

5. Se determină dismicrobism intestinal la toți pacienții cărora li s-a efectuat coprocultura, în ambele loturi, după gravitate predominând gradele I și II.

6. Eozinofilia sângelui periferic a fost practic absentă la pacienții cu urticarie cronică în ambele grupuri incluse în studiu.

### Bibliografie

1. Andrieș L., Berezovscaia E., Carauș M., Gorelco T., Țarălungă L., Casapciuc M., Cazacu G., Golovatiuc L., Lungu V. *Maladiile alergologice: aspecte epidemiologice, patogenetice, clinice, de diagnostic, tratament și profilaxie. Recomandări metodice.* Chișinău, 2010, 36 p.
2. Asero R., Cugno M., Tedeschi A. *Eosinophils in chronic urticaria: supporting or leading actors?* In: World Allergy Organ J., 2009, vol. 2, no. 9, p. 213 - 217.
3. Harrington L. E., Hatton R. D., Mangan P. R. *Interleukin 17-producing CD4+ effector T cells develop via a lineage distinct from the T helper type 1 and 2 lineages.* In: Nat. Immunol., 2005, vol. 6, p. 1123-1132.
4. Onu V. *Urticarie. Ghid practic.* Chișinău: Centrul Editorial-Poligrafic „Medicina”, 2006, 212 p.
5. Peltec A., Dumbravă V. T. *Infecția Helicobacter Pylori.* Chișinău: Causa Mundim, 2005, 156 p.
6. Zuberbier T., Asero R., Bindslev-Jensen C. et al. *EAACI/GA2LEN/EDF/WAO guideline: definition, classification and diagnosis of urticaria.* In: Allergy, 2009, vol. 64, p. 1417–1426.
7. Астафьева Н.Т., Борзова Е. Ю., Горячкина Л. А., et al. *Крапивница и ангиоотек: рекомендации для практических врачей.* В: Российский Аллергологический Журнал, 2009, № 1, с. 51-59.
8. Голубчикова П. Н., Данилычева И. В., Реброва О. Ю. *Ретроспективный анализ анамнестических и клинко-лабораторных данных больных хронической идиопатической крапивницей.* В: Российский Аллергологический Журнал; 2011, № 4, с. 23-33.
9. Себекина Оксана. *Особенности течения крапивницы у больных с хеликобактер ассоциированными заболеваниями верхних отделов пищеварительного тракта.* Диссертация. Москва, 2011, 103 с.
10. Успенский Ю. П., Суворов А. Н., Барышникова Н. В. *Инфекция Helicobacter Pylori в практике.* Санкт-Петербург: ИнформМед, 2011, 152 с.
11. Хаитов Р.М., Ильина Н.И. *Аллергология и иммунология.* Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2009, с. 460-610.

**Vera Onu**, dr. med., conf. univ.,  
 Departamentul Medicină Internă,  
 Disciplina Gastroenterologie,  
 USMF Nicolae Testemițanu  
 Tel.: 069867790, 060554544

## SINDROMUL ALERGIEI ORALE – FORMĂ DE MANIFESTARE DIGESTIVĂ A ALERGIEI ALIMENTARE

**Victor BOTNARU<sup>1</sup>,**  
**Victoria BROCOVSCHII<sup>1</sup>, Cristina TOMA<sup>1</sup>,**  
**Svetlana CEMÎRTAN<sup>1</sup>, Alexandru CORLĂTEANU<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Departamentul Medicină Internă,  
 Disciplina Pneumologie/Alergologie

### Summary

#### **Oral allergy syndrome – a manifestation of alimentary allergy**

*Oral allergy syndrome (OAS) is a type of cross-reactivity, usually limited to the oropharynx, which triggers by food contact in persons known with allergy to pollen. Approximately 10-20% of the population of developed countries is allergic to pollen; it is estimated that about 50–70% of patients with sensitization to birch pollen develops and SAO. It is a contact urticaria that occurs after contact with food allergens (usually fresh vegetables) with the oral mucosa. Although very rare, anaphylactic reaction should be considered.*

**Keywords:** allergic rhinitis, cross-reactivity, nasal challenge, oral allergy syndrome, pollinosis

### Резюме

#### **Синдром оральной аллергии – форма проявления пищевой аллергии**

*Синдром оральной аллергии (СОА) обозначает совокупность клинических проявлений IgE-опосредованных аллергических реакций на слизистой оболочке рта и глотки у пациентов с пыльцевой сенсибилизацией при употреблении в пищу различных фруктов, овощей, орехов и специй. В основе СОА лежит перекрестная реактивность между пыльцевыми и пищевыми растительными аллергенами, возникающая из-за схожести пространственной конфигурации и аминокислотной последовательности молекул. Пыльцевая аллергия встречается у 10–20% населения развитых стран; по данным литературы, у 50–70% пациентов, сенсибилизированных к пыльце березы, развивается СОА. Синдром проявляется отеком, покраснением, зудом и жжением в области языка, десен, неба, губ после контакта слизистой рта с пищевым аллергеном (обычно это свежие фрукты и овощи). Анафилактические реакции, хотя и очень редки, потенциально очень опасны.*

**Ключевые слова:** аллергический ринит, перекрестная реактивность, синдром оральной аллергии, поллиноз

### Introducere

Sindromul de alergie orală (SAO) este un tip de reacție încrucișată (cross-reactivitate), limitată de

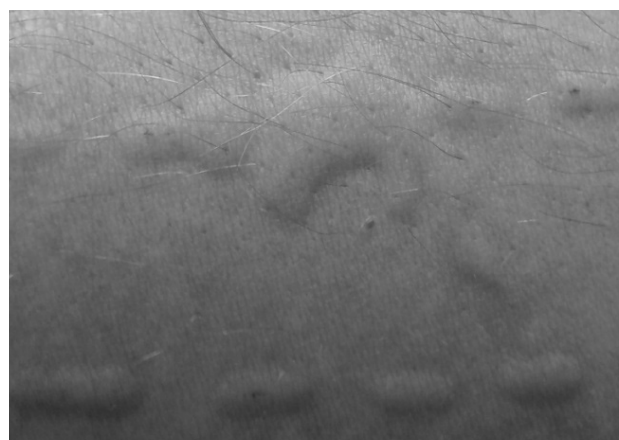
obicei la nivelul orofaringelui, care se declanșează la persoanele ce au alergii la polen la contactul cu alimentele. Aproximativ 10-20% din populația țărilor dezvoltate este alergică la polen; se estimează că circa 50-70% din pacienții cu sensibilizare la polen de mesteacăn dezvoltă și SAO. Este în esență o urticarie de contact, ce apare în urma contactului alergenului alimentar (de obicei, vegetale proaspete) cu mucoasa orală. Reacțiile anafilactice, deși foarte rare, trebuie luate în considerație.

### Material și metode

Particularitățile sindromului de alergie orală sunt prezentate pornind de la expunerea unui caz clinic. Bărbat de 53 de ani din mediul rural, șofer. Internat în clinica *Alergologie* a SCR pentru: prurit și edem al limbii, buzelor și gingiilor, congestie nazală, rinoree și prurit nazal – simptome care apar la 1-2 min. de la consumul fructelor proaspete: caise, piersici, cireșe și mere. Pacientul menționează că simptomele sunt minime dacă fructele sunt decojite. Debutul bolii a avut loc cu 6 ani în urmă cu un prurit ușor al gingiilor și limbii la consumul caiselor. Evoluția cu dinamică progresivă, cu apariția edemului buzelor și limbii și la alte fructe; antihistaminicele au efect pozitiv. Cu 2 săptămâni înainte de internare au apărut și manifestările nazale, care au determinat adresarea bărbatului la alergolog.

Biologic este prezentă o eozinofilie serică de 12%; Ig E totale – 460 IU/ml (4,5 norme). La consult ORL – fără patologie organică. Testarea cutanată cu alergene alimentare și epidermale – cu rezultate negative. Testele cu alergene polenice au fost pozitive (unele de 4+ cu pseudopode) la coada-vulpiei, raigras și mesteacăn (*vezi figura*). A fost inițiat tratamentul antihistaminic și steroizi intranasali cu rezultate pozitive la o supraveghere de 3 luni.

#### Testele cutanate



### Discuții

Sindromul de alergie orală a fost descris pentru prima dată în 1942 la pacienții sensibilizați de polenul de mesteacăn, care prezentau simptome orale atunci când consumau mere și alune. Se întâlnește mai des la adulți decât la copii și este cea mai frecventă alergie alimentară ce debutează la persoanele cu vârsta peste 10 ani.

Aproximativ 10-20% din populația țărilor dezvoltate este alergică la polen, deși subdiagnosticat, se estimează că circa 50-70% din pacienții cu sensibilizare la polen dezvoltă și SAO [1, 2].

Sindromul de alergie orală este o reacție de tip încrucișată, aceasta se explică molecular prin existența anticorpilor IgE, îndreptați împotriva "panalergenilor" care induc o reactivitate încrucișată. Panalergenii sunt proteine larg răspândite în lumea vegetală; deoarece dețin funcții biologice importante, secvențele și structurile lor sunt înalt conservate.

Cei mai cunoscuți alergeni implicați sunt: profilinile, proteinele de transfer al lipidelor (LTP), hevaminele. De exemplu, alergenul major din măr *Mal d 1* este similar cu alergenul major din polenul de mesteacăn *Bet v 1* [3]. Sensibilizarea la alergenele alimentare poate avea loc pe calea tractului gastro-intestinal (TGI) sau ca o consecință a sensibilizării la alergenele inhalate.

SAO este în esență o urticarie de contact, ce apare în urma contactului alergenului alimentar (de obicei, vegetale proaspete, nepreparate termic) cu mucoasa orală. Apare cel mai frecvent la persoanele sensibilizate de polenul de mesteacăn, arin, dar poate apărea și la cele sensibilizate de polenul de pelin, ambrozie. Fenomenul apare prin reacția încrucișată dintre alergenele alimentare și alergenele polenului (*vezi tabelul*) [1, 3].

*Reacții încrucișate între polenul plantelor și alimente* [1, 2, 10, 13]

Ambrozia – banane, pepene verde, pepene galben, dovlecel, castravete, păpădie, ceai de muștel, semințe de floarea-soarelui, miere ( <i>Pectate lyase</i> )
--

Mesteacăn – mere, pere, piersici, caise, cireșe, prune, nectarine, kiwi, morcovi, țelină, cartofi, piper, mărar, pătrunjel, coriandru, păstârnac, fenicul, alune, migdale, nuci (*Profilins, Bet v 1*)

Polen de iarbă – piersici, țelină, dovleac, roșii, portocale, pepene verde (*Profilins*)

Pelin – țelină, mere, kiwi, pepene verde, alune, mărar, morcovi, pătrunjel, coriandru, floarea-soarelui, piper (*Lipid transfer proteins, profilins, 34 and 60 kDa allergens, Art v 1*).

Arin – țelină, pere, mere, migdale, cireșe, alune, piersici, pătrunjel (*Profilins*)

Latex – banane, avocado, kiwi, castan, papaya (*Patatin (e.g. Sol t 1), profilins, class I chitinases, Hev b 6, Pers a 1*)

Mediată IgE, este una dintre manifestările digestive ale alergiei alimentare cu debut acut al simptomelor. Inițial are loc sensibilizarea, la reexpunere proteinele din alimentul incriminat se leagă de IgE de pe mastocite și bazofile și generează eliberarea preferențial a histaminei, care este responsabilă de simptome [3-7]. Persoanele care au alergie la polen pot dezvolta, la câteva minute de la ingestia alimentelor, prurit cu sau fără angioedem al buzelor, limbii, palatului și al orofaringelui după ingestia de fructe și legume care conțin proteine similare cu cele din polen. În mai puțin de 3% cazuri simptomele progresează spre reacții sistemice – edem laringian și hipotensiune [3-5, 7-9].

Anticorpii pot reacționa cu secvența liniară (aminoacid) a proteinei sau cu un epitop conformațional. Dacă răspunsul este față de epitopul conformațional, atunci persoanele cu SAO pot consuma alimentele când sunt preparate, dar nu și când sunt crude. Dacă răspunsul este față de secvența liniară (comun pentru alergiile la polenul arborilor sau nucilor), atunci prepararea alimentelor nu are efect asupra capacității lor alergice [8]. Sindromul alergiei orale este frecvent asociat cu rinita alergică indusă de polen și pot exista asociații preferențiale între alergenii implicați [10-12].

Diagnosticul se bazează pe un istoric sugestiv de atopie, în asociere cu testele cutanate pozitive la fructe sau legume proaspete, la pacienții cu rinită alergică. Testele cu extracte alergice comerciale sunt deseori negative, deoarece alergenul implicat este distrus în procesul de producere.

### Concluzii

SAO nu are un tratament specific sau o practică-standard, totuși se consideră că trebuie tratat mai curând ca o alergie la polen, decât ca o alergie alimentară. Medicația pentru rinita alergică a scăzut sau chiar a eliminat simptomele alergiei orale la unii pacienți, imunoterapia poate avea rezultate pozitive. Consumul de fructe preparate termic sau decojite este de preferat, evitând alimentele din "lista neagră".

Pentru reacțiile anafilactice se intervine de urgență [2, 5, 8, 12, 14, 15, 16].

### Bibliografie

1. Wesley Burks., John M. James., and Philippe Eigenmann. *Food Allergy*, 2011, p. 309.
2. Ma S. Sicherer and Nowak-Wegrzyn S. H. *A survey on the management of pollen-food allergy syndrome in allergy practices*. In: *J. Allergy Clin. Immunol.*, 2003, nr. 112(4), p. 784-788.
3. Franklin A.N. Jr., et al. *Middleton's Allergy: Principles and Practice*. 7th Edition, 2009, p. 1896.
4. Botnaru V. *Medicină internă*. Breviar. Modulul Alergologie. 2011, p. 166.
5. Stephen T. Holgate, David H. Broide, and Martin K. Church. *Allergy*, 4th ed., 2012, p. 402.
6. Amlot P.L., Kemeny D.M., and Zachary C. *Oral allergy syndrome: symptoms of an IgE mediated hypersensitivity to food*. In: *Clin. Allergy*, 1987, nr. 17, p. 33-42.
7. Ortolani C., Ispano M., and Pastorello E. *The oral allergy syndrome*. In: *Ann. Allergy*, 1988, nr. 61, p. 47-52.
8. Atsuo Urisu, Motohiro Ebisawa, and Tokuko Mukoyama. *Japanese Guideline for Food Allergy*. In: *Allergology International*, 2011, nr. 60, p. 221-236.
9. Egger M., et al., *Pollen-food syndromes associated with weed pollinosis: an update from the molecular point of view*. *Allergy*, 2006. 61(4): p. 461-476.
10. Marcucci F., Frati F., and Sensi L. *Evaluation of food-pollen cross-reactivity by nose-mouth cross-challenge in pollinosis with oral allergy syndrome*. In: *Allergy*, 2005, 60(4), p. 501-505.
11. Valenta R. and Kraft D. *Type I allergic reactions to plant-derived food: a consequence of primary sensitization to pollen allergens*. In: *J. Allergy Clin. Immunol.*, 1996, 97, p. 893-895.
12. Yasuto Kondo, and Atsuo Urisu. *Oral Allergy Syndrome*. In: *Allergology International*, 2009, nr. 58, p. 485-491.
13. <http://oralallergysyndromenetwork.com/oral-allergy-syndrome-food-list/>.
14. <http://www.uptodate.com/contents/management-and-prognosis-of-oral-allergy-syndrome-pollen-food-allergy-syndrome>.
15. <http://www.worldallergy.org/GLORIA Module 6: Food Allergy>.
16. Boyce J. A., Assa'ad A., and Burks A. W. *Guidelines for the diagnosis and management of food allergy in the United States: report of the NIAID-sponsored expert panel*. In: *J. Allergy Clin. Immunol.*, 2010, 126(Suppl. 6), p. 1-58.

**Victor Botnaru**, dr. hab. med., prof. univ.,  
 Departamentul *Medicină Internă*,  
 Clinica *Pneumologie/Alergologie*,  
 USMF *Nicolae Testemițanu*  
 Chișinău, bd. Ștefan cel Mare 165  
 Tel.: 022 572390; 022 205507  
 e-mail: victor.botnaru@usmf.md