

Routinemäßige Glutenbelastung bei Zöliakie?

Ist eine Reexposition gegenüber Gluten für die Bestätigung der Diagnose Zöliakie bei Kindern unter zwei Jahren sinnvoll? Das Ergebnis einer niederländischen Studie zeigt, dass es sich durchaus lohnt, auch Altbewährtes von Zeit zu Zeit neu zu überdenken.

Die Zöliakie ist in den letzten 20 Jahren durch die Verbesserung der serologischen Diagnostik, insbesondere durch die Entdeckung der Transglutaminase-Antikörper sowie die Klassifikation der Dünndarmhistologie nach Marsh, immer genauer zu diagnostizieren. Trotzdem gibt es bei Kindern im Alter unter zwei Jahren noch diagnostische Unsicherheiten. Hier sind die Transglutaminase-Antikörper noch nicht immer nachweisbar. Außerdem kann das Bild einer kuhmilchinduzierten Enteropathie dem einer Zöliakie fast identisch sein. Aus diesem Grund empfiehlt die Europäische Gesellschaft für pädiatrische Gastroenterologie, Hepatologie und Ernährung (ESPGHAN) immer noch eine Reexposition gegen Gluten im späteren Lebensalter.

In einer multizentrischen Studie niederländischer Kindergastroenterologen wurde jetzt untersucht, ob diese routine-

mäßige Glutenbelastung wirklich sinnvoll ist. Hierzu wurden 333 Kinder, bei denen in den ersten zwei Lebensjahren die Diagnose einer Zöliakie gestellt wurde, retrospektiv untersucht. Bei 100 dieser Kinder war eine formelle Glutenbelastung durchgeführt worden.

In 97 Fällen kam es erneut zu den typischen Veränderungen der Schleimhaut, bei drei Kindern nicht. Zwei der Kinder hatten bei der retrospektiven Nachanalyse aller Daten sichtlich schon bei Diagnosestellung die Kriterien einer Zöliakie nicht komplett erfüllt. Ein Patient könnte eine vorübergehende Glutenintoleranz gehabt haben. Bei allen dreien waren zu keinem Zeitpunkt Transglutaminase-Antikörper nachgewiesen worden.

Kommentar: Angesichts der niedrigen Wahrscheinlichkeit, dass eine vorübergehende Glutenintoleranz vorliegt, scheint

eine routinemäßige Wiederbelastung mit Gluten nicht gerechtfertigt zu sein. Insbesondere konnten die Gastroenterologen nachweisen, dass bei allen Patienten mit positiven Transglutaminase-Antikörpern bei Diagnosestellung die Diagnose in keinem Fall revidiert wurde.

Die Studie zeigt, dass die mittlerweile 19 Jahre alten europäischen Kriterien, die auch in Deutschland noch gelten, überprüft werden sollten. Ich persönlich rate nur bei einem kleinen Teil der Patienten zu einer Glutenreexposition: Wenn die Erkrankung im ersten Lebensjahr begonnen hat, wenn keine Transglutaminase-Antikörper nachzuweisen waren und wenn eine histologische Untersuchung nicht vorliegt oder nicht eindeutig ist. Hilfreich ist in solchen Fällen manchmal auch die Bestimmung von HLA DQ2 und DQ8. Wenn keines der beiden Merkmale vorliegt, ist eine Zöliakie ebenfalls weitgehend unwahrscheinlich. **Dr. Martin Claßen**

Wolters VM et al. Is gluten challenge really necessary for the diagnosis of coeliac disease in children younger than age 2 years? **J Pediatr Gastroenterol Nutr** 2009; 48: 566–70

Kein Effekt von Laktobazillus und Racecadotril

Zwei aktuelle Studien gingen der Frage nach, ob bei einer akuten Gastroenteritis neben der Rehydratation auch andere Therapieoptionen eine relevante Wirkung haben.

Neben der oralen Rehydratationstherapie konnten in der Vergangenheit zwei weitere Interventionen einen Effekt in der Behandlung einer akuten Gastroenteritis erzielen: Lactobacillus GG (LGG) und Racecadotril. Zwei neue Studien stellen diese Ergebnisse nun in Frage:

- Eine Untersuchung an 229 Patienten, die wegen einer akuten Diarrhö in Indien hospitalisiert worden waren, wurden mit LGG oder Placebo behandelt. Es konnte kein Effekt im Bezug auf Stuhlhäufigkeit, Konsistenz sowie Dauer der Diarrhöen und Ausmaß der Dehydratation nachgewiesen werden [1].
- Die Wirksamkeit von Racecadotril, das den Wasserverlust in der Darmschleimhaut vermindern soll, wurde bei 189 Kindern in Spanien untersucht. Hier

wurde eine orale Rehydratation entweder alleine oder plus Racecadotril eingesetzt. Dabei konnte in beiden Gruppen kein Unterschied in Bezug auf die Häufigkeit oder die Konsistenz der Stuhlentleerung gefunden werden. Die Untersuchung wurde bei Kindern unter drei Jahren durchgeführt [2].

Kommentar: Mein wichtigstes Fazit aus diesen beiden Studien ist, dass die orale Rehydratation unzweifelhaft die allerwichtigste therapeutische Intervention in der Behandlung einer akuten Gastroenteritis bleibt. Für die zusätzlichen Maßnahmen ergaben sich hier keine eindeutigen positiven Effekte. Für das LGG gibt es mittlerweile mehrere Studien mit und mehrere ohne Wirkungsnachweis. Die Anzahl

der Studien zu Racecadotril ist niedriger, auch hier widersprechen sich aber die Studienergebnisse. Eine genauere Analyse der Studien kann weitere Differenzierungen im Hinblick auf untersuchte Kollektive (Entwicklungsländer gegenüber industrialisierten Länder), Erreger der Enteritis, Altersgruppen, Schwere der Enteritis etc. liefern. Metaanalysen werden folgen, nach denen man sich dann richten kann.

Diese beiden Studien helfen allerdings denjenigen Pädiatern, die nicht automatisch zur oralen Rehydratationslösung eines der Medikamente zusätzlich verwenden, kein schlechtes Gewissen zu entwickeln, und so die Kosten im Rahmen zu halten. **Dr. Martin Claßen**

-
1. Misra S et al. A randomized controlled trial to evaluate the efficacy of Lactobacillus GG in infantile diarrhea. **Pediatrics** 2009; 155: 129–32
 2. Santos M et al. Use of Racecadotril as outpatient treatment for acute gastroenteritis: A prospective, randomized, parallel study. **J Pediatr** 2009; 155: 62–7