

# Zespół Amlot-Lessofo — zespół alergii jamy ustnej

Katarzyna Mrówka-Kata,  
Rafał Fira,  
Grzegorz Namysłowski,  
Wojciech Scierski

Katedra i Kliniczny Oddział Laryngologii  
Śląskiego Uniwersytetu Medycznego  
w Zabrze

## STRESZCZENIE

Zespół Amlot-Lessofo (*oral allergy syndrome*) to zespół zmian alergicznych w obrębie jamy ustnej, takich jak: świąd błony śluzowej, jej obrzęk, zaczerwienienie, którym mogą towarzyszyć objawy ogólne pod postacią bólów brzucha, biegunek, wymiotów, a nawet wstrząsu anafilaktycznego. Objawy te najczęściej spotyka się u pacjentów uczulonych na pyłki roślin, a zależność ta wiąże się z występowaniem reakcji krzyżowych między antygenami pyłków i owoców czy warzyw. Leczenie polega przede wszystkim na unikaniu szkodliwych pokarmów, leczeniu objawowym (leki antyhistaminowe) oraz swoistej immunoterapii.

słowa kluczowe: zespół Amlot-Lessofo, zespół alergii jamy ustnej

**W** 1987 roku Amlot, a następnie Lessof opisał zespół objawów klinicznych zlokalizowanych w jamie ustnej związanych z nadwrażliwością pokarmową i alergią IgE-zależną. Zespół ten może występować w formie izolowanej (z jamy ustnej) lub kojarzyć się z objawami układowymi [1]. Ich szczegółową charakterystykę przedstawiono w tabeli 1.

Powyższy zespół objawów nie jest powszechnie znany i bywa niewłaściwie rozpoznawany (co na przykład skutkuje podaniem antybiotyku ze względu na zaczerwienione gardło), a powinien być przedmiotem wnikliwej analizy nie tylko pediatrów, ale także przedstawicieli innych specjalności (laryngologów, dermatologów, stomatologów i in.) [2].

Na zespół ten, nazywany także zespołem miejscowej anafilaksji jamy ustnej (OAS, *oral*

*allergy syndrome*), składają się następujące zaburzenia: świąd i obrzęk błony śluzowej warg (zwłaszcza dolnej), jamy ustnej (zwłaszcza dna i języka), gardła (środkowego i dolnego) oraz krtani (zwłaszcza nalewek, nagłośni i fałdów nalewkowo-nagłośniowych). Laryngolodzy zaobserwowali także świąd i uczucie zatkania uszu u około 11% chorych [3]. Objawy uogólnione występują znacznie rzadziej (tab. 1).

Klasyczny zespół objawów klinicznych OAS występuje u osób z pyłkowicą po spożyciu niektórych świeżych, niemodyfikowanych alergenów owoców i warzyw. Rodzaj uczulającego pokarmu zależy od regionu geograficznego i zwyczajów żywieniowych. Powstałe objawy są wynikiem reakcji krzyżowej wywołanej przez obecne w tych pokarmach alergeny, identyczne z tymi, jakie spotyka się w pyłkach roślin [4].

**Adres do korespondencji:**  
prof. dr hab. med. Grzegorz Namysłowski  
Katedra i Kliniczny Oddział Laryngologii  
Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Zabrze  
ul. M. Skłodowskiej-Curie 10, 41-800 Zabrze  
tel.: (032) 271 74 20; fax: (032) 271 74 20  
e-mail: laryngo.zabrze@poczta.fm.pl

Copyright © 2007 Via Medica  
ISSN 1897-3590

”  
W Polsce najczęstszymi  
alergenami  
odpowiedzialnymi za  
występowanie objawów  
klinicznych zespołu OAS  
są właśnie antygeny  
pyłku brzozy

”  
Współcześnie leczenie  
zaburzeń klinicznych  
w zespole OAS polega na:  
profilaktyce, stosowaniu  
leków działających  
objawowo oraz  
immunoterapii swoistej

Tabela 1

Syndrom Lessofa według Amlota, Dutau [1]

Początek po spożyciu pokarmu	Objawy początkowe	Odsetek reagujących (%)
< 15 min	Podrażnienie błon śluzowych jamy ustnej	100
	Uczucie duszności	83
	Pieczenie i obrzęk warg	63,7
	Zmiany krwotoczne i/lub plamiste na błonach śluzowych	30,6
15–60 min	Pokrzywka	22,2
	Zajęcia spojówek, obrzęk oczodołów	25
	Astma	27,8
	Wstrząs	8,3
30–60 min	Bóle brzucha	16,7
	Nudności, wymioty	27,8
	Biegunka	8,3
	Zapalenie błony śluzowej nosa	8,3

Wśród alergenów pyłków najczęściej opisywany zespół objawów wywołuje główny alergen brzozy Bet v 1, będący silnie uczulającym białkiem powodującym tak zwany zespół brzoza–owoce–warzywa. Alergen Bet v 1 należy do rodziny białek PR-10 (*pathogenesis-related protein-10*), której inni przedstawiciele znajdują się w różnych pokarmach, takich jak: owoce drzew z grupy różowatych — jabłka (Mal d 1), czereśnie (Pru a 1), gruszki (Pyr c 1); warzywa z rodziny baldaszkowatych — seler (Api g 1), marchew (Dau c 1); orzechy laskowe (Cor a 1); soja (Gly m 4); orzeszki ziemne (Ara h 8) [4]. Te proteiny posiadają wysoki stopień homologii sekwencji aminokwasowej z głównym alergenem brzozy i dlatego Bet v 1 swoiste IgE rozpoznaje te proteiny pokarmowe, co powoduje natychmiastową reakcję nadwrażliwości po spożyciu posiłku. U większości pacjentów są to objawy składające się na zespół OAS. Inne związki będące przyczyną reakcji krzyżowych to profiliny, białka obecne we wszystkich komórkach eukariotycznych. Uczulają one 20–43% chorych z alergią na pyłki i pokarmy. Stwierdzane są one w jabłku, brzozie, marchwi, selerze, gruszkach, kiwi, wiśniach, maku i brzoskwiniach. Związki te nazywane są panalergenami [2,4].

Występowanie zespołu OAS wiąże się z cięższym przebiegiem choroby alergicznej. Częściej stwierdza się go u osób z astmą oraz wyższymi stężeniami zarówno swoistych IgE przeciw alergenom pyłków brzozy, jak i całkowitych IgE. Prawdopodobieństwo wystąpienia zespołu alergii jamy ustnej u osoby uczulonej na pyłek brzozy zwiększa się, jeśli: chory jest płci żeńskiej, jest osobą dorosłą, uczuleni na pyłek brzozy towarzyszy uczulenie na pyłek leszczyny, choroba ma przebieg wieloletni, rodzinny wywiad atopowy jest dodatni, chory nie jest odczulany szczepionką zawierającą pyłek brzozy [3].

W Polsce najczęstszymi alergenami odpowiedzialnymi za występowanie objawów klinicznych zespołu OAS są właśnie antygeny pyłku brzozy. Wiąże się to z zachodzącą reakcją krzyżową między homologicznymi antygenami głównymi brzozy (Bet v 1) i jabłka (Mal d 1). Po kilku latach trwania pyłkowicy chory zauważa, że — najczęściej — po spożyciu jabłka pojawiają się świąd i obrzęki warg oraz błon śluzowych jamy ustnej [2, 3, 5].

Współcześnie leczenie zaburzeń klinicznych w zespole OAS polega na: profilaktyce, czyli unikaniu spożywania pokarmów mogących wywołać objawy chorobowe, stosowaniu leków działających objawowo oraz immunoterapii swoistej [6].

Ograniczenie ekspozycji na zidentyfikowane, uczulające pokarmy powinno być zawsze zalecane, aby uniknąć groźnych ogólnoustrojowych reakcji. Stosowanie leków działających objawowo polega na podawaniu powszechnie znanych preparatów antyhistaminowych [2, 7, 8]. Zaleca się je głównie pacjentom z umiarkowanymi, miejscowymi objawami, głównie w celu skrócenia czasu trwania dolegliwości. Zarówno pierwsza, jak i druga metoda postępowania jest często, zwłaszcza przy wielu reakcjach krzyżowych, dość uciążliwa dla chorego i zmniejsza komfort jego życia. Tym bardziej, że ten sposób postępowania należy zazwyczaj stosować przez wiele lat. Immunoterapię swoistą występujących reakcji krzyżowych obecnie przeprowadza się dostępnymi na rynku mieszaninami alergenów pyłkowych. Istnieją liczne doniesienia o korzystnym wpływie tej metody leczenia na zmniejszenie nasilenia nie tylko objawów klinicznych pyłkowicy, ale także objawów OAS [2, 9]. Jest to obecnie jedyna przyczynowa metoda le-

czenia zarówno pyłkowicy, jak i związanej z nią alergii pokarmowej. Stosujący ją autorzy donoszą o korzystnych efektach nawet u 84% pacjentów. Część z nich uważa jednak, że immunoterapia ma ograniczony efekt w leczeniu OAS. Odnotowują oni poprawę w dziedzinie alergii jamy ustnej u 43–45% stosujących immunoterapię. Podkreślają też fakt, że po około 30 miesiącach od zakończenia terapii nawrót dolegliwości występuje u około 50% chorych. Steroidoterapia zarezerwowana jest dla najcięższych przypadków z objawami zagrażającego wstrząsu anafilaktycznego lub z pełnoobjawowym wstrząsem anafilaktycznym jako element powszechnie przyjętych zasad leczenia przeciwwstrząsowego [9].

Ze względu na fakt coraz częstszego występowania chorych z zespołem OAS wiedzę na temat jego symptomatologii, diagnostyki i leczenia powinno się rozpowszechniać nie tylko wśród lekarzy alergologów, ale również laryngologów, dermatologów, stomatologów oraz pediatrów.

## PIŚMIENNICTWO

1. Kaczmarski M. Alergia pokarmowa u dzieci. W: Plusa T. (red.). Postępy w Alergologii II. Medpress, Warszawa 1997; 120–127.
2. Doroszevska G., Winiarski P., Bartuzi Z. Oral Allergy syndrome — problem laryngologiczny? Otol. Pol. 2006; 60 (6): 917–921.
3. Roczeń-Fortuna H., Buczyłko K. Uczulenie na pyłek brzozy i ustny zespół uczuleniowy. Mag. Alergol. 2004; 3: 4–8.
4. Crespo J.F., Rodriguez J., James J.M., Daroca P., Reano M., Vives R. Reactivity to potential cross — reactive foods in fruit — allergic patients: implications for prescribing food avoidance. Allergy 2002; 57: 946–949.
5. Rudzki E. Alergia pokarmowa. Część III — Orzechy. Post. Dermatol. Alergol. 2006; 23: 79–82.
6. Bohle B., Zwolfer B., Heratizadeh A. i wsp. Co-oking birch pollen-related food: divergent consequences for IgE and T cell — mediated reactivity in vitro and in vivo. J. Allergy Clin. Immunol. 2006; 118 (1): 242–248.
7. Mari A., Ballmer-Weber B., Vieths S. The oral allergy syndrome, improved diagnostic and treatment methods. Curr. Opin. Allergy Clin. Immunol. 2005; 5: 267–273.
8. Rudzki E. Obserwacja 44 przypadków zespołu alergii jamy ustnej. Przegl. Dermatol. 2005; 3 (92): 203–209.
9. Asero R. Effects of birch pollen SIT on apple allergy: a matter of dosage? Allergy 2004; 59: 1269–1271.