



Die neue Leitlinie Zöliakie, Weizenallergie und Weizensensitivität

Die Leitlinie Zöliakie wurde erstellt, um den derzeitigen wissenschaftlichen Kenntnisstand zu verschiedenen thematischen Bereichen des Krankheitsbildes zusammenzufassen und daraus Empfehlungen zu Diagnostik und Therapie ableiten zu können. Das sollte die Versorgung der Patienten nachhaltig verbessern, da hiermit erstmals eine Referenz für Deutschland entstanden ist. An dieser können sich nun Ärzte, die Zöliakiepatienten betreuen, für die meisten Fragestellungen orientieren, wie das weitere Vorgehen zu planen wäre. Sie gilt sowohl für Erwachsene als auch für Kinder.

Federführend war die Deutsche Gesellschaft für Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten (DGVS) tätig, in Zusammenarbeit mit der DZG e.V. und weiteren medizinischen Fachgesellschaften. Unter der Leitung von Prof. Dr. Stallmach (Jena) und Prof. Dr. Dr. Schuppan (Mainz) wurde nach ausgedehnter Literaturrecherche ein

umfassender Fragenkatalog erarbeitet, die von allen Arbeitsgruppenmitgliedern beantwortet werden mussten. Daraus wurden Empfehlungen abgeleitet, die in einer zweitägigen Konsenskonferenz überarbeitet und abgestimmt wurden. Im Anschluss wurden von den Arbeitsgruppenleitern Kommentare zu diesen Punkten ausformuliert, die diese Richtlinien weiter ausführen und erklären.

Im Folgenden sollen nun die wichtigsten Punkte der jeweiligen Themenbereiche dargestellt werden:

1. Beschwerdebild der Zöliakie mit ihren Begleiterkrankungen und der weiteren weizenabhängigen Krankheiten Weizenallergie und Weizensensitivität:

Bekanntermaßen sind die Symptome einer Zöliakie sehr unterschiedlich, so dass das Krankheitsbild häufig über lange Zeit übersehen und fehlinterpretiert wird. Die klassische Zöliakie

mit den typischen Beschwerden wie Durchfall, Fettstühle, Gewichtsverlust, Gedeihstörung beim Kind, Erbrechen, Blähbauch, Appetitlosigkeit wird heute eher seltener beobachtet. Wir finden zunehmend symptomatische Formen, mit Beschwerden an anderen Organen als dem Darm (extraintestinale Symptome) wie z.B. Leberwerterhöhungen, Depressionen, gynäkologische Probleme oder Osteoporose. Als subklinische Zöliakie bezeichnet man Fälle, bei denen die Betroffenen über keine Beschwerden berichten, bei denen man aber dennoch die typischen Zeichen einer Zöliakie in Blut und an der Schleimhaut finden kann. Manche Betroffenen aus dieser Gruppe stellen erst nach Umstellung der Ernährung fest, wie viel besser es ihnen geht.

Eine weitere Gruppe stellt die potentielle Form dar, bei der erhöhte Antikörper, aber noch keine Schleimhautveränderungen nachweisbar sind. Häufig sind dies Familienmitglieder von bekannten Patienten, die ein erhöhtes Risiko tragen. Grundsätzlich schließt kein Symptom (z.B. Übergewicht oder Verstopfung) oder das Fehlen eines solchen eine Zöliakie aus. Eine Reihe von Erkrankungen sind häufiger mit einer Zöliakie assoziiert und die Betroffenen sollten daher in dieser Richtung untersucht werden (z.B. Typ 1-Diabetes, Hashimoto, M. Down). Auch Familienangehörige tragen ein höheres Risiko und sollten daher mit untersucht werden.

Bei der Weizenallergie tritt die immunologische Reaktionen meist gegen andere Eiweiße aus dem Weizen auf, nicht gegen Gluten. Die Symptome können vielfältig sein: Kribbeln in Mund und Rachen, Tränenfluss, juckende Nase, Asthma, Ekzem und Nesselsucht, aber auch Durchfall, Erbrechen oder Bauchschmerzen.

Die Nicht-Zöliakie-Nicht-Weizenallergie-Weizensensitivität ist eine Unverträglichkeit gegenüber Eiweißen aus dem Weizen. Heute werden am ehesten die ATIs (Amylase-Trypsin-Inhibitoren) dafür verantwortlich gemacht. Aber auch nicht resorbierbare Kohlenhydrate in manchen Nahrungsmitteln (FODMAPs) könnten dazu beitragen. Von Seiten der Symptomatik liegt eine deutliche Überschneidung mit der Zöliakie vor mit Durchfällen, Bauchschmerzen, aber auch Müdigkeit, Kopfschmerzen, Knochen- und Muskelschmerzen.

2. Diagnostik:

Als erste Testung sollte bei Verdacht auf Zöliakie unter glutenhaltiger Ernährung die Bestimmung der Transglutaminase-IgA-Antikörper oder der Endomysium-IgA-Antikörper erfolgen. Zugleich muss über die Bestimmung des Gesamt-IgA-Wertes ein IgA-Mangel ausgeschlossen werden. Dieser Immundefekt ist recht häufig, bleibt aber meist ohne Beschwerden. Bei einem solchen Mangel werden aber eventuell die Zöliakie-IgA-Antikörper nicht ausreichend gebildet. Die Bestimmung der deamidierten Gliadinpeptid (DGP)-Antikörper hat nach dem derzeitigen Kenntnisstand keinen zusätzlichen Nutzen. Bei einem IgA-Mangel können allerdings die DGP-IgG-Antikörper zum Einsatz kommen. Zusätzlich würden in diesem Fall dann auch die Transglutaminase-IgG-Antikörper bestimmt werden. Für die DGP-IgA-Antikörper gibt es kein Einsatzgebiet. Ebenso wenig sollten Stuhl- oder Speicheltests oder die Antikörper

gegen natives Gliadin („alte“ Gliadin-Antikörper) bestimmt werden, da sie eine zu geringe Aussagekraft haben. Auch Schnelltests werden nicht empfohlen. Sind sie durchgeführt worden, müssen sie in jedem Fall durch einen Labortest bestätigt werden.

Genetische Untersuchungen auf die Merkmale HLA-DQ2 und DQ8 dienen lediglich dem weitgehenden Ausschluss einer Zöliakie. Sie können in dieser Fragestellung bei Risikogruppen, unter glutenfreier Ernährung oder bei Patienten mit nicht zusammenpassenden Befunden aus Blut und Biopsie verwendet werden. Da die Merkmale jedoch in der Bevölkerung sehr häufig vorkommen (ca. 30% positiv), ist der Nachweis nicht zur Bestätigung einer Zöliakie geeignet.

Eine Zöliakie ist sicher, wenn die Antikörper positiv nachzuweisen sind, man die typischen histologischen Veränderungen nachweisen kann und die Antikörper unter Diät rückläufig sind. Es ist immer eine Zusammenschau mehrerer Kriterien, die die Diagnose sichern. In Einzelfällen kann bei Kindern unter Berücksichtigung besonderer diagnostischer Punkte in der Diskussion mit einem erfahrenen Kinder gastroenterologen auf eine Biopsie verzichtet werden.

Um festzustellen, welche Nährstoffdefizite oder Begleiterkrankungen im Rahmen der Zöliakie vorhanden sind, sollten weitere Untersuchungen stattfinden. So können folgende Tests sinnvoll sein: Vitamin B12, Folsäure, Ferritin, Leberwerte, Calcium, Blutzucker, Vitamin D3, Zink, Schilddrüsenhormon (TSH).

Eine Weizenallergie sollte mittels Beschwerdetagebuch, Test auf spezifisches IgE gegen Weizen und einem Hauttest (Pricktest) diagnostiziert werden. Bei dieser häufigen Allergie bei Kindern sollte in jedem Fall vor der Vermeidung von Weizen eine Zöliakie ausgeschlossen werden. Kann weder eine Zöliakie noch eine Weizenallergie nachgewiesen werden, die Patienten berichten jedoch über das prompte Nachlassen der Beschwerden unter glutenfreier Ernährung, muss an eine Weizensensitivität gedacht werden. Die Ernährungsumstellung sollte aber erst nach Vollendung der Diagnostik auf Zöliakie und die Weizenallergie erfolgen, um sichere Ergebnisse in den Tests zu erhalten. Weitere Differentialdiagnosen für die vorherrschenden Symptome beim Patienten müssen ebenfalls abgeklärt sein. Bislang gibt es noch keinen eigenständigen Test, mit dem die Weizensensitivität untersucht werden kann.

3. Therapie:

Durch die glutenfreie Ernährung kann in den meisten Fällen eine Besserung oder ein völliges Abklingen der Symptome erreicht werden. Auch die Komplikationen wie Nährstoffdefizite mit ihren Folgen (Blutarmut oder Osteoporose) oder langfristig die mögliche Entstehung von Tumoren werden verhindert. Daher sollte sie lebenslang eingehalten werden. Gerade bei Kindern ist es wichtig, die Diagnose möglichst frühzeitig zu stellen, um negative Auswirkungen auf die Entwicklung zu vermeiden, der Ernährungszustand bessert sich bei ihnen meist sehr rasch unter Diät. Aus diesem Grund sollen auch Kinder ohne Beschwerden, die z.B. im Rahmen der Diabetesbetreuung aufgefallen sind, sich ebenfalls glutenfrei ernähren. Auch für Erwachsene scheint dies günstiger zu sein,

insbesondere um eine Osteoporose zu vermeiden. Eine Ernährungsberatung und der Kontakt zur Selbsthilfegruppe sind wichtige Elemente, dass die Ernährung gut umgestellt werden kann und die Patienten zum Einhalten motiviert werden.

Eine laktosefreie oder -arme Ernährung sollte nur bei Beschwerden auf laktosehaltige Lebensmittel empfohlen werden, um die Kalziumzufuhr nicht zu stark zu beeinträchtigen. Häufig gibt sich nach einigen Monaten glutenfreier Ernährung die Unverträglichkeit, wenn die Enzymproduktion in der regenerierten Schleimhaut wieder erfolgt. Bei nachgewiesenem Mangel mit verminderter Knochendichte oder erhöhtem Parathormonspiegel (Hormon der Nebenschilddrüse, das den Knochensalzgehalt reguliert), ist auf eine ausreichende Ergänzung mit Vitamin D und Calcium zu achten. Bei nachgewiesenen Defiziten der Mikronährstoffe sollte eine ausreichende Versorgung mit der Ernährung angestrebt werden und eine Ergänzung mit Vitaminen und Mineralstoffen in Betracht gezogen werden, vor allem bei Eisen, da sich hier der Mangel nur sehr langsam erholt.

Im Verlauf sollten die Patienten regelmäßig von einem Arzt untersucht werden. Dabei sollte darauf geachtet werden, wie sich die Symptome zurückgebildet haben und sich das Allgemeinbefinden gebessert hat. Zusätzlich ist eine Bestimmung der Antikörper wichtig, weitere Untersuchungen sind individuell abhängig von Symptomen und Vorbefunden zu durchzuführen.



Im Allgemeinen wird für Kinder, aber auch für Erwachsene eine jährliche Untersuchung für sinnvoll gehalten. Biopsien sind nur bei unklarem Verlauf zur Kontrolle notwendig, bei gutem Befinden und zurückgegangenen Antikörpern ist dies nicht erforderlich.

Eine Vorbeugung der Zöliakie ist derzeit nicht möglich. Die einzige Maßnahme, die in dieser Richtung empfohlen werden kann, ist der Aufbau der glutenhaltigen Beikost beim Säugling. Dabei sollte Gluten sollte in kleinen Mengen nicht vor der 17. und nicht nach der 26. Woche eingeführt werden. Es wird empfohlen, dass die Mutter in der Zeit der Gluteneinführung noch stillt.

4. Pathologie:

Die Biopsie aus dem Zwölffingerdarm stellt weiterhin einen wichtigen Bestandteil in der Diagnostik der Zöliakie bei Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen dar. Nur in seltenen Fällen kann bei Kindern darauf nach Abwägung der diagnostischen Kriterien, Vor- und Nachteilen des Vorgehens ohne Biopsie verzichtet werden. Dies sollte immer mit einem erfahrenen Kindergastroenterologen diskutiert werden. Es sollten insgesamt mindestens sechs Proben aus verschiedenen Abschnitten des Zwölffingerdarms entnommen werden, dabei sollten auch zwei dem so genannten Bulbus duodeni, der sich direkt an den Magenausgang anschließt, entstammen. Die Proben sollten der Marsh-Oberhuber-Klassifikation entsprechend bewertet werden. Man muss immer bedenken, dass die feingeweblichen Veränderungen auch in ähnlicher Form bei anderen Erkrankungen vorkommen können. Gerade bei Antikörper-negativen Verläufen oder schlechtem Ansprechen auf die Diät müssen diese Differentialdiagnosen beachtet werden.

5. Refraktäre Zöliakie, ulzerative Jejunitis und Enteropathie-assoziiertes Lymphom (EATL):

Unter refraktärer Zöliakie versteht man eine nicht auf die glutenfreie Ernährung ansprechende Zöliakie mit anhaltender oder wieder aufgetretener Zottenatrophie über mindestens 12 Monate. Besonders wichtig ist die Suche nach möglichen Diätfehlern mit Hilfe von Ernährungsfachkräften, da unbeabsichtigter Konsum von Gluten der häufigste Grund für anhaltende Beschwerden und Zottenveränderungen ist. In der Leitlinie werden die besonderen diagnostischen und therapeutischen Vorgehensweisen dieser seltenen Verlaufsformen beschrieben. Die Betreuung dieser Patienten sollte entsprechend erfahrenen Zentren vorbehalten werden.

Insgesamt stellt die neue Leitlinie Zöliakie, Weizenallergie und Weizensensitivität ein wichtiges Hilfsmittel für den Praxisalltag mit Zöliakiepatienten dar. Sie gibt Hilfestellung bei den meisten Fragen zum Beschwerdebild, zur Diagnostik und Therapie sowie zur Abgrenzung der verschiedenen weizenabhängigen Krankheitsbilder von einander. Mit der Verbreitung der Leitlinie sollten in Zukunft mehr Patienten sicher diagnostiziert werden, um ihnen baldmöglichst eine adäquate Therapie zukommen lassen zu können.

- Dr. med. Stephanie Baas, Fachmedizinische Beraterin der DZG