

Matvareallergi, glutenintoleranse og cøliaki

Barnelege Ralph Campbell (f. 1927) forklarer hvilke symptomer man bør være oppmerksom på og hvordan de kan dempes.¹ Vi anbefaler alle som reagerer på brød, melk eller andre ”moderne” matvarer, å leve ca. 4 uker på ”steinalderkosthold” og notere alle endringer i symptomene. Det vil si å erstatte korn, sukker, brus og ferdigvarer med fisk, skalldyr, kjøtt, innmat, fugl, egg, grønnsaker, bær, frukt, sopp og krydder, og å spise mest mulig økologisk.

Tekst Ralph Campbell

Foto

En bedre betegnelse på ”matvareintoleranse” eller ”matfølsomhet” er ”matvareallergi”. Mange tilstander som minner om allergi, bør ikke inkluderes under denne paraplyen og må forstå hva matallergi er før vi kan forvente en vellykket behandling. Vi har tendens til å kategorisere tilstander etter symptomer på intoleranse, følsomhet eller ekte allergi, selv om symptomer ofte overlapper, slik som tett nese og nysing, magesmerter eller gass, kortpustethet og hud som klør eller produserer utslett.

Hva er allergi?

Allergikere har i flere tiår ment at allergilignende reaksjoner kun er ekte allergi hvis den er av typen Th2. Det betyr at immunceller (B-lymfocytter) produserer IgE-antistoffer eller proteiner i gruppa immunoglobuliner (Ig). Th2-reaksjoner kalles humoral immunitet, mens Th1-reaksjoner er en celledrevet immunreaksjon kjennetegnet av produksjon av interferon-gamma, et protein som aktiverer makrofager [immunforsvarets ”storetere”, red.anm.] til å ”drepe” bakterier.

Nyfødte beskyttes ikke av mors antistoffer, noe som gjør dem sårbare for smittsomme sykdommer. Barnas immunsystem kan reagere allergisk (Th2), eller det kan mobilisere et motangrep for å bekjempe infeksjoner (Th1). Cellemembraner inneholder blant annet flerumettede fettsyrer, og disse er forløpere til en gruppe hormonliknende stoffer kalt eikosanoider, hvorav prostaglandiner, tromboksaner og leukotriener er de viktigste. Omega-6-fettsyrer er byggemateriale for prostaglandiner som fører til allergier (Th2), mens omega-3-fettsyrer er byggesteiner for andre prostaglandiner og utvikling av Th1-antistoffer.

Arv påvirker tendensen til å utvikle allergier samt mekanismene beskrevet ovenfor, som er mer avhengig av kostholdet. Hvis disponerte celler utsettes for antigener (protein) fra mat, produserer de IgE-antistoffer som fester seg til mastcellene [en gruppe bevegelige bindevevsceller av betydning ved immunreaksjoner, red.anm.]. Ved tilførsel av flere slike matantigener dannes stadig flere IgE-antistoffer, som får mastcellene til å frigjøre histamin, som igjen gir allergisymptomer.

Matproteiner som unnslipper denaturering fra varmebehandling eller fordøyelsen, kan bli til antigener i blodet fordi de lekker gjennom tarmen. Slik når proteinene celler i nesa, lungene eller huden. I tarmen kan antigener gi kolikkliknende kramper, slim (inkludert blodig slim) i avføringa eller irritabel tykktarm med diaré og/eller forstoppelse. Allergiske reaksjoner i neseslimhinnene gir tett, kløende nese eller nysing, mens hudsensibilisering viser seg som eksem eller dermatitt (begge merkes som kløe). Matallergener spiller en viktig rolle i hvesing,

som også utløses av irritanter i luft eller infeksjoner. Konserveringsmiddelet natriumsulfitt kan for eksempel bidra til tungpustethet og nesesyntomer.

Allergireaksjoner kan fordeles på to kategorier tilpasset barnelegen William G. Crooks beskrivelse av "skjulte allergier".² *Første* kategori inkluderer nysing, tungpustethet, oppkast, magekramper, elveblest og livstruende, angionevrotisk ødem. *Andre* kategori inkluderer skjulte allergier som viser seg som en tett, kløende og rennende nese forårsaket av en raspende hoste, eller milde magekramper med slim i avføringa. Eksponering for mer enn ett allergen samtidig kan skape symptomer som én eksponering ikke gjør.

Slike alvorlige allergibelastninger har klar sammenheng med IgE-antistoffer, som lett kan påvises i blod. Mildere allergier kan utløses av andre immunologiske mekanismer. Disse får ofte lite oppmerksomhet, slik som kumelkallergi hos spedbarn, som de fleste ofte vokser av seg uten å ha hatt nytte av behandling.

Påvisning og behandling

I en ny studie³ hevder forfatterne at matallergi gjør at immunforsvaret stadig oftere gir Th2-reaksjoner. I en artikkel fra 2013⁴ gjengis resultatene til en mage-/tarmspesialist ved Royal Hospital for syke barn i Edinburgh, der økningen i matallergier har vært 64 prosent over en tjueårsperiode. Også i USA og flere andre land har det vært stor økning, særlig de siste fem åra. Dette skyldes økt oppmerksomhet på problemet og mer testing, selv om bare IgE-medierte allergier er akseptert. Dette får meg til å tro det finnes mange uoppdagede tilfeller.

Den immunologiske studien beskriver ulike tester, inkludert den etablerte stikk- eller skrapehudtesten der et antigen skrapes inn i huden og en bikubeliknende blemme er bevis for allergi. Forfatterne bruker nye varianter av gamle tester og behandling som nylig er forkastet: oralspesifikke tester, den "vanlige med gradvis tilførsel av økende doser" der en mistenkt matvare legges under tunga, slik at antigener raskt kommer inn i blodet. I avsensivering av en pasient på et potent antigen som peanøttolje må disse metodene overvåkes av en lege. Siden vi ikke forstår de komplekse mekanismene som fører til de vellykkede resultatene i allergenspesifikk immunologi, trenger vi ikke å holde pusten i påvente av en fullstendig forklaring, men heller utnytte det vi allerede vet fungerer. "Gullstandarden" for å påvise matallergi er å teste virkningene oralt, som imidlertid kan slå ut positivt uten at pasienten opplever kliniske tegn på allergi etter eksponering.

For små barn er eliminering og reeksponering en tilstrekkelig og pålitelig nok metode for å påvise matallergi og reaksjoner på tilsetningsstoffer i maten. Symptomene for de fleste allergikere oppstår innen to timer etter inntaket, mens svie og en kløende følelse i munnen eller ganen kommer umiddelbart.

Her er hva du kan gjøre: Lag en liste over alt som gir disse symptomene. Finn vanlige matvarer som gir grunn til mistanke. Eliminer de mistenkte fra kostholdet og se om allergisymptomene forsvinner. Hvis du så tilfører én matvare om gangen og symptomene kommer tilbake, har du "spikret" en mistenkt. Etter en tid uten reaksjoner kan man periodevis tilføre litt som en isolert utfordring for å se om problemet fortsatt er der. Hvis ikke gjeninnføres maten ved gradvis å øke dosen.

Ekte hjelp med vitamin C

Histamin utskilt i en allergisk reaksjon har størst ansvar for symptomene. Derfor blir ofte antihistaminer forskrevet. I likhet med de fleste medikamenter gir disse bivirkninger, som oftest døsighet. Responsen på slike stoffer varierer individuelt. Heldigvis finnes et naturlig middel uten bivirkninger, og som virkelig fungerer: vitamin C, som nøytraliserer histamin. Mengden vitamin C i en vanlig vitaminpille eller i en appelsin er ikke nok, men for mange voksne hjelper 2 000 mg hver annen time inntil symptomene avtar. Inntaket må tilpasses kroppsvekta, men ikke nøl med å gjenta dosen dersom den første ikke gjør jobben.

Ikke allergi, men kjennes slik ut

Visse matvarer, for eksempel rødvin (med eller uten sulfitt) og muggoster, forårsaker histaminfrigjøring uten at man er allergisk. Infeksjon i bronkiene kan skape liknende symptomer. Ingen er allergisk mot å gå, men hos noen utløser trening tungpustethet.

Laktoseintoleranse kan forårsake tarmgass og mild krampe, tilsvarende reaksjoner som skyldes matallergi, og behandles omtrent som irritabel tarm. Tilstanden har en sterk arvelig tendens; asiater er for eksempel mye mer utsatt enn kaukasiere. Selv om kumelk blir dårlig tolerert i Asia, tåler de fleste melk behandlet med laktosenedbrytende probiotika som *Lactobacillus acidophilus*. Etter avvenning fra brystmelk går mange asiatiske spedbarn over til en eller annen form for syrnnet melk.

Glutenfølsomhet og cøliaki

Den kjente glutenspesialisten Thomas O'Bryan⁵ diskuterer nyere diagnostiske tester for kronisk og periodisk glutenintoleranse eller cøliaki. Testene viser også tegn og symptomer på cøliaki utenfor tarmkanalen, noe som utvider rekkevidden.

I min praksis har jeg sett mange klare tilfeller av hveteallergi, men bare én pasient hadde klassisk cøliaki: et magert spedbarn med det patetisk, hjerteskjærende utseendet av sult og et flatt område der rumpa burde vært – et bilde som tatt rett fra læreboka. Det beste og eneste diagnostiske verktøyet for matallergi den gangen var å bruke mat som utfordring. I den nevnte artikkelen i *Immunterapi*³ ble en oral provokasjonstest ansett som "gullstandard". Hvis den slo ut positivt, ble spedbarn/småbarn holdt unna hvete en tid og periodevis utfordret, siden hveteallergi (og mer vanlig, kumelkallergi) var kjent for å forsvinne spontant etter en periode med avholdenhet. Foruten tarmallergisymptomer viser spedbarn med hveteallergi ofte tegn på neseallergi rett etter inntak av allergenet, noe som gjør forholdet opplagt.

Jeg ser et kontinuum av enkel allergi mot en autoimmuntilstand som cøliaki og er ikke enig i at tarmtottene må være ødelagte for at man står overfor cøliaki. Hvis immunsystemet først er i gang, er den eneste måten å stoppe det på å kutte ut glutenholdig korn, og da er tarmbiopsier for å finne ødelagt tarmtotter (villi) den eneste pålitelige testen. Oppdagelsen av flere dobbel-, trippel- eller polypeptider fra gluten kan føre til behov for mange tester. Siden testene gir både falsk negative [viser negativt resultat selv om man har en allergi, red.anm.] og falsk positive [positivt utslag uten å ha en allergi, red.anm.] svar og "koster skjorta", ville jeg ikke brukt dem selv om jeg hadde hatt mulighet.

Vitenskapelig nysgjerrighet driver oss til å se etter underliggende årsaker til sykdom, men hvis motivet for slik spesifisitet er å gjøre det mulig å utvikle patenterbare medikamenter, er det bedre ikke å lete. Å unngå antigenet er nok.

Stadig flere diagnoser

Spesielt blant velutdannede unge med datamaskin ser jeg en økende grad av selvdiagnostisering av glutenintoleranse etter bombardementet fra pressen, internett og TV-nyheter. Det synes å være på moten å ha en slik diagnose, og det har vokst opp en hel næring (omtrent som kolesterolindustrien) som tilbyr glutenfrie matvarer. Det er vanskelig å motivere de ”glutenfrie” tilhengerne til å skille mellom enkel hveteallergi og cøliaki. Hva har skjedd?

De nevnte artiklene^{1,5} er enige om at det har vært en markant økning i glutenintoleranse de siste tiåra. En Medscape-artikkel fra 2010⁶ viste til en Mayo-studie av Joseph Murray, som analyserte blodprøver fra 1950 av rekrutter i flyvåpenet for antistoffer mot gluten. Disse antistoffene var praktisk talt ikke-eksisterende i disse prøvene, men artikkelen nevnte at det hadde skjedd en stor økning i forekomsten siste tre tiår. Autoimmunsykdommer er generelt økende. Jeg tror at kjernen til disse problemene er måten vi misbruker vårt immunforsvar på både ved mangler i kostholdet og eksponering for miljøgifter, som har økt eksponentielt siden 1950-tallet.

De fleste aktuelle dietter inneholder for lite vitaminer som er essensielle kofaktorer til enzymer som holder stoffskiftet i gang. Anbefalt dagsinntak er knapt i stand til å forebygge klassiske mangelsykdommer som rakitt eller beriberi. En fersk nyhet for dem som behandler allergiproblemer, er de økte kunnskapene om omega-3 fettsyrer. Hvorvidt et ungt immunsystem følger Th1- eller Th2-veien, bestemmes i stor grad av forholdet mellom omega-6- og omega-3-fettsyrer. I stedet for et optimalt forhold på omkring 2:1 gir kostholdet i dagens USA et forhold på nærmere 20:1. Sammensettinga av prostaglandiner bestemmes av forholdet mellom de essensielle fettsyrene: de kan framprovosere betennelse og klumping av blodplater (omega-6-fettsyrer), eller de kan gjøre det motsatte, inkludert å forårsake ”lekk tarm-syndrom”. Nøyaktig hva som forårsaker at tarmen slipper hele proteiner inn i blodet og fremmer produksjon av antistoffer som forårsaker enkle allergier eller autoimmunitet, vet vi fortsatt ikke.

Konklusjon

Det er viktig å finne årsakene til matallergi og dokumentere autoimmunsykdom ved hjelp av spesifikke tester, men bør vi vente på nyere tester så lenge enkle, velprøvde diagnostiske verktøy er tilgjengelige? Immunforsvaret fungerer ikke som før. En konkret effekt er at antistoffnivåer som respons på ulike vaksiner er langt under forventet. Altfor ofte oppfyller ikke medikamenter våre forventninger. Det finnes andre metoder for å forbedre vår immunitet samtidig som vi identifiserer faktorer som svekker immunsystemet. Immunhelse kan ikke isoleres fra generell helse. Dessuten: Siden det i vår tid er nesten umulig å oppnå et fullverdig kosthold, er det viktig å innta optimale mengder kosttilskudd.

*****Ramme*****

Barnelege og fruktbonde

Ralph Campbell (f. 1927) fra Long Beach, California, studerte ved Pomona College i Claremont (1950) før han ble legestudent ved Yale universitet i Connecticut. Etter en toårig turnus ved Los Angeles barnesjukehus 1954-57 ble han opptatt av ernæring. Som barnelege fra 1957 fulgte han debatten i *Pediatrics* om ortomolekylær medisin. Campbell har lang erfaring fra flere sykehus, deltakelse i profesjonelle foreninger og debuterte i 2010 som forfatter med Andrew Saul med bok om vitaminterapi (*Barns helseproblemer*) og i 2013 med en bok og småbarns helseproblemer.

I 1970 flyttet Campbell og kona til Montana. Der dyrker de kirsebær og epler og leder fylkets helsekontor. De har fem barn og ni barnebarn. E-post: docralph@bresnan.net.

Kilder:

¹ Campbell R. Food allergy, gluten intolerance and celiac disease. Orthomolecular Medicine News Service, 21. januar 2014. <http://www.orthomolecular.org/resources/omns/v10n04.shtml>

² http://www.yeastconnection.com/ftb_dr_crook.html

³ Gómez E, Mayorga C, Gómez F, Blázquez AB mfl. Food allergy: management, diagnosis and treatment strategies. Immunotherapy 2013; 5: 755-68;
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Immunotherapy%2C+2013+5%287%29%3A+755-768+Gomez>

⁴ Janeczko LL. Celiac disease incidence rising in kids. Reuters Health News 2013; 17. september;
<http://www.thedoctorschannel.com/view/celiac-disease-incidence-rising-in-kids/>

⁵ O'Bryan T. The Conundrum av gluten sensitivity 101: Why the tests are often wrong.

http://www.jointheselfcarerevolution.com/wp-content/uploads/2013/04/Conundrum_Gluten_Sensitivity_101.pdf, jf. www.thedr.com

⁶ Rubio-Tapia A, Murray JA. Celiac disease. Current Opinion in Gastroenterology 2010; 26: 116-22.
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20040864>