
Matintoleranse hos barn

DEBATT

CHANDRA SEKHAR DEVULAPALLI

chandev@gmail.com

Chandra Sekhar Devulapalli er dr.med., spesialist i barnesykdommer og rådgivende overlege i NAV arbeid og ytelser Kristiania.

Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Årsakene til matintoleranse er mange, og symptomene spenner over et vidt spektrum. Matintoleranse hos barn er trolig overdiagnostisert.

Opptil 25–40 % i en befolkning selvrappporterer at de får utløst symptomer av mat og regner seg som matintolerante (1). Det finnes ikke pålitelige tall som beskriver forekomst av matintoleranser i den norske befolkning. I en dansk studie der man gjennom matprovokasjon diagnostiserte matvareoverfølsomhet, var forekomsten 2,3 % blant treåringer, 1 % hos barn eldre enn tre år og 3,2 % hos voksne (2). Trolig settes barn derfor på unødvendige eliminasjonsdietter uten tilstrekkelig utredning.

Ulike årsaksmekanismer

Det er ofte ikke-immunologiske mekanismer som står bak matintoleranse (3). For mange av matintoleransene som f.eks. glutenintoleranse uten cøliaki, intoleranse for tilsetningsstoffer og bioaktive matkjemikalier, er det mangel på reproducerbare, velutformede, dobbeltblinde, placebokontrollerte studier. Dette gjør forståelsen av mekanismer, diagnose og behandling komplisert (3). Mekanismene bak glutenintoleranse uten cøliaki er ukjent. Hvorvidt det er gluten alene, eller hvete i sin helhet (både fruktanene og proteinene) som skaper en reaksjon, er foreløpig ukjent (4).

Matintoleransetester

Det er økende markedsføring av intoleransetester for ulike matvarer og næringsstoffer. Når man tester for matintoleranse, blir blod eksponert in vitro for et panel med matvarer og matkomponenter (5). Graden av total immunglobulin G (IgG)-antistoffbinding til hver matvare blir kvantifisert via enzym- eller fluorescensbundet immunosorbentanalyse. Alternativt kan IgG- underklasse 4 (IgG4)-binding måles i stedet for total IgG. Noen av matintoleransetestene kan også omfatte måling av både matspesifikk IgG4 og matspesifikk immunoglobulin E (IgE)-nivå ved en lang rekke matvarer, noe som kan forårsake forvirring for pasienter som kjøper testene (5).

«Antagelig er det flere barn som settes på unødvendige eliminasjonsdietter uten tilstrekkelig utredning»

Fra flere land er det kommet bekymrede meldinger om økt markedsføring av matspesifikk IgG-testing mot allmennheten de siste årene, angivelig som et enkelt middel for å identifisere matintoleranse eller matallergier (6–9). Ukritisk og upassende bruk av slike tester øker sannsynligheten for at det stilles falske diagnoser, noe som resulterer i unødvendige kostholdsrestriksjoner og redusert livskvalitet (10). Bekymrede foreldre kan sette barna på eksklusjonsdietter som medfører risiko for dårlig vekst og underernæring (6), for eksempel eliminering av meieriprodukter, hvete, egg og/eller andre matvarer som finnes i sunne, balanserte dietter. Oppdaterte retningslinjer har derfor matspesifikk IgG4-måling listet som en ustandardisert og uprovosert prosedyre, sammen med andre tester som håranalyse, cytotoksitetsanalyser eller elektrodermal testing (6–8).

Litteraturen indikerer at tilstedeværelsen av spesifikk IgG til mat er en markør for eksponering og toleranse for mat (6–9). Derfor kan positive testresultater for matspesifikk IgG forventes hos normale, sunne barn.

Overdiagnostisering

Det er trolig en overdiagnostisering av matintoleranse hos barn. Europeiske retningslinjer anbefaler fullstendig utredning, inkludert duodenalbiopsi, for å utelukke cøliaki og hveteallergi mens pasienten er på glutenholdig diett, før man vurderer glutenintoleranse uten cøliaki (4, 11, 12). Tross dette er det antagelig flere barn som settes på unødvendige eliminasjonsdietter uten tilstrekkelig utredning. Det er også en utfordring at en stor andel pasienter er selvdagnostisert og har startet med et glutenfritt kosthold uten tilstrekkelig grunnlag.

Fastlegen bør henvise til spesialist dersom det er tvil om diagnose eller om barnet skal starte med langvarig eliminasjonsdiett. Grunnet sammensatte årsaker og utfordrende diagnostikk bør utredningen hovedsakelig

gjennomføres i spesialisthelsetjenesten. Sikker diagnose krever vanligvis dobbeltblind placebokontrollert provokasjonstest under observasjon. Optimal behandling er en diett hvor symptomgivende matvarer er eliminert uten at det får ernæringsmessige konsekvenser eller påfører pasienten unødvendige utgifter.

LITTERATUR

1. Kingsrød M, Larsen-Vonstett Ø. 1,2 million nordmenn tror de har matintoleranse. *Verdens Gang* 1.7.2015.
<https://www.vg.no/forbruker/i/32Qq0/12-mill-nordmenn-tror-de-har-matintoleranse-friske-marie-21-tok-intoleranse-test-synd-at-en-saa-ung-jente-som-deg-kan-vaere-saa-syk> Lest 23.3.2020.
2. Osterballe M, Hansen TK, Mortz CG et al. The prevalence of food hypersensitivity in an unselected population of children and adults. *Pediatr Allergy Immunol* 2005; 16: 567–73. [PubMed][CrossRef]
3. Tuck CJ, Biesiekierski JR, Schmid-Grendelmeier P et al. Food Intolerances. *Nutrients* 2019; 11: 1684. [PubMed][CrossRef]
4. Devulapalli CS. Glutenintoleranse uten cøliaki hos barn. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2020; 140. doi: 10.4045/tidsskr.19.0777. [PubMed][CrossRef]
5. Lavine E. Blood testing for sensitivity, allergy or intolerance to food. *CMAJ* 2012; 184: 666–8. [PubMed][CrossRef]
6. Carr S, Chan E, Lavine E et al. CSACI Position statement on the testing of food-specific IgG. *Allergy Asthma Clin Immunol* 2012; 8: 12. [PubMed][CrossRef]
7. Stapel SO, Asero R, Ballmer-Weber BK et al. Testing for IgG4 against foods is not recommended as a diagnostic tool: EAACI Task Force Report. *Allergy* 2008; 63: 793–6. [PubMed][CrossRef]
8. Bock SA. AAAAI support of the EAACI Position Paper on IgG4. *J Allergy Clin Immunol* 2010; 125: 1410. [PubMed][CrossRef]
9. Boyce JA, Assa'ad A, Burks AW et al. Guidelines for the diagnosis and management of food allergy in the United States: summary of the NIAID-sponsored expert panel report. *J Allergy Clin Immunol* 2010; 126: 1105–18. [PubMed][CrossRef]
10. Farup PG. Matintoleranse—en diagnostisk nøtt. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2007; 127: 3056. [PubMed]
11. Catassi C, Elli L, Bonaz B et al. Diagnosis of non-celiac gluten sensitivity (NCGS): The Salerno experts' criteria. *Nutrients* 2015; 7: 4966–77. [PubMed][CrossRef]
12. Al-Toma A, Volta U, Auricchio R et al. European Society for the Study of Coeliac Disease (ESsCD) guideline for coeliac disease and other gluten-

related disorders. *United European Gastroenterol J* 2019; 7: 583–613.
[PubMed][CrossRef]

Publisert: 4. mai 2020. Tidsskr Nor Legeforen. DOI: 10.4045/tidsskr.20.0122
Mottatt 12.2.2020, første revisjon innsendt 23.3.2020, godkjent 25.3.2020.
Opphavsrett: © Tidsskriftet 2026 Lastet ned fra tidsskriftet.no 5. juli 2026.