

Bakgrund.	<p>Födoämnesallergi definieras som en avvikande reaktion på ett födoämne, en reaktion som är icke-toxisk med en immunologisk bakgrund. Reaktionen kan vara IgE-förmedlad, icke-IgE-förmedlad eller en kombination av dessa.</p> <p>Detta PM avser IgE-förmedlade reaktioner.</p>
Diagnostik.	<p>En noggrann anamnes är den enskilt viktigaste faktorn vid diagnostik. De tester som idag används för att påvisa IgE-förmedlade reaktioner, är pricktest (Skin-Prick-Test =SPT) och specifikt IgE (slgE). Testerna är enbart ett hjälpmedel i diagnostiken vid födoämnesallergi eftersom både falskt positiva och falskt negativa tester förekommer. Positiv SPT/slgE mot ett födoämne markerar endast sensibilisering och barnet kan vara kliniskt tolerant. Hos den enskilda patienten finns inget givet samband mellan kvaddelstorlek vid SPT/nivå av slgE och kliniska symptom, men ju mer uttalad reaktion man får vid SPT och ju högre nivå av slgE, desto större är sannolikheten för ett samband med kliniska symptom. Om SPT är negativ är sannolikheten för IgE-förmedlad klinisk reaktion mycket liten. Sannolikheten för en klinisk reaktion vid ett specifikt IgE-värde varierar mellan olika studier, länder, födoämnen och åldrar. Ju yngre barnet är desto större sannolikhet att mindre SPT/lägre slgE-nivå har en klinisk betydelse. SlgE mot proteinkomponenter kan vara användbart i diagnostiken av vissa födoämnesallergier.</p> <p>Lapptester (Atopy–Patch–Tests = APT) har använts i kliniska studier, men är f.n. inte standardiserat. Rekommenderas därför inte för allmänt bruk.</p> <p>Toleransutveckling: Det är viktigt att 1-2 gånger per år ta ställning till om tolerans har utvecklats, dvs. överväga provokation Positiv SPT/slgE är vanligt trots att barnet blivit kliniskt tolerant. Provokation är enda sättet att avgöra om kliniskt relevant reaktion kvarstår. En nedgång i slgE-koncentration är associerad med ökad chans att tolerans utvecklats. Provokation är tveksam för de barn som initialt haft mkt höga slgE-nivåer och/eller har reagerat svårt kliniskt även om nivån har halverats.</p>
Vilka födoämnen är mest aktuella?	<p>Ett begränsat antal födoämnen står för huvuddelen av reaktionerna. Hos barn orsakas dessa oftast av mjölk, ägg, jordnöt, hasselnöt och andra trädnötter. Reaktioner på soja, vete och fisk är mindre vanligt. Mjölk- och äggallergi växer oftast bort i tidig barndom (toleransutveckling) medan allergi mot jordnöt, trädnötter och fisk ofta kvarstår upp i vuxen ålder.</p>
Provokation.	<p>Provokationen kan göras öppen, enkel-blind eller dubbel-blind–placebokontrollerad (DBPCFC = double-blind placebo-controlled food challenge). Hos barn är i regel en öppen provokation tillräcklig. En provokation anses positiv vid objektiva symtom. Om provokationen endast ger subjektiva besvär bör man helst gå vidare med en blind provokation. Detta är speciellt viktigt hos barn med multipla allergier för att undvika onödig diet. Vid uttalad oro hos barn/ungdomar eller föräldrar kan DBPCFC övervägas. I vetenskapliga sammanhang är DBPCFC "gold standard". Beträffande öppen provokation och DBPCFC för basfödoämnen vg se bilagor. Antihistaminer bör vara utsatta 3-5 dygn före provokation. Underhållsbehandling med kortverkande β_2-agonist, inhalations- och lokal steroid samt leukotrienantagonist bör normalt behållas.</p>



C .Allergidiagnostik

6. Födoämnesallergi - provokation

Reviderad 2011

Giltig 3 år

Barnallergisektionens stencilkommitté ansvarar för denna text. Vid frågor kontakta sektionens sekreterare..

Utförande.	<p>Vid provokation måste alltid specialutbildad personal finnas tillgänglig som kan ta hand om en akut allergisk reaktion eller anafylaxi. Akutmediciner ska finnas omedelbart tillgängligt för att behandla patienten v.b.</p> <p>Perifer venkateter (PVK) ska sättas, och tillgång till intensivvård finnas, när en svår reaktion kan förväntas: barn som tidigare haft en allvarlig reaktion, barn med svår astma även om den är välkontrollerad och barn som tidigare reagerat med andningssvårigheter. Observationstiden efter provokation bör vara 2 timmar efter senaste given dos modifierat efter anamnesen. Patienten får information om att höra av sig om besvär uppstår samt undvika kraftig fysisk aktivitet samma dag. Efter en negativ provokation ska födoämnet ifråga successivt och försiktigt introduceras i kosten (se bilaga från dietist). Uppföljning av introduktionen bör göras efter ett par månader.</p>
Doser/Intervall.	<p>Rekommenderad startdos varierar beroende på patientens tidigare reaktioner på aktuellt födoämne. Därefter ökas dosen enligt schema för respektive födoämne. Provokationen avbryts vid objektiv reaktion.</p>
Födoämnespreparering.	<p>Vid placebokontrollerad provokation ges två kodade portioner i ökande mängd enligt schema vid två olika tillfällen. Provokationerna bör göras med minst en veckas mellanrum. Placebomålet måste vara identiskt med allergenmålet avseende färg, lukt, smak och konsistens.</p>
Dokumentation.	<p>Provokationer skall alltid dokumenteras i journal och förslagsvis enligt provokationsprotokoll som en del av journalen.</p>
REFERENSER.	<p>Scott H. Sicherer,MD, and Hugh A.Sampson,MD. Food allergy. J Allergy Clin immunology 2010;125:S116-125</p> <p>Bindslev-Jensen C, Ballmer-Weber BK, Bengtsson U, et al. Standardization of food challenges in patients with immediate reactions to foods. Position Paper from EAACI. Allergy 2004;59:690-697</p> <p>Höst, Andrae et al. Allergy testing in children: why, who, when and how? Allergy 2003;58:1-11</p> <p>Muraro MR. Diagnosis of food allergy. Pediatr Allergy Immunol 2001;12(suppl 14):31-3.</p> <p>Sampson HA. Utility of food-specific IgE concentrations in predicting symptomatic food allergy JACI 2001;107 891-6</p> <p>Du Toit G, Santos A, Roberts G et al "The diagnosis of IgE-mediated food allergy in childhood" Pediatr Allergy Immunol 2009;20:309-319.</p> <p>Hill DJ, Heine RG, Hosking CS. "The diagnostic value of skin prick testing in children with food allergy". Pediatr Allergy Immunol 2004;15:435-441</p>