

Februar 02/09: Diagnose von Zöliakie mittels Diätreaktionen?

Bei der Zöliakie handelt es sich um eine Gluten-bedingte, chronische Enteropathie, die mit Gluten-freier Diät behandelt wird. Die Krankheit gehört zweifellos zu den am häufigsten auftretenden Nahrungsmittelintoleranzen. Weizen wird häufig vom Speiseplan gestrichen, noch bevor histologische und serologische Untersuchungen durchgeführt werden, um so früh wie möglich mit der Therapie zu beginnen, oder um einen Diagnosetest durchzuführen. Die subjektive Unverträglichkeit gegenüber Getreide ist jedoch nicht spezifisch für Zöliakie. Bei der nachfolgend beschriebenen Studie untersuchten die Autoren, ob man auf eine Zöliakie schließen kann, wenn der Patient mit einer Verbesserung von gastrointestinalen Symptomen aufgrund einer glutenfreien Diät reagiert und mit einer Verschlechterung bei Wiedereinführung von Gluten in die Ernährung.

Campanella J, Biagi F, Bianchi PI, Zanellati G, Marchese A, Corazza GR
Clinical response to gluten withdrawal is not an indicator of coeliac disease
(Klinische Reaktion auf Glutenausschluss ist kein Marker für Zöliakie)
Scandinavian Journal of Gastroenterology 2008; 43: 1311-1314

Es wurden 705 Patienten mit Verdacht auf Zöliakie untersucht. Bei 180 Patienten basierte der Verdacht nicht auf Duodenalbiopsie und einem positiven Antikörperbefund und war daher zweifelhaft. 117 dieser 180 Patienten willigten in eine Wiederaufnahme von Gluten in den Speiseplan mit anschließender Duodenalbiopsie und Tests auf Endomysium-Antikörper ein, um die Zöliakiediagnose bestätigen oder ausschließen zu können. Von 112 dieser Patienten lagen Krankenblätter vor.

Nur bei 51 dieser 112 Patienten wurde die Diagnose der Zöliakie bestätigt.

Bei 61 Patienten konnte eine Zöliakie aufgrund unauffälliger Duodenalbiopsie und negativem Befund von Endomysium-Antikörpern ausgeschlossen werden. 52 dieser Patienten klagten über gastrointestinale Symptome, und die endgültige Diagnose ergab Reizkolon (n = 22), Laktosemalabsorption (n = 8), infektiöse Diarrhöe (n = 8), Nahrungsmittelallergie (n = 7), lymphozytäre Kolitis (n = 2), gastroösophagealen Reflux (n = 2) sowie übermäßiges Bakterienwachstum im Dünndarm, Morbus Crohn und chronische Pankreatitis (jeweils n = 1).

Überraschenderweise besserten sich die gastrointestinalen Symptome bei 64,7 % der Zöliakiepatienten und bei 75,0 % der anderen Patienten, was einem positiven Vorhersagewert von gerade mal 36 % entsprach. Bei 71,4 % der Zöliakiepatienten und 54,2 % der anderen Patienten führte die Wiedereinführung von Gluten zu einer klinischen Exazerbation. Dies entsprach einem noch geringeren positiven Vorhersagewert von 28 %. Die klinische Reaktion auf den Ausschluss von Gluten aus dem Speiseplan bzw. auf dessen Wiedereinführung hat folglich keinerlei Bedeutung für die Diagnose von Zöliakie.

Die Zöliakie ist durch Merkmale gekennzeichnet, die bei anderen Formen der Nahrungsmittelintoleranz und dem Reizkolon nicht vorhanden sind; dazu gehören assoziierte Autoimmunerkrankungen, anormales Wachstum und die Entwicklung oder ein erhöhtes Risiko für Tumore. In Anbetracht der langfristigen und sekundären Auswirkungen einer nicht adäquat behandelten Zöliakie müssen sich Ärzte und Patienten darüber bewusst sein, dass die Einhaltung einer Gluten-freien Diät entscheidend ist.

Beim geringsten Verdacht auf eine Zöliakiediagnose sollte diese daher mit einer sicheren Methode bestätigt oder ausgeschlossen werden. Dies ist nur mit einer Duodenalbiopsie und einem Test auf Zöliakie-Antikörper möglich. Beide Untersuchungen müssen bei Gluten-haltiger Ernährung des Patienten durchgeführt werden.

Die Autoren kommen zu folgendem Ergebnis: Da der experimentelle oder diagnostische Ausschluss von Gluten aus der Ernährung keinen doppelblinden Provokationstest darstellt, ist dieser Test unbrauchbar. Es sollte daher davon abgeraten werden, weil die richtige Diagnose von Zöliakie hierdurch nur erschwert wird.

