

ALLERGIE BY KINDERS

As ons infeksietoestande as die mees algemene siektes beskou wat kinders betref, moet ons allergiese aandoenings seker tweede op die lys plaas. Die sukses wat egter behaal is om die eersgenoemde groep siektes te voorkom en te behandel, het die probleme wat allergie meebring op die voorgrond van die geneesheer se aandag geplaas. Die behandeling van infeksies het op 'n ander manier ook die probleem van allergie beïnvloed deurdat die gebruik van antibiotiese middels een van die belangrike oorsake van allergiese reaksies geword het.

Dit is dan geen wonder nie dat 'n toenemende aantal kinderartse hul toespits op allergiese siektes. In sommige wêrelddele het hierdie vertakking van die pediatrie al so ver ontwikkel dat die spesialis in allergie nie meer 'n seldsame individu is nie.

Die term 'allergie' is in gebruik gestel deur Von Pirquet¹ in 1906. Schloss² het in 1912 die skraaptoetse vir kosse gerapporteer en Cooke in 1915 die binnehuidse toetse soos aangedui deur Brown.³ Die eerste pediatriese kliniek vir allergie was oënskynlik die wat in 1918 by die Algemene Hospitaal, Massachusetts, geopen is onder O'Keef se toesig. Baie het gebeur sedert daardie tyd en vandag vind ons sulke klinieke by die meeste groot hospitale in ons eie land.

As gevolg van die hedendaagse belangstelling in hierdie probleem, en die spesiale studie daarvan, het die noodsaaklikheid om allergiese verskynsels op 'n vroeë stadium te diagnoseer steeds duideliker geword. Die nodige stappe kan dan gedoen word om die allergene te bepaal en te vermy, of om die kind daarteen te desensitiseer en sodoende die ontwikkeling van sulke lastige en soms ernstige siektes soos chroniese asma te voorkom.

Profilaktiese maatreëls in die poging om die ontwikkeling van allergiese verskynsels te voorkom, is onlangs deur verskeie outoriteite op die gebied van allergie beklemtoon bv. deur Glaser,⁴ hoewel Shannon⁵ alreeds in 1922 aanbeveel het dat waar daar 'n familiegeskiedenis van allergiese verskynsels is, hierdie voorsorgsmaatreëls begin moet word voor die kind se geboorte. Die verwagte moeder se dieet behoort 'n groot aantal *verskillende* kosse te bevat, maar betreklik min *individuele* kosse. Sulke allergene soos eier en koeimelk word veral beklemtoon. Glaser⁴ gee instruksies dat die moeder geen eier moet eet nie en nie meer as een pint melk per dag moet drink nie en dan moet die melk boonop 10 minute gekook word. Baie geneesheer sal voel dat sulke maatreëls te streng is, maar dit moet onthou word dat stappe wat gevoeligheid vir so 'n belangrike babakos soos melk kan voorkom, nie ligtelik geïgnoreer kan word nie.

Na die baba se geboorte word borsvoeding beklemtoon omdat ekseem baie meer dikwels voorkom by babas wat kunsmatige voeding ontvang as by borsgevoede babas—volgens die bevindings van Grulee en Sanford⁶ en ander.

As moedersmelk nie beskikbaar is nie, behoort die dokter 'n dieet voor te skryf wat so nie-allergenies is as moontlik. Hier weer verdien die drie algemene kosse, melk, eier en koring, ons eerste aandag en die doel is om sensitisering teenoor hierdie kossoorte te voorkom. Glaser⁴ se raad is dat sojaboontjiemelk, bv. Mulsoy, koeimelk moet vervang gedurende die eerste paar maande van die baba se lewe. Hy beklemtoon die punt dat hierdie regime heel van die begin af toegepas moet word. Hy meen dat as die baba wat potensieel allergies is selfs *een* proefvoeding van koeimelk ontvang, dit genoeg kan wees om hom 'n immunologiese onrypheid te laat toon gedurende die eerste paar maande van sy lewe wat hom sal predisoneer om gevoeligheid te ontwikkel teenoor die eerste kosse wat aan hom gegee word. Die meeste dokters sal bereid wees om hierdie raad te volg as hul vermoed dat die baba allergies is vir koeimelk weens sulke verskynsels soos braking, koliek en ekseem, maar slegs entoesiastiese yweraars sal sulke betreklike drastiese stappe doen wanneer hulle handel met 'n suigeling wat slegs 'n potensieële kandidaat vir die allergiese siektes is. Sojaboontjiemelk is nie alleen heelwat duurder as koeimelk nie, maar is geneig om diarree en/of seer boudjies te veroorsaak (15% van Glaser se gevalle). Nietemin is die resultate wat Glaser rapporteer indrukwekkend. Hy het gevind dat slegs 15% van gevalle in sy eksperimentele groep allergiese siektes ontwikkel het teenoor 60% in sy kontrolegroep.

Na die eerste jaar van die baba se lewe word kosse minder belangrik as allergene terwyl stofsoorte 'n toenemende rol speel. Antistof-voorsorgsmaatreëls is 'n waardevolle stap wat alleen goeie gevolge kan hê; dit sou 'n mens altans verwag. As sulke maatreëls streng toegepas word, maak dit egter die lewe danig gekompliseerd vir die kind en die ander famielieledede. Die ouers en kind self mag ook 'n soort angskompleks ontwikkel as die idee posvat dat talle stowwe wat nie maklik is om te vermy nie, nadelig mag wees. As dit nou wel duidelik blyk dat kontak met allergeniese stowwe 'n belangrike rol speel by die geval, dan is dit noodsaaklik om die presipiterende oorsake van die verskynsels te vermy of te bestry met alle erns. Somtyds sal dit weer raadsaam wees om anti-infektiewe, sielkundige of ander behandeling te beklemtoon. Die meer eenvoudige maatreëls teen stowwe kan as roetine toegepas word, bv. die gebruik van rubber-i.p.v. vere- of kapokkussings, geskikte komberse, en stof-suiers. Spesiale aandag moet gegee word aan die kind se kamer waar hy die grootste gedeelte van sy lewe deurbring.

Immunisasie teen siektes, die behandeling waaryan die toediening van serum vereis, is altyd belangrik. Dit is veral waar in die geval van die allergiese kind. Hier dink ons byvoorbeeld aan tetanus en difterie.

Die gebruik van antibiotiese middels verdien ook aandag. Behandeling wat die kind kan gevoelig maak vir een of ander antibiotikum wat later dringend nodig mag wees,

moet vermy word indien moontlik, bv. plaaslike aanwending van penisillien in die vorm van salf.

'n Netelige reeks vrae ontstaan wanneer ons dink aan spesifieke veltoetse om die sensitiwiteit teenoor kosse, stowwe, bakterieë, swamme ens. te bepaal. Is dit die moeite werd en is die resultate betroubaar? Op watter ouderdom moet die toetse plaasvind? Hoeveel toetse moet gedoen word? Hoe dikwels moet die toetse herhaal word? Wat is die beste metode—skraaptegniek, punksie, en/of binne-huidse inspuiting? Daar is baie meningsverskil oor hierdie vrae. Sommige dokters, veral van die ouer skool, beskou die toetse as 'n verspilling van tyd en energie—dikwels omdat hul nie bekend is met die feite nie. Sulke entoesiasiese spesialiste in allergie soos Ratner *et al.*⁷ meen dat toetse heel vroeg in die kind se lewe moet plaasvind en veelomvattend moet wees. Hul doen sowat 350 of meer toetse.

Die aangewese weg is seker 'n middelpad tussen die twee uiterste sienswyses. Dit kan met sekerheid gesê word dat veltoetse wel van waarde is veral teenoor die stowwe wat ingeasem word en dat die meeste dokters te min aandag gee aan hierdie aspek van die stryd teen allergie. Dit is egter ook 'n feit dat toetse soms verwarrend is, en heelwat diskresie is nodig by die interpretasie daarvan. Valse positiewe en negatiewe reaksies kom taamlik dikwels voor en dit is nodig om die reaksies te korreleer met die geskiedenis. As skadelike allergene deur die toetse en geskiedenis vasgestel is, en dit is nie moontlik, of prakties om hulle te vermy nie, verdien die welbekende spesifieke behandeling deur desensitisering meer aandag as in die verlede die geval was. Goeie resultate word dikwels verkry hoewel lang en herhaaldelike reekse inspuitings gewoonlik nodig is.

Diegene wat skepties staan teenoor veltoetse en spesifieke

behandeling wat hoofsaaklik op die toetse gebaseer is, moet eers die saak in die besonder bestudeer voor hulle 'n oordeel uitspreek. Selfs die deskundiges het seker nog baie te leer wat sensitiwiteitstoetse betref. Dit is bv. onlangs vasgestel dat toetse vir huisstof negatiewe resultate mag gee tensy die spesifieke stof van die geografiese omgewing gebruik word bv. kushuisstof as die pasiënt aan die kus woonagtig is (Ordman).⁸ Dit mag selfs nodig wees om die spesifieke stof van die pasiënt se nouer omgewing, d.w.s. sy huis of kamer, te gebruik om 'n betroubare resultaat te verkry (Brenneman).⁹

Hoe verwarrend die beeld ook al op die oomblik mag voorkom, werp hedendaagse navorsing steeds meer lig op die vraagstuk en daar het 'n toenemende en prysenswaardige neiging ontstaan om die kind wat potensieel allergies is te beskerm teen moontlike sensitisering, en om die kind wat alreeds simptome het, aktief te behandel i.p.v. te hoop dat hy sy siekte sal ontgroei. Diegene wat hul toespits daarop om hierdie moeilike en lastige taak te onderneem, het 'n buitengewone mate van geduld en uithoudingsvermoë nodig en verdien alle aanmoediging en ondersteuning. As die probleem so gretig aangepak word soos die geval was, en nog is met infeksies, sal die toekoms vir die allergiese individu ongetwyfeld meer rooskleurig wees en die internis sal minder rede hê om te sê dat die kinderarts of huisdokter 'n voorkombare probleem aan hom oorhandig het.

1. Von Pirquet, C. (1906): *Münch. med. Wschr.*, 53, 1457.
2. Schloss, O. M. (1912): *Amer. J. Dis. Child.*, 3, 341.
3. Brown, A. (1922): *J. Immunol.*, 7, 97.
4. Glaser, J. (1956): *Allergy in Childhood*, p. 496. Oxford: Blackwell.
5. Shannon, W. R. (1922): *Amer. J. Dis. Child.*, 23, 392.
6. Grufee, C. G. en Sanford, H. N. (1936): *J. Pediat.*, 9, 223.
7. Ratner, B., Crawford, L. V. en Flynn, J. G. (1956): *Amer. J. Dis. Child.*, 91, 593.
8. Ordman, D. (1958): *S. Afr. T. Geneesk.*, 22, 853.
9. Brenneman, J. (1957): *Practice of Pediatrics*. Deel 2, p. 22. Las Vegas: Prior.