

Milcheiweissallergie

Die Kuhmilchallergie (KMA) ist eine der häufigsten Nahrungsmittelallergien in Europa. Allerdings wird sie wesentlich öfter vermutet als klinisch tatsächlich nachgewiesen. Ein Verzicht auf Milch und Milchprodukte ist aber nur gerechtfertigt, wenn dies therapeutisch indiziert ist. Zu einem vorbeugenden Verzicht im Sinne der Allergieprävention wird heute nicht mehr geraten.

Auch wenn Kuhmilch ein wichtiger Auslöser von Nahrungsmittelallergien ist, wird ihre Häufigkeit deutlich überschätzt. In einer grossen europäischen Geburtskohorte, in der 9.336 von insgesamt 12.049 Kindern bis zu einem Alter von zwei Jahren beobachtet wurden, liess sich



Die Kuhmilcheiweissallergie verliert sich meist bis zum Schuleintritt.

nur bei 55 Kindern (0,54 %) eine entsprechende Allergie über orale Provokationen nachweisen (1). Bei knapp einem Viertel dieser Kinder konnte kein spezifisches IgE auf Kuhmilch (KMslgE) nachgewiesen werden, was für einen nicht-IgE-vermittelten Mechanismus spricht. Die von einer Allergie betroffenen Kinder kamen vor allem aus Grossbritannien, Holland, Polen und Italien. Bei der Re-Evaluation ein Jahr nach Diagnosestellung vertrugen bereits mehr als zwei Drittel der zunächst betroffenen Kinder Kuhmilch, darunter alle mit nicht-IgE-vermittelter Allergie.

Für das Erwachsenenalter liegen lediglich Zahlen zur Sensibilisierung (Vorhandensein von KMslgE) vor. So gibt ein grosser europäischer Survey Erwachsenen eine Sensibilisierungsrate von 0,74 % für Zürich an (2). Allerdings lässt das Vorliegen von KMslgE keinen Rückschluss auf die klinische Relevanz zu. Da die meisten Kinder ihre Kuhmilchallergie bereits vor dem Schuleintritt verlieren, gilt die KMA im Erwachsenenalter als sehr selten.

Ein Blick in das europäische Anaphylaxieregister zeigt, dass vor allem Kinder unter zwei Jahren schwere Reaktionen auf Kuhmilch zeigen (3). Tödlich verlaufene Anaphylaxien nach Kuhmilchverzehr sind selten und betreffen eher Allergiker, die nicht im frühen Kindesalter tolerant werden. Im deutschsprachigen Raum wurden seit Bestehen des Registers nur zwei Fälle gemeldet, bei denen Kuhmilch im Verdacht stand, einen Todesfall ausgelöst zu haben (4).



Diagnostik und Therapie

Milch und Milchprodukte stellen einen wichtigen Baustein unserer täglichen Ernährung dar. Insofern muss die Diagnose zweifelsfrei gestellt sein, bevor eine therapeutische Auslassdiät eingeleitet wird (5). Da selbst die Hälfte der Kinder, bei denen ein begründeter Verdacht auf KMA vorliegt, nicht nach doppel-blinder, placebo-kontrollierter Provokation reagieren (6), führt in der Regel kein Weg an diesem aufwendigen Prozedere vorbei. Für die IgE-vermittelte Kuhmilchallergie ist eine Re-Evaluierung der Diagnose alle 1 bis 2 Jahre empfohlen (5). Bei leichten nicht-IgE-vermittelten Formen wird in Grossbritannien eine stufenweise Einführung von milchhaltigen Lebensmitteln nach dem Konzept der sogenannten «milk ladder» empfohlen (7).

Eine therapeutisch notwendige Auslassdiät muss über eine erfahrene Ernährungsfachperson begleitet werden. Denn Ernährungstherapie umfasst weit mehr Aspekte als nur Karenz (8). Bei einem Verzicht auf Kuhmilch muss für einen Kalziumersatz, oftmals aber auch für eine ausreichende Eiweisszufuhr gesorgt werden (9). Dass Kuhmilchallergiker Kalzium oftmals deutlich unter ihrem Bedarf zuführen und dies mit einer verminderten Knochendichte einhergehen kann, zeigen aktuelle Daten (10, 11).

Während nach der Diagnose einer KMA über Jahrzehnte zu einem kompletten Milchverzicht geraten wurde, konnte eine amerikanische Arbeitsgruppe zeigen, dass drei Viertel aller Kuhmilchallergiker Milch in verbackener Form bereits frühzeitig vertragen (12). Eine aktuelle Arbeit weist darauf hin, dass der Verlust der Allergenität nicht nur durch die starke Erhitzung, sondern auch über Matrixeffekte zustande kommt (13). Nachbeobachtungen der amerikanischen Arbeitsgruppe zeigen, dass die Kinder, die verbackene Milch tolerierten, im Vergleich zu denen, die Milch in keiner Zubereitungsform vertrugen, offenbar schneller komplett milch-tolerant werden (14). Vor diesem Hintergrund führt die Austestung (unter Arztaufsicht!) der Verträglichkeit von verbackener Milch nicht nur zu einer Erweiterung des Speiseplans, sondern möglicherweise zu einem schnelleren Verlust der Allergie.

Prävention

Auch im Bereich der Allergieprävention ist man seit 2009 endgültig von der Empfehlung eines vorbeugenden Milchverzichts für Mutter und Kind abgerückt (15). Das Leitlinien-Update 2014 räumt dem Milchfett sogar einen möglichen präventiven Effekt auf atopische Erkrankungen ein (16).

Fazit

Da eine KMA wesentlich häufiger vermutet als klinisch tatsächlich nachgewiesen wird, ein Verzicht auf Milchprodukte aber das Risiko einer unzureichenden Versorgung mit Kalzium und ggf. Eiweiss birgt, ist bei entsprechendem Verdacht eine fundierte Diagnostik unerlässlich. Von einem vorbeugenden Verzicht im Sinne der Allergieprävention wird inzwischen dringend abgeraten.



Schweiz. Natürlich.



www.swissmilk.ch

Literatur

1. Schoemaker, A.A., et al., Incidence and natural history of challenge-proven cow's milk allergy in European children - EuroPrevall birth cohort. *Allergy*, 2015.
2. Burney, P.G.J., et al., The prevalence and distribution of food sensitization in European adults. *Allergy*, 2014. 69(3): p. 365–371.
3. Grabenhenrich, L.B., et al., Anaphylaxis in children and adolescents: The European Anaphylaxis Registry. *J Allergy Clin Immunol*, 2016.
4. Worm, M., J. Grunhagen, and S. Dolle, [Food-induced anaphylaxis – data from the anaphylaxis registry]. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz*, 2016. 59(7): p. 836–40.
5. Worm, M., et al., S2 Leitlinie Management IgE-vermittelter Nahrungsmittelallergien. *Allergo Journal International*, 2015. 24(7): p. 256–293.
6. Rolinck-Werninghaus, C., et al., Outcome of oral food challenges in children in relation to symptom-eliciting allergen dose and allergen-specific IgE. *Allergy*, 2012. 67(7): p. 951–7.
7. Venter, C., et al., Diagnosis and management of non-IgE-mediated cow's milk allergy in infancy – a UK primary care practical guide. *Clin Transl Allergy*, 2013. 3(1): p. 23.
8. Reese, I., [Dietary management of food allergies]. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz*, 2016. 59(7): p. 849–54.
9. Meyer, R., et al., Practical dietary management of protein energy malnutrition in young children with cow's milk protein allergy. *Pediatr Allergy Immunol*, 2012. 23(4): p. 307–14.
10. Mailhot, G., et al., Cow's Milk Allergy and Bone Mineral Density in Prepubertal Children. *Pediatrics*, 2016. 137(5).
11. Nachshon, L., et al., Decreased bone mineral density in young adult IgE-mediated cow's milk-allergic patients. *J Allergy Clin Immunol*, 2014. 134(5): p. 1108–1113.e3.
12. Nowak-Wegrzyn, A., et al., Tolerance to extensively heated milk in children with cow's milk allergy. *J Allergy Clin Immunol*, 2008. 122(2): p. 342–7, 347 e1-2.
13. Miceli Sopo, S., et al., Matrix effect on baked milk tolerance in children with IgE cow milk allergy. *Allergol Immunopathol (Madr)*, 2016.
14. Kim, J.S., et al., Dietary baked milk accelerates the resolution of cow's milk allergy in children. *J Allergy Clin Immunol*, 2011. 128(1): p. 125–131 e2.
15. Muche-Borowski, C., et al., Allergy prevention. *Dtsch Arztebl Int*, 2009. 106(39): p. 625–31.
16. Schäfer, T., et al., S3-Leitlinie Allergieprävention – Update 2014. *Allergo Journal* 2014(6): p. 32–47.

Autorin

Dr. Imke Reese
Ernährungsberatung und –therapie, Schwerpunkt Allergologie
Ansprenger Strasse 19, D-80803 München
Telefon 0049 89 3399 5732, reese@ernaehrung-allergologie.de

Newsletter für Ernährungsfachleute Oktober 2016



Schweiz. Natürlich.



www.swissmilk.ch