

Voedsel, urticaria en anafylaxie

A.C. Knulst, T.M. Le, H. Röckmann

*Dermatologen, Afdeling Dermatologie/Allergologie,
UMC Utrecht*

*Correspondentieadres:
E-mail: A.C.Knulst@umcutrecht.nl*

Acute urticariële reacties en anafylaxie op voedsel (in het kader van een voedselallergie) komen voor, maar meestal staan andere symptomen, zoals orale allergieklachten en gastro-intestinale klachten op de voorgrond. Bij chronische urticaria moet een voedselallergie worden uitgesloten, maar slechts zelden is een onderliggende voedselallergie de oorzaak. Voor een effect van diagnostische en therapeutische pseudo-allergeenvrije diëten is zeer beperkt bewijs. Als men hiervoor kiest is een goede follow-up belangrijk.

In dit artikel wil ik de volgende vragen aan de orde laten komen: Is er een relatie tussen bovengenoemde zaken en zo ja, welke? Hoe kun je er in de praktijk mee omgaan?

Patiënten met urticaria en anafylaxie worden frequent verwezen met de vraag of er sprake is van een voedselallergie. Het is niet altijd eenvoudig om het antwoord op deze vraag te vinden. Beide kunnen ook zonder causaal verband naast elkaar voorkomen bij dezelfde patiënt. Een systematische aanpak is nodig om tot een zo duidelijk mogelijk antwoord te komen.

DEFINITIES

Het is goed om eerst de definities urticaria, anafylaxie en ook van voedselallergie duidelijk te hebben. Van urticaria is sprake bij een huidbeeld van jeuken- erythemateuze kwaddels die komen en gaan en niet langer dan 24 uur op dezelfde plaats aanwezig zijn. Wanneer een dergelijk huidbeeld langer dan 6 weken aanhoudt, spreekt men van chronische urticaria. Als er geen oorzaak voor chronische urticaria wordt gevonden spreekt men van chronisch idiopathische urticaria en volgens de nieuwe internationale richtlijn en in navolging van de Nederlandse richtlijn: chronische spontane urticaria.^{1,2} Volgens de meest recente richtlijn valt ook angio-oedeem (mits een oorzaak als bijvoorbeeld gebruik van een ACE-remmer is uitgesloten) onder deze definitie. Anafylaxie is de term die wordt gebruikt om een ziektebeeld te benoemen waarbij een ernstige systemische reactie gepaard gaat met respiratoire dan wel cardiovasculaire verschijnselen, al of niet als reactie op een allergeen, dus al of niet veroorzaakt door een allergische reactie. Soms wordt er namelijk geen

oorzaak gevonden. In dat geval spreekt men wel over idiopathische anafylaxie of anafylaxie e causa ignota (e.c.i.). Hoewel de term voedselallergie soms wat breder wordt gebruikt, wordt deze in dit artikel gebruikt voor een IgE-gemedieerde type I-allergische reactie op voedsel. In de praktijk gaat het meestal om klachten die binnen een half uur (maximaal 2 uur) na inname van een bepaald voedingsmiddel optreden. Bij de meeste patiënten begint de reactie mild, met orale jeukklachten, soms een gevoel van zwelling gevolgd door gastro-intestinale klachten als misselijkheid en buikpijn. Bij een ernstiger reactie treden ook braken, urticaria, angio-oedeem, respiratoire en cardiovasculaire klachten op. Bij kinderen gaat het meestal om koemelk, kippenei, pinda of noten. Bij volwassenen worden het vaakst reacties gezien op fruit (appel, perzik, kiwi), noten (hazelnoot, walnoot) en pinda.

VOEDSEL EN ANAFYLAXIE

Anafylactische reacties kunnen het gevolg zijn van een voedselallergie. Reacties op geneesmiddelen, insectensteken en latex en ook mastocytose moeten worden uitgesloten. Meestal geeft een goede anamnese duidelijke aanknopingspunten voor een allergische oorzaak. Voor de differentiële diagnose dient ook aan een geneesmiddelenallergie te worden gedacht. Aanvullend sensibilisatieonderzoek met behulp van pricktesten met commerciële extracten, al of niet aangevuld met *prick to prick*-testen met vers voedsel en bepaling van specifiek IgE tegen voedingsmiddelen kunnen een goede aanwijzing opleveren voor het verdachte allergeen. Belangrijk is om te realiseren dat de positieve voorspellende waarde geen 100% is en fout-negatieve huidtestreacties kunnen voorkomen. Bij twijfel dient een (dubbelblinde) provocatie te worden overwogen.

Wanneer een goede anamnese en sensibilisatieonderzoek geen aanknopingspunten opleveren, kan de diagnose anafylaxie e.c.i. worden overwogen.

VOEDSEL EN URTICARIA

Acute urticariële reacties op voedsel komen voor in het kader van een voedselallergie. Meestal zijn urticae dan niet het enige symptoom. Vaak begint een reactie met orale allergieklachten, gevolgd door gastro-enterale klachten als misselijkheid en buikpijn. In het verloop van de reactie kunnen dan ook urticaria of angio-oedeem optreden. In de regel is er sprake van een kortdurend beloop.

Sensibilisatieonderzoek kan ook in dit geval leiden tot het verdachte voedingsmiddel. Eliminatie zorgt ervoor dat de klachten niet terugkeren.

Bij chronische urticaria is voedsel zelden de oorzaak van de klachten. Omdat beide ziektebeelden niet zeldzaam zijn (prevalentie urticaria ongeveer 1% en voedselallergie 2-3%) komen ze ook tegelijkertijd voor zonder dat er een causale relatie is. Om deze aan te tonen dan wel uit te sluiten is de anamnese heel belangrijk. De recente richtlijn geeft aan dat zowel een type I-allergie als een relatie met pseudoallergenen overwogen moet worden.¹ Onder pseudoallergenen wordt verstaan stoffen die niet via een IgE-gemedieerd mechanisme maar via andere mediators leiden tot histaminevrijmaking en vervolgens een reactie die soms klinisch niet of moeilijk van een allergische reactie kan worden onderscheiden (zie ook tabel 1 en 2).³ Bij verdenking op een type I-allergie kan sensibilisatieonderzoek

Tabel 1. Voedsel: natuurlijke bron van histamine (vrijmakers).

Chocola
Noten, pinda
Citrusfruit, ananas
Kruiden en specerijen
Schaaldieren, vis (tonijn, makreel, haring, ansjovis)
(Gefermenteerde) kaas (camembert, roquefort)
Gefermenteerde gist en sojaproducten
Groenten (tomaat, spinazie, zuurkool)
Worst, salami
Alcohol

Tabel 2. Kleurstoffen, additieven met histamine vrijmakende werking.

AZO-kleurstoffen
Benzoëzuur
Glutamaat (Vetsin)
Nitraat
Nitriet
Sulfiet
Sorbinezuur
Biogene aminen
Histamine, tyramine, fenylethylamine, tryptamine, serotonine, cadaverine, putrescine

SAMENVATTING

Acute urticariële reacties en anafylaxie op voedsel (in het kader van een voedselallergie) komen voor, maar meestal staan andere symptomen, zoals orale allergieklachten en gastro-intestinale klachten op de voorgrond. Bij chronische urticaria moet een voedselallergie worden uitgesloten, maar slechts zelden is een onderliggende voedselallergie de oorzaak. Voor een effect van diagnostische en therapeutische pseudo-allergeenvrije diëten is zeer beperkt bewijs. Als men hiervoor kiest is een goede follow-up belangrijk.

TREFWOORDEN

urticaria – anafylaxie – voedselallergie – histamine – kleurstoffen – additieven

nuttig zijn, afhankelijk van wat de anamnese oplevert. Bij twijfel kan een (dubbelblinde) provocatie uitkomst bieden. Bij verdenking op een relatie met pseudoallergenen kan een korte diagnostische eliminatieprocedure worden overwogen. Hierbij is er wel verschil tussen de Amerikaanse *Practice Parameter* en de Internationale richtlijn.⁴ In de Amerikaanse *Practice Parameter* is men erg terughoudend met het adviseren van pseudoallergeenvrije diëten, vanwege onvoldoende bewijs in de literatuur en ook vanwege de impact die diëten hebben op kwaliteit van leven en volwaardigheid van het dieet.

Voor de praktijk kan men kiezen voor een diagnostisch pseudoallergeenvrij dieet, als er duidelijke aanwijzingen voor betrokkenheid hiervan zijn in de anamnese. Als men hiervoor kiest is een goede follow-up heel belangrijk. De ervaring van de auteurs is dat er slechts in enkele gevallen en dan nog in beperkte mate effect van is te verwachten.

CONCLUSIES

Acute urticaria en anafylaxie op voedsel komen voor. Meestal zijn er dan ook orale en gastro-intestinale symptomen.

Bij chronische urticaria moet een voedselallergie worden uitgesloten. Slechts zelden is een onderliggende voedselallergie de oorzaak.

Voor een effect van diagnostische en therapeutische pseudoallergeenvrije diëten is zeer beperkt bewijs.

LITERATUUR

1. Zuberbier T, Aberer W, Asero R, Bindslev Jensen C, Brzoza Z, Canonica GW, et al. The EAACI/GA2LEN/EDF/WAO Guideline for the definition, classification, diagnosis and management of urticaria: the 2013 revision and update. *Allergy* 2014;DOI:10.1111/all.12313.
2. NL richtlijn (D-page).
3. Vlieg-Boerstra BJ, Heide S van der, Oude Elberink JNG, Kluin-Nelemans JC, Dubois AEJ. Mastocytosis and adverse reactions to biogenic amines and histamine-releasing foods: what is the evidence? *Neth J Med* 2005;63:244-9.
4. Bernstein JA, Lang DM, Khan DA. Practice parameter. The diagnosis and management of acute and chronic urticaria: 2014 update. *J Allergy Clin Immunol* 2014;133:1270-7.

SUMMARY

Acute urticaria and anaphylaxis to food (due to food allergy) may occur, but usually other symptoms such as oral allergy and gastrointestinal symptoms predominate. In chronic urticaria, food allergy has to be excluded, but is only rarely the underlying cause. There is very limited evidence to support the efficacy of diagnostic or therapeutic pseudoallergen free diets. If used close follow up is important.

KEYWORDS

urticaria – anaphylaxis – food allergy – histamine – colorings – additives