

# Besin Alerjisi Olan Süt Çocuğuna Yaklaşım

Reha Cengizlier

Yeditepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Çocuk Alerji Bilim Dalı, Doç.Dr.

Besin ve besin katkı maddelerinin immünolojik ve non-immünolojik mekanizmalarla oluşturdukları anormal klinik cevaba "besin reaksiyonu" denir. İmmünolojik mekanizma ile oluşan cevap; besin alerjisidir.

Besin alerjisi, gelişmiş ülkelerde daha fazla olmak üzere giderek artmaktadır. Genetik yanı sıra, çevresel faktörler, diyet alışkanlıkları, erken çocukluk dönemi enfeksiyonlarının daha iyi kontrolü gibi nedenler rol oynamaktadır (1)

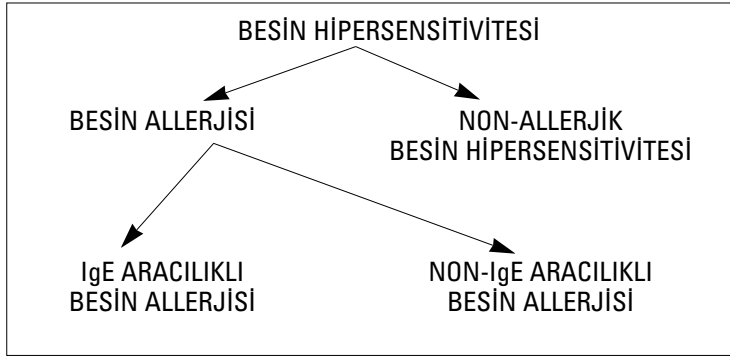
Tüm toplumu temsil eden veriler olmadığı için gerçek rakam bilinmemekle beraber, 3 yaş altı çocuklarda %3 civarında olduğu tahmin edilmektedir (2).

Besin alerjili çocuğa yaklaşımda ilk adım, bunun gerçek besin alerjisi olduğu tanısının konmasıdır.

## Ayrırcı tanıda;

- Besin intoleransı (ör: laktöz malabsorbsiyonu)
- Besin bileşenlerine farmakolojik reaksiyonlar (ör:vazoaktif aminler)
- Besin zehirlenmesi (ör: besine bağlı bakteriyel gastroenterit)
- Toksik reaksiyonlar (ör: stafilokok enterotoksini) düşünülmelidir.

Avrupa Alerji ve Klinik İmmünoloji Derneği (EAACI) önerilerine göre besin alerjisi sınıflaması (3):



## Besin alerjilerinin patofizyolojisine göre sınıflandırılması (4):

### 1. IgE bağımlı, akut başlangıçlı

- Deri: Ürtiker / Anjioödem, morbiliform döküntü ve flaşing
- Gastrointestinal: Oral alerji sendromu, gastrointestinal anafilaksi
- Solunum:Akut rinokonjunktivit, bronkospazm
- Yaygın : Anafilaktik reaksiyonlar

### 2- IgE birlikteli / hücreli aracılıklı, geç başlangıçlı, kronik

- Deri:Atopik dermatit
- Gastrointestinal: Besin protein enterokoliti, besin protein proktiti, besin protein enteropati sendromları, Çölyak hastalığı
- Solunum:Pulmoner hemosiderozis (Heiner's sendromu)

Çocuklarda, besin alerjilerinde % 90 civarında sorumlu olan besinler; süt, yumurta, fındık fıstık türü kuruyemişler, soya ve buğdaydır. Geri kalan %10'dan sorumlu olan besinler ise tohumlar, susam, deniz ürünleri, meyve ve sebzelerdir.

Meyve ve sebzelerle görülen alerjik reaksiyonlar genellikle hafif ve geçicidir. Bir besine karşı alerjisi olan bir çocukta bir başka besine de alerji gelişme riski %50-60, puberteden önce inhalan allerjenlere karşı alerji gelişime riski % 80'in üzerindedir.

Üç yaşından sonra süt alerjisinin, 10 yaşından sonra da yumurta alerjisinin %80'i geçmektedir. İlk yaşta fıstık alerjisi olanların %80'inde, 5 yaşında halen fıstık alerjisi olanların hepsinde fıstık alerjisi devam etmektedir.

Besin alerjisi tanısı koymak zordur. Çünkü geç başlayan reaksiyonlara da neden olabilir. Ancak devamlı veya tekrarlayan semptomların olması, bunun besinle ilgili olabileceği şüphesi, ailede alerjik hastalık öyküsü olması, değişik organ semptom ve bulgularının olması şüphelendirir. Hastanın öyküsü ayrıntılı alınıp sistemik muayene yapıldıktan sonra tanıya yardımcı tetkiklere geçmek gerekir. Alerji deri testi, serumda özel allerjenleri arayan spesifik IgE düzeyi tayini, bazofil histamin salınımı testi, oral besin yükleme testi gibi testler kullanılır (5)

## Çocuklarda; özellikle ilk 1 ay içinde besin alerjisi düşündürülen semptomlar (1):

### 1-Besin ve semptom arasında açık ilişki; yüksek risk

- Yeni verilen bir gıdadan sonraki 1-2 saat içinde oluşan anafilaksi, yaygın alerjik reaksiyon (anjioödem, eritem, ürtiker) veya şiddetli kusma
- Oral alerji sendromu; besine özgül IgE +'liği ile birlikte, o besin alındığında ağız ve ağız çevresinde kaşınma
- Hayatın ilk aylarında persistan kusma veya kanlı ishal; besin proteinine bağlı eozinofilik gastrointestinal sendromlar

## 2-Sadece bazı çocuklarda ortaya çıkan ama besinle ilişkili semptomlar; risk daha az ama araştırılmalı

- Asit supresyonu tedavisine cevap vermeyen gastroözefajial reflü
- İlk 1 yaş içinde ortaya çıkan ve topikal tedaviye yanıt vermeyen atopik dermatit
- Hayatın ilk haftalarında devamlı, şiddetli kolik
- Hazır mama eklenmesiyle birlikte başlayan kabızlık

## İnek sütü alerjisi

Bebeklik döneminde en sık rastlanan besin alerjisidir. Gelişmiş ülkelerde 2 yaş altında bebeklerde görülme oranı % 2 civarındadır. Hemen hemen yarısı IgE bağımlı, yarısı değildir. Sadece direkt inek sütü verilmesi ile değil, hazır mama verilmesi ile de oluşur. Alerjik reaksiyon; hazır mamanın başlanmasından sonraki ilk 4 hafta içinde başlar. Büyük bir çoğunluğu da 3 yaşından önce iyileşir.

## Tanıda hangi test kullanılmalı?

### 1-Deri prik testi:

IgE aracılıklı besin alerjisi tanısında ucuz , kolay ve değerli bir testtir. Bu testin uygulanabileceği yaş sınırı yoktur. Çok küçük bebeklerde bile uygulanabilir. Ancak uzmanı tarafından yapılmalı ve dikkatle yorumlanmalıdır. Sonuç, 15-20 dakikada alınır. Negatif deri testinin besin alerjisi olmadığını gösterme olasılığı % 95 iken, pozitif deri testinin hastada besin alerjisi olduğunu gösterme olasılığı % 50'dir. Pozitif demek için; 2 yaşından küçük çocuklarda ödem plağının en az 8 mm çapında olması prediktif kabul edilir (5). Deri testinin negatif olması, IgE orjinli alerjisi olmadığını gösterir. İntradermal test önerilmemektedir. Atopik dermatit veya başka nedenle kullanılan lokal steroidin sürüldüğü bölgeye uygulanan test yalancı negatif sonuç verebilir.

### 2-Yama (patch) testi

Atopik dermatit ve eozinofilik özefajit gibi geç tip besin alerjilerini saptamada uygulanabilen yöntemlerdendir. Prik deri testi ile kombine edildiğinde geç faz reaksiyonlarını da ortaya çıkardığı için tanı şansını artırır. Ancak besin alerjisi tanısında yama testinin yeri çok net değildir; bu konuda araştırmalar sürmektedir.

### 3-Serumda allerjene özgü IgE saptanması

Deri testinden daha az duyarlı bir tarama yöntemidir. Hafif, orta, şiddetli gibi değerlendirmeler anlam taşımaz. Özellikle son yıllarda kantitatif değerler ölçülebilmesi ile duyarlılığı artmıştır. Deri testi yapılmasına engeli olan, antihistaminik kullanmayı bırakamayan hastalarda uygulanabilir. Bazı besinlerin spesifik IgE ölçümleri ile tanısallık değeri, (CAP System FEIA; Pharmacia & Upjohn) aşağıdaki tabloda görülmektedir (5).

### 4-Besin eliminasyonu ve yüklemesi

Eliminasyon uygulaması, özellikle IgE dışı mekanizmalarla oluşan ve geç başlayan besin alerjilerinin tanısında yararlıdır. Ürtiker, anafilaksi gibi bir tabloya yol açtığı kesin bilinen besin, diyetten uzaklaştırılır. Ancak süt gibi eksikliğinde beslenme bozukluğuna yol açacak temel besinlerin eliminasyonu konusunda çok dikkatli olmak gerekir. Tanıdan çok tedavi amaçlıdır.

Oral besin yüklemesi (challenge) testinde ise;

Test edilecek besinin belli kurallar altında bebeğe verilip gözlenmesi esasına dayanır.

3 şekilde uygulanır.

1- Açık yükleme: Doktor da hasta da verilen besinin içeriğini bilir. Süt çocukluğu döneminde en sık kullanılan yöntemdir

2- Tek taraflı açık: Yüklenen besinin içeriğini doktor bilir, hasta bilmez.

3- Çift kör, plasebo kontrollü (DBPC). Hem hasta, hem doktor verilen besinin içeriğini bilmez. Bu test, altın standarttır. Genelde 6 dozda, 400-500 mg. dan başlayarak, 10-15 dakika ara ile 8-10 grama kadar çıkılmaktadır.

Yükleme testleri, anafilaksi riski nedeniyle genellikle hastane ortamında yapılır. Ancak hafif deri döküntüsü gibi alerjik reaksiyonlar gösteren ve deri testi de negatif olan çocuklarda, aile eğitilerek çocuğun doğal ortamı olan evde de yapılabilir. Günlük pratikte bebeklerde genellikle açık yükleme testi yeterlidir.

## Tedavi

Besin alerjisinde ana prensip, allerjen besinden sakınmadır. Ancak bebeklik döneminde sakınma uygularken, kesin tanı ve doğru uygulama daha önemlidir. Çünkü özellikle en sık görülen süt alerjisi nedeniyle süt ve ürünlerinden sakınırken, yerine uygun beslenme düzenlenmesini mutlak gerektirir. Aksi takdirde bu kez beslenme, büyüme ve gelişme bozuklukları ortaya çıkar.

Süt alerjisi tedavisinde ortak nokta; bebeklerin olabildiğince uzun süre anne sütü almasıdır. Anne sütü alamayan bebeklerin beslenmesi daha da zordur. Alternatif olarak önerilen mama, amino asit bazlı mamalar ve tam hidrolize mamalardır. Yarı hidrolize mamalar tedavi için uygun değildir. Tam hidrolize mamaları alan alerjik bebeklerin % 10 kadarı, bu mamaları tolere edemez. Mama hazırlanırken içinde kalan büyükçe peptidlerin kısmen alerjik özelliklerine bağlı olabilir. Bu durumda amino asit bazlı mamalara geçmek

Tablo 1. CAP sistem, FEIA: %95 pozitif prediktif değer

Besin	%95 pozitif beklenen değer (kU/L)	Sensitivite (%)	Spesifisite (%)
Yumurta	6	72	90
Süt	32	51	98
Yer fıstığı	15	73	92
Balık	20+	40	99

şarttır. Bir diğer mama grubu; soya bazlı mamalardır. Ancak soya alerjisi ve soyanın inek sütü ile çapraz reaksiyon göstermesi riskleri vardır. Ayrıca soya bazlı mamaların 6 aydan küçük bebeklere uygunluğu da tartışmalıdır. Bu nedenle özellikle 6 aydan küçük bebeklere soya bazlı mamalar ilk tercih olmamalıdır. Hidrolize mamalar gebe ve emziren annede de kullanılabilir. Süt verme esnasında annenin, özellikle antijenitesi yüksek olan ve yediği zaman klinik olarak bebeğin semptomlarında artmaya yol açan fındık, fıstık vs. gıdalardan uzak durması gerekir.

Besin alerjisinde desensitizasyon tedavisi ile ilgili çalışmalar giderek artmaktadır. Oral desensitizasyonun solunum yolu ve venom immünoterapisine benzer sonuçlar verdiği vurgulanmaktadır.

Eliminasyon yanı sıra semptomatik tedavi de gerekebilir. Antihistaminikler, ketotifen, kromolin sodyum, kortikosteroidler, protein sentetaz ürünleri de tedavide kullanılmaktadır. Atopik dermatit, ürtiker gibi cilt belirtileri, gastrointestinal belirtiler gibi duruma özgü ilaç seçilmelidir. Anti IgE tedavisinin ağır besin alerjisinde kullanımı netleşmemiştir. Pahalı ve yeni bir tedavidir, karar verebilmek için daha çalışmalar gereklidir.

## Doğal seyir

Çocukların çoğu, zamanla alerjisi olan besini tolere edebilir. Çocukların %56'sının 1 yılda, % 77'sinin 2 yılda, % 87'sinin 3 yılda tolerans geliştirdiği gösterilmiştir (6). Besin spesifik IgE konsantrasyonu zamanla düşer. Hatta ağır alerjisi olanlarda bile tolerans gelişebilir. Erişkinlerde besin alerjisi yaşam boyu devam edebilir. Fıstık, ağaç fındıkları ve deniz ürünlerine karşı tolerans erişkinde nadiren gelişir. Fıstık alerjisi çocukta %20 oranında okul çağına düzelmektedir. Toleransın mekanizması bilinmemektedir. Bağırsak gelişimi ile antijen emiliminin azalması, immün sistemin gelişmesi de rol oynar. Ayrıca proteinler üzerinde IgE bağlayan kısımların (epitoplarn) dizilişinin de toleransda etkisi olabilir (4).

## Korunma

Atopi riski olan bebekler; anne, baba veya kardeşlerinden en az birisinde astım, alerjik rinit, atopik dermatit gibi atopik hastalık öyküsü olan bebeklerdir (7).

Tüm sağlık sorunlarında olduğu gibi alerjik hastalıklarda da korunma en önde gelen yaklaşımdır. Risk altındaki bebeklerde hastalığı önlemek için yapılabilecekleri araştıran çok sayıda araştırma vardır. Bunlar içinde inek sütü allerjenlerinden korunma önemli bir yer tutmaktadır.

Gerek beslenme, gerekse korunma açısından anne sütünün üstünlüğü tartışılmaz. Bu nedenle inek sütü veya alternatif beslenmeleri tartışırken hep anne sütüne göre değerlendirilmektedir. Çalışmalar, henüz inek sütü alerjisi klinik olarak ortaya çıkmamış bebeklerde yapılmaktadır.

Çok büyük bir kohort çalışma ile yaklaşık 70 yıl önce Grulee ve Sanford sadece anne sütü alan ve karışık beslenen bebekleri karşılaştırmış; normal inek sütü ile egzema riskinin 9 kat arttığını göstermiştir (8).

Anne sütü ile besleme, atopik hastalık gelişmesini önler. Atopik heredite varsa, bu önleyici özellik daha belirgindir. Anne sütü yok veya yetersizse, tam hidrolize mama seçilmelidir. Hidrolize olmayan veya az hidrolize mamalar atopi açısından risklidir (7). Yeni bir derlemede; İlk 6 ay tam hidrolize kazein içeren mama ile beslenen yüksek riskli bebeklerde hayatın ilk yılında atopik dermatit riskinin % 50 azaldığı görülmüştür (9).

Gerek risk altındaki bebeklerde, gerekse besin alerjisi oluşmuş bebeklerde, anne sütünü özendirmek, diğer koruyucu yaklaşımlar, olabildiğince erken tanı ve doğru tedavi; sağlıklı bir yaşam için atılacak ilk adımlardır.

## Kaynaklar

1. Allen KJ, Hill DJ, Heine RG. Food allergy in childhood. MJA 394- 400.
2. Sampson HA. Food allergy. J Allergy Clin Immunol 2003; 111 (2 suppl.):540-547.
3. ACI International 2002; 14: 279-287.
4. Adaloğlu G. Besin alerjileri. Astım Alerji İmmünoloji 2004; 2(2,1):127-132.
5. Güneşer Kendirli S. Besin alerjisinde tanı ve tedavi. Astım Alerji İmmünoloji 2004; 2 (2,1):133-136.
6. Høst A, Halken S. A prospective study of cow milk allergy in Danish infants during the first 3 years of life. Clinical course in relation to clinical and immunological type of hypersensitivity reaction. Allergy 1990;45:587-596.
7. van Odiijk, Kull I, Borres MP et al. Breastfeeding and allergic disease: a multidisciplinary review of the literature (1966-2001) on the mode of early feeding in infancy and its impact on later atopic manifestations. Allergy 2003; 58: 833-843.
8. Grulee C, Sanford H. The influence of breast and artificial feeding on infantile eczema. J Pediatr 1936;72:411-4.
9. Akdiş CA, Akdiş M, et al. Diagnosis and treatment of atopic dermatitis in children and adults: European Academy of Allergology and Clinical Immunology/ American Academy of Allergy, Asthma and Immunology/ PRACTALL Consensus Report. (Review article). Allergy 2006; 61:969-987.