



## Kommentaar :

Schijn bedriegt ... Allergie hoeft niet noodzakelijk primair veroorzaakt te worden door één of meerdere allergenen : *l'antigène n'est rien, le terrain c'est tout ...*

Deze dame reageert op basis van haar erfelijke constitutie : de overgevoeligheid van haar cellulaire afweer (**hypergroen GP**) wordt bepaald door haar obesitas. Dankzij het proteomisch CEIA-bilan zijn we best in staat om een predispositie voor het metabool syndroom te depisteren : er zijn inderdaad een aantal patiënten, waarbij we vaststellen dat de stijging van de **groene glycoproteïne-parameters** bepaald wordt door hun overgewicht. Deze **hypergroene** toestand kan zich op diverse manieren klinisch uiten, uiteraard vrij vaak door onsteking x pijn. Maar een andere klinische expressie is evengoed denkbaar, zoals bij deze casus : een respiratoire (pseudo) allergie, ook al wordt asthma door de klassieke geneeskunde als inflammatoire ziekte beschouwd.

Al deze klinische toestanden hebben één punt gemeen : hun therapiestarheid, zolang er met de obesitas niets gebeurt. Ik heb pijnsyndromen (met **hypergroen bilan**)

zien regresseren enkel en alleen maar ( ? ) door vermagering.

Deze patiënten 'bekennen hiermee ook kleur' over hun predispositie voor diabetes type II, AHT en andere aspecten van het metabole syndroom : alles onder invloed van het overgewicht en het KH-metabolisme (let op de TG), vaak met een leverbelastende component (kijk naar de gunstige evolutie van de gestoorde gamma-GT bij de patiënte).

Overeenkomsten met de klassieke biologie – die vaak minder gevoelig is – moet men zoeken onder de inflammatoire (bezinkingssnelheid, leucocytose (neutrofilie), CRP, verhouding Cu/Zn) en metabole indicatoren (glycemie, urinezuur, leverenzymen, lipiden: eerder TG dan cholesterol).

Bij deze patiënte vallen deze correlaties niet bijzonder op, met uitzondering van de gestoorde gamma-GT uit de eerste analyse. De gunstige evolutie van deze parameters bevestigt niettemin het nuttige en genezende effect van de gewichtsvermindering.

	10/10/2006	09/05/2006	21/03/2006	Norm	U
<b>HEMATOLOGIE</b>					
<b>Bezinkingssnelheid</b>	2	4	5	1-20	mm
RBC	4.86	5.14	5.17	4.00-5.20	milj/ $\mu$ L
Hemoglobine	14.8	15.3	16.2	12.0-16.0	g/dL
Hematocriet	42.2	45.7	45.4	36.0-46.0	%
MCV	87	89	88	80-100	fL
MCH	30	30	31	27-34	pg
MCHC	35	34	36	31-37	g/dL
<b>WBC</b>	<b>8340</b>	<b>9010</b>	<b>8940</b>	<b>4-10</b>	X 10 <sup>3</sup> / $\mu$ L
<b>Neutrofielen</b>	<b>56.7</b>	<b>61.8</b>	<b>57.9</b>	<b>40.0-75.0</b>	%
Lymfocyten	33.7	27.7	32.6	20.0-45.0	%
Monocyten	7.8	7.3	6.8	<10.0	%
<b>Eosinofielen</b>	<b>1.6</b>	<b>3.0</b>	<b>2.5</b>	<b>&lt;6.0</b>	%
Basofielen	0.2	0.2	0.2	<1.0	%
Trombocyten	374	375	403	150-400	x1000/ $\mu$ L
Serum ijzer	112		69	37-145	$\mu$ g/dL
<b>BIOCHEMIE</b>					
Glycemie	82		79	70-110	mg/dL
Ureum			37.9	<50.0	mg/dL
Creatinine	0.66		0.68	0.40-1.10	mg/dL
Creatinine clearance (MDRD)	101.2		98.0(1)	70.0-120.0	mL/min
Urinezuur	2.6		3.1	2.4-5.7	mg/dL
<b>CRP</b>	<b>0.09</b>		<b>0.36</b>	<1.00	mg/dL
<b>Cholesterol</b>	<b>188</b>	<b>158</b>	<b>219</b>	<190	mg/dL
<b>HDL cholesterol</b>	<b>67</b>		<b>62</b>	>40	mg/dL
<b>LDL cholesterol</b>	<b>105</b>		<b>132</b>	<115	mg/dL
<b>Triglyceriden</b>	<b>81</b>	<b>106</b>	<b>124</b>	<150	mg/dL
Bilirubine totaal		0.5	0.5	<1.1	mg/dL
Bilirubine direct		0.1	0.1	<0.3	mg/dL
GOT (AST)		32		<31	U/L
GPT (ALT)	22	45	35	<31	U/L
<b>Gamma-GT</b>	<b>85</b>	<b>86</b>	<b>187</b>	<36	U/L
Alkalische fosfatasen		68		35-104	U/L
LDH		299		<480	U/L
CK		68		<145	U/L
<b>Zink</b>	<b>69.0</b>	<b>78.0</b>	<b>74.0</b>	50.0-120.0	$\mu$ g/dL
<b>Koper</b>	<b>105</b>	<b>108</b>	<b>138</b>	85-155	$\mu$ g/dL
<b>HORMONEN</b>					
TSH	1.8		1.9	0.27-4.2	$\mu$ IU/mL
FT4	14.8		16.0	12.0-22.0	pmol/L
<b>IMMUNO - Allergie</b>					
<b>Immunoglobuline E</b>			<b>66.8</b>	<b>&lt;100</b>	kU/L
<b>Grassen (mengsel gx3)</b>			<b>Positief</b>	<b>Negatief</b>	
Kruiden (mengsel wx5)			Negatief	Negatief	
Kruiden (mengsel wx6)			Negatief	Negatief	
<b>Bomen (mengsel tx5)</b>			<b>Positief</b>	<b>Negatief</b>	
<b>Bomen (mengsel tx6)</b>			<b>Positief</b>	<b>Negatief</b>	

Merk ook dat met de lage IgE, correlerend met de normale **blauwe IG parameters**, de antigene specificiteit (grassen, bomen) niet relevant is voor de therapeutische aanpak : zodat we m.i. voor deze aspecifieke **groene GP hyperreactiviteit** beter spreken over 'pseudo-allergie'.

Auteur : Dr. med. Sus Herbosch

<b>CEIA Deutschland</b> Rathausgasse 5 55481 Kirchberg	Tél: +49 6763 40 Fax: +49 6763 40 18
<b>CEIA Benelux</b> 119 Bd St Michel 1040 Bruxelles	Tél: +32 2 736 04 58 Fax: +32 2 736 58 02
<b>CEIA Iberica</b> C/ Joncar 4 46137 Playa Puebla Farnals	Tél: +34 961 46 31 36 Fax: +34 961 46 16 19
<b>CEIA France</b> Château des Carbonnières 69640 Lacenas	Tél: +33 474 67 48 00 Fax: +33 474 67 48 10
<b>CEIA Canada</b> 10204 Laverdure Montréal, PQ, H3L 2L3	Tel: (514) 385 42 69 Fax: (514) 385 42 69
Courriel : info@ceia.com www.ceia.com	