



Allergie bij het schoolgaande kind: preventie en aanpak van acute allergische reacties

Kinderallergologie

Dr. Liliane De Swert

8 Preventie en aanpak van acute allergische reacties

In onze westerse landen is de prevalentie van allergische aandoeningen bij kinderen in de laatste decennia opgelopen tot 20 % à 25 %: 1 kind op 4 heeft gedurende een kortere of langere periode van zijn leven last van allergische symptomen. Dit betekent dat er in een gemiddelde klas van 20 tot 25 leerlingen meestal wel een paar kinderen zullen zijn die last hebben van allergie.

8.1. Symptomen

De frequentst voorkomende symptomen van allergie op kinderleeftijd zijn:

- ?? eczeem (atopische dermatitis), wat zich vooral manifesteert bij het kleine kind (< 6 jaar)
- ?? astma, met in onze streken een prevalentie van ruim 7 % bij 6-7 jarigen en oplopend tot 12 % bij 12-13 jarigen
- ?? allergische rhinoconjunctivitis, wat 15 % tot 20 % van de kinderen op schoolgaande leeftijd treft

Andere symptomen zijn:

- ?? urticaria
- ?? angioedeem
- ?? maag-darmlast
- ?? anafylaxie

De incidentie van anafylaxie, een acute systemische overgevoeligheidsreactie, bedroeg in een recente Amerikaanse studie bij kinderen en adolescenten tot 18 jaar 10.5/100.00 kinderen per jaar. Uit de resultaten van het Frans Vigilantie Netwerk voor Anafylaxie door Voedselovergevoeligheid blijkt dat in de totale populatie, de incidentie van anafylaxie ingevolge voedselallergie duidelijk gestegen is in de laatste jaren.

8.2. Oorzaken

De belangrijkste oorzakelijke allergenen die aan de basis liggen van allergische klachten bij schoolgaande kinderen zijn: voedselallergenen (pinda, ei, noten, vis, fruit/groenten, koemelk) en inhalatieallergenen (huisstofmijten, pollen, epithelen van vachtdieren, schimmels). Minder frequente zijn allergische reacties op latex, insectensteken en medicatie.

Terwijl de inhalatieallergenen hoofdzakelijk verantwoordelijk zijn voor luchtwegsymptomen zoals rhinocconjunctivitis en astma en af en toe ook voor huiduitslag, geven de andere allergenen aanleiding tot zowel luchtwegklachten, als eczeem, urticaria, angioedeem, maag-darmlast en soms ook anafylaxie. Deze symptomen kunnen geïsoleerd of in combinatie optreden.

Als belangrijke niet-allergische trigger van astma bij schoolgaande kinderen en adolescenten moet inspanning vermeld worden: 8,7 % van de 11- tot 14-jarigen heeft inspanningsastma.

Daarnaast kan blootstelling aan chloor in zwembaden bij sommige astmatici aanleiding geven tot ademhalingsklachten en is dit anderzijds bij kinderen met eczeem soms verantwoordelijk voor opflakkingen hiervan.

8.3. Welke maatregelen kunnen op school genomen worden ten aanzien van het allergische en/of astmatische kind?

8.3.1. Onderhoudsbehandeling

Kinderen die onderhoudsmedicatie moeten nemen tijdens schooltijd dienen de gelegenheid te krijgen om dit op een adequate manier te doen.

8.3.2. Preventieve maatregelen

Algemene maatregelen zijn erop gericht dat in de klas de blootstelling aan de belangrijkste oorzakelijke allergenen beperkt wordt. We onderscheiden de volgende:

- ?? zorgen voor goed verluchte, niet-vochtige klassen met een dweilbare vloer
- ?? stofnesten in de klas mijden (vb. zithoek met oude kussens of tapijt, koffer met oude kleren)
- ?? kapstokken buiten de klas houden
- ?? continue aanwezigheid van vachtdieren in de klas mijden
- ?? oppassen met ballonnen en met Ficusplanten
- ?? bij speciale activiteiten (vb. met voeding) vooraf een rondvraag doen of iemand allergisch is voor het gebruikte product

Specifieke maatregelen voor kinderen met een welbepaalde overgevoeligheid kunnen soms nodig zijn:

- ?? een kind met allergie voor vachtdier(en) niet zetten naast een kind dat thuis dat (die) vachtdier(en) heeft, om allergische reactie via "carry-over" te mijden
- ?? manipulatie van bepaalde voedingsstoffen mijden bij voedselallergische kinderen
- ?? deelname aan bosklassen in het pollenseizoen is niet aangewezen in geval van ernstige pollenallergie
- ?? hetzelfde geldt voor boerderijklassen in geval van ernstige allergie voor vachtdieren

?? inname van beschermende medicatie in geval van inspanningsastma/ een kind met inspanningsastma de gelegenheid geven om bij ademlast de inspanning te staken.

8.3.3. Aanpak van acute allergische reacties

Algemeen kan men stellen dat het in de meest gevallen van acute overgevoeligheidsreacties - zeker als men de uitlokkende factor niet kent - aangewezen is het kind naar een andere plaats te brengen, om zo eventueel verder contact met de trigger te mijden.

Voor de behandeling van acute systemische overgevoeligheidsreactie of anafylaxie dienen we onderscheid te maken tussen milde en ernstige tot zeer ernstige vormen van anafylaxie: milde vormen van anafylaxie zijn bijvoorbeeld reacties die zich beperken tot dermatologische en bovenste luchtweg symptomen zoals rhinoconjunctivitis, zwelling van de lippen, jeuk in de mond. Bij sliklast en ademlast gaat het om een ernstige vorm en bij cardiovasculaire en cardiorespiratoire symptomen spreken we van een zeer ernstige vorm van anafylaxie.

Voor milde vormen wordt gebruik gemaakt van antihistaminica en corticosteroïden, onder nauwkeurige opvolging van het verdere verloop om evolutie tot een ernstige vorm tijdig te onderkennen. Voor ernstige en zeer ernstige vormen van anafylaxie is snelle toediening van epinephrine intramusculair de hoeksteen van de acute behandeling: 0,01mg/kg of 0,01ml/kg van een 1:1000 waterige oplossing epinephrine, zo nodig herhaald om de 10 à 15 minuten. De maximum dosis voor kinderen tot 30 kg bedraagt 0,3 mg. Injectie in de laterale zijde van de dij (musculus vastus lateralis) geeft een sneller en beter effect dan subcutane injectie. Men kan ook gebruik maken van adrenalinekits van 0,15 mg of 0,3 mg (respectievelijk EpiPen®Jr. of EpiPen®Adult), waarbij deze volledige dosis wordt geïnjecteerd. Een snelle en adequate toediening van adrenaline kan bij ernstige vormen van anafylaxie levensreddend zijn. Andere maatregelen, in te vullen naargelang het individuele geval zijn: verstuiving van beta-2 mimetica, vrij houden van de luchtwegen, anti-Trendelenburg houding en zodra mogelijk zuurstoftoediening, intraveneuze vochttoediening, hospitalisatie en monitoring. Met het oog op het onderdrukken van late-phase reacties worden corticosteroïden gegeven: prednison 1mg/kg/dag.

Voor kinderen met een gekend risico op ernstige overgevoeligheidsreacties is het aangewezen geschreven instructies te voorzien met vermelding van de specifieke overgevoeligheid, de toe te dienen medicatie (benaming, dosis, wijze van toediening), andere maatregelen en een contactnummer voor onmiddellijke hulp. De toe te dienen medicatie dient dan ook bijdehand te zijn. In dergelijke gevallen - zeker als het kind reeds een anafylactische reactie doormaakte - is het wenselijk dat deze maatregelen bij het begin van het schooljaar worden besproken met de directie en/of klastitularis en met de schoolarts en/of huisarts.

8.4. Besluit

Gezien de toenemende problematiek van allergie bij kinderen is het verantwoord om op school een aantal algemene maatregelen ter preventie van symptomen bij allergische kinderen te promoten. In het individuele geval van het allergische kind zijn soms bijkomende specifieke maatregelen nodig. Voor kinderen met risico op anafylaxie is het wenselijk een geschreven actieplan te voorzien en dit te bespreken met de leerkrachten.

8.5. Contactgegevens

8.5.1. De Astma en Allergiekoepel

Astmastichting België vzw

Christine Baelus

Deelgemeentehuis

Heuvelhof 1

3010 Kessel-Lo

tel.: 016/25 31 11

fax: 016/25 31 16

e-mail: astmastichting@belgacom.net

website: www.astma-en-allergiekoepel.be