

Nahrungsmittelallergien bei Kindern

Nahrungsmittelallergien werden bei Kindern häufiger angenommen, als sie tatsächlich nachweisbar sind. Als wichtigste Präventionsmassnahmen gelten ausschliessliches Stillen über die ersten vier Monate und danach das baldige Einführen von Lebensmitteln mit einem Allergierisiko wie Weizen oder Fisch.



Getreide, Eier, Fisch und Milch im Brei zur Allergievorbeugung.

Um eine Diagnose eindeutig zu bestätigen, ist ein ärztlich durchgeführter Provokationstest in jedem Fall nötig. Die Therapie erster Wahl ist immer die Elimination der relevanten Lebensmittel. Dazu erfolgt eine detaillierte Diätberatung durch eine(n) dipl. ErnährungsberaterIn HF/FH. Besteht bei einem Säugling ein erhöhtes Allergierisiko, ist die wichtigste präventive Massnahme das ausschliessliche Stillen über vier Monate. Gemäss den aktuellen Empfehlungen kann im Anschluss daran ohne diätetische Einschränkungen Beikost eingeführt werden.

Exakte Diagnose ist nötig

Allergische Reaktionen auf Nahrungsmittel werden oft überschätzt. Viel zu häufig vermuten medizinische Laien eine kausale Verbindung zwischen dem Genuss von Nahrungsmitteln und Krankheitszeichen. Die Prävalenz von Nahrungsmittelallergien ist eher niedrig und liegt im Kindesalter gemäss Studien zwischen 2 und 6 Prozent. Besonders Eltern von Klein- und Schulkindern vermuten zu häufig eine Nahrungsmittelallergie. Problematisch ist das unter anderem, weil in der Folge oft wichtige Nahrungsmittelgruppen wie Milch oder Getreide weggelassen werden. Der einzige Weg, eine Nahrungsmittelallergie eindeutig zu diagnostizieren, ist die doppelblinde, placebokontrolliert durchgeführte orale Nahrungsmittelprovokation. Diese dient entweder der Entdeckung verursachender Allergene oder sie liefert den Beweis, dass Nahrungsmittel für die Symptome keine Rolle spielen, und verhindert damit wenig sinnvolle oder gar gefährliche Einschränkungen.

Ernährung bei erhöhtem Allergierisiko

Ein erhöhtes Allergierisiko haben Kinder, bei denen ein Elternteil oder Geschwister unter einer allergischen Erkrankung wie Neurodermitis, Heuschnupfen oder allergischem Asthma leidet. In der Vergangenheit galten für Risikokinder bereits präventive, restriktive Diätvorgaben bezüglich potenziell allergieauslösenden Nahrungsmitteln. Dies betraf Kuhmilch, Hühnerei, Erdnüsse,



Baumnüsse, Weizen, Soja und Fisch. Eine strenge Karenz dieser Nahrungsmittel sollte eine Sensibilisierung und damit den Ausbruch einer Allergie verhindern. Doch das bedeutete auch eine starke Verknappung der Zufuhr von Mineralstoffen (z.B. Kalzium), hochwertigem Protein, Jod und Omega-3-Fettsäuren. Verschiedene Studien der letzten Jahre zeigen, dass das Meiden von Lebensmitteln mit potenziellem Risiko eine Toleranzentwicklung verhindert und die Allergiebereitschaft sogar noch steigert. Aus heutiger Sicht wird Stillen bis und mit dem vierten Lebensmonat als die wichtigste präventive Massnahme eingeschätzt. Der nachfolgende Aufbau der Beikost gestaltet sich für Risikokinder nicht anders als für Säuglinge ohne Risiko. Es besteht kein Grund, Vollmilch im Abendbrei, Weizen als Getreidevariante oder Fisch als Lieferant von Jod und Fettsäuren zu meiden. Im Gegenteil: Eine späte Einführung von frühkindlichen Allergenen (z.B. Kuhmilch) erhöht möglicherweise das Risiko.

Prävention während Schwangerschaft und Stillzeit

Einen protektiven Effekt auf eine Allergieentwicklung beim Kind während der Schwangerschaft und der Stillzeit erreicht man durch eine ausgewogene Ernährung mit Früchten, Gemüse, Leguminosen, Cerealien, Fisch, Nüssen, Milch und Milchprodukten. Eine komplette Allergenmeidung der Mutter reduziert nicht das Allergierisiko des Kindes. Sie gefährdet aber die mütterliche und kindliche Nährstoffversorgung. Ein hoher Konsum von Margarine und pflanzlichen Ölen scheint sogar das Allergierisiko beim Kind zu erhöhen.

Studien zur Rolle von Milch und Milchprodukten in der Prävention

Der tägliche Verzehr von Butter und vollfetter Milch (Milchfett) ist bei Vorschulkindern gemäss einer Studie von Wijga assoziiert mit einem deutlich niedrigeren Asthmarisiko. Die atopische Dermatitis (Neurodermitis) ist die am weitesten verbreitete chronisch-entzündliche Hauterkrankung bei Kindern. Frühe Untersuchungen von Bischoff und Köchlin zeigten eine eindeutige präventive Wirkung des Probiotikums *Lactobacillus rhamnosus* GG (LGG). Weitere Untersuchungen wiesen auf eine mögliche präventive Wirkung hinsichtlich der Entstehung von atopischer Dermatitis bei Kleinkindern hin.

Eliminationsdiäten

Eine Eliminationsdiät, d.h. die Vermeidung des entsprechenden Allergens, ist bei Kindern die einzig erfolgversprechende Therapiemöglichkeit. Zu beachten ist, dass Diätetempfehlungen für Eliminationsdiäten im Kindesalter nach 12 bis 24 Monaten wieder neu überprüft werden müssen. Allergische Reaktionen auf Nahrungsmittel ändern sich in diesem Alter immer wieder oder verschwinden ganz. Einige Nährstoffe sind bei Kindern mit einer eingeschränkten Nahrungsmittelauswahl kritisch. Bei einer Allergie auf Kuhmilch sind dies vor allem Kalzium, Vitamine der B-Gruppe und einige fettlösliche Vitamine. Eine individuelle Ernährungsberatung ist deshalb für die Umsetzung der Eliminationsdiät im Alltag entscheidend. Frühkindlich manifest gewordene Nahrungsmittelallergien (z.B. gegen Milch) haben generell eine gute Prognose: Die meisten Kinder sind innerhalb weniger Jahre klinisch tolerant. Bei einer Studie (von Host und Halken) zeigten 80 Prozent der Kinder mit einer Kuhmilchallergie bis zum Schulalter keine allergischen Reaktionen mehr.



Schweiz. Natürlich.



www.swissmilk.ch

Fazit

Kinder mit erhöhtem Allergierisiko erhalten dieselbe Ernährung wie Kinder ohne Risiko. Ebenso gelten für Schwangere und Stillende in der Allergieprävention keine diätetischen Einschränkungen. Nahrungsmittelallergien im Kindesalter haben eine gute Prognose und sollten im Abstand von maximal 24 Monaten auf ihre klinische Aktualität überprüft werden.

Literatur

Reinehr Th., et.al., Pädiatrische Ernährungsmedizin, Schattauer GmbH, Stuttgart, 2012
Roehr C., et.al., Food allergy and non-allergic food hypersensitivity in children and adolescents, Clin.Exp Allergy, 2004
Sicherer S., Sampson H., Food allergy: Epidemiology, pathogenesis, diagnosis and treatment, J Allergy Clin Immunol., 2013
Reese I., et.al., Allergien vorbeugen, Systemed, Lünen, 2009
Wijga A., et.al., Association of consumption of products containing milk fat with reduced asthma risk in pre-school children: the PIAMA birth cohort study, Thorax, 2004
Bischoff S., Köchling K., Pro – und Präbiotika, Aktuelle Ernährungsmedizin, 5/2012
Host A., Halken S., A prospective study of cow milk allergy in Danish infants during the first 3 years of life. Clinical course in relation to clinical and immunological type of hypersensitivity reaction, Allergy, 1990

Autorin

Elisabeth Bühler-Astfalk, Diplom-Ernährungswissenschaftlerin
Buehrer Human Nutrition, Schulstrasse 38, 8451 Kleinandelfingen
Telefon 052 659 22 69, elisabeth.buehrer@bluewin.ch

Newsletter für Ernährungsfachleute Juli/August 2014



Schweiz. Natürlich.



www.swissmilk.ch