



pina

news

Nahrungsmittelallergie - eine besondere Herausforderung



Dr. Philippe Eigenmann

Liebe Kolleginnen, liebe Kollegen,

fast jeder dritte Mensch glaubt inzwischen, an einer Nahrungsmittelallergie zu leiden. Bei etwa fünf Prozent wird diese Diagnose tatsächlich gestellt. Zu den bekannten Nahrungsmitteln, die Allergien auslösen (Hühnerei, Milch, Erdnüsse und Nüsse, Fisch, Weizen usw.), haben sich in den vergangenen Jahren »Exoten« wie Mango oder Cashewnüsse hinzugesellt. Epidemiologische Studien, insbesondere aus den angelsächsischen Ländern, zeigen, dass sich die Prävalenzen von Nahrungsmittelallergien wie der Erdnussallergie in etwa zehn Jahren verdoppelt haben.

Für den Arzt stellt die Diagnose von Nahrungsmittelallergien eine besondere Herausforderung dar. Die Patientengeschichte ist hier besonders informativ und macht in manchen Fällen sogar weitere diagnostische Maßnahmen unnötig. Hautteste sind besonders aussagekräftig, wenn sie negativ ausfallen, da ihre Spezifität meist sehr hoch ist. Positive Hautteste können dagegen in die Irre führen, wenn die Krankengeschichte nicht unbedingt auf eine Nahrungsmittelallergie hinweist – z. B. bei einer atopischen Dermatitis. Bei diesen Patienten deutet ein positiver Test in den meisten Fällen auf eine Sensibilisierung in Abwesenheit einer Nahrungsmittelallergie. Vielen Eltern ist es dann nur schwer zu erklären, dass der positive Test nicht auf die ersehnte Ursache der atopischen Dermatitis hinweist.

Wenn wir uns mit Nahrungsmittelallergien befassen, müssen wir auch die Prävention erwähnen. Hier ist die so genannte GINI-Studie für uns Ärzte sehr interessant, da sie unabhängig durchgeführt wird und methodologisch aussagekräftig ist. Auf der nächsten Seite wird über die Drei-Jahres-Daten der GINI-Studie berichtet. Die Ergebnisse liefern uns zwar keine hundertprozentigen Lösungen für die Allergieprävention, die Beratung der betroffenen Eltern wird aber sicher einfacher werden.

Nahrungsmittelallergien sind »trendy«. Jedes Jahr erscheinen mehr wissenschaftliche Arbeiten auf diesem Gebiet. Beschäftigten sich früher fast ausschließlich Kinderärzte mit Nahrungsmittelallergien, scheint inzwischen auch das Interesse der Erwachsenenmedizin geweckt zu sein. Und das ist gut so. Denn dieses stetig wachsende Interesse wird auch unsere Möglichkeiten erhöhen, Nahrungsmittelallergien besser zu diagnostizieren und besser zu behandeln.

Ihr

Dr. Philippe Eigenmann
Leitender Arzt, Kinderallergologie
Universitäts-Kinderkrankenhaus Genf

Empfehlungen zur Atopieprävention

Prof. Dr. Carl Peter Bauer, Fachklinik Gaißach

Die Allergikerkarriere kann bereits im Säuglingsalter mit einer Nahrungsmittelallergie beginnen und äußert sich am häufigsten als atopisches Ekzem. Ob diese frühe Nahrungsmittelallergie durch die Art der Ernährung des Säuglings beeinflusst wird, war in den letzten 20 Jahren Gegenstand zahlreicher Studien. Aufgrund der vorliegenden Literatur können für die Atopieprävention heute folgende Empfehlungen gegeben werden:

- Ein erhöhtes Allergierisiko definiert sich über die familiäre Allergiebelastung (Vater, Mutter, Geschwisterkind; mindestens ein Familienmitglied betroffen).

- Die beste Milchernährung ist sechsmonatiges Stillen.
- Bei nicht gestillten oder teilgestillten Säuglingen wird anstelle der Muttermilch ausschließ-



Allergieprävention beginnt im Säuglingsalter! ➤

Inhalt.....

- 2 pina-Helpline und pina-Infoline**
- 3 Nahrungsmittelallergie im Kindesalter**
Interview mit Dr. Isidor Huttegger, Salzburg

- lich die Verwendung von Hydrolysatnahrung (EHF oder PHF) empfohlen, für die auch in klinischen Präventionsstudien eine Effektivität gezeigt wurde. Die Stärke der Hydrolyse selbst ist kein Entscheidungskriterium.
- Es wird derzeit weder für die Schwangerschaft noch die Stillzeit empfohlen, dass die Mutter



Nicht oder teilgestillte Säuglinge sollten Hydrolysatnahrungen erhalten, deren allergiepräventiver Effekt u.a. von der GINI-Studie belegt wurde.

eine bestimmte Diät einhält. Nur bei einer Nahrungsmittelallergie der Mutter selbst sind diese Nahrungsmittel natürlich zu vermeiden.

- Mit der Beikost sollte möglichst im 5. bzw. 6. Lebensmonat begonnen werden.
- Offen ist die Frage, ob eine Ernährung mit Hydrolysatnahrung nach dem 6. Monat aus präventiven Gründen sinnvoll ist. Zu dieser Fragestellung liegen bisher keine Studien vor.
- Die Hinweise auf die Bedeutung von Probiotika und Präbiotika für die Atopieprävention stellen einen interessanten Ansatz dar, müssen jedoch vor einer allgemeinen Empfehlung weiter überprüft werden.
- Die Frage, ob eine alimentäre Prävention nicht nur für Risikokinder, sondern für alle Kinder zu empfehlen ist, ist derzeit durch Studien nicht geklärt.

Literatur:

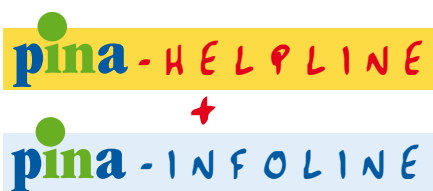
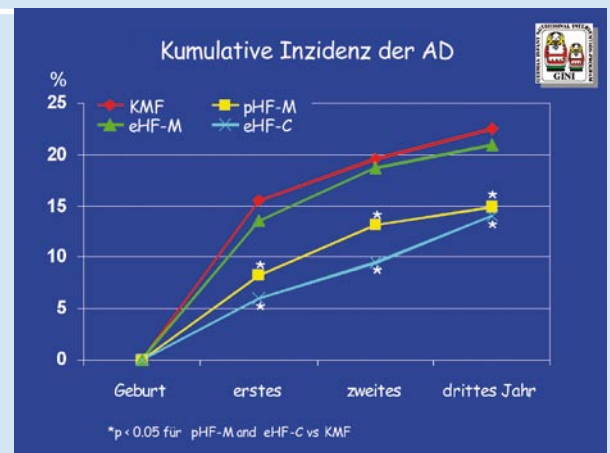
[1] Zeiger RS: Food allergen avoidance in the prevention of food allergy in infants and children: Pediatrics 2003, 111, 1662–1671
 [2] Berg v A: Certain hydrolyzed formula reduced the incidence of atopic dermatitis but not that of asthma: 3-years result of the GINI-study; JACI 2007, 119, 718–725
 [3] Fergusson M et al: Early solid feeding and recurrent childhood eczema: A 10-year longitudinal study: Pediatrics Vol. 86 No 4, October 1990
 [4] Zutavern A et al: The introduction of solids in relation to asthma and eczema: Arch Dis Child 2004, 90, 303–308
 [5] Zutavern A et al: Timing of solid food introduction in relation to atopic dermatitis and atopic sensitization: Results from a prospective birth cohort study: Pediatrics Volume 117, Number 2, February 2006
 [6] Kull I et al: Fish consumption during th first year of life and development of allergic diseases during childhood; Allergy 2006, 61, 1009–1015
 [7] Norris J et al: Risk of celiac disease autoimmunity and timing of gluten introduction in the diet of infants at increased risk of disease: JAMA, May 18, 2005 – Vol. 293, No. 19.
 [8] Ziegler AG et al: Early Infant Feeding and Risk of Developing Type 1 Diabetes-Associates Autoantibodies; JAMA, October 1, 2003 – Vol 290, No. 13

Das wichtigste Ergebnis der großen GINI-Studie ist in dieser Grafik zusammengefasst: Die zwei Studiennahrungen pHF-M (Beba-HA) und eHF-C (Nutramigen) haben die kumulative Inzidenz des atopischen Ekzems über die ersten drei Lebensjahre signifikant reduziert. Dabei hat sich der Effekt im ersten Lebensjahr entwickelt und bis ins dritte Jahr erhalten, d. h. die präventive Wirkung dieser Nahrungen im Vergleich zur regulären Kuhmilchformula bleibt erhalten. Keine der Hydrolysatnahrungen hatte einen Einfluss auf die Entwicklung von Asthma oder Heuschnupfen.

Dr. Andrea von Berg, Marienhospital Wesel

Literatur:

von Berg A, Koletzko S, Filipiak-Pittroff B, Laubereau B, Grühl A, Wichmann HE, Bauer CP, Reinhardt D, Berdel D; German Infant Nutritional Intervention Study Group: Certain hydrolyzed formulas reduce the incidence of atopic dermatitis but not that of asthma: three-year results of the German Infant Nutritional Intervention Study. J Allergy Clin Immunol 2007 Mar; 119 (3): 718–25. Epub 2007 Jan 22. PMID: 17240440 [PubMed - indexed for MEDLINE]



pina-Helpline, die telefonische Beratung bei Fragen zu Allergien und Asthma, richtet sich insbesondere an junge Familien und werdende Eltern. Werktags von 9 bis 12 Uhr beraten unter der Nummer

0 18 05 - 74 62 33 (12 ct/Min.)

Fachleute mit mehrjähriger Erfahrung in der Allergieambulanz fundiert und neutral. Umfassende Informationen bietet pina auch unter der Internet-Adresse www.pina-infoline.de.

Hier findet sich u. a. das pina-online-Buch »Allergien und Asthma bei Kindern und Jugendlichen«, das alles Wichtige über Ursachen, Behandlung und Vorbeugung von allergischen Erkrankungen enthält. Es gibt aber auch fachkundige Antworten auf Fragen rund um Allergie und Asthma.

Hier ein Beispiel aus der pina-Infoline:

? *Mein Kind ist allergiegefährdet. Darf ich dennoch Karotten als Beikost ab dem 6. Lebensmonat geben?*

! In Deutschland gehört die Frühkarotte zu den gängigen Erstgemüsen. Allergien gegen Karotten sind im Kindesalter selten. Auch bei Kindern treten Allergien gegen Karotten meist nach der Entwicklung und zusammen mit einer Pollenallergie

auf (Birke/Kräuter). Karottenallergien ohne Pollenallergie sind extrem selten, ebenso wie Allergien gegen Birke und Kräuter im Säuglingsalter, so dass die Zufuhr von Karotten im Vergleich zu anderen Gemüsen nicht unbedingt ein erhöhtes Risiko für eine Allergieentwicklung bedeutet. Es ergibt sich keine Notwendigkeit, die übliche Beikosteinführung mit Karotte zu ändern.

Helfen Sie mit!

Die fundierte Information der Betroffenen ist ein wesentlicher Baustein in der Prävention und Therapie allergischer Erkrankungen. Unterstützen Sie pina bei dieser wichtigen Aufgabe!

pina e. V., Konto-Nr. 48 470 674 00,
Dresdner Bank Kleinmachnow, BLZ 160 800 00

Nahrungsmittelallergie im Kindesalter

pina-Interview mit Dr. med. Isidor Huttegger, Universitätsklinik für Kinder- und Jugendheilkunde, Landeskliniken Salzburg

► Welche Ursachen können unerwünschte Reaktionen auf Nahrungsmittel haben?



Dr. Isidor Huttegger

Eine mögliche Ursache kann sowohl eine Allergie als auch eine Intoleranz sein. Die Unverträglichkeit von Lebensmittelzusätzen wie Konservierungsmitteln und Farbstoffen wird auch als undefinierte Nahrungsmittelintoleranz bezeichnet. Wichtig ist dabei, sie in ihrer Kausalität vom möglicherweise angeschuldigten Nahrungsmittel abzugrenzen.

Der Terminus Nahrungsmittelallergie wird üblicherweise für immunvermittelte Reaktionen verwendet. Eine Unterteilung erfolgt in IgE-medierte, meist allergische Frühreaktionen und nicht IgE-medierte, entweder Typ-III- oder Typ-IV-vermittelte, meist Spätreaktionen.

► Wie häufig sind Nahrungsmittelallergien?

Zur Prävalenz der Nahrungsmittelallergie im Kindesalter liegen unterschiedliche Daten vor. Angenommen wird eine Häufigkeit von sechs bis acht Prozent, wobei die Anzahl der von den Eltern vermuteten und der tatsächlich diagnostizierten Allergien weit divergiert. Von einer Kuhmilchproteinallergie sind im Säuglings- und frühen Kleinkindesalter etwa zwei bis drei Prozent betroffen. Bei Patienten mit einer mittelgradigen bis schweren atopischen Dermatitis wird eine Nahrungsmittelallergie zu 33 bis 50 Prozent diagnostiziert.

In unserer Bevölkerung spielen für Kinder Hühnerei, Kuhmilch, Soja, Nüsse, Fisch und Weizen

die Hauptrolle. Vielfach besteht eine Allergie nur auf ein Nahrungsmittel.

► Welche Symptome treten auf?

Im Säuglingsalter bevorzugt als atopische Dermatitis, generalisierte Urtikaria, als Kontakturtikaria-Syndrom oder als Gedeihstörung mit Durchfall oder Obstipation. Mit zunehmendem Alter manifestieren sich die Symptome an unterschiedlichen Organen, zum Beispiel an der Haut mit Juckreiz, Erythem, Urtikaria, Lippenanschwellung, Quincke-Ödem und Verschlechterung der atopischen Dermatitis oder am Gastrointestinaltrakt mit Übelkeit, Bauchschmerzen, Erbrechen, Durchfall, Blähungen, Gewichtsverlust und Gedeihstörung. Seltener treten Kopfschmerzen oder respiratorische

Diagnose von Nahrungsmittelallergien

Krankheitsgeschichte, Anamnese
Nahrungsmittel-Symptom-Tagebuch
Hauttestungen
Allergieantikörper vom IgE-Typ im Blut
Auslass- und Belastungstest

Ungeeignete Diagnosemethoden

Kinesiologie, Bioresonanz, Elektroakupunktur u. ä.
IgG-Antikörper im Blut
IgE-Antikörper im Blut ohne entspr. Symptomatik

Symptome wie Asthma, Rhinokonjunktivitis, Husten, Larynxödem und Stridor auf. Aber auch eine Anaphylaxie mit tödlichem Ausgang ist leider möglich! Die schwersten Reaktionen sieht man vor allem auf Erdnüsse, Soja, Nüsse, Fisch und Schalentiere.

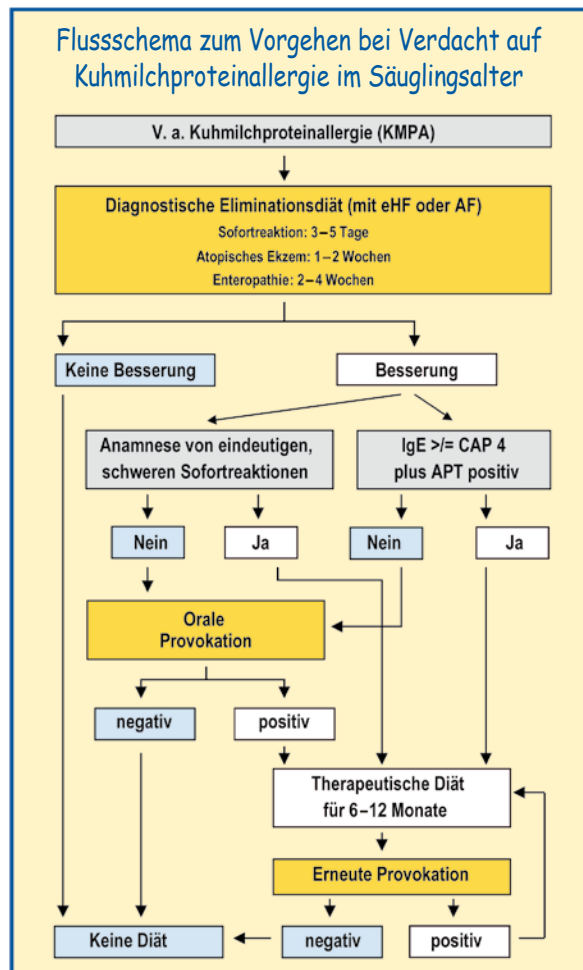
► Wie ist der weitere klinische Verlauf einer Nahrungsmittelallergie?

Der natürliche Verlauf einer Nahrungsmittelallergie variiert stark, je nach Alter, klinischem Erscheinungsbild und der Art des betreffenden Nahrungsmittels. Auf Kuhmilch, Ei und Weizen entwickelt sich eine Toleranz meist in den ersten zwei bis drei Lebensjahren, eine Allergie auf Fisch oder Nüsse bleibt länger, häufig ein Leben lang bestehen. Unabhängig von der klinischen Relevanz bleiben Prick-Test und spezifisches IgE meist über einen längeren Zeitraum positiv.

► Wie sind die diagnostischen Schritte bei Verdacht auf eine Nahrungsmittelallergie?

Die **Anamnese** ist für die weitere Abklärung von großer Bedeutung. Eine klare Anamnese macht in Übereinstimmung mit weiteren Testparametern (z. B. spezifisches IgE) andere diagnostische Schritte meist überflüssig.

Ein **Ernährungs- und Symptomenprotokoll** gibt, über ein bis zwei Wochen geführt, einen Überblick über den Speiseplan des Kindes und mögliche zeitliche Zusammenhänge zwischen verdächtigen Nahrungsmitteln und auftretenden Symptomen. Die Interpretation ist aufgrund nicht deklarer Nahrungsmittel häufig schwierig. Insgesamt besteht die Gefahr, dass vorgefasste Meinungen der Eltern in diesen Protokollen besonders dokumentiert werden.



AF = Aminosäuren-Formula, eHF = extensiv hydrolysierte Formula
[Pädiatr. Allergologie 4/05, © Niggemann]

➤ Das **Gesamt-IgE** zeigt allenfalls eine gewisse atopische Disposition an. Bei Kindern mit atopischer Dermatitis findet man in den meisten Fällen eine deutliche Erhöhung.

Ein erhöhtes **spezifisches IgE** zeigt primär eine Sensibilisierung und beweist alleine keinesfalls eine Nahrungsmittelallergie. Hilfreich kann die Höhe des spezifischen IgE vor allem für die Beurteilung des individuellen Verlaufs und der Notwendigkeit einer Provokation zur Überprüfung der klinischen Relevanz sein (»cut-off-Wert«).

Weitere Laborverfahren wie Basophilen-Aktivierungs- oder Degranulationstest, Histamin-Realase-Test, Leukotrien-Freisetzungstest oder Lymphozyten-Stimulations-Test sind mehr für wissenschaftliche Fragestellungen als für die Praxis gedacht. Andere Methoden wie zytotoxischer Lebensmitteltest, Bestimmung des IgG, Bioresonanz oder Elektroakupunktur sind in ihrer Bedeutung nicht evaluiert und werden nicht empfohlen.

Der Stellenwert des spezifischen IgE entspricht in etwa dem **Prick-Test**. Je nach Nahrungsmittel wird die Korrelation eines positiven Prick-Test-Ergebnisses mit einem positiven Provokationstest zwischen 40 und 80 Prozent angegeben. Ein klinisch relevanter positiver Test zeigt meist eine Sofortreaktion an.

Vergleiche mit Nahrungsmittelprovokationen zeigen, dass der **Atopie-Patch-Test** bei Patienten mit einer atopischen Dermatitis eine gute Ergänzung gerade im Hinblick auf Spätreaktionen darstellt. Für alle Diagnostikmethoden gilt: Erst mit der entsprechenden, kritisch hinterfragten Klinik oder einer kontrollierten oralen Gabe kann die Diagnose einer Nahrungsmittelallergie gestellt werden! Die **doppelblind placebokontrollierte Nahrungsmittelprovokation** (double blind placebo controlled food challenge, DBPCFC) ist somit der Goldstandard in der Diagnostik der Nahrungsmittelallergie. Nur wenn Anamnese und Allergietestergebnisse eine klare Zuordnung von Reaktionen zu einem Nahrungsmittel ermöglichen, wird nicht provoziert.

Nützliche Links zum Thema Nahrungsmittelallergie

- ALLUM – das Informationsangebot zu Allergie, Umwelt und Gesundheit: www.allum.de (Rubrik Krankheiten, Punkt Nahrungsmittelallergie)
- Deutscher Allergie- und Asthmabund e.V.: www.daab.de (Rubrik Allergie, Punkt Nahrungsmittelallergie)
- Lebensmittelintoleranz-Datenbank der Österreichischen Gesellschaft für Ernährung: www.lebensmittelintoleranz.org
- Food Allergy Info des britischen Institute of Food Research: www.foodallergens.info/DE/consu_mers
- Das Deutsche Ernährungsberatungs- und -informationsnetz (DEBInet) des Instituts für Ernährungsinformation in Freudenstadt: www.ernaehrung.de (Rubrik Ernährungstipps, Punkt Besondere Lebenssituationen, Punkt Nahrungsmittelallergie)

➤ Was ist nach einer diagnostizierten Nahrungsmittelallergie außer der strikten Karenz noch zu beachten?

Diätempfehlungen sind im frühen Kindesalter für die allermeisten Nahrungsmittel nur zwölf Monate gültig. Dann muss die klinische Aktualität anhand von Anamnese, Tests und eventuell Provokation hinterfragt werden, um Mangelerscheinungen durch Fehlernährung bei unnötiger Karenz zu vermeiden. Die Nahrungsmittelallergie ist ein dynamischer Prozess, der sich mit dem Alter des Patienten ändert.

➤ In welche Richtung wird sich die Diagnostik der Nahrungsmittelallergie entwickeln?

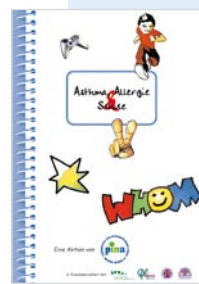
Hauttests und In-vitro-Untersuchungen zur Feststellung einer Nahrungsmittelallergie haben einen schlechten prädiktiven Wert. Eine potenzielle Verbesserungsmöglichkeit dieser Tests besteht im Nachweis von spezifischem IgE gegen selektierte Allergenstrukturen anstelle des Nachweises von IgE gegen ein gesamtes Nahrungsmittelextrakt. Ein Weg, das zu erreichen, ist die Anwendung von gereinigten natürlichen oder rekombinanten Nahrungsmittelallergenen. Das zunehmende Wissen über die Nahrungsmittelallergie öffnet verschiedene Wege in der Verbesserung der Diagnostik, in vivo und in vitro. Ob dies ein Ersetzen des Goldstandards, der DBPCFC, rechtfertigt, muss die Zukunft zeigen.

➤ Vielen Dank für das Gespräch!

Jetzt bei pina bestellen:

»pina news für Eltern« und Info-Mappe »Asthma, Allergie & Schule«

Parallel zu dieser Ausgabe der pina news erscheinen auch wieder die »pina news für Eltern«, die Sie regelmäßig für Ihr Wartezimmer beziehen können. Bestellungen mit Angabe der gewünschten Stückzahl nimmt die pina-Geschäftsstelle in Berlin schriftlich (am einfachsten via Fax, Adresse s.u.) entgegen. Ebenfalls dort erhalten Sie die Info-Mappe »Asthma, Allergie & Schule«. Auf einzelnen Blättern, die als Kopiervorlagen gedacht sind, werden die wichtigsten allergischen Erkrankungen erklärt und Hinweise zum Umgang mit Asthma, Heuschnupfen, Neurodermitis und Kontaktekzemen in der Schule gegeben. Die Mappe kann auch von der pina-Internet-Seite www.pina-infoline.de heruntergeladen werden.



Die Köpfe von pina

Vorstand

- Prof. Dr. Ulrich Wahn, Berlin
1. Vorsitzender
- Dr. Frank Friedrichs, Aachen
2. Vorsitzender
- Prof. Dr. Bodo Niggemann, Berlin
Schriftführer/Schatzmeister
- Dr. Andrea von Berg, Wesel
- Dr. Armin Grübl, München
- Kerstin Kaniecki-Loop, Freiburg
- Prof. Dr. C. P. Bauer, München/Gaißach
- Prof. Dr. Frank Riedel, Hamburg

Beirat

- Prof. Dr. Karl Christian Bergmann, Berlin
- Prof. Dr. Karl E. Bergmann, Berlin
- Prof. Dr. Joachim W. Dudenhausen, Berlin
- PD Dr. Susanne Lau, Berlin
- Dr. Hans-Joachim Mansfeld, Davos
- Karin Niederbühl, Siegburg
- Prof. Dr. Dietrich Reinhardt, München
- Prof. Dr. Christian Rieger, Bochum
- Dr. Ernst Rietschel, Köln

- Prof. Dr. Wolfram Sterry, Berlin
- Dr. Rüdiger Szczepanski, Osnabrück
- Prof. Dr. Torsten Zuberbier, Berlin

pina-Geschäftsstelle

- Sieglinde Meyer,
Klinik für Pädiatrie m.S. Pneumologie/
Immunologie, Charité,
Augustenburger Platz 1, 13353 Berlin
Tel.: 030-450566843
(dienstags und mittwochs 12-18 Uhr)
Fax: 030-450566943

Sponsoren

- Dr. Beckmann Pharma GmbH
- GlaxoSmithKline GmbH & Co. KG
- Hans Karrer GmbH Dermatologie
- Milupa GmbH
- MSD Sharp & Dohme GmbH
- PARI GmbH
- Phadia GmbH
- Stallergenes GmbH & Co. KG

Impressum

pina news, Ausgabe 15/Herbst 2007

Herausgeber: pina e.V. Präventions- und Informationsnetzwerk Allergie/Asthma, c/o Klinik für Pädiatrie m.S. Pneumologie/Immunologie, Charité, Augustenburger Platz 1, 13353 Berlin.
Redaktion: F. Friedrichs, A. Grübl, K. Kaniecki-Loop, U. Wahn. Abbildungen: bbm, cc, GINI, Niggemann, privat. Textbearbeitung, Gestaltung, Herstellung: Wurms & Partner PR GmbH, Bernrieder Straße 4, 82327 Tutzing.