

Reviderad allerginomenklatur kan också öka missförstånd

Rapporten om entydiga termer för allergi innehåller en motsägelse [1]. Det sägs att allergi kan vara antikroppsmedierad eller cellmedierad. I det senare fallet kan inflammation medieras av allergenspecifika lymfocyter. I stycket om överkänslighet mot födoämnen kan (föga kontroversiellt), om IgE är inblandat, termen IgE-medierad födoämnesallergi vara lämplig. »Alla andra reaktioner bör betecknas som icke-allergisk födoämnesöverkänslighet.« Jag menar att man här onödigtvis låser sig vid att termen allergi bara får användas för IgE-medierade tillstånd. Det står dessutom i motsats till den tidigare i artikeln nämnda cellmedierade allergin.

Den som i den kliniska vardagen får patienter som bevisligen reagerar på även minimala mängder av ett visst eller kanske flera födoämnesproteiner men som saknar cirkulerande specifikt IgE har svårt att tro att det då inte handlar om immunologiska mekanismer. Reaktionen på födoämnet är så pass fördröjd att sambandet är svårupptäckt. Typiska exempel är exklusivt ammade spädbarn med kolik eller uppenbar prokto-kolit, där enda orsaken är de spårämnen i modersmjölken, som härrör från



Foto: IBL

»Icke-allergisk födoämnesöverkänslighet« – en opraktisk term, menar skribenten.

modern kost. Om detta inte är allergi, vad är det då?

»Icke-allergisk födoämnesöverkänslighet« är en i mitt tycke opraktisk term, som få kommer att vilja hantera i praktiken och som kan leda tanken åt fel håll. Det kan medföra att många läkare fortsätter att förlita sig till enbart RAST- eller pricktest vid misstanke om födoämnesrelaterade besvär. Patienter kan vara missförstådda i årtal.

Även patienter med eksem finns bland dem med fördröjda reaktioner och ofta utan påvisbart specifikt IgE. Bevis kan då erhållas med orala dubbelblindprovokationer, men de är tidsödande att genomföra. Flera rapporter vittnar om att lapptest [2-4] kan vara till

hjälp vid diagnostiken, och inte bara vid eksem, utan också vid t ex gastrointestinala besvär. De borde därför användas oftare.

Vid positivt utfall och negativt IgE men klinisk respons på antigenelimination ur kosten, måste man ha rätt att tala om cellmedierad allergi.

Gunnar Meeuwisse

barn- och ungdomsläkare, Karlskrona
gume@tele2.se

REFERENSER

1. Johansson SGO, Cardell LO, Foucard T, Montan P, Odeback P, Palmqvist M, et al. Reviderad, global nomenklatur för allergi. Entydiga termer skapar klarhet och undanröjer missförstånd. Läkartidningen 2006;103:379-83.
2. Roehr CC, Reibel S, Ziegert M, Sommerfeld C, Wahn U, Niggemann B. Atopy patch tests, together with determination of specific IgE levels, reduce the need for oral food challenges in children with atopic dermatitis. J Allergy Clin Immunol 2001;107:548-53.
3. Strömberg L. Lapptest – ett hjälpmedel vid diagnostik av födoämnesallergi hos barn. Läkartidningen 2003;99:4070.
4. Keskin O, Tuncer A, Adalioglu G, Sekerel BE, Sackesen C, Kalayci O. Evaluation of the utility of atopy patch testing, skin prick testing, and total and specific IgE assays in the diagnosis of cow's milk allergy. Ann Allergy Asthma Immunol 2005; 94:553-60.

Replik:

Nomenklaturen den bästa vi har just nu

Tack för vänligt påpekande om oklar syftning vad gäller födoämnesallergi. Det är naturligtvis så att överkänslighetsbesvär initierade av immunologiska reaktioner skall kallas allergi oavsett om reaktionen är medierad av IgE-antikroppar, IgG-antikroppar eller allergenaktiva lymfocyter.

Avsikten med en terminologi är att den skall underlätta kommunikationen mellan berörda parter. Om enskilda individer på grund av bättre eller annorlunda kunskaper låter termerna få annan betydelse kan problem uppstå, något som kan drabba tredje person, dvs i vår värld patienterna. Det betyder inte att en nomenklatur inte skall uppdateras; vår första moderna allerginomenklatur antogs vid Örebrodagarna 1983.

Idag är vi överens om att termen allergi skall reserveras för överkänslighet där vi har objektiva tecken på immunologiska mekanismer. Även om allergologiskt erfarna läkare på goda grunder

kan misstänka allergi, utan kännedom om en immunologisk sensibilisering, är termen överkänslighet att föredra.

Våra kunskaper om bakomliggande mekanismer förbättras hela tiden. Så är det till exempel nu klarlagt att cellförmedlade mekanismer har en central roll vid celiaki. Sjukdomen bör därför inte kallas glutenintolerans utan icke-IgE-förmedlad glutenallergi, autoimmun glutenallergi eller cellförmedlad glutenallergi. Vid den blodiga spädbarnskoliken orsakad av komjölk är cellförmedlad allergi sannolik men ej visad, och därför är det tills vidare klokt att tala om mjölköverkänslighet.

Tyvärr vet vi inte så mycket om mekanismerna bakom icke-atopiskt eksem. Det »lapptest«, Atopy Patch Test, som refereras till har inte riktigt motsvarat förhoppningarna. Ironiskt nog lanserades det för just den subgrupp av eksem som betecknas icke-atopiskt eksem, dvs ett

positivt Atopy Patch Test skulle ge diagnosen icke-atopiskt eksem.

Den reviderade nomenklaturen för allergiska tillstånd, som publicerades i Läkartidningen, har tagits fram av European Academy of Allergology and Clinical Immunology (EAACI) och World Allergy Organization (WAO) och är den bästa vi har just nu, så låt oss se till att den används. I takt med ökade kunskaper om mekanismerna bakom olika överkänslighetstillstånd måste sannolikt ny revidering ske.

Tony Foucard

docent, f d överläkare,
Akademiska barnsjukhuset, Uppsala

S G O Johansson

professor, överläkare,
avdelningen för klinisk immunologi
och transfusionsmedicin,
Karolinska Universitetssjukhuset Solna
S.G.O.Johansson@medks.ki.se

Penicillin V-behandling vid erythema migrans kan ge falsk säkerhet

I Läkartidningen 4/2006 (sidan 203) skriver Louise Bennet om erythema migrans, Lyme-borreliosisens första stadium, bland annat: »Penicillin, som sällan används i övriga Europa vid behandling av erythema migrans, är en bra behandling så länge allergi, spridd Borreliainfektion eller infektion med ytterligare någon fästingpatogen, t ex Ehrlichia, inte föreligger.«

Det stämmer, men spridd borreliainfektion med involvering av centrala nervsystemet är inte alls ovanlig hos patienter med erythema migrans (EM). I rapporter från både USA och Europa förekommer den hos cirka 10 procent av EM-patienter och uppåt [1-3]. För att fastställa om en EM-patient hör till dem som redan har borreliainfektion i centrala nervsystemet krävs undersökning av serum och likvor. Detta är naturligtvis inte möjligt eller ens önskvärt att göra rutinmässigt för hundratals EM-patienter som ännu inte har några allmänna symptom.

Härav följer att man bör använda ett antibiotikum som passerar blod-likvorbarriären i tillräcklig koncentration. Penicillin V är inte ett sådant antibiotikum:

Av en peroral dos penicillin V resorberas cirka 60 procent. Av den resorberade delen binds 80 procent vid protein. Detta innebär att endast 12 procent (20 procent av 60 procent) av ursprungsdosen är tillgänglig för att passera blod-likvorbarriären. Erytemet i huden försvinner, men en infektion i centrala nervsystemet utrotas inte.

I USA och i Europa rekommenderas i första hand amoxicillin eller doxycyklin för att behandla EM [4-8]. Av en peroral dos amoxicillin resorberas cirka 90 procent, varav 20 procent binds vid protein, och alltså 72 procent (80 procent av 90 procent) av ursprungsdosen är tillgänglig för att passera blod-likvorbarriären.

Precis som Louise Bennet skriver, skall man efter fästingstick behandla alla erytem som är 5 cm eller mer i diameter och kvarstår ännu en vecka efter sticket.

På Åland diagnostiseras årligen flera hundra patienter med EM. Vi avråder från att behandla dessa patienter med penicillin V. Amoxicilin är förstahandsmedel, doxycyklin är andrahandsval bl a med beaktande av dess större risk för att

ge fotoreaktioner, och cefuroximacetil finns i reserv. Några fall av neuroborreliosis hos så behandlade patienter ser vi inte.

Det finns ingen anledning att behandla patienter med EM med penicillin V och riskera uppkomst av neuroborreliosis hos en del av patienterna när det finns annat, lika biverkningsfritt antibiotikum i samma prisklass att tillgå som minimerar risken.

Erling Norrbys artikel i samma nummer av Läkartidningen om hans självupplevda neuroborreliosis är belysande – så här kan det gå också för många EM-patienter om man har behandlat hudmanifestationen med ett antibiotikum med otillräcklig penetrans till centrala nervsystemet.

Peter Wahlberg

professor, MKD, Mariehamn, Åland, Finland
peter.wahlberg@aland.net

Dag Nyman

professor, MD, Jomala, Åland, Finland
dag.nyman@aland.net

REFERENSER

1. Oksi J, Marttila H, Soini H, Aho H, Uksila J, Viljanen M.J. Early dissemination of Borrelia burgdorferi without generalized symptoms in patients with erythema migrans. APMIS 2001;109:581.
2. Arnez M, Ruzic-Sabljic E, Ahcan J, Radsel-Medvescek A, Pieterski-Rigler D, Strle F. Isolation of Borrelia burgdorferi sensu lato from blood of children with solitary erythema migrans. Pediatr Infect Dis J 2001;20 (3):251-5
3. Wormser GP, McKenna D, Carlin J, Nadelman RB, Cavalieri LF, Holmgren D, Byrne DW, Nowakowski J. Brief Communication: Hematogenous dissemination in early Lyme disease. Ann Intern Med 2005;132:751-5, W165-6.
4. Strle F. Antibiotic treatment of Lyme borreliosis. Acta dermatovenerologica alpina, panonica et adriatica 2001;10(3): ISSN (e-edition) 1581-2979 (<http://www.mf.uni-lj.si/acta-apa/acta-apa-01-4/acta-apa-01-4.html>)
5. European Union concerted action on Lyme borreliosis. Treatment of Lyme borreliosis in Europe, EUCLAB 1997-2005. <http://www.oeghmp.at/eucalb/index.htm>
6. Lipsker D, Antoni-Bach N, Hansmann Y, Jaulhac B. Long-term prognosis of patients treated for erythema migrans in France. Brit J Dermatol 2002;146:872-6.
7. Wormser GP, Nadelman RB, Dattwyler RJ, Dennis DT, Shapiro EF, Steere AC, et al. Guidelines from the Infectious Diseases Society of America: Practice guidelines for the treatment of Lyme disease. Clin Inf Dis 2000;31 (Suppl 1):S1-14.
8. Cameron D, Gaito A, Harris N, Bach G, Belovinn S, Bock K, et al. Evidence-based guidelines for the management of Lyme disease. Expert Rev Anti-infect Ther 2004;2: Suppl 1.

Svensk förvirring om generika

Debatten kring utbyte av likartade läkemedel och eventuell generisk förskrivning är lite förvirrande. Ibland diskuteras eventuell nytta av att det förekommer flera läkemedel inom samma grupp, t ex betablockerare. Självklart ligger det en nytta i det. Just betablockerare är ett bra exempel på att närbesläktade men något olika molekyler med samma huvudeffekt kan ha olika biverkningsprofil.

Men när det gäller olika beredningar av *samma* molekyl är det annorlunda. De olika namnen på samma molekyl fyller endast en enda funktion: den kommersiella.

Jag har haft förmånen att få arbeta en del i Storbritannien. I detta annars så byråkratiska land har man en liten behändig bok där all information finns, men bara en gång för varje molekyl. Man slår upp paracetamol och där står all information en gång samt vilka företag som tillhandahåller molekylen och under vilka namn.

Ska man i Sverige förskriva paracetamol får man välja mellan att slå upp Alvedon, Curadon, Perfalgon, Panodil och Reliv. Identiska produktbeskrivningar under olika namn på olika ställen i Fass har den enda effekten att öka förvirringen. Med den tidsbrist vi arbetar under slår vi givetvis upp det namn vi minns, dvs från det företag som hörs mest. Ta t ex det bakteriedödande medlet ciprofloxacin. Det säljs under flera namn av en rad företag. Det upptar i Fass elva (!) snarlika texter på inte mindre än 25 finstilt A4-sidor. Inte undra på att Fass väger 3,5 kg, medan dess brittiska motsvarighet kan bäras i rockfickan.

En annan effekt av det svenska systemet är att man som svensk läkare inte uppföras att lära sig läkemedels riktiga (generiska) namn, vilket är det enda som gäller i den internationella vetenskapliga litteraturen. Det blir svårare att följa rapporter om biverkningar etc.

Att alla dessa nackdelar inte går att »bevisa« i ekonomiska eller medicinska termer ändrar inte saken. För mig som läkare är det uppenbart att det svenska systemet gynnar läkemedelsföretagen och inte på något vis patienterna eller läkarna.

Peter Furuskog

leg läkare, Torshälla
peter_furuskog@msn.com