УДК: 616.311–056.3:613.2]–053.2

ПРИЛОГ КОН КЛИНИЧКИТЕ АСПЕКТИ НА ХИПЕРСЕНЗИТИВНОСТА КОН ХРАНА ВО ДЕТСКА ВОЗРАСТ - ПРИКАЗ НА СЛУЧАЈ

Пешевска С., Белазелкоска З., Ивановски И., Миндова С.

СТОМАТОЛОШКИ ФАКУЛТЕТ - Скопје, Катедра за болести на устата и пародонтот

Клиничките манифестации на алергиите на храна често предизвикуваат оток на јазикот, кој е вообичаено повеќе застрашувачки за пациентот отколку опасен по неговиот живот. Сепак, иако ретко алергиските реакции може да предизвикаат компромитирано дишење со животно загрозувачки манифестации, па затоа ваквите пациенти мора да бидат сериозно проследени, релативно агресивно третирани и опсервирани во подолг период, се додека е неопходно. Целата на овој труд е да се прикаже случај на 13 годишно дете, упатено на Клиниката за болести на устата и пародонтот од Универзитетската клиника за детски болести, Скопје, со упатна дијагноза Glossitis acuta sussp. По темелно земената анамнеза, направениот клинички преглед и анализа на лабораториските параметри, ординирана е соодветна терапија, која на контролниот преглед, ја потврди ефикасноста со повлекување на клиничката презентација и симптоматологија забележани на првиот преглед. На закажаниот контролен преглед за анализа на податоците по изведување на препорачаните алерголошки тестирања и дефинитивно детерминирање дали се работи за алергиска реакција или нетолерантност кон храна, пациентот не се појави. Нетолерантноста кон храна, по клиничката манифестација на реакцијата на оралната слузница и мекоткивните структури, може да личи како вистинска алергија кон храна и може да се помеша со вистинската алергиска реакција, но дилемите околу типот на засегање на имуниот систем при овие реакции во моментот на дијагностицирање се помалку важни од вистинската тераписка интервенција.

Клучни зборови: алергија, орална слузница и мекоткивни структури

Алергичните стоматити се последица на претходна сензибилизација на организмот наспроти некој антиген при што реакцијата антиген-антитело се одигрува на ниво на оралната лигавица (2). Околу 5% од малите деца и 3-4% од возрасните покажуваат несакани имуни одговори кон храната во западните земји, со тенденција за раст (10). Загрижувачки е фактот дека алергичните реакции кон храна може да засегнат околу 6% од пред училишната и училишна возраст и се забележани кај 5% од децата со астма (6, 27). Алергијата на храна е итна манифестација на имуниот систем на телото, при контакт со супстанција од храната. Истражувањата ја покажале улогата на специфичните алергени и медијатори во имунопатогенезата на алергијата кон храна (24). Било која храна може да биде причина за алергиска реакција, но, млекото, јајцата, кикириките, сојата, риба, школките, оревите, пченицата, се најчестите видови храна кои предизвикуваат алергиска реакција посредувана со ИгЕ кај децата (18, 21). Неалергиските реакции кон

храна или нетолерантностите кои не го вклучуваат имуниот систем, може да имаат фармаколошка, метаболна или токсична етиологија. Дел од продуктите кои причинуваат нетолерантност кон храната се ореви, квасец, чоколада (25), но и зачини, како што е циметот (14). Манифестацијата на реакцијата може да личи како вистинска алергија кон храна (3,11). Алергиските реакции кон храна посредувани од ИгЕ вклучуваат: атопичен дерматитис, уртикарија, ангиоедем (акутен, ограничен, локализиран оток на субкутаното или мукозното ткиво), гастроинтестинални проблеми, вклучувајќи и синдром на орални алергии, анафилакса и поретко ринитис и астма (18, 21, 28, 9). Најчесто алергиската реакција е едноставна и локализирана. На кожата и оралната слузница може да се манифестира хиперемија, едем и јадеж. На инфламираната лигавица може да се појават различни ефлоресценции (везикули, були, макули, папули). Еродираните површини настанати по прскањето на везикулите, булите, се болни и ја оневозможуваат исхраната, говорот, но и одржувањето на оралната хигиена. Болните лезии на оралната мукоза се особено проблематични кај децата поради тоа што ги оневозможуваат во секојдневните активности. Алергиската реакција може да биде сериозна и да го вклучи и респираторниот систем, дигестивниот тракт, но и крвниот систем во анафилактичка реакција (4, 17, 12). За точна дијагноза, неопходен е комплексен пристап кој опфаќа потполна медицинска анамнеза, темелен клинички преглед, лабораториски тестови и во повеќето случаи консумирање на претпоставената храна. Откривањето на специфичниот ИгЕ за храна (сензибилизација) не секогаш сигурно укажува на клиничка алергија (10), што посочува на неопходноста од интердисциплинарен пристап во дијагностицирањето и терапијата на алергиските реакции кон храната, особено во детската возраст. Целата на овој труд е да се прикаже случај на 13 годишно дете, упатено на Клиниката за болести на устата и пародонтот, од Универзитетската клиника за детски болести, Скопје, со упатна дијагноза Glossitis acuta sussp, како дел од случаите не веројатна алергиска реакција од храна.

Приказ на случај

На Клиниката за болести на устата и пародонтот во април 2011 год. се јави пациентот Е.Е., од Гостивар, роден 1998 год. Истиот е пратен од Универзитетската клиника за детски болести, со упатна дијагноза Glossitis acc. Пациентот се јавува на преглед заради појава на оток на усниците и оток, црвенило и рана во првата половина на јазикот. Промената е болна при говор и исхрана.

Во анамнестичкото проследување беше добиен податокот дека промената се јавила претходниот ден, откако на училиште детето консумирало сендвич. Непосредно по оброкот, пациентот почувствувал пецкање и благо отекување на усниците, но и на јазикот. По неколку часа, родителите дома забележале нагласено црвенило на предниот дел на јазикот, но и болка и потешкотии при исхраната. Утредента забележале рана на местото на црвенилото на јазикот, која била многу болна при зборување и исхрана. Матичниот лекар, поради ширењето на промената на јазикот, го пратил пациентот на Универзитетската клиника за детски болести, од каде по прегледот и направената крвна слика е препратен на Универзитетскиот стоматолошки клинички центар. Во анамнестичкото проследување пациентот негираше било каква повреда на јазикот (прегризување, повреда од молив или друг остар предмет), како и контакт со домашни животни (бидејќи живее на село). Овој проблем му се јавува за првпат. Општото здравје на пациентот е добро, според податоците кои родителот ги даде за него. Не прима никакви лекарства за било каква болест, ниту пак во последните неколку месеци земал антибиотска терапија. При клиничкиот преглед се детектира дека детето е во добра општа состојба, со лесен обезитет и лесно назначен страбизам. Нема никакви промени на кожата на лицето и телото. Евидентен е слабо

Слика 1. *Екстраорален наод пред терапија*

назначен едем на усниците, особено на горната усница. Долната усница покрај лесно назначената хиперемија и едем е засегната со еродирани зони прекриени со бледожолти и хеморагични крусти, а на аглите на усниците нагласена хиперемија (слика 1). Регионалните лимфни јазли се лесно зголемени и осетливи.

Слика 2. *Интраорален наод пред терапија*

На дорзалната страна во пределот на предната третина на јазикот, на десната половина, се забележува улцера со рамни рабови, со големина од 1-1,5 цм, која е 3-5 мм под нивото на јазичниот епител во најзначениот дел. Таа е обрабена со хиперемична зона и прекриена со фибриноиден налеп. Јазикот е обложен, со ограничен мотилитет заради присутната болка при говорот (слика 2). Лабораториски наод: WBC 7,7 *10^3µl, RBC 5,7*10^6µl, HGB 15,0 g/dl, HCT 44,9 %, MCV 78,8 fl, MCH 26,3pg, MCHC 33,4g/dl, PLT 160*10^3µl. W-SCR 36,7 %, W-MCR 9,6%, W-LCR 53,7%, W-SCC 2,8*10^3µl, W-MCC 0,7*10^3µl, W-LCC 4,2*10^3µl.

По елиминирањето на диференцијално-дијагностичките дилеми, респектирајќи ја возраста на пациентот (Ulcera traumatica, вирусни стоматити, Stomatiis epidemica epizootica, афтозен стоматит) ординирана е следната терапија: табл. Ospen (benzathine phenoxymethylpenicillin) 3 x 1 000 000 IU на ден, табл. Letizen S (cetirizini dihydrochloridum) 10 мг 1 x на ден, како и локално испирање со Оралсепт (benzydamin hydrochloride) 3 x на ден, туширање со Methylene blue 2%. За епителизација е дадена Solcoseryl dental adhesive paste со препорака за правилна апликација неколкупати во тек на денот, а за намалување на болката при исхрана sol. Anestezini glycerini 10%, 10-15 мин. пред јадење. Препорачана е

Слика 3. *Клиничка слика по терапија*

витаминска терапија (витамин Ц, витамин Б комплекс) и соодветен диетески режим на исхрана. Пациентот е закажан на контролен преглед за 7 дена. При контролниот преглед, се забележа потполно повлекување на едемот на усниците, како и комплетна епителизација на промените кои беа присутни на нив. Интраоралниот преглед покажа епителизирање на улцерата речиси во потполност. Забележлива е обложеноста на јазикот (слика 3). Нативниот препарат за детектирање на Candida alb. беше негативен, па пациентот доби инструкции за нагласена хигиена на јазикот. Болката која доминираше при првата посета, на контролниот преглед отсуствува во потполност, како и засегнатоста на регионалните лимфни јазли. Сепак и покрај добрата клиничка слика на родителот му е советувано контролно јавување на Универзитетската клиника за детски болести за да се направат содветните алерголошки иследувања за утврдување на потенцијалниот алерген - предизвикувач на реакцијата кај детето. Иако беше закажан повторен преглед за да се достават резултатите од дополнителните анализи, пациентот не се појави на Клиниката за болести на устата и пародонтот.

Фотографиите се направени со дозвола на родителот, на кој му е објаснето дека истите ќе бидат прикажани за едукација, во публикувано известување за случајот на неговото дете, при што беше нагласено дека ќе биде сочуван идентитетот на пациентот.

Дискусија

Иако 20-30% од општата популација известува за алергија кон храна кај себе или децата, застапеноста на вистинската алергија кон храна е само околу 6-8% кај децата и 3-4% кај возрасните (6,7, 22, 32). Од особена важност е да се разграничи алергијата кон храна од неимунолошките несакани реакции кон храна, кои се значително почести од вистинските алергии кон храна. Алергии кон храна или хиперсензитивности се несакани имуни одговори кон протеините од храната (16). Базирајќи се на нивната имунопатологија се делат на: реакции посредувани со ИгЕ, мешани - ИгЕ и клеточно посредувани реакции и клеточно посредувани реакции. Реакците посредувани со ИгЕ се карактеризираат со акутна појава на симптомите, вообичаено неколку минути или до 2 часа по јадењето, што е во согласност со анамнестичкиот податок добиен од нашиот пациент. Брзата временска прогресија е поради присуството на специфичните за храната ИгЕ на површината на ткивните маст клетки и циркулирачките базофили по иницијалната сензибилизација. При повторното изложување кон антигените од храната, ИгЕ вкрстеното поврзување резултира со каскада на интраклеточни случувања кои водат до брзо ослободување на алергиските медијатори кои се одговорни за брзите симптоми. Ново синтетизираните медијатори може да бидат ослободени и подоцна, што ќе резултира во фаза на одложени симптоми. Иако уртикаријата и отокот се чести знаци на алергиски реакции кон храна треба да се одбележи дека нивното отсуство не ја исклучува можноста од алергија кон храна. Некаде до 20% од случаите на анафилакса не вклучуваат кожни симптоми, но недостатокот од промени на кожата, може да резултира во доцно препознавање на алергиската реакција, бидејќи е забележано дека 80% од фаталните анафилактични реакции предизвикани со храна не се асоцирани со промени на кожата (30). Протеините од белката на јајцето најчесто се имплицирани во развојот на алергијата на храна. Главните алергени во белката се овомукоид, овалбумин, коналабумин и лизозим, кои се одговорни за поголемиот дел од реакциите (31). Литературните податоци ги опишуваат реакциите кон лизозимот како резултат на консумирање јајца или сирење (20,13). Kalderon и сор. (23) констатираат дека е неопходно да се идентификува сензитивноста кон лизозимот помеѓу лицата алергични на јајца, со цел да се одредат протективните мерки за да се спречат повторните реакции. Пациентите треба да се советуваат и внимателно да ги читаат состојките кои се додаваат во храната и леко-

вите и да имаат предвид дека лизозимот понекогаш се идентификува како Е 1105. Голем број автори (9, 1) известуваат само за орална манифестација на алергична реакција и отсуство на кожна манифестација, што е во согласност со наодот кај нашиот пациент. Синдромот на орална алергија често се дефинира како алергиски синдром од полен-храна, а е ИгЕ посредувана реакција која се забележува кај 50% од пациентите со поленски алергии по земање на одредени свежи овоштија и зеленчуци (5). Се појавува кај лица кои се сензибилизирани кон поленските аероалергени преку респираторниот тракт, кои потоа ги предиспонираат кон клиничките симптоми на синдром на орална алергија по внесување на вкрстено реактивни топлински лабилни протеини од храната или растенијата. Симптомите на синдромот на орална алергија вклучуваат имедијатен пруритис, пецкање и умерен едем на усните, јазикот, палатумот или грлото. Ова кореспондира со наодот на нашиот пациент. Симптомите се речиси секогаш ограничени на орофаринксот и се јавуваат по неколку минути од внесот на храната, помалку од 10% од случаите прогредираат до системски наод, а само 1%-2% до анафилакса (29). Брзото повлекување на симптомите кај нашиот пациент по применетата терапија е во согласност со литературните известувања (8, 1), но е спротивно со Omar&Dioszeghy (19) кои заклучуваат дека улцерациите траат подолго, се до нивно потполно епителизирање, како што забележуваат во приказот на случај на алергиски хемиоглосит условен од минт чоколадо. Варењето или загревањето на овошјата или зеленчуците кои се обвинети за алергија ги елиминира симптомите поради лабилната природа на протеините осетливи на температура. Пример за вкрстено реактивна реакција на синдромот на орална алергија (26) е равојот на симптоми кај пациентите кои се алергични на бор, по јадење на јаболко, цреша, круша, компир, морков, целер или киви. Алергичните пациенти на амброзија може да имаат несакани реакции по јадење на дињи или банани. Целерот или сенфот може да предизвикаат симптоми кај пациентите со алергија на растението Artemisia. Симптомите може да бидат почести во тек или по сезоната на полен. Примери за неимунолошки реакции кон храната се специфичните метаболни нарушувања, како нетолерантност кон лактоза, галактоземија и нетолерантност кон алкохол. Одговорите кон фармаколошки активните компоненти или токсините во храната сочинуваат друга група на неимунолошки несакани реакции кон храната. На пример, при труењата со одредени видови риба, хистаминските компоненти содржани во расипаните риби со темно месо, како туна, сардини резултира во силна реакција при консумирање, вклучувајќи црвенило, уртикарија, ангиоедем, наузеа, абдоминални болки и дијареа (15). Иако симптомите наликуваат на оние при алергиска реакција, механизмите кои се во основата на овие труења се неимунолошки. Друг пример на фармаколошки активни компоненти од храната кои причинуваат несакани реакции се реакциите на тирамин, најден во стари сирења и укиселена риба. Конечно, психолошките нарушувања како анорексиа нервоза, одбивност кон храна и фобичност од храна, може да причинат неимунолошки реакции кон храна, како што е ауриколотемпоралниот синдром (црвенило на лицето по јадење на кисела храна) и густаторен ринитис (ринореа по јадење на особено жешка или зачинета храна).

Неопходно е да се разграничат механизмите на несаканите реакции кон храната заради правилен избор на терапискиот приод, кој опфаќа не само справување со ургентната состојба, туку и темелно, мултидисциплинарно проследување на пациентот за прецизно откривање на причинителот на реакцијата. Секако, ограничувањето на можноста за повторување на симптомите на алергиска реакција кон храната, го овозможува правилниот и безбеден режим на исхрана кај пациентите, што е особено важно во детската возраст.

Клиничките манифестации на алергиите на храна се чести, загрижувачки, а дилемите околу типот на засегање на имуниот систем

при овие реакции во моментот на дијагностицирање се помалку важни од вистинската тераписка интервенција. Разнообразноста на клиничката слика која може да вклучи ангиоедем, хиперемија на оралната слузница и мекоткивните структури, со појава на различен тип на морфи, како и честотата на појава во адултната и особено во детската популација, се потврдуваат со овој приказ на случај на веројатна алергична манифестација од храна, наведувајќи не на внимателност во терапискиот приод.

CONTRIBUTION TO THE CLINICAL ASPECTS OF HYPERSENSITIVITY TO FOOD IN CHILDHOOD-CASE REPORT

Peševska S., Belazelkoska Z., Ivanovski Z., Mindova S.

Summary

Clinical manifestations of allergic reactions to food often cause swelling in the tongue, which is usually more frightening than dangerous. However, although rare allergic reaction can cause compromised breathing with life-threatening manifestations and therefore, these patients must be seriously followed up, relatively aggressively treated and observed over a longer period, as long as necessary. The aim of this paper is to present the case of 13 years child, addressed to the Clinic of periodontology and oral pathology from University children's clinic, Skopje, with diagnosis Glossitis sussp acuta. After a thorough medical history, clinical examination and analysis of the laboratory parameters, appropriate therapy is prescribed, which confirmed the effectiveness on the control examination by withdrawal of the clinical presentation and symptomatology noticed out on the first examination. At scheduled control for analysis of the data obtained from the recommended aerologic testing for definitive determination whether this was allergic reaction or intolerance to the food, the patient does not appear. According clinical presentation of reaction on oral mucosa and soft tissues, food intolerance can be mixed up with true allergy to food, but dilemmas about type of immunological reaction at the time of diagnosing is less important than, the actual therapeutic interventions.

Key words: allergy, oral mucosa and soft tissue structure

Литература

1. Alagiakrishnan Kannayiram, Ali Rezaie, Seikaly Hadi. Chocolate-induced prolonged angiooedema in an elderly patient Age and Ageing 2008;37: 479–480.
2. Anibarro Bausela B, Fontela JL. Occupational asthma in a cheese worker. Allergy. 1996;51:960-1.
3. Белазелкоска З., Накова М. Орална патологија, Стоматолошки факултет, Скопје, 2003.
4. Bindslev-Jensen C, Skov PS, Madsen F, et al. Food allergy and food intolerance—what is the difference? Ann Allergy. 1994;72:317-320.
5. Bindslev-Jensen C. Food allergy. BMJ. 1998;316:1299-1302.
6. Bircher AJ, Van Melle G, Haller E, et al. IgE to food allergens are highly prevalent in patients allergic to pollen with and without symptoms of food allergy. Clin Exp Allergy 1994;24:367–74.
7. Bock SA. Prospective appraisal of complaints of adverse reactions to foods in children during the first 3 years of life. Pediatrics 1987;79:683.
8. Branum AM, Lukacs SL. Food allergy in U.S. children: trends in prevalence and hospitalizations. NCHS Data Brief 2008;10:1–8.
9. Catherine M. Flaitz, Carmen Chavarria. Painful tongue lesions associated with a food allergy. Pediatric Dentistry – 23:506-507, 2001.
10. Cuculi Florim, Yves Suter, Paul Erne. Angioedema of the tongue. CMAJ •April 22, 2008 •178(9).
11. Dupont Christophe. Food Allergy: Recent Advances in Pathophysiology and Diagnosis Ann Nutr Metab 2011;59(suppl 1):8–18.
12. Escudero C, Quirce S, Fernandez-Nieto M, Miguel J, Cuesta J, Sastre J. Egg white proteins as inhalant allergens associatedwith baker's asthma. Allergy. 2003;58:616-20
13. Food allergy: an overview. National Institute of Allergy and Infectious Disease, NIH Publication; No. 04-5518; July 2004, www.niaid.nih.gov.
14. Formanek R Jr. Food allergies: when food becomes the enemy. FDA Consumer. Jul-Aug 2001. Available at: http://www.fda.gov/fdac/features /2001/401_food.html. Accessed December 3, 2005.

15. Fremont S, Kanny G, Nicolas JP, Moneret Vautrin DA. Prevalence of lysozyme sensitization in an egg-allergic population. Allergy. 1997;52:224-8.
16. Hailu K, Robinson GE, Woods D. Oral manifestation of a food allergy: case report. Dent Today. 2006 Mar;25(3):114-5.
17. Hungerford JM. Scombroid poisoning: a review. Toxicon 2010;56:231–43.
18. Johansson SG, Bieber T, Dahl R, 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;113:832–6.
19. Mayo Foundation for Med. Education Research. Food allergy. Mayo Clinics, Feb 14, 2005; www.mayoclinic.com.
20. Nowak-Wegrzyn A, Conover-Walker MK, Wood RA: Foodallergic reactions in schools and preschools. Arch Pediatr Adolesc Med 155:790-95, 2001.
21. Omar Aziz, Csaba Dioszeghy. Allergic hemiglossitis as a unique case of food allergy: a case report. Journal of Medical Case Reports, 2008, 2:71. doi:10.1186/1752-1947-2-71.
22. Opinion of the scientific panel on dietetic products, nutrition and allergies on a request from the commission related to a notifi cation from AMAFE on egg lysozyme used as additive in food pursuant to Article 6 paragraph 11 of Directive 2000/13/ EC. [cited 2006 Sep 12]. Avaitable from: http://www.efsa.eu.int/science/nda/nda_opinions/catindex_en.html
23. Rance F, Kanny G, Dutau G, Moneret-Vautrin D-A: Foodhypersensitivity in children: clinical aspects and distribution of allergens. Pediatr Allergy Immunol 10:33-8, 1999.
24. Rona RJ, Keil T, Summers C, et al. The prevalence of food allergy: a meta-analysis. J Allergy Clin Immunol 2007;120:638–46.
25. R Pérez-Calderón, MA Gonzalo-Garijo, A Lamilla-Yerga, R Mangas-Santos,I Moreno-Gastón. CASE REPORT Recurrent Angioedema Due to LysozymeAllergy J Investig Allergol Clin Immunol 2007; Vol. 17(4): 264-266.
26. Sampson HA, Burks AW. Mechanisms of food allergy. Annu Rev Nutr. 1996;16:161-177.
27. Sampson HA. Food allergy. JAMA. 1997;278:1888-1894.
28. Sampson HA. Adverse reactions to foods. In: Adkinson NF, Yunginger JW,Buss WW, et al, editors. Middleton's allergy: principles and practice. 6th edition. St Louis (MO): Mosby; 2003. p. 1619.
29. Sicherer SH, Sampson HA: The role of food allergy in childhood asthma. Immunol Allergy Clin North Am 18:49-60, 1998.
30. Sicherer SH: Food allergy: When and how to perform oral food challenges. Pediatr Allergy Immunol 10:226-34, 1999.
31. Sicherer SH, Sampson HA. Food allergy. J Allergy Clin. Immunol. 2010;125:S116–25.
32. Simon FE. Anaphylaxis: recent advances in assessment and treatment. J Allergy Clin Immunol 2009;124:625–36.
33. Walsh BJ, Hill DJ, Macoun P, Cairns D, Howden ME. Detection of four distinct groups of hen egg allergens binding IgE in the sera of children with egg allergy. Allergol Immunopathol (Madr).2005;33:183-91.
34. Young E, Stoneham MD, Petruckevitch A, et al. A population study of food intolerance. Lancet 1994;343:1127.