Jan Dahllöf inledde ronden med en kort bakgrund till allergirondsverksamheten och informerade om hemsidan www.allergicentrumstockholm.se där minnesanteckningar, kalendarium, fallbeskrivningar, handläggningsstrategier, vårdprogram och mycket mer finns upplagt. Därefter en presentationsrunda bland deltagarna.

Barnallergolog Daiva Helander höll sedan en föreläsning om

Födoämnesallergier hos barn

Födoämnesöverkänslighet inkluderar både födoämnesallergi och intolerans. Födoämnesallergi är en immunologisk reaktion som kan vara IgE-medierad eller icke IgE-medierad. Intolerans är icke-immunologiskt t.ex. laktosintolerans, reaktioner mot biogena aminer och mot färgämnen och konserveringsmedel.

Barn < 1 år med allergi mot basfödoämnen bör remitteras till specialistmottagning. På äldre barn kan utredning i primärvården påbörjas. OAS (Oralt Allergi Syndrom) som ofta är klåda i munhålan pga. korsallergi med pollen, kan skötas i primärvård.

Food Protein Induced Enterocolitis Syndrome är ett dramatiskt icke IgE-medierat tillstånd som kan drabba små barn - ofta < 1års ålder. Reaktionen kan uppstå 1-4 veckor efter introduktion av födoämne (och 1,5 - 2 timmar efter senaste intag), t.ex. mjölk, soja, ris, havre, korn, ägg, kyckling, fisk, jordnöt, frukt. Förloppet är ofta dramatiskt med kräkningar, diarréer - ibland blodblandade med uttorkning som följd, även blekhet och chock kan förekomma. Behandlingen är uppvätskning per os eller intravenöst samt kortison och patienten ska till sjukhus för fortsatt övervakning. Födoämnet ska sedan undvikas. Ålder för toleransutveckling har diskuterats men ca 1-3 år. Läs mer om detta i [Läkartidningen 2011-09-13](#)

IgE-medierad födoämnesallergi: Noggrann sjukhistoria, frågeformulär, undersökning, hudpricktest eller specifikt IgE, komponentanalys, elimination, provokation.

Numera kan man ta komponentanalyser på vissa allergen för att se vilken beståndsdel patienten reagerar på och om man riskerar allvarlig reaktion eller bara OAS. T.ex. kan jordnöt delas upp i flera komponenter som till ex Ara h1, Ara h2, Ara h3, Ara h6, Ara h8. Om det finns sensibilisering mot bara Ara h 8 som är besläktat med björk är risk för svår reaktion väldigt liten. De flesta reagerar med OAS. De som bara har komponenten Ara h 8 kan äta jordnötter, men helst inte stora mängder eller i samband med ansträngning.

Barnallergolog Caroline Nilsson på Sachsska barnsjukhuset håller i en studie där man ger till patienter med äkta jordnötsallergi jordnöt i stigande dos för att uppnå tolerans (OIT – oral immunoterapi). Patienter får samtidigt behandling med Xolair (anti IgE). När tolerans uppnåtts måste den ständigt upprätthållas. Detta gör man för att patienten ska kunna klara av att utsättas för små mängder i vardagen och inte vara socialt handikappade av sin jordnötsallergi. Allergi mot cashewnöt är något som ökar och den är starkt allergen. De som är allergiska mot cashewnöt kan även reagera på färskpressad apelsinjuice pga. kärnorna.

Jordnöt och nötallergi: Prevalens 0,5 - 1,3 hos barn, ökar. Jordnöt är vanligaste orsaken till fatala allergiska reaktioner. Persisterande. 20 % växer ifrån jordnötsallergi och ca 9 % växer ifrån nötallergi.

Tips vid "nötutredning": Testa inte jordnöt, hasselnöt, soja eller vete som screening. Testa i huvudsak endast för misstänkta allergen. Förbjud inte alla nötter om patienten äter vissa med reagerar på andra. Vid analys av hasselnöt och jordnöt - ta även björk. Om kvoten mellan IgE jordnöt eller hasselnöt och björk är >1 - misstänk äkta allergi. Pistach och cashew korrelerar, valnöt och pecannöt korrelerar. Kokos, solrosfrön, pinjenötter och sesam är inte släkt med trädnötter.

Läs mer om nötallergi på [Barnallergisektionens hemsida](#)

Mjölkallergi: Vanligast hos barn under 2 år, prevalens ca 2-3 % (3-5 %). Växer vanligen bort före 3 års ålder. Höga mjölk-IgE och astma indikerar risk för persisterande mjölkallergi i tonåren.

Äggallergi: Prevalens 1-2 % (2-3 %) hos små barn. Markör för atopi, sensibilisering mot luftvägsallergen, utveckling av astma. Växer vanligen bort vid 6-7 års ålder.

Veteallergi: Prevalens 0,4-1%, majoritet utvecklar tolerans, höga IgE ger risk för persisterande allergi.

Sojaallergi: Sensibilisering mot soja är vanligt, testa bara om du misstänker allergi. Toleransutveckling tidigare jämfört med mjölk och ägg.

Köttallergi: Ovanlig. IgE-medierad men "delayed" reaktion 3-6 timmar efter intag. Sensibilisering ske efter fästingbett. Rött kött.

Fråga: Pollenallergiker med klåda i munnen av nötter - kan man utgå från att det rör sig om OAS? **Daiva:** Oftast är det så, men om patienten reagerar på liten mängd så bör man testa med specifikt IgE och komponenter.

Barn som har haft anafylaktisk reaktion på nöt ska alltid skickas till barnallergologen.

Fall 1: 7-årig flicka som rider, får klåda i ögonen och snuva. Testas positiv för häst men vägrar sluta rida. Tar Aeriuss och är då besvärsfri. Är detta bra eller dåligt? **Daiva:** Flickan riskerar att bli sämre i sin allergi samt att utveckla astma. Hyposensbehandling för häst finns men då får man inte rida under behandlingstiden (ca 3 år).

Maria Skedinger berättar att hon haft en pappa med ridande dotter som blev påverkad av allergen i andra hand, han fick hyposens mot häst med gott resultat.

Interpretation av resultat: Positiv pricktest ska vara ≥ 3 mm, specifikt IgE $> 0,3$ kU/L. Positiv pricktest eller specifikt IgE är inte alltid liktydigt med klinisk överkänslighet. Ju kraftigare positiv test, desto större sannolikhet för klinisk betydelse.

Fall 2: 2,5-årig pojke med diarréer. Är ej glutenintolerant och tål mjölk. Var i Asien 2 månader i somras och var då besvärsfri. Hemma igen kom diarréerna tillbaka. Hur går man vidare? **Daiva:** Bör nog remitteras till Barnläkarmottagning.

Övrig fråga: Ska man göra ansträngningsprovokationer i primärvård? **Marianne:** Det kan man göra, det finns scheman för sådant. Dock inte alltid bra att låta patienterna springa i trappor eftersom det finns viss skaderisk. Löpband är effektivare än cykel för att framkalla fall i FEV1. Det spirometriprogram de flesta har i primärvården, Cardio Perfect, har inget provokationsprogram vilket försvårar något. Man får istället föra upp FEV1 värdena på ett löst protokoll. På Liljeholmens VC har vi satt upp en specialmetod för ansträngningsprovokation, Patienterna får göra maxtest genom att springa på löpband med ökande belastning och spirometri före och efter under ca 20 minuter. Om det inte räcker för att framkalla obstruktion bokas patienten för att springa 6 minuter på 90 % av maxbelastning och samtidigt inhalera torrluft, vilket är mer jämförbart med kall luft, mätningar före och efter under ca 20 minuter. Förutom astma kan man ibland konstatera andra dysfunktionella andningsmönster när patienten springer på löpbandet.

Tack Salems Vårdcentral för en trevlig rond! Dagens ämne var svårt och allt kom inte med i minnesanteckningen, men jag hoppas ni kan ha glädje av de inlagda länkarna!

Nästa rond: Wasa Vårdcentral i Södertälje 12/2 kl 15:00, ämne "Den gemensamma luftvägen" ö.l. Karin Toll, ÖNH, Karolinska Universitetssjukhuset.

/Marianne