

Videnskabelig Leder

Ugeskr Læger 2020;182:V205026

Allergitest hos børn: flere spørgsmål end svar

Hans Bisgaard

Ugeskr Læger 2020;182:V205026

Allergidiagnostik hos børn er uden konsensus. *Lindsø & Kristensen* giver et godt bud herpå [1]. Problemet er komplekst (som vi siger, når vi har svært ved at forstå tingene): 1) *Hvem* skal testes? Børn kan have uspecifikke symptomer fra flere organer, der kan være tegn på allergi, men ofte er svære at adskille fra andre årsager som f.eks. infektioner. Anamnesen hos småbørn er afhængig af forældrenes observation og forklaring. Sproget er fattigt på ord, der forklarer børns symptomer, og ofte er forældrene kun sammen med barnet i få timer om dagen. Selv hos større børn er anamnesen vanskelig, da børn ofte tilpasser sig tilstanden og mangler voksnes evne til at beklage sig. 2) *Hvilke* symptomer er det relevant at teste for? Principielt skal man ikke teste, hvis det ikke har en konsekvens. Ofte vil der på forhånd være en mistanke. F.eks. er symptomer, som kun forekommer om foråret, formentlig relateret til pollen, som dog er »svære« at fjerne, og behovet for allergitest er derfor mindre, idet behandling kan påbegyndes ud fra det kliniske billede. Allergi over for husdyr kan have konsekvens, og allergitest kan hjælpe med en svær beslutning. Fødevarerallergi er meget sjældent årsag til isolerede luftvejssymptomer eller atopisk dermatitis. Ved allergisk anafylaksi er det væsentligt at identificere allergenet. 3) *Hvornår* kan man allergiteste? Det har været opfattelsen, at man ikke kan allergiteste småbørn. Det er en misforståelse, som måske skyldes, at man ikke er født med allergi. Inhalationsallergier udvikler sig gennem barndommen, topper i puberteten og aftager gennem voksenalderen. Det er sjældent, at småbørn har inhalationsallergi. Fødevarerallergi er hyppigere hos småbørn og da ofte mod mælk og æg. Dvs. når man taler om allergihyppighed, afhænger den af alder. 4) *Hvor* ofte skal man teste? Det afhænger af allergenet. Mange småbørn vokser sig fra æg- og mælkeallergi, men sjældnere fra allergi for trænødder og jordnødder og sjældent fra inhalationsallergi [2]. Omvendt udvikler inhalationsallergi sig gennem barndommen. Hyppigheden af allergitest afhænger derfor af allergen og alder. 5) *Hvilke* allergener skal der testes for? Typisk testes der for dem, der forekommer almindeligst i befolkningen. Men vi er ikke alle »almindelige«. Flere test er en sammenblanding af forskellige allergener. Vi har for nylig påvist i et dobbeltblindet randomiseret forsøg, at mange kun er allergiske for hanhundens prostataallergen, dvs. at de tåler hunhunde, men testallergenet for hunde indeholder allergener fra både han- og

hunhunde [3]. 6) *Hvilke* test skal anvendes (priktest, specifikt immunglobulin (Ig)E, komponentanalyse)? Der er uhyre ringe overensstemmelse mellem metoderne, uden at vi ved, hvilken der er mest specifik, og hvilken der er mest sensitiv. Det er nu muligt at teste for allergi på et mere detaljeret plan, hvor man ser på allergenkomponenter, som for nogle allergener synes at være mere specifikke end andre test. 7) *Hvordan* defineres tærskelværdier for de forskellige test? I dag anvendes der en fast størrelse for kvaddel ved priktest, uanset at reaktiviteten i huden øges med alderen. Ligeledes anvendes der et fast cut-off for den kvantitative IgE-bestemmelse, uagtet at cut-off for klinisk relevans varierer markant for forskellige allergener [4, 5]. 8) *Hvordan* tolkes en reaktion på allergitest i huden? Testen kan ikke tolkes i steroidbehandlet hud eller efter indtagelse af antihistamin. Yderligere har børn med atopisk dermatitis ofte dermografisme som giver kvaddeldannelse alene pga. prikket ved testen, hvorved testen ikke kan tolkes. Det er afgørende, at der er overensstemmelse mellem anamnese og evt. positiv allergitest. En positiv allergitest er ikke en sygdom, dvs. at en positiv allergitest uden symptomer har ingen klinisk betydning.

Ovenstående spørgsmål diskuteres med stor iver på basis af meget ringe evidens. Ofte alene med henvisninger til internationale konsensusanbefalinger, der imidlertid ikke i sig selv er evidens.

Det fører frem til et afgørende skisma. Selv om vi så åbenlyst har ringe evidens, kan det være svært at sige til patienter: »Det ved vi ikke«. Mange føler sig tvunget til at leve op til autoriteten og bevæger sig ud på tynd is og ignorerer ovenstående begrænsninger. Og det er næppe kun inden for børneallergi. Samlet set er den gode anamnese fortsat vores bedste værktøj, og allergitest bidrager kun i mindre grad til den gode lægekunst.

Korrespondance: *Hans Bisgaard*, Copenhagen Prospective Studies on Asthma in Childhood, Herlev-Gentofte Hospital. E-mail: bisgaard@copsac.com

Interessekonflikter: ingen. Forfatterens ICMJE-formular er tilgængelig sammen med lederen på Ugeskriftet.dk

LITTERATUR

1. Lindsø P, Kristensen K. Allergiudredning af børn. Ugeskr Læger 2020;182:V09190537.
2. Savage J, Sicherer S, Wood R. The natural history of food allergy. J Allergy Clin Immunol Pract 2016;4:196-203.
3. Schoos AMM, Chawes BL, Bloch J et al. Children monosensitized to can f 5 show different reactions to male and female dog allergen extract provocation: a randomized controlled trial. J Allergy Clin Immunol Pract 2020;8:1592-7.e2.
4. Schoos AMM, Hansen SM, Skov FR et al. Allergen specificity in specific IgE cutoff. JAMA Pediatr 18. maj 2020 (e-pub ahead of print).
5. Sampson HA. Utility of food-specific IgE concentrations in predicting symptomatic food allergy. J Allergy Clin Immunol 2001;107:891-6.