

Immunoterapia alergenowa w alergii pokarmowej

Immunoterapia alergenowa (IA) jest najważniejszą, przyczynową metodą postępowania w chorobach alergicznych IgE-zależnych. Celem IA w alergii pokarmowej (AP) jest uzyskanie desensytyzacji i wytworzenie trwałej tolerancji, czyli utrzymywania się braku reakcji na ekspozycję uczulającym pokarmem po zaprzestaniu IA, bez konieczności stałego podawania kolejnych dawek alergenów. Prezentowane Stanowisko Sekcji Immunoterapii PTA i Sekcji Pediatricznej PTA dotyczącego IA w AP jest zwięźczeniem inicjatywy Sekcji Immunoterapii PTA z 2012 roku kierowanej wówczas przez prof. Marka Jutela. Stanowisko powstało wysiłkiem grupy polskich alergologów, gastrologów i pediatrów – członków w/w sekcji problemowych PTA. Jego wnioski i zalecenia zostały oparte na badaniach opublikowanych w dostępnych bazach medycznych do 31.06.2014 r. Na uzasadnienie do powstania w/w Stanowiska złożyło kilka przesłanek, takich jak:

1. wzrastająca zachorowalność na AP zarówno u dzieci jak i u dorosłych
2. mała skuteczność i uciążliwość klasycznych metod terapii AP
3. duża skuteczność i bezpieczeństwo IA w innych chorobach alergicznych
4. próby prowadzenia IA w AP przez lekarzy praktyków poza badaniami klinicznymi
5. wzrastający „rynek” alternatywnych wobec medycyny opartej o fakty metod terapeutycznych o nieudowodnionej skuteczności lub nawet potwierdzonym jej brakiem.

Przygotowując w/w Stanowisko wybrano najważniejsze wskazania (przesłanki) do zastosowania IA w AP wynikające z epidemiologii, mechanizmów oraz aktualnych zasad postępowanie w AP u dzieci i dorosłych.

Poddano krytycznej analizie różne metody IA rozważane w AP, takie jak: immunoterapia alergenowa doustna (OIT), immunoterapia alergenowa podjęzykowa (SLIT), immunoterapia alergenowa podskórna (SCIT) oraz immunoterapia alergenowa naskórna (EPIT). Sformułowano 11 najważniejszych wniosków (zaleceń) opartych na dostępnym piśmiennictwie obejmującym publikacje oryginalne, przeglądy i metaanalizy.

Najważniejsze pozycje piśmiennictwa dołączono w końcowej części omawianego dokumentu. Wnioski ze Stanowiska są adresowane do alergologów, pediatrów, gastrologów oraz lekarzy innych specjalności. Dokument ten będzie nowelizowany w miarę napływania nowych, istotnych danych o IA w AP.

Wnioski - zalecenia

Istnieje wiele powodów rozważania IA jako metody postępowania u chorych na AP: a) brak skutecznych metod prewencji pierwotnej i wtórnej w AP, b) brak skutecznej przyczynowej farmakoterapii AP (jedynie terapia objawowa), dieta eliminacyjna jest trudna i uciążliwa dla chorego i jego rodziny, c) wysokie ryzyko reakcji anafilaktycznych na niektóre spożywane pokarmy, d) częsty mechanizm IgE-zależny AP, e) coraz liczniejsze badania randomizowane, podwójnie zaślepione, kontrolowane placebo (RDBPC) dotyczące skuteczności i bezpieczeństwa IA w AP.

Prezentowane stanowisko grupy polskich alergologów zostało oparte na badaniach

**Prof. dr hab. n. med.
Andrzej Emeryk**

Prof. dr. hab. n. med.
Marek Jutel

Dr hab. n. med.
Ewa Cichońska Jarosz

Prof. dr hab. n. med.
Anna Bręborowicz

Prof. dr hab. n. med.
Zbigniew Bartuzi

Dr n. med.
Małgorzata
Bartkowiak-Emeryk

Prof. dr hab. n. med.
Maciej Kaczmarski

Dr hab. n. med.
Radosław Gawlik

Dr n. med.
Paweł Gonerko

Dr n. med.
Jadwiga Kaczmarek

Dr n. med.
Wiesław Szymański

Dr hab. n. med.
Marta Chelmińska

opublikowanych w dostępnych bazach medycznych do 31.06.2014 r. Wynika z niego negatywna rekomendacja dla stosowania IA w AP u dzieci i dorosłych, co pozostaje w zgodzie z aktualnym stanowiskiem National Institute of Allergy and Infectious Diseases (NIAID) z roku 2010, Polskim Stanowiskiem w Sprawie Alergii Pokarmowej u Dzieci i Młodzieży z roku 2011, stanowiskiem European Society for Paediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition (ESPGHAN) z roku 2012, zaleceniami International Consensus ON (ICON) Food Allergy z roku 2012 oraz Stanowiskiem EAACI Food Allergy and Anaphylaxis Group z roku 2014.

Choć IA w AP jest od wielu lat przedmiotem intensywnych badań, jednak dotąd nie ma podstaw do zaakceptowania tej metody jako zalecanego standardu postępowania terapeutycznego u dzieci i dorosłych. IA w AP powinna być ograniczona do ośrodków badawczych i nie wprowadzana do powszechnej praktyki klinicznej.

Niezbędne są dalsze badania nad mechanizmami, efektywnością i bezpieczeństwem IA w AP (szczególnie ocena tolerancji vs. odczulenia, trwałość efektów terapii, poprawa bezpieczeństwa). Najbliżej pozytywnej rekomendacji dla IA są chorzy z AP wywoływana przez orzeszki ziemne, jajko kurze lub mleko krowie.

Należy pamiętać, iż efekt IA może nakładać się na naturalną tolerancję na niektóre alergeny przychodzącą wraz z wiekiem dzieci, co utrudnia ocenę rzeczywistych skutków IA.

Istnieje dużo rozbieżności i wątpliwości w zakresie standaryzacji alergenów użytych do IA, metod IA (brak jednolitych protokołów dla poszczególnych alergenów), miejsca prowadzenia IA, wieku chorych rozpoczynających IA, sposobów oceny wieloletniej efektywności.

OIT wydaje się najefektywniejszą i najbezpieczniejszą metodą u dzieci i dorosłych z pośród różnych metod IA.

Jednakże istnieje pilna potrzeba ustalenia jednoznacznych wskazań klinicznych i immunologicznych (rodzaj AP) do OIT, optymalnej dawki startowej, metod zwiększania dawki, optymalnej dawki podtrzymującej, czasu trwania OIT, stopnia protekcji, efektywności dla różnych alergenów u chorych w różnym wieku, markerów immunologicznych w monitorowaniu OIT oraz wpływu OIT na jakość życia chorych i rodziny.

Skuteczność SLIT wydaje się być mniejsza lub porównywalna do OIT (w zależności od alergenu) przy zbliżonych lub mniejszych działaniach ubocznych.

SCIT nie powinien być stosowany w terapii AP z wyjątkiem reakcji krzyżowych z alergenami powietrzno pochodnymi („cross-reactivity”).

Dysponujemy zbyt małą liczbą istotnych publikacji na temat roli EPIT w AP.

[Zamknij](#)

[Drukuj](#)