

University of Groningen

Kinderallergologie wordt volwassen

Dubois, A.E.J.

IMPORTANT NOTE: You are advised to consult the publisher's version (publisher's PDF) if you wish to cite from it. Please check the document version below.

Document Version

Publisher's PDF, also known as Version of record

Publication date:

2006

[Link to publication in University of Groningen/UMCG research database](#)

Citation for published version (APA):

Dubois, A. E. J. (2006). *Kinderallergologie wordt volwassen*. s.n.

Copyright

Other than for strictly personal use, it is not permitted to download or to forward/distribute the text or part of it without the consent of the author(s) and/or copyright holder(s), unless the work is under an open content license (like Creative Commons).

Take-down policy

If you believe that this document breaches copyright please contact us providing details, and we will remove access to the work immediately and investigate your claim.

Downloaded from the University of Groningen/UMCG research database (Pure): <http://www.rug.nl/research/portal>. For technical reasons the number of authors shown on this cover page is limited to 10 maximum.

Kinderallergologie wordt volwassen

Mijnheer de rector magnificus,
Zeer geachte aanwezigen,

Voor U staat de eerste Nederlandse hoogleraar kinderallergologie. Deze bijzondere aangelegenheid vergt enige uitleg. Immers, naast de gebruikelijke vragen over welke plannen ik, onze kinderkliniek en deze universiteit hebben om de kinderallergologie gestalte te geven, komt ook de vraag: **waarom nu de kinderallergologie?** Waarom zetten wij nu in op de zorg van kinderen met allergische aandoeningen? Ziektes die gekenmerkt worden door een overmatig reageren van het immuun systeem tegen onschadelijke stoffen huisstofmijt, hond, kat, pollen en ook voedingsmiddelen. Hier ziet U onze definitie van allergie, en het komt erop neer dat er schadelijke en nodeloze afweer ondernomen wordt tegen stoffen in onze omgeving.

Nu is een van de opmerkelijke ontwikkelingen van de 2^{de} helft van de 20^{ste} eeuw de enorme toename in deze allergische ziektes. Deze toename wordt gezien in de hele westerse wereld en is het eerst gesignaleerd bij astma, hooikoorts en eczeem. Deze ziektes leveren alleen in Nederland al een economische schade van ongeveer 2 miljard euro per jaar op. **Allergie is een echte volksziekte geworden**, waardoor het nodig is om hier meer aandacht aan te besteden in de gezondheidszorg .

Een belangrijke vorm van allergie bij kinderen is voedselallergie, en interessant is dat de toename van voedselallergie wat later is vastgesteld dan astma, hooikoorts en eczeem. Ook in Nederland komt dit ziektebeeld pas de laatste decennia meer voor. Dit wil ik illustreren met een verhaal van collega Han Mandema, die memoreerde dat er tijdens een bijeenkomst van de Noordelijke Kinderartsen omstreeks 1985, een casus werd gepresenteerd van een kind dat allergisch was voor koemelk. Het bijzondere van de voordracht was de boodschap, die luidde, "Zie je wel, het komt voor." Koemelk allergie, een ziektebeeld waarvan het bestaan aan getwijfeld werd tot 1985 is een diagnose die wij thans 20 tot 30 keer per jaar stellen in onze kliniek. Hiernaast zien wij veel allergie voor kippenei, en ook pinda en noten. Deze laatste zijn m.n. bekend omdat reacties hierop zeer ernstig kunnen verlopen. Ook wij hebben in onze kliniek de laatste jaren twee ernstige gevallen van pinda allergie meegemaakt, waarvan een met dodelijke afloop.

Ook internationale data ondersteunen deze waarneming. Op deze dia ziet U een onderzoek uit het verenigd koninkrijk, waarop over een periode van 10 jaar er een 6-voudige toename is geweest van patiënten met klachten van voedselallergie. U ziet ook een overeenkomstige toename van anafylaxie, de meest ernstige, potentieel levensbedreigende vorm van allergie. Nu is uit veel onderzoek ook duidelijk dat voedselallergie de grootste bijdrage levert aan de ernstige anafylactische gevallen. Dus niet alleen voedselallergie neemt toe, maar ook de ernstige vormen ervan nemen toe. De laatste peilingen zijn dat ongeveer 2% van de volwassen bevolking en 6% van

kinderen een voedselallergie heeft. **Voedselallergie is een steeds groter probleem aan het worden.** Deze zorgelijke ontwikkeling is dan ook de belangrijkste reden dat wij 6 jaar geleden zijn begonnen met het opzetten van een speciale unit waarmee wij een kwaliteitsslag konden maken in de zorg voor kinderen met voedselallergie, onze Voedsel Provocatie Unit of VPU, waarover later meer.

Een belangrijke vraag is: **waarom komen allergische ziektes steeds meer voor** en wat kunnen wij doen om deze toename een halt toe te roepen of misschien zelfs terug te draaien?

Enkele decennia geleden was de eerste gedachte hierover dat wij misschien meer blootgesteld waren aan allergenen in de omgeving en voeding dan vroeger, en dat deze **toegenomen blootstelling** de oorzaak was van de toename van allergie. Vanuit deze gedachte zijn veel studies gedaan om te kijken of allergische ziektes voorkomen konden worden door de blootstelling aan allergenen zoals huisstofmijt, hond, kat, en ook koemelk, kippenei, pindas en noten te verminderen of uit te stellen. Technieken met bewezen effect in de behandeling van bestaande allergische ziektes zoals huisstofmijtsanatie, het vermijden van contact met huisdieren en het elimineren van allergene voedingsmiddelen uit het dieet werden nu ingezet bij hele jonge kinderen om het ontstaan van allergische aandoeningen tegen te gaan. Grotendeels zonder succes.

Inmiddels weten wij dat het ongebooren kind al reeds in de baarmoeder in contact komt met allergene stoffen uit moeder's omgeving, zoals niet alleen koemelk en kippenei, maar ook hond, kat en berkenpollen. Opvallend is dat het vermijden van allergene voedingsmiddelen tijdens de zwangerschap en borstvoeding en het uitstellen van de introductie van deze voedingsmiddelen in het dieet van het kind weinig effect hebben op het optreden van allergische reacties op deze voedingsmiddelen. Uit eigen onderzoek blijkt dat ook het eerste bekende contact met een voedingsmiddel een allergische reactie als gevolg kan hebben.

Als toegenomen contact met allergenen niet verantwoordelijk is voor de toename van allergische ziektes – wat dan wel? De laatste jaren is aan de hand van een groot aantal studies het idee ontstaan dat onze schone westerse lifestyle met verminderd contact met bacteriën en andere micro-organismen hierin een belangrijke rol spelen. Deze gedachte wordt ook wel de **hygiëne hypothese** genoemd. Door het ontbreken van microbiële contacten zou het zich ontwikkelend immuun systeem onvoldoende geconditioneerd worden. Dit zou als gevolg hebben dat er onvoldoende demping door regulerende elementen optreedt en schadelijke en onnodige afweer ontstaat tegen onschuldige stoffen uit de omgeving. Allergie dus.

Er zijn tal van onderzoeken die laten zien dat betere hygiëne en meer allergie samen gaan. Zo zien wij dat allergie meer voorkomt in de westerse wereld dan in ontwikkelingslanden, meer in de steden dan op het platteland, en meer in West Europa dan in het vervuilde Oost Europa. Een van de mooiste studies die pleit voor de hygiëne hypothese is dit onderzoek bij traditionele boeren bedrijven in Beieren, Oostenrijk en Zwitserland. Kinderen worden in deze gezinnen veel blootgesteld aan vee, mest en rauwe melk. Hier ziet U dat de kans op het krijgen van astma en hooikoorts vele malen

lager is voor kinderen die vroeg in het leven blootgesteld werden aan vee en rauwe melk dan kinderen die dat niet werden. Toch heeft deze studie niet geleid tot een preventieve strategie alhoewel er in sommige wetenschappelijke kringen eens schertsend is gesuggereerd dat er maar vaker een koe of varken als huisdier genomen moet worden en dat deze bij voorkeur in de babykamer gehuisvest zou moeten zijn.

Toch is er wel onderzoek naar behandelingen die hun grondslag vinden in de hygiëne hypothese, zoals het vaccineren met bacteriële producten als BCG, maar ook behandelingen die de samenstelling van onze eigen darmbacteriën gunstig zouden beïnvloeden, de zogenaamde pre- en probiotica. Denk dan maar aan het geven van een soort Yakult tegen de ontwikkeling van allergie. "Drink eens een bacterie". Uit eigen onderzoek met een bepaalde probiotische bacterie konden wij geen gunstig effect vinden bij zuigelingen met bestaand eczeem. Deze materie lijkt veel ingewikkelder dan wij eerst dachten mede omdat wij mensen allemaal genetisch verschillend zijn. Welke bacteriën moet je geven? Hoeveel soorten? Welke combinatie? Aan wie? Hoe lang? Vanaf welke leeftijd? Momenteel wordt er intensief gewerkt aan het vinden van antwoorden op deze vragen, en dit illustreert hoe de hygiëne hypothese het denken over het ontstaan van allergische ziektes heeft vernieuwd waardoor andere paden worden bewandeld om een effectieve preventie te ontdekken.

Een tweede ontwikkeling die in de laatste jaren ons denken over allergische ziektes heeft beïnvloed is het begrip **immunologische tolerantie**. Dit begrip geeft aan dat ons afweer systeem moet leren geen afweer te ondernemen tegen onschadelijke allergenen in onze omgeving en dieet, dat het tolerant moet zijn voor deze stoffen. Heel belangrijk hierbij is dat voor het tot stand brengen van tolerantie er blootstelling aan deze allergenen moet zijn. Ter zelfde tijd kan dus blootstelling aan allergenen leiden tot allergie of tot tolerantie afhankelijk van wanneer en hoe die blootstelling plaatsvindt.

Alhoewel dit een ingewikkelde zaak is, is er een therapie die al vele jaren gebruikt wordt om allergische ziektes te behandelen die de basis zou kunnen vormen voor preventie van allergie, namelijk, de desensibilisatie of **immunotherapie**, ook wel de allergie prikken kuur genoemd. Bij deze behandeling worden extracten van pollen, huisstofmijt, kat epitheel of andere allergenen bij patiënten maandelijks ingespoten gedurende 3 tot 5 jaar om patiënten ongevoelig te maken voor deze stoffen. Deze behandeling wordt nu gebruikt bij jonge kinderen met hooikoorts om te kijken of de ontwikkeling van astma tegengegaan zou kunnen worden. U ziet dat er beduidend minder astma in de behandelde groep voorkomt dan in de groep kinderen die alleen behandeld werden met de hiervoor gebruikelijke medicijnen. Een paar weken geleden zijn de resultaten gepresenteerd hoe deze kinderen ervoor stonden 10 jaar na deze behandeling, en het verschil is na 10 jaar nog steeds aanwezig. Er wordt momenteel veel werk verricht om deze behandeling te verbeteren, door bijvoorbeeld een vorm te maken die via de mond werkzaam is. Ook wordt er gewerkt aan een vorm die voor voedselallergie gebruikt kan worden, want hier is grote behoefte aan.

Of wij in de toekomst allergische ziektes zullen kunnen voorkomen door het geven van bacteriële of andere microbiële producten, of stoffen die de eigen darm bacteriën

beïnvloeden, of allergenen al dan niet hiermee in combinatie, duidelijk is in ieder geval dat deze interventies vroeg in het leven plaats moeten vinden. Het feit dat preventie van allergische ziekten een haalbare kaart lijkt te worden onderbouwt de **noodzaak om meer in te zetten op de kinderallergologie om deze preventie te ontwikkelen en op termijn te implementeren. Naast het belang voor de zorg van allergische kinderen is dit is in het belang van de volksgezondheid in het algemeen.**

Een tweede reden om in te zetten op de kinderallergologie heeft te maken met de **inhoudelijk complexiteit van de kennis die nodig is om goede zorg mogelijk te maken.** Samen met het vaker voorkomen van deze ziektes onderbouwt dit de noodzaak van structurele specialistische zorg die hierop gericht is. Alhoewel de kinderallergologie een breed gebied is zal ik de noodzaak van specialistische zorg illustreren door terug te komen op onze Voedsel Provocatie Unit, de VPU. Hierbij wil ik ook even stilstaan bij de maatschappelijke gevolgen van het ontbreken van gedegen zorg voor een dergelijke ziekte.

De VPU binnen onze kinderkliniek is een omgeving waar wij voorzichtig en veilig allergene voedingsmiddelen kunnen geven aan kinderen met verdenking op voedselallergie om te kijken of zij er allergisch voor zijn. Dit noemen wij **provocatieonderzoek.** Het kost tijd. Het kost moeite. Waarom doen wij het zo? Veelal gebruikt men bloedonderzoek of soms huidtesten, die allebei de kenmerkende IgE antistoffen tegen voedingsmiddelen aan kunnen tonen. Is dat dan niet voldoende om met redelijke zekerheid voedselallergie vast te stellen?

Het eerste probleem is dat mensen allergisch kunnen zijn voor voeding terwijl bijvoorbeeld de IgE test in het bloed negatief is. Hier ziet U een grafiek van de **voorspellende waarde van een IgE test** in het bloed tegen pinda ten opzichte van de kans op een positieve provocatietest. U ziet, hoe hoger de IgE test uitslag, hoe groter de kans op een positieve provocatie test. Maar U ziet dat zelfs als er helemaal geen IgE tegen pinda in het bloed gevonden wordt er nog steeds een kans van maar liefst 20% is dat je toch op pinda zal reageren met een allergische reactie, die zelfs heel heftig kan zijn. Het tweede probleem met het gebruiken van IgE testen om voedselallergie vast te stellen ziet U ook op deze grafiek, en dit probleem is nog groter omdat het vaker voorkomt. Want bij een wat hogere bloedspiegel van IgE antistoffen tegen pinda is de kans om er allergisch op te reageren 50%. Deze kans is dus *maar* 50%, en er is omgekeerd ook een kans van 50% dat er geen allergie voor pinda is. Voor een individuele patiënt betekent dit dat de kans op een allergie voor een voedingsmiddel hoger is als IgE antistoffen tegen dit voedingsmiddel aangetoond kunnen worden, maar er blijft nog een grote mate van onzekerheid.

Is het dan zo moeilijk om te weten of je reageert op een voedingsmiddel als je dit eet? Het antwoord is ja, die vergissing wordt vaak gemaakt. Wij eten meerdere malen per dag, en klachten worden dus haast altijd voorafgegaan door het eten van voeding. Het verband tussen het eten van een bepaald voedingsmiddel en klachten wordt dus makkelijk gelegd, ook als het er niet is. De mens is het meest succesvolle dier op aarde

geworden omdat hij oorzaak en gevolg kan onderkennen. Het is misschien niet zo verbazend dat dit ook soms ten onrechte gebeurt. Ook artsen, onderzoekers en zorgverleners maken zich hieraan schuldig: men neigt te zien wat men verwacht te zien. Dit probleem wordt in de wetenschap opgelost door proefopstellingen zo te ontwerpen dat men niet weet wat te verwachten. In het geval van het voedselprovocatie onderzoek wordt dit bereikt door de voeding te verbergen in een ander, veilig voedingsmiddel. Dit noemen wij **blinderen**. Vervolgens wordt het geven van het verborgen voedingsmiddel vergeleken met het geven van materiaal zonder het voedingsmiddel. Deze testvoedingen met- of zonder allergeen voedingsmiddel zijn zo gemaakt dat er geen verschil waarneembaar is. Door ook nog eens de toediening met of zonder voedingsmiddel in willekeurige volgorde te doen wordt de aanwezigheid van het voedingsmiddel minder voorspelbaar en de waarneming zuiverder. Dit noemen wij een **dubbel blinde** (dwz patiënt en omstanders weten niet wanneer voeding gegeven wordt), **gerandomiseerde** (dwz willekeurige volgorde) **placebo gecontroleerde** (de placebo is hier het materiaal zonder de voeding erin) **voedselprovocatie**. Dat deze test beter voldoet dan gewoon het geven van voeding zonder blinding wordt duidelijk als wij kijken naar de resultaten. In dit onderzoek zijn zuigelingen met verdenking op allergie voor koemelk eerst getest met een open test en vervolgens met een dubbel blinde voedselprovocatie. U ziet dat bij ongeveer 2/3 van deze kinderen de diagnose koemelkallergie ten onrechte gesteld zou zijn geweest als er geen dubbel blinde test was gedaan. Uit deze gegevens zal duidelijk zijn dat het gebruiken van het dubbel blinde provocatie onderzoek de kwaliteit van de diagnostiek aanzienlijk verbeterd en, omgekeerd, dat het ontbreken van gedegen onderzoek een grote mate van onzekerheid met zich mee brengt.

Om zekerheid te krijgen bezoeken veel patiënten het **alternatieve circuit**. En er wordt wat afgebeund op het gebied van voedselallergie. Recent is dit door een journalist onderzocht in Engeland, waar de situatie vergelijkbaar is met Nederland. Deze journalist had van geen enkel voedingsmiddel last en bezocht een aantal alternatieve experts wegens fictieve klachten van malaise en futloosheid. De eerste test was de toegepaste kinesiologie, waarbij spierspanningen tijdens contact met flesjes homeopathische verdunde voedingsmiddelen leidde tot de diagnose: overgevoeligheid voor brood, pasta, melk, boter, yoghurt en ham. £ 60. De tweede was de Vega test met uitslaande meters tijdens het vasthouden van soortgelijke oplossingen in een hand en een electrode in de andere. Uitslag: intolerantie voor brood, gist, kaas, suiker, bier, aspartaam en chocola. Kosten: £ 26,50. Dezelfde test op een andere adres was duurder (£ 70), maar goed, daar kreeg je dan ook een langere lijst van niet te verdragen voedingsmiddelen voor. De volgende test was in ieder geval eenvoudig: er werd door de behandelaar gedurende 55 minuten alleen maar naar het gezicht gekeken. Tot slot een bepaling van IgG4 antistoffen tegen voeding, heel duur en een lange lijst voedingsmiddelen.

Ik laat U dit onderzoek zien omdat wij in Nederland deze praktijken ook kennen – kennelijk zijn overheden in westerse landen niet goed in staat dit soort activiteiten in te dammen. De uitdaging lijkt dus bij de reguliere zorgverleners te liggen om de zorg dusdanig te verbeteren dat er minder behoefte is aan de zogenaamde alternatieven. Het is niet voor niets dat de voedselovergevoeligheid een van de meest bedreven takken van sport is in het alternatieve circuit. Met het opzetten van onze VPU hebben wij een

begin gemaakt met de kwaliteitsslag die nodig is in dit opzicht. Het uitbreiden van de VPU systematiek zal gefaciliteerd worden door het onderdeel te maken van structurele specialistische zorg binnen de kinderallergologie. Omdat wij op dit moment nog patiënten uit heel Nederland krijgen voor dit onderzoek wordt er een groot beroep op ons gedaan, want dit onderzoek is arbeidsintensief en er zijn veel handen nodig om het werk uit te voeren. Hierbij hebben wij **ALK-Abelló** bereid gevonden om hierbij functionele ondersteuning te bieden.

Het verrichten van **research** is ook een onmisbaar element in de beoogde kwaliteitsslag. Dit wordt weer door de problematiek van de voedselallergie geïllustreerd. Op dit moment is de diagnostiek omslachtig. Belangrijker nog, wij hebben nog geen manier om voedselallergische patiënten van hun allergie af te helpen. Ook zijn er geen effectieve vormen van preventie. Kortom, er is nog veel te doen. Om de problemen van de voedselallergie het hoofd te bieden hebben wij een aantal **onderzoekslijnen** uitgezet.

Zo hebben wij een elektronische data bank gecreëerd waarin de **klinische** gegevens van patiënten die voor voedselprovocatie onderzoek bij ons komen geregistreerd worden zodat wij beter inzicht krijgen in de verschillende uitingsvormen van voedselallergie: waarom reageert de ene mild, en de andere ernstig, en waarom een derde helemaal niet? Waarom krijgt de ene huidklachten en de andere maagdarm verschijnselen? Kunnen wij uiteindelijk voorspellen hoe patiënten in onze test zullen reageren? Dergelijke kennis zou al een belangrijke stap vooruit betekenen in de zorg van voedselallergische kinderen.

Ook zijn wij samen met Antoon van Oosterhout en Sicco van der Heide van het laboratorium en de firma DPC een **fundamentele** onderzoekslijn aan het opzetten, waarin gekeken wordt naar de regulatie van allergische processen en de exacte rol van IgE antistoffen, die kenmerkend zijn voor allergie, bij het allergisch reageren. Waarom reageren niet alle kinderen op voedingsmiddelen waartegen zij een positieve huidtest of IgE test in het bloed hebben? Als wij het antwoord op deze vraag wisten zou de diagnostiek van voedselallergie veel eenvoudiger zijn, en zouden wij inzichten krijgen – inzichten die voor het ontwikkelen van een behandeling van groot belang zouden kunnen zijn.

Hiernaast zijn wij begonnen om samen met Dirkje Postma en Gerard Koppelman met ondersteuning van de firma Pharmacia de **genetische** achtergrond van voedselallergie te bestuderen bij onze patiënten en die te vergelijken met andere vormen van allergie zoals hooikoorts en allergisch astma. Hierbij gaat het niet alleen om het aantonen van risico op voedselallergie maar vooral om het begrijpen waarom het erven van bepaalde genen het risico op allergische ziektes verhoogt. Wat doen die genen dan? Hoe zijn de producten van deze genen (mede) in staat om allergie te veroorzaken? Ook deze inzichten zouden van belang zijn voor diagnostiek, behandeling en preventie.

Behalve de patiënt te bestuderen en aan de patiënt te werken is een tweede strategie om aan het **voedingsmiddel** te werken. Kunnen voedingsmiddelen ontwikkeld worden

die geen of weinig allergie veroorzaken? Kunnen voedingsmiddelen gemaakt worden die een gunstige werking hebben op allergie? Om deze vragen te exploreren zijn wij een strategische samenwerking aangegaan met het "allergie consortium" van de universiteit van Wageningen, geleid door Huub Savelkoul, Harry Wichers en Luud Gilissen. De kennis over zowel dierlijke als plantaardige allergene voedingsmiddelen die in Wageningen aanwezig is kan inzichten verschaffen over de rol van verschillende voedselbestanddelen bij allergische reacties bij de mens.

Tot slot gaat het in de geneeskunde altijd om de patiënt. Wat vind de patiënt belangrijk? Welke problemen hebben patiënten met voedselallergie? Is wat wij doen wel goed – hebben patiënten er wat aan? Hoe is het met de **kwaliteit van leven** van onze patiënten? Om deze vragen te beantwoorden zijn wij met een subsidie van de Europese Gemeenschap instrumenten aan het ontwikkelen om kwaliteit van leven te meten bij patiënten met voedselallergie. Hiermee kunnen wij op een systematische manier bekijken of onze inspanningen wel het gewenste resultaat opleveren, namelijk, een beter leven voor onze patiënten.

Dat het wetenschappelijk onderzoek ons in staat zal stellen een kwaliteitsslag te maken staat vast, maar hier is nog meer voor nodig, namelijk, een groep medici die dit als hun gebied, hun "pakkie-an" ziet. Medici die dus de nodige **kennis, kunde, vaardigheden en wetenschappelijke** kwaliteiten hebben die nodig zijn om goede zorg te leveren aan allergische kinderen. De kinderarts-allergoloog van de toekomst zal deskundig moeten zijn op het gebied van alle vormen van allergie op de kinderleeftijd. Hij of zij zal ook een grondige kennis moeten hebben van de immunologie, het vakgebied wat de grondslag vormt van ons denken over allergische ziekten. Maar hij of zij zal ook moeten weten wanneer bepaalde pollen in de lucht zijn en welke voedingsmiddelen waarschijnlijk hazelnoten bevatten. Hij of zij zal moeten weten dat boekweit allergie vaak voorkomt uit allergie voor latexrubber, en dat kinderen met spina bifida hierop een verhoogd risico hebben. Hij of zij zal moeten weten hoe te handelen bij een kind met taaie slijm ziekte en penicilline allergie. Hij of zij zal moeten kunnen aanvoelen als een patiënt een huisdier verzwijgt en wanneer een patiënt die denkt door een bij te zijn gestoken eigenlijk door een wesp gestoken is. Hij of zij zal een goede **arts** moeten zijn, een goede **kinderarts** moeten zijn en een goede **allergoloog** moeten zijn.

Vervolgens is het nodig dat de kwaliteit van de kinderarts-allergoloog op peil gehouden wordt. In Nederland kennen wij kwaliteits systemen voor medisch handelen die uit gaan van de KNMG en langs de lijnen van de diverse medische specialismen en subspecialismen tot uitvoering gebracht worden. Met het instellen van de kinderallergologie als subspecialisme binnen de kindergeneeskunde willen wij ook een kwaliteitsslag maken. **Waar zijn wij op dit moment met deze plannen?**

Precies 9 jaar geleden, op 4 april 1997, is in Amsterdam de **Sectie Kinderallergologie** opgericht binnen de Nederlandse vereniging voor Kindergeneeskunde. Deze sectie bestaat uit een groep van ongeveer 60 actieve kinderartsen die zich bezig houdt met kinderen met allergische aandoeningen, en vanuit deze sectie is het voorstel gelanceerd om te komen tot een subspecialisme binnen de kindergeneeskunde. In het afgelopen jaar zijn de opleidingseisen voor de Kinderallergologie geformuleerd en door de sectie

geaccordeerd. Deze opleidingseisen zijn nu voorgelegd aan de Commissie voor Subspecialistische Opleidingen. Na goedkeuring en akkoording van het Concilium van de NVK zullen de eerste centra gevisiteerd kunnen worden. Met onze kennis en ervaring op allergologisch gebied, de VPU, de samenwerking met de Algemene Kindergeneeskunde, Kinderpulmonologie, Kindergastroenterologie en de afdeling Dermatologie denken wij te kunnen voldoen aan alle eisen. Met ons onderzoeksprogramma en onze supraregionale zorg zullen wij de kinderarts in opleiding, ofdan wel de fellow kinderallergologie, een rijk, gevarieerd en compleet opleidingsprogramma kunnen bieden. Maar er is meer voor nodig, want deze fellow moet ook financiële ondersteuning hebben. Daarom zijn wij zeer dankbaar aan de firma UCB, die bereid is om deze ondersteuning te geven in de vorm van een unrestricted grant, ofdan wel een onvoorwaardelijke subsidie, om dit initiatief tot stand te brengen. De **UCB fellowship kinderallergologie** zal gebruikt worden om de nieuwe specialist op te leiden die de kwaliteitslag in de zorg van allergische kinderen zal realiseren.

Deze activiteiten: **top klinische zorg, wetenschappelijk onderzoek, opleiding van kinderartsen in de allergologie en het bijdragen aan het ontwikkelen van een nederlands netwerk voor zorg en onderzoek** zijn taken die mij wat makkelijker worden gemaakt door mijn benoeming. Hiervoor wil ik dan ook de **Nutricia Research Foundation** die de instelling van deze leerstoel mogelijk gemaakt heeft hartelijk bedanken. De keuze om op deze manier in te zetten op verbetering van ons vakgebied betuigd van visie, en ik vind het een voorrecht om deze nieuwe leerstoel te bezetten.

Diegenen die mij kennen weten dat ik een groot deel van mijn leven en ook mijn professionele leven in Canada heb doorgebracht. Ik ben zelfs weleens een “goed aangepaste allochtoon” genoemd. Om deze, op zich haast complimenteuse, opmerking toch op inhoudelijke gronden te pareren laat ik U deze afbeelding zien van een van mijn voorouders die ook hoogleraar was, namelijk, Michiel Bertling, hoogleraar Godgeleerdheid van 1752 tot 1772 aan de universiteit van... zeker niet Montreal en zelfs niet Amsterdam, maar...Groningen! Daarom ben ik ook maar gebleven, dat begrijpt U wel.

Toch heb ik veel geleerd van mijn jaren in Canada, met name over de allergologie en de kinderallergologie, die daar goed ontwikkeld zijn. Beide zijn aandachtsgebieden of subspecialisaties van de Interne Geneeskunde en Kindergeneeskunde samen met de Klinische Immunologische opleidingen. Wat bijzonder is aan de organisatie van het vakgebied in Canada is de nauwe samenwerking tussen internist- en kinderarts-allergologen. Dit is geformaliseerd in de opleidingseisen waarin de meeste tijd naast de eigen patiënten groep besteed wordt aan de tegenovergestelde leeftijds groep. Zo heb ik tijdens mijn opleiding profijt gehad van een ruime stage in Winnipeg, een toonaangevend kinderallergologisch centrum. Er wordt ook samen getentamineerd en het mondeling examen aan het einde van de opleiding wordt ook afgenomen door internisten en kinderartsen samen

Deze intensieve kennismaking tijdens de opleiding heeft als gevolg dat er tijdens het hele professionele leven veel contact blijft bestaan tussen de allergologen voor volwassenen en kinderen. Na- en bijscholing worden gezamenlijk ondernomen, en in

veel opzichten vormt het een beroepsgroep. Dit heeft als voordeel dat patiënten vanaf hun kindertijd goed en aansluitend begeleid worden tot op latere leeftijd, hetgeen bij chronische aandoeningen zoals allergische ziekten van groot belang is. Het betekent dat trends in de kinderleeftijd gesignaleerd worden zodat een betere planning in de zorg mogelijk is. Tot slot geeft het de relatief kleine beroepsgroep meer body zodat de totale impact op de zorg groter en effectiever is.

In Nederland zijn de internist-allergologen zeer betrokken bij de komst van de kinderarts-allergoloog, en mijn persoonlijke rol in deze ontwikkeling is hier een goed voorbeeld van. Zoals de Canadese ervaring ons leert is er veel synergie mogelijk bij het samenwerken tussen de allergologen voor patiënten van verschillende leeftijden.

Dames en heren, de kinderallergologie wordt volwassen. Hiermee bedoelen wij dat de tijd is aangebroken om een kwaliteitsslag te maken in de zorg voor allergische kinderen. Ik hoop dat ik duidelijk heb kunnen maken hoe wij dit doel in Groningen en ook in Nederland willen realiseren. Het is voor mij een mooie uitdaging om mij hier aan te wijden. Samen met onze vele partners zullen wij deze kwaliteitsslag maken, en het is te verwachten dat in de komende jaren meer centra in Nederland hier aan mee zullen werken.

Ik begon met te zeggen dat ik de eerste Nederlandse hoogleraar kinderallergologie ben. De eerste, maar zeker niet de laatste.

Ik heb gezegd.