

Har skolemedisinens utilfredsstillende diagnostikk av matintoleranse medvirket til en oppblomstring av alternativ medisin?

Matintoleranse – en diagnostisk nøtt

En femdel av befolkningen rapporterer subjektiv matintoleranse. Årsakene til matintoleranse er mange, og symptomene spenner over et vidt spektrum. Riktig diagnostikk er viktig, men vanskelig å oppnå. Selv diagnostikk av en tilsynelatende enkel tilstand som laktosemalabsorpsjon er forbundet med problemer. Laktasemangel hos voksne er en recessivt autosomal genetisk egenkap som kan påvises ved en gentest. Heller ikke denne testen er en diagnostisk gullstandard. Nyere studier antyder at også andre gener kan relateres til laktosemalabsorpsjon, og gentesten kan ikke påvise sekundær laktosemalabsorpsjon. Derfor må gentestens sensitivitet, spesifisitet, positive og negative prediktive verdi undersøkes og resultatene sammenliknes med tidligere anvendte tester. Nils Reinton og medarbeidere sammenlikner i dette nummer av Tidsskriftet gentesten med måling av blodsukkernivå etter inntak av laktose, en test som var og kanskje fortsatt er mye brukt, men som mange har erstattet med H₂/CH₄ pustepøver (1). Samsvaret mellom metodene ble ved kappstatistikk funnet å være 0,67, hvilket kan karakteriseres som godt (kappa 0,61–0,80), men langt fra meget godt (kappa 0,81–1,00) slik man kunne ha håpet. Studien belyser hvor vanskelig korrekt diagnostikk er.

IgE-mediert matintoleranse forekommer hos 2–3 % av den voksne befolkningen og kan medføre alvorlige, livstruende tilstander. De vanligste gastrointestinale symptomene på subjektiv matintoleranse er magesmerter/ubehag, luftplager, romling, diaré eller forstoppelse. Mageplagene likner til forveksling funksjonelle mageplager som ikke har kjent organisk årsak. Over halvparten av personer med funksjonelle mage- og tarmplager av typen irritabel tarm-syndrom angir at symptomene er relatert til inntak av ett eller flere matslag. Matvareintoleranse kan også gi symptomer fra andre organsystemer slik som hud (urticaria, rødme etc.), hjerte- og kar-systemet (blodtrykksendringer, svimmelhet, sjokk) og luftveiene (rhinitt, dyspné, astma etc.).

Kunnskap om etiologi og riktig klassifikasjon av matintoleranse er en forutsetning for korrekt diagnostikk og behandling. European Academy of Allergology and Clinical Immunology utga i 2001 en revidert nomenklatur for allergi som igjen ble revidert i 2003 (2, 3). Her deles matintoleranse inn i «ikke hypersensitivitetsreaksjoner» (infeksjoner, autoimmunitet, toksiske reaksjoner etc.) og «mathypersensitivitet» som igjen deles inn i matallergi (IgE- og ikke-IgE-mediert) og ikke matallergihypersensitivitet (farmakologiske egenkap ved maten slik som tyramin, koffein; metabolske årsaker slik som laktosemalabsorpsjon etc.). Ofte finner man ingen årsak til subjektiv matintoleranse. Da må man vurdere om det kan foreligge tidligere allergi med utvikling av toleranse, psykologiske forklaringsmodeller, forsinkede allergiske reaksjoner (IgG-mediert eller cellulær allergi) eller sann allergi med lav terskel.

Korrekt etiologisk diagnose hos den enkelte person er ofte umulig pga. det store mangfold av årsaker og usikker diagnostikk. Gullstandarden for påvisning av matintoleranse er fortsatt dobbeltblind, placebokontrollert matprovokasjon, men metoden er ressurskrevende og brukes i begrenset omfang. Det rikholdige utvalget av dårlig validerte diagnostiske tester som tilbys av alternativmedisinere, skyldes trolig at det ufullstendige diagnostiske tilbud vi har til rådighet, ofte ikke munner ut i en sikker diagnose. Heldigvis kan de fleste med subjektiv matintoleranse uten en sikker diagnose oppnå

utilfredsstillende lindring ved selv å foreta mindre endringer i kostholdet. Det er imidlertid et problem at enkelte gjør så inngripende kostendringer at det får ernæringsmessige konsekvenser. Hos pasienter med uttalte symptomer og redusert livskvalitet må man tilstrebe en korrekt diagnose.

Fravær av en positiv diagnose kan lett føre tanken hen på psykiske mekanismer, men man skal være varsom med slike konklusjoner. Vi har i en befolkningsundersøkelse ikke funnet noen sammenheng mellom psykiske symptomer og matintoleranse, mens personer med psykopatologiske plager er overrepresentert i spesialavdelinger for matintoleranse (4). Diskrepansen kan skyldes seleksjon av pasienter til spesialenheter eller mer korrekt psykiatrisk vurdering i slike enheter. Det faktum at både stress og allergi frigjør histamin fra mastcellene i tarmen, viser hvor komplekst samspeillet mellom tarm og sjel er.

Laktosemalabsorpsjon er sjeldent i en etnisk norsk befolkning (ca. 5 %) sammenliknet med andre deler av verden hvor slik malabsorpsjon er «normalt». Likevel er melk og meieriprodukter en av de hyppigste årsakene til matintoleranse også i vårt land. En test for laktosemalabsorpsjon vil ofte være første undersøkelse hos en person med melkeintoleranse fordi testen er lett tilgjengelig og laktosemalabsorpsjon er enkelt å behandle. En negativ test tyder på at man reagerer på andre bestanddeler av melken. Det er viktig at man har en test man kan stole på (høy positiv og negativ prediktiv verdi) før man går videre med andre utredninger. Reinton og medarbeidere konkluderer med at vi fortsatt ikke har den ideelle test og anbefaler gentesten som et supplement til tradisjonelle laboratoriemålinger (1).

Det er trolig en overdiagnostisering av matallergi. Det er behov for standardisering av definisjoner og diagnostiske prosedyrer for med sikkerhet å kunne bekrefte og avkrefte diagnoser. Optimal behandling er en diett hvor symptomgivende matvarer er eliminert uten at det får ernæringsmessige konsekvenser eller påfører pasienten unødvendig utgifter.

Per G. Farup
per.farup@ntnu.no

Per G. Farup (f. 1944) er forskningssjef ved Sykehuset Innlandet og professor II ved Det medisinske fakultet, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet. Han er spesialist i fordøyelsessykdommer og har erfaring fra forskning relatert til funksjonelle mage- og tarmplager og matintoleranse.

Oppgitte interessekonflikter: Forfatteren har mottatt forskningsstøtte fra Gilde Norge BA.

Litteratur

1. Reinton N, Buchmann M, Moghaddam A. Evaluering av gentest for laktasemangel. Tidsskr Nor Lægeforen 2007; 127: 3057–60.
2. Johansson SG, Hourihane JO, Bousquet J et al. A revised nomenclature for allergy. An EAACI position statement from the EAACI nomenclature task force. Allergy 2001; 56: 813–24. Rettelse: Allergy 2001; 56: 1229.
3. Johansson SG, Bieber T, Dahl R et al. Revised nomenclature for allergy for global use: Report of the Nomenclature Review Committee of the World Allergy Organization, October 2003. J Allergy Clin Immunol 2004; 113: 832–6.
4. Monsbakken KW, Vandvik PO, Farup PG. Perceived food intolerance in subjects with irritable bowel syndrome – etiology, prevalence and consequences. Eur J Clin Nutr 2006; 60: 667–72.