

Ett nytt ramverk för tolkning av testmetoder för allergiantikroppar (IgE sensibilisering)

Allergisjukdomar såsom astma, eksem, pollenallergi, samt allergi mot mat, husdjur, läkemedel och insektsbett utgör tillsammans den vanligaste gruppen av kroniska sjukdomar i Europa. Över 60 miljoner människor är drabbade. De allergiska sjukdomarna kan delas upp i flera undergrupper, en vanlig uppdelning är att skilja mellan IgE-förmedlad (allergiantikropps-förmedlad) och icke IgE-förmedlad allergi. Detta strategidokument fokuserar på den förstnämnda gruppen.

Vid IgE-förmedlad allergi uppstår besvär kort efter exponering för ett allergiframkallande ämne (ämnet utgörs oftast av ett protein från djur eller växtriket). Allergiska symtom uppstår hos individer som i sitt blod har Immunoglobulin E (IgE) antikroppar, även kallat allergiantikroppar, med förmåga att känna igen och binda sig till ett specifikt ämne. En lång rad olika besvär kan uppstå, beroende på vilket eller vilka organ som drabbas. Exempel på vanliga symtom är klåda och nässelutslag på huden, astma; nästäppa och nysningar; kliande och rinnande ögon; kräkningar och diarré från mag-tarmkanalen; hjärtklappning, svimningskänsla och svimning och i värsta fall cirkulationskollaps och hjärtstillestånd.

Men även andra, icke-allergiska sjukdomar kan ge upphov till allergi-liknande symtom. Även om en patientens sjukhistoria med uppgifter om tidigare allergiska reaktioner är det bästa sättet att diagnosticera allergier så kan vetskapen om att en patient har IgE-antikroppar riktade mot ett allergen (allergiframkallande ämne) hjälpa läkaren att ställa en säker diagnos. Läkarna använder pricktest eller blodprov för att påvisa om patienten har specifika IgE-antikroppar för allergenet i fråga. Pricktest kan omedelbart bekräfta förekomsten av IgE-antikroppar då testet utförs och avläses av läkare eller sjuksköterska direkt på kliniken. IgE-antikroppar kan påvisas i blodprov, men provet måste då analyseras på ett laboratorium vilket gör att testresultaten inte är tillgängliga direkt.

Den stora nackdelen med båda testerna är att de visar förekomst av specifika IgE-antikroppar mot allergen, så kallad IgE-sensibilisering, och inte om individen har en allergisk sjukdom. En del individer har dessa allergenspecifika IgE-antikroppar utan att de är allergiska. Därför är dessa test egentligen inte allergitest i sin rätta bemärkelse utan en analys av om patienten har IgE-antikroppar, det vill säga är IgE-sensibiliserade. När dessa test används av läkare med utbildning och erfarenhet av att tolka IgE-svar så är båda analyserna mycket användbara för att stärka en diagnos av en misstänkt allergi

och när man försöker reda ut vilket eller vilka allergen som orsakat allergiska besvär när sjukhistorien inte är komplett.

Historiskt sett så har resultaten av pricktest och mätning av allergiantikroppar (IgE-antikroppar) i blodprov bedömts som positivt eller negativt baserat på om testresultatet varit över eller under ett tröskelvärde. Praxis har varit att ett pricktest där hudreaktionen är större än 3 mm i diameter och specifika IgE-antikroppshalter, som mäts i enheten kilo-units/liter (kU/l), över 0.35 kU/l har tolkats som ett positivt test. Men en patient som har en pricktest på 3 mm eller ett IgE-resultat på 0,35 kU/l mot ett livsmedel har en ungefärlig sannolikhet på 50 % för att vara allergisk mot livsmedlet i fråga. En annan individ som uppvisar ett negativt pricktest, under 3 mm eller specifik IgE-nivå under 0.1 kU/l mot samma livsmedel har cirka 10 % risk för att vara allergisk. Följaktligen kommer felaktiga diagnoser att ställas om man ser dessa analyser som allergitest istället för att se dem som tester som påvisar allergiantikroppar. Detta kan leda till att många patienter får råd om att undvika allergen (t.ex. mat) som de i själva verket tål och tvärtom.

Numera vet vi att resultatet av IgE-testerna måste ses och bedömas tillsammans med patientens sjukhistoria. Detta gör det mycket viktigt för läkare att förstå och tolka besvär som kan vara tecken på möjliga allergiska reaktioner eller andra medicinska besvär (t.ex. eksem) som en patient kan ha. Det är också viktigt att notera att benägenheten att reagera med ett positivt pricktest eller att utveckla IgE-antikroppar kan variera mellan olika åldersgrupper samt mellan patienter med olika etniska eller geografiska ursprung. Slutligen så kan andra saker såsom träning, infektioner, fysisk eller känslomässig påfrestning, läkemedel och infektioner göra att en del individer lättare utvecklar en allergisk reaktion; dessa benämns som samverkande faktorer.

Genom att använda komplicerade matematiska modeller, kan man utveckla datorbaserade system för att uppskatta sannolikheten att en patient verkligen har allergi baserat på resultat från pricktest, specifika IgE-antikroppsnivåer och patientens sjukhistoria. Ett sådant tillvägagångssätt förbättrar läkarnas förmåga att tolka resultaten av IgE-testerna och förbättrar därmed diagnostiken. Detta kan leda till ett minskat behov av allergenprovokationer, dvs. att individen får äta något man inte tror sig tåla för att se hur man reagerar, för att säkerställa/utesluta en allergidiagnos. Användbarheten av dessa matematiska och datoriserade modeller begränsas tills vidare av att vi inte vet om metoderna är tillförlitliga. Pågående studier försöker dock bedöma just detta.

I takt med att kunskapen om allergi och förhållandet mellan pricktest och specifik IgE-antikroppsmätning har ökat så har vi nu en större förståelse för hur vi skall tolka dessa test för allergi/IgE-antikroppar. Vi vet idag hur betydelsen av testernas resultat skiftar mellan olika ämnen, olika allergiska symtom och mellan olika patientkategorier. Detta bör göra det möjligt för läkare att mer exakt diagnosticera och utesluta klinisk relevant allergi.