



Allergicentrum Stockholm



Minnesanteckning från Allergi & Luftvägsforum på Huddinge VC den 2016-09-08

Närvarande: 4 läkare och 5 ssk/dsk representerande 3 VC. från AC Syd: Maria Skedinger vuxenallergolog/lungläkare, Daiva Helander barnallergolog, Karin Toll, ÖNH-specialist och Marianne Eduards, astma/KOL ssk.

Efter en presentationsrunda inleddes mötet med fall och frågor:

Fall 1: Kvinna född början av 70-talet sökte akut pga andningsbesvär vid ansträngning. Blåste normalt pef. Skickades ut att springa i backe utanför VC, upplevde ansträngningsbesvär och fick förlängt expirium. Erhöll luftrörsvidgare att ta före ansträngning. Skickades på lung-rtg som visade vidgning av vä hilius, därefter CT Thorax som visade förändring i mellanloben – post inf? Ekg visade förmaksseptumdefekt. Skickades till spirometri som visade normal ventilation, ingen obstruktion. Har effekt av beta 2 – stimulerare. Nu har man satt in även inhalationssteroid. Är detta ansträngningsastma? Kan det debutera så sent? **Maria S:** Ja, astma kan debutera under hela livet. Rätt att ge beta 2-stimulerare och utvärdera effekten. Rätt även att sätta in inhalationssteroid eftersom det ofta finns inflammation som ökar känsligheten t.ex. vid ansträngning. Övriga fynd är förmodligen bifynd, kanske resttillstånd i lungan efter en pneumoni som lättare uppstår om man har en obehandlad astma. **Daiva:** Det kan vara bra att kontrollera om allergi finns. **Marianne:** Spirometri på VC före och efter ansträngning kan ibland fånga ett fall i FEV1 som kan leda till diagnos.

Fall 2: Man, ickerökare, allergisk, astma som barn, född början av 70-talet, som dragits tidigare på allergirond. Kom till sin husläkare 2006 med hjärtklappning och andfåddhet. Blåste en dålig spirometri, FEV1 på 42 % och fick astmamedicinering. Blev inte bättre, steroidtest per os utfördes med negativt resultat. Pat skickades till Lung-allergimottagningen Karolinska, Huddinge och sattes in på Seretide forte utan förbättring. Framkommer mkt dålig compliance eftersom patienten förnekar besvär. 2013 kommer patienten till VC igen och utför ny spirometri som visar FEV1 42 % , FEV1/FVC 51% och reversibilitet 42 %. Sattes nu in på Symbicort och Singulair och i augusti 2016 var FEV1 55 % av förväntat och FEV1/FVC 57 %, således fortfarande ordentligt obstruktiv. Ingen reversibilitet denna gång. Vad göra?

Maria: Kan vara bra att kolla upp Alfa 1 antitrypsinbrist även om den ibland stora reversibiliteten talar emot. Annars är det väl troligt att det hela handlar om dålig följsamhet till behandlingen och förnekande av symtom. Hur ser hans allergibild ut? Träffar han hundar i sitt arbete (väktare)? Lungrtg bör någon gång ingå i utredningen, kanske redan gjorts?

Fall 3: Ung kvinna med astmabesvär. Spirometri 2012 visade FEV1 68% med 23 % reversibilitet. Fick astmamedicin men slutade eftersom hon inte upplevde besvär. Modern tycker att hon blir andningspåverkad t.ex. vid Thaiboxning. Har nu FEV1 85%, ingen reversibilitet. FEV1/FVC gränsvärde. Oklart om och hur hon medicinerar. Har hon astma, ska hon behandlas? **Maria:** Hon bör ta beta 2-stim före ansträngning men även ha inhalationssteroid. **Daiva:** Medicinera i 2 månader och ta tillbaka för utvärdering med spirometri och symtombild.

Fall 4: Man i 30-årsåldern. Ter sig blek och tunn. Får beta 2-stimulerare i samband med spirometrin och drar sig efter det till minnes att han inte tål detta. Svimmar, men hämtar sig efter en stund. Spirometrin dålig. Har utretts tidigare på lungklinik på annan ort. Medicinerat för astma. Gift och försöker få barn vilket visat sig svårt. **Maria, Karin och Daiva:** Cystisk fibros? Lindrigare fall kan upptäckas senare i livet. Annan ciliedysfunktion? Kan i dessa fall hänga ihop med barnlöshet då även spermerna är påverkade. Kan utredas med borstprov på ÖNH eller CF-mottagningen. Man kan även ta svetttest. **Marianne:** Mkt ovanligt med svimning i samband med spirometri, även om det kan svartna ibland för pat. Detta orsakades dock ej av spirometrin utan av inhalation med beta 2-stim. Kan man prova antikolinergika i detta fall? Ingen av de idag närvarande har någon förklaring.

Daiva Helander - födoämnesallergi och komponentdiagnostik

Födoämnesöverkänslighet – Immunologiska reaktioner, IgE-medierade, icke IgE-medierade
Intolerans – Icke immunologiska reaktioner som laktosintolerans, reaktioner mot biogena aminer etc.

IgE finns i mkt låga nivåer i serum.

Ref. intervall:

< 1 år	<10 kU/L
1-3 år	<25 kU/L
4-7 år	<50 kU/L
>8 år	< 120 kU/L

Normalt värde utesluter inte allergi.

Positiv test – pricktest >3mm, specifik IgE > 0,1 kU/L

Positivt test är inte alltid liktydig med klinisk överkänslighet men ju kraftigare positiv test desto större sannolikhet för klinisk betydelse.

Komponentupplöst diagnostik (CRD) kan användas för diagnos av korsreaktivitet, riskbedömning av svåra kliniska symtom och riskbedömning för upphettad föda.

Jordnöt och nötallergi:

prevalens 0,5 – 1,3 % hos barn, ökar

Jordnöt vanligaste orsak för fatala allergiska reaktioner

persisterande

20 % växer ifrån jordnöt och ca 9 % växer ifrån nötallergi

Ara h 2 > 2kU betraktas som jordnötsallergiker

- Ara h1 – Lagringsprotein. Kan korsreagera med trädnötter, linser samt ärtor.
- Ara h2 – Lagringsprotein. Ofta associerat med svårare reaktioner! Kan korsreagera med trädnötter och mandel.
- Ara h3 – Lagringsprotein. Kan korsreagera med Lupin och soyaböna.
- Ara h8 – PR-10 protein, OAS (Oralt Allergi Syndrom) korsreaktion med björk
- Ara h9 – LTP, oftast i södra Europa, systemreaktion och OAS, korsreaktion med persika

Hasselnöt

- Cor a 1 – PR-10 protein (OAS) björkpollenrealterad
- Cor a 8 – LTP (Lipid Transfer protein) Associerat med svåra reaktioner förutom OAS
- Cor a 9 – Lagringsprotein
- Cor a 14 – Lagringsprotein

Lagringsprotein

- Protein som är stabila mot uppvärmning och matsmältning ger reaktioner även i tillagad mat.
- De associeras ofta med systemiska och mer allvarliga reaktioner förutom OAS.
- Proteiner som finns i nötter och frön fungerar som källmaterial medan en ny planta växer upp

Tips:

- Testa i huvudsak endast för de misstänkta allergenen
- Förbjud inte alla nötter om patienten äter vissa men reagerar på andra – ta nötmix
- Vid analys mot hasselnöt och jordnöt – ta även björk. Om kvoten mellan IgE jordnöt eller hasselnöt och björk är >1 misstänks äkta allergi
- Om en nöt har ett IgE-värde på ca 20 - >100 och IgE på andra nötter är minst 10 ggr lägre – sannolikt ingen klinisk relevans för dessa
- Pistage och cashew korrelerar
- Valnöt och pkannöt korrelerar
- Kokos, solrosfrön, pinjenötter, sesam är inte släkt med trädnötter

Mjölkalergi

- Vanligast hos barn < 2år, prevalens ca 2 – 3 % (3 – 5 %)
- Växer vanligen bort före 3 års ålder
- Höga mjölk IgE, IgE casein (bos d8) astmapersisternde 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 %
- Symtom 20 – 100 kE/L
- Majoritet utvecklar tolerans
- Höga IgE – risk för persisterande allergi
- Mega – 5-gliadin är riskmarkör för potentiellt svåra reaktioner

Tack Daiva och Huddinge VC för en trevlig rond med mycket falldiskussioner!

/Marianne