

# ALERGIILE ALIMENTARE LA SUGAR ȘI COPIL. CONSIDERAȚII PRIVIND UNELE OBSERVAȚII PERSONALE

Dr. Marcela Sigmirean, Prof. Dr. C. Rusnac  
*Clinica II Pediatrie, Târgu-Mureș*

## REZUMAT

Autorii au analizat 32 de cazuri de alergii alimentare la 8 sugari și 24 de copii, cu vârste cuprinse între 1-12 între ani, 19 băieți și 13 fete, având drept factor declanșator al alergiei, în ordinea descrescătoare a frecvenței: laptele de vacă, ouăle, ciocolata, cacao, căpșunile, carnea de pește, nucile și alunele. Manifestările clinice au fost în principal digestive, la care s-au adăugat, în unele cazuri, manifestări cutanate, respiratorii și neurologice. Nu s-au înregistrat cazuri de șoc anafilactic, iar ca terapie, bolnavii au beneficiat de tratament dietetic și administrarea de Claritine, Hismanal sau Zaditen, în unele cazuri, și de corticoizi pe cale endovenosă.

**Cuvinte cheie:** alergii, alimente, copil

## ABSTRACT

### Food allergies at babies and children. Considerations about some personal observation

The authors have analyzed 32 cases of food allergy at 8 babies and 24 children between 1 to 12 years age, 19 boys and 13 girls. The allergy was caused by (in decreasing order): cow milk, eggs, chocolate, strawberry, fish, nuts and peanuts. Clinical symptoms were mainly digestive and in some cases skin rash, respiratory and neurological. There were no cases of anaphylactic shock. For treatment was prescribed dietetic regime and Claritine, Hismanal or Zaditen and in some cases endovenose corticotherapy.

**Key words:** allergy, food, child

## INTRODUCERE

Alergiile alimentare, definite ca reacții alimentare netoxice cu mediere imună (4), reprezintă un domeniu relativ nou de cercetare, studiile statistice ale ultimelor decenii indicând faptul că acest tip de patologie afectează 1-2% din populația adultă și se ridică până la un procent de 8% în cazul copiilor (5). La ora actuală, cele mai studiate reacții alergice alimentare sunt cele mediate de IgE, dar, fiind vorba de niște tulburări deosebit de complexe, este foarte probabil să fie implicate mai multe mecanisme (1, 3).

În cazul adulților, cele mai comune manifestări ale alergiei alimentare sunt cele datorate alergenilor din legume și fructe. În cazul copiilor, cele mai frecvente alergii alimentare apar de la ouă, lapte, cereale și pește (5).

Simptomatologia clinică este dominată de manifestări gastro-intestinale (vărsături, dureri abdominale, diaree), la care se asociază uneori și manifestări cutanate (urticarie, angioedem), respiratorii (rinoree, strănut, wheezing) și chiar tulburări ale sistemului nervos (cefalee, amețeli, somnolență, migrenă). Reacțiile anafilactice generalizate, secundare

unei ingestii alimentare sunt fenomene mai puțin frecvente, în schimb se pot întâlni asociat semnelor digestive și/sau cutanate, manifestări cardiovasculare, incluzând hipotensiune, colaps vascular și aritmii.

Diagnosticul alergiilor alimentare se bazează pe o anamneză amănunțită, un examen fizic atent, investigații de laborator clinic obișnuit (cozinofilie sanguină, dozare de IgE serice și de unele enzime, examene de digestie și coproparazitologice) și o serie de metode specifice de diagnostic (teste cutanate, RAST/ELISA, teste de provocare, dietă de excludere, biopsie intestinală).

Profilaxia alergiei alimentare la copil, mai ales în cazul celor atopici sau cu ascendențe alergice, cuprinde o serie de măsuri preventive începând cu prelungirea alimentației la sân până la 6 luni și introducerea treptată, până la vârsta de 1 an, a alimentelor solide „nealergice“ (cele alergice după 1-2 ani), cu evitarea infecțiilor digestive și a celor virale respiratorii care măresc riscul alergiei alimentare și dezvoltării bolii atopice la copil (2).

Tratamentul medicamentos în alergii alimentare presupune administrarea de antihistaminice de tip

H 1 non-sedative (Claritine, Hismanal, Zyrtec, Tel-dane) sau/și sedative (Feniramină, Clorfenoxamină sau Ketotifen), Nedocromil pentru calea inhalatorie, ori Nalcrom capsule pentru cea digestivă. În alerggia alimentară cronică se recomandă oral Cromoglicat disodic sau Claritine-loratadine. În șocul anafilactic se apelează la administrarea subcutanată a adrenalinei 1/1000 (0,01 ml/kg corp).

## MATERIAL ȘI METODĂ

Este vorba de 32 de sugari și copii, cu vârsta între 1 lună și 12 ani, internați în Clinica Pediatrie II pentru simptome digestive, asociate sau nu și cu unele semne cutanate și/sau respiratorii apărute după ingerarea unor alimente presupus alergizante (lapte de vacă, ouă, carne de pește, ciocolată, cacao, căpșune, fragi, alune etc.), la sugari și copii cu antecedente personale și/sau familiale de atopie/alergie. Au fost excluse cazurile de diaree infecțioasă, intoxicațiile alimentare sau intoleranțele la dizaharide și gluten (probate prin testele de laborator respective).

Ca metodă de lucru am folosit un protocol complet de studiu, incluzând datele anamnestic-clinice, evaluarea eozinofiliei sanguine, examenul coprologic (de digestie, paraziți și germeni bacterieni), teste de toleranță la dizaharide și gluten, dieta de excludere și proba de provocare. Nu s-au făcut (din motive obiective): dozarea de IgE, testele cutanate cu alergene alimentare și biopsia de mucoasă gastrică sau intestinală. Tranzitul baritat al tubului digestiv și examenul ecografic abdominal nu au fost de ajutor la copiii noștri cu alerggie alimentară.

## REZULTATE ȘI DISCUȚII

După vârstă, bolnavii noștri au fost grupați astfel: 0-12 luni, 8 cazuri (25,2%); 1-3 ani, 12 cazuri (37,5%); 3-6 ani, 7 cazuri (21,8%); 6-12 ani, 3 cazuri (9,3%); peste 12 ani, 2 cazuri (6,2%). Se poate observa că majoritatea bolnavilor (84,4%) au avut vârsta sub 6 ani, iar dintre sugari, sub 6 luni au fost 6 din 8, respectiv 75%. Această observație confirmă datele din literatură care sugerează faptul că simptomele alergiei alimentare se manifestă cu atât mai frecvent cu cât vârsta este mai mică (5).

În funcție de sex, am întâlnit la cazurile noastre o predominanță a sexului masculin (19 cazuri = 59,4%), ceea ce concordă, de asemenea, cu literatura de specialitate. Cât privește antecedentele personale și/sau familiale de atopie/alergie, acestea au constituit un criteriu de selecție, fiind prezente la toți copiii. Literatura consemnează o rată crescută a atopiei la sugarii cu alerggie/intoleranță la proteinele

laptelui de vacă și, de asemenea, o rată înaltă a atopiei/alergiei la sugarii și copiii cu manifestări de alerggie alimentară.

Alimentele incriminate în declanșarea reacției alergice la copiii noștri au fost în ordinea descrescătoare a frecvenței: laptele de vacă în 12 cazuri (32,4%); oul în 8 cazuri (21,6%); ciocolata și/sau cacao în 7 cazuri (18,9%); căpșunele în 5 cazuri (13,5%); carnea de pește în 3 cazuri (8,2%), nucile sau alunele în câte 1 caz (2,7%). În marea majoritate a cazurilor, a fost vorba de alerggie la un singur aliment, în 5 cazuri însă alerggia s-a manifestat la două sau mai multe alimente.

Analiza manifestărilor clinice a arătat prezența vărsăturilor în 17 cazuri (53,1%), a diareei în 9 cazuri (28,2%), a durerilor abdominale în 25 de cazuri (78,1%), a unor manifestări cutanate (urticarie, angioedem) în 12 cazuri (37,5%), a unor manifestări respiratorii (rinoree, strănut, tuse, wheezing) în 8 cazuri (25%). Însă în timp ce la sugarii cu alerggie/intoleranță la proteinele laptelui de vacă dominante au fost manifestările digestive, la ceilalți copii cu vârsta peste 1 an, dar mai ales peste 3 ani, au predominat manifestările cutanate. Diareea, cu referire la sugarii cu alerggie/intoleranță la laptele de vacă, s-a caracterizat în principal prin scaune apoase, cu mult mucus, uneori și cu striuri sanguinolente, pe lângă o alimentație artificială de la naștere. De notat că în cazul alimentației mixte, laptele de vacă a fost tolerat o perioadă relativ lungă de timp, manifestările de intoleranță survenind după infecții digestive repetate, care au dus foarte probabil la creșterea permeabilității mucoasei intestinale pentru macromoleculele proteinelor laptelui de vacă (1).

Stigmatul biologic al malabsorbției din intoleranța/alergia la proteinele laptelui de vacă s-a tradus prin anemie hipocromă hiposideremică, mai mult sau mai puțin accentuată, la toți sugarii și hipoproteinemie la 5 sugari din 8 (62,5%).

Revenind la copiii noștri cu alerggie alimentară, debutul acesteia a fost rapid, chiar brutal (în interval de o oră) în 20 dintre cazuri (62,5%) și lent (în ore sau zile) în 12 cazuri (37,5%). La 9 copii (28,1%), semnele au apărut la prima administrare a alimentului incriminat în declanșarea alergiei, mai frecvent însă după administrări repetate. În sfârșit, 17 (53,1%) dintre copiii cu alerggie alimentară au fost găsiți paraziți: 7 cu oxiuri, 4 cu ascarizi și 6 cu Giardia lamblia.

## CONCLUZII

1. Alergiile alimentare reprezintă un subiect interesant și generos de cercetare, dar mai ales,

un capitol important de patologie, cu pondere mare la vârsta copilăriei.

2. Supradimensionarea sau, dimpotrivă, subestimarea alergiilor alimentare se datorează contro-verselor existente încă în ceea ce privește definiția și încadrarea nosologică, mijloacele de explorare și evaluare corectă a criteriilor de diagnostic.
3. Materialul de față se dorește a fi o sensibilizare și, mai ales, o invitație la documentare asupra „reacțiilor adverse la alimente“, problemă mult dezbătută actualmente, legat de alimentele modificate genetic și care, se pare, cresc riscul reacțiilor alergice.

#### BIBLIOGRAFIE

1. **Dumitrașcu Diana** – Mecanisme imunologice în alergia alimentară. *Infomedica*, 1995, 5(17), 180-186
2. **Maxim Victoria** – Profilaxia alergiei alimentare la copil. *Infomedica*, 1995, 5(17), 205-207
3. **Ortolani C** – Mechanisms in adverse reactions for food. *Allergy*, Supl 1. vol. 50, 1996, 46-49
4. **Radu Jeana Rodica** – Definiția și încadrarea nosologică a alergiilor alimentare. *Infomedica*, 1995, 5(17), 168-172
5. **Stoenescu M** – Copilul alergic. Ed. Medicală, București, 1991
6. **Stoenescu M** – Manifestări clinice ale alergiei alimentare la copil. *Infomedica*, 1995, 5(17), 172-176