

講演 II 「食物アレルギーについて

— 知っておくべき知識と対応 —

講師 地方独立行政法人大阪府立病院機構 大阪はびきの医療センター
小児科主任部長 亀田 誠先生



食物アレルギーは、食物が（主として摂取によって）アレルギー反応の原因となり様々な症状を引き起こす病気である。したがってその食物を摂取しない限り、症状はない。「食物アレルギー診察ガイドライン2012」で、経口摂取によってアレルギー症状が起きる場合のみでなく皮膚接触・吸入などによりアレルギー症状が起きることも食物アレルギーであると変更された。

食物アレルギーは、免疫学的機序を介する。一部のヒトに生じる免疫学的機序を介さない反応に、薬理的物質（仮性アレルゲン）：主に接触性に皮膚や粘膜症状をきたし口腔アレルギー症候群と類似、消化酵素の欠損：乳糖不耐性などがある。

食物アレルギーの臨床型分類では、アナフィラキシーショックの可能性のリスクを正しく評価することが重要である。

食物アレルギーにおけるアレルゲンの吸収と症状出現は小腸経由の場合、アレルゲンは胃酸・消化酵素に対して安定なタンパク質で、症状の出現時間は30分～2時間程のことが多く、アナフィラキシーの可能性大である。口腔粘膜経由の場合、アレルゲンは（花粉との交差抗原性がある）果物・野菜などの熱・消化に不安定なタンパク質で、症状の出現時間は5分以内、症状は局所にとどまることが多い。

食物アレルギー即時型症状の特徴は、極少量での誘発の可能性、急速な進行の可能性、症状の再燃の可能性（再びエピペン対応）である。原因食物は代表的なもの以外にレンコンなどもあり、かなりの食物が原因になる可能性があるといえる。年齢別の原因食物は乳幼児と成人では大きく違っている。いずれも医療機関を受診した患者の結果であり受診していないケースもあり得る。受診者全体の約90%に皮膚症状、次いで呼吸器症状、粘膜症状、消化器症状、これらが重なるアナフィラキシーが進行した約10%にショック症状が出現している。

食物誘因によるアナフィラキシーショック死

亡者は毎年おり、今年は大阪で1名が亡くなっている。

食物依存性運動誘発アナフィラキシーは、特定食物摂取と運動などの要因が組み合わさることでアナフィラキシー症状が発現する疾患であり、食べるだけでは症状が出ない。原因食物として小麦が約60%、甲殻類が約30%を占める。全年齢で1番多いのが中学生で、学校で初発することも多い疾患であると認識する必要がある。

口腔アレルギー症候群は、口腔粘膜に局限した接触性食物アレルギーで、多くは先行して花粉症を有しており生野菜・果物が原因となることが多い。花粉と交差反応性が報告されている果物・野菜に、シラカンバハンノキ花粉とバラ科のリンゴなどがある。

食物アレルギーの診断は、問診・食物日誌→アレルギー的検索→原因食物の推定→食物除去テスト→食物経口負荷テスト→確定となる。丁寧聞き取ることは重要で、決まった方法で問診するようにする。

食物別経口負荷テストでの誘発症状をみると、卵白で消化器症状が多く、牛乳・小麦では皮膚症状が多い。症状を誘発するタンパク質の量は、患者によって大きく異なる。鶏卵はウズラ卵に交差反応があり、加熱温度を高くし加熱時間を長くするほど抗原性が低下する。牛乳の主要アレルゲンであるカゼインは、加熱してもアレルゲンは変化しない。小麦は主要アレルゲンがグルテン、変性による低アレルゲン化が期待できないためタンパク質含有量だけから摂取量を換算できる。醤油・味噌は醸造の過程でアミノ酸まで分解されるためアレルゲン性はほとんど消失している。ナッツ類は、強い交差抗原性を有するクルミとペカンなどは同時に除去が必要となる。ピーナッツはローストすると複数のアレルゲンが重合してアレルゲン性が増強する。

厚生労働省HP「アレルギー物質を含む加工食品の表示ハンドブック」、文部科学省HP「学校給食における食物アレルギー対応指針」は十分確認しておく必要がある。

一歩踏み込んで食品のアレルギーの側面もしっかり知っておいていただきたい。

（文責 地活 今泉久仁子）