

To nie jest pierwotna prewencja alergii pokarmowej!

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

Klinika Pneumonologii
i Alergologii
Wiek 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

It's not a primary prevention of food allergy!

S U M M A R Y

Food allergy is an important health problem that affects especially children. A food allergy is defined as an adverse health effect arising from specific immune response that occurs on exposure to a given food. The disease can only be managed by allergen avoidance or treatment of symptoms. Dietary restrictions are not necessary during pregnancy and there is no need to restrict the mother's diet during breast feeding for high – risk infants. Exclusive breastfeeding is continued for 4 to 6 months. Additional foods are introduced while still breastfeeding between 4 to 6 month of age. Children with high hereditary risk of allergy, who cannot be exclusively breast-fed, hydrolyzed milk formula appears to prevent allergic disease and cow's milk allergy..

Alergia pokarmowa stanowi bardzo ważny problem zdrowotny dotyczący szczególnie dzieci. Definiowana jest jako nieprawidłowa reakcja o podłożu immunologicznym, której objawy pojawiają po spożyciu pokarmu. Postępowanie lecznicze polega przede wszystkim na unikaniu ekspozycji na uczulający pokarm i leczeniu objawów choroby. W prewencji pierwotnej niewskazana jest dieta eliminacyjna u matki podczas ciąży i karmienia piersią. Wskazane jest karmienie naturalne dziecka przez 4 do 6 miesięcy. Pokarmy stałe powinny być wprowadzane między 4. a 6. miesiącem życia. Dzieci obciążone alergologicznym wywiadem rodzinnym, które nie mogą być karmione piersią, powinny przejść na mieszanki o udokumentowanej zmniejszonej alergogenności/ preparaty o wysokim i częściowym stopniu hydrolizy białka/, stanowiące, jak się wydaje, zabezpieczenie przed rozwojem alergii.

Zawadzka-Krajewska A.: To nie jest pierwotna prewencja alergii pokarmowej!. *Alergia*, 2013, 3: 61-62



Wywiad

K.J. dziewięciomiesięczny chłopiec z ciąży II porodu II urodzony o czasie, siłami natury, z masą ciała 3150 g, oceniony na 10 punktów w skali Apgar został przyjęty do oddziału w celu pogłębienia diagnostyki, ze wstępnym rozpoznaniem braku prawidłowego przyrostu masy ciała w przebiegu alergii pokarmowej. Dziecko było obciążone alergologicznym wywiadem rodzinnym, matka miała objawy alergicznego nieżyty nosa, a 3. letnia siostra w okresie niemowlęcym objawy alergii pokarmowej. Chłopiec do 9. miesiąca życia nie

prezentował żadnych objawów alergii pokarmowej, rozwijał się prawidłowo, stolce były prawidłowe. Do 6. miesiąca życia okresowo ulewał, nie miał zmian skórnych, kolek jelitowych, wzdęć, niechęci do jedzenia. Dobry stan kliniczny, zdaniem matki i lekarzy był konsekwencją przestrzegania ścisłej diety wprowadzonej do jadłospisu matki i dziecka. Chłopiec był karmiony naturalnie mlekiem matki i od 6. miesiąca życia dokarmiany zupą jarzynową i okresowo mięsem. Matka już w ciąży i przez okres karmienia piersią pozostawała na diecie eliminacyjnej między innymi bez mleka i przetworów mlecznych, soi, ryb, glutenu, pomidorów, owoców jagodowych, jabłek, gruszek, brzoskwiń, orzechów, sezamu, migdałów, czekolady. Dieta nie była suplementowana wapniem. Chłopiec w wieku 9. miesięcy jadł, poza mlekiem matki, w małych ilościach: ryż, jagnięcinę, brokuły, kabaczki, dynię, olej lniany. Nigdy nie wykonywano u dziecka próby prowokacyjnej w celu ustalenia uczulenia na pokarm. Spożywane przez dziecko pokarmy wprowadzono stopniowo, po 6. miesiącu życia, w małych ilościach, do niewielkiej ostatecznej ilości mimo braku jakichkolwiek zmian po podaniu nowego pokarmu. W dniu przyjęcia chłopiec był w stanie dobrym, zwracała uwagę bardzo niska masa ciała: 7,33 kg < 3 centyla, przy długości ciała: 74,5cm > 50 centyla. Dziecko sprawiało wrażenie niedożywionego. Poza tym nie stwierdzono odchyłań od stanu prawidłowego.

Badania diagnostyczne

W celu ustalenia przyczyny niedoboru masy ciała wykonano między innymi następujące badania:

- badanie usg jamy brzusznej – prawidłowe
- zdjęcie rentgenowskie klatki piersiowej- prawidłowe
- badanie EKG – prawidłowe
- badanie ogólne moczu – prawidłowe
- posiew moczu-jałowy
- kał na krew utajoną – wynik ujemny
- chlorki w pocie: 17,4 mmol/l / norma < 60 mmol/l
- morfologia: Hb 10,2 g/dl / norma 10,5 – 13,0 g/dl
- białko całkowite: 6,5g/dl / norma 4,8 – 7,6 g/dl
- IgE całkowite 7,6 kU/l / norma do 10 kU/l
- punktowe testy skórne z alergenami pokarmowymi – wyniki ujemne
- swoiste IgE przeciwko alergenom pokarmowym – w klasie 0
- płatkowe testy skórne z alergenami pokarmowymi natywnymi / mleko krowie, białko i żółtko jaja kurzego, pszenica, ryż, kukurydza, soja, ziemniak, pietruszka, jabłko, seler, marchew / - wyniki ujemne.
- oceniono dobową podaż kalorii w stosunku do zapotrzebowania energetycznego – stwierdzono ciężkie upośledzenie stanu odżywienia, współczynnik Cole'a wynosił 74,87%. Pod względem energetycznym dieta dziecka pokrywała jedynie 21% dobowego zaopatrzenia, białko w diecie stanowiło 24% normy, tłuszcze 16% i węglowodany 20% /Ryc. 1/

W trakcie hospitalizacji wykonano otwarte próby prowokacyjne pokarmami. Do diety matki włączono początkowo gluten, następnie przetwory mleczne i mleko, jajko, większość jarzyn i owoców obserwując stan kliniczny dziecka. Brak zmian u chłopca powodował włączenie testowanych przez matkę pokarmów do diety dziecka. Nie obserwowano pojawienia się zmian świadczących o alergii pokarmowej.

Ostatecznie rozpoznano brak prawidłowego przyrostu masy ciała spowodowanego niedożywieniem w wyniku nieprawidłowego karmienia, niedostatecznej pod względem ilościowym i jakościowym diety.

W oparciu o konsultację dietetyka ustalono prawidłową dietę. Dziecko wypisano do domu i po 3 miesiącach skontrolowano w przyklinicznej poradni alergologicznej. Chłopiec był w stanie dobrym. Masa ciała wzrosła powyżej 25 centyla. Długość ciała utrzymywała się jak poprzednio powyżej 50 centyla. Dziecko nadal pozostaje pod kontrolą dietetyka i alergologa, rozwija się prawidłowo i jak dotychczas nie prezentuje żadnych objawów alergii.

1
RYC.

Ocena jadłospisu dziecka K.J.

--- A. Zawadzka ---
lekarz kierujący

Warszawa, dnia 20.04.2012r

OCENA JADŁOSPISU

Wiek (lat)	masa ciała [kg]	wzrost [cm]	masa ciała (50pc)[kg]	wzrost(50pc)[cm]
9 m-cy	7,33	74,5	9,4	73
wsp. Cole'a [%]	74,87	ciężkie upośledzenie stanu odżywienia		

	SPOŻYCIE	NORMA -9,4 kg	% NORMY
Energia [kcal]	190	900	21%
Białka [g]	6,5	27	24%
Tłuszcze [g]	5,9	36	16%
Węglowodany [g]	25,7	131	20%
Błonnik [g] (zal.)	3,3	4,7	70%
Wapń [mg]	-	-	- %
Żelazo [mg]	-	-	- %
Sacharoza [g] (max.)	-	-	- %
Gluten [g]	-	-	- %
Witamina D [IU]	-	-	- %
			- %
			- %

Dyskusja.

Dzieci z grupy ryzyka obciążone atopowym lub alergicznym wywiadem rodzinnym powinny być objęte profilaktyką pierwotną chorób alergicznymi polegającą na / 1,2,3,4,5/: karmieniu naturalnym /piersią/ przez 4 – 6 miesięcy,

- w przypadku karmienia sztucznego należy włączyć do ich diety hydrolizaty białka mleka krowiego o potwierdzonej zmniejszonej alergogenności, przy czym hydrolizaty o znacznym stopniu hydrolizy mogą być bardziej skuteczne niż hydrolizaty o nieznacznym stopniu hydrolizy,
- mieszanki sojowe nie powinny być stosowane w profilaktyce alergii pokarmowej.
- ze względu na brak danych wskazujących na efekt protekcyjny w ograniczeniach dietetycznych po 4- 6 miesiącu życia, brak jest wskazań do późniejszego wprowadzania pokarmów stałych. Powinny być one wprowadzane stopniowo między 4 a 6 miesiącem życia.
- kobiety w ciąży i karmiące naturalnie nie powinny pozostawać na diecie eliminacyjnej. Dopiero objawy alergii pokarmowej u dziecka powinny skłaniać do eliminacji uczulającego pokarmu jednocześnie z diety matki karmiącej piersią i diety dziecka.

W przedstawionym przypadku nieprawidłowa dieta matki w okresie ciąży i laktacji, uboga w białko i wapń; restrykcyjne, bez przyczyny, jedynie z obawy o rozwój alergii ograniczenia w diecie dziecka, nie tylko pod względem jakościowym, ale również ilościowym doprowadziły do niedożywienia chłopca. Dziecko nigdy nie prezentowało objawów alergii pokarmowej. Nigdy nie było badane w tym kierunku. Gdyby jednak badania diagnostyczne typu punktowych testów skórnych z alergenami pokarmowymi, płatkowych testów skórnych z natywnymi alergenami pokarmowymi czy swoistych IgE przeciw alergenom pokarmowym były dodatnie, to i tak nie mogłyby być podstawą do eliminacji pokarmu z diety.

Każda eliminacja pokarmu z diety powinna być potwierdzona próbą prowokacyjną.

U niemowląt zwykle wystarczająca jest otwarta próba prowokacyjna, złotym standardem jest jednak podwójnie ślepa próba kontrolowana placebo.

Nadmierny niepokój i przewrażliwienie rodziców i związane z tym nieuzasadniona, restrykcyjna dieta, brak popularyzowania wiedzy na temat prewencji alergii pokarmowej może niekorzystnie odbijać się na rozwoju dziecka i jego zdrowiu.

Piśmiennictwo dostępne w redakcji.

Pracę nadesłano 2013.10.25
Zaakceptowano do druku 2013.10.28

Konflikt interesów nie występuje

[Zamknij](#)

[Drukuj](#)