

A microscopic image showing a large, textured green cell in the center, surrounded by numerous smaller, purple, spherical particles. The background is a light blue, ethereal, and slightly blurred, suggesting a complex biological environment.

MCAS IS EEN STOORNIS WAARBIJ MESTCELLEN HYPERACTIEF REAGEREN OP NIET BEDREIGENDE PRIKKELS.

Samenvatting

Het mestcelactivatiesyndroom (MCAS) is een complexe stoornis in het immuunsysteem waarbij mestcellen hyperactief reageren op niet-bedreigende prikkels. De symptomen kunnen diverse organen en systemen betreffen; dat maakt het moeilijk om een eenduidig behandelprotocol op te stellen. Wetenschappelijke studies geven richtlijnen aan voor diagnostische onderzoeken en medicamenteuze behandelingen waarvan histamineblokkers er een is. Daarnaast zijn voedingssupplementen, voedingsadviezen, leefwijze en stressreductie aanvullend van belang om MCAS te behandelen. Inzicht in MCAS is daarbij belangrijk alsmede het signaleren van de triggers die een mestcelreactie uitlokken.



Het mestcelactivatiesyndroom, een complexe aandoening

Het mestcelactivatiesyndroom, of MCAS, is een zeer complexe, veelomvattende en onvoorspelbare ziekte. Het betreft een stoornis in het immuunsysteem waarbij er sprake is van mestcellen die hyperreageren op niet bedreigende prikkels zoals voedsel, geuren, fysieke of emotionele triggers. Omdat mestcellen zich bevinden in bijna alle weefsels op de grens tussen extern en intern milieu, kunnen de symptomen diverse organen betreffen. Dat maakt de ziekte zo ongrijpbaar. Wie ermee kampt is vaak al jaren zoekende naar de oorzaken van de klachten. Daar komt bij dat iedere specialist er binnen de grenzen van zijn eigen vakgebied naar kijkt; daardoor heeft hij geen zicht op symptomen die overeenkomsten vertonen. Juist bij MCAS is dat van belang.

Hoewel er veel publicaties zijn verschenen waarin diagnostische criteria voor MCAS zijn voorgesteld is er nog steeds geen duidelijke ICD-10-code voor deze ziekte. Dit is zeker één van de redenen waarom MCAS voor de meeste artsen en therapeuten onbekend is.

Wel zijn er schattingen over het voorkomen van MCAS. Volgens de Duitse belangenvereniging voor MCAS-patiënten, MCAS-hope, heeft zo'n 17% van de bevolking MCAS.^[1] Volgens de pionier op MCAS-gebied, dr. Lawrence Afrin, heeft 14 tot 17% van de Amerikaanse bevolking MCAS.^[2] Met long-covid zijn naar schatting de gevallen van MCAS toegenomen.^[3] In 2016 heeft de WHO verklaard dat MCAS en mastocytose (een zeer zeldzame mestcelziekte) twee verschillende aandoeningen zijn.

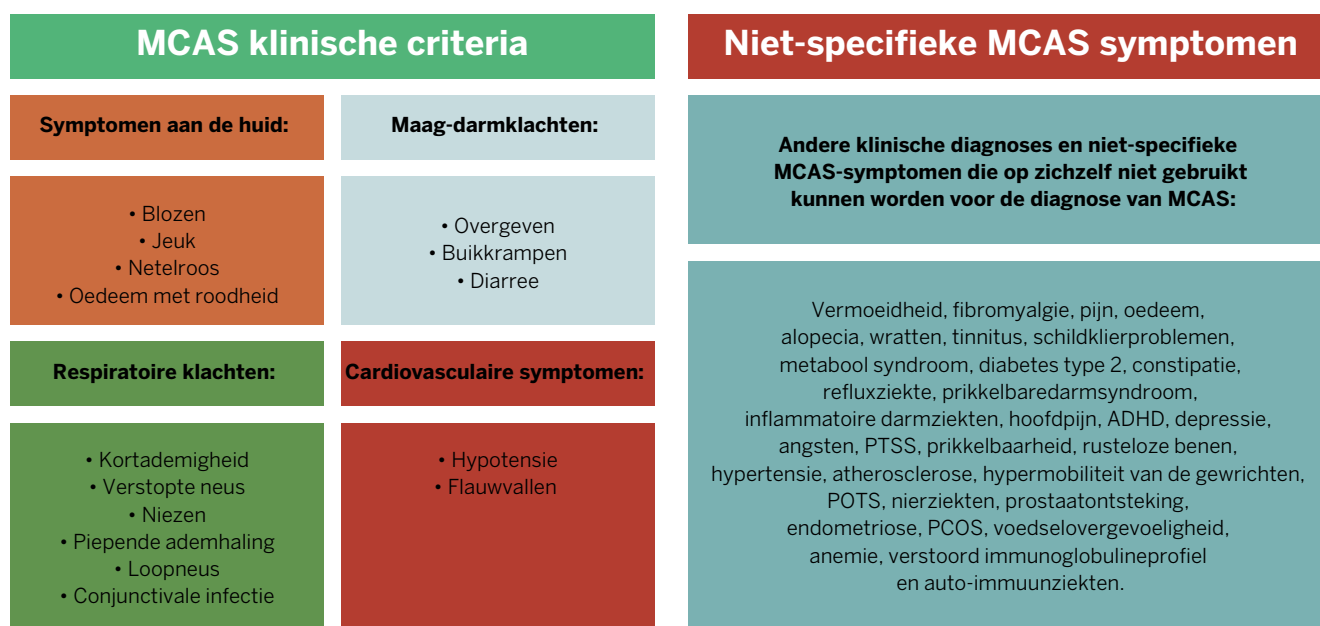
Mestcellen (mastocyten) zijn leukocyten die deel uitmaken van ons immuunsysteem. Het zijn de zogenaamde poortwachters met als functie opsporen, herkennen en bestrijden van ziekteverwekkers. Ze bevinden zich in de weefsels op de grens tussen extern en intern milieu: keel, oren, neus, maagdarmkanaal, longen, huid, slijmvliezen van de ogen, hersenen, blaas en vagina. Mestcellen geven verschillende chemische stoffen, mediators, af als reactie op vreemde stoffen die het lichaam binnenkomen.

Bij MCAS kunnen deze mestcellen overgevoelig zijn en met grote hoeveelheden mediators reageren op een trigger, waardoor de patiënt zich zeer ziek gaat voelen. Voorbeelden van mestcelmediators zijn tryptase, histamine, cytokinen en leukotriëen. Het lichaam kan een bepaalde hoeveelheid histamine verdragen. Boven die grens, die bij iedereen anders ligt, ontstaan er klachten. Bij MCAS is er regelmatig sprake van een histamineproblematiek. Doordat de zogenaamde histamine-emmer overstroomt, is de reactie op triggers niet altijd eenduidig; de ene keer kan de buik opspelen, de andere keer de huid.

Over het ontstaan van MCAS is nog veel onbekend. Mogelijke oorzaken zijn spijsverteringsproblematiek, schimmel- en parasieteninfecties, genetische aanleg, allergenen uit voeding en milieu, voedselintoleranties, herbiciden, bacteriële en virale infecties, stress en vroegere lichamelijke of psychische trauma's. Ook de symptomen van MCAS zijn zeer breed en kunnen veel organen en systemen betreffen zoals spijsverteringsklachten, hartkloppingen, huidreacties, reacties op voeding, geurstoffen en chemicaliën, hoofdpijn en warmteopwellingen, afhankelijk van waar de mestcellen in een bepaald systeem geactiveerd worden. Zie figuur 1 op pagina 21.

Een internationale werkgroep van artsen en wetenschappers heeft in een consensus-2-verklaring criteria voor MCAS gedefinieerd.^[4] Het consensusrapport geeft aan dat MCAS een recentelijk erkende klinische aandoening is die buitengewoon complex is.

De algemeen aanvaarde kenmerken van MCAS zijn dat een MCAS-patiënt symptomen moet hebben die overeenkomen met een chronische, afwijkende MCA. Deze MCA is afwijkend in de zin van abnormaal en kan zijn op een identificeerbare trigger. Deze symptomen vlammen bij veel patiënten periodiek op c.q. verlopen aanvalsgewijs. Daarbij moet een MCAS-patiënt symptomen hebben van afwijkende MCA in ten minste twee organen of systemen en mag een patiënt geen andere ziekte hebben die beter internationaal genormeerd is dan MCA (bijvoorbeeld schildklierziekten, IBD of hartritmestoornissen). Tot slot ervaren patiënten symptoomverbetering op medicatie zoals histamineblokkers en mestcelstabilisatoren, zoals loratadine, ketotifen, cromoglycinezuur of cetirizine. Symptoomverbetering op een histaminebeperkt dieet is tevens een belangrijk kenmerk.



FIGUUR 1. Specifieke en niet-specifieke MCAS-klachten.^[5]

Het is van groot belang om als behandelaar deze consensusverklaring voor ogen te houden bij de diagnostiek, om te voorkomen dat een onjuiste diagnose wordt gesteld. De verklaring vormt daartoe een leidraad. Er is nog veel onbekend over de diagnostische testen die MCAS kunnen vaststellen; wetenschappers en specialisten hanteren verschillende meningen. Wel zijn er diagnostische voorstellen voor een MCAS-diagnose beschreven.^[5] Hierin komt duidelijk naar voren dat het testen van mestcelmediatoren van belang is, zoals serum tryptase en cromogranine A, plasma histamine, prostaglandine D2 en heparine, of hun afbraakstoffen in de urine; testen die de triggers signaleren en testen die andere ziekten uitsluiten. Daarnaast is er het belang van huid- of darmbiopten vermeld om te testen op mestcellen door middel van een CD117-kleuring. Bij negatieve testen dient het onderzoek bij het optreden van symptomen herhaald te worden.^[5]

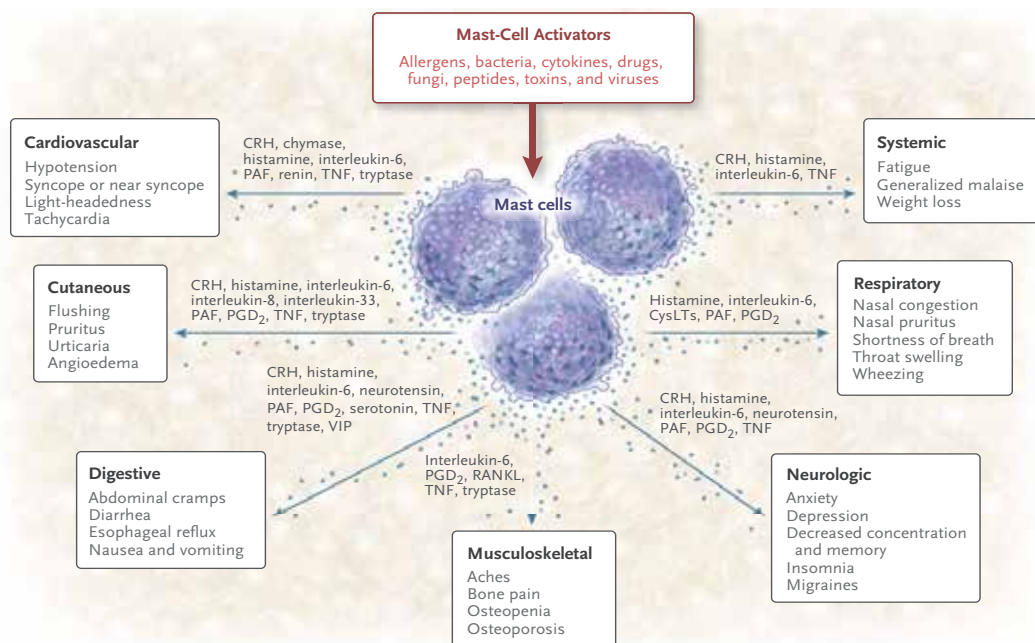
Mestcelmediatoren zijn moeilijk te testen in het bloed en de urine omdat ze gevoelig zijn voor warmte en daardoor een negatieve testuitslag kunnen geven en omdat de timing van testen belangrijk is. Over het meten van serum tryptase verschillen de meningen omdat nog steeds niet duidelijk is wat tryptase voor werking heeft en wat de relatie van tryptase met MCAS is. Voor de diagnose van MCAS wordt een verhoging gehanteerd boven een vastgesteld basislijn niveau van serumtryptase met 20% plus 2 ng/ml.^[6] Er bestaat echter geen consensus over de uitscheiding van een substantiële toename van metaboliëten van prostaglandine D2, histamine of leukotrieën E en MCAS.

Omdat het MCAS-beeld zo complex is, zijn de diagnostische trajecten zeer breed en afhankelijk van de symptomen en de mogelijke oorzaken. Aanvullende laboratorium-

Waak voor te veel verschillende middelen tegelijk; iedere prikkel kan een mestcelreactie veroorzaken.

testen in de complementaire praktijk zijn bijvoorbeeld bloed-, feces-, speeksel- en urineonderzoek gericht op de onderliggende mogelijke oorzaken. Daarnaast kan uitgebreid darmmicrobioomonderzoek uitgevoerd worden om spijsverteringsproblematiek vast te stellen. Zoals een dysbiose door parasitaire of schimmelinfecties, een lekkende darm of een helicobacterinfectie. Diagnostisch onderzoek om vitamine- en mineralentekorten te signaleren, is ook geen overbodige luxe. In de praktijk zie ik regelmatig tekorten in zink, vitamine B6, B12. Procedures om voedselovergevoeligheid te determineren, bv IgG, IgG4, kunnen ook onderdeel vormen van het diagnostische traject. Voedselovergevoeligheid maakt mensen gevoeliger voor reacties elders in het immuunsysteem. Het toetsen van de DAO-enzymactiviteit om histamine gerelateerde problemen vast te stellen is soms ook aangewezen.

Verdere diagnostische suggesties zijn een test op zware metalenbelasting, op chemische intolerantie – want die kan leiden tot longklachten en/of huidreacties – of een hormoonprofiel. Zeker als oestrogeen een rol lijkt te spelen, bijvoorbeeld bij klachten rondom de overgang of voor de menstruatie. Oestrogeen kan namelijk mestcellen activeren. Verder geven genetische testen inzicht in bepaalde mutaties in bepaalde genen. Bijvoorbeeld een MTHR-genmutatie. Deze kan de oorzaak zijn van een verminderde methylatie waardoor zich problemen met de afbraak van histamine kunnen voordoen. Maar er zijn meerdere genen die een relatie met histamine en MCAS kunnen hebben. Inzicht hierin geeft aanknopingspunten om de patiënt te adviseren op het gebied van leefstijl en voeding; met een positieve invloed op genen en epigenetica. Vooral wanneer de MCAS-patiënt overgevoelig reageert op medicijnen en problemen heeft met de leverontgiftiging kan een DNA-paspoort, waarbij farmacogenetisch onderzoek plaatsvindt, van nut zijn. Verstoringen van CYP-enzymen, betrokken bij het verwerken van medicijnen, kunnen zo zichtbaar worden.



FIGUUR 2. *Klinisch relevante mediators die vrijkomen uit mestcellen en mogelijke effecten.*^[8]

Belangrijk ook is het vaststellen van triggers bij de anamnese. Triggers waardoor de mestcellen geactiveerd worden vormen een zeer breed scala.^[7] Belangrijke triggers zijn voedingsmiddelen met een hoog histaminegehalte. Dit zijn tomaten, vlees, vis, aardbeien, oude kaas, kaneel en gember en gefermenteerde voeding. Of histamine-vrijmakers zoals thee, koffie, alcohol, bananen en zuivel. Andere mogelijke triggers zijn extreme temperaturen – zowel warm als koud – emotionele stress en insectenbeten. Chemicaliën in verzorgingsproducten zoals zeep, parfums en in de lucht kunnen een MCA uitlokken.

Zowel darmproblematiek (PDS, SIBO, leaky gut) als ook hormonale factoren worden gezien als uitlokkende factor. Lichamelijke inspanning boven de persoonlijke grens kan een trigger zijn omdat bij te intensief sporten histamine vrijkomt. Oververmoeidheid vult de histamine-emmer al gedeeltelijk en maakt de patiënt gevoelig voor andere triggers. Bepaalde medicijnen, voedingssupplementen, kruiden en de gebruikte hulpstoffen kunnen bovendien een mestcelactivatie uitlokken.

De reguliere therapie bestaat onder meer uit H1 en/of H2 antihistaminica en mestcelstabilisatoren. In zeldzame gevallen wordt een histamine-beperkt dieet geadviseerd. De therapie is afhankelijk van de arts en het behandelprotocol dat deze inzet. Op de PDS infodag november 2022 concludeerde prof. Guy Boeckxstaens tijdens zijn lezing over mestcelactivatie dat nu eindelijk wetenschappelijk bewezen is dat het niet tussen de oren zit en dat er bij veel PDS-klachten onderliggend sprake kan zijn van MCAS. ‘Dat we het mechanisme dat leidt tot mestcelactivatie nu kennen, is cruciaal. Het zal leiden tot nieuwe therapieën voor deze patiënten.’

De eerste belangrijke diagnostische stap is in de anamnese samen met de patiënt op zoek te gaan naar overeenkomsten in symptomen. Door alle symptomen en triggers in

kaart te brengen en te kijken naar de categorie van symptomen en de mestcel gerelateerde symptomen, in plaats van naar de specifieke symptomen. Herken de histamine gerelateerde klachten door een zeer uitgebreide anamnese en analyse te maken. Dit vergt veel tijd. Verstrek bij verdenking op MCAS zoveel mogelijk informatie, zodat de patiënt herkent wat er aan de hand is met zijn lichaam. Leefwijze, voeding en stressreductie zijn van essentieel belang. Tracht de takken (verschijnselen) en de wortel (oorzaken) van de ziekte te elimineren. Een leefwijze- en voedingsdagboek bijhouden is een goed hulpmiddel om de triggers en de symptomen te leren herkennen. Wanneer de patiënt reageert op histamine is een histamine-beperkt dieet van essentieel belang.

Zet natuurlijke antihistaminica stap voor stap in en waak voor te veel verschillende middelen tegelijk; iedere prikkel kan een mestcelreactie veroorzaken. Voedingssupplementen die als doel hebben om de mestcellen te stabiliseren, ontstekingsmediatoren te remmen en die het immuunsysteem ondersteunen zijn bijvoorbeeld quercetine, vitamine c, resveratrol, olijfolie, curcumine. Maar handel voorzichtig. Begin bijvoorbeeld met het inzetten van één voedingssupplement in een lage dosering en kijk of ophoging van de dosering mogelijk is op geleide van de klachten en ervaringen.

Behandel daarnaast onderliggende tekorten bijvoorbeeld om de spijsvertering te ondersteunen, of het darmmicrobioom, afhankelijk van de disbalans in het betreffende orgaan. Ademhalings- en ontspanningsoefeningen en stressreductie zijn eveneens zinvolle aanvullingen. Vaak moeten meerdere behandelstrategieën worden uitgetoetst om tot een gewenst resultaat te komen. Iedere MCAS-patiënt is weer anders en de disbalans kan zich op verschillende gebieden uiten, wat een persoonlijke aanpak vergt.

www.vandelang.nl
www.mcasnederland.nl

Gonnie van de Lang is auteur van het boek ‘Help, mijn mestcellen zijn van slag’.

U vindt de bronvermelding op pagina 59 en op www.orthofyto.com bij het betreffende artikel. Abonnees kunnen daar inloggen.

De reguliere therapie bestaat onder meer uit H1 en/of H2 antihistaminica en mestcelstabilisatoren.