

Arbeitskreis Diätetik in der Allergologie

Stellungnahme zur S2k-Leitlinie Zöliakie - Ergebnisse einer S2k-Konsensuskonferenz der DGVS gemeinsam mit der DZG zur Zöliakie, Weizenallergie und Weizensensitivität

- 1) Der Titel der Leitlinie impliziert, dass in der Leitlinie gleichgeordnet alle drei genannten Krankheitsbilder behandelt werden. Beim Lesen der Leitlinie ergibt sich dann eher das Bild, dass es primär um die Zöliakie geht, von der die beiden anderen Krankheitsbilder diagnostisch und therapeutisch abgegrenzt werden muss. Insofern ist der Titel ungünstig gewählt und der Hintergrundtext, dass in den letzten Jahren weitere Weizen-abhängige Erkrankungen, namentlich auch die Weizenallergie, Gegenstand wissenschaftlicher Forschung geworden sind, irreführend. Ebenso ist die Aussage, dass es zur Häufigkeit keine guten epidemiologischen Daten gibt, nicht zutreffend. Die Weizenallergie ist eine der häufigsten Nahrungsmittelallergien im Kindesalter und wird seit langem wissenschaftlich erforscht (1). Leitlinien zur Diagnostik und Therapie von Nahrungsmittelallergien sind vorhanden (2, 3), wurden aber in der vorliegenden Zöliakie-Leitlinie bis auf die amerikanischen (Boyce et al. 2010) nicht berücksichtigt. Bei dem gewählten Titel wäre eine Einbeziehung der allergologischen Fachgesellschaften (DGAKI, Aeda, GPA) sinnvoll gewesen.
- 2) Ziele: Unter Zielen der Leitlinie wird die Interdisziplinarität betont. Leider fehlen sowohl die Ernährungsfachkräfte (ak-dida, VDOE, VDD) als maßgebliche therapeutische Betreuer und die Allergologen (DGAKI, Aeda, GPA). Wie belegen Sie die Aussagen, dass die „Qualität der wissenschaftlichen Evidenz zur Weizenallergie nicht so hoch eingeschätzt wird wie die Qualität der wissenschaftlichen Evidenz zur Zöliakie“ und das „klare international akzeptierte Definitionen fehlen“? Diese Aussagen sind lediglich für die Nicht-Zöliakie-Nicht-Weizenallergie-Weizensensitivität zutreffend.
- 3) Zielgruppen: Als Zielgruppen sind Ernährungsfachkräfte ausdrücklich genannt (im Text als Ernährungsberater bezeichnet, was der Rahmenvereinbarung zur Qualitätssicherung s. Anschreiben nicht entspricht). Warum wurde diese Berufsgruppe nicht an der Erstellung der Leitlinie beteiligt und in die Leitliniengruppe aufgenommen? Vor allem im Kapitel „Therapie“ wäre die Einbeziehung von Ernährungstherapeuten sinnvoll gewesen.
- 4) Literatursuche: Da bei der Literatursuche der Begriff der Weizenallergie keine Rolle spielt, ist es offenbar auch nicht bzw. maximal differenzialdiagnostisch um dieses Krankheitsbild gegangen. Im Literaturverzeichnis beziehen sich nur vier (!) Arbeiten auf Weizenallergie.
Auch kritische Themen wie die niedrige Glutenmenge bei populären

Arbeitskreis Diätetik in der Allergologie

Ernährungsformen wie low-carb etc. oder die Berücksichtigung in der LMIV, die in der täglichen Praxis mit Zöliakiepatienten eine wichtige Rolle spielen, wurden bei der Literatursuche für das Kapitel „Therapie“ nicht berücksichtigt.

- 5) Die Ausführungen zur Weizenallergie sind lückenhaft und selbst bei Beschränkung auf gastrointestinal vermittelte Formen nicht ausreichend. Die Aussagen zum Nachweis einer Weizenallergie sind teilweise falsch dargestellt und es fehlt der Verweis auf nationale allergologische Leitlinien ([http://dgaki.de/leitlinien/aktuelle-
leitlinien/](http://dgaki.de/leitlinien/aktuelle-leitlinien/)). Auch aktuelle internationale Leitlinien hätten hier berücksichtigt werden müssen (2, 3). Eine Nebeneinanderstellung mit der Nicht-Zöliakie-Nicht-Weizenallergie-Weizensensitivität ist bedenklich.

- 6) Selbst die Ausführungen zur Nicht-Zöliakie-Nicht-Weizenallergie-Weizensensitivität erscheinen einseitig. Selbst wenn ATIs eine gute Erklärung für einen zugrundeliegenden Pathomechanismus der Nicht-Zöliakie-Nicht-Weizenallergie-Weizensensitivität darstellen mögen, so ist ein kausaler Zusammenhang noch nicht mit ausreichender Datenlage bestätigt.

Dass so genannte FODMAPs für gastrointestinale Beschwerden bei Reizdarmpatienten verantwortlich sein könnten, ist möglich, wurde anhand der zitierten Studie aber nicht primär untersucht bzw. nicht durch eine Kontrollgruppe auf die Probe gestellt (4). Bevor derart umfassende Eliminationsdiäten in der Patientenversorgung zum Einsatz kommen, ist ebenfalls eine ausreichende Evidenz zu erbringen. Viel wahrscheinlicher ist es, dass es große individuelle Unterschiede hinsichtlich der Verträglichkeit einzelner FODMAPs gibt. Zu unterstützen ist der Ansatz, die Ernährung breiter zu begutachten (Mahlzeitenzusammensetzung, Mahlzeitenabstände, Makronährstoffzusammensetzung, Anteil löslicher und unlöslicher Ballaststoffe etc.) und bei Verdacht auf Kohlenhydratmalassimilationen entsprechende Atemtests zur Diagnostik vorzunehmen.

- 7) Wie kann der Zeitraum zwischen Exposition und Symptomatik genannt werden, wenn weder der Auslöser noch der Pathomechanismus für die Nicht-Zöliakie-Nicht-Weizenallergie-Weizensensitivität feststeht?

- 8) Empfehlung 1.3: Dermatitis herpetiformis Dühring.

Im Empfehlungstext steht „gastroenterologische Mitbetreuung“ soll angeboten werden. Im Kommentartext steht erklärend, dass diese zum „Ausschluss einer Malabsorption bzw. anderer Mangelzustände und Komorbiditäten“ angeboten werden soll. Wieso haben Sie sich für die Formulierung „angeboten“ entschieden? Ist nicht „erfolgen“ sehr viel sinnvoller? Warum fehlt in der Empfehlung der nachfolgende Satz, dass eine Ernährungsberatung (besser –therapie) mit dem Ziel einer

Arbeitskreis Diätetik in der Allergologie

glutenfreien Diät auch zur Behandlung der kutanen Primärläsionen sinnvoll ist? Ist das nicht ein wesentlicher Therapiebaustein bei einem Großteil der Patienten (s. (5))?

9) Empfehlung 2.1: Klinischer Verdacht

Bereits an dieser Stelle und nicht erst als Empfehlung 2.6 sollte unbedingt auf eine ausreichend glutenhaltige Kost vor Diagnosestellung hingewiesen werden. In Zeiten der Popularität von kohlenhydratarmen Kostformen ist ein ausreichender Verzehr von glutenhaltigem Getreide nicht selbstverständlich.

Dass der vom Labor übermittelte Antikörperbefund auch die genauen Konzentrationen, das untersuchte Immunglobulin, den Grenzwert und den Hersteller enthalten soll, befürworten wir sehr.

10) Empfehlung 2.7: Glutenbelastung

Eine Glutenbelastung sollte unbedingt unter ernährungstherapeutischer Betreuung erfolgen. Auftretende Beschwerden können, müssen aber nicht glutenabhängig sein. Dagegen sind geringe Beschwerden oder gar Beschwerdefreiheit bei den meisten Patienten, die bereits Gluten meiden, selten. In diesen Fällen sollte die verzehrte Menge an Gluten überprüft werden.

11) Hintergrundtext: Glutenbelastung

Was konkret wird unter Spuren von Gluten verstanden?

Der Satz: „Dringend abgeraten werden muss daher von einer versuchsweisen glutenfreien Kost vor einer Diagnostik“ sollte in eine Empfehlung umgearbeitet werden.

Zur Dauer der Glutenbelastung und zur täglichen Menge an Gluten, die vor einer aussagekräftigen Antikörpertestung konsumiert werden sollte, sind die Aussagen der Leitlinie mißverständlich. Ist es korrekt, dass - obwohl es keine Evidenz zur Dauer und täglichen Menge an Gluten gibt - an der Menge 15 g festgehalten wird? Da der Brotverzehr bei vielen populären Kostformen deutlich unter den geforderten 6 Scheiben Brot liegt, ist die Empfehlung in „Scheiben Brot“ für viele nicht hilfreich.

Praxisrelevanter ist der Ansatz, auf Basis der individuellen Verzehrsgewohnheiten zu errechnen, wie sich 15 g Gluten in die tägliche Kost integrieren lassen. ,

Dass es keine Evidenz zur Dauer und täglichen Menge an Gluten gibt, liegt vermutlich vor allem daran, dass die aufgenommene Menge selten über ein Ernährungs- und Symptomtagebuch (EST) errechnet wird. Dies ließe sich leicht ändern, wenn in der Leitlinie das Führen eines EST und die ernährungstherapeutische Begleitung empfohlen würde. Dies verdeutlicht, dass die Ernährungstherapie bereits vor der Diagnosestellung eine wichtige Aufgabe übernimmt.

Arbeitskreis Diätetik in der Allergologie

12) Empfehlung 2.15: Kriterien bei Verzicht auf Biopsie im Kindesalter

Ein Verschwinden gastrointestinaler Symptome unter glutenfreier Diät kann nur dann stattfinden, wenn auch andere potentielle Auslöser für ähnliche Symptome (z. B. Laktose/ Fruktose) bedacht werden. Dies geschieht am einfachsten über ein EST, das durch eine erfahrene Ernährungsfachkraft (Ernährungstherapeut/in) ausgewertet wird. So kann eine mögliche Relevanz beachtet werden, ohne dass dem Betroffenen Diätfehler unterstellt werden bzw. er pauschal auf eine noch umfangreichere Diät gesetzt wird. Da eine eventuell auftretende sekundäre Kohlenhydrat-Malassimilation nach Regeneration der regelrechten Schleimhautarchitektur reversibel ist, sind pauschale Karenzempfehlungen als Dauerernährung nicht sinnvoll.

13) Empfehlungen 2.16 und 2.17: Diagnosesicherung und diskrepante Befunde

Bei beiden Empfehlungen sollte unbedingt auf die Notwendigkeit einer ausreichend glutenhaltigen Kost vor Antikörperbestimmung und Biopsie hingewiesen werden. Diese sollte durch ein EST überprüft werden.

14) Empfehlungen 2.18: zusätzliche Laborparameter

Gibt es einen Grund, warum die Bestimmung von Holotranscobalamin und eine Knochendichte-Messung nicht empfohlen werden (s. Osteoporose-Leitlinie <http://www.awmf.org/leitlinien/detail/II/034-003.html>)?

15) Empfehlung 2.20: Glutenbelastung zur Diagnosesicherung

Der Leser könnte an dieser Stelle ein Verständnisproblem haben. Gemeint ist nicht die Glutengabe VOR Diagnosestellung, die unbedingt notwendig ist, sondern die bewusste Gabe im Sinne einer Provokation nach Diagnosestellung. Dies sollte deutlicher herausgestellt werden.

16) Empfehlung 2.21: Diagnostik bei V. a. Weizenallergie

In der Regel wird erst ein Pricktest und dann die Antikörperbestimmung durchgeführt. Das Persistieren einer Weizenallergie ist nicht vom IgE-Antikörperspiegel abhängig. Bitte hier die aktuellen Leitlinien der allergologischen Gesellschaften beachten (<http://dgaki.de/leitlinien/aktuelle-leitlinien/>).

17) Empfehlung 2.22 und 2.23: Diagnostik bei V. a. Nicht-Zöliakie-Nicht-Weizenallergie-Weizensensitivität

Da die meisten Patienten bereits mit der entsprechenden Eigendiagnose kommen (6), ist ein Nachweis mittels doppel-blinder, placebo-kontrollierter Provokation entscheidend – nicht nur für Kinder (Empfehlung 2.23). Wenn eine Weizenallergie wie gefordert (Empfehlung 2.22) sorgfältig ausgeschlossen wurde, sind schwere Soforttypreaktionen nicht zu erwarten.

Das Führen eines Beschwerdetagebuchs allein ist nicht aussagekräftig, wenn der

Arbeitskreis Diätetik in der Allergologie

Betroffene von der Eigendiagnose überzeugt ist.

Wie kommen die Zahlen zustande, bei welchem Anteil der Patienten eine FODMAP-Diät hilft? Die Studie von Biesiekierski et al. (2013) hat doch lediglich gezeigt, dass Gluten nicht der Auslöser war (4). FODMAP hatten alle Patienten erhalten und wurde nicht gegen eine Kontrollgruppe getestet.

18) Empfehlung 3.1: Indikationen für Diät, symptomatische Patienten

Leider fehlt trotz der eindeutigen Indikation die umfangreiche Darstellung der Ernährungstherapie: Sicherstellung einer glutenfreien Kost über ein EST, ausreichenden Nährstoffversorgung (potenziell kritische Nährstoffe sollten an dieser Stelle nochmals genannt werden), küchentechnische Alternativen und Neuorganisation des Alltags und der Haushaltsorganisation, Verbesserung der Lebensqualität der Betroffenen

19) Empfehlung 3.2: Indikationen für Diät, asymptomatische Patienten

Da asymptomatische Patienten als Risikopatienten für Diätfehler und fehlende Compliance sollte an dieser Stelle bereits auf die Sinnhaftigkeit einer psychosomatischen Betreuung verwiesen werden (Empfehlung 3.10)

20) Empfehlung 3.3: Indikationen für Diät, subklinische Zöliakie

Ist die Formulierung, über die Möglichkeit einer GFD zu informieren, nicht zu schwach? Sollte der Betroffene nicht eher von den Vorteilen überzeugt werden?

21) Empfehlung 3.4 und Empfehlung 3.5: Durchführung der Diät

Gibt es Daten, ob die Verzuckerungsprodukte tatsächlich von Zöliakie-Betroffenen ohne Mengeneinschränkung vertragen werden? Erfahrungen aus der Ernährungstherapie zeigen durchaus eine Zunahme von Beschwerden bei Überschreitung bestimmter Mengen.

Bei persistierenden Beschwerden sollten auch andere potentielle Auslöser in Erwägung gezogen werden (s. auch Empfehlung 3.6).

Warum gibt es für die Einführung von nicht-kontaminiertem Hafer keine Mengenbegrenzung mehr? Gibt es neue Daten, die eine mengenunabhängige Toleranz belegen? Welche Parameter werden zur Überwachung herangezogen und in welchen Abständen sollte die Überwachung erfolgen?

22) Empfehlung 3.6: Laktosereduzierte Kost

Ein Wechsel auf laktosefreie Produkte ist sicher sinnvoller, um einen V. a. Laktoseunverträglichkeit zu erhärten, als eine laktosereduzierte Kost. Bei einer Erkrankung, die Osteoporose als Risikofaktor beinhaltet, sollte eine Empfehlung in Richtung einer Reduzierung von Milchprodukten nicht ausgesprochen werden, weil die Gefahr einer langfristigen Beibehaltung besteht. Derartige diagnostischen

Arbeitskreis Diätetik in der Allergologie

Maßnahmen sollten unbedingt ernährungstherapeutisch betreut werden, um die Deckung des Nährstoffs insbesondere in Hinblick auf eine ausreichende Calciumversorgung sicherzustellen.

Neben Laktose können auch Fructose und Sorbit für Beschwerden verantwortlich sein. Ebenso spielt die Menge und Komposition der Makronährstoffe sowie der Ballaststoffanteil (löslich vs. unlöslich) eine Rolle. Dies lässt sich leicht im Rahmen einer Ernährungstherapie eruieren.

23) Empfehlung 3.7: Malnutrition

Eine adäquate Nährstoffzufuhr und/ oder Substitution mit Vitaminen und Spurenelementen sollte doch bei jedem Betroffenen das Ziel sein. Warum wird der Mangel an Calcium an dieser Stelle nicht genannt?

24) Empfehlung 3.8: Ernährungstherapie

Warum wurde für die Wiederholung einer Ernährungstherapie die „kann“-Formulierung gewählt? Das steht im Widerspruch mit den Empfehlungen 3.11 und 3.13.

25) Empfehlung 3.9: Verweis auf Selbsthilfegruppe

Diese Empfehlung wird aus unserer Sicht sehr unterstützt.

26) Empfehlungen 3.11 und 3.13: Monitoring unter Diät

Eine sichere Erhebung des Ernährungsstatus erfolgt anhand einer computergestützten Nährwertanalyse.

Eine Befragung zur Einhaltung der GFD kann nur dann fruchtbar sein, wenn Diätfehler als solche erkannt werden.

Bei anhaltenden oder wiederauftretenden Symptomen können auch Gluten-unabhängige Auslöser eine Rolle spielen. Ein entsprechender Hinweis fehlt.

27) Empfehlung 3.15: Prävention

Es wäre hilfreich, sowohl empfohlene kleine Mengen, als auch nicht empfohlene große Mengen zu präzisieren. Zur Dauer der Einführung wäre es realistischer zu schreiben, dass Gluten „möglichst zwischen der 17. und 26. Woche eingeführt werden sollte“. Die Empfehlung „nicht nach der 26. Woche“ ist problematisch für alle, die diesen Zeitraum unbeabsichtigt nicht einhalten oder nicht einhalten können.

28) Empfehlung 3.17: Beginn der GFD NACH Diagnose

Dieser Satz der Empfehlung kann nicht stark genug betont werden!

Der anschließende Kommentar hinsichtlich Weizenallergie entspricht allerdings nicht den nationalen (<http://dgaki.de/leitlinien/aktuelle-leitlinien/>) und internationalen Leitlinien (2, 3):

“Atopy patch test

Arbeitskreis Diätetik in der Allergologie

Due to the lack of standardized test substances and the lack of studies showing advantages of atopy patch test (APT) over SPT or sIgE, APTs are not recommended for routine diagnosis of food allergy (16, 17).

See Recommendations Box 2B.

In the presence of a suggestive history, a negative SPT or sIgE needs to be interpreted with caution particularly as these are expected in non-IgE-mediated food allergy IV C (4)”

“Diagnostic workup of gastrointestinal non-IgE-mediated symptoms
Infants in the first year of life may present with gastrointestinal food-related clinical manifestations such food protein-induced enterocolitis syndrome (FPIES), proctocolitis, and enteropathy (38). Usually, patients have negative food sIgE testing (see Table 2). The diagnosis is based on symptoms, clinical history, elimination diet for up to 3 weeks, and specifically designed OFCs (39). Endoscopy with biopsies might be helpful in confirming bowel inflammation. Currently, there is scarce evidence that APT is helpful in diagnosing food allergy in such types of food allergy (40).

38. Leonard SA, Nowak-Wegrzyn A. Manifestations, diagnosis, and management of food protein-induced enterocolitis syndrome. *Pediatr Ann* 2013;42:135–140.

39. Metcalfe DD, Sampson HA, Simon RA, editors. *Food Allergy, 4th edn, Chapter 16.* Malden, MA, USA: Blackwell Publishing, 2008.

40. Fogg MI, Brown-Whitehorn TA, Pawlowski NA, Spergel JM. Atopy patch test for the diagnosis of food protein-induced enterocolitis syndrome. *Pediatr Allergy Immunol* 2006;17:351–355.“

Bezüglich der sogenannten Nicht-Zöliakie-Nicht-Weizenallergie-Weizensensitivität ist nicht ersichtlich, wie ohne bekanntem Pathomechanismus und ohne diagnostische Parameter so präzise Aussagen zur Therapie getätigt werden können. Aus unserer Sicht ist der Ausschluss der Zöliakie der wichtigste diagnostische Aspekt. Wenn die Patienten nicht zur Glutenbelastung bereit sind, mag man dann als Therapeut eine Indikation zur GFD geben? Viel entscheidender ist es aus unserer Sicht die Sicherstellung der Bedarfsdeckung durch eine Ernährungstherapie zu gewährleisten.

29) Empfehlung 5.2: Befundkonstellation refraktäre Zöliakie

Statt Diätassistent/in sollte einheitlich der Begriff der Ernährungsfachkraft oder des Ernährungstherapeuten verwendet werden, um beide beratenden Berufsgruppen abzubilden.

Die Aussage „Eine Testung auf HLA-DQ2 und HLA-DQ8 kann eine zu Grunde liegende Zöliakie nicht ausschließen, sondern nur unwahrscheinlich machen (hoher NPV).“ deckt sich in der Aussage nicht mit dem Kommentartext in Empfehlung 2.8

„Bei Negativität für HLA-DQ2 und -DQ8 ist eine Zöliakie weitgehend ausgeschlossen.

Die Betroffenen können eine glutenfreie Diät beenden.“

16.08.14

gez. H. Dethardt, Dr. S. Dölle, Dr. I. Reese, C. Schäfer, Dr. A. Wassmann
Arbeitskreis Diätetik in der Allergologie

Arbeitskreis Diätetik in der Allergologie

Literatur

1. Nwaru BI, Hickstein L, Panesar SS, Roberts G, Muraro A, Sheikh A. Prevalence of common food allergies in Europe: a systematic review and meta-analysis. *Allergy*. 2014;69(8):992-1007.
2. Muraro A, Werfel T, Hoffmann-Sommergruber K, Roberts G, Beyer K, Bindslev-Jensen C, et al. EAACI Food Allergy and Anaphylaxis Guidelines: diagnosis and management of food allergy. *Allergy*. 2014;69(8):1008-25.
3. Soares-Weiser K, Takwoingi Y, Panesar SS, Muraro A, Werfel T, Hoffmann-Sommergruber K, et al. The diagnosis of food allergy: a systematic review and meta-analysis. *Allergy*. 2014;69(1):76-86.
4. Biesiekierski JR, Peters SL, Newnham ED, Rosella O, Muir JG, Gibson PR. No effects of gluten in patients with self-reported non-celiac gluten sensitivity after dietary reduction of fermentable, poorly absorbed, short-chain carbohydrates. *Gastroenterology*. 2013;145(2):320-8.e1-3.
5. Mendes FB, Hissa-Elian A, Abreu MA, Goncalves VS. Review: dermatitis herpetiformis. *Anais brasileiros de dermatologia*. 2013;88(4):594-9.
6. Biesiekierski JR, Newnham ED, Shepherd SJ, Muir JG, Gibson PR. Characterization of Adults With a Self-Diagnosis of Nonceliac Gluten Sensitivity. *Nutrition in clinical practice: official publication of the American Society for Parenteral and Enteral Nutrition*. 2014;29(4):504-9.