

---

# Samenvatting

---

## Vraagstelling

Voedselallergie staat volop in de belangstelling. De indruk bestaat dat dit een toenemend volksgezondheidsprobleem is. Verschillende verklaringen daarvoor doen de ronde, waar dan weer ideeën uit voortkomen voor preventie. Verder wordt gezocht naar mogelijkheden om de diagnostiek te verbeteren en het gezondheidsverlies zoveel mogelijk te beperken.

Juist omdat er over verschillende aspecten nog discussie is, kan veel gewonnen worden met een gedegen inzicht in de meest recente wetenschappelijke kennis. Daarom vroeg de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport aan de Gezondheidsraad om de stand van kennis over de omvang en oorzaken van het probleem, en om advies over de meest effectieve vormen van preventie, diagnostiek en behandeling van IgE-gemedieerde voedselallergie. Dat is de meest gebruikelijke vorm, waarbij het lichaam IgE-antistoffen aanmaakt als het in contact komt met een voedselallergeen (de stof die de reactie opwekt). Die antistoffen zorgen voor de allergische reactie.

## Impact op de volksgezondheid

Het lijkt erop dat twee tot drie procent van de zuigelingen, één tot drie procent van de (oudere) kinderen en één tot twee procent van de volwassenen een IgE-gemedieerde voedselallergie heeft. Bij zuigelingen verdwijnen de symptomen

---

van voedselallergie meestal binnen enkele jaren, terwijl voedselallergieën die later ontstaan doorgaans blijvend zijn.

In Nederland ligt het aantal ziekenhuisopnames door voedselallergie in de orde van grootte van enkele tien- of honderdtallen per jaar. Uitgaande van verkoopcijfers van noodmedicatie hebben vier- tot zesduizend mensen een potentieel levensbedreigende voedselallergie, onder wie duizend tot vijftienhonderd kinderen, ofwel zo'n 65 tot 75 per 100 000 kinderen en zo'n 25 tot 30 per 100 000 volwassenen. Ernstige reacties kunnen door veel voedingsmiddelen worden veroorzaakt, maar pinda's en noten leveren veruit het grootste aandeel. Gemiddeld sterven jaarlijks één of enkele mensen aan voedselallergie. Bij fatale reacties is vrijwel altijd ook sprake van astma.

Van de voedselallergieën bij volwassenen wordt waarschijnlijk een groot deel indirect veroorzaakt, namelijk door een eerder ontstane allergie voor ingeademde berkenpollen. Berkenpollenallergie komt relatief veel voor en de allergenen in berkenpollen lijken sterk op allergenen in bepaalde voedingsmiddelen. Bij dit type voedselallergie is meestal sprake van milde klachten in en om de mond.

Veel mensen menen allergisch te zijn voor voedingsmiddelen of voedselbestanddelen. Schattingen lopen uiteen van vijf tot twintig procent. Dat betekent dat een tot drie miljoen Nederlanders al dan niet terecht menen allergisch te zijn voor bepaalde voedingsmiddelen. Een deel van deze mensen heeft inderdaad een voedselallergie. Een ander deel heeft een voedselintolerantie (waarbij geen antistoffen worden gevormd) en gebruikt dus de verkeerde term. Afgaande op het onderzoek dat daarnaar is gedaan, zou het resterende en grootste deel bij een toepassing van de juiste diagnostiek echter niet overgevoelig of allergisch voor voedsel blijken te zijn. Veel mensen denken dus te lijden aan een voedselallergie, terwijl dat niet zo is.

#### Trends in het aantal mensen met voedselallergie

Hoewel er suggesties zijn dat de prevalentie van primaire voedselallergie is toegenomen, is de wetenschappelijke bewijskracht daarvan gering. Voor secundaire voedselallergie (in het bijzonder voedselallergie veroorzaakt door een allergie voor het inademen van berkenpollen) lijkt het aannemelijk dat de prevalentie is gestegen, maar dit is niet onderzocht.

## Risicofactoren in mens en omgeving

Een erfelijke aanleg voor allergische ziekten is een duidelijke risicofactor voor het ontstaan van een voedselallergie. Mensen met inhalatieallergieën voor berkenpollen en natuurrubber hebben een grote kans dat ook een voedselallergie ontstaat. Leeftijd is ook een factor. Bij zuigelingen kan voedselallergie mogelijk gemakkelijker ontstaan, omdat de darmwand kort na de geboorte nog relatief doorlaatbaar is voor grote eiwitten en hun immuunsysteem nog niet rijp is. Blootstelling aan sigarettenrook tijdens de zwangerschap en kort na de geboorte is mogelijk een risicofactor voor voedselallergie op kinderleeftijd.

Verder wordt gezocht naar verklaringen die te maken hebben met veranderingen in leefstijl en leefmilieu. De zogenoemde hygiënehypothese betreft het mogelijke verband tussen een verminderde blootstelling aan bacteriën, virussen en parasieten en een toename van allergische ziekten. Het belang van deze hypothese voor voedselallergie is echter niet onderzocht; het onderzoek heeft zich gericht op andere allergische ziekten. Een andere factor zou kunnen zijn het verschijnen van nieuwe (exotische) voedingsmiddelen op de Nederlandse markt. Dat kan weliswaar leiden tot nieuwe allergieën (er komen immers nieuwe allergenen bij), maar dit zal waarschijnlijk weinig invloed hebben op de totale hoeveelheid allergieën. In dat opzicht lijkt de toenemende industriële bewerking van voedsel evenmin een belangrijke factor.

De commissie geeft geen inschatting van de kosten van voedselallergie, noch van de kosteneffectiviteit van preventiemaatregelen, diagnostiek en behandeling, omdat de daarvoor benodigde gegevens op alle fronten tekort schieten.

## Mogelijkheden voor preventie

Er zijn aanwijzingen dat baby's met één of meer gezinsleden met een allergische ziekte minder vaak een voedselallergie krijgen als zij vier tot zes maanden alleen maar borstvoeding krijgen, of kunstvoeding met gehydrolyseerd in plaats van intact koemelkeiwit (gehydrolyseerd eiwit betekent dat het eiwit in stukken is 'geknipt'). De wetenschappelijke bewijskracht voor deze preventieve maatregelen is echter gering. De preventiemaatregelen die nu worden gehanteerd op de Nederlandse consultatiebureaus\* zijn veilig, maar de aanwijzingen voor de effec-

---

\* Voor baby's die één of meer gezinsleden met een allergische ziekte hebben luidt het advies: ten minste vier en bij voorkeur zes maanden volledige borstvoeding, of anders kunstvoeding met partieel gehydrolyseerd eiwit, en geleidelijke introductie van bijvoeding vanaf de zesde levensmaand.

---

tiviteit ten aanzien van de preventie van voedselallergie hebben slechts geringe bewijskracht.

Er is geen wetenschappelijke basis voor andere preventieve maatregelen.

### Mogelijkheden voor diagnostiek

Het anamnestic gesprek is een cruciaal onderdeel van de diagnostiek voor voedselallergie. Hiermee worden verdachte voedingsmiddelen geïdentificeerd en wordt informatie verkregen over de ernst van de klachten.

Vervolgens kan via de huidpriktest of via de bepaling van allergeenspecifiek IgE in het bloed onderzocht worden of er sprake is van sensibilisatie voor de verdachte voedingsmiddelen. Sensibilisatie leidt waarschijnlijk in ongeveer de helft van de gevallen tot klachten. Pas als consumptie van een voedselallergeen tot klachten leidt, is er sprake van voedselallergie.

De enige test waarmee de diagnose voedselallergie definitief kan worden gesteld, is de dubbelblinde test. Als gevolg van organisatorische en financiële knelpunten wordt deze test gedaan bij slechts een deel van de mensen die daarvoor in aanmerking komen.

Er zijn diverse tests in gebruik waarvan het nut niet wetenschappelijk is aangetoond, zoals bepalingen van IgG, kinesiologie, electrodermale tests en cytotoxische tests. Deze tests kunnen leiden tot verkeerde diagnose en verkeerde behandeling.

### Mogelijkheden van behandeling

De belangrijkste behandeling bij voedselallergie bestaat uit het niet eten of drinken van het allergeen waar iemand allergisch voor is. Het is echter moeilijk om dieetfouten (onbedoelde consumptie van allergenen) volledig uit te sluiten. Ook kan de voeding door de beperkingen in de productkeuze onvolwaardig worden.

Ook mensen die denken te leiden aan een voedselallergie hoewel die diagnose met betrouwbare diagnostische tests zou worden verworpen, lopen door het vermijden van de consumptie van voedselallergenen risico dat de voeding onvolwaardig wordt. Dat laatste onderstreept het belang van goede diagnostiek.

Het risico van dieetfouten en het risico dat de voeding onvolwaardig wordt, zijn beide het grootst als het allergeen in veel voedingsmiddelen voorkomt of als sprake is van allergieën voor meerdere voedselallergenen. Een diëtist kan de patiënt helpen om de voeding volwaardig te houden en de drie hulpmiddelen bij de voedselkeuze optimaal te gebruiken:

- 1 de informatie op het etiket over allergene ingrediënten (nu verplicht in de EU voor 12 stoffen),
- 2 de informatie uit de ALBA databank over allergene ingrediënten (29 allergenen),
- 3 opmerkingen op het etiket dat een product dat in principe allergeenvrij is in de productielijn ‘verontreinigd’ kan zijn geraakt met een allergeen (de ‘*may contain*’-labeling).

Maar ook dan blijven dieetfouten altijd mogelijk, en kan het gebruik van medicatie nodig zijn om de symptomen te bestrijden. Voor mensen die levensbedreigende reacties kunnen krijgen, is het van groot belang altijd een epinefrine\* autoinjector bij zich hebben; goede voorlichting, instructie en begeleiding is daarbij cruciaal. Bij ernstiger reacties die niet levensbedreigend zijn, kunnen naast antihistaminica ook corticosteroiden en bèta-mimetica worden gegeven. Bij milde reacties kunnen antihistaminica gebruikt worden.

Verschillende en soms veelbelovende vormen van immunotherapie worden momenteel ontwikkeld en onderzocht. In de toekomst wordt het wellicht mogelijk om de ernst van allergische reacties op voedselbestanddelen te verminderen.

## Aanbevelingen

- 1 *Preventiemaatregelen consultatiebureaus voortzetten*  
Borstvoeding is om veel redenen goed voor baby's. Het beschikbare onderzoek naar het mogelijke preventieve effect van borstvoeding op voedselallergie heeft echter slechts geringe bewijskracht. Datzelfde geldt voor kunstvoeding met gehydrolyseerd eiwit. Er is geen aanleiding om af te stappen van de maatregelen ter preventie van voedselallergie die de consultatiebureaus\*\* op dit moment hanteren. De commissie bepleit voortzetting van deze maatregelen tot er betere vormen van preventie beschikbaar zijn.
- 2 *Eenvoudige test voor diagnostiek koemelkallergie bij zuigelingen ontwikkelen*  
Bij zuigelingen komt koemelkallergie relatief veel voor. De commissie acht het wenselijk en haalbaar om voor de diagnostiek van deze specifieke vorm

---

\* Epinefrine is de medische term voor adrenaline.

\*\* Voor baby's die één of meer gezinsleden met een allergische ziekte hebben luidt het advies: ten minste vier en bij voorkeur zes maanden volledige borstvoeding, of anders kunstvoeding met partieel gehydrolyseerd eiwit, en geleidelijke introductie van bijvoeding vanaf de zesde levensmaand.

---

van voedselallergie een dubbelblinde test te ontwikkelen die – in geval van milde klachten – ook op de consultatiebureaus kan worden toegepast. Zo'n test zal leiden tot minder instroom van baby's in de tweedelijnsgezondheidszorg en tot minder baby's die ten onrechte als ziek worden aangemerkt en een aangepaste voeding krijgen.

3 *Multidisciplinaire richtlijnen ontwikkelen voor de diagnostiek en voor het voorschrijven van de epinefrine-auto-injector*

De commissie adviseert voor de diagnostiek van voedselallergie een multidisciplinaire richtlijn te ontwikkelen. De dubbelblinde test is de enige test waarmee voedselallergie definitief kan worden vastgesteld. Deze test moet vaker toegepast worden. Om dat te bereiken is belangrijk dat wordt nagegaan welke organisatorische en financiële randvoorwaarden verbeterd kunnen worden. In hoofdstuk 7 specificceert de commissie vijf situaties waarin zij het wenselijk acht om deze test te overwegen.

De commissie acht ontwikkeling van een multidisciplinaire richtlijn eveneens gewenst met betrekking tot het voorschrijven van de epinefrine-auto-injector.

4 *Betere voorlichting aan hulpverleners eerstelijnsgezondheidszorg*

De commissie adviseert om hulpverleners in de eerstelijnsgezondheidszorg (huisartsen, consultatiebureauartsen en diëtisten) beter voor te lichten over symptomen en diagnostiek van voedselallergie.

5 *Gebruik controversiële diagnostische tests terugdringen*

De commissie doet de aanbeveling om de toepassing terug te dringen van tests waarvan het nut voor de diagnostiek niet wetenschappelijk is vastgesteld.

6 *Informatievoorziening aan patiënten verbeteren*

De informatievoorziening aan patiënten kan beter. De commissie adviseert om periodiek na te gaan voor welke allergenen opname in de ALBA databank wenselijk is. Verder zouden patiënten met een voedselallergie veel baat hebben bij de ontwikkeling van een geautomatiseerd systeem om bij het winkelen te gebruiken, niet alleen omdat winkelen nu erg lastig en tijdrovend kan

zijn, maar ook om het risico van dieetfouten te verminderen.

#### 7 *Terugdringen ‘may contain’-labeling*

De ‘*may contain*’-labeling veroorzaakt sterke beperkingen in de voedselkeuze. Dit type labeling wordt soms toegepast op producten met minimale risico’s. Dit vergroot het risico dat de voeding van een patiënt met voedselallergie onvolwaardig wordt en devalueert de waarde van de waarschuwing waar die wel op zijn plaats is. Daarom stelt de commissie voor om de ‘*may contain*’-labeling zoveel mogelijk terug te dringen. Een eerste vereiste is dat wordt vastgesteld hoeveel klachten door voedselallergie (eventueel opgesplitst naar ernstige en milde klachten) acceptabel zijn. De commissie adviseert dat de overheid deze keuze maakt, in samenspraak met patiëntenorganisaties, bedrijven, wetenschappers, artsen en diëtisten. Op basis van dit aanvaarde restrisico kunnen – als alle daarvoor benodigde informatie beschikbaar is – maximaal toelaatbare concentraties allergenen in levensmiddelen worden afgeleid en vastgesteld. Als een bedrijf in staat is te garanderen dat deze maximaal toelaatbare concentratie voor een bepaald product niet wordt overschreden, kan de ‘*may contain*’-labeling op dat product achterwege blijven.

#### 8 *Aanbevelingen voor onderzoek*

De commissie beveelt aan om onderzoek te doen naar:

- Onderzoek naar effectievere preventiemethoden en naar maatregelen die tolerantie voor voedsel in het eerste levensjaar induceren of bevorderen.
- Onderzoek dat kan leiden tot de ontwikkeling van betere tests voor de diagnostiek van voedselallergie.
- Uit de aanbeveling over het terugdringen van de ‘*may contain*’-labeling vloeit voort dat er mogelijk aanvullende onderzoeksgegevens nodig zijn over blootstellingsniveaus waarbij allergische reacties optreden en het consumptiegedrag van mensen met voedselallergie. Óf en in welke mate aanvullende gegevens nodig zijn, hangt af van het gewenste beschermingsniveau (aanvaard restrisico).

Momenteel loopt een kwalitatief goed Europese onderzoek naar het vóórkomen van voedselallergie, waarin ook Nederlandse gegevens worden verzameld. De uitkomsten komen binnen enkele jaren beschikbaar. De commissie meent dat ander onderzoek naar het vóórkomen van voedselallergie op dit moment niet nodig is.