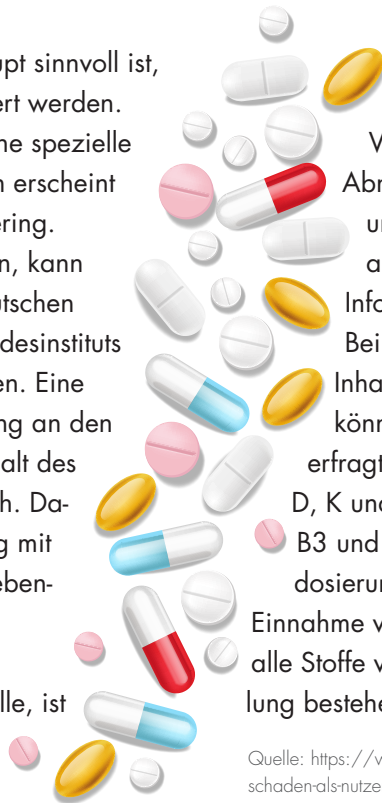


FAQ Ein Patient wünscht eine Labordiagnostik zur Vermeidung einer Überdosierung von Nahrungsergänzungsmitteln.

Die Frage, ob eine Substitution überhaupt sinnvoll ist, sollte mit dem Patienten als erstes erörtert werden. Bei einer ausgewogenen Ernährung ohne spezielle Ernährungsweise oder Vorerkrankungen erscheint der mögliche Zusatznutzen allenfalls gering. Sollte eine Substitution in Frage kommen, kann zunächst auf die Empfehlungen der deutschen Gesellschaft für Ernährung und des Bundesinstituts für Risikobewertung hingewiesen werden. Eine Überdosierung erscheint bei Orientierung an den Grenzwerten und Abgleich mit dem Inhalt des Ergänzungspräparates unwahrscheinlich. Dabei sollte jedoch die reguläre Ernährung mit einbezogen werden, da hier natürlich ebenfalls Nährstoffe zugeführt werden. Bleibt eine Unsicherheit bestehen oder wünscht der Patient explizit eine Kontrolle, ist dies laborseitig natürlich möglich.



Bei Supplementierung einzelner Stoffe können diese i. d. R. als IGel angefordert werden (z. B. Vitamin B12, Ferritin, Calcium oder Vitamin D). Die Abnahme sollte nüchtern am frühen Vormittag erfolgen und das Material je nach Analyse ggf. lichtgeschützt aufbewahrt und zeitnah abgeholt werden (nähere Infos finden Sie in unserem Analysenverzeichnis). Bei Kombinationspräparaten kann eine Prüfung aller Inhaltsstoffe sehr kostenintensiv ausfallen. Zunächst können hier körperliche Symptome einer Überdosierung erfragt werden. Insbesondere die fettlöslichen Vitamine E, D, K und A, aber auch wasserlösliche Vitamine wie z. B. B3 und B6 oder Elektrolyte können symptomatische Überdosierungen verursachen. Langzeitdaten bei hochdosierter Einnahme von Nahrungsergänzungsmitteln sind längst nicht für alle Stoffe verfügbar. Es bleibt also trotz Messung die Empfehlung bestehen, sich an den o.g. Institutionen zu orientieren.

Quelle: <https://www.aok.de/pk/magazin/ernaehrung/vitamine/warum-vitamine-mehr-schaden-als-nutzen-koennen/>

UPDATE Methotrexat begünstigt Hautkrebs

Eine dänische Fallkontrollstudie die sich auf das Hautkrebsregister von 2004–2018 bezog errechnete die Assoziation von MTX mit verschiedenen Krebstypen. Die kumulative Einnahme von $\geq 2,5$ g MTX (= ca. 17,5mg/ Woche über 2,7 Jahre) war mit erhöhten Risiken für Plattenepithelkarzinome, Basalzellkarzinome und kutane maligne Melanome assoziiert. Für die ersten beiden bestand hierbei eine dosisabhängige Beziehung. Der Einfluss des Hauttyps und der Lichtexposition wurden nicht erfasst. Neue Handlungsempfehlungen ergeben sich daher nicht, ebenso sollte auf den notwendigen Einsatz von MTX nicht verzichtet werden. Zunächst sollten die Kenntnisse zu erhöhter Aufmerksamkeit bei den behandelnden Ärzten führen.

Quelle: Medical Tribune (Methotrexat begünstigt Hautkrebs – behandelnde Ärzte sollten das Risiko kennen), Dr. Franziska Hainer, vom 06.05.23

Laborparameter im Fokus

TRANSGLUTAMINASE-IGA ANTIKÖRPER

Bei Verdacht auf das Vorliegen einer Zöliakie wird die Bestimmung der **Transglutaminase-IgA Antikörper** empfohlen. Um diese richtig bewerten zu können, ist es sinnvoll, gleichzeitig das **Gesamt-IgA** zu messen.

Sollte ein IgA-Mangel vorliegen, wird die Bestimmung der Transglutaminase-IgG Antikörper empfohlen. Weiterhin ist eine bis zum Entnahmezeitpunkt vorliegende glutenhaltige Ernährung notwendig, da bei Vorliegen einer Zöliakie und einer glutenfreien Ernährung der Antikörperspiegel abfällt. Für die Abnahme benötigen Sie lediglich ein Serumröhrchen.

ANDERE WEIZEN-ASSOZIIERTE ERKRANKUNGEN – WORAN DENKEN ABSEITS DER ZÖLIAKIE?

IgE-vermittelte Soforttypreaktionen sind gut anamnestisch zu erfassen aufgrund der typischen Symptomatik an Haut, Atemwegen, Gastrointestinaltrakt u/o Herz-Kreislaufsystem. Sie lassen sich durch spezif. IgE im Haut- oder Bluttest (und ggf. Provokationstest) detektieren. Da viele nicht klinisch relevante Sensibilisierungen auftreten (besonders im Kindesalter), sollte der Nachweis nur bei hinweisender Anamnese erfolgen. Die Weizeneliminationsdiät ist eine wichtige Säule der Therapie. Für die bessere Verträglichkeit älterer Sorten gibt es keine Evidenz.

Nicht IgE-vermittelte Weizenallergien sind z. B. für die eosinophile Ösophagitis/Gastritis beschrieben und wesentlich schwieriger zu diagnostizieren. Die Pathogenese ist, wie auch beim FPIES (Food protein induced enterocolitis syndrom), schlecht verstanden. Werden solche Reaktionen durch Provokation nachgewiesen, ist auch hier Weizenmeidung erforderlich. Typ 1 Weizenallergien sind im Erwachsenenalter seltener und treten v. a. in Form von Co-Faktor-getriggerten Weizenallergien auf. Hier ermöglichen Augmentationsfaktoren das Auftreten allergischer Reaktionen durch das Herabsetzen der Schwellendosis. Für die WDEIA (Wheat dependant exercise induced anaphylaxis) wurde Anstrengung als solcher erstbeschrieben, es kommen aber auch Alko-

holgenuss, Medikamente u. v. m. in Frage. Das Vorhandensein von Co-Faktoren und das damit teils verzögerte Auftreten nach Weizengenuss lässt den Zusammenhang schwieriger erkennen, eine generelle Weizenmeidung ist bei Kenntnis der Co-Faktoren jedoch nicht notwendig.

Eine Nicht-Zöliakie-Weizen-Sensitivität (NZWS) kann insbesondere bei Reizdarmpatienten mit intestinalen und nicht-intestinalen Symptomen auftreten. Es werden eine Vielzahl von Pathomechanismen und Auslösern (Fruktane, Saccharide, Polyole, Amylase-Trypsin-Inhibitoren und Proteinbestandteile) diskutiert, Gluten erscheint jedoch nicht wahrscheinlich. Die Verdachtsdiagnose NZWS soll erst verfolgt werden, wenn Zöliakie und allergische Formen sicher ausgeschlossen sind. Hierfür muss vor der Zöliakie-Diagnostik ggf. eine Glutenbelastung erfolgen, wenn Patienten bereits selbst eine Reduktion von Gluten oder Kostformen wie Low-Carb, ketogen oder Paleo etc. praktizieren.

Eine individuelle Ernährungsberatung ist immer empfohlen, da die pauschale Meidung verdächtiger Trigger/Umsetzung von Diäten Risiken birgt (Nährstoffdefizite, Folgeerkrankungen etc.).

Quelle:
I. Reese – Andere Weizen-assozierte Erkrankungen, Verdauungskrankheiten, Jahrgang 40, Nr. 4/2022, S. 180–186

pics by freepik.com