

Fact Sheet

Gluten-/Weizensensitivität

Es handelt sich hierbei um eine Intoleranz, die sich beim Verzehr glutenhaltiger Nahrung durch ähnliche Symptome äußert wie Zöliakie oder Weizenallergie. Über Entstehung und Ursachen des unscharf definierten Krankheitsbildes ist bisher wenig bekannt. Neben Gluten wird vermutet, dass Amylase-Trypsin-Inhibitoren (ATIs), die das Immunsystem über Toll-like-4-Rezeptoren (TLR-4) aktivieren, ursächlich beteiligt sind.¹ Auch den sogenannten FODMAPs (Fermentierbare Oligo-, Di- und Monosaccharide und Polyole) – kurzkettige, fermentierbare Kohlenhydrate – wird eine Beteiligung zugeschrieben.² Betroffenen wird eine glutenfreie Ernährung empfohlen, welche die Symptome verbessern kann.^{1,2}

Epidemiologie

Da es derzeit noch keine spezifischen Biomarker gibt, besteht über die Prävalenz von Gluten-/Weizensensitivität keine Evidenz. Es gibt Hinweise darauf, dass die Erkrankung häufiger vorkommt als Zöliakie.³ In Studien wird eine Prävalenz in der Gesamtpopulation von 0,49 – 14,9 % genannt.⁴

Symptome¹

Nach dem Verzehr glutenhaltiger Lebensmittel treten die Symptome in der Regel innerhalb von Stunden auf.⁵ Die Symptome der Unverträglichkeit sind unspezifisch und durch schnelles Auftreten und Abklingen gekennzeichnet.

Gastrointestinale Symptome:

Blähungen, abdominelle Beschwerden, Schmerzen oder Durchfälle.

Extraintestinale Symptome:

Kopfschmerzen, Lethargie, Aufmerksamkeitsdefizitstörungen und Hyperaktivität, Muskelbeschwerden, Knochen- und Gelenkschmerzen, geistige Verwirrung („foggy mind“), Ängstlichkeit.

Diagnostik

Es existieren keine spezifischen Biomarker oder diagnostischen Tests, über die eine Gluten-/Weizensensitivität nachgewiesen werden kann.² Dies macht zunächst den Ausschluss anderer Erkrankungen wie Zöliakie und Weizenallergie notwendig. Bei negativer Serologie für zöliakiespezifische Antikörper, normaler Dünndarmhistologie, negativem spezifischem IgE (Weizen) und negativem Pricktest (Weizen) kann der Verdacht auf eine Gluten-/Weizensensitivität gestellt werden.² Die Verdachts-Diagnose gilt als bestätigt, wenn die Symptome sich durch glutenfreie Ernährung verbessern und bei glutenhaltiger Ernährung wiederkehren.¹ Ein enges Patienten-Monitoring anhand eines standardisierten Diagnoseprotokolls (Salerno Experten-Kriterien) ist notwendig.³

Therapie

Patienten, die von einer Gluten-/Weizensensitivität betroffen sind, benötigen – ähnlich wie bei Zöliakie – eine glutenfreie Ernährung. Einige Betroffene weisen eine höhere Toleranzgrenze auf,

sodass die Aufnahme einer bestimmten Menge an Gluten vertragen wird.⁵ Wie viel Gluten problemlos verzehrt werden kann, muss probatorisch festgestellt werden. Bei Menschen mit Verdacht auf Gluten-/Weizensensitivität, die auf eine glutenfreie Ernährung nicht ansprechen, kann eventuell eine Diät, die arm an FODMAPs ist, die Beschwerden verringern.³

Quellen:

¹ Makharai et al.: The Overlap between Irritable Bowel Syndrome and Non-Celiac Gluten Sensitivity: A Clinical Dilemma, *Nutrients* 2015,7,10417-10426;doi:10.3390/nu7125541

² Felber et al.: Ergebnisse einer S2k-Konsensuskonferenz der Deutschen Gesellschaft für Gastroenterologie, Verdauungs- und Stoffwechselerkrankungen (DGVS) gemeinsam mit der Deutschen Zöliakie-Gesellschaft (DZG) zur Zöliakie, Weizenallergie und Weizensensitivität, 2014. *Z Gastroenterol* 2014; 52:711–743.

³ Catassi et al.: Diagnosis of Non-Celiac Gluten Sensitivity (NCGS): The Salerno Experts' Criteria, *Nutrients* 2015,7,4966-4977;doi:10.3390/nu7064966

⁴ Cárdenas-Torres FI, Cabrera-Chávez F, Figueroa-Salcido OG, Ontiveros N. Non-Celiac Gluten Sensitivity: An Update. *Medicina (Kaunas)*. 2021;57(6):526. Published 2021 May 24. doi:10.3390/medicina57060526

⁵ Dieterich W, Zopf Y. Gluten and FODMAPS-Sense of a Restriction/When Is Restriction Necessary?. *Nutrients*. 2019;11(8):1957. Published 2019 Aug 20. doi:10.3390/nu11081957

Fact Sheet

Reizdarmsyndrom

Das Reizdarmsyndrom ist eine funktionelle Erkrankung des Magen-Darm-Trakts. Betroffene leiden unter chronischen abdominellen Beschwerden, die ihre Lebensqualität erheblich einschränken können. Es stehen nur begrenzte Therapiemöglichkeiten zur Verfügung.¹ Es wird zwischen drei Formen unterschieden: Das diarrhoe-prädominante (RDS-D) oder obstipations-prädominante (RDS-O) Reizdarmsyndrom und das Reizdarmsyndrom mit wechselnden Stuhlgewohnheiten (RDS-M).

Epidemiologie

Weltweit wird die Prävalenz des Reizdarmsyndroms auf 11,2% geschätzt.³ In Deutschland sind Schätzungen zufolge ca. 15 % der Bevölkerung betroffen. Das Reizdarmsyndrom tritt signifikant häufiger bei Frauen auf (Verhältnis 2:1).^{2,3} Die Erkrankung verursacht erhebliche Kosten: Studien zufolge belaufen sie sich in Deutschland pro Patient auf ca. 990 €/Jahr.⁴

Symptome¹

Die Beschwerden des Reizdarmsyndroms sind relativ unspezifisch. Häufige Symptome sind Bauchschmerzen, Blähungen, Lebensmittelunverträglichkeiten sowie Verstopfung oder Diarrhoe.²

Diagnostik

Die Diagnose erfolgt als Ausschlussdiagnose, wenn keine organischen Ursachen für die Beschwerden des Verdauungstrakts gefunden werden können. Nach den Rom-IV-Kriterien liegt ein Reizdarmsyndrom vor, wenn die abdominellen Beschwerden oder Schmerzen an mindestens einem Tag pro Woche in den letzten drei Monaten bestanden (Beginn der Beschwerden mindestens sechs Monate vor Diagnose) und in Verbindung mit mindestens zwei der drei folgenden Kriterien auftraten:⁶

- Zusammenhang mit der Stuhlentleerung
- Änderung der Stuhlfrequenz
- Änderung der Stuhlkonsistenz

Therapie

Die Therapie des Reizdarmsyndroms orientiert sich individuell an der jeweiligen Ursache und dem spezifischen Beschwerdebild, es gibt keine Standardtherapie. Eine Ernährungsumstellung, eine symptomorientierte medikamentöse Behandlung oder psychotherapeutische Maßnahmen können für die Betroffenen hilfreich sein. Symptomverbesserung und Verträglichkeit stehen bei allen Behandlungsformen im Fokus. In der aktuellen S3-Leitlinie werden keine einheitlichen Ernährungsempfehlungen genannt, individuelle Empfehlungen sollten sich an den jeweiligen Symptomen orientieren.²

Gute Erfahrungen wurden beim Reizdarm mit dem Verzicht auf fermentierbare Oligo-, Di-, Monosaccharide und Polyole (FODMAPs) gemacht. In mehreren klinischen Studien lieferte eine

Low-FODMAP-Diät vielversprechende Ergebnisse: Bei drei von vier RDS-Patienten (75 %) zeigte sich eine signifikante Linderung der Symptome. Mehr als 80 % der Probanden verfolgten die Low-FODMAP-Diät über die Studiendauer hinaus weiter.⁵

Die aktuelle S3-Leitlinie bestätigt die Empfehlung für eine Low-FODMAP Diät bei Bauchschmerzen, Blähungen und Diarrhoe als dominantes Symptom. Allerdings sind nicht bei allen Reizdarm-Patienten ausschließlich FODMAPs für die gastrointestinalen Beschwerden verantwortlich. Bei einem nicht unerheblichen Teil der Patienten kommt auch eine Gluten-/Weizensensitivität als Ursache in Frage. In einer Studie, in der Patienten mit Reizdarm für vier Monate eine glutenfreie Ernährung befolgten, kam es bei 34 % zu einer deutlichen oder vollständigen Besserung der Symptome.¹

Damit die Ernährungstherapie bei Patienten mit Reizdarm korrekt und ausgewogen umgesetzt wird, sollte eine qualifizierte Ernährungsberatung in Anspruch genommen werden.³

Quellen:

¹ Barmeyer et al.: Long-term response to gluten-free diet as evidence for non-celiac wheat sensitivity in one third of patients with diarrhea-dominant and mixed-type irritable bowel syndrome. *Int J Colorectal* 2017;32, Issue 1: 29–39

² Wittkamp P. et al.: Prävalenz des Reizdarmsyndroms nach den Rom-III-Kriterien in Deutschland und Zusammenhänge mit potentiellen Risikofaktoren; *Z Gastroenterol* 2012; 50 - V36

³ Layer, Andresen et al: Update S3-Leitlinie Reizdarmsyndrom: Definition, Pathophysiologie, Diagnostik und Therapie des Reizdarmsyndroms der Deutschen Gesellschaft für Gastroenterologie, Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten (DGVS) und der Deutschen Gesellschaft für Neurogastroenterologie und Motilität (DGNM). Konsultationsfassung Juni 2020

⁴ Muller-Lissner et al.: Irritable bowel syndrome in Germany. A cost of illness study. *Eur J Gastroenterol Hepatol* 2002;14:1325–9

⁵ Halmos, E.P. et al.: A diet low in FODMAPs reducec symptoms of irritable bowel syndrome. *Gastroenterology*. 2014 Jan;146/1:67-75.e5. doi:10.1053/j.gastro.2013.09.046. Epub 2013 Sep 25

⁶ Schmulson MJ, Drossman DA. What Is New in Rome IV. *J Neurogastroenterol Motil.* 2017;23(2):151-163. doi:10.5056/jnm16214

Fact Sheet

Zöliakie

Zöliakie ist eine chronisch-entzündliche Darmerkrankung, die bei Menschen mit genetischer Prädisposition (HLA-Marker DQ2 oder DQ8) durch den Verzehr glutenhaltiger Nahrung ausgelöst wird. Sie ist die Folge einer fehlgerichteten Immunantwort auf Gluten und führt von entzündlichen Veränderungen im Dünndarm bis zu systemischen Komplikationen. Es kommt zur Malabsorption von Nährstoffen und entsprechenden Folgeerkrankungen. Zöliakie besteht lebenslang, ist aber durch eine glutenfreie Ernährung sehr gut behandelbar – nicht behandelt geht die Erkrankung mit erhöhter Morbidität und Mortalität einher. Das Risiko für weitere Autoimmunerkrankungen ist bei Zöliakie erhöht.^{1,2}

Epidemiologie

Es muss von einer hohen Anzahl an erkrankten, aber nicht diagnostizierten Personen ausgegangen werden.² Eine aktuelle systematische Metaanalyse hat gezeigt, dass die Inzidenz von Zöliakie in der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts sowie im 21. Jahrhundert in der gesamten westlichen Welt erheblich zugenommen hat. Bei Frauen und Kindern ist die Anzahl an Neuerkrankungen am höchsten.⁴ Die weltweite Seroprävalenz (basierend auf Serummarker IgA anti-TG2 und/oder anti-Endomysial-Antikörper) beträgt 1,4%.³

Symptome¹

Intestinale Symptome:

Motilitätsstörungen (z. B. Diarrhoe, Obstipation), Übelkeit und Erbrechen, Flatulenz, chronische Bauchschmerzen, aufgeblähtes Abdomen

Extraintestinale Symptome:

Gewichtsverlust, Wachstumsstörung beim Kind, Anämie, Osteomalazie/Osteoporose, Zahnschmelzveränderungen, periphere Neuropathie/Polyneuropathie, Tetanie/Muskelschwäche, Nachtblindheit, Hämatome, Ödeme und rezidivierende orale Aphten

Komorbiditäten

Es gibt Begleiterkrankungen, die bei einer Zöliakie gehäuft auftreten. Untersuchungen zum Nachweis oder Ausschluss einer Zöliakie sollten unter anderem bei manchen Autoimmunerkrankungen (z. B. Diabetes mellitus Typ-1), neurologisch-psychiatrischen Krankheiten (z. B. Migräne), Hauterkrankungen (z. B. Dermatitis herpetiformis Duhring) und genetischen Syndromen (z. B. Down-Syndrom/Trisomie 21) durchgeführt werden.¹

Diagnostik

Aufgrund der heterogenen Symptome wird die Erkrankung häufig spät oder gar nicht diagnostiziert. Bei klinischem Verdacht auf Zöliakie ist ein spezifischer Antikörpertest in der Regel ausreichend. Die Zöliakie-Leitlinie empfiehlt primär die Untersuchung der Gewebetransglutaminase-IgA-Antikörper (tTG-IgA-Ak) sowie des Gesamt-IgA im Serum. Die Diagnostik sollte unter einer glutenhaltigen Ernährung erfolgen.¹ Bei niedrigem Gesamt-IgA im Serum (unterhalb des Referenzbereichs des Labors bezogen auf das Alter) sollten zusätzlich IgG-

Antikörper gegen Gewebetransglutaminase (tTG) oder gegen deamidierte Gliadinpeptide (dGP) bestimmt werden. Die HLA-Typisierung sollte nicht bei der Erstdiagnostik der Zöliakie eingesetzt werden, kann aber verwendet werden, um eine Zöliakie bei Menschen auszuschließen, die ihre Ernährung bereits auf glutenfreie Kost umstellten, bevor sie sich untersuchen ließen. Ein genetischer Nachweis von HLA-DQ2 oder -DQ8 hat nur geringen Vorhersagewert, da ca. 30 % der Bevölkerung positiv für diese HLA-Marker sind. HLA-DQ2 und -DQ8 Negativität hat jedoch einen sehr guten negativen Prädiktionswert.¹

Therapie

Ziele der Therapie sind laut Empfehlungen der Zöliakie-Leitlinie die Besserung gastrointestinaler und extraintestinaler Beschwerden, die Prävention von Nährstoffmangel mit seinen Folgen und die Verbesserung der Lebensqualität. Dazu ist die Umstellung auf eine glutenfreie Ernährung erforderlich, die lebenslang eingehalten werden muss. Glutenhaltige Getreide und daraus hergestellte Produkte müssen streng gemieden werden, da schon geringe Mengen zu einem Rezidiv führen können.¹ Bei Malnutrition oder klinisch relevantem Mangel an Mikronährstoffen ist zusätzlich eine adäquate Nährstoffzufuhr und/oder eine Substitution mit Vitaminen oder Spurenelementen angezeigt.¹

Quellen:

¹ Al-Toma A, Volta U, Auricchio R, et al. European Society for the Study of Coeliac Disease (ESsCD) guideline for coeliac disease and other glutenrelated disorders. United European Gastroenterol J 2019. 7: 583-613

² Laass et al.: Zöliakieprävalenz bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland, Deutsches Ärzteblatt; Jg. 112; Heft 33–34; 2015

³ Singh P, Arora A, Strand TA, Leffler DA, Catassi C, Green PH, et al. Global prevalence of celiac disease: systematic review and meta-analysis. Clin Gastroenterol Hepatol. (2018) 16:823–36.e2. doi: 10.1016/j.cgh.2017.06.037

⁴ King JA, Jeong J, Underwood FE, et al. Incidence of Celiac Disease Is Increasing Over Time: A Systematic Review and Meta-analysis. Am J Gastroenterol. 2020;115(4):507-525. doi:10.14309/ajg.0000000000000523