

Voedselovergevoeligheid in de Jeugdgezondheidszorg

De JGZ-richtlijn Voedselovergevoeligheid wil duidelijkheid scheppen in de diagnostiek en zorgen voor eenduidige voorlichting en begeleiding. Ook moet de aanpak van voedselovergevoeligheid in de JGZ aansluiten bij het beleid van huisartsen, kinderartsen en diëtisten. Welke rol speelt de diëtist?

Het Nederlands Centrum voor Jeugdgezondheidszorg heeft in 2013 de Richtlijn Voedselovergevoeligheid uitgebracht.¹ De richtlijn voorziet in wetenschappelijk onderbouwde adviezen rondom de preventie, diagnostiek, begeleiding en doorverwijzing van jonge kinderen met voedselovergevoeligheid in de jeugdgezondheidszorg. De diagnostiek sluit aan bij de richtlijn Diagnostiek van Koemelkallergie bij Kinderen in Nederland² en vervangt de Landelijke Standaard voedselallergie bij zuigelingen uit 2005.³

De richtlijn is tot stand gekomen met de medewerking van talloze experts uit het werkveld. Eén van deze experts is diëtist Berber Vlieg. Vlieg heeft een zelfstandige diëtistenpraktijk in Arnhem voor kinderen en volwassenen met voedselallergieën. Ze promoveerde in 2008 op dubbelblinde pla-

cebogecontroleerde voedselprovocaties (DBPGVP) bij kinderen. Sinds 2010 doet zij onderzoek naar voedingsdeterminanten voor het ontstaan en beloop van allergieën in het AMC. Vlieg was mede-projectleider van de richtlijn Diagnostiek van Koemelkallergie bij Kinderen in Nederland en is daarnaast betrokken bij onderzoek naar de effectiviteit van het diëtetisch handelen bij koemelkallergie en bij diverse internationale organisaties op het gebied van voedselallergieën.

Diagnostiek subjectief

De richtlijn schetst de knelpunten in de zorg rondom voedselovergevoeligheid in de Jeugdgezondheidszorg voor de richtlijn in 2013 tot stand werd gebracht. Professionals signaleerden:

- geen uniform beleid voor kinderen met (een mogelijke) koemelkallergie;
- diagnostiek op basis van open voedselprovocatie is subjectief en geeft in 30-70 procent een fout positieve diagnose;
- intensief gehydrolyseerde zuigelingenvoeding wordt gratis verstrekt door zorgverzekeraars, waardoor ouders ongemotiveerd zijn om diagnostiek zoals een DBPGVP te laten verrichten;

- geen duidelijke afspraken voor doorverwijzen en te weinig doorverwezen naar de diëtist.

Eenduidige advisering gebaseerd op de recente wetenschappelijke literatuur en overleg met vertegenwoordigers uit de betrokken beroepsgroepen moet hierin verbetering brengen.

Hypoallergene voeding

De richtlijn geeft een aantal nieuwe adviezen (zie kader). Vlieg: “Voor alle kinderen blijft het advies gelden om bij voorkeur borstvoeding te geven gedurende vier tot zes maanden. Pas als dat niet mogelijk is, kan kunstvoeding worden gebruikt. Het bewijs voor het preventieve effect van partieel gehydrolyseerde kunstvoeding (de zogenaamde hypoallergene voeding) op koemelkallergie is zwak en wordt daarom in deze richtlijn afgeraden.” Ook intensief gehydrolyseerde kunstvoeding op basis van wei-eiwit of caseïne-basis is niet effectief in de preventie van koemelkallergie. Vlieg benadrukt dat de vertaling van een richtlijn naar de praktijk niet altijd zo rigide is. “Op individueel niveau kan in overleg met de ouders de hypoallergene voeding soms wel preventief worden gebruikt, als de ouders dat bijvoorbeeld graag willen of bang zijn om reguliere voeding te gebruiken. Communiceer wel altijd naar de ouders



Diëtist Berber Vlieg is expert op het gebied van voedselallergieën.

dat het effect zwak is. Op dezelfde basis wordt op Europees niveau het gebruik van hypoallergene voeding in de preventie op basis van hetzelfde onderzoek wel aanbevolen.”

Window of opportunity

De introductie van bijvoeding moet niet worden uitgesteld, maar worden gestart vanaf vier maanden. Wetenschappelijk onderzoek heeft nooit effect gevonden van het uitstellen van de introductie van bijvoeding, op het ontstaan van allergie en in prospectieve geboortecohortstudies wordt gevonden dat kinderen die later bijvoeding krijgen, meer kans hebben op het ontwikkelen van allergische ziekten. De periode tussen vier en zes maanden wordt ‘*window of opportunity*’ genoemd. In deze periode maakt het maagdarmkanaal en het immuunsysteem een sterke ontwikkeling door. Blootstelling aan nieuwe voedingsmiddelen in deze periode helpt juist om de afweer op te bouwen.” Het advies om vanaf vier maanden te starten met bijvoeding geldt daarom ook voor kinderen met een verhoogd risico op voedselallergieën. Start met kleine hoeveelheden bijvoeding groente en fruit (naast de borst- of flesvoeding) en breidt daarna uit met andere producten zoals ei, vis en pinda. Ter preventie van coeliakie wordt geadviseerd om vanaf de leeftijd van vier maanden kleine hoeveelheden gluten te introduceren (bijvoorbeeld gekruimelde stukjes beschuit in de bijvoeding), bij voorkeur naast de borst- of flesvoeding.”

Diagnostiek

Vlieg vervolgt: “De nieuwe richtlijn wil de diagnostiek van koemelkallergie bij kinderen met een laag risico op ernstige reacties in de JGZ laten plaatsvinden (zie afbeelding 1). De diagnostiek van koemelkallergie vindt plaats door een voedselprovocatie. Voorafgaand aan deze provocatie moet (de moeder of de baby, afhankelijk of sprake is van borstvoeding of kunstvoeding) gedurende vier weken een koemelk-vrij dieet volgen. In deze vier weken moeten de symptomen duidelijk afnemen. Vlieg: “De voedselprovocatie is bij voorkeur een dubbelblinde placebo gecontroleerde voedselprovocatie (DBPGVP).”

Een Open Voedselprovocatie (OVP) kan gebruikt worden om het vermoeden op koemelkallergie eventueel te verwerpen. Hierbij krijgt het kind op één dag koemelk in oplopende doses toegediend. Een negatieve test geeft aan dat er geen sprake is van koemelkallergie, bij een positieve test is de diagnose nog niet gesteld en moet worden doorverwezen voor een DBPGVP.

Vlieg: “Het preventieve effect van hypoallergene voeding op koemelkallergie is zwak.”

Bij een DBPGVP krijgt het kind op twee verschillende dagen testvoeding in oplopende doses toegediend, met daartussen minimaal een week. In een van testvoedingen zit onherkenbaar koemelkeiwit verwerkt. Beide provocatiedagen worden na minimaal 48 uur geblindeerd beoordeeld. Daarna wordt de code verbroken en de testuitslag beoordeeld. Het grootste voordeel van de DBPGVP ten opzichte van de OVP is dat mogelijke subjectieve bevooroordeelde waarneming door patiënten en betrokken hulpverleners wordt gereduceerd. De DBPGVP moet volledig op locatie plaatsvinden en de OVP of op locatie of gedeeltelijk thuis. Bij zogenoemde hoog risico provocaties bestaat het risico op een ernstige reactie bij het kind. Deze provocaties mogen alleen onder supervisie van een kinderarts in de tweede en derde lijn plaatsvinden. Er wordt gesproken van een hoog risico provocaties bij kinderen ouder dan één jaar (voor de initiële diagnose),

bij kinderen die een anafylactische reactie op koemelk hebben gehad, (ernstig) astmatisch zijn, kinderen die gereageerd hebben op kleine hoeveelheden melk, met ernstige reacties op borstvoeding of toenemende klachten.

Gehydrolyseerde kunstvoeding

Wanneer de diagnose koemelkallergie eenmaal is gesteld kan bij de behandeling van koemelkallergie intensief gehydrolyseerde kunstvoeding op basis van zowel wei-eiwit als caseïne worden geadviseerd. Bij voorkeur wordt dezelfde voeding gegeven die is gebruikt bij het stellen van de diagnose. Zuigelingenvoeding op basis van soja wordt ontraden. “Deze voedings bevatten plantaardige oestrogenen, waarvan het effect op jonge kinderen onbekend. Na zes maanden kan het wel beperkt worden gebruikt, bijvoorbeeld in de vorm van een toetje.” Bij zorgverzekeraars is het ondergaan van een provocatie nog steeds geen voorwaarde voor de vergoeding van intensief gehydrolyseerde zuigelingenvoeding. Vlieg: “Dat valt onder de verantwoordelijkheid van de zorgverzekeraars. We hopen dat door de sterk verbeterde diagnostiek het onnodig gebruik van intensief gehydrolyseerde zuigelingenvoeding steeds minder voorkomt.”

Om te kijken of melk weer kan worden toegevoegd aan het dieet kan tussen de negen en twaalf maanden bij kinderen met milde klachten van koemelkallergie elk half jaar een open voedselprovocatie op het consultatiebureau of een herintroductie thuis worden uitgevoerd. Herintroductie bij hoog risico kinderen moet altijd door de kinderarts gebeuren.

Nieuwe adviezen JGZ –richtlijn Voedselovergevoeligheid

Preventie Koemelkallergie

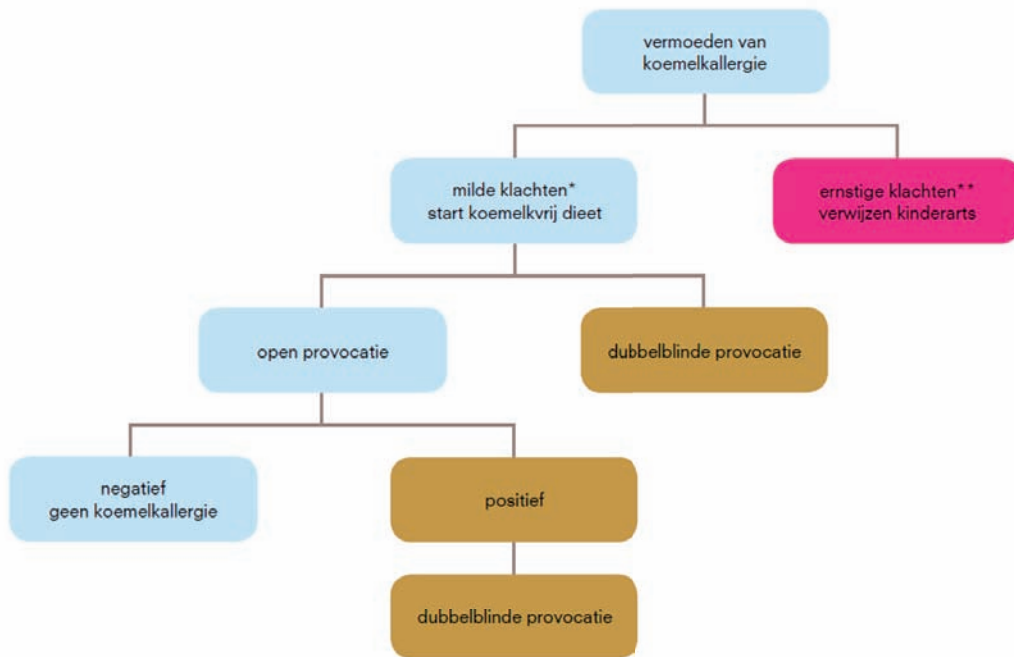
- Partieel gehydrolyseerde zuigelingenvoeding wordt niet aanbevolen
- Intensief gehydrolyseerde zuigelingenvoeding wordt afgeraden

Diagnostiek koemelkallergie

- Dubbelblinde placebogecontroleerde provocatie

Preventie voedselallergie en coeliakie

- Bijvoeding (ook gluten) starten vanaf vier maanden



Diagnostiek
voedselovergevoeligheid

* Milde klachten: huiduitslag, spugen, buikpijn

** Ernstige klachten: anafylactische reacties, angio-oedeem, inspiratoire stidor, dyspneu, ernstige gastro-intestinale klachten, ernstig therapie resistent constitutioneel eczeem, groei-vertraging.

Knelpunten DBPGVP in de JGZ

Aan de uitvoer van de DBPGVP in de JGZ zijn nog wel een aantal voorwaarden verbonden.

Vlieg: "Allereerst moet de financiering door de zorgverzekeraar voor de uitvoer van de voedselprovocaties in de JGZ worden goedgekeurd. Deze aanvraag loopt via het Nederlands Centrum Jeugdgezondheidszorg en we hopen in 2015 op meer duidelijkheid." Fabrikanten van zuigelinvoedingen hebben voor deze testen gevalideerde kant-en-klaar testpakketen ontwikkeld van een aantal gangbare gehydrolyseerde kunstvoeding. Een testpakket bevat geblindeerde zakjes met poeder, een placebo en een koemelkvoeding, alleen aan te lengen met water. Via een gesloten envelop of via internet kan achteraf worden achterhaald welke voeding koemelk bevatte. De instellingen voor JGZ moeten daarnaast rekeninghouden met de veiligheidseisen bij de uitvoer van provocatietesten, zoals wie het kind bij een eventuele late reactie (buiten kantooruren) beoordeelt en antihistaminica en adrenaline(auto)injectoren moeten aanwezig zijn. Daarnaast is een goede training van de medewerkers van de JGZ in de uitvoer van deze test vereist en een goede instructie van de ouders over observatie en noteren van symptomen. Vlieg: "Regionaal zal een locatie worden gekozen waar deze

test zullen worden uitgevoerd, waardoor kinderen met een milde voedselallergie via

"Bij problemen met de bijvoeding of voor adviezen aan een moeder die borstvoeding geeft wordt doorverwezen naar de diëtist."

het consultatiebureau kunnen worden begeleid. Dat is een kostenbesparing en ouders blijken dat ook heel prettig te vinden. Dit is duidelijk naar voren gekomen uit de proefimplementatie in de regio's Eindhoven, Zwolle en Arnhem."

Rol van de diëtist

Vlieg: "De diëtist is bij de zorg van deze jonge kinderen met een milde voedselallergie eigenlijk niet betrokken. Pas bij problemen met de bijvoeding of voor adviezen aan moeder die borstvoeding geeft is een doorverwijzing geïndiceerd, bij voorkeur naar een diëtist gespecialiseerd in voedselallergieën." In de richtlijn wordt het als volgt verwoord: Moeders die borstvoeding geven moeten worden doorverwezen indien het diagnostische

koemelkvrijdieet van de moeder langer dan vier weken duurt, wanneer de voeding van de moeder mogelijk niet volwaardig is of wanneer de moeder ongewenst gewicht verliest of wanneer de borstvoeding terugloopt. Zuigelingen moeten worden doorverwezen indien de voedseladviesing problemen geeft. Bij oudere kinderen is de diëtist betrokken bij het afnemen van een voedingsanamnese en advisering rondom de samenstelling en volwaardigheid van een diagnostisch of therapeutisch koemelkvrij dieet."

Caroelien Schuurman

Referenties

1. Nederlands Centrum Jeugdgezondheidszorg, Richtlijn Voedselovergevoeligheid, 2013. www.ncj.nl
2. Sprikkelman AB, Vlieg-Boerstra B, Kneepkens C et al, Diagnostiek van koemelkallergie bij kinderen in Nederland, Nederlandse Vereniging van Kinderartsen, 2012. www.nvk.nl
3. Kneepkens CMF, van Drongelen KI, Aarsen CJE, Landelijke Standaard voedselallergie bij zuigelingen, Den Haag: Voedingscentrum, 2005.