

Samenvatting van de NHG-Standaard 'Voedselovergevoeligheid'

Marleen N. Luning-Koster, Peter L.B.J. Lucassen, Froukje S. Boukes en A.N. (Lex) Goudswaard

Gerelateerd artikel: Ned Tijdschr Geneeskd. 2011;155:A3104

- In oktober 2010 verscheen de NHG-Standaard 'Voedselovergevoeligheid', een herziening van de NHG-Standaard 'Voedselovergevoeligheid bij zuigelingen' uit 1995.
- Als een patiënt bij zichzelf of zijn kind een voedselallergie vermoedt, wordt dit bij nader onderzoek meestal niet aangetoond.
- Onterecht voorgeschreven eliminatiediëten kunnen nadelige effecten hebben.
- Onderzoek naar de concentratie specifiek IgE in het serum heeft geen plaats in de diagnostiek van voedselallergie in de huisartsenpraktijk.
- Een open eliminatieprovocatie is vooral geschikt om voedselallergie uit te sluiten.
- De diagnose 'voedselallergie' is alleen met zekerheid te stellen met een dubbelblinde, placebogecontroleerde voedselprovocatie.
- Er zijn geen bewezen effectieve maatregelen die voedselallergie kunnen voorkomen.

In oktober 2010 is de herziene versie van de standaard 'Voedselovergevoeligheid' van het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG) gepubliceerd. Voedselovergevoeligheid is een overkoepelende term voor ongewenste, reproduceerbare reacties op voedsel in een hoeveelheid die andere personen wel verdragen.

De standaard besteedt aandacht aan allergie voor koemelk, ei, pinda en noten, aan het oraal allergiesyndroom en aan anafylaxie. Vanwege de epidemiologie en mogelijkheid tot het doen van bloedonderzoek komt ook coeliakie aan bod; hierbij sluit de standaard aan bij de recent in dit tijdschrift besproken CBO-richtlijn 'Coeliakie en dermatitis herpetiformis'. Tot slot geeft de standaard informatie over lactose-intolerantie en voedseladditieven. In deze samenvatting bespreken we alleen voedselallergie. De volledige tekst is gepubliceerd in Huisarts en Wetenschap en is te vinden op de NHG-website (www.nhg.org).

EPIDEMIOLOGIE, NATUURLIJK BELOEP EN PROGNOSE

Meer dan 10% van de bevolking denkt een al dan niet allergische voedselovergevoeligheid te hebben, terwijl dit maar bij maximaal 4% ook daadwerkelijk aangetoond kan worden. Bij zuigelingen is dit vrijwel altijd koemelkallergie, die vaak al in de eerste levensmaanden tot uiting komt. Na de introductie van bijvoeding komen vooral allergieën voor ei en pinda voor.

In de praktijk wordt bij een vermoeden van voedselallergie vaak een eliminatiedieet toegepast zonder dat de klachten adequaat beoordeeld zijn. Dit kan nadelige gevolgen hebben voor de gezondheid, vooral als ten

Nederlands Huisartsen Genootschap,

afd. Richtlijnontwikkeling en Wetenschap, Utrecht.

Drs. M.N. Luning-Koster, dr. P.L.B.J. Lucassen,

(tevens UMC St Radboud,

afd. Eerstelijngeneeskunde, Nijmegen),

drs. F.S. Boukes en dr. A.N. Goudswaard, huisartsen.

Contactpersoon: drs. M.N. Luning-Koster

(m.luning@nhg.org).

onrechte steeds meer voedingsmiddelen gemeden worden en een ingewikkeld en insufficiënt dieet ontstaat.

Koemelk- en ei-allergie genezen bij bijna alle kinderen in de loop van enkele jaren. Pinda- en notenallergie blijven meestal levenslang bestaan, hoewel de ontwikkeling van tolerantie bij respectievelijk 20 en 10% beschreven wordt. Dit impliceert dat het van belang is om ook bij kinderen met een bewezen allergie van tijd tot tijd na te gaan of er inmiddels tolerantie is opgetreden, zodat onnodig lange blootstelling aan een eliminatiedieet kan worden voorkomen.

Bij oudere kinderen en volwassenen is vaak sprake van het oraal allergiesyndroom. Hierbij bestaat een kruisovergevoeligheid voor voedingsmiddelen met eiwitten die lijken op het allergeen waarvoor sensibilisatie bestaat. Het meest bekend is de reactie op pit- en steenvruchten (zoals appel en perzik) of noten (zoals hazelnoot en walnoot) bij een pollenallergie. Er ontstaat een branderig, jeukend gevoel op de lippen, of in de mondholte of keel, soms met gering lokaal angio-oedeem, maar zonder verschijnselen van larynxoedeem. Vermijding van het voedselallergeen is in principe niet nodig en bewerking van de voeding, zoals verhitting, doet de klachten vaak verminderen.

SYMPTOMEN

Een voedselallergie dient overwogen te worden als 2 of meer van de volgende criteria van toepassing zijn:

- symptomen van 2 of meer verschillende orgaansystemen: de huid (urticaria, jeukende rash, angio-oedeem), het maag-darmstelsel (jeuk en zwelling in de mondkeelholte, acuut braken, buikpijn of diarree) of de luchtwegen (rinitis, hoesten, stridor of piepen). Hierbij moet aangetekend worden dat lichte en matige vormen van constitutioneel eczeem niet veroorzaakt worden door een voedselallergie. Ook huilen en prikkelbaar gedrag als enige klacht bij zuigelingen worden vrijwel nooit veroorzaakt door voedselallergie;
- een duidelijk en herhaald verband in de tijd tussen de voedselinname en het optreden van steeds dezelfde symptomen. Meestal treden de klachten op aansluitend aan de voeding. Er worden ook zeldzamere vertraagde reacties beschreven van de huid en het maag-darmstelsel (6-48 h na inname). Voorbeelden zijn ernstig therapieresistent eczeem of colitis;
- het blijven bestaan van klachten ondanks adequate maatregelen gericht op de meer voorkomende andere oorzaken. Voorbeelden van andere oorzaken zijn voedingsfouten zoals te veel of te snel voeden of een verkeerde samenstelling, en constitutioneel eczeem;
- een positieve familieanamnese voor atopische aandoeningen.

AANVULLENDE DIAGNOSTIEK

Als een patiënt aan 2 van de bovenstaande criteria voldoet is er reden voor aanvullende diagnostiek.

Dubbelblinde provocatie De dubbelblinde, placebogecontroleerde voedselprovocatie geldt als gouden standaard bij een vermoeden van voedselallergie. Dit onderzoek vindt tegenwoordig alleen plaats tijdens 2 dagopnames in het ziekenhuis. Momenteel wordt op advies van de Gezondheidsraad bestudeerd onder welke voorwaarden en op welke manier deze vorm van diagnostiek in de eerste lijn zou kunnen worden uitgevoerd voor koemelkallergie.

Eliminatieprovocatie Een makkelijker uitvoerbaar en goedkoper alternatief is de open eliminatieprovocatie. Hierbij weet zowel de patiënt of diens verzorger als de behandelaar welk voedingsmiddel in welke hoeveelheid wordt gegeven. De beoordeling wordt bemoeilijkt door het subjectieve karakter van veel symptomen en voorin genomenheid over de uitslag. Een groot nadeel van de open eliminatieprovocatie bij een vermoeden van koemelkallergie, en waarschijnlijk ook andere voedselallergieën, is dat de helft van de positieve uitslagen fout-positief is. Daarom is het vooral geschikt om voedselallergie uit te sluiten, niet om deze met zekerheid aan te tonen. Het resultaat kan echter ook fout-negatief zijn als de provocatie te snel gestaakt wordt en de drempeldosis van het allergeen, die verschilt per individu, niet bereikt wordt.

IgE-bepaling Hoewel specifieke IgE-bepalingen (voorheen de radioallergosorbenttest (RAST)) vaak worden aangevraagd, is de waarde ervan voor de diagnose 'voedselallergie' erg klein. Het is niet mogelijk om met de gangbare referentiewaarden betrouwbare voorspellingen te doen voor patiënten in de huisartsenpraktijk. Een verhoogde concentratie specifiek IgE in het serum duidt op sensibilisatie, het aanwezig zijn van antistoffen tegen het allergeen, maar zegt weinig over het bestaan van symptomen van allergie. De klinische consequentie van asymptomatische sensibilisatie is onduidelijk. Hetzelfde geldt voor de huidpriktest. Beide bepalingen worden daarom niet aanbevolen. Daarnaast is het mogelijk allergisch te zijn zonder dat de concentratie specifiek IgE in het serum aantoonbaar verhoogd is, bijvoorbeeld omdat er sprake is van een niet-IgE-gemedieerde voedselallergie. Bij koemelkallergie bij zuigelingen komt dit vaker voor dan voorheen gedacht.

Keuze Hoewel de open eliminatieprovocatie qua test-eigenschappen niet sterk is, beveelt de NHG-Standaard deze toch aan. De argumenten hiervoor zijn matige validiteit van specifieke IgE-bepalingen, de slechte beschikbaarheid van de gouden standaard en de onmogelijkheid deze vooralsnog in de eerste lijn toe te passen. Daarnaast is de ingangseis voor de open eliminatieprovocatie redelijk streng. Er bestaan gevalideerde schema's voor open

eliminatieprovocaties met ei, pinda en noten, maar deze zijn niet in de standaard opgenomen omdat er te weinig onderzoek is verricht om veilige toepassing in de huisartsenpraktijk te garanderen.

DIAGNOSTIEK KOEMELKALLERGIE BIJ ZUIGELINGEN

Bij kinderen jonger dan 1 jaar met een vermoedelijke voedselallergie voor koemelk verricht de huisarts een open eliminatieprovocatie. Als de test positief is, start de huisarts de behandeling met als werkhypothese 'koemelkallergie'. De behandeling is een eliminatiedieet waarbij koemelkeiwitten uit de voeding weggelaten worden. Flesgevoede kinderen krijgen een hypoallergene voeding op basis van intensief gehydrolyseerde wei- of caseïne-eiwitten; van kinderen die uitsluitend borstvoeding krijgen, volgt de moeder een dieet waaruit koemelkeiwitten zijn geëlimineerd. Wanneer de klachten pas ontstaan tijdens het afbouwen van de borstvoeding en bij de introductie van kunstvoeding hoeft de moeder geen dieet te volgen. De dosis koemelkeiwit in borstvoeding is immers gering en overschrijdt de drempeldosis die nodig is om klachten te veroorzaken in deze gevallen meestal niet.

Kinderen met een eliminatiedieet worden elke 3 maanden gecontroleerd. Indien er geen allergische klachten op een recente accidentele inname van koemelk zijn geweest, wordt opnieuw een provocatie gedaan. Als die positief is, wordt het dieet gedurende de volgende 3 maanden gehandhaafd. Na 3 maanden vindt dan opnieuw provocatie plaats. Pas als de provocatie negatief is, wordt het eliminatiedieet gestopt.

Als de provocatie negatief is, en dus geen eliminatiedieet gevolgd hoeft te worden, spreekt de huisarts een controle af omdat een deel van de ouders toch doorgaat met elimineren.

PREVENTIE VAN VOEDSELALLERGIE

In het verleden zijn diverse maatregelen gesuggereerd om voedselallergie te voorkomen. Recente onderzoeken tonen echter aan dat noch een eliminatiedieet tijdens het laatste trimester van de zwangerschap of tijdens de lactatie, noch borstvoeding, het geven van hypoallergene kunstvoeding of het toevoegen van probiotica aan de voeding een voedselallergie kunnen voorkomen. Ook uitstel van introductie van bijvoeding heeft geen preventief effect op het ontstaan van voedselallergie of andere vormen van atopie.

ANAFYLAXIE

Anafylaxie bij voedselallergie is zeldzaam. De diagnose 'anafylaxie' is waarschijnlijk bij verschijnselen van de luchtwegen en/of de bloedsomloop die optreden na inname van het voedselallergeen. Een gegeneraliseerde

huidreactie, angio-oedeem, heftig braken en diarree kunnen eerste of bijkomende verschijnselen zijn. De NHG-Standaard adviseert om onmiddellijk epinefrine i.m. te injecteren. Een fataal verloop bij anafylaxie blijkt vaak samen te gaan met het niet of laat toedienen van epinefrine.

De reactie kan bifasisch zijn: binnen minuten tot uren na herstel van de eerste reactie kunnen opnieuw levensbedreigende verschijnselen ontstaan, mogelijk omdat de werkingsduur van epinefrine korter is dan de duur van de anafylaxie. Dit beloop is niet te voorspellen. Er is geen betrouwbare definitie van een 'goed herstel' en geen consensus over de gewenste observatieduur na herstel van een anafylaxie. Logistiek zal een observatie van meerdere uren in de meeste huisartsenpraktijken niet te realiseren zijn. Daarom wordt nu geadviseerd om alle patiënten met anafylaxie door een voedselallergie per ambulance te verwijzen naar de SEH.

VERWIJZING

Indicaties voor verwijzing naar een kinderarts of internist, bij voorkeur met kennis van allergologie, zijn: een bevestiging van de diagnose 'koemelkallergie' in geval van een positieve uitslag op de open eliminatieprovocatie op of na de leeftijd van 12 maanden, een vermoeden van voedselallergie voor andere allergenen, aanhoudende klachten of groeiachterstand ondanks adequate dieetmaatregelen bij reeds gediagnosticeerde voedselallergie en ernstige reacties op voeding.

SAMENWERKING

Binnen de eerste lijn zijn diverse partijen betrokken bij kinderen met een mogelijke voedselallergie. Verloskundigen geven mogelijk adviezen over preventie; inzichten hierover zouden met hen afgestemd kunnen worden. Diëtisten kunnen een gedetailleerde voedingsanamnese afnemen en hebben een belangrijke rol bij voorlichting over de te elimineren voeding en beoordeling van de volwaardigheid van de voeding. Jeugdartsen zien zuigelingen met voedingsproblemen, waarbij een vermoeden van voedselallergie zou kunnen rijzen. Afspraken met huisartsen over de diagnostiek en over wie die uitvoert zijn dan ook zinvol.

Omdat in de herziening van de NHG-Standaard 'Voedselovergevoeligheid' het belang van diagnostiek en controles bij voedselallergie meer worden benadrukt, is de kans groot dat de tweedelijns vaker een verzoek zal krijgen om de diagnose te bevestigen of om te onderzoeken of er tolerantie is ontwikkeld. Goede lokale afspraken zullen onterechte angsten of diëten en recidiverende of chronische klachten door voedselallergie voorkomen.

Belangenconflict: geen gemeld. Financiële ondersteuning: geen gemeld.

Citeer als: Ned Tijdschr Geneeskd. 2011;155:A3063

Aanvaard op 17 december 2010

 [Meer op www.ntvg.nl/klinischepraktijk](http://www.ntvg.nl/klinischepraktijk)

LITERATUUR

- 1 Lucassen PLBJ, Albeda FW, Van Reisen MT, Silvius AM, Wensing C, Luning-Koster MN. NHG-Standaard Voedselovergevoeligheid (eerste herziening). Huisarts Wet 2010;53:537-53.