

Sprawozdanie z *Food Allergy Training Course*

8–11 kwietnia 2006 r., Hindsgavl Castle, Middlefart, Dania

Anna Rosińska

Katedra i Klinika Dermatologii Akademii Medycznej w Poznaniu, kierownik Katedry i Kliniki: prof. dr hab. med. Wojciech Siłny

Post Dermatol Alergol 2006; XXIII, 4: 203–206

W dniach 8–11 kwietnia 2006 r. w bardzo malowniczo położonym zamku w miejscowości Middlefart w Danii (ok. 100 km na zachód od Kopenhagi) odbył się kurs poświęcony alergii pokarmowej, organizowany przez EAACI (*European Association of Allergology and Clinical Immunology*) we współpracy z GA²LEN (*Global Allergy and Asthma European Network*) i PHADIA (dawniej PHARMACIA – firma produkująca m.in. system ImmunoCap). Przewodniczącym Komitetu Organizacyjnego kursu był prof. Carsten Bindslev-Jenssen z Kliniki Dermatologii i Alergologii Uniwersytetu w Odense (Dania), pełniący obecnie obowiązki sekretarza EAACI. Kurs poświęcony był problemom, jakie w codziennej praktyce klinicznej stwarza alergii pokarmowa, która wg najnowszych danych WHO dotyczy 6–8% populacji dzieci, natomiast alergii na białka mleka krowiego (*Cow's Milk Protein Allergy* – CMLA) – 2–3% dzieci. Organizatorzy kursu postanowili przedstawić poszczególne zagadnienia związane z alergią pokarmową z punktu widzenia różnych specjalistów: dermatologów, pediatrów, internistów i alergologów.

Wykładowcami były znane postacie ze świata nauki w wymienionych dziedzinach medycyny: Thorsten Zuberbier z Oddziału Dermatologii Szpitala Charite w Berlinie (Niemcy), Bodo Niggemann z Kliniki Pediatrii Uniwersytetu w Berlinie (Niemcy), Philippe Eigenmann z Kliniki Pediatrii Uniwersytetu w Genewie (Szwajcaria), Barbara Ballmer-Weber (obecny prezydent grupy ds. alergii pokarmowej EAACI) z Instytutu Alergii i Astmy w Davos (Szwajcaria), Antonella Muraro z Kliniki Pediatrii Uniwersytetu w Padwie (Włochy), Jonathan Hourihane z Uniwersytetu w Southampton (Wielka Brytania), Kristina Turjanmaa z Kliniki Dermatologii Uniwersytetu w Tampere (Finlandia) oraz przewodniczący komitetu organizacyjnego kursu – Carsten Bindslev-Jenssen. Zajęcia podzielone były na dwie części: od godz. 8.30 do 12.30 odbywały się wykłady, natomiast od 13.30 do 19 uczestnicy kursu referowali najciekawsze przypadki kliniczne związane z alergią pokarmową. Po każdej prezentacji odbywała się dyskusja. W czasie przerw w wykładach można było poznać technikę wykonywania skórnych testów punktowych (SPT) ze standardowymi alergenami oraz testów *prick-by-prick* (z natywnymi alergenami pokarmowymi). Organizatorzy zaprezentowali też procedurę przygotowywania oraz zaślepiania pokarmów do podwójnie ślepych prób prowokacyjnych.

Wykład wprowadzający do zagadnienia, jakim jest alergii pokarmowa, wygłosiła prof. Muraro z uniwersytetu w Padwie. Przypomniała ona, że nadwrażliwość na pokarmy może mieć podłoże niealergiczne i alergiczne (w tym IgE-zależne i IgE-niezależne). Częstość alergii pokarmowej szacuje się

na ok. 6–8% u niemowląt, 3–5% u dzieci oraz ok. 2–4% u dorosłych. Profesor Muraro zacytowała badania przeprowadzone w Danii, dotyczące częstości występowania alergii pokarmowej w nieselekcionowanej populacji dzieci – wynosiła ona 2,3% wśród dzieci poniżej 3. roku życia oraz 1% u dzieci po 3. roku życia. Największe ryzyko alergizacji obserwuje się w okresie od urodzenia do 2. roku życia – m.in. ze względu na mniejsze wydzielanie kwasu solnego w żołądku, słabo rozwinięty i niedojrzały układ immunologiczny przewodu pokarmowego – GALT (*Gut Associated Lymphoid Tissue*) oraz różnice we florze jelitowej stwierdzone u dzieci w tym okresie życia. Częstość alergii pokarmowej jest naturalnie większa u dzieci z chorobami atopowymi.

Profesor Muraro podkreśliła różnorodność i rzadkość zwozniczy charakter objawów, jakie może prowokować alergii pokarmowa. Przy nadwrażliwości pokarmowej najczęściej obserwowane są objawy ze strony przewodu pokarmowego – w 40–50% przypadków. Objawy ze strony skóry o charakterze ostrej pokrzywki, obrzęku naczyń nerwowych Quinckego czy atopowego zapalenia skóry dotyczą ok. 30% dzieci. Alergia pokarmowa najrzadziej manifestuje się pod postacią objawów ze strony układu oddechowego, ponieważ astmę oskrzelową, jako jedyną manifestację alergii pokarmowej, rozpoznaje się zaledwie u 2–5% dzieci.

Według niektórych badaczy nawet 30–40% dzieci chorych na atopowe zapalenie skóry z umiarkowaną lub ciężką postacią tej choroby prezentuje uczulenie na alergeny pokarmowe – w tej grupie zaleca się wręcz poszukiwanie

Adres do korespondencji: lek. med. Anna Rosińska, Katedra i Klinika Dermatologii, Akademia Medyczna, ul. Przybyszewskiego 49, 60-355 Poznań

alergii pokarmowej za pomocą dostępnych testów diagnostycznych. Pani profesor podkreśliła, że objawy kliniczne alergii pokarmowej ze strony skóry nie zawsze korelują z dodatnimi wynikami oznaczeń antygenowo swoistych IgE (asIgE) oraz wynikami SPT. Zaznaczyła też, że diagnozując alergię pokarmową na podstawie najczęściej występujących objawów (ze strony przewodu pokarmowego, skóry, układu oddechowego), należy zawsze wykluczyć inne potencjalne przyczyny tych zaburzeń.

W przeprowadzonych przez prof. Murraro i wsp. badaniach alergia na białka mleka krowiego występowała u 2,2–2,8% dzieci karmionych sztucznie i zaledwie u 0,4–0,5% dzieci karmionych piersią, co wg autorki jest kolejnym argumentem przemawiającym na korzyść karmienia piersią. Profesorka Muraro wspomniała również, że na przestrzeni lat 1997–2003 odnotowano zmianę profilu objawów ze strony przewodu pokarmowego obserwowanych w przebiegu alergii pokarmowej. O ile w 1997 r. dominowała tzw. enteropatia prowokowana przez białka mleka krowiego, to w 2000 r. najczęściej stwierdzano eozynofilowe zapalenie przetyku, refluks żołądkowo-przetykowy, eozynofilowe zapalenie okrężniczo-odbytnicze czy zapalenie błony śluzowej odbytnicy w przebiegu wieloważnej alergii pokarmowej (nie tylko na białka mleka krowiego).

Wobec przytoczonych danych wydaje się, że badania endoskopowe z pobraniem wycinka do badania histologicznego nabierają w diagnostyce alergii pokarmowej coraz większego znaczenia. Uznaje się też, że u podłoża kolki niemowląt w ok. 44% przypadków leży alergia pokarmowa. Autorka podkreśliła również, że ciężkie, uogólnione reakcje anafilaktyczne w 30–50% przypadków powodowane są przez alergeny pokarmowe, przy czym proteiny zawarte w orzeszkach ziemnych są przyczyną 94% z nich. Ponadto zwróciła też uwagę na fakt, że należy sceptycznie podchodzić do obserwacji rodziców dotyczących potencjalnych alergenów pokarmowych. Ponad 30% z nich jest bowiem przekonanych, że ich dziecko ma alergię pokarmową, podczas gdy rzeczywista częstość alergii pokarmowej w populacji dzieci jest kilkakrotnie niższa.

Profesor Ballmer-Weber przybliżyła z kolei problematykę alergii pokarmowej u dorosłych. Zwróciła uwagę, że większość badaczy bierze pod uwagę jedynie natychmiastowe reakcje pokarmowe po podwójnie ślepej próbie prowokacyjnej kontrolowanej *placebo* (do 2 godz. po spożyciu), nie obserwując stanu skóry pacjentów chorych na AZS po upływie dłuższego czasu. Autorka podkreśliła, że w latach 1990–2001 zaobserwowano wzrost częstości występowania alergii pokarmowej u dorosłych o 5%. U 80% dorosłych z alergią pokarmową mamy do czynienia z nietolerancją pokarmową związaną z reakcjami krzyżowymi, u podłoża których leży podobieństwo w budowie molekularnej białek pyłków oraz warzyw i owoców (OAS – *Oral Allergy Syndrome*). Objawy subiektywne alergii pokarmowej podaje 25–30% dorosłych, natomiast po weryfikacji za pomocą testów, asIgE oraz DBPCFC (*Double Blind Placebo Controlled Food Challenge*) alergię pokarmową można stwierdzić zaledwie u 2–4% z nich. O ile u dzieci głównymi alergenami pokarmowymi są

białka jaja kurzego, mleka krowiego, pszenicy, ryb, soi, o tyle u dorosłych dominują seler, marchew, wiśnie i kiwi. Rodzaj alergenu często jest zależny od położenia geograficznego i zwyczajów żywieniowych (w USA – orzeszki ziemne i orzechy włoskie, we Francji – jaja kurze, w Szwajcarii – seler, Australii – owoce morza), jednakże profil najczęstszych alergenów staje się coraz bardziej jednolity ze względu na globalizację diety. Z alergii na proteiny zawarte w orzeszkach ziemnych zwykle wyrasta zaledwie 20% dzieci, natomiast u 80% z nich objawy utrzymują się przez całe życie.

Profil objawów alergii pokarmowej u dorosłych jest nieco odmienny od obserwowanego u dzieci. Najczęściej, bo u 60% dorosłych z alergią pokarmową dominują objawy ze strony skóry, u 40% obserwowane są objawy ze strony układu oddechowego, natomiast objawy ze strony przewodu pokarmowego stwierdzone są jedynie u ok. 20% z nich. Profesor Ballmer-Weber podkreśliła też znaczenie zespołu OAS u dorosłych – o ile u dzieci objawy ograniczają się jedynie do jamy ustnej (uczucie pieczenia, palenia, zaczerwienienie okolicy wokół ust), to u dorosłych zespół ten może być zapowiedzią reakcji uogólnionej (wstrząsu anafilaktycznego). Należy pamiętać, że stosowane u dorosłych leki, takie jak beta-blokery czy inhibitory konwertazy angiotensyny, mogą nasilać niepożądane reakcje pokarmowe.

Profesor Zuberbier wygłosił wykład na temat epidemiologii niepożądanych reakcji na pokarmy. Podkreślił, że nie dysponujemy testami o odpowiedniej czułości na wszystkie pokarmy. O ile czułość SPT dla alergenów pyłków roślin, alergenów roztoczoowych, białka mleka, jaj kurzych, orzechów czy ryb można uznać za dobrą (80–90%), o tyle czułość testów w zakresie alergenów mięsa zwierzęcego jest niska – wynosi bowiem poniżej 50%. Autor zacytował własne badania na populacji niemieckiej, w której częstość alergii potwierdzonej za pomocą DBPCFC wynosiła 3–7% (w tym owoce 77%, warzywa 54%, mąka 15%, mleko 1%, jajo kurze <1%). Wykazał również, że reakcje pseudoalergiczne powodowane przez konserwanty i dodatki pokarmowe stwierdzone są jedynie w 18% przypadków – głównie powodowane są one przez orzechy (40%), owoce (20%) oraz ryż (20,5%). Podobnie jak prof. Muraro, prof. Zuberbier podkreślił rozbieżności pomiędzy rodzajami pokarmów, które rodzice podejrzewają o wywoływanie niepożądanych reakcji u swoich dzieci (owoce cytrusowe 42%, mleko 12%, jajo kurze 10%), a faktycznymi, potwierdzonymi za pomocą testów alergenami (jabłko, orzeszki ziemne, kiwi, pszenica, marchew, jajo kurze). Profesor Zuberbier twierdzi też, że nie ma dolnej granicy wieku dla wykonania SPT czy APT oraz zaleca wykonywanie testów typu *prick-by-prick* oraz *skin application food test* ze spożywanych przez dziecko pokarmów. Powinniśmy jednak pamiętać, że ze względu na niedojrzałość skórno immunologicznego wyniki SPT przeprowadzonych u dzieci przed 5. rokiem życia bywają często nieswoiście dodatnie. Istotny komponent neurogeny i stres wywołany uczuciem bólu potęgują u dzieci wspomniane zjawisko. Autor podkreślił, że u dzieci testy te mają większe znaczenie prognostyczne niż u dorosłych – połowa dzieci z dodatnimi testami z alergenami pokarmowymi może mieć w przyszłości jed-

na chorób atopowych. Profesor przypomniał również o zjawisku, jakim jest anafilaksja indukowana przez wysiłek fizyczny po spożyciu danego pokarmu (EIA – *Exercise Induced Anaphylaxis*). Aby zapobiec występowaniu tego groźnego dla życia zjawiska, prof. Zuberbier zaleca poinformowanie pacjentów z rozpoznaną alergią pokarmową, aby nie spożywali pokarmów, które mogą być potencjalnymi alergenami, 4 godz. przed planowanym wysiłkiem fizycznym.

Doktor Lars Paulsen przedstawił wykład na temat diagnostyki *in vitro* alergii pokarmowej. Wykazał, że aslgE oraz ocena reakcji uwalniania histaminy przez bazoofile czy produkcja limfocytów T pod wpływem alergenu stanowią dobre metody diagnostyczne. Podkreślił też, że diagnostykę alergii pokarmowej należy przeprowadzać zawsze z myślą o konsekwencjach klinicznych dla pacjenta, którymi są konieczność zmniejszenia ekspozycji na dany alergen (dieta) czy immunoterapia – stąd też potrzeba przeprowadzenia DBPCFC.

Profesor Bindslev-Jenssen przedstawił teoretyczne aspekty podwójnie ślepej próby prowokacyjnej z pokarmami. Podkreślił, że DBPCFC jest jedynym sposobem na potwierdzenie alergii pokarmowej, jednakże nie trzeba przeprowadzać prowokacji u dzieci z podejrzeniem alergii na białko jaja kurzego, w przypadku zespołu OAS, wreszcie przy udowodnionym epizodzie anafilaksji w wywiadzie. Autor wykazał też, że reakcja kliniczna na dany alergen pokarmowy jest niezależna od stężenia aslgE w surowicy, natomiast poziom progowy dawki alergenu wywołujący reakcję jest taki sam. Profesor nadmieniał również o problemie, jakim jest moment przerwania DBPCFC. Objawy subiektywne, zgłaszane przez osobę poddawaną testowi, takie jak nudności, uczucie świądu, dyskomfortu czy zmniejszenie ruchliwości i apatia (jak to ma miejsce szczególnie u dzieci), są niewystarczające do przerwania badania. DBPCFC można przerwać, gdy pojawią się objawy obiektywne, takie jak pokrzywka, wymioty, katar, napad astmy czy wstrząs anafilaktyczny. Ważny jest również fakt, że u pewnego odsetka pacjentów objawy mogą pojawiać się dopiero 24 godz. po próbie prowokacyjnej – są to tzw. reakcje późnej fazy.

Profesor Niggemann przedstawił wykład o zastosowaniu atopowych skórnych testów płatkowych (APT – *Atopy Patch Tests*), które mają na celu zbadanie późnej reakcji kontaktowej na pokarm. Twierdzi on – opierając się na wynikach swoich licznych badań na ten temat – że APT są najlepszym narzędziem diagnostycznym w alergii pokarmowej. APT dobrze sprawdzają się u dzieci, jednakże należy stosować je uzupełniająco – po wykonaniu SPT oraz oznaczeniu aslgE. Autor zwrócił uwagę na trudności w interpretacji wyników APT – trzeba bowiem rozróżniać reakcję alergiczną na dany pokarm (powoli narastająca, utrzymująca się, o nieostrym obrysie, z ewidentnym rumieniem, naciekiem zapalnym lub obecnością pęcherzyków) od podrażnienia (gwałtownie narasta, nasilenie zmniejsza się w czasie, ostro odgraniczone obrisy).

Doktor Jonatan Houricane przybliżył najnowsze dane dotyczące alergii powodowanej przez orzeszki ziemne. W populacji brytyjskiej częstość występowania alergii na orzeszki ziemne szacuje się na 0,8%, natomiast na świe-

cie problem ten dotyczy 0,3–1,6% populacji. Pomiędzy białkami orzeszków ziemnych a białkami soi i wielu innych warzyw istnieje dobrze udokumentowana krzyżowa nadwrażliwość, dlatego tak łatwo dochodzi do uczulenia na orzeszki ziemne. Doktor Houricane przedstawił również dane, z których wynika, że nawet 49% dzieci chorych na AZS prezentuje dodatni wynik podwójnie ślepej próby prowokacyjnej kontrolowanej *placebo* z orzeszkami ziemnymi, mimo negatywnego wyniku SPT z alergenami orzeszków ziemnych. Autor próbuje tłumaczyć powyższe obserwacje stosowaniem kremów i balsamów do ciała zawierających olej arachidowy. Badania przeprowadzone na myszach wykazały bowiem, że aplikacja na uszkodzoną skórę kosmetyku zawierającego olej z orzeszków arachidowych powodowała u części zwierząt uczulenie na alergeny orzeszków ziemnych. Osoby z alergią na białka zawarte w orzeszkach ziemnych mają zwykle duże trudności z utrzymaniem diety eliminacyjnej, ponieważ śladowe ilości tych alergenów mogą znajdować się w bardzo wielu pokarmach. Doktor Houricane przytoczył badania, które wykazały, że komfort życia pacjentów uczulonych na białka zawarte w orzeszkach ziemnych jest niższy niż u osób chorujących na ciężką i przewlekłą chorobę metaboliczną, jaką jest cukrzyca.

Doktor Andre Knulst przedstawił w swoim wykładzie problematykę leczenia alergii pokarmowej. Podkreślił, jak istotne jest dokładne zebranie wywiadu z chorym lub rodzicami dziecka, np. świeży groszek może nie być tolerowany, natomiast mrożony nie spowoduje już objawów nietolerancji. Bardzo istotne jest też precyzyjne określenie pokarmów, które należy wyeliminować z diety, ponieważ śladowe ilości alergenu mogą znajdować się w wielu znacznie się od siebie różniących pokarmach (np. niewielkie ilości soi w parówkach). Autor zaleca też okresowe oznaczanie stężenia aslgE dla wybranych pokarmów u pacjentów z rozpoznaną alergią pokarmową. U dzieci oznaczenia te powinny być wykonywane co 6–12 mies., natomiast u dorosłych co 2–3 lata. Doktor Knulst podkreślił również, jak ważne dla osób z alergią pokarmową jest posiadanie zawsze w zasięgu ręki jednorazowego zestawu przeciwwstrząsowego (zawierającego norepinefrynę) do wykonania iniekcji samodzielnie. W sytuacji, gdy objawy ze strony przewodu pokarmowego, układu oddechowego lub skóry są silniejsze niż umiarkowane, korzyści z zastosowania zestawu zdecydowanie przewyższają potencjalne skutki uboczne.

Wszyscy wykładowcy zgodnie podkreślili też, że DBPCFC jest *złotym standardem* w diagnostyce alergii pokarmowej, choć brak jest standaryzowanych metod dotyczących przygotowania pokarmów do badania. Wszyscy też byli zgodni, że nie należy polegać na opinii pacjentów i ich rodziców (w wypadku dzieci) w kwestii podejrzeń dotyczących potencjalnych alergenów pokarmowych.

Ostatniego dnia kursu uczestnicy mogli wziąć udział w uroczystym sympozjum na uniwersytecie w Odense, które zostało zorganizowane z okazji 60. urodzin prof. Arne Hosta przez Duńskie Towarzystwo Pediatryczne i Alergologiczne (*Danish Pediatric Society and Danish Society of Allergology*). Profesor Host jest bardzo znaną postacią w środowisku

pediatrów, dermatologów i alergologów zajmujących się problemami alergii na białka mleka krowiego. Profesorowie Niggemann i Eigenmann zgodnie podkreślili, że prof. Host uchodzi za jednego z pierwszych orędowników hasła *breast is best*, które zaczął propagować jeszcze w czasach, kiedy niejako w *modzie* było karmienie sztuczne. Współpracownicy (dr Suzanne Halcken) i przyjaciele prof. Hosta (profesorowie Eigenmann, Niggemann i Muraro) wygłosili wykłady na temat alergii na białka mleka krowiego, która jest pierwszą reakcją alergiczną pojawiającą się zwykle u dzieci w pierwszym roku życia. Doktor Halcken przedstawiła wyniki duńskich badań, w których AZS było objawem CMPA u 35–46% dzieci, w zależności od badania (rodzaju badanej populacji). W badaniach prof. Hosta u 8% dzieci występowały objawy ze strony jednego układu/narządu (skóra – 5–70%, przewód pokarmowy – 50–60%, układ oddechowy – 20–30%), natomiast u zdecydowanej większości dzieci (72%) rozwijały się objawy ze strony co najmniej 2 układów/narządów. Podkreślono też, że choć 96% dzieci wyrasta z CMPA, to u 80% z nich rozwinię się w przyszłości inna choroba atopowa – astma oskrzelowa lub alergiczny nieżyt nosa. Ryzyko to jest wyższe u dzieci z IgE-zależną alergią pokarmową. Ponadto utrzymujące się wysokie miano przeciwciał asIgE przeciwko kazeinie świadczy o tym, że dziecko *nie wyrośnie* z alergii na białka mleka krowiego.

Profesor Muraro przytoczyła najnowsze zalecenia pediatrów dotyczące karmienia piersią. Karmienie wyłącznie piersią i niewprowadzanie pokarmów stałych zaleca się do 4.–6. mies. życia, natomiast przedłużanie tego okresu do 12.–24. mies. nie wykazuje efektu ochronnego w profilaktyce alergii, a ponadto nie ustalono odpowiedniego wieku na wprowadzanie pokarmów będących silnymi alergenami. Z kolei prof. Niggemann podkreślił, że uważana za dobrą czułość testów SPT w diagnostyce CMPA wcale nie jest satysfakcjonująca – przy czułości 90% 10 dzieci niepotrzebnie będzie musiało stosować trudną dla niego i jego rodziców dietę (dla porównania przy czułości 99% będzie to już tylko jedno dziecko). Czynniki predykcyjnymi CMPA są średnica bąbla alergenowego w SPT >5 mm oraz wysokie stężenie asIgE w surowicy.

Spośród prezentowanych przez uczestników kursu przypadków klinicznych na szczególną uwagę zasługuje kilka z nich. Doktor Nicola Brathwite z Londynu przedstawiła przypadek 7-letniego chłopca z alergią na orzeszki ziemne i soję w wywiadzie, u którego doszło do wstrząsu anafilaktycznego po spożyciu paluszków krabowych. Skórne testy punktowe w kierunku owoców morza i soi były negatywne, natomiast asIgE przeciwko soi były podwyższone (36,5 kU/l). Ujemne były też asIgE w odniesieniu do alergenów mięsa kraba, krewetek, tuńczyka, łososia, białka jaja kurzego i pszenicy. Podwójnie ślepa próba z mięsem krabowym była negatywna. Od producenta uzyskano informację, że paluszki krabowe zawierały soję – choć taka informacja nie była umieszczona na opakowaniu. Doktor Brathwite podkreśliła, jak ważna jest wiedza na temat potencjalnych ukrytych alergenów pokarmowych zawartych w przetworzonym na potrzeby przemysłu pożywieniu oraz o stosowaniu

wszystkich dostępnych metod diagnostycznych przy jednoznacznych wynikach testów (SPT, asIgE, DBPCFC).

Z kolei dr Odilija Rudzeviciene z Wilna przedstawiła przypadek 3-miesięcznego dziecka z ciężką postacią AZS, którego matce zalecono przejście na ścisłą dietę eliminacyjną (pozbawioną mleka krowiego i produktów mlecznych, jaj kurzych, mięsa wieprzowego, wołowego, kurzego, czekolady, cytrusów, truskawek, pomidorów, orzechów). Pomimo tak restrykcyjnej diety stan skóry dziecka nie uległ poprawie, a co gorsza, przestało ono przybierać na wadze. Ponadto znacznie pogorszył się stan zdrowia matki, u której stwierdzono znaczną utratę masy ciała, osłabienie i wzmożoną nerwowość. Po konsultacji z alergologiem wykonano u dziecka SPT – wszystkie testy były ujemne w zakresie alergenów mleka krowiego, pszenicy, białka jaja kurzego, wieprzowiny, wołowiny, mięsa kurzego. Jedynie test płatkowy z mlekiem krowim był dodatni, a całkowite IgE u dziecka wynosiło 5,4 IU/ml. Autorka podkreśliła, jak istotna jest wczesna prawidłowa diagnoza alergii na białko mleka krowiego, pomaga to uniknąć ciężkiej dla matki i dziecka sytuacji, jaka miała miejsce w omawianym przypadku, gdzie pomimo bardzo restrykcyjnej diety nie uzyskano poprawy stanu skóry dziecka, a nawet doszło do zahamowania jego wzrostu oraz pogorszenia stanu zdrowia matki.

Doktor Mulier z Brukseli przedstawiła z kolei przypadek 2-letniej dziewczynki chorującej na AZS od 6. mies. życia, z obciążonym wywiadem alergicznym (oboje rodzice byli alergikami). U dziewczynki 2-krotnie doszło do rozwoju wstrząsu anafilaktycznego po spożyciu pokarmów zawierających białko jaja kurzego. U dziecka stwierdzono ponadto dodatnie SPT z alergenami sierści kota, mięsa ryby i orzeszków ziemnych. Według relacji matki, pomimo stosowania diety oraz unikania kontaktu z kotem stan skóry dziecka nie uległ poprawie. Okazało się jednak, że matka dziewczynki od 9. mies. podawała jej rybę raz w tygodniu i olej rybi codziennie, a także codziennie kąpała dziecko w wodzie z dodatkiem oleju arachidowego w celu poprawienia stanu skóry. Po wyłączeniu produktów pochodzenia rybnego z diety i zaprzestaniu kąpieli z dodatkiem oleju arachidowego stan skóry dziewczynki uległ znacznej poprawie.

Wykładowcy zachęcali wszystkich do uczestnictwa w kongresie EAACI na początku czerwca tego roku w Wiedniu, ponieważ wiele sesji miało być poświęconych problematyce alergii pokarmowej. Organizatorzy zapewnili, że skrócone wersje wygłoszonych przez organizatorów wykładów będą wkrótce dostępne na oficjalnej stronie internetowej EAACI.

Zorganizowany przez EAACI kurs poświęcony alergii pokarmowej prezentował bardzo wysoki poziom naukowy: wśród wykładowców znajdowała się bowiem światowa czołówka badaczy zajmujących się problematyką nadwrażliwości na pokarmy. Poza bogatym programem naukowym organizatorzy zadbałi też o przyjemną atmosferę w czasie wolnym od zajęć. Odbywające się w godzinach popołudniowych, a przedłużające się często do późnych godzin wieczornych spotkania przy wspólnych posiłkach sprzyjały wymianie doświadczeń oraz nawiązywaniu cennych z zawodowego punktu widzenia znajomości.