Nahrungsmittelallergien und Reizdarmsyndrom

So klären Sie die Ursachen

Nicht jede Lebensmittelunverträglichkeit beruht auf einer allergischen Erkrankung. Deshalb ist bei unklaren Beschwerden eine differenzialdiagnostische Abgrenzung zwischen toxischen und nichttoxischen Reaktionen notwendig.

— Etwa 2–5% der Bevölkerung haben eine Nahrungsmittelallergie (NMA), 10–15% dagegen eine nicht immunologisch vermittelte Nahrungsmittelintoleranz, erklärte Prof. Martin Raithel, Erlangen. Nicht immunologische Intoleranzen werden durch Intoxikationen, Enzymmangel, Transportdefekte oder Zusatzstoffe hervorgerufen.

Darüber hinaus können eigenständige Krankheitsbilder wie Fettunverträglichkeiten bei Patienten mit Gallensteinen, Infektionen und psychogene Störungen zu Unverträglichkeitsreaktionen führen. Diese sind differenzialdiagnostisch in Erwägung zu ziehen, betonte Raithel.

Allergie: meist Sofort-Typ-Reaktion

Die durch das Immunsystem spezifisch vermittelten Unverträglichkeitsreaktionen gelten als die eigentlichen Allergien. In über 85% ist eine Reaktion vom Soforttyp (Typ-I-Allergie) die häufigste Manifestation.

Die routinemäßige Diagnostik der gastrointestinal vermittelten Allergie, an der Hausarzt, Gastroenterologe und Al-

lergologe beteiligt sind, beginnt mit der Anamnese, einem Ernährungstagebuch und Hauttests (Prick). Außerdem werden das Gesamt-IgE und allergenspezifische IgE-Antikörper im Serum bestimmt.

Bei einer Soforttypreaktion auf bestimmte Nahrungsmittel und übereinstimmendem Haut- und allergenspezifischem IgE-Test kann so die Allergie oft schon exakt diagnostiziert und eine Allergenkarrenz verordnet werden.

Wenn diese diagnostischen Maßnahmen nicht ausreichen, empfiehlt sich zunächst die Bestimmung des Methylhistamins im Urin. Sie soll klären, ob die Beschwerden tatsächlich auf eine verstärkte Bildung von Allergiemediato- ren zurückzuführen sind. Bei weiterhin unklaren Beschwerden ist eine spezielle gastroenterologische endoskopische Allergiediagnostik angezeigt.

Neben der Allergenelimination werden zur Therapie der Nahrungsmittelallergie Mastzell- und Effektorzellstabilisatoren, Antihistaminika sowie Immunsuppressiva eingesetzt, schloss Raithel.

Chronische Symptome ohne strukturelle Defekte

Eine weitere häufige Störung ist das Reizdarmsyndrom, das als chronische Symptomatik des Darms ohne nachweisbare strukturelle Defekte definiert ist. Die Prävalenz liegt bei 7–25%, betonte Prof. Jörg-Dieter Schulzke, Berlin.

Klinisch imponiert das Reizdarmsyndrom durch schafskot- oder bleistiftartigen Stuhl, Schleimabgänge, eine postprandiale Zunahme der Beschwerden, ein Gefühl der unvollkommenen Entleerung nach der Defäkation und Meteorismus. Laut Schulzke besteht oft eine auffällige Diskrepanz zwischen der Intensität der vom Patienten geschilderten Beschwerden und

dem blanden Befund bei der körperlichen Untersuchung.

Beim Reizdarmsyndrom finden sich häufig ein Druckschmerz im Bereich beider Colonflexuren, ein aufgeblähtes Abdomen und eine gesteigerte Peristaltik. Diagnostisch seien eine larvierte Depression und Angststörung sowie ein Laxantienabusus zu bedenken.

Ausgeschlossen werden sollten intestinale Erkrankungen, durch das Labor eine Entzündung und Anämie, mit der Koloskopie ein Karzinom und eine chronisch entzündliche Darmerkrankung (CED). Ein H₂-Exhalationstest kann einen Laktasemangel aufdecken.

Reizdarmsyndrom: Was hilft?

Wenn ein Reizdarmsyndrom diagnostiziert wurde, müssen Triggerfaktoren wie Stress, Medikamente und Nahrungsmittel identifiziert werden. Die Patienten sollten über die nichtorganische Natur des Syndroms aufgeklärt werden, um ihnen die Angst zu nehmen.

Schulzke empfahl eine Umstellung der Ernährung auf erhöhte Ballaststoffzufuhr und Trinkmenge. Die Indikation für Ballaststoffe ist vor allem beim Reizdarmsyndrom mit Obstipation gegeben. Die Mittel der Wahl sind Flohsamen, Guar und Pektin (Äpfel).

Bei rezidivierenden Schmerzen unabhängig von der Art der Stuhlgangsveränderung empfahl Schulzke die Spasmolytika Mebeverin und Butylscopolamin. Beim Reizdarmsyndrom vom Obstipationstyp sind die Mittel der Wahl Macrogol und Natriumpicosulfat, beim Diarrhötyp ist es Loperamid zur verbesserten Stuhlkontrolle. Probiotika wie E. coli Nissle 1917 sind laut Schulzke am ehesten bei Blähungen wirksam.

DR. RALPH HAUSMANN ■

■ Quelle: 2. Gastro-Symposium: „Häufige klinische Probleme in der Gastroenterologie und Hepatologie-Update 2009“, 14. März 2009, Frankfurt/M. (Veranstalter: Medizinische Kliniken der Stiftung Hospital zum heiligen Geist, Frankfurt/M., Falk Foundation e.V.)

Foto: Superbild

Nahrungsmittelintoleranz: Unklare gastrointestinale Beschwerden erfordern eine differenzialdiagnostische Abklärung.