

Utredning ved mistenkt matoverfølsomhet

■ RAGNHILD HALVORSEN *spesialist i immunologi, tidl. overlege ved Voksentoppen*

Bakgrunn

Personer med matoverfølsomhet har en reproduserbar reaksjon på en liten mengde av en spesiell matvare som vanligvis tåles av de aller fleste. Vi skiller mellom allergisk og ikke-allergisk matoverfølsomhet hvor den allergiske er immunologisk betinget, mens den ikke-allergiske kan ha en lang rekke årsaker som for eksempel enzymmangel eller psykologiske årsaker (1).

Pasienter som opplever at de selv eller barna deres reagerer på noe i maten, opplever ofte møtet med helsevesenet som frustrerende og at plagene bagatelliseres. Helsevesenet på sin side har mangelfulle verktøy og fremfor alt liten tid til å gå så dypt inn i problemkomplekset som mulige matreaksjoner representerer og som er nødvendig for riktig diagnose. Det er en stor utfordring at omtrent en fjerdedel av befolkningen mener de har plager som skyldes overfølsomhet mot mat eller noe i maten, mens vitenskapelige undersøkelser viser at rundt regnet ti prosent av disse har reell matoverfølsomhet. Norske og utenlandske undersøkelser tyder på at i den voksne befolkningen er forekomsten av matoverfølsomhet to til tre prosent, mens tre til åtte prosent av barn under tre år har reaksjoner på mat (2–4). Uansett bakgrunn og mekanismer; plagene som bringer disse menneskene til legen er reelle nok, og det krever tid og tålmodighet fra begge parter for å komme til bunns i problemet.

Målet med diagnostiseringen er å finne en årsak til symptomene, og å bekrefte eller avkrefte sammenhengen med matinntak. Konsensus og guidelines anbefaler detaljert anamnese, klinisk undersøkelse, IgE-undersøkelser, eliminasjonsdiett og eventuelt kostprovokasjon (5–7).

Begrepsavklaring

Allergi, overfølsomhet og intoleranse er ord som blir brukt om hverandre og denne begrepsforvirringen har skapt misforståelser. For å unngå dette har *European Academy of Allergy and Clinical Immunology* utarbeidet en felles nomenklatur som skal brukes (8). Allergi skal bare brukes der det er en sikker immunologisk mekanisme som ligger til grunn for plagene og i vanlig klinisk praksis vil dette stort sett dreie seg om IgE-medierte straksreaksjoner. Det er sikkert andre immu-

nologiske mekanismer enn IgE som kan føre til allergiske matreaksjoner, men vi mangler diagnostiske verktøy for å påvise slike mekanismer.

Symptomer ved matoverfølsomhet

Overfølsomhetsreaksjoner på mat kan gi symptomer fra hud (urticaria, angioødem, forverring av atopisk eksem) og mage/tarm (diaré, oppkast, obstipasjon, magesmerter). Alvorlige reaksjoner (anafylaksi) med påvirkning av luftveier og sirkulasjon forekommer sjeldnere, og er nesten alltid allergisk utløst og IgE-medierte. De allergiske reaksjonene kan oppstå akutt eller de kan komme noe senere, opptil flere timer etter inntak av matvaren. De ikke-allergiske overfølsomhetsreaksjonene kommer sjelden helt akutt og kan bygge seg opp over tid, også ved regelmessig inntak av en spesiell matvare. For ca en tredjedel av pasientene som opplever en anafylaktisk reaksjon, vil reaksjonen ha et bifasisk forløp. Barn og ungdom med astma har større risiko for mer alvorlige matallergiske reaksjoner enn andre (9).

Utredning

Anamnesen er viktig, men har dårlig positiv prediktiv verdi og er derfor ikke alene diagnostisk utslagsgivende. Det som er viktig er å finne ut om det er andre atopiske lidelser (eksem, astma, rhinokonjunktivitt), andre sykdommer som for eksempel cøliaki eller annen inflammatorisk tarmsykdom i familien. Sammenheng mellom matinntak og symptomer og ikke minst muligheten for at matvaren også kan inntas uten symptomer er viktig å fastslå.

Den kliniske undersøkelsen legger vekt på hud (atopisk eksem, urtikaria, kløe), luftveier (astma, rhinokonjunktivitt) og gastrointestinalt raktus.

Allergitredning med bestemmelse av spesifikt IgE for matallergener (for eksempel egg, melk, nøtter osv) i serum, er viktig for å bekrefte eller avkrefte en straksallergi. Ettersom IgE-medierte straksallergier kan gi de mest alvorlige symptomene, herunder anafylaksi, er det viktig å påvise dette. Det kan ikke betones sterkt nok at et negativt (normalt) IgE-svar ikke utelukker matoverfølsomhet, men

det utelukker med stor grad av sannsynlighet en IgE-medierte matreaksjon og derved en straksreaksjon. Ved et negativt IgE-svar (IgE < 0,35 kU/L) er faren for en alvorlig allergisk reaksjon på matvaren meget liten. Når det er påvist forhøyet IgE mot et bestemt matallergen, er det spesielt viktig å være klar over at dette er uttrykk for en sensibilisering, en immunologisk reaksjon, og ikke diagnostisk for en klinisk sykdom. Både ved forhøyet og normalt IgE er det derfor nødvendig å etterprøve betydningen ved hjelp av kostforsøk. Kostforsøk er i de aller fleste tilfeller nødvendige for å sikre diagnosen. Et unntak er i de tilfellene det er påvist en sikker straksallergi som har gitt alvorlige symptomer. Man må imidlertid være klar over at små barn kan ha hatt alvorlige reaksjoner på for eksempel egg og melk, men allikevel utvikle toleranse og tåle disse matvarene etter noen år. Det bør derfor være en regel at en diagnostisert allergi mot egg, melk og hvete hos de minste barna revurderes årlig.

Det finnes en rekke alternative tester for diagnostisering av matvareallergi. Eksempler er IgG- og IgG 4-antistoffer, elektrodermal testing, leukocyt-toxisitet, provokasjon-nøytralisasjons test og kinesiologi. Ingen av disse er understøttet av vitenskapelige undersøkelser og de bør derfor ikke brukes.

Kostforsøk, som i de aller fleste tilfeller er helt nødvendig for å stille en riktig diagnose ved mistanke om matoverfølsomhet, kan i de fleste tilfeller også utføres i allmennpraksis. Ved alvorlige reaksjoner og påviste IgE-medierte allergier bør imidlertid pasienten henvises til spesialist med allergologisk kompetanse. Spesielt små barn med IgE-medierte matallergier bør vurderes av allergologisk skolert barnelege. Derimot kan man i alle tilfeller av mistenkt matoverfølsomhet hvor mekanismene ikke er klarlagt, utføre kostforsøk i allmennpraksis. Utredningen starter med å eliminere den eller de mistenkte matvarene fra kosten. Dette kan være vanskelig da merking av matvarer benytter seg av mange alternative begreper for den samme matvaren. Eksempelvis vet ikke alle at myse er et melkeprotein og kan gi allergisk reaksjon eller at laktose er melkesukker og kan gi overfølsomhetsreaksjon, men ikke allergi. Ved eliminering som ledd i en diagnostisk prosedyre er det viktig at maten er helt fri for allergenene som undersøkes og grundig gjen-



nomgang av ingredienslister er derfor nødvendig. Der hvor plagene ikke forsvinner etter eliminering kan man se helt bort fra en overfølsomhetsreaksjon. Hvis derimot symptomene forsvinner etter en periode med eliminasjon, må den eller de fjernede matvarene gjenintroduseres i kosten for å se om symptomene kommer tilbake. Hvis symptomene ikke kommer tilbake etter reintroduksjon, kan man igjen se bort fra at de mistenkte matvarene hadde sammenheng med pasientens plager. Hvis derimot symptomene dukker opp igjen når maten gjenintroduseres, er det nødvendig med en ny eliminasjonsperiode. Ideelt sett bør eliminasjon og gjenintroduksjon gjentas minst to, helst tre ganger, for å unngå placeboeffekt eller normale svingninger i et symptomforløp.

Er det så farlig da?

Det er en utbredt misforståelse at det er uproblematisk å la barn unngå for eksempel kumelk «for sikkerhets skyld». I norsk kosthold, og spesielt for barn, har kumelken en viktig plass som kilde til protein, fett og viktige vitaminer og mineraler som for eksempel jod. Undersøkelser har vist at et kumelkfritt kosthold hos norske barn fører til feilernæring (10). Når det gjelder hvete er det selvfølgelig helt greit å erstatte vanlig hvetemel med speltmel som er en hvetesort. Det er imidlertid in-

gen grunn til å tro at de som tåler spelt, men ikke hvete, har en allergisk reaksjon, til det er hvete og spelt for like i sin proteinsammensetning.

Hvorfor er det så nødvendig med en eksakt diagnose ved mistenkt matoverfølsomhet?

Det er enkelt å skylde på maten når man opplever plager uten en umiddelbart klar årsak. Mange barn, og også voksne, har et begrenset kosthold etter ufullstendig diagnostikk hvor maten har blitt gjort til syndebukk. Det er en utstrakt bruk av ikke-vitenskapelig funderte undersøkelsesmetoder som påviser matreaksjoner. En del blodprøveundersøkelser som brukes er ikke validerte og når svarene sendes direkte hjem til pasientene med en lettvinntolkning, er det duket for feildiagnostikk, feilinformasjon og feilbehandling (11). For å unngå unødige kostrestriksjoner må fastlegene påta seg ansvar for denne store pasientgruppen, ta plagene deres på alvor og foreta utredning ved hjelp av bl.a. kostforsøk. Allergitredning ved hjelp av IgE-undersøkelser er nyttig, men blodprøvesvarene er bare et hjelpemiddel og gir kun en pekepinn i retning av hvor man skal sette inn videre vurderinger. Tolkning av svarene er vel så viktig som svarene i seg selv og krever kunnskap om allergener.

REFERANSER

1. Sicherer SH, Sampson HA. Food allergy J Allergy Clin Immunol. 2010;125:116-25.
2. Bock SA. Prospective appraisal of complaints of adverse reactions to foods in children during the first 3 years of life. Pediatrics 1987;79:683-688
3. Young E, Stoneham MD, Petrukevitch A, Barton J, Rona R. A population study of food intolerance. Lancet 1994;343:1127-1130
4. Eggesbø M, Botten G, Halvorsen R, Magnus P. The prevalence of CMA/CMPI in young children. The validity of parentally perceived reactions in a population-based study. Allergy 2001; 56: 393-402.
5. Sicherer SH. Food allergy: When and how to perform food challenges. Pediatr Allergy Immunol 1999;10:226-234
6. Fleischer DM, Bock SA, Spears GC, Wilson CG, Miyazawa NK, Gleason MC, Gyorkos EA, Murphy JR, Atkins D, Leung DY. Oral food challenges in children with a diagnosis of food allergy. J Pediatr. 2010 Oct 27. [Epub ahead of print]
7. American Gastroenterological Association medical position statement: Guidelines for the evaluation of food allergies. Gastroenterology 2001;120:1023-1025
8. Johansson SG, Hourihane JO, Bousquet J, Brujinzeel-Koomen C, Dreborg S, Haahtela T, Kowalski ML, Mygind N, Ring J, van Cauwenberge P, van Hage-Hamsten M, Wutrich B; EAACI nomenclature task force. A revised nomenclature for allergy. An EAACI position statement from the EAACI nomenclature task force. Allergy 2001;56(9):8134-824
9. Atkins D, Bock SA. Fatal anaphylaxis to foods: epidemiology, recognition, and prevention. Curr Allergy Asthma Rep. 2009;9(3):179-85.
10. Henriksen C, Eggesbø M, Halvorsen R, Botten G. Nutrient intake among two-year-old children on cow's milk-restricted diets. Acta paediatr. 2000;89:272-278
11. Niggemann B, Grüber C. Unproven diagnostic procedures in IgE-mediated allergic diseases. Allergy. 2004 Aug;59(8):806-8.

rahalvor@hotmail.com