

疾患名：食物アレルギー

1. 日本における有病率、成人期以降の患者数（推計）

わが国において大規模な成人の有病率調査はないが、学童期以降の耐性獲得が少ない点、新規の発症症例が少ない点から学童期の有病率と同様に1～2%と考えられる。欧州では、食物不耐症まで含めた調査では国によって4.6～19.1%と違いが認められる。

2. 小児期の主な臨床症状・治療と生活上の障害

食物アレルギーが関与したアトピー性皮膚炎、アナフィラキシーを含む即時型過敏反応による症状、食物依存性運動誘発アナフィラキシーなどが見られる。治療としては、原則として当該食品の除去であるが、経口免疫療法も試みられている。アナフィラキシー型では、通常の食生活や学校給食の限定、誤食に対する不安と緊張、学校生活の制限（宿泊を伴う課外活動など）、代替食の経済的負担、いじめ、不登校なども見られる。

3. 成人期の主な臨床症状・治療と生活上の障害

アナフィラキシーを含む即時型過敏反応による症状、口腔アレルギー症候群（口内違和感、嘔声等）などが見られる。治療としては、原則として当該食品の除去である。アナフィラキシー型では、通常の食生活の限定、誤食に対する不安と緊張、代替食の経済的負担、社会生活の限定、誤食時の救急受診などが見られる。

4. 経過と予後

乳幼児期有病率は5～10%、学童期有病率が1～2%と加齢とともに耐性を獲得し自然寛解するが、学童移行では寛解は減少し成人まで継続する。一方、花粉症に関連した口腔アレルギー症候群などの新規発症も認める。

5. 成人期の診療にかかわる（べき）診療科

皮膚科、耳鼻咽喉科、内科

6. 成人期に達した患者の診療の理想

e. その他：アレルギー科に移行

コメント

内科、小児科、耳鼻科、皮膚科が一緒になったアレルギー科による診療が理想と思わ

れる。

7. 成人期に達した患者の診療の現実

- d. 小児科卒業後は、特にどこにもかからない。

コメント

食物アレルギーの原因食物が1~2（例えば、ソバ、甲殻類）に限定していれば、その食品を除去するのみでよいので受診しなくなることが多い。成人期に発症した口腔アレルギー症候群に関しては耳鼻科、アナフィラキシー型で蕁麻疹が主体の症例では皮膚科に受診している。呼吸器症状も出現する症例では、内科（呼吸器内科）にも受診している。

8. 理想(6)と現実(7)の乖離の理由

- d. その他

コメント

アレルギー科を標榜している施設が極僅かであり、受診先が明確でなく困惑している患者さんも存在する。

9. 成人期に達しても移行が進まない場合の問題

アナフィラキシーショックを生じる重症例が、誤食時に症状悪化してから救急対応する症例があり、時には生命の危険もありうる。緊急時への対応（エピペン処方など）を指導する診療科が必要である。

10. 解決のためにすべき努力

- a. 成人診療科の医療者を対象に疾患についての教育・啓発
- d. 当該疾患に関する小児科と成人診療科の混成チームの結成

コメント

内科、小児科、皮膚科、耳鼻科などからなるアレルギー科を標榜する施設が増えることが望まれる。

11. 移行に関するガイドブック等

- a. すでに発表（出版）された
食物アレルギー診療ガイドライン 2012