



FØDEVAREOVERFØLSOMHED HOS BØRN

Konferencerapport



Fødevareoverfølsomhed hos børn
Konferencerapport

Sundhedsstyrelsen
Center for Forebyggelse
Islands Brygge 67
Postboks 1881
2300 København S

sst@sst.dk
URL: <http://www.sst.dk>

Manuskript:
Line-by-Line

Redaktion:
Jette Blands, Sundhedsstyrelsen
Andreas Christensen, Line-by-Line

Udgivet af: Sundhedsstyrelsen, juli 2005

Layout og produktion: Line-by-Line
Foto på forside/bagside: Karsten Weirup
Fotos side 8, 17, 18, 21, 22, 27, 29, 31, 35, 43: Lennart Søgård-Høyer
Fotos side 6, 11, 14, 20, 24, 26, 32, 34, 36, 37, 38, 42, 44, 47, 48: Niels Poul Dreyer
Fotos side 25, 40, 46: Thomas Yde
Fotos side 12 og 38 venligst udlånt af Astma-Allergi Forbundet
Foto side 41 venligst udlånt af Hyldehaven, Aalborg
Tryk: Scanprint

Elektronisk ISBN: 87-7676-128-2
Den trykte versions ISBN: 87-7676-129-0

Publikationen kan købes gennem
Sundhedsstyrelsens publikationer
c/o Schultz Information
Herstedvang 12
2620 Albertslund
Telefon: 70 26 26 36
Fax: 43 63 62 45
sundhed@schultz.dk

URL: <http://www.sundhed.schultz.dk>

Pris: kr. 0, dog betales ekspeditionsgebyr

FØDEVAREOVERFØLSOMHED HOS BØRN

Rapport fra Sundhedsstyrelsens konferencer afholdt den
11. november 2004 i Slagelse og den 3. marts 2005 i Århus

Forord

Denne rapport refererer indlæggene fra Sundhedsstyrelsens konferencer om fødevareroverfølsomhed hos børn den 11. november 2004 i Slagelse og den 3. marts 2005 i Århus. Konferencerne er sammen med rapporten led i en styrket oplysningsindsats om forebyggelse af fødevareroverfølsomhed hos børn, der er støttet af Indenrigs- og Sundhedsministeriet.

Fødevareroverfølsomhed hos børn er et emne, der ofte giver anledning til debat – og også et emne, der hersker megen usikkerhed om: Kan man forebygge fødevarerallergi under graviditeten og efter fødslen? Hvor mange børn har egentlig fødevareroverfølsomhed? Er allergi arvelig? Hvornår giver mælk allergi, og hvad sker der, hvis man udelukker centrale fødevarergrupper fra små børns kost? Hvad er cøliaki, og hvordan ser det ud med nyere fødevarerallergier? Hvordan er lovgivningen og mærkningen på fødevarerområdet – generelt og især i relation til fødevareroverfølsomhed?

Det er nogle af de spørgsmål, som Sundhedsstyrelsens konferencer forsøgte at give svarene på.

Konferencerne henvendte sig især til den kommunale sundhedstjeneste, der kommer i kontakt med næsten alle nye forældre.

Omkring 475 fagpersoner deltog i en af de to konferencer og hørte på indlæg fra nogle af Danmarks førende eksperter på området – og fik herved mulighed for en faglig opdatering på et særdeles komplekst område.

Indlæggene på konferencerne spændte fra definitioner og gennemgange af, hvad overfølsomhed og allergi egentlig er, til eksempler på den mangfoldighed af symptomer, fødevareroverfølsomhed hos børn kan fremstå med – først hos de helt små og senere også hos de lidt større børn. Mekanismerne, diagnostikken og ikke mindst den forebyggende behandling af fødevareroverfølsomhed (hvad kan man spise, og hvad skal man undgå) blev gennemgået grundigt sammen med den nye lovgivning på området.

Derudover indeholdt konferencerne eksempler på, hvordan man i dagpleje, daginstitution og skole kan arbejde med indsatser for overfølsomme børn.

Konferencerne gav også anledning til at præsentere resultaterne fra samarbejdsprojektet mellem Sundhedsstyrelsen, Fødevarestyrelsen, Danmarks Fødevareforskning og Astma-Allergi Forbundet om en styrket oplysningsindsats om fødevarerallergi. Samarbejdet har indtil nu udmøntet sig i

www.foedevareallergi.dk og en serie pjecer om overfølsomhed for mad – i alt ni pjecer, der i et let tilgængeligt sprog fortæller, hvad man kan spise, og hvad man bør undgå ved overfølsomhed over for bestemte fødevarer.

Det er Sundhedsstyrelsens håb, at konferencerapporten sammen med hjemmeside og pjecer kan medvirke til at fastholde den faglige opdatering vedrørende forebyggelse og behandling af fødevareroverfølsomhed og samtidig skabe en større klarhed på det særdeles komplekse område, som fødevareroverfølsomhed hos børn er.

God læsning!

Else Smith
Centerchef
Center for Forebyggelse
Sundhedsstyrelsen

Jette Blands
Læge, MPH
Center for Forebyggelse
Sundhedsstyrelsen

Indholdsfortegnelse

Hvad er overfølsomhed og allergi?	6
Indlæg ved overlæge, dr.med. Susanne Halken	
Allergifrygt er ofte uden grund	14
Indlæg ved ledende overlæge, dr. med. Arne Høst	
Børn med cøliaki.....	20
Indlæg ved overlæge, dr.med., MPA Birgitte Weile	
Grundig udredning er nødvendig.....	26
Indlæg ved ledende overlæge, professor, dr. med. Carsten Bindslev-Jensen	
Pollenallergi og krydsreaktioner	32
Indlæg ved læge, ph.d. Morten Østerballe	
Nye regler for mærkning af fødevarer	34
Indlæg ved sektionsleder Charlotte Madsen	
Fødevareallergi på egen hjemmeside	36
Indlæg ved kommunikationsmedarbejder Karin Stubgaard	
Allergidagpleje – også en mulighed.....	38
Indlæg ved souschef Anne Holm Hansen	
Børnehave for allergibørn	40
Indlæg ved leder Anette Poulsen	
Overfølsomme børn i skolen	42
Indlæg ved pædagog Gitte Møller Larsen	
Debat og spørgsmål.....	44
Adresser og hjemmesider	50

Hvad er overfølsomhed og allergi?

Atopisk eksem (børneeksem) og fødevareallergi går ofte over i andre allergiske sygdomme som høfeber og astma, der kan vare hele livet. Derfor er det afgørende, hvornår og hvordan man sætter ind med forebyggelse.



Indlæg ved over-
læge, dr.med.
Susanne Halken,
børneafdelingen
på Sønderborg
Sygehus

Symptomerne på allergisk sygdom varierer med alderen. Børneeksem og fødevareallergi, som starter i en tidlig alder, går ofte over. Til gengæld er der stor risiko for, at børn, der har haft disse sygdomme, senere udvikler andre sygdomme som astma eller høfeber. Det er udtryk for den såkaldte "allergiske march".

– Derfor er det vigtigt, at forebyggelse sættes ind på det rigtige tidspunkt, og at effekten af de forskellige forebyggende tiltag vurderes løbende og i den relevante alder, påpegede Susanne Halken i sit indlæg.

Fødevareallergi hyppigst hos småbørn

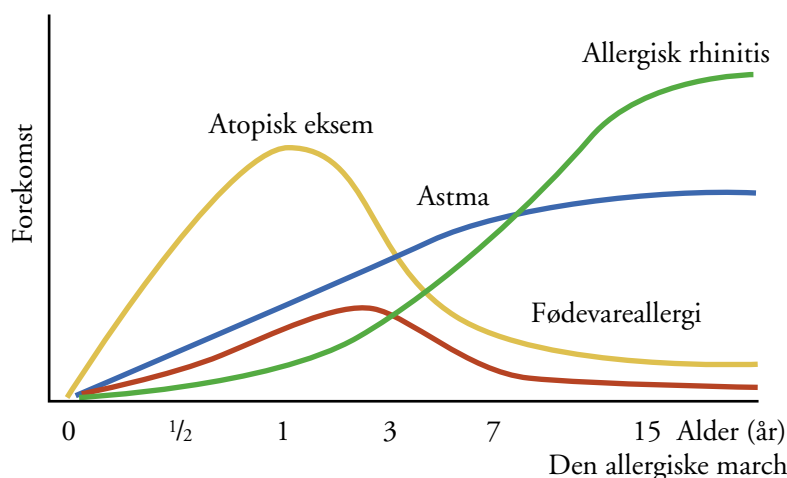
Fødevareallergi og atopisk eksem (børneeksem) forekommer hyppigst hos de mindre børn, og hyppigheden falder, når børnene nærmer sig skolealderen. Til gengæld stiger forekomsten af astma og høfeber, efterhånden som børnene bliver ældre. Grafen nedenfor illustrerer, hvor hyppigt de forskellige atopiske¹ sygdomme forekommer på forskellige alderstrin (se nedenstående figur).

– Sensibilisering og senere allergisk sygdom udvikler sig karakteristisk i den rækkefølge, individet bliver eksponeret for de enkelte

allergener, dvs. typisk først fødevareallergener (især mælk og æg) i de første leveår, herefter inhalationsallergenerne med indendørsallergenerne (husstøvmider, hund og kat) og senere udendørsallergenerne (pollen), forklarede Susanne Halken og uddybede:

– Der er stor forskel på, hvor hyppigt de forskellige overfølsomhedssygdomme forekommer på forskellige alderstrin. Fødevareallergi optræder hos 7-8 % af alle børn, oftest før skolealderen, og hos 40-60 % af disse kan påvises IgE-medieret allergi. Atopisk eksem optræder hos 15-20 % af alle børn, og hos højst ca. 30 % kan man påvise fødevareallergi. Ca. en tredjedel lider af småbørnsastma eller gentagne episoder af astmatisk bronchitis, og blandt dem med vedvarende behandlingskrævende symptomer (= astma) kan allergi påvises hos 30-60 %. Endelig er der astma og høfeber, som begge forekommer hos ca. 10 % af børn i skolealderen, hvoraf der hos de fleste – mellem 70 og 90 % – kan påvises allergi.

Forekomst af atopiske sygdomme i relation til alder



1) Atopi = (en nedarvet) evne til at danne IgE-antistoffer og til at udvikle typiske symptomer som astma, høfeber eller eksem

Tidlig sensibilisering og tidlige symptomer

Tilstedeværelse af IgE-antistoffer kan også påvises hos raske og behøver ikke at være forbundet med udvikling af allergisk sygdom.

Det kan være et normalt og ofte forbigående fænomen, især hvis der er tale om små mængder. Imidlertid er det vist, at tilstedeværelse af IgE-antistoffer over for æg, mælk og husstøvmider i spædbarnsalderen alt andet lige er forbundet med en øget risiko for senere at udvikle allergisk luftvejssygdom, især hos børn som allerede har tidlige allergiske manifestationer som fx atopisk eksem.

Spædbørn med atopisk eksem og/eller komælksallergi har en øget risiko for udvikling af allergisk luftvejssygdom. Således medfører tidlig sensibilisering, tidlig opståen af IgE-medieret komælksallergi og/eller atopisk eksem en øget risiko for senere

sensibilisering over for luftvejsallergener og udvikling af luftvejsallergi.

Immunforsvaret overreagerer

– Man har længe diskuteret, hvordan man skal definere de forskellige begreber, og man er nu blevet enige om en definition, fortalte Susanne Halken og gennemgik derefter nogle af de definitioner, som er foreslået af EAACI (European Academy of Allergology and Clinical Immunology) i 2001 og revideret af WAO (World Allergy Organisation) i 2003. I skemaet nedenfor vises nogle af definitionerne.

– Sensibilisering betyder blot tilstedeværelse af IgE-antistoffer, uanset om der er symptomer på allergisk sygdom eller ej, og kan også forekomme hos raske individer, understregede Susanne Halken.

– En allergisk reaktion er altså en reaktion, der forekommer, når et stof, som i sig selv ikke er skadeligt, får immunsystemet til at reagere. Det kan give anledning til sygdomme, især hos arveligt disponerede personer. Ofte – men ikke altid – udløses reaktionen, fordi personen producerer IgE-antistoffer. Atopi er den arvelige tilbøjelighed til at producere disse IgE-antistoffer, forklarede hun.

Begreb	Definition ifølge EAACI ² og WAO ³
Atopi	Atopi er en personlig eller familiær tendens til at producere IgE-antistoffer som respons på lave doser af allergener, oftest proteiner, og som en konsekvens heraf at udvikle typiske symptomer som astma, rhinokonjunctivitis eller eksem/dermatitis.
Hypersensitivitet/ overfølsomhed	Overfølsomhed er en reaktion, som forårsager objektivt reproducerbare symptomer eller tegn, udløst af en eksposition for en defineret stimulus i dosis, som tolereres af normale individer.
Allergi	Allergi er en overfølsomhedsreaktion udløst af immunologiske mekanismer.

2) Johansson SG et al. Revised nomenclature for allergy for global use: Report of the Nomenclature Review Committee of the World Allergy Organization, October 2003. *J Allergy Clin Immunol.* 2004 May;113(5):832-6

3) Johansson SG et al. A revised nomenclature for allergy. An EAACI position statement from the EAACI nomenclature task force. *Allergy.* 2001 Sep;56(9):813-24

Vigtigt at teste rigtigt

Der er fire typer af overfølsomhedsreaktioner, og flere af dem kan være involverede hos patienter med allergiske reaktioner. De to vigtigste og hyppigst forekommende beskrives her:

Type I – kaldes også IgE-medieret allergi – er den klassiske allergiske reaktion, hvor det er allergiantistoffet IgE, som udløser reaktionen. Type IV kaldes også den celledierede allergi – det er den, som ses ved allergisk kontaktseksem. Det er de to typer, vi oftest møder og har mulighed for at teste for. Type I påvises ved hjælp af hudprøvetest og/eller specifikt IgE i en blodprøve, og type IV påvises ved hjælp af lappetest på huden (epicutantest).

De allergiske sygdomme kan deles op i IgE-medierede og ikke-IgE-medierede. Når vi taler om allergisk sygdom, er det almindeligvis den IgE-medierede, hvor vi hos en patient med fx astma eller høfeber har påvist IgE-antistoffer med en positiv hudprøvetest eller specifikt IgE i en blodprøve.

– Om vi kan påvise en allergi eller ej, afhænger i høj grad af, hvilken test vi bruger, og om vi tester for det rigtige! sagde Susanne Halken.

– Det er imidlertid vigtigt at være opmærksom på, at man godt kan have både atopisk eksem, astma og høfeber, uden at der kan påvises allergi som årsag.



Især er de fleste tilfælde af atopisk eksem (børneeksem) ikke allergisk betingede, ligesom astmatisk bronkitis hos småbørn oftest er udløst af infektioner og ikke af allergi.

Diagnostik af fødevareallergi

Fødevareoverfølsomhed defineres som "sygdomme eller symptomer, der skyldes en fødevare, som udløser en abnorm reaktion i et eller flere organer, selv om det kun indtages i en normal mængde".

Fødevareallergierne klassificeres ligesom de andre allergiske sygdomme som nævnt tidligere: Fødevareoverfølsomhed kan således deles op i allergisk og ikke-allergisk fødevareoverfølsomhed. Allergisk fødevareoverfølsomhed = fødevareallergi defineres som reaktioner, der er udløst af immunologiske mekanismer.

Også her kan der være tale om IgE-medierede, som kan påvises ved hudprøvetest eller specifikt IgE, eller ikke-IgE-medierede, som fx kan være type IV-reaktioner, der kan påvises ved en lappetest.

– Type I-reaktionerne giver typisk anledning til straks-reaktioner (fx nældefeber eller opkastninger) i løbet af få minutter efter indtagelse af den pågældende fødevare, hvorimod type IV-reaktionerne typisk giver anledning til sene reaktioner som fx eksem.

– Hos mange børn med fødevareallergi kan flere forskellige reaktioner være involveret, og lappetest anvendes ikke som rutinetest. Vi taler således om IgE-medieret fødevareallergi, hvis hudprøvetest og/eller specifikt IgE i en blodprøve er positiv og om ikke-IgE-medieret fødevareallergi, hvis der ikke kan påvises reaktion i disse test. Betegnelsen fødevareintolerans anvendes ikke mere i denne sammenhæng, forklarede Susanne Halken.

Elimination og provokation

Diagnosen fødevareallergi kan kun stilles ved kontrollerede eliminations- og provokationsforsøg. Det vil sige, at der skal være symptomer, når barnet får den fødevare, man har mistanke til, symptomerne skal forsvinde, når den pågældende fødevare fjernes fra kosten, og symptomerne skal optræde igen ved efterfølgende provokation.

Eliminationsperioden skal være lang nok til, at symptomerne forsvinder, og man skal så entydigt se de samme symptomer igen ved provokation med den pågældende fødevare.

– Et dansk barn, som kun har symptomer i perioder, fx i vinterhalvåret, har sjældent fødevareallergi. De fleste danske børn spiser nemlig omtrent det samme hele året rundt, tilføjede hun.

Forældres iagttagelser er ikke nok

Susanne Halken påpegede, at forældres iagttagelser og rapporter om reaktioner efter indtagelse af forskellige fødeemner sjældent var korrekte – og i hvert fald ikke nok til at stille en diagnose.

– Det har vist sig, at det kun er en tredjedel af de forældrerapporterede fødevarereaktioner, der senere kan bekræftes ved kontrollerede diæt-provokations-forsøg. Hos småbørn er det ofte tilstrækkeligt at lave kontrollerede, åbne provokationer, hvis de udføres af læger eller sygeplejersker med

stor viden og erfaring. Hos større børn kan det være nødvendigt at gennemføre blindede provokationer.

Som et eksempel viste Susanne Halken et foto af en fem uger gammel dreng, som viste flere tegn på komælksallergi. Han havde eksem, nældefeber, røde, irriterede øjne, opkastninger og var i dårlig trivsel, og han var startet med modermælkserstatning i tre-fire-ugers-alderen. Indtil da blev han udelukkende ammet. Symptomerne forsvandt, da han kom på diæt med en modermælkserstatning uden komælksproteiner (højt hydrolyseret modermælkserstatning) og kom tilbage ved provokation med mælk.

– Selv i så oplagt et tilfælde supplerede vi med priktest og en specifik test for IgE for at afklare, om der var tale om en IgE-medieret reaktion. Herigennem fik vi en indikation for risikoen for en svær straks-reaktion ved provokation og for hans risiko for på et senere tidspunkt at udvikle andre allergier og symptomer. Testen er altså et led i den videre forebyggelse, understregede Susanne Halken.

Kan allergisk sygdom forebygges?

Billedet af den mælkeallergiske baby var stikordet til spørgsmålet om, om man kan gøre noget for at forhindre de allergiske sygdomme i at opstå og udvikle sig.

– Det er desværre ikke så enkelt, at der bare er et gen, som man kan modificere og dermed forhindre atopi – altså den arvelige tendens at producere IgE-antistoffer, forklarede Susanne Halken.

– Udvikling af allergi skyldes et kompliceret samspil mellem genetiske faktorer og forskellige miljøfaktorer, som både kan have hæmmende og fremmende effekt på allergiudvikling. Allergisk disposition er forbundet med udvikling af allergisk sygdom, som opstår hos 20-30 % af børn med enkeltdisposition (dvs. at far, mor eller søskende har sikker⁴ allergisk (atopisk) sygdom) og hos op til 50 % af børn med dobbelt disposition for allergi (begge forældre har sikker allergisk (atopisk) sygdom); men allergisk sygdom opstår også hos børn uden allergisk disposition.

Mange forskellige miljøfaktorer har været undersøgt og givet anledning til forskellige hypoteser vedrørende udvikling af allergiske sygdomme. Man kan ikke udpege en enkelt faktor eller en enkelt hypotese, som entydigt forklarer udviklingen af allergisk sygdom.

Børn med en atopisk prædisposition har en øget risiko for udvikling af allergisk sygdom og kan have en defekt i reguleringen af immunsystemet, som kan identificeres ved forskellige metoder som fx måling af navlesnors-IgE.

4) Sikker = lægediagnosticeret

– Måling af Navlesnors-IgE er ikke anvendelig til generel screening, men forhøjet navlesnors-IgE⁵ kan sammen med den familiære disposition afgrænse en gruppe af børn med særlig høj risiko for allergisk sygdom til ca. 10 % af en fødselsårgang, hvorimod denne gruppe omfatter 30-40 %, hvis den baseres på familiær disposition alene. Derved reduceres risikoen for sygeliggørelse, og der kan opnås den samme forebyggende effekt, fortalte Susanne Halken.

Kan reducere risikoen til en femtedel

Kosten i de første levemåneder har afgørende betydning for udvikling af fødevareallergi, forklarede Susanne Halken.

– Hvis børn med særlig risiko for at udvikle allergi alene får brysternæring i de fire første levemåneder, nedsættes deres risiko for at få komælksallergi og atopisk eksem i de første leveår samt

risikoen for luftvejsinfektioner og recidiverende hvæsen og astma op til seksårsalderen.

– Tilsvarende kan ernæring med højt hydrolyseret modermælks-erstatning i barnets først fire levemåneder, som supplement til modermælk (eller alene, hvis amning ikke er mulig), samtidig med at barnet ikke får anden kost de første fire-seks måneder, reducere risikoen for komælksallergi. Der er tale om en regulær forebyggende effekt. Blandt børn med en særlig risiko for allergi, som ikke fik forebyggende diæt i de første fire levemåneder, har vi tidligere fundet, at 20 % udviklede mælkeallergi, hvorimod det kun var 3-4 % blandt tilsvarende allergidisponerede spædbørn, som fik forebyggende diæt i de første fire levemåneder, oplyste Susanne Halken og tilføjede, at delvist hydrolyserede modermælks-erstatninger også har en effekt, men ikke så udtalt.

Susanne Halken understregede, at denne forebyggende effekt kun gælder for børn med særlig risiko for allergi, ligesom der ikke er belæg for diæt til moderen, hverken i graviditeten eller i ammeperioden, eller for diæt til barnet efter fire månedersalderen.

– Er det indsatsen værd? Nogle vil måske sige, at det kan være lige meget, når mælkeallergi som regel går over. Men husk på den lille dreng fra før, og tænk lige på, hvor mange symptomer, problemer og medicinske behandlinger man kunne spare ham og hans forældre for.

Miljøfaktorernes betydning

Udsættelse for tobaksrøg, også fra moderen i løbet af foster-tilværelsen, spiller en stor rolle for udvikling og forværring af luftvejssymptomer hos børn. Der er større risiko for hvæsen, astma, nedsat lungefunktion og bronkial hyper-reaktivitet, hvis barnet udsættes for passiv

Familiær disposition

På baggrund af familiær disposition – det vil sige mindst en førstegradsslægtning (forældre, søskende) med dokumenteret, behandlingskrævende allergisk sygdom, eventuelt kombineret med navlesnors-IgE – kan man definere en gruppe af børn med særlig risiko for udvikling af allergisk sygdom. Disse børn kan have:

- *dobbelt forældredisposition*, dvs. begge forældre har/har haft flerårig lægediagnosticeret, behandlingskrævende allergisk sygdom (fødevareallergi, atopisk eksem, astma, høfeber), eller
- *svær enkeltendisposition*, dvs. en af forældrene og/eller søskende har/har haft flerårig, lægediagnosticeret, behandlingskrævende allergisk sygdom (fødevareallergi, atopisk eksem, astma, høfeber), evt. kombineret med forhøjet navlesnors-IgE.

5) Navlesnors-IgE måles ikke rutinemæssigt i Danmark

rygning. Især spiller moderens rygning og mængden af røg en rolle. Men om der også er en sammenhæng mellem passiv rygning og risikoen for allergisk sensibilisering, ved man ikke. Nogle undersøgelser tyder på, at der er en sådan sammenhæng, andre på det modsatte, oplyste Susanne Halken.

– Betydningen af udsættelse for husstøvmider og pelsdyr (især kat) for udviklingen af allergisk sygdom er meget omdiskuteret og belyst i talrige undersøgelser. I de fleste af disse er der imidlertid betydelige muligheder for fejltolkninger, blandt andet på grund af hukommelsesbias, selektionsbias og “sygdomsmodificeret adfærd”. Således har nyere undersøgelser vist, at forældre til spædbørn med allergidisposition og/eller tidlige allergiske symptomer ændrer adfærd, fx ved at de ammer børnene længere og udsætter dem mindre for eller decideret fravælger tobaksrøg og dyr.

– Når der tages højde for disse forhold, har man i nogle undersøgelser fundet, at eksponering for husstøvmider og kat medfører øget risiko for sensibilisering og udvikling af allergiske luftvejs-symptomer, specielt hos allergidisponerede spædbørn.

Susanne Halken nævnte, at der er flere igangværende prospektive interventionsundersøgelser af store kohorter af nyfødte, hvor man undersøger effekten af at reducere ekspositionen for



indendørsallergener (især husstøvmider) til børn med særlig risiko for allergi. De første resultater tyder på, at en reduktion af ekspositionen for husstøvmideallergener kan medføre nedsat risiko for sensibilisering og astma op til otteårsalderen, men først når man har en langtidsopfølgning af disse studier, kan man drage endelige konklusioner.

– Forholdet mellem eksponering og dosis på den ene side og risikoen for sensibilisering på den anden er således ikke så enkelt, som man skulle tro, konkluderede hun.

Når det gælder mælkeproteiner og husstøvmider, er der en klar sammenhæng mellem, hvor meget man udsættes og risikoen for sensibilisering – specielt hos allergidisponerede spædbørn. Det samme er fundet for kat; men nogle undersøgelser har vist, at der var mindst allergi blandt de børn, som var meget eksponeret for kat.

Dette kan imidlertid meget nemt forklares med, at de familier, som har syge børn, afskaffer katten, hvorimod de familier, som tåler kat, har (flere) katte.

Vælg pålidelige parametre

– Det er vigtigt, at vi vælger de rigtige parametre, når vi undersøger disse forhold, påpegede Susanne Halken og henviste til, at der i hvert fald for højrisikogruppen er en klar sammenhæng mellem at blive udsat for et allergen og at blive sensibiliseret. Der er også sammenhæng mellem sensibilisering og udvikling af allergisk sygdom – herunder allergisk betinget astma.

– Når man ser på sammenhængen mellem allergen eksposition og fx astma generelt, kan man ikke påvise en sådan sammenhæng. Det kan skyldes, at astma kan have mange andre årsager end allergi, og man kan derfor ikke forvente at se en sammenhæng mellem udsættelse for kat og infektionsudløst astma.

– Derfor skal vi vælge effektparametre, der giver os en mulighed for at se sammenhænge, der er pålidelige.

Indemiljøet betyder meget

Indemiljøet har stor betydning for risikoen for sensibilisering og udvikling af allergiske sygdomme. Det ved man, men helt præcist hvordan miljøet indendørs spiller ind, er ikke kortlagt. Susanne Halken sammenfattede den nuværende viden for allergi-disponerede spædbørn således:

- Spædbørn, som udsættes for husstøvmider og dyr, har større risiko for sensibilisering.
- Jo større dosis, de udsættes for, jo større er risikoen.
- Der er en synergieffekt – så hvis man eksempelvis både har kat og udsættes for tobaksrøg, er der større risiko, end hvis man kun har kat.
- Der er en sammenhæng mellem sensibilisering og udvikling af allergisk astma.
- Der synes at være en forebyggende effekt af at reducere udsættelsen for husstøvmideallergen, men langtidsopfølgning af pågående studier afventes.
- Udsættelse for tobaksrøg medfører øget risiko for allergiske luftvejssymptomer.

– Vi ved noget om, hvorfor vi udvikler allergi, og hvad vi kan gøre for at undgå det. Vi ved fx, at tobaksrøg har stor betydning, og at udsættelse af børn med særlig allergirisiko for allergener har betydning.

– Og så har vi nogle hypoteser – fx om livsstilens betydning og om betydningen af tarmfloraen og vaccinationer. Men her er det, vi skal være kritiske. For det faktum, at to forhold forekommer samtidig, behøver ikke at betyde, at der er en årsagssammenhæng. Selv om antallet af storke faldt, og der samtidig fødtes færre børn, er det jo ikke et bevis for, at det var storken, som kom med de nyfødte børn! sagde Susanne Halken.

Undersøgelser frem for tro

Forebyggelse deles normalt op i flere niveauer: primær, sekundær og tertiær. Den primære forebyggelse af allergi går ud på at forebygge, at allergiske sygdomme opstår hos raske børn. Den sekundære forebyggelse retter sig mod tidlig opsporing af syge børn og skal medvirke til at formindske symptomerne og forhindre, at sygdommen videreudvikler sig og resulterer i funktionstab. Og den tertiære forebyggelse skal forebygge, at kronisk syge får et tiltagende funktionstab.

– Man kan diskutere, om det er primær eller sekundær forebyggelse, når vi forsøger at forhindre, at et barn med komælksallergi senere får astma. Men diskussionen er ikke så vigtig, for formålet med forebyggelse må være at forhindre, at nogen får det ringere, sagde Susanne Halken.



Sundhedsstyrelsens (1993) og WHO's (2002-2003) anbefalinger for forebyggelse af allergi hos spædbørn	
Spædbørn <i>uden</i> særlig risiko for at udvikle allergisk sygdom	Spædbørn <i>med</i> særlig risiko for at udvikle allergisk sygdom (Se boksen "Familiær disposition" på side 10)
• Udelukkende brysternæring i mindst seks måneder* – hvis brysternæring ikke er nok, anbefales tilskud med almindelig komælksbaseret modermælks-erstatning	• Udelukkende brysternæring i mindst seks måneder – hvis brysternæring ikke er nok, anbefales tilskud med dokumenteret højt hydrolyseret (hypoallergen) modermælks-erstatning de første fire måneder**
• Ingen særlig diæt til moderen	• Ingen særlig diæt til moderen
• Undgå fast føde indtil seks månedersalderen	• Undgå fast føde indtil seks månedersalderen
• Undgå tobaksrøg – også under graviditeten	• Undgå tobaksrøg – også under graviditeten • Reducer allergen eksposition⁶ (husstøvmider, pelsdyr) tidligt i livet • Undgå fugtig bolig⁷ og forurening

* Sundhedsstyrelsen og WHO anbefaler seks måneders fuld amning, men hvis barnet er sultent, kan man ved behov begynde på skemad efter fire månedersalderen.

** Af hensyn til allergiforebyggelse er fire måneder tilstrækkeligt. Derfor kun anbefaling om højt hydrolyseret (hypoallergen) modermælks-erstatning de første fire måneder. Efter fire månedersalderen kan allergidisponerede børn ernæres som alle andre børn.

– Det er vigtigt, at de anbefalinger, vi kommer med, så vidt muligt er evidensbaserede, dvs. baserede på videnskabelig dokumentation og her helst gode kontrollerede, randomiserede undersøgelser, eller – hvis sådanne ikke kan foretages – på gode prospektive fødselskohortestudier af fx brysternæring og tobaksrøg.

Forskellige budskaber

Allergiforebyggende tiltag kan være rettet mod den generelle befolkning eller mod børn med særlig risiko for udvikling af allergisk sygdom.

Nogle allergiforebyggende råd kan anbefales til alle, og så kan der være supplerende råd til børn med særlig risiko for udvikling af allergisk sygdom.

En arbejdsgruppe under WHO har i 2002-2003 udarbejdet evidensbaserede retningslinjer for primær allergiforebyggelse til børn både uden og med særlig risiko for at udvikle allergisk sygdom. Sundhedsstyrelsen udarbejdede i 1993 anbefalinger på området. I skemaet øverst på siden er anbefalingerne gengivet.

6) Sundhedsstyrelsen fraråder indtil videre pelsbærende dyr det første leveår

7) Sundhedsstyrelsen anbefaler at sørge for et godt indeklima – især i sove miljøet

Allergifrygt er ofte uden grund

Småbørn kan reagere mod mange forskellige fødevarer – men ikke i nær så høj grad, som forældrene tror.



Indlæg ved ledende overlæge, dr. med. Arne Høst, børneafdelingen på Odense Universitetshospital

Ledende overlæge Arne Høst fra børneafdelingen på Odense Universitetshospital indledte kort med at vise den nye reviderede nomenklatur fra 2004¹ vedrørende overfølsomhed og allergi og herunder fødevareallergi. Man skelner overordnet mellem fødevareallergi og ikke-allergisk fødevareoverfølsomhed. Fødevareallergien deles så yderligere op i IgE-medieret og ikke-IgE-medieret fødevareallergi.

Og er det ikke ærgerligt, at vi ikke har det gode gamle begreb intolerans mere? spurgte Arne Høst og gav selv svaret:

– Nej. For det er meget godt, at vi har fået en klassifikation for dem, der reagerer mod fødevarer, men hvor vi ikke kan finde noget specifikt ved undersøgelserne. Og det, at vi nu skelner mellem IgE-medieret og ikke-IgE-medieret allergi, kan måske være et incitament til at undersøge, om børnene reagerer positivt på priktest eller har specifikt IgE i blodet. Det sker nemlig ikke altid nu, påpegede Arne Høst.

To tredjedele var falsk alarm
Forældre henvender sig ofte til sundhedsvæsenet, fordi de har

mistanke om, at deres børn har fødevareallergi. Forskellige undersøgelser viser, at mellem en fjerdedel og halvdelen af forældre til førskolebørn har rapporteret om fødevarereaktioner hos deres børn. For skolebørn er tallene noget lavere, mellem 4 og 8 %.

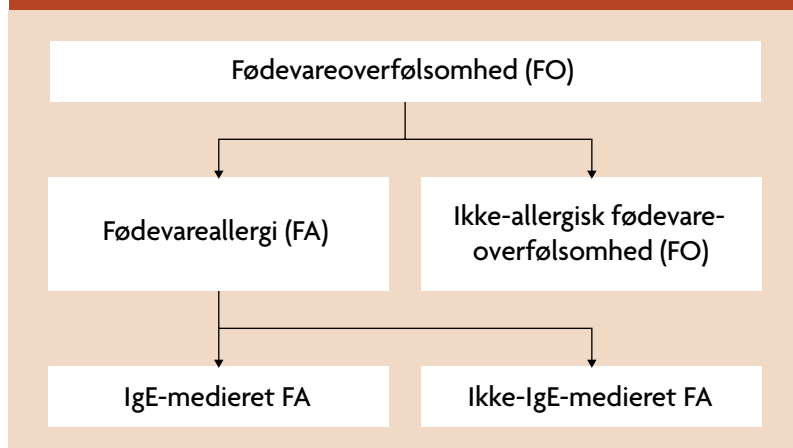
– Men i begge tilfælde er de faktiske tal meget lavere. Kun ca. i en tredjedel af tilfældene har man kunnet bekræfte diagnosen, fortalte Arne Høst.

Den samme undersøgelse, som viste, at 47 % af forældrene på et eller andet tidspunkt i børnenes førskolealder havde rapporteret om mistanke til fødevareallergi, viste også, at der i alt var højst 8 % af børnene, som rent faktisk fik stillet diagnosen på et tidspunkt, inden de fyldte tre år. Efter treårsdagen er der kun 2,3 %, som får stillet diagnosen, viser et andet studie.

Allergi giver mere allergi

Billedet af, at langt under 10 % af børnene lider af fødevareallergi, ændres oftest, når man kigger på børn med andre typer allergiske

Fødevareoverfølsomhed – Klassifikation



1) Johansson SG et al. Revised nomenclature for allergy for global use: Report of the Nomenclature Review Committee of the World Allergy Organization, October 2003. J Allergy Clin Immunol. 2004 May;113(5):832-6
Johansson SG et al. A revised nomenclature for allergy. An EAACI position statement from the EAACI nomenclature task force. Allergy. 2001 Sep;56(9):813-24

sygdomme. Flere undersøgelser, bl.a. Arne Høsts egne, viser, at mellem 33 % og 38 % af de børn, der i forvejen lider af børneeksem (atopisk dermatitis) også udvikler fødevareallergi af en eller anden slags. Her er tale om ældre undersøgelser (begge fra 1988) og om ret få børn (ca. 50).

– Men selv om vi sætter tallet til maksimalt 30 %, er der dog tale om et betydeligt antal. Og vi skal huske på, at eksemet ikke forsvinder, selv om den pågældende fødevare fjernes. Børnene vil blive ved med at have sart hud, og hvis de fx sveder, får de lettere eksem igen. Man skal ikke bilde forældrene andet ind, formanede Arne Høst.

Der er også foretaget undersøgelser af krydsreaktioner mellem pollenallergi og fødevarer. Her varierer tallene meget, men uanset om det er 45 eller 75 % af pollenallergikerne, som også reagerer på forskellige frugter, grøntsager og krydderier, så er det langt mere end for børn uden allergiske sygdomme.

– Derimod tyder det ikke på, at børn med astma har væsentlig større risiko for at udvikle fødevareallergi end andre. Her viser en undersøgelse fra 1995, at mellem 4 og 6 % af disse børn har fødevareallergi. Det er i samme størrelsesorden som for alle børn, oplyste Arne Høst, der ud fra de mange forskellige litteraturoplysninger skønnede, at fødevareallergi forekommer hos mellem 6 og 8 % af alle børn.

Komælksallergi forekommer hos 2-3 % af børnene, ægallergi hos ca. 1,5 % og jordnøddeallergi hos mellem 2 og 4 promille. Under 1 % af børnene er overfølsomme over for tilsætningsstoffer.

– Hos ca. en fjerdedel af de familier, hvor der er noget, der ligner allergisk sygdom, får forældrene mistanke om fødevareallergi, men det kan som sagt kun verificeres i ca. en tredjedel af tilfældene.

Afhænger af kosten

Hvilke fødevarer giver allergi? Ifølge Arne Høst er det spørgsmål ikke så ligetil at svare på. For det afhænger meget af, hvem man stiller det til, og hvor i verden man spørger.

– Fx viste en norsk undersøgelse fra 1992-93, at 20 % af alle børn havde fødevareallergi af en eller anden slags, inden de var fyldt et år. Og inden for de første to leveår havde 35 % af børnene oplevet allergiske reaktioner på grund af fødevarer. Men her spurgte man forældrene! To tredjedele af alle symptomer forsvandt i løbet af et halvt år, og så har det ikke en snus med allergi at gøre, men er blot tilfældige sammenbrud af noget, som børnene har spist og nogle udefinerede symptomer, påpegede Arne Høst.

Men selv hvis man udelukkende beskæftiger sig med verificerede tilfælde, er der stor forskel på, hvilke fødevarer, der "giver" allergi i de forskellige lande.

– I USA har man gennemført en undersøgelse, der viser, at de mest allergifremkaldende fødevarer hos spædbørn er komælk, æg, jordnødder og soja. Senere kommer hvede, nødder, fisk og skaldyr til. Billedet ligner det danske, men ikke helt. Sojaallergi er fx næsten helt ukendt i Danmark, og jordnøddeallergi er ikke nær så hyppig.

Komælk er ikke speciel

Men hvorfor er der forskel på, hvilke fødevareallergier der viser sig først? spurgte Arne Høst. Svaret er, at man kan udvikle allergi over for det, man får at spise, og at allergi optræder hyppigere, jo tidligere man får det pågældende fødeemne præsenteret i kosten!

– Komælk er ikke specielt allergifremkaldende, men det er det første fødeemne, barnet stifter bekendtskab med. Og at mange tror, at jordnødder er specielt allergifremkaldende, skyldes udelukkende, at man i USA "propper" ungerne med mad baseret på peanuts, fra de er helt små. Derfor viser alle amerikanske undersøgelser, at jordnødder er meget allergifremkaldende, fortalte overlægen.

– I fx Spanien ser det helt anderledes ud. Her kommer fisk på tredjepladsen efter mælk og æg. Så kommer frugt og grøntsager, og det afspejler bare den spanske kost – ikke at spanske fisk er mere allergifremkaldende end amerikanske!

Mangfoldige symptomer

Børn med fødevareallergi kan have mange forskellige symptomer, og de har tit flere symptomer samtidig. I mere end halvdelen af tilfældene opstår symptomerne i maven, lidt flere får symptomer på huden, og i ca. en tredjedel af tilfældene er der problemer med luftvejene. Hertil kommer symptomer på dårlig trivsel generelt. Større børn (og voksne) får ofte kløe og eventuelt hævelse i mund og svælg som den første reaktion. Men mindre børn kan måske bare ikke fortælle om det, sagde Arne Høst. Han tilføjede:

– Det forekommer endda, at folk får såkaldt anafylaktisk chok, når de spiser noget, de ikke kan tåle. Blodtrykket falder, de får svært ved at trække vejret og kan få livstruende ødemer i svælg. I USA er der faktisk flere mennesker, som dør af anafylaktisk chok efter at have indtaget føde, de ikke kan tåle, end af chok efter bi- eller hvepsestik, fortalte Arne Høst.

– Maven kan reagere med diaré, og barnet kan også få opkastninger eller kolik. Men kolik i sig selv er ikke tegn på fødevareallergi, selv om mange tror det. Kolik optræder stort set aldrig som det eneste symptom, men sammen med andre symptomer, hvis det er fødevareallergien, som udløser den, fortalte Arne Høst.

– Fødevareallergi kan være en årsag til forværring af eksem (atopisk dermatitis) i de første leveår. Vi ser også, at huden kan reagere med nældefeber straks efter ind-

tagelse af en fødevare, som man er allergisk over for. Endelig kan der komme andre typer af udslæt på huden.

Luftvejsproblemerne kan være astma eller høfeber, som man påviste hos ca. en tredjedel af børnene med komælksallergi i Arne Høsts undersøgelse fra 1988. Høfeber alene var der ca. 20 %, der havde (8 ud af 39).

Forskel på symptomerne

Der er forskel på symptomerne på den IgE-medierede fødevareallergi og den ikke-IgE-medierede.

Ved de netop beskrevne symptomer vil der ofte kunne påvises IgE-antistoffer. De er IgE-medierede, og de er lagt de hyppigste, tilføjede Arne Høst. I sjældne tilfælde kan der påvises en ikke-IgE-medieret fødevareallergi. Eksempler herpå er “Dietary protein enteropathy”, som er en lidelse, hvor tyndtarmen er delvis flad. Desuden nogle tyktarmskatar-lignende symptomer. Derimod er de røde plamager omkring munden, der af og til forekommer hos småbørn efter indtagelse af citrusfrugter, *ikke* allergi. Det er oftest en irritation, der skyldes indholdet af frugtsyre.

Suspekter og sjældne fødevareallergier

Arne Høst oplever ofte, at fødevareallergi får skyld for en lang række symptomer og sygdomme hos børn. Derfor havde han et afsnit i sit indlæg, som han kaldte “Suspekter og sjældne fødevareallergier”.

– Mange tror, at mælkeallergi kan give anledning til mellemørebetændelse eller væske i mellemøret. Men det er ikke allergien i sig selv, der er årsagen. Det er den hævelse af slimhinderne i svælget, der ses i tilslutning til øvre luftvejsinfektioner, som lukker for det eustakiske rør og udløser undertryk i mellemøret. Allergisk inflammation i mellemøret ses i sjældne tilfælde hos atopikere, men Arne Høst pointerede, at det er meget sjældent, at otitis forekommer som det eneste symptom ved allergi.

Der er også andre årsager til mellemøreproblemer.

Lejringen: Når børn, som får modernælkserstatning, oftere ses med mellemøresymptomer end brystbørn, skyldes det ofte en så simpel ting, som at spædbørn ligger ned og får flaske. Mælken “render lige ned i øret”.

- *Passiv rygning:* Det er med øreproblemer som med det meste: Tobaksrygning gør det værre.
- *Virusinfektioner* i øvre luftveje er den hyppigste årsag til mellemøreproblemer. Og brysternæring forebygger, påpegede Arne Høst.

Sjældent kun ét symptom

Som tidligere omtalt er kolik et andet af de symptomer, der ofte tilskrives fødevareallergi. Det samme gælder mere almindelig forstoppelse, som er rapporteret, men som Arne Høst aldrig selv har set som et isoleret symptom på fødevareallergi.



– Hverken forstoppelse eller kolik ses – bortset fra i enkelte ældre svenske undersøgelser² – som de eneste symptomer ved fødevareallergi, men følges ofte af andre symptomer. Det kan ofte være fra mavetarmkanalen – fx diaré eller opkastninger.

I det hele taget ses der meget sjældent kun ét symptom ved fødevareallergi. Når det sker, er det som regel atopisk dermatitis, som optræder alene.

Det, at symptomerne ofte optræder sammen, gør det vanskeligt at udrede, om der er tale om imære symptomer eller sekundære symptomer som tegn på en fødevareallergi

Differentialdiagnoser

Gastroøsofageal reflux, som er opstød af mavesyre uden betændelse i spiserøret, er i en undersøgelse fra Sydeuropa rapporteret hos op til halvdelen af børn under et år med komælksallergi, men det er ikke noget, som hører til hverdagen i Danmark.

– Sådanne opstød giver en række symptomer, som også kan skyldes egentlig fødevareallergi. Det gælder fx symptomer som dårlig trivsel, problemer med at spise, opkast og gylp og anæmi samt luftvejssymptomer som piben, hvæsen og hoste eller strubekramper. Det gør det vanskeligt at stille differentialdiagnoser – dvs. at adskille sygdomme med beslægtede symptomer fra hinanden, påpegede Arne Høst.

2) Lothe L and Lindberg T. Cow's milk formula as a cause of infantile colic: a double-blind study. Pediatrics. 1982 Jul;70(1):7-10



Og som eksempler på gastro-intestinale symptomer og sygdomme, som kunne forveksles med fødevareallergi, nævnte Arne Høst en række eksempler: infektioner, kolik, pylorusstenose (forsnævring af overgangen mellem mavesækken og tolvfingertarmen), brok, fistler til spiserøret, problemer med enzymsyntesen i tarmslimhinden, andre stofskifteproblemer og Hirschsprungs sygdom (Megacolon congenitum). Nogle af disse, fx kolik og den gastro-øsofageale refluks, kan både være sygdomme i sig selv og symptomer på fødevareallergi.

– Specielt laktose-malabsorption skal vi være opmærksomme på. Den findes i en – hos os sjælden – kronisk form, hvor enzymet laktase, som spalter mælkesukkeret, mangler helt, men optræder også i forbindelse med tarminfektioner, hvor produktionen af laktase er nedsat. I begge tilfælde er resultatet, at børnene får diaré, når de drikker mælk – også modernælk. Men de kan godt tåle lidt mælk. Og den er ikke livsfarlig, fortalte Arne Høst.

Mærkelige diæter

Hos lidt større børn og børn i skolealderen er der også mange, som kommer til læge med noget, som let kan forveksles med fødevareallergi.

– Mange børn får alt for meget “kaninmad” (grøntsager, frugt, rosiner) samt store mængder saft/juice i stedet for vand, sagde Arne Høst ligeud og fortsatte: Det kan give endda ganske voldsom diaré. Men det betyder ikke, at børnene er allergiske over for grøntsager. Der er også mange andre eksempler på, at børn sættes på mærkelige diæter, og hvor forældrene tror, at der er tale om allergi, mens det i virkeligheden er kosten, som er for ensidig.

Infektionssygdomme, inflammatoriske tarmsygdomme, nedsat enzymproduktion og forskellige malabsorptionssygdomme kan også let forveksles med fødevareallergi hos børn i børnehave- og skolealderen.

– Det korte af det lange er, at man – før man tænker fødevareallergi – skal tænke på normale reaktioner på for ensidig og uhensigtsmæssig kost, sagde Arne Høst.

– Og så skal man være opmærksom på, at årsagerne til symptomerne måske skal søges helt andre steder. Det er jo ikke så godt, hvis man forveksler fx cystisk fibrose med fødevareallergi.

Fødevareallergi – hvornår?

– Det er selvfølgelig vigtigt, at vi får diagnosticeret fødevareallergien, når det vitterlig er det, børnene fejler. Men hvornår skal man så mistænke fødevareallergi? spurgte Arne Høst.

Han pegede på fem tilfælde, hvor man kan have en bestyrket mistanke om, at det er fødevareallergi, barnet har:

- Når der er svære og vedvarende helårssymptomer, der ikke skyldes andre sygdomme.
- Når der er symptomer ved kostændring eller specifik kost – provokation.
- Når der er allergi i familien.
- Når der er mindst to forskellige symptomer.
- Når der er symptomer fra mindst to forskellige organsystemer.

Vigtigt at teste for IgE

– Prognosen for fødevareallergi er generelt god. Men det afhænger af, hvilke fødevarer barnet ikke kan tåle, fortalte Arne Høst.

De allergier, som er mest almindelige blandt spædbørn, nemlig komælks- og ægallergi, vokser man som regel fra. De, der er allergiske over for jordnødder, nødder eller fisk og skaldyr, har større risiko for ikke at slippe af med allergien i løbet af barndommen.

Har man i forvejen pollenallergi, er der stor risiko for at kryds-reagere over for visse frugter og grøntsager. Det kan resultere i det såkaldte orale allergisyndrom (OAS).

Ved denne tilstand får en person, der fx har høfeber med allergi over for birkepollen, typisk kløe og irritation og ofte også hævelse af læber og i munden ved indtagelse af fx hasselnødder eller friske æbler.

Årsagen til disse symptomer er en krydsallergi, der skyldes, at allergenerne i birkepollen og fx hasselnødder og æbler ligner hinanden så meget, at immunforsvaret hos personer med birkepollenallergi ikke kan skelne mellem de allergifremkaldende stoffer i birkepollen og de nævnte fødevarer. På grund af den stigende forekomst af pollenallergi ses OAS som symptom på fødevareallergi stadig mere hyppigt, og her er udsigten til, at man slipper af med sin allergi, ikke så god, forklarede Arne Høst.

– Det, som har stor betydning for forløbet af sygdommen, er, om man udvikler andre allergier eller astma. Og der er mange studier, som bekræfter, at spædbørn, som får komælksallergi, senere har større risiko for at udvikle andre allergiske sygdomme,

fx astma, som har dårligere prognose (se den allergiske march side 6). Og det er i høj grad de IgE-medierede allergier, som har denne tilbøjelighed til at udvikle kroniske allergiformer. Derfor er det ikke ligegyldigt, om man får testet for IgE, påpegede Arne Høst.

Behandlingen starter med en sikker diagnose

– Det allervigtigste ved behandling af fødevareallergi er at få verificeret diagnosen. Hvis man behandler en “forkert” allergi, risikerer man at gøre ondt værre, og man risikerer fejlbehandling og fejlnæring af børnene, understregede Arne Høst.

Når diagnosen er stillet med sikkerhed, hvilket ud over en grundig sygehistorie kræver priktest og IgE-undersøgelse og obligat diæt efterfulgt af provokation med de(n) mistænkte fødevare(r), skal man naturligvis have den rigtige diæt, og her må læger og sygeplejersker ofte samarbejde med diætister.

Men diæten må heller ikke vare for længe. Gentagelse af provokationer hvert halve til hele år op til 3-4-års-alderen er en god idé. For vi har jo set, at der er gode prognoser for, at de fleste fødevareallergier forsvinder. Og der er jo ingen grund til at behandle længere end højst nødvendigt, fortsatte Arne Høst sin konklusion.

Selv om prognoserne er gode, er der dog også risiko for særdeles alvorlige komplikationer.

– Man skal derfor have en EpiPen klar til hurtig behandling ved anafylaktiske reaktioner. Det skal være den med den lille dosis på 0,15 mg til børn under 15 kg og den med 0,3 mg til dem over 15 kg. Og familien og børnene skal lære, hvordan de bruger den, påpegede overlægen. Rådgivning var et andet hovedpunkt, som Arne Høst fremhævede. Man skal rådgive om miljø og i det hele taget om sekundær forebyggelse, så man undgår forværring og andre allergier.

– Hvis man sørger for en korrekt forebyggende behandling – det vil sige både undgår de ting, som børnene er allergiske over for og sørger for en korrekt medicinsk behandling af børneeksem, astma og høfeber, som er de mest generende symptomer og følgevirkninger – så kan børn med fødevareallergi få en rimelig barndom med gode udsigter til at blive fri for symptomer og sygdom senere i livet, lød Arne Høsts slutbemærkning på konferencen.

Fem gode råd i behandling af fødevareallergi

- **Verificer diagnosen**, så fejlbehandling og fejlnæring undgås.
- **Fastlæg diæt, eventuelt sammen med en diætist**, men undgå unødvendig diæt – gentag provokationen hvert halve eller hele år.
- **Behandl symptomer på** børneeksem, astma og høfeber.
- **Rådgiv samtidig om** miljø og sekundær forebyggelse.
- **Hav EpiPen parat ved risiko for anafylaktisk reaktion** – lær børnene og forældrene, hvordan den bruges.

Børn med cøliaki

Cøliaki eller glutenintolerans har ændret karakter de seneste år, idet patienterne er blevet ældre, og symptomerne andre end de klassiske. Cøliaki diagnosticeres fortsat hyppigt blandt børn, men er ikke mere en børnesygdom. Sygdommen behandles med glutenfri kost resten af livet. Udvalgte grupper bør screenes, da cøliaki kun giver oplagte symptomer hos én ud af syv med sygdommen.



Indlæg ved
overlæge, dr.med.,
MPA Birgitte Weile,
Børneafdelingen,
Gentofte Amts-
sygehus

Cøliaki er en immunologisk sygdom i familie med type 1-diabetes, og kosten er central for både behandling og helbredelse.

– Sygdommen skifter symptomatologi i disse år. Tidligere var det en symptomrig sygdom blandt småbørn, som især sundhedsplejersker og børnelæger stødte på, men i dag møder voksenlægerne i stigende grad cøliaki som en symptomfattig tilstand hos voksne. Det er også nogle helt andre symptomer, vi nu skal til at lede efter, fortalte Birgitte Weile.

Amning vigtig

Cøliaki er en sygdom i tyndtarmen. Flere faktorer har indflydelse på sygdommens form, symptomer og udvikling. Det gælder eksempelvis alder, arv, køn, amning og kost.

- Cøliaki manifesterer sig forskelligt, alt efter om patienten er et lille barn mellem 0 og 2 år, som bliver svært dårlig og har dårlig trivsel, eller om der er tale om en kvinde i overgangsalderen.

- Cøliaki er delvis arvelig. Mellem 7 og 10 % af første-gradsslægtninge til personer med cøliaki kan udvikle cøliaki; derfor anbefales det, at disse screenes, for at de ikke skal gå med en ubehandlet, men symptomfattig sygdomstilstand.
- Ca. en halv gang flere piger end drenge får cøliaki.
- Amning betyder en del.

– I Sverige registrerede man en regulær epidemi af cøliaki, da man ved en ændring af kostanbefalingerne kom til at give småbørnene for store mængder gluten på et tidspunkt, da næsten ingen børn blev ammet.

Af de børn, som blev præsenteret for gluten, mens de stadig blev ammet, var der færre, der fik cøliaki. Blandt dem, der først fik gluten, efter at de var holdt op med at blive ammet, fik flere altså cøliaki. Men blandt dem, der ikke blev ammet, og som fik gluten tidligt, var der den højeste andel, som udviklede cøliaki.

– Det er altså godt at møde gluten, mens man bliver ammet. Det vil sige, at man ammer børn i seks måneder, og først derefter introducerer man gluten gradvist, mens man stadig ammer. Det har vi nu altid gjort herhjemme, og derfor er Danmark et land med relativ lav forekomst af den type cøliaki, der ses hos børn under to år, oplyste Birgitte Weile.

Endelig betyder kosten naturligvis noget. Hvis man ikke spiser og dermed præsenteres for gluten, kan man ikke få cøliaki. Når man har fået konstateret cøliaki, sættes man på en livslang kost uden gluten.

Milde symptomer

Ifølge Birgitte Weile bliver cøliaki i disse år en hyppigere sygdom, men i en mildere form. Omkring 1 % af befolkningen har cøliaki, men kun én ud af syv-otte med cøliaki har symptomer.



Diagnostik af sygdommen

Man påviser sygdommen ved at tage en biopsi (vævsprøve) med et gastroskop (mavekikkert) fra den syge tyndtarm. Inden denne undersøgelse gennemføres, har næsten alle børn fået foretaget en blodprøve (måling af antistoffer), som har givet mistanke om sygdommens tilstedeværelse. Denne blodprøve anvendes også, når man screener for sygdommen i risikogrupper, og når man kontrollerer effekten af diætbehandlingen.

Cøliaki er en immunologisk sygdom. Den er som noget nyt nu klassificeret sammen med allergiske sygdomme, men cøliaki er en ikke-IgE-allergi¹. Med cøliaki udvikler man ingen af de voldsomme symptomer, der er kendt ved IgE-allergi. Alene derfor kan det være sværere rent socialt at fungere med cøliaki, da mange ikke kan forstå, at man ser rask ud og alligevel i hverdagen skal tage så store hensyn til kosten.

Patienten med cøliaki kan på grund af vitaminmangel også få et meget lavt kalkniveau og dermed få kramper. Er der tale om børn, er de ofte sure og triste og har det elendigt. De ser oplagt syge ud og udvikler en stor mave, mister fedtet på alle depotsteder og fremstår med tynde arme og ben, uden balder og tykke lår, som et rigtigt småbarn skal have.

– Men skolesundhedsplejersker og læger skal nu til at være opmærksomme på, at cøliaki også findes i en helt anden form, hvor der ikke nødvendigvis ses de klassiske symptomer. Der kan være tale om friske og stærke børn, og her afsløres sygdommen bl.a. ved lav vækst, manglende pubertet, forstoppelse eller mavesmerter.

Det er derfor vigtigt blandt andet at følge børnenes vækstkurver, fastslog Birgitte Weile, som også understregede, at man skal være særligt opmærksom på børn af forældre, der har cøliaki.

Desuden stilles diagnosen efter nogle internationale kriterier. Der skal påvises klassiske forandringer i tyndtarmen (manglende eller flade tyndtarmsvilli, dybe krypter og betændelsesceller) ved tilstrækkelig indtagelse af gluten. Måling af antistoffer kan, som omtalt før, gøre det nemmere at finde de patienter, som man vil lave biopsi på.

– Barnet skal komme sig komplet, når man fjerner gluten fra kosten, hvilket oftest sker inden for uger til måneder. Blodprøverne bliver normale senere i forløbet. Hos voksne tager dette længere tid. Ved tvivl om diagnosen, og hvis diagnosen stilles hos et barn under to år, foretager man fortsat provokation med gluten.

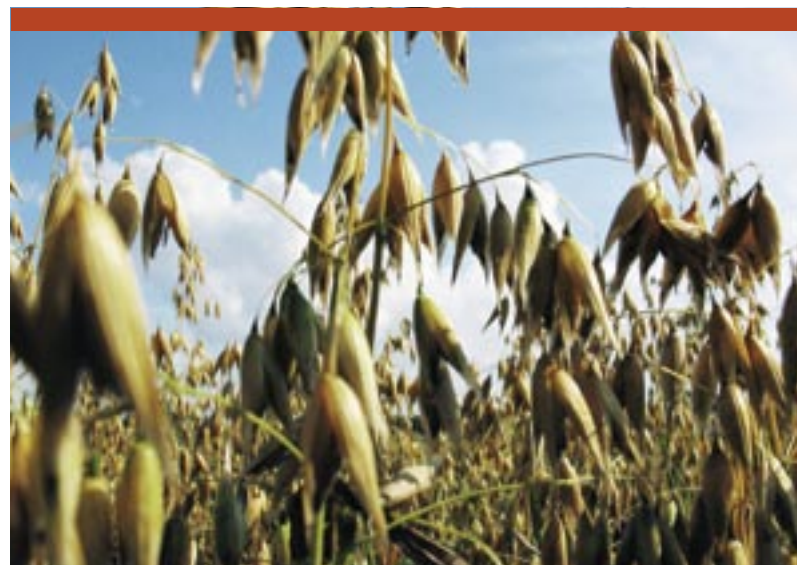
1) IgE er det antistof, som danner basis for de sygdomme, man normalt omtaler som IgE-medierede; astma, høfeber, nældefeber, fødevarerallergi og anafylaktisk chok

– Det er yderst vigtigt at vide, at man *aldrig* indleder en cøliaki-diagnostik med at udelade gluten af kosten. Al diagnostik er baseret på at måle kroppens reaktion på gluten, og derfor skal der tilbydes barnet gluten på diagnosetidspunktet, understregede Birgitte Weile. Man foretager kun provokation med gluten, hvis der er tvivl om diagnosen.

Svært at være spontan

Diagnosen cøliaki medfører store forandringer i patientens og familiens hverdag.

– Man skal lære andre kornsorter og stivelsesprodukter at kende, da en stor del af vores stivelsesbehov normalt opnås gennem det daglige brød. Det kan også være nødvendigt at anskaffe en kraftig røremaskine, da den glutenfrie dej må tilføres luft ad denne vej. Den glutenfrie dej er nemlig som en grød. I det “normale” brød får gluten dejen til at binde gærgassen, så dejen bliver luftig og let.



Man skal i øvrigt også huske at komme forskellige fibre (fx hørfrø) i dejen, for det glutenfri mel har ikke mange fibre, og de er nødvendige, hvis ikke barnet skal få forstoppelse af den nye kost.

Bortset fra de helt små børn må børn med cøliaki gerne spise glutenfri hvedestivelse, hvor der kun er 0,3 gram protein per 100 gram.

Har man et barn med cøliaki, skal man desuden læse alle fødevarerdeklarerationer, og det er besværligt, sagde Birgitte Weile og fortsatte:

Fødevarestyrelsen har i samarbejde med Sundhedsstyrelsen og Astma-Allergi Forbundet i 2003 udsendt pjecen “Cøliaki og mad uden gluten”, der bl.a. er udarbejdet med bistand fra kliniske diætister og Dansk Cøliaki Forening. Den er udsolgt og derfor ved at blive revideret med henblik på genoptryk. Pjecen kan fortsat downloades fra Fødevarestyrelsens og Sundhedsstyrelsens

hjemmesider og fra den fælles hjemmeside www.foedevareallergi.dk, hvor cøliaki ligeledes er omtalt. Bag i pjecen er der et lille leksikon, hvor “ah-ting” er grønne og “fy-ting” er røde som en hjælp til indkøbturen.

Der findes en aktiv patientforening, Dansk Cøliaki Forening, som er vældig god for de syge (både børn og forældre), og der findes også gode hjemmesider, der fx har information om, hvad det koster at være på glutenfri kost.

– Spontaniteten falder i hverdagen, når man hele tiden skal være opmærksom på, om der er glutenfri kost til fx børnefødselsdagen. Det er ikke sjovt at kigge på andre, der spiser lagkage uden selv at måtte få noget. Det kræver særlig opfindsomhed fra forældrenes side.

Havre til raske patienter

Som hovedregel indgår hverken hvede, byg, rug eller havre i en glutenfri kost. Men ifølge Birgitte Weile er der i de seneste år forsket yderligere i havrens indflydelse på cøliaki, og der er nu ændret på anbefalingerne:

- Når man starter på en glutenfri kost, undgår man fortsat de fire kornsorter, vi har herhjemme. Men når patienten har normale blodprøver og har taget på i vægt (efter et halvt til et helt år på diæt), må vedkommende godt begynde at spise havre. Det gælder dog kun *specialfremstillet* havre – det vil sige havre, der er fri for forurening fra de andre kornsorter. Herhjemme kan fx den almindeligt anvendte havregryn stamme fra en mark, hvor der er byg det ene år, hvede det næste og havre det tredje, og derfor kan havren godt være kontamineret (“forurenet”) med de andre kornsorter.
- Selv med anvendelse af specialfremstillet havre må børnene kun spise 25-50 g om dagen.

Screening

– Vi skal som læger og sundhedsplejersker være mere opmærksomme på cøliaki. Det er måske ikke den første sygdom, vi skal tænke på, men det er vigtigt at tænke på cøliaki, hvis den første diagnose viser sig ikke at være korrekt. Et barn, der trives dårligt, eller et barn med forstoppelse eller ondt i maven kan have cøliaki.

– Da vi kan måle antistoffer, er det i dag muligt at screene udvalgte grupper. Screening betyder, at vi opsporer symptomfri eller symptomfattige børn med cøliaki. Derudover screener vi førstegradsslægtninge. Børn med type 1-diabetes er også specielt udsatte; fx har man på Fyn påvist, at 10 % af børnene med diabetes også havde cøliaki, og de havde ikke nødvendigvis voldsomme symptomer på sygdommen, tilføjede Birgitte Weile.

Andre udsatte grupper er patienter med Downs syndrom, Turners syndrom, IgA-mangel og andre immunologiske sygdomme.

Birgitte Weile sammenfattede afslutningsvis de vigtigste pointer i sit indlæg:

Dagens budskab om cøliaki

- Cøliaki er en ikke-IgE-medieret reaktion
- Man sættes på en livslang diæt uden gluten
- Det er godt at “møde” gluten under amning
- Det er svært at være “spontan” med cøliaki
- Specialfremstillet havre må nu anvendes på raske cøliakibørn, hvis de tåler det!
- Cøliaki bliver en hyppig, men måske mild sygdom?

Slagelse: 11. november 2004



Århus: 3. marts 2005



Grundig udredning er nødvendig

Man skal passe på ikke at stole alt for meget på en priktest. Der er så mange krydsreaktioner, og mange er sensibiliseret over for noget ganske andet end det, priktesten omfatter.

(Indlægget blev ved gentagelsen af konferencen i marts 2005 holdt af 1. reservelege, ph.d. Tine Kjær Hansen, Børneafdelingen, Odense Universitetshospital)



Indlæg ved ledende overlæge, professor, dr.med. Carsten Bindselev-Jensen, Dermato-venerologisk afdeling og Allergicentret, Odense Universitetshospital

Ledende overlæge, professor, dr.med. Carsten Bindselev-Jensen fra Dermato-venerologisk afdeling og Allergicentret på Odense Universitetshospital er en af Danmarks førende forskere i jordnøddeallergi. Allergicentret i Odense er i 2002 blevet udpeget som europæisk videncenter for jordnøddeallergi.

Carsten Bindselev-Jensen har bl.a. været med til at undersøge skolebørn fra Odense for forskellige fødevarerallergier.

– Vi undersøgte 1.501 skolebørn i 8. klasse. Og alle de 61 børn, som blev testet positive for jordnødder, havde også græspollenallergi. Det viser, at man skal passe på med at stole blindt på en priktest eller en blodprøve, hvis man ikke har undersøgt for alt, hvad barnet kan være sensibiliseret over for (se også side 33). Der er mange krydsreaktioner, som gør det svært at iværksætte en behandling eller diæt, medmindre man har udført en specifik IgE-test – og ikke mindst provokationer – som helt klart fortæller, hvad barnet er sensibiliseret imod, påpegede Carsten Bindselev-Jensen.

Peanuts en "dræber"

– Peanutallergi er en "killer". Blandt unge mennesker i USA er det den tredjehyppigste akutte dødsårsag efter trafik- og skudulykker. Man ser ikke dødsfald hos småbørn, men først i en lidt højere alder. Problemet er, at man næsten ikke kan undgå at blive provokeret i vores "McDonaldiserede" lande – blandt andet fordi hovedparten af vores morgenmadsprodukter er kontamineret og indeholder mere end én promille jordnød – og det kan hos de mest følsomme være rigeligt til provokation, fortalte Carsten Bindselev-Jensen.

Jordnøddeallergenerne kan spredes på restauranter og i fly (hvorfor man fx ikke kan få serveret peanuts hos nogle flyselskaber mere) selv via kys, hvis partneren har spist jordnødder.

Allergi af levertransplantation

– Vi ved meget lidt om, hvordan man egentlig bliver allergisk over for jordnødder. Forældrene fortæller ofte, at barnet reagerede, første gang det "så" en jordnød, sagde Carsten Bindselev-Jensen.

Der er undersøgelser, som tyder på, at man kan blive sensibiliseret over for jordnødder, allerede mens man ligger som foster inde i sin mors mave. I hvert fald kan jordnøddeallergi overføres via modermælken.

– Det er påvist, at det er nogle specifikke proteiner, som findes i jordnødder, man reagerer på. Sensibiliseringen er meget kraftig. Man har et eksempel på, at en levertransplantationspatient fik anafylaktisk chok, da han første gang spiste en peanut efter transplantationen. Donor viste sig at være jordnøddeallergiker, fortalte Carsten Bindselev-Jensen.

Færre reelle allergikere end mistænkte

På Odense Universitetshospital har Morten Østerballe lavet en ph.d.-afhandling på baggrund af undersøgelser af den såkaldte DARC¹-kohorte. Kohorten består af en gruppe af uselekterede børn fra samme område – og deres respektive søskende og forældre.

1) DARC = Danish Allergy Research Center

Alle nyfødte børn fra familierne blev undersøgt fire gange i løbet af det første leveår samt i 1-, 2- og 3-års-alderen. Da barnet var 36 måneder, undersøgte man hele familien (486/495) – voksne, ældre søskende og nytilkomne yngre søskende.

Hver tiende af forældrene mente, at de havde fødevareallergi, mens det reelle tal var 3,2 %. Af de børn, som blev fulgt i de første tre leveår, var der også tegn på eller formodning om fødevareallergi hos ca. 10 %, men fødevareallergi blev reelt kun bekræftet i 2,3 % af tilfældene. Hos ældre søskende var tallene henholdsvis 7,6 % og 1 % for formodet og konstateret fødevareallergi. Ingen af de yngre søskende, hvoraf mange stadig blev ammet, havde fødevareallergi, selv om det blev mistænkt hos 7,2 % af tilfældene.

– Det passer egentlig meget godt med de tal, vi har fra ældre undersøgelser, hvor man ofte ser, at der er 2-3 % sensibiliserede fødevareallergikere i et tilfældigt udsnit af befolkningen, oplyste Carsten Bindslev-Jensen.

Mælk, æg og jordnød

Undersøgelsen fra Odense viste i lighed med andre undersøgelser, at det først og fremmest er komælk, æg og jordnød, man reagerer på. Ved treårsalderen er æg hyppigere end mælk, som ellers dominerer billedet de første to år.



– Nødder og fisk/skaldyr kommer ind på de næste pladser, mens kun én person reagerede på tilsætningsstoffer, fortalte Carsten Bindslev-Jensen.

I undersøgelsen har man søgt at kortlægge den primære fødevareoverfølsomhed – altså den fødevare, man som udgangspunkt er sensibiliseret over for. De sekundære overfølsomheder, som krydsreaktionerne også benævnes, får man ofte med “gratis”, som Odense-professoren udtrykte det. Det typiske er, at man, når man først er blevet sensibiliseret for én ting, også reagerer over for andre fødevarer.

– Når vi kortlægger, hvilke fødevarer der udløser reaktionerne, eliminerer vi først de pågældende fødevarer fra kosten. Og når symptomerne er helt væk, tilsætter vi dem igen i kontrollerede doser. Denne provokation udløser i første omgang for de fleste kløe i munden og nældefeber, derefter følger ofte eksem, forklarede Carsten Bindslev-Jensen.

Kerner er kommet på listen

Hos de voksne, som blev undersøgt, var jordnødallergi mest hyppig, fulgt af æg, mælk, fisk/skaldyr, nødder og “kerner” (fx sesamfrø og birkes).

Det er nyt, at “kerner” er kommet på listen. Forskerne i Odense mener, at allergi ofte udløses, når man i større mængder indtager proteiner, som egentlig er beregnet for andre arter. Kerner er i virkeligheden designet til fugle, som jo skal sprede frøene. Og komælk er beregnet til kalve.

– Vi så ikke hvede- eller soja-allergi. Men normalt, når man laver test – fx specifikke IgE-test – finder man, at mange mennesker er allergiske over for hvede. Men det er de normalt ikke. De har græspollenallergi. Det skyldes, at det, vi kalder specifikke test, egentlig ikke er særligt specifikke. Hvede er jo en græsart, og man tester i virkeligheden for en hel masse græsarter på én gang. Derfor kommer græspollen, hvedepollen og en hel masse kornsorter i samme “pulje”, når man tester. Og ekstra vanskeligt

bliver det af, at hvede ikke bare er hvede. Der findes mere end 1.100 forskellige arter, påpegede Carsten Bindslev-Jensen.

Pollenrelateret fødevareallergi

Pollenallergikere har stor risiko for også at udvikle fødevareallergi, fordi der er et allergenfællesskab mellem pollen og forskellige fødevarer. Dette allergenfællesskab kaldes også krydsallergi eller sekundær fødevareoverfølsomhed.

Græspollenallergi alene udløser meget sjældent fødevareallergi, hvorimod kombineret græs/birk/bynke-allergi ifølge undersøgelsen udløste fødevareallergi i ca. halvdelen af tilfældene.

– Det er ofte fødevarer fra planterverdenen, pollenallergikere ikke kan tåle. Det er fx æbler, nødder, selleri, kiwi og i det hele taget rå frugter og grøntsager, fortalte Carsten Bindslev-Jensen.

Nødder på vej frem

– Den tredjehyppigste allergi-udløsende faktor, som vi ser på Allergicentret i Odense, er nødder. Og her er jordnødder ikke medregnet, for det er som bekendt en bælgfrugt – en ært, oplyste Carsten Bindslev-Jensen.

Nøddeallergi optræder oftest som primær reaktion, uden samtidig pollenallergi, og den udløser ofte meget voldsomme reaktioner.



– Vi havde fx en patient, som slog ud over hele kroppen, bare fordi vi lavede en priktest med paranød, fortalte allergi-professoren.

Næsten alle former for nødder kan give reaktioner. Hyppigst er hasselnødder og paranødder, men også pistacienødder, valnødder, cashewnødder, kokosnødder og mandler er med på Allergicentrets liste.

Usikker tidsmæssig sammenhæng

Det komplekse billede, der er af fødevareallergi med mange beslægtede fødevarer (fx inden for græsserne) og forekomst af visse fødevarer næsten overalt, betyder, at det er vanskeligt at bruge anamnesen (dvs. informationer om syge-historie, forløb, første kontakt mv.) til at stille diagnosen.

– For at tage jordnødder som eksempel, så er det utroligt vanskeligt at finde tidsmæssig sammenhæng mellem symptomer og indtagelse. Der er jo rester af jordnødder alle vegne, påpegede Carsten Bindslev-Jensen.

Jordnøddeolie og allergi

Tidligere var jordnøddeolie også meget almindelig inden for den medicinske verden, fordi den er billig. Den blev brugt til at smøre patienter ind i og bruges fortsat i D-vitaminpræparater til spædbørn.

– Der kan godt være proteinrester i nogle af olierne, hvorfor de teoretisk set kan virke sensibiliserende. Men der bruges ikke koldpressede olier, olierne er raffinerede, og derfor er indholdet af proteiner meget lille. Vi snakker om noget i størrelsesordenen 1 PPB – Parts Per Billion – altså en milliardtedel.

– Vi kan således ikke fuldstændigt udelukke, at D-vitaminer med jordnøddeolie kan sensibilisere, men vi tror det ikke. Og så små mængder kan på den anden side også medvirke til at udvikle tolerance. Vi fraråder derfor heller ikke brugen af det. Og med alternativet kokosolie er vi lige vidt. For jordnødder er i familie med kokos, oplyste Carsten Bindslev-Jensen.

Alle bør udredes

Carsten Bindslev-Jensen understregede vigtigheden af, at alle børn, hvor der er mistanke om fødevarerallergi, bliver udredt så godt som muligt.

– Det gælder, ikke mindst når det drejer sig om jordnøddeallergi, hvor risikoen for anafylaktisk chok er overhængende, hvis man bliver eksponeret. Vi skal være grundige i vores udredning, fordi vi risikerer alvorlige reaktioner, der kan resultere i dødsfald, hvis vi ikke får kortlagt, hvad de ikke kan tåle, og handler derefter, advarede Carsten Bindslev-Jensen.

Udredningen foregår dels ved anamnese, hvis det kan lade sig gøre, dels ved allergitest, som er mere eller mindre specifikke. Det kan eksempelvis være priktest, måling af histaminfrigørelse, IgE-test og diæt og provokation som DBPCF (dobbelblindede placebokontrollerede fødevarerprovokationer).

– Ved mistanke om fødevarerallergi kan man ikke klare sig med at tage nogle blodprøver og priktest. Børnene skal på diæt og provokeres, understregede professoren.

Forskelligt hvad de kan tåle

– Og det er jo ikke noget, vi gør, fordi vi synes, det er sjovt at udsætte børnene for en allergisk reaktion! Vi gør det, fordi det er vigtigt at vide, hvor meget de kan tåle, understregede Carsten Bindslev-Jensen.

Den dosis, der fremkalder reaktion, er meget forskellig. Tallene fra Allergicentret viser, at 12 % ud af ca. 200 peanutallergikere reagerer på en så lav dosis som 10 mg.

– Det er ikke bare vigtigt for den enkelte patient; det er også vigtigt, at vi ved noget om tærsklerne af hensyn til mærkning mv., påpegede Carsten Bindslev-Jensen.

Primærallergenet højest

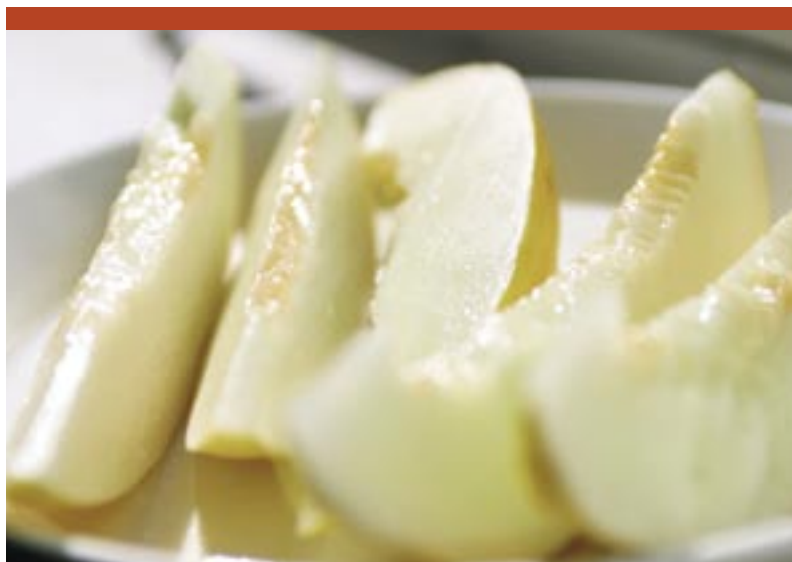
På centret tager man oftest specifik IgE for otte fødevarer, når man skal diagnosticere jordnøddeallergi. Det er (ud over jordnødder) soja, hvede, grønt, grøn bønne, græs, birk og bynke.

– Det skyldes, at det oftest er disse fødevarer, som peanutallergikere krydsreagerer over for. Vi kan så finde ud, hvilket allergen der er det primære. Det vil nemlig i de aller fleste tilfælde være dét, som får den højeste IgE-værdi, oplyste Carsten Bindslev-Jensen.

IgE måler ikke følsomhed

IgE-værdien kan sige noget om, hvad det er, barnet er sensibiliseret over for, men kan ikke bruges som indikator for, hvor følsom allergikeren er. Derfor er der ingen vej uden om en provokation. Carsten Bindslev-Jensen viste det med al ønskelig tydelighed via to eksempler – det ene om ægallergi, det andet med to sygehistorier om jordnøddeallergiske småbørn.

Ægallergi er nu den mest hyppige form for allergi hos børn, fra de er 2-3 år. Derfor har man mange steder forsøgt at finde en simpel målemetode, som med rimelig sikkerhed kan diagnosticere ægallergi.



– Alle tre steder udregnede man, hvad værdien for specifik IgE over for æg skulle være, for at der var 95 % sandsynlighed for, at patienten havde ægallergi. Problemet er bare, at vi kom frem til vidt forskellige resultater. Amerikanernes værdi lå på 4,5; tyskernes på 10,5 og vores egen et sted midt i mellem, nemlig 7,5 kliniske enheder pr. liter. Og hvilken værdi skal man så vælge? spurgte Carsten Bindselev-Jensen.

Billedet bliver endnu mere forplumret, hvis man forsøger at sammenholde IgE-værdien med, hvilken dosis barnet rent faktisk kan tåle. Hvis man sammenholder den kliniske tærskelværdi (den mængde allergen, der skal til for at fremkalde en reaktion) med IgE-værdien, er der overhovedet ingen sammenhæng. Lav tærskel kan lige så vel være knyttet til høj IgE-værdi som det modsatte, hvilket ses på figuren nederst på siden.

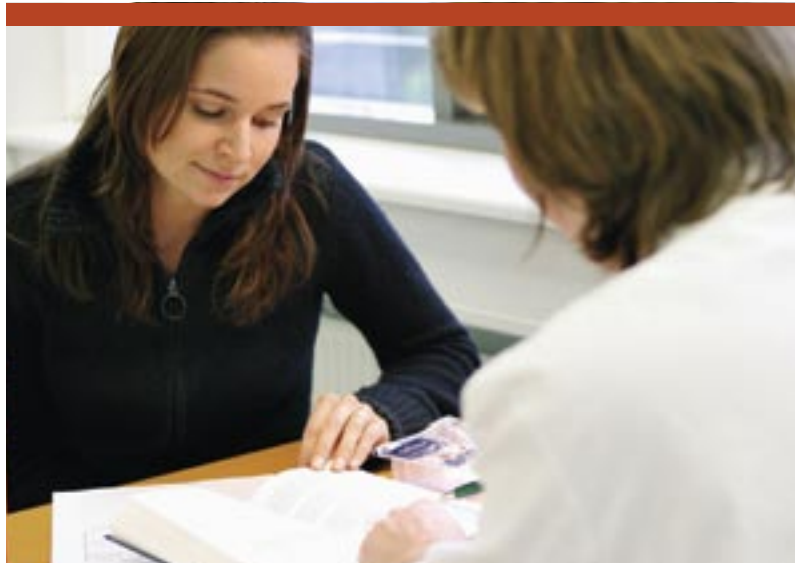
– Her er to børn med fuldstændig den samme sygehistorie. Priktesten ser ens ud. De har samme værdi af IgE i blodet. Men den ene reagerer på så lidt som 10 mg allergen. Den anden reagerer ikke, før dosis er oppe på 12,5 g! Det er mere end 1.000 gange så meget ... Og hvis man nøjes med priktest og IgE, kan man jo overhovedet ikke lave nogen form for fornuftig behandlingsplan.

– Som vi så før, er der mange muligheder for krydsreaktioner, når man har peanutallergi. Men det er ikke alle krydsreaktioner, der kan udløse den farlige jordnøddereaktion, påpegede Carsten Bindeslev-Jensen.

Lupin – dog af en anden slags end den blå, vi kender fra grøftekanter langs vejene – er en meget proteinrig plante, som i de sidste 15-20 år i stigende grad har vundet indpas i dansk landbrug.

– Lupin er billig og økologisk, og man bruger den fx i pølser. Og det er som regel sådan, at jo bedre kvalitet pølsen har, jo større er sandsynligheden for, at der er lupin i den, fortalte Carsten Bindslev-Jensen, der mente, at op til 25 % af peanuttallergikerne reagerer på lupin. Derimod er det klinisk irrelevant med reaktioner på græs, hvede eller soja.

Scatter plot showing CAP - KU_A/L (Y-axis) versus Tærskelværdi (g) (X-axis). The Y-axis ranges from 0 to 30, and the X-axis ranges from 0 to 60. A horizontal line is drawn at approximately Y=10. Data points are scattered around this line, showing a general downward trend as Tærskelværdi increases.



Bedre rådgivning

For Carsten Bindslev-Jensen drejer det sig i høj grad om at få de familier, der er ramt af jordnøddeallergi, på banen igen.

– Mange har rent ud sagt en elendig livskvalitet, dels fordi jordnødder er en del af så mange fødevarer, dels fordi virkningerne ved reaktion kan være så voldsomme med blandt andet anafylaktisk chok, som naturligvis er alle forældres rædsel, sagde han.

Carsten Bindslev-Jensen håbede, at flere diætister vil specialisere sig i fødevareallergi, og at de bliver bedre til at rådgive familier, hvor det er nødvendigt med meget drastiske ændringer i kostplanen.

Ud over at håndtere diæt er det også vigtigt at rådgive familierne i at bruge EpiPen og i at behandle symptomer på den bedst mulige måde.

– Men det drejer sig i lige så høj grad om, at familierne kan lære af hinanden og støtte hinanden. Vi har fx haft familierne sammen på en ø, hvor de dels kunne komme lidt til hægterne igen, dels udveksle erfaringer, fortalte Carsten Bindslev-Jensen.

Få vokser fra det

Behandlingen er som ved andre allergier. Først og fremmest gælder det om at undgå kontakt med de fødevarer, som kan give reaktion. Det er vanskeligt, fordi jordnød er så udbredt. Derfor er information en anden hjørnesten. Det er væsentligt, at man bliver rådgivet om deklARATIONER. Man skal informere alle omkring børnene om, hvordan man tackler problemet. Men forældrene og børnene skal også handle rigtigt, hvis der alligevel kommer en reaktion.

– Og her er det vigtigt, at man sætter ind med livreddende foranstaltninger, hvis det værst tænkelige skulle ske. Adrenalin i form af EpiPen-injektion er det, vi anbefaler som akut selvhjælp.

– Sandsynligheden for at vokse fra peanutallergi er ikke så stor som ved mange andre fødevareallergier. Mindre end 30 % har udsigt til at blive sin jordnøddeallergi kvit. Og det er en anden grund til, at det er så vigtigt, at forældre til børn med jordnøddeallergi søger sammen i selvhjælpsgrupper, sagde Carsten Bindslev-Jensen.

Han henviste blandt andet til tre websites, hvor forældre og andre interesserede kan søge yderligere oplysninger om peanutallergi:
www.foedevareallergi.dk
www.astma-allergi.dk
www.peanutallergi.dk

Pollenallergi og krydsreaktioner

Krydsreaktioner med frugter og grøntsager er velkendte blandt pollenallergikere. Reaktionen kan være voldsomme, og det giver særlige udfordringer for fødevaremærkningen.



Indlæg ved læge, ph.d.
Morten Østerballe,
Allergicentret, Odense
Universitetshospital

Studier af personer med birkepollenallergi i andre europæiske lande – Schweiz, Sverige, Finland og Østrig – har vist meget forskellige resultater med hensyn til krydsreaktion med frugt og grøntsager. Nogle studier viste krydsreaktioner hos 20 % af birkepollenallergikere og andre helt op til 75 %. Krydsreaktionen er baseret på, at allergener fra pollen tilsvarende kan findes i frugter og grøntsager, fortalte Morten Østerballe i sit indlæg.

– Problemet med studierne er, at de er baserede på interviews, kombineret med blodprøver og priktest, men man har ikke fødevarerprovokeret, forklarede Morten Østerballe og henviste til en dansk undersøgelse på Allergicentret om mistænkt fødevareroverfølsomhed, hvor 500 familier blev testet. Knap 500 treårige børn og deres søskende samt 936 voksne fik foretaget priktest og blodprøver. Hos alle, der viste tegn på mulig fødevareroverfølsomhed, blev der desuden gennemført en fødevarerprovokation.

Det hyppigste krydsreagerende fødeemne hos pollenallergikere var hasselnød, som næsten 20 % krydsreagerede med. Dernæst fulgte æble (knap 17 %), kiwi (13 %), selleri (8 %), paranød (7 %), tomat (5 %) og appelsin (2 %).

Flest mundhulereaktioner

De kliniske symptomer, som allergikere får ved krydsallergi, kan deles op i straksreaktioner (optræder højst to timer efter indtagelse) og senreaktioner.

Langt de hyppigste er straksreaktionerne, som omfatter:

- OAS (Oralt Allergi Syndrom), som viser sig i mundhulen. Det er karakteriseret ved, at man efter at have spist de pågældende grøntsager og frugter får kløe eller stikken i ganen, på tungen eller i svelget.
- Nogle udvikler Urticaria (nældefeber), der kan være enten lokal eller generaliseret.
- Rhinoconjunktivitis-symptomer (reaktioner i øjne og næse).
- Opblussen af astma.

En senreaktion kan være atopisk dermatitis. Undersøgelser viser, at en vis del af de børn og voksne, som har børneeksem, og som er pollensensibiliserede over for birk, får en opblussen af deres eksem, flere dage efter at de har spist frisk frugt og grøntsager.

Stort set alle personer med krydsreaktioner i undersøgelsen reagerede med OAS (104 personer) og kun ganske få med nældefeber (6), astma (1) og rhinoconjunktivitis (2).

Fødevaremærkning en udfordring

Ifølge Morten Østerballe reagerer allergikere meget forskelligt.

– Nogle reagerer på få mikrogram, og nogle reagerer meget kraftigt med anafylaktiske reaktioner. Fx har der som nævnt været dødsfald i USA på grund af peanuts. Tærskelværdierne er en stor udfordring i forhold til fødevaremærkning.

Man bruger en statistisk model til at regne tærskelværdier ud. Ud fra modellens såkaldte dosis-respons-kurver kan man også beregne, hvad sandsynligheden er for, at man reagerer på fx 10 mg af det respektive fødeemne (se figuren nederst på siden).

Analyseres kurverne nærmere, kan man udregne sandsynligheden for, at man reagerer med henholdsvis 100 mg og 1 g. Fx er sandsynligheden for at reagere med 100 mg æble 6 %. Der er 12 % sandsynlighed for at reagere med 100 mg hasselnød osv.

Morten Østerballe forklarede, at for en given andel – eksempelvis 5 ud af 100 hasselnødallergikere, som krydsreagerer – kan man regne tærskelværdien ud og finde, at den er 64 mg.

– Den enkelte allergiker kan ikke umiddelbart bruge det til noget, men det er muligt, at vores model kan bruges i forbindelse med lovgivning og mærkning i forhold til fødevarer, sagde han.

Usikker priktest

Blandt pollensensibiliserede er der stor forskel på, om man har allergisymptomer (høfeber/astma) eller ej. I undersøgelsen krydsreagerede en tredjedel af dem med symptomer med en lang række frugter og grøntsager, mens kun 7 % af dem, der ikke havde symptomer, reagerede.

Når det gælder diagnostikken, viser det sig, at man sjældent kan holde sig til en priktest alene.

– Af undersøgelsen kan man se, at mange har positiv priktest for forskellige frugter og grøntsager, men der er langt færre, hvor det har en klinisk relevans. Det er derfor vigtigt ikke kun at holde sig til priktesten og sige, man

ikke kan tåle det og det og det. Den metode har tidligere været udgangspunktet i mange pjecer, og det er ikke spændende læsning for en pollenallergiker, sagde Morten Østerballe.

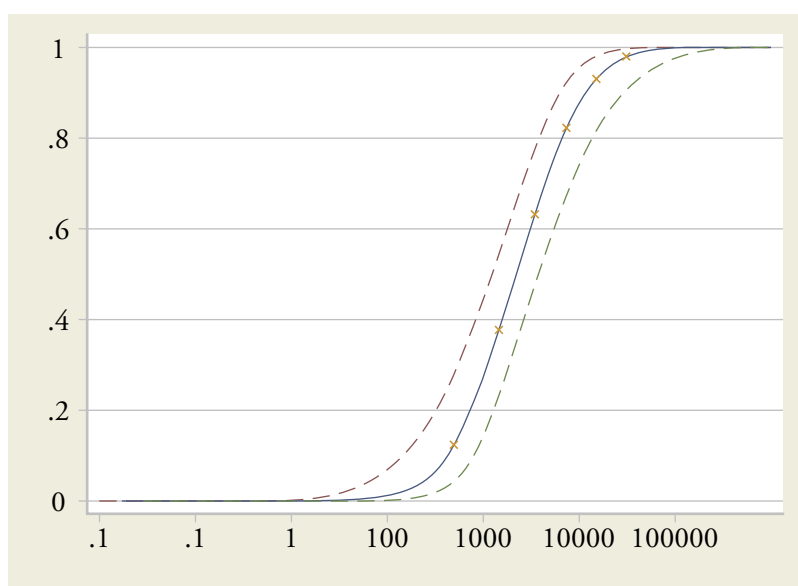
– Den diagnostiske værdi af priktest og *histamin release*¹ er, at de er gode til at udelukke krydsreaktivitet – næsten 100 % – men knap så gode til at forudsige, at man krydsreagerer. Har man en positiv priktest for enten græs, birk eller gråbynke, er der således kun ca. 40 % sandsynlighed for, at man krydsreagerer, hvilket ikke kan bruges til så meget alene.

Derimod er der langt større sandsynlighed for krydsreaktioner, hvis man har positiv priktest for alle tre pollentyper, fastslog han.

Ingen effektiv behandling

Når det gælder behandling af krydsreaktioner, er der ikke andet at gøre end at forsøge at undgå det enkelte fødeemne. Man kan rent symptomatisk blive behandlet med bl.a. antihistaminer. Specifik immunterapi, som bruges med succes over for pollenallergi, har måske en kortvarig effekt, men mærkes ikke på længere sigt, og benyttes derfor ikke.

– Det eneste, man reelt kan gøre, er at undgå de fødeemner, der giver krydsreaktioner. Og det er en udfordring, for der er skjulte fødeemner i en lang række fødevarer, konkluderede Morten Østerballe.



1) En test hvor man i en blodprøve måler histaminfrigørelsen fra basofile granulocytter over for det bestemte allergen

Nye regler for mærkning af fødevarer

I november 2004 blev reglerne for mærkning af fødevarer strammet. Til fordel for allergikerne og til frustration for producenterne.



Indlæg ved sektionsleder
Charlotte Madsen,
Danmarks Fødevareforskning

Lovgivningen vedrørende mærkning af fødevarer er styret af EU-direktiver, som bliver til danske bekendtgørelser. Den 25. november 2004 trådte en ny bekendtgørelse med strammere regler for mærkningen i kraft. Derefter havde producenterne præcis et år til at opfylde de nye krav og ændre ingredienslister og mærkninger. Produkter, der er bragt i omsætning eller mærket inden den 25. november 2005, kan dog sælges efter de gamle regler, indtil lagrene er tømt.

Under de gamle regler for færdigpakkede fødevarer var hovedreglen, at alle ingredienser skulle fremgå af ingredienslisten. Men der var en del væsentlige undtagelser:

- S sammensatte ingredienser, der udgjorde mindre end 25 % af færdigvaren, skulle ikke deklareres.
- Det var tilladt at anvende kategorinavne, så man ikke behøvede at præcisere indholdet.
- Tekniske hjælpestoffer og tilsætningsstoffer uden funktion skulle ikke deklareres.

– De regler var ikke gode nok til at beskytte folk med fødevareallergi, forklarede Charlotte Madsen.

Allergimærkning

Derfor har man lavet nogle nye regler, som går under navnet “Allergimærkning”. Det betyder dog ikke, at fødevarer nu skal mærkes med et særligt mærke.

– Hovedreglen er også i dag, at alle ingredienser skal deklareres. Men enkelte af de tidligere undtagelser fra hovedreglen gælder stadig, fx undtagelsen om overførte tilsætningsstoffer uden funktion i den færdige vare.

– Ost fremstillet af mælk, enzymer og mikroorganismer, behøver heller ikke en ingrediensliste. Begrebet kategorinavne eksisterer stadig, og man må eksempelvis gerne skrive vegetabilsk olie uden at skrive hvilken. Aromastoffer skal ikke specificeres, og man må stadig skrive krydderier og krydderurter, hvis de udgør mindre end 2 % af varen, sagde Charlotte Madsen.

De vigtigste allergener samlet

Men undtagelserne, hvor mærkning ikke er nødvendig eller skal være mindre detaljeret, gælder ikke for en række fødevarer og ingredienser, der er samlet i et særligt bilag (bilag 5) til bekendtgørelsen. Det er de fødevarer, hvor man regner med, at flest mennesker har en allergi eller overfølsomhedsreaktion.

– Det drejer sig om glutenholdige kornprodukter, krebsdyr, æg og produkter heraf, fisk og produkter heraf, jordnødder, soja, mælk, nødder, selleri, sennep og sesamfrø. Desuden omfatter listen tilsætningsstofferne svovldioxid og sulfitter, da disse har medført alvorlige symptomer – i USA endog dødsfald.

– Formålet med at specificere disse i bilag 5 er, at det altid skal være muligt at identificere de almindeligste allergener. Forekomsten må ikke være skjult på grund af manglende eller uigennemskuelig deklaration. Det gælder fx kasein, hvor man skal skrive mælkekasein eller mælk i parentes, så det fremgår, at kaseinet kommer fra mælk, fortalte Charlotte Madsen.

Konsekvenserne af bilag 5 er bl.a., at:

- sulfit altid skal deklareres, også selvom det ikke har nogen funktion
- hvis æggehvide bruges som teknisk hjælpemiddel i vin, skal det opføres i en ingrediensliste, og det samme skal laktose, hvis det bruges som bærestof til aromastof
- ost fremstillet med lysozyme fra æg skal have en ingrediensliste
- man gerne må bruge kategori-navnet vegetabilsk olie, men ikke hvis den er fremstillet af et eller flere af produkterne i bilag 5
- hvis et aromastof er produceret ud fra en af fødevarerne i bilag 5, skal kilden specificeres
- de gamle kategoribetegnelser – “kandiserede frugter” og “grøntsager” – ikke længere er tilladt
- alkohol skal ingrediensmærkes, medmindre det fremgår tydeligt af navnet.

Grublen i industrien

Ifølge Charlotte Madsen har de nye regler givet en del grublen for industrien, som nu skal have et mere end godt kendskab til sine råvarer og halvfabrikata. Producenterne bliver fx nødt til at vide, hvilke bærestoffer der er i en aroma.

– Men de kan også gøre en del ved at tilpasse opskrifterne. Ved et produkt med mælk i er det eksempelvis smart at bruge et aromastof, hvor bærestoffet er laktose frem for hvedemel. Det kræver, at industrien tænker sig om og finder en måde at lave forbrugervenlige ingredienslister på, sagde Charlotte Madsen.

32 har søgt dispensation

EU har gjort det muligt for industrien at søge om undtagelse af produkter fra bilag 5-reglen, hvis der ikke er proteinrester i, og varen dermed ikke er farlig for forbrugere med allergi. Det har 32 producenter gjort, bl.a. vedrørende glukosesirup fremstillet af hvede, hydrolyseret vegetabilsk protein fra hvede, raffineret jordnøddedeolie samt mælk, æg og fisk brugt i vinfremstilling.

– Når en producent ønsker at få undtaget et produkt, kan det være, fordi det er for besværligt at have med at gøre. De vil fx gerne kunne nøjes med at skrive vegetabilsk olie, da de alt efter markedspris bruger soja i dag og majs i morgen, forklarede Charlotte Madsen.

– Et ønske om undtagelse kan også skyldes, at man ikke vil advare, hvor advarslen ikke er nødvendig. Hvis man har cøliaki og der står hvede på ingredienslisten, så spiser man ikke det produkt.

Men hvis der ikke er noget protein tilbage, er der ingen grund til, at der står hvede.

Det er EFSA (European Food Safety Authority), der skal vurdere ansøgningerne og faren for allergiske reaktioner, men myndigheden har udtalt, at man med den nuværende viden ikke kan sætte en nedre grænse for, hvornår en fødevarer kan udløse en allergisk reaktion.

– Det har fået industrien til at spørge, om man kan bruge formuleringen “kan indeholde ...”, hvis der ikke er nogen nedre grænser for allergener. Men det er ikke særligt forbrugervenligt, og hvis det gøres på alle levnedsmidler, vil man som allergiker ikke kunne spise noget, fastslog Charlotte Madsen.



Fødevareallergi på egen hjemmeside

Tre statslige institutioner og en patientforening har indgået partnerskab og blandt andet samlet deres viden om fødevareallergi på en fælles hjemmeside.



Indlæg ved kommunikationsmedarbejder Karin Stubgaard, Fødevarestyrelsen

Fødevarestyrelsen, Danmarks Fødevareforskning, Sundhedsstyrelsen og Astma-Allergi Forbundet står bag websitet www.foedevareallergi.dk, som giver information til allergikere og mennesker med mistanke om allergi.

– Det er troværdig information, der bygger på forskning og dokumentation. Og frem for at budskabet om fødevareallergi præsenteres på fire forskellige hjemmesider, er vi gået sammen om det og er blevet enige om, hvad vi vil sige. På den måde bliver materialet også bedre, fordi vi kommer med forskellige kompetencer, sagde Karin Stubgaard om projektet.

Målgruppen for websitet er i første omgang de personer og de forældre til børn, der har fødevareallergi – eller tror, de har det.

– Derfor er hjemmesiden gjort enkel og relativt let tilgængelig. Hjemmesiden skal bl.a. hjælpe fødevareallergikere med at sammensætte en kost, de kan tåle. Desuden er det et mål at få folk, der har mistanke om, at de selv eller deres børn har allergi, til at tænke sig om en ekstra gang og få det undersøgt – frem for at indføre diæter og eksperimentere med det selv, forklarede Karin Stubgaard.

Hjemmesiden er dog sammen med en ny pjeceserie om overfølsomhed for mad, som parterne også har udarbejdet i fællesskab, i lige så stor udstrækning et godt værktøj for sundhedsplejersker og læger, der kan anvendes til at vejlede familier og patienter med overfølsomhed over for mad. De mange informationer kan med stor fordel også bruges af sundhedspersonalet.

Hjemmesiden fortæller også mere om, hvilke forudsætninger der skal være opfyldt, før den korrekte diagnose kan stilles.

Fem hovedpunkter

Informationerne på hjemmesiden er delt op i fem hovedpunkter.

Under punktet **Fakta om fødevareallergi** defineres begrebet, og der gives informationer om hyppighed, diagnose og behandling. Desuden beskrives cøliaki og nogle af de diagnoser, som kan have en sammenhæng med fødevareallergi, fx pollenallergi og nikkelallergi.

Punktet **Hvad skal du undgå?** er en gennemgang af de fødevarer, som kan være problematiske for allergikere. For hver fødevare får man tip til, hvad man skal undgå ved forskellige former for overfølsomhed.

I punktet **På indkøb** kan man læse mere specifikt om varedeklARATIONER og de regler, der eksisterer på området. Fx får man at vide, at mælk også kan hedde kasein, og meget andet.



Punktet **At leve med fødevareallergi** indeholder personlige beretninger om at leve med fødevareallergi. Hvordan er det som barn at få diagnosen, og hvordan håndterer man det som forældre i forhold til skolen? Sådanne spørgsmål kan man få svar på her.

Og endelig samler punktet **Børn** de informationer, der kan være særlig relevante for de mennesker, der ved eller tror, at deres børn har fødevareallergi. Der er specielt fokus på de allergier, som er mest udbredte blandt børn, eller som forældre kan være bekymrede for. Og der er tip til fx børnefødselsdagen.

Hjemmesiden er i begyndelsen af 2005 blevet udvidet med et undervisningsmateriale: et e-learning-program rettet mod de erhvervsskoler, hvor man uddanner kokke, tjenere, bagere, butiksslagtere og andre, som skal arbejde med fødevarer.

– Som kommende fødevareproducenter har de et ansvar for at informere mennesker med allergi rigtigt, og de skal vide, at det er vigtigt, at folk kan stole på dem, fastslog Karin Stubgaard.

Allergidagpleje – også en mulighed

Sundhedsplejerskerne er vigtige nøglepersoner, for at det skal lykkes at komme igennem med allergidagpleje i kommunerne.



Indlæg ved
souschef Anne
Holm Hansen,
Astma-Allergi
Forbundet

Souschef i Astma-Allergi Forbundet, Anne Holm Hansen, fortalte om organisationens satsning på at opbygge allergidagplejer som et tilbud i alle kommuner. Allergidagpleje-projektet har siden 2003 kørt sammen med Kommunernes Landsforening (KL) og Forbundet af Offentligt Ansatte (FOA). I første fase skulle behovet afdækkes. I 2004 gennemførtes et pilotprojekt, og Anne Holm Hansen gjorde status på konferencen.

– Hvorfor skal vi have allergidagpleje? Jo det skal vi først og fremmest have for at hjælpe de børn, som allerede har fået en allergisk sygdom, med at undgå at komme i kontakt med de stoffer, som gør dem syge, sagde Anne Holm Hansen. Hun oplyste tallene for astma- og allergibørn i Danmark: Ca. 20 % har astmatisk bronkitis, ca. 5 % har astma, ca. 20 % har børneeksem og 5-7 % fødevareoverfølsomhed.

– Og hvert tredje barn har risiko for at udvikle allergi, understregede Anne Holm Hansen.

Lille enhed

Astma-Allergi Forbundet valgte at knytte pilotprojektet til dagplejen, bl.a. fordi det er en lille funktionel enhed, hvor det er muligt at gennemføre tiltag, som har betydning for allergibørn. Der er tæt kontakt med forældrene, og man har større mulighed for at tage hensyn til det enkelte barn end i en daginstitution.

– Vi spurgte dagplejerne, om de kunne tænke sig at være allergidagpleje, hvor der fx ikke må ryges i hjemmet – heller ikke i weekenderne. Det var der 13 %, der gerne ville. Men der er et stort behov for undervisning og viden, fortalte Anne Holm Hansen.

Hun pegede på, at sundhedsplejersker både kender dagplejen og er vant til at tale om de problemer, der kan være. Desuden sidder de inde med den faglige viden, som dagplejen har brug for.

Læring på tre måder

– Vi har valgt at satse på tre læringsmetoder for både sundhedsplejersker og dagplejere. En metode er e-learning, hvor man skaffer sig viden via selvstudium på internettet og i løbende dialog med sundhedsplejersken og med hinanden. Mere traditionel klasseundervisning er en anden metode, men den vigtigste metode er nok træningen, som foregår på jobbet,



fortalte Anne Holm Hansen, der mente, at de tre undervisningsmetoder havde suppleret hinanden optimalt.

– Via e-learning har man mulighed for at opdatere sin viden på de tidspunkter, som passer én bedst. Klasseundervisningen giver det sociale miljø og mulighed for at udveksle erfaringer og lære af hinanden. Og via træningen i jobsituationen får man koblet teori og praksis sammen, uden at det forudsætter, at dagplejen skal have fri.

Bygget op om cases

Cases var centrale i alle tre læringsforløb.

– Cases gør det praktisk og nært, og man kan tage udgangspunkt i, hvordan man får løst de praktiske problemer i sin egen dagligdag. Og når man så udveksler erfaringer med hinanden og laver små øvelser, åbner det for læring og refleksion, fortalte Anne Holm Hansen.

Hun illustrerede tankerne med et par eksempler fra case-samlingen:

– Man får et helt konkret eksempel med et barn, hvis far er allergisk over for hunde. Storesøsteren har børneeksem og astma, og dagplejen får så til opgave at beskrive, hvilke muligheder der kan være for at forebygge, at barnet udvikler allergi.

Næste opgave er at finde ud af, hvad man gør, hvis barnet nu alligevel udvikler fx børneeksem. Hvordan kan man hjælpe? Smitter det? Og hvad skal man gøre for at forhindre, at det bliver værre? Det er nogle af de spørgsmål, dagplejen får stillet.

– Og der er også helt konkrete øvelser som fx at gå i supermarkedet og finde fødevarer uden en bestemt ingrediens, hvis man har et fødevarerallergisk barn. Det kan være svært at finde noget, der ikke er æg i, når æg kan hedde albumin, lysozym, lecithin¹, E 322, ovalbumin og meget mere. Hvor finder du rugbrødet uden æg eller leverpostej uden mælk?

Skal forankres i kommunerne

Resultatet af pilotprojektet er nu ved at blive nedfældet i en anbefalingsrapport til kommunerne, som anviser veje til at få etableret allergidagplejer. Rapporten kommer også i en "folkeudgave" til politikerne.

– Det er vigtigt, at projektet forankres i kommunerne, så der afsættes ressourcer til at give dagplejerne den viden og de kompetencer, som gør, at børn med behov for det kan komme i allergidagpleje. Og sundhedsplejersken er vigtig, for at det skal lykkes, konkluderede Anne Holm Hansen.

1) Lecithiner udvindes oftest af raps eller sojabønner, men kan også produceres ud fra æg.

Børnehave for allergibørn

Børnehaven Hyldehaven i Aalborg giver allergibørn en mulighed for at blive passet ude. En række særlige hensyn og et aktivt samarbejde med forældre og fagfolk sikrer børnene bedre udfoldelsesmuligheder.



Indlæg ved leder
Anette Poulsen,
børnehaven
Hyldehaven i
Aalborg

Børnehaven Hyldehaven i Aalborg rummer 12 børn, der alle har astma, allergi eller eksem – eller alle tre sygdomme. Idéen er at give børn i 3-6-årsalderen, der er så hårdt ramt af astma, allergi eller eksem, at de er nødt til at blive passet hjemme, et tilbud om at komme ud og blive passet sammen med andre børn.

Hyldehaven rummer 12 børn og 6 pædagoger, hvoraf 2 har en kostvejlederuddannelse. To af stillingerne er deltidsstillinger. Pædagog Anette Poulsen fortalte om, hvad der gør Hyldehaven til et godt tilbud til allergibørnene.

– Vi har sørget for et ekstra godt indeklima – det vil sige højt luftskifte, ingen stærke dufte, ingen dyrehår, ingen gulvtæpper, ingen planter, ekstra rengøring, indetemperatur på 20 grader og gulvvarme, som også er behageligt for de børn, der har eksem.

Hun understregede, at Hyldehaven er en børnehave og ikke et minisygehus. Man gør meget ud af ikke at fokusere på det forbudte, men i stedet på alt det, man gerne må og kan.

– Vi giver børnene deres medicin og smører dem ind i creme, og det giver disse børn en bedre hverdag, end de kan få i en almindelig institution. Der er børnene oftere syge i sidste halvdel af ugen, mens de hos os kan holde til at være der hele ugen.

– Bedre normering giver større overskud til at tage hensyn til det enkelte barn. Det kan også komme i institutionen, når det ikke har det så godt. Så har vi mulighed for at tage os ekstra tid til dem, fx sidde med dem. De kan være lidt mere syge hos os, end de ville kunne i en almindelig institution. De må fx godt have lidt feber hos os.

Grundigt samarbejde

Børnehaven er for børn i Aalborg Kommune, som er mindst tre år og i daglig behandling, og det er børneafdelingen på sygehuset, der henviser til børnehaven – eventuelt som mellemled for den praktiserende læge. Anette Poulsen fremhævede et omfattende samarbejde som en vigtig del af børnehavens succes.

– Vi har en indledende samtale med forældrene, inden barnet starter, så vi lærer barnet og dets særlige behov at kende. Når barnet begynder, har vi endnu en forældresamtale, hvor vi får grundig information om, hvad barnet ikke kan tåle. Efter tre måneder følger vi op med en trivselssamtale, hvor forældrene fortæller, hvordan de synes det går.

– Vi arbejder også tæt sammen med børneafdelingen på Aalborg sygehus. Der kommer en sygehuslæge ud fire gange om året og giver kontrol i børnehaven. Derfor er børnene meget vel-medicinerede, og de er ikke nødt til at komme til kontrol og være væk fra børnehaven. Vi samarbejder også med andre faggrupper fra sygehuset og med speciallægerne, som også kan henvise børn via sygehuset, sagde Anette Poulsen.



Forberedt til tur

Som en del af den daglige rutine sørger pædagogerne for, at børnene får deres medicin korrekt og til tiden, de smører dem ind i creme og giver dem ekstra sikkerhedsbeskyttelse, hvis de skal på tur og være væk fra børnehaven i et stykke tid.

I en bus kan man jo ikke undgå, at der sidder folk med fx dyrehår på tøjet, og det tager man højde for ved at give børnene ekstra medicin, hvis det er nødvendigt for, at de kan "holde til det".

Nødvendige forbud

I Hyldehaven er man generelt meget opmærksom på at undgå stoffer, børnene er overfølsomme over for. Derfor har børnehaven overordnet en række forbud:

- ingen rygning
- ingen stærke dufte fra parfume, vaskepulver og skyllemidler
- ingen dyrehår – og man må heller ikke have pelsdyr derhjemme

- til madpakken: ingen nødder, rejer og æg, kiks og kager (for ikke at friste andre børn)
- ingen medbragte drikkevarer
- intet legetøj med pels og plys – uanset størrelse. Til årets fest må man have sovedyr med, hvis de har ligget i fryseren i et døgn!

Hjælp til omstilling

Fem af de tolv børn har overfølsomhedsreaktioner over for mad. Det kan være svært for forældrene at omstille sig til andre fødevarer, og børnehaven hjælper bl.a. med pjecer og andet informationsmateriale (fx om varedeklarationer). Forældrene kan desuden støtte hinanden og dele erfaringer.

– Vi har en ugentlig maddag, og den er uden æg, mælk, tomater, citrus, fisk, skaldyr, nødder, jordnødder, farvestoffer, jordbær og kiwi. Råvarerne, vi bruger, er økologiske. Til maddagen laver vi kun mad, som alle børn kan tåle. Vi har valgt at gøre meget ud af måltidet, og børnene deltager aktivt i både indkøb og madlavning. De får desuden gode opskrifter med hjem. Det er vigtigt at skabe en god kultur omkring måltidet og også viderebringe det til forældrene, for mange af disse børn spiser generelt lidt eller for ensidigt.

Aalborg Kommune vil nu oprette en fælles daginstitution for allergibørn, hvor der ud over de 12 børnehavebørn bliver plads til 10 vuggestuebørn. Daginstitutionen åbner til april 2006.

Overfølsomme børn i skolen

Vesterkærrets Skole i det vestlige Aalborg er indrettet specielt til børn med svær astma og allergi. Og to fastansatte pædagoger har den særlige opgave at sørge for, at de overfølsomme børn får så normal en skolehverdag som muligt.



Indlæg ved
pædagog Gitte
Møller Larsen,
Vesterkærrets
Skole i Aalborg

Vesterkærrets Skole er en almindelig folkeskole, hvor der tages ekstra hensyn til elever med astma og allergi. Skolens fritidsordning, som populært kaldes Dussen – “Det udvidede samarbejde” – er Danmarks eneste med et spor, som er specielt tilpasset astma- og allergibørn.

– Det drejer sig om børn, som er meget syge, og som har brug for støtte i deres skoletid. Og samtidig er det en integreret folkeskole, hvor astma- og allergibørnene går sammen med børn, der kan have hund og hest, fortalte Gitte Møller Larsen, som er en af Dussens to pædagoger. De er uddannede pædagoger og er desuden tilknyttet astma- og allergiskolen på Aalborg Sygehus.

Dussens målsætning for allergiområdet er, at:

- børnene skal have så normal en hverdag som muligt
- der skal tages individuelle hensyn til børnene
- personalet i Dussen skal uddannes løbende
- der er et udvidet forældre-samarbejde.

– Det sidste er ret vigtigt, da vi ikke er læger eller sundhedsplejersker. Forældrene siger, hvad vi skal gøre, og vi sætter ikke spørgsmålstejn. Vi har en pædagogisk baggrund, og vi kan dokumentere, hvordan barnet trives og opføre forældrene til at kontakte lægen, hvis der er spørgsmål. Det er pædagogerens ansvar at følge forældrenes instrukser, så sker der noget uforudsigeligt, er det vigtigt, at forældrene kontaktes, sagde Gitte Møller Larsen.

Allergivenlige rammer

Tilpasningen af de fysiske rammer indebærer, at der er etableret et effektivt ventilationsanlæg med udsugning i alle hjemlokalerne på B-sporet, hvor alle allergibørnene i øjeblikket går. Og i år skal klasselokalerne på både A- og B-sporet fra 0. til 3. klasse indrettes mere allergivenligt. I klasselokalerne er der whiteboards frem for støvende tavler med kridt, vaskbare rullegardiner frem for almindelige gardiner, og der anvendes svabere frem for koste. Desuden er der afsat ekstra tid til rengøring.

I et særligt astma- og allergirum er der en tavle med alle børnenes navne på. Her skrives op, hvad de hver især skal dag for dag – fx huske at tage medicin før idræt.

– I det rum er der også lavet en udstilling om medicin, og vi har bøger, så vi kan snakke med børnene om deres sygdom, forklarede Gitte Møller Larsen.

– I allergikabet har hvert barn en kasse, hvor der er medicin og et lille kort med personlige oplysninger. De små kort er gode, for hvis andre pædagoger bliver i tvivl om, hvad de skal gøre, kan de se det på kortet. De er også gode i starten, inden man har lært børnene at kende. På bagsiden af kortet står der fx specifikt, hvilken slags fødevarer barnet må få – også ved festlige lejligheder.

Pædagoger står til rådighed

I forbindelse med spisningen kl. 11.30 “puster” pædagogerne med børnene og giver medicin efter aftale med forældrene. Og tallene skrives ned i en bog, så alle kan følge med i udviklingen.



– Børnene er ikke kede af at skulle puste i et peak flow-meter i klassen. De er nærmere stolte af det, og andre børn vil også prøve, sagde Gitte Møller Larsen.

Pædagogerne kan give medicinen i astma- og allergirummet, men børnene vælger selv, hvor de vil have den. Man undgår så vidt muligt at afbryde undervisning eller leg, men tilstræber at "fange" børnene mellem aktiviteterne.

Gitte Møller Larsen og hendes kollega står hver dag til rådighed for de overfølsomme elever i tidsrummet 8.30-16.00.

– Når vi er der om formiddagen, er vi der for børnene. De kan komme ned til os, hvis de har brug for medicin eller bare for at være der. Der er også børn, der kommer ned og klager over deres astma, og så kan vi gå ind og måle peakflow og snakke med barnet. Det kan vise sig at være uden grund, men vi tager barnet alvorligt og ringer efter forældrene, hvis det er noget, vi ikke selv kan klare.

– Mange forskellige mennesker kommer på skolen, og det er vigtigt, at skolen informerer udefrakommende om Dussen. Derfor sættes der vikarsedler op med information om, at skolen er specielt tilpasset i forhold til astma og allergi, og der står, hvornår vikaren skal kontakte det faste personale. Men det kan glippe, og derfor er det godt, at børnene har en kontaktbog, som vi kommer op og henter hver dag i klassen, forklarede Gitte Møller Larsen.

Et skridt foran de andre

Ifølge Gitte Møller Larsen er pædagogerne i Dussen nødt til at være meget opmærksomme på madvarer.

– Det er vigtigt, at vi hele tiden er et skridt foran resten af skolen i forhold til skolefester, julearrangementer, påske mm., forklarede hun.

– Man kan ikke altid stole på, at fødevarer bliver købt ind, så der tages hensyn til fx den pige med peanutallergi, som vi har i øjeblikket. Hun må fx ikke få pølser som de andre, men vi sørger for, at der altid er alternativer.

Pædagogerne deltager også i skoleudflugter og den årlige koloni.

– Det er en fordel, at vi er med for at håndtere uventede situationer, sagde Gitte Møller Larsen.

Der arbejdes på, at Aalborg Kommune skal have gavn af den viden, pædagogerne på Vesterkærets Skole har om de børn, de arbejder med, og de skal også lave konsulentarbejde og hjælpe allergibørn på andre skoler.

Kommunen har ikke opstillet konkrete succeskriterier for tilbuddet.

– Det er en succes, da det har hjulpet mange forældre til at aflevere deres børn og være trygge og glade for tilbuddet, fastslog Gitte Møller Larsen, som kunne berette, at man i Randers arbejder på at etablere et lignende tilbud.

Debat og spørgsmål

Kommunikationen var på programmet, da indlægsholderne på konferencen i november 2004 debatterede indlæggene. Hvordan når vi forældrene? Og hvordan sikrer vi os, at vi siger det samme til alle involverede?

Det var sundhedsplejerske Hanne Andersen, der rejste spørgsmålet om, hvordan man sikrer sig, at forældrene får del i den viden, som er tilgængelig i sundhedsvæsenet, og at alle siger det samme. Hun uddybede:

– Når vi kommer på besøg første gang som sundhedsplejersker, oplever vi ofte, at børnene allerede har fået almindelig modermælkserstatning – selv om der er tale om risikobørn. Hvordan kan vi sikre, at forældrene allerede under graviditeten bliver spurgt om allergirisikoen – og at de får den rigtige vejledning fra

sundhedstjenesten? Og hvordan kan vi sikre, at den samme viden spredt sig til alle, som har med børnene at gøre – også til daginstitutionerne?

De praktiserende lægers ansvar

Overlæge på børneafdelingen på Sønderborg Sygehus Susanne Halken gav den bold videre til de praktiserende læger:

– Det må være de praktiserende læger, som skal være opmærksomme på at sende de samme budskaber ud, og som sørger for, at man holder sig til det, der er

evidens for. I virkeligheden er der jo tale om nogle ret enkle retningslinjer for forebyggelse af allergi hos spædbørn, påpegede Susanne Halken, der dog også mente, at Sundhedsstyrelsen skulle melde ud om den nyeste viden og de gældende retningslinjer.

Læge Jette Blands fra Sundhedsstyrelsens Center for Forebyggelse fortalte, at de nuværende retningslinjer nærmest er identiske med de retningslinjer, som Dansk Selskab for Pædiatri i sin tid udarbejdede, og at arbejdet med at opdatere retningslinjerne er i gang, selvom hun ikke stillede en revision i udsigt lige med det samme:

– Dansk Selskab for Pædiatri har nedsat en arbejdsgruppe, hvor Sundhedsstyrelsen også deltager, og vi vil sammen opdatere retningslinjerne for forebyggelse af allergi hos spædbørn. Arbejdet starter i 2005 med at gennemgå den videnskabelige litteratur, så retningslinjerne bliver evidensbaserede i den udstrækning, det er muligt, sagde Jette Blands.



Det mener Sundhedsstyrelsen om ALCAT-testen

Sundhedsstyrelsen mener *ikke*, at der foreligger videnskabeligt bevis for, at ALCAT-testen kan anvendes til diagnostik af fødevareoverfølsomhed, og derfor heller ikke, at testen nyder almindelig faglig anerkendelse.

Sundhedsstyrelsen anbefaler, at undersøgelse for fødevareoverfølsomhed sker ved hjælp af almindelige, fagligt anerkendte metoder, dvs. veldefinerede eliminations- og provokationsundersøgelser.

Patienter, der tilbydes undersøgelse for fødevareoverfølsomhed med ALCAT-testen skal have udleveret skriftligt informationsmateriale med ovenstående ordlyd i så god tid, at de har tid til at vurdere informationen og mulighed for at drøfte den med familie eller andre, inden de beslutter sig for testen.

Den nødvendige viden findes

Ledende overlæge Arne Høst fra børneafdelingen på Odense Universitetshospital mente ikke, at der manglede så meget i dette arbejde.

– På europæisk plan er der allerede udført et stort arbejde med artiklen “Allergy testing in children”, og der er en dansk oversættelse på vej. Men jeg vil også gerne henvise til hjemmesiden www.paediatri.dk – Dansk Pædiatrisk Selskabs hjemmeside. Der findes meget af det, man behøver at vide om allergi. Og desuden har Astma-Allergi Forbundet udgivet nogle gode og anvendelige pjecer, påpegede Arne Høst.

– Men generelt gælder det, at hvis der er vedvarende symptomer, der tyder på allergisk sygdom, så bør man foretage en allergiudredning. Der er ingen nedre aldersgrænse, hvis børnene er syge nok!

ALCAT-test er ikke evidensbaseret

Et spørgsmål fra salen understregede behovet for kommunikation af evidensbaseret viden – og tilsvarende behovet for at rydde op i gætterier og produkter, som flourer på området. Spørgeren ville have eksperternes holdning til den såkaldte ALCAT-test.

Arne Høst fra Børneafdelingen på Odense Universitetshospital og kollegaen Carsten Bindselev-Jensen fra Allergicentret samme sted erklærede samstemmende, at ALCAT-testen var udokumenteret og derfor helt uanvendelig til diagnostik af fødevareallergi.

Jette Blands kunne supplere med, at Sundhedsstyrelsens Enhed for Kvalitet, Overvågning og Tilsyn har behandlet flere henvendelser vedrørende testen. Sundhedsstyrelsen mener ikke, at der foreligger videnskabeligt bevis for, at ALCAT-testen kan anvendes til diagnostik af fødevareoverfølsomhed, og derfor heller ikke, at testen nyder almindelig faglig anerkendelse. Sundhedsstyrelsens vurdering af ALCAT-testen er sammenfattet i boksen øverst på siden.

Breast is best

Kosten har naturligvis betydning for udvikling af fødevareallergi hos den enkelte person, der udvikler allergi. En tilhører ville vide, om den generelle ændring, der er sket med kosten de senere år, også har betydning.

– Modsat alle andre allergiformer så har man ikke rapporteret om en stigning i fødevareallergi. Det ser ikke ud til, at det har betydning, at vi i dag får mere forarbejdet kost end før. Mængden af allergener, som vi udsættes for, har muligvis en betydning, men det er langt vigtigere, hvor tidligt man udsættes for påvirkningen. Risikoen for at få komælksallergi er langt større, hvis man får modermælkserstatning de første levedøgn end senere, sagde Susanne Halken.

Sundhedsstyrelsens anbefalinger for ernæring af allergidisponerede spædbørn¹

Sundhedsstyrelsen anbefaler udelukkende brysternæring i mindst 6 måneder. Hvis brysternæring ikke er mulig eller tilstrækkelig anbefales tilskud med dokumenteret højt hydrolyseret (hypoallergen) modermælkserstatning de første 4 måneder. Der findes for tiden to produkter af denne type på det danske marked, der har dokumenteret effekt, ernæringspræparaterne Nutramigen® og Profylac®. Sundhedsstyrelsen har ikke dokumentation for, at det ene præparat skulle være det andet overlegent.

– Der er ganske, ganske få, som reagerer på de forsvindende mængder af komælk, der er i modermælk. Men generelt er de små mængder af fremmede proteiner, der er i modermælk toleranceudviklende – og ikke allergifremkaldende. Derfor kan jeg kun understrege det endnu en gang: Breast is best! Og moderen skal i langt de fleste tilfælde spise normalt under både graviditeten og amningen, supplerede Arne Høst (se Sundhedsstyrelsens anbefalinger for ernæring af allergidisponerede spædbørn i boksen øverst på siden).

Varieret kost er vigtig

Sundhedsplejersker har længe haft fokus på at forebygge fødevarerallergi, og i 1960'erne ændredes anbefalingerne til spædbørn i en periode, så de fik appelsinsaft fra seksugersalderen og yoghurt fra tomånedersalderen. En spørger ville vide, om den stigning i fødevarerallergien, man konstaterede ved denne kostændring, var reel – eller om der tværtimod, som blandt andre Arne Høst

siger, er færre fødevarerallergikere nu end for 20-30 år siden.

– Der er ingen data, der siger, at der er sket en stigning, og måske kan vi endda konstatere et fald i antallet af fødevarerallergikere – i hvert fald i Odense. De reaktioner, man så på saft og frugt dengang for 40 år siden, er ikke IgE-medierede. Mange af dem var sikkert slet ikke allergisk betinget. Der er masser af undersøgelser, der viser, at småbørn forbigående reagerer på frugtsyren i frugter og juice, sagde Arne Høst.

Susanne Halken var enig:

– Der eksisterer lange lister over fødevarer, man skal undgå at give spædbørn. Men det er der ikke belæg for – det er myter. Det er vigtigt, at børnene får introduceret de fødeemner, de senere hen har brug for i deres kost, og at de får en alderssvarende og varieret kost. Det der med at gemme alle fødeemner til efter etårsalderen – lad være med det!



1) Se også skema side 12 (i Susanne Halkens indlæg)

På konferencen i marts 2005 var der stor spørgelyst, og formiddagens indlægsholdere svarede på en række konkrete spørgsmål.

Modernmælkserstatning efter firemånedersalderen

Hvis et barn har meget kraftig eksem og er dobbelt forældredisponeret, skal det så have Nutramigen eller Profylac efter de fire måneder? ville en tilhører vide.

Susanne Halken sagde hertil, at hvis barnet er disponeret, og der er indikation for tilskud af højt hydrolyseret modernmælkserstatning, så skal det kun have højt hydrolyseret modernmælkserstatning, indtil det er fire måneder gammelt. Herefter kan almindelig modernmælkserstatning anvendes.

– Men er der, som du beskriver tilstanden, et meget svært eksem, må man udrede, om det er allergisk betinget. Hvis barnet har en mælkeallergi, skal det selvfølgelig fortsætte med Nutramigen eller Profylac efter de fire måneder. Det er vigtigt, at et barn med svære, vedvarende symptomer bliver undersøgt af en børnelæge, som har det nødvendige kendskab.

Arne Høst supplerede:

– Hvis et barn har fødevareallergi, må man jo give en diæt fri for det, barnet ikke kan tåle. Men

man skal så huske at reprovokere et par gange om året, indtil 3-4-års-alderen. Mange børn vokser heldigvis fra deres fødevareallergi, og så skal de jo ikke behandles (være på diæt) længere.

Psykisk sygdom og allergi

Der var også et spørgsmål fra salen om sammenhængen mellem psykiske forstyrrelser og fødevareallergi. Hertil sagde Birgitte Weile, at nogle gerne vil se en sammenhæng mellem fx autisme og cøliaki, men en sådan er ikke bevist.

Arne Høst supplerede med, at der ikke er nogen som helst sammenhæng mellem hyperaktivitet og fødevareallergi eller overfølsomhed over for farvestoffer eller konserveringsmidler, selvom mange tror det. Når man foretager dobbeltblindede, placebokontrollerede undersøgelser, viser det sig, at der ikke er nogen sammenhæng.

– Dog er det klart, at hvis børn har et dårligt behandlet eksem eller en ubehandlet fødevareallergi, så kan de ikke koncentrere sig ordentligt. Men det er en indirekte effekt og ikke en årsagssammenhæng.

Susanne Halken sagde, at en lang række børn er blevet henvist til undersøgelse for en sådan sammenhæng, men der har ikke i et eneste tilfælde vist sig faktisk at være en sammenhæng, så der er ikke nogen dokumentation for det.

Forskel på forårsbørn og efterårsbørn?

En deltager ville høre, om der er nogen forskel på allergiudviklingen hos børn, der er disponerede for allergi, afhængig af om de er født om foråret eller efteråret.

Susanne Halken svarede, at det ser ud som om, at man har størst risiko for at udvikle allergi over for det, man bliver eksponeret for i de første levemåneder. Det kan måske gælde fx for børn, der er født lige før en svær birkepollensæson. Er man derimod født om efteråret, har man måske en større risiko for at udvikle allergi over for indendørsallergenerne, for da er det det, man bliver eksponeret for.

Type 1-diabetikere har større risiko for cøliaki

Birgitte Weile svarede på et spørgsmål om, hvorfor type 1-diabetikere har større risiko for at udvikle cøliaki. Man ved det ikke med sikkerhed. Begge sygdomme er arvelige og såkaldte autoimmune sygdomme, der etablerer sig på nogenlunde samme måde.

En gang komælk – altid komælk?

Et spørgsmål, som Sundhedsstyrelsen ofte får stillet, er: Hvis et spædbarn får tilskud af almindelig modernælkserstatning (komælk) på barselsgangen, og man efterfølgende finder ud af, at det er et spædbarn med særlig risiko for at udvikle allergisk sygdom, og at man derfor burde have givet højt hydrolyseret modernælkserstatning inden for de første fire måneder – skal man i den situation fortsætte med at give komælk? Det er man jo startet på, uden at barnet har udvist symptomer. Eller skal man skifte til Nutramigen eller Profylac?

Susanne Halken sagde, at det ikke umiddelbart er til at svare på, for det må bero på en vurdering af det enkelte tilfælde. Hun foreslog, at moderen fortsætter med at amme sit barn. Den anden problematik bliver et valg, for der er ikke noget klart svar på spørgsmålet. Hvis barnet får symptomer undervejs, skal man selvfølgelig reagere på det, men man skal ikke gøre problemet større end højest nødvendigt.

Arne Høst understregede, at modernælk er det bedste og blandt andet indeholder nogle immunkompetente celler, og studier tyder på, at de børn, der får modernælk, fx har et bedre respons ved vaccinationer.



– I øvrigt er der i modernælk både mælkeproteiner og gluten, men det er i meget små mængder, og det ser ud til, at disse små mængder er gavnlige for toleranceudviklingen hos barnet. Moderen skal derfor ikke holde diæt under graviditeten og i ammeperioden.

Hvor tidligt kan børn udredes?

Der var et spørgsmål om, hvor tidligt man kan udrede børn, fx med priktest og blodprøve.

Susanne Halken svarede, at der ikke er nogen nedre aldersgrænse, men de skal have symptomer, der gør det relevant at udrede dem. Skal man udrede for fødevareallergi, er kontrollerede diæt- og provokationsforsøg det alafgørende.

Kommunale tilskud

En tilhører rejste spørgsmålet om den merudgiftsydelse, som kommunerne kan give til forældre til et barn tilhørende en af risikogrupperne (se boksen Familiær disposition side 10), der har behov for tilskud af højt hydrolyseret modernælkserstatning de første fire måneder². Reglerne fastslår, at der er en egenbetaling – et standardbeløb, der reguleres én gang årligt³, og når det beløb er nået, kan forældrene til dette barn få dækket yderligere udgifter til højt hydrolyseret modernælkserstatning de første fire måneder fra kommunen. Ifølge spørgeren er tilskuddene til denne forebyggende diætbehandling (Nutramigen eller Profylac) imidlertid forskellige fra den ene kommune til den anden.

2) Se Socialministeriets vejledning om sociale tilbud til børn og unge med handicap, nr. 43 af 05.03.1998, kapitel 8.7.1

3) Se ovenstående vejledning, pkt. 47: Standardbeløb og pkt. 48: Minimumsbeløb. I 2005 er standardbeløbet på 2.424 kr. og minimumsbeløbene dermed på 303 kr. pr. md./3.636 kr. pr. år

Jette Blands oplyste, at selvom Sundhedsstyrelsen har udsendt en Vejledning for forebyggelse af allergi hos spædbørn, så findes retningslinjerne for tildeling af disse tilskud i serviceloven (§ 28 med førnævnte vejledning), som kommunerne forvalter. Kommunerne fortolker disse retningslinjer forskelligt. Nogle kommuner vil fx ikke acceptere et særligt behov for forebyggelse, hvis det drejer sig om enkelt-disposition (dvs., at det kun er én forælder eller en søskende, der har/har haft lægediagnosticeret, behandlingskrævende allergisk sygdom (se boksen Familiær disposition på side 10)). Det er ofte der, diskussionen står, sagde Jette Blands, der samtidig understregede, at Sundhedsstyrelsens vejledning (se boksene Sundhedsstyrelsens anbefalinger side 46 og Familiær disposition side 10) ikke skelner mellem de to risikogrupper i forhold til behovet for forebyggelse, dvs. tilskud med de pågældende erstatningspræparater.

Susanne Halken supplerede med, at når det gælder *behandling* af mælkeallergi, kan man bruge de grønne recepter⁴, når der skal udskrives højt hydrolyseret modernælkserstatning, og så er der ikke noget problem i forhold til tilskudsretten. Med hensyn til *forebyggelse* af allergi og tilskud til anvendelse af de højt hydrolyserede modernælkserstatninger

de første fire måneder bør man regionalt forklare kommunerne, at der faktisk er en gevinst ved at give de i øvrigt små mængder af højt hydrolyseret modernælkserstatning, som børnene skal have. Bedre dialog med kommunerne vil øge deres forståelse for problematikken.

Birgitte Weile oplyste, at når det drejer sig om cøliaki og hjælp til merudgifter til diætkost, søger man efter, hvad cøliakiforeningen har beregnet, der er af merudgifter. Hun havde aldrig oplevet problemer med at få kommunerne til at dække disse udgifter.

Samme behandling af de to former for overfølsomhed

Er der forskel i de praktiske foranstaltninger, når det gælder den ikke-allergiske overfølsomhed ("intolerans") i forhold til de IgE-medierede? ville en deltager afslutningsvis gerne vide.

Nej, svarede Arne Høst, behandlingen er den samme, og symptomerne kan være akkurat de samme. Dog har man ved de ikke-IgE-medierede allergier ikke de anafylaktiske reaktioner og skal derfor ikke udstyres med en EpiPen med adrenalin.

– Børn med det, vi i gamle dage kaldte "en kronisk proteinintolerans"⁵, har en bedre prognose og får ikke i samme grad som børn med IgE-medierede allergier andre fødevareallergier eller astma og høfeber. Alene derfor er det fornuftigt at udrede børn også med priktest og måling af specifikt IgE i blodet, for så kan man sige noget om prognosen.

4) Ved at lægen udskriver en såkaldt grøn recept, opnås et tilskud på 60 % af beløbet

5) Dvs. en ikke-allergisk fødevareoverfølsomhed

Adresser og hjemmesider

Sundhedsstyrelsen
Islands Brygge 67
2300 København S
Tlf. 72 22 74 00

Astma-Allergi Forbundet
Universitetsparken 4
4000 Roskilde
Tlf. 43 43 59 11

Foreningen af Kliniske Diætister
Emdrupvej 28 A, 3.
2100 København Ø
Tlf. 33 32 00 39

Fødevarestyrelsen
Mørkhøj Bygade 19
2860 Søborg
Tlf. 33 95 60 00

Videncenter for Allergi
Ledreborg Allé 40, 1.
2820 Gentofte
Tlf. 39 77 73 00

Kommunernes Landsforening
Weidekampsgade 10
Postboks 3370
2300 København S
Tlf. 33 70 33 70

Danmarks Fødevareforskning
Bülowsvej 27
1790 København V
Tlf. 72 34 60 00

Dansk Cøliaki Forening
Kildetoften 17
Svejbæk
8600 Silkeborg
Tlf. 70 10 10 03

www.sst.dk
www.foedevareallergi.dk

www.fvst.dk
www.altomkost.dk
www.videncenterforallergi.dk
www.sundhedsplejersken.info
www.boernesundhed.dk
www.paediatri.dk
www.kl.dk
www.astma-allergi.dk
www.coeliaki.dk
www.diaetist.dk
www.folkesundhed.dk

Sundhedsstyrelsen
Sundhedsstyrelsens, Fødevarestyrelsens, Danmarks Fødevare-
forskning og Astma-Allergi Forbundets fælles hjemmeside om
fødevareallergi
Fødevarestyrelsen
Alt om kost
Videncenter for allergi
Fagligt selskab for sundhedsplejersker
Dansk Selskab for Børnesundhed
Dansk Pædiatrisk Selskab
Kommunernes Landsforening
Astma-Allergi Forbundet
Dansk Cøliaki Forening
Foreningen af kliniske diætister
Hjemmesiden om regeringsprogrammet "Sund hele livet"



FØDEVAREOVERFØLSOMHED HOS BØRN

Konferencerapport

Fødevareoverfølsomhed hos børn er et emne, der ofte giver anledning til debat, og også et emne, der hersker megen usikkerhed om.

Sundhedsstyrelsen har ved to konferencer forsøgt at give svar på en række spørgsmål, som den kommunale sundhedstjeneste kommer i kontakt med.

Denne rapport refererer indlæggene fra de to konferencer og er et led i en styrket oplysningsindsats om forebyggelse af fødevareoverfølsomhed hos børn.

www.sst.dk

Sundhedsstyrelsen
Center for Forebyggelse
Islands Brygge 67
2300 København S
Telefon 72 22 74 00
Telefax 72 22 74 11
sst@sst.dk