

Swoista immunoterapia alergenowa

Dr n. med.
**Anna Zawadzka-
Krajewska**

Klinika Pneumonologii i
Alergologii Wieków Dziecięcego
WUM w Warszawie

Kierownik kliniki: prof. dr hab. n.
med. Marek Kulus

O P I S P R Z Y P A D K U

Allergen – specific immunotherapy.

S U M M A R Y

The treatment of allergy may involve allergen avoidance, drug therapy and allergen immunotherapy. Careful identification of the factors that provoke symptoms is the most important consideration in correct diagnosis and treatment. Symptoms must be shown to be temporally related to exposure to an allergen. A diagnosis of an allergy is supported by skin prick test or measurement of specific IgE to an antigen that has been correlated with clinical symptoms. Immunotherapy should be considered for patients with allergic rhinitis or/and asthma who have environmental provoking factors producing significant allergic symptoms and who are not obtaining adequate relief through avoidance of environmental allergens and the use of optimal medication..

Leczenie schorzeń alergicznych oparte jest na unikaniu ekspozycji na alergeny, farmakoterapii i swoistej immunoterapii alergenowej. W ustaleniu prawidłowego rozpoznania i leczenia konieczna jest identyfikacja alergenu odpowiedzialnego za występowanie objawów klinicznych. Ekspozycja na uczulający alergen powinna manifestować się objawami klinicznymi. Diagnostyka uczulenia na alergen oparta jest na punktowych testach skórnych i oznaczaniu alergenowoswoistych IgE. Swoista immunoterapia alergenowa powinna być rozważana u pacjentów chorych na astmę lub/i alergiczny nieżyt nosa, u których występują objawy po ekspozycji na alergen, objawy nie są w pełni kontrolowane farmakologicznie, a unikanie ekspozycji na alergen nie w pełni umożliwia uzyskanie poprawy stanu zdrowia.

Zawadzka - Krajewska A.: Swoista immunoterapia alergenowa. *Alergia*, 2010, 3: 37-38

Opis przypadku.

6.-cio letni chłopiec R.K., prezentujący objawy astmy oskrzelowej kontrolowanej na 2-gim stopniu kontroli astmy i alergicznego całorocznego, łagodnego nieżytu nosa, zgłosił się do przyklinicznej poradni alergologicznej w celu kontynuacji leczenia. Dotychczas dziecko pozostawało pod opieką alergologa w jednej ze spółdzielni lekarskich. W okresie wczesnego dzieciństwa u chłopca rozpoznawano alergię pokarmową i leczono z pozytywnym efektem dietą eliminacyjną. W wieku 3 lat wystąpiły pierwsze objawy astmy i

1
RYC.Punktowe testy skórne
- wrzesień 2009

data badania pacjenta 26.09.2009

LP	NR KATALOGOWY	NAZWA	ŚREDNIA ODCZYNU
1.	725	D. pteronyssinus	0
2.	708	D. faringe	0
3.	032	pióra	0
4.	321	pióra-papuga	
5.	309	sierść kota	0
6.	306	sierść psa	0
7.	314	sierść konia	
8.	308	sierść królika	
9.		chomik	4x6
10.	311	świnka morska	
11.	318	welna owcza	0
12.	400	Alternaria tenuis	3x4
13.	405	Cladosporium herb.	0
14.	401	Aspergillus fum.	0
15.	412	Penicillium/notatum	0
16.	006	trawy	7x6
17.	015	trawy/zboża	7x9
18.	158	żyto	3x4
19.	106	bylica	0
20.	169	babka pospolita	3x4
21.	110	buk	
22.	108	brzoza	10/15
23.	115	olcha	4/5
24.	129	leszczyna	4/5
25.	152	topola	
26.	901	sól fizjologiczna	0
27.	902	histamina	8x10

alergicznego nieżytu nosa. Nie obserwowano sezonowości zmian, dziecko dobrze odpowiedziało na zaleconą terapię małymi dawkami wziewnych glikokortykosteroidów i lekiem przeciwhistaminowym. Wykonane w tym czasie punktowe testy skórne z alergenami powietrzno pochodnymi były ujemne przy dodatniej kontroli z histaminą 4x4 mm. W wieku 5 lat ponownie wykonano punktowe testy skórne z alergenami powietrzno pochodnymi /wrzesień 2009/, tym razem były one dodatnie z alergenami brzozy 10x15 mm przy kontroli dodatniej z histaminą 8x10 mm /ryc.1/. Mimo braku sezonowości obserwowanych zmian chorobowych, braku jakichkolwiek objawów pyłkowicy w okresie pylenia brzozy chłopca zakwalifikowano do swoistej immunoterapii alergenowej szczepionką podjęzykową Staloral 300 o składzie : brzoza 35%, leszczyna 35%, olcha 30%. Chłopiec zaczął być odczulany w październiku 2009 roku i skończył przed okresem pylenia brzozy na początku kwietnia 2010 r. Podobnie jak w ubiegłych latach w sezonie pylenia 2010 roku nie prezentował objawów pyłkowicy. W sierpniu 2010

zgłosił się do przyklinicznej poradni alergologicznej w celu kontynuacji swoistej immunoterapii alergenowej. Na podstawie alergicznego wywiadu osobniczego wskazującego na dotychczasowy brak jakichkolwiek objawów pyłkowicy wykonano ponownie punktowe testy skórne /wrzesień 2010r/. Wynik testów był ujemny/ ryc.2/. Oznaczono alergenowoswoiste IgE z alergenami olchy, brzozy, leszczyny, tymotki, roztoczy- wynik badania był negatywny /ryc.3/. Wobec braku objawów klinicznych uczulenia na pyłki, ujemnych testów skórnych i braku alergenowoswoistych IgE w surowicy krwi odstąpiono od kontynuacji swoistej immunoterapii alergenowej.

Dyskusja.

Postępowanie lecznicze w chorobach alergicznych oparte jest na unikaniu ekspozycji na alergeny, farmakoterapii, swoistej immunoterapii alergenowej i edukacji chorego /1/. Swoista immunoterapia alergenowa jest skuteczną metodą leczenia chorób alergicznych i wskazana jest w potwierdzonej IgE-zależnej chorobie alergicznej. Do badań poprzedzających rozpoczęcie swoistej immunoterapii alergenowej należą : punktowe testy skórne lub oznaczenie alergenowoswoistych IgE w surowicy krwi. W niejasnych przypadkach wskazane jest wykonanie testów prowokacyjnych z użyciem alergenu. Swoistą immunoterapię alergenową należy rozważać, gdy dodatnie wyniki testów są zgodne z prezentowanymi przez

pacjenta objawami klinicznymi po ekspozycji na dodatni w testach alergen. Niewskazane jest zalecenie swoistej immunoterapii alergenowej pacjentom nie tylko z ujemnymi testami diagnostycznymi, ale również wówczas, gdy nie ma zgodności dodatnich wyników testów z objawami klinicznymi. Wiadomo bowiem, że obecność swoistych przeciwciał IgE niekoniecznie związana jest z klinicznie jawnym uczuleniem.

Swoistą immunoterapię alergenową w alergicznym nieżycie nosa i spojówek oraz astmie oskrzelowej powinni być objęci chorzy /2/ :

- z objawami w czasie ekspozycji lub po ekspozycji na alergen
- z objawami klinicznymi wywołanymi jednym lub niewielką liczbą alergenów

2 RYC.		Punktowe testy skórne – wrzesień 2010	
TESTY SKÓRNE WZIEWNE			
Imię i nazwisko pacjenta			
Data:			
• urodzenia pacjenta ... 1 6 ^v • badania ... 6 ^v 1 x 10			
Lp	ALERGEN	WYNIK	
1	TRAWY / ZBOŻA	0	
2	TRAWY TRAWY	0	
3	ZYTO	0	
4	BRZOZA	2 x 2	
5	BUK	0	
6	OLCHA	0	
7	LESZCZYNA	0	
8	BYLICA	0	
9	BABKA	0	
10	D.FARINAE	0	
11	D.PTERONYSSINUS	0	
12	SIERŚĆ CHOMIKA	0	
13	SIERŚĆ PSA	0	
14	SIERŚĆ KOTA	0	
15	SIERŚĆ ŚWINKI MORSKIEJ	0	
16	ALTERNARIA TENUIS	0	
17	CLADOSPORIUM HERBARUM	0	
18	ASPERGILLUS FUMIGATUS	0	
19	PENICILLINUM NOTATUM	0	
20	KONTROLA UJEMNA	0	
21	KONTROLA DODATNIA	5 x 5	

- z objawami w kolejnych sezonach pylenia lub utrzymujących się przez dłuższy czas w roku
- u których leki przeciwhistaminowe i glikokortykosteroidy stosowane miejscowo w umiarkowanych dawkach nie w pełni zapobiegają wystąpieniu objawów
- którzy nie chcą przyjmować leków przez dłuższy czas
- u których farmakoterapia powoduje niepożądane objawy.

6-cio letni chłopiec nie spełniał żadnego z kryteriów wskazań do swoistej immunoterapii alergenowej. Przede wszystkim nie prezentował objawów uczulenia na pyłki olchy, brzozy, leszczyny, a właśnie szczepionką o takim składzie był odczulany. W wykonanych we wrześniu 2009 roku testach skórnych co prawda miał dodatni test z alergenem brzozy, ale obecność dodatniego testu nie wiązała się z klinicznie jawnym uczuleniem. Choroba dziecka, astma oskrzelowa i alergiczny nieżyt nosa, była dobrze kontrolowana przyjmowanymi przez dziecko lekami, które chłopiec dobrze tolerował. Ostateczna weryfikacja badań - ponowne testy skórne i ocena alergenowoswoistych IgE w surowicy krwi wykazały brak jakichkolwiek wskazań do kontynuacji swoistej immunoterapii alergenowej. □

Piśmiennictwo: 1. Bousquet J. van Cauwenberge P. Khaltaer N. et al. Allergic rhinitis and its impact on asthma. J.Allergy Clin Immunol.2001;108:S 147-336.
2. Alvarez-Cuesta E.Bousquet J.Canonica GW. et al. Standards for practical allergen – specific immunotherapy.Allergy,2006;61/suppl.82/:1-20.

Alergenowoswoiste IgE
 – wrzesień 2010

3
 RYC.

Phadia
Upředná Phadia Diagnostics AB

Sample ID 1890

Patient name/address:
DR ZAWADZKA

Patient ID: 1890
Birth date:
Sex: Undefined
Diagnosis:

Requestor name/address:
PORADNIA ALERGOLOGICZNA

Request ID: 1890
Request date: 2010-09-07
Requestor ID: 17

Requested test results

ImmunoCAP Specific IgE 0-100

Test name	Test long name	Conc	Class	Cut-off
t2	Grey alder	0,18 kUAVl	0	
t3	Common silver birch	0,24 kUAVl	0	
t4	Hazel	0,14 kUAVl	0	
g6	Timothy	0,26 kUAVl	0	
d1	D. pteronyssinus	0,03 kUAVl	0	
d2	D. farinose	0,00 kUAVl	0	

Normy całkowitego IgE wg. wieku (kUAVl)			Normy klas specyficznego IgE (kUAVl)		
Wiek	Śred.	+ 1 SD	Stężenie	Klasa	Wynik
8 tyg	0,6	2,3	< 0,35	0	brak specyficznego IgE (stopnia wrażliwości)
3 m	1,0	4,1	0,35 - 0,7	1	b. mało spec. IgE (stopnia możliwa)
6 m	1,8	7,3	0,7 - 3,5	2	mało spec. IgE (pozyt)
9 m	2,9	10	3,5 - 17,5	3	średni poziom spec. IgE (pozyt)
12 m	3,2	13	17,5 - 50	4	duży poziom spec. IgE (pozyt)
21	5,7	23	50 - 100	5	wysoki poziom spec. IgE (pozyt)
31	8,0	32	> 100	6	b. wysoki poziom spec. IgE (pozyt)
41	10	40			
51	12	48			
61	14	56			
71	16	63			
81	18	71			
91	20	78			
101	22	85			

Zamknij

Drukuj