

## Nahrungsmittelintoleranzen – Dichtung und Wahrheit

PD Dr. med. Daniel Pohl  
Leiter Funktionslabor und Sprechstunde funktionelle Magen-Darm-Erkrankungen  
UniversitätsSpital Zürich  
Gastroenterologie und Hepatologie  
Rämistr. 100  
8091 Zürich, Schweiz

Nahrungsmittelintoleranzen sind noch nie so viel und laut diskutiert worden wie aktuell: Restaurants werben damit, nicht nur laktose- sondern auch glutenfreie Ernährung anbieten zu können und entsprechende Hinweise auf Speisekarten sind üblich geworden. Bauchbeschwerden sind zunehmend salonfähig und Produkte dagegen werden aktiv medial beworben. Schlussendlich verzeichnet die Nahrungsmittelindustrie Rekordumsätze in der Produktion laktose- und glutenarmer Nahrungsmittel; allein in den USA werden 10x mehr gluten-freie Produkte verkauft, als eigentlich für die Zöliakiepopulation notwendig. In der medizinischen Praxis sind Diskussionen um Nahrungsmittelintoleranzen auch mit dem Hausarzt nicht mehr wegzudenken und verunsichern nicht nur viele Patienten, sondern auch medizinisches Fachpersonal, nicht zuletzt Spezialisten wie Allergologen und Ernährungsberater.

Im Folgenden und in meinem Vortrag werde ich zu drei essentiellen Themen in der Diskussion um Nahrungsmittelintoleranzen Stellung nehmen: Die FODMAP-Unverträglichkeit, die Histamin-Intoleranz und die Nicht-Zöliakie-Glutensensitivität (NCGS):

Die Abkürzung FODMAP steht für „fermentierbare Oligo-, Di-, Monosaccharide und Polyole“. Bei diesen Stoffen handelt es sich um eine Gruppe von Kohlenhydraten und Zucker-Alkoholen (Polyolen), die grösstenteils im proximalen Dünndarm hydrolysiert und als Monosaccharide aufgenommen werden. Bei Überschreitung der intestinalen Transportkapazität gelangen diese Zuckerstoffe in den Dickdarm, wo Sie bakteriell unter Bildung von Wasserstoff abgebaut werden. Dies führt zu Darmdistension, die durch den begleitenden osmotischen Effekt noch verstärkt wird und die, insbesondere bei Patienten mit gesteigerter viszeraler Sensitivität (z.B. Reizdarmpatienten) als schmerzhaft wahrgenommen werden. Zahlreiche Studien, zuletzt auch plazebo-kontrolliert, zeigten unter Durchführung einer FODMAP-Diät eine signifikante Reduktion von Blähungen, abdominalen Schmerzen und eine Verbesserung der Stuhlkonsistenz. Bei Patienten mit Verdacht auf eine FODMAP-Intoleranz kann ein Provokationstest, ein sogenannter Nahrungsmittelbelastungstest durchgeführt werden. Dieser kann zeigen, ob auf eine Belastung mit fermentierbarem Zucker Symptome ausgelöst werden und zudem Rückschlüsse auf eine allfällige bakterielle Überwucherung ausgelöst werden. Dies kann sowohl in der Diagnosefindung hilfreich sein, als auch das Management dieser Patienten den Kollegen der Ernährungsmedizin erleichtern. Therapeutisch wird unter Steuerung der Ernährungsberatung eine Elimination sämtlicher FODMAP's für einen definierten Zeitraum (3-6 Wochen) durchgeführt, anschliessend folgt eine klassenweise Re-Introduktion, um die Nahrungsauswahl wieder zu erweitern und ein individualisiertes Symptomergebnis zu erzielen.

Bei der Histaminintoleranz wird als zugrundeliegender Mechanismus ein Ungleichgewicht zwischen dem akkumulierten Histamin und der Kapazität des Histaminabbaus postuliert. Die Hauptursache wird zurzeit nicht in einer endogenen Histaminüberproduktion (wie zum Beispiel bei Allergien) oder der exogenen Einnahme von Histamin oder Histidin (durch z.B. Nahrungsmittel) angenommen, sondern in einem Enzymdefekt der Diaminoxidase (DAO) oder der Histamin-N-Methyltransferase (HNMT) beim Abbau von Histamin. Schätzungen zufolge ist etwa jeder Hundertste von einer Histaminintoleranz betroffen, wovon es sich bei rund 80 Prozent um Frauen mittleren Alters zwischen 30 und 50 Jahren handelt. Aufgrund der Diversität der Symptome, welche praktisch alle Organsysteme betreffen können, ist die Diagnostik schwierig. Zur Basisabklärung im Falle eines Verdachts auf übermässige Histaminliberation sollten eine IgE-vermittelte Allergie und eine okkulte Mastozytose durch Bestimmung des Serumtryptaselevels beurteilt werden. Therapeutisch kann eine histaminarme Diät, das heisst z.B. Reduktion von Wein, gewisse Fleisch- und Käsesorten für 4-6 Wochen versucht werden. Eine medikamentöse Therapie mit Substitution des Enzyms DAO (Daosin, nicht kassenpflichtig) und/oder Antihistaminika (H1-Rezeptorblocker, idealerweise abends einzunehmen) können ebenfalls Erleichterung bringen.

Im Gegensatz zur Zöliakie ist die Nicht-Zöliakie-Glutensensitivität (NCGS) eine kontrovers diskutierte und schwer abgrenzbare Entität. Die Prävalenz der NCGS ist prinzipiell unbekannt; Schätzungen schwanken je nach Studien zwischen 0.5-13% in der westlichen Bevölkerung. Das klinische Bild einer NCGS ist sehr heterogen und stellt eine Kombination von intestinalen (Bachschmerzen, Diarrhöe, Krämpfe, Blähungen) und extraintestinalen (Kopfschmerzen, Schwindel, Müdigkeit, Hautausschläge) Symptomen dar, welche in Zusammenhang mit der Einnahme von glutenhaltigen Nahrungsmitteln auftreten, ohne dass eine tatsächliche gluten-sensitive Enteropathie (Zöliakie, Sprue) diagnostiziert werden kann. Die Symptome treten kurz nach der Einnahme auf und verschwinden oder verbessern sich nach Stunden bis wenigen Tagen. Trotz diverser Studien bleiben der Pathomechanismus der NCGS und somit auch die Ursache für die gastrointestinalen und extraintestinalen Symptome unklar. Eine verblindete Exposition mit Gluten versus Placebo konnte bei Patienten mit selbst-deklariertem NCGS keine Veränderung der Symptomlage zwischen den Gruppen aufzeigen – lediglich bei 8% der Patienten wurden gluten-spezifische Effekte diskutiert. Therapeutisch ist bei diesen Patienten ein Versuch einer FODMAP-Diät mit professioneller Ernährungsberatung indiziert, da bei den meisten Patienten, die auf eine glutenhaltige Diät ansprechen, automatisch eine Reduktion der FODMAP passiert, die die tatsächlichen Symptomauslöser darstellen. Eine FODMAP-arme Diät kann bei diesen Patienten also durchaus eine weitere Besserung Ihrer Symptomatik erreichen