

Prevence celiakie?

MUDr. Pavel Frühauf, CSc.

Klinika pediatrie a dědičných poruch metabolismu 1. LF UK a VFN Praha

Prevence je definována jako jakákoliv aktivita, která redukuje mortalitu a morbiditu choroby. Rozlišujeme primární, sekundární a terciární prevenci.

Klíčová slova: prevence, celiakie.

Prevention od celiac disease?

Prevention is defined as any activity that reduces the burden of mortality or morbidity from disease, taking place at the primary, secondary, or tertiary level.

Key words: prevention, celiac disease.

Úvod

Recentní metaanalýzy uvádějí, že globální prevalence celiakie stoupá, je nyní 1,4% určená na základě stanovení protilátek (séro-prevalence) a 0,7% na základě bioptického vyšetření. U rizikových skupin je prevalence kolem 10%: celiakie u příbuzného prvního řádu (rodiče nebo sourozenec), postižení autoimunitním onemocněním (např. diabetes 1. typu), IgA deficiencie a chromozomopatie (m. Down, Turner) (1, 2, 3).

Úrovně prevence (4)

- primární: zabránění rozvoji choroby
- sekundární: časná detekce a léčba, screening
- terciární: adherence k dietě

Primární prevence (5)

Tab. 1. Primární prevence celiakie

Evidence based medicine	Závěr
kojenecká výživa	
■ kojení	není efekt
■ kojení v době zavedení lepku	není efekt
■ čas zavedení lepku	není efekt
■ množství zavedeného lepku	nejasné*
infekce (střevní)	nejasné
způsob porodu	není efekt
antibiotika	nejasné
mikrobiota	nejsou data
*Zavádění lepku by mělo být postupné s počáteční nabídkou malého množství lepku, která se postupně zvyšuje.	

V publikované studii bylo úvodní množství lepku, které snižovalo u kojených dětí riziko rozvoje celiakie, definováno jako dávka pod 7 g/den (2 lžičky pšeničné mouky do zeleninového příkrmu nebo 2 piškoty do ovocného příkrmu = 6 g lepku) (6).

Současná doporučení pro zavádění kojenecké komplementární výživy (7):

- lepek mezi 4.–12. měsícem*
 - alergenní strava po 4. měsíci
 - kravské mléko (neupravené) po 12. měsíci**
 - všichni kojenci by měli konzumovat potraviny bohaté na železo, včetně masa
 - nesladit, nesolit v prvním roce života
 - veganská výživa vždy s lékařskou supervizí
- *konec 4. měsíce, **do dvou let plnotučné mléko

Sekundární prevence

Současná doporučení pro diagnostiku celiakie (8):

- Při hodnotách protilátek proti transglutamináze (anti tTG2IgA) 10× a více nad normu, které jsou potvrzeny i v opakovaném odběru u dětského gastroenterologa, který zjistí při tomto odběru i pozitivní hodnoty protilátek proti endomysiu, je možné diagnózu stanovit bez nutnosti biopsie.
- V ostatních případech i při nízké hladině celkového IgA (negativně anti tTG2IgA) a pozitivně anti tTG2IgG biopsie.
- Klinické obtíže a stanovení HLA DQ2/8 nejsou obligatorním kritériem non-biopsy diagnózy. Kroky k dosažení bezlepkovosti (9):

Tab. 2. Kroky k dosažení bezlepkovosti

Adekvátní a vyvážená bezlepková dieta					
edukace	sledování	ovoce a zelenina	bezlepkové produkty	pseudocereálie	přírodně bezlepkové
■ časná edukace ■ výběr potravin ■ značení	■ adherence ■ nutriční hodnocení ■ rozpoznání deficitů	■ 5 porcí/den	fortifikované: ■ stopové prvky: Fe, Ca ■ vitaminy: kys. listová, B₁₂	■ pohanka ■ rebarbora ■ slzovka ■ laskavec ■ špenát ■ čirok ■ merlík ■ proso ■ milička ■ cukrová třtina	■ maso ■ rýže ■ kukuřice ■ brambory ■ mléko



KORESPONDENČNÍ ADRESA AUTORA: MUDr. Pavel Frühauf, CSc., fruhauf.pavel@vfn.cz
Klinika pediatrie a dědičných poruch metabolismu 1. LF UK a VFN Praha
Ke Karlovu 2, 120 00 Praha 2

Cit. zkr: Pediatr. praxi. 2022;23(4):304-305
Článek přijat redakcí: 6. 6. 2022

Doporučené parametry k monitoraci celiakie (10):

Tab. 3. Doporučené parametry k monitoraci celiakie

Test	Diagnostika	Sledování
výška, váha, BMI	++	++
anti-tTG IgA	++	++
krevní obraz	++	++
ferritin, Fe, vazebná kapacita	++	*
vitamin D	+	*
Ca, P, ALP, parathormon	*	*
kostní denzitometrie	*	*
foláty	*	*
další vitaminy, stopové prvky	*	*
AST, ALT	+	*
screening DM1 (oGTT, glykovaný hemoglobin)	*	*
TSH (protilátka až při abnormálních hodnotách TSH*)	++	+
HBsAg	+	*

++ nezbytné parametry, + indikováno, *fakultativně podle klinického stavu, °TgAb, TPOAb

První kontrola je vhodná za půl roku po začátku dodržování diety, po dosažení negativy protilátek je jako referenční období ve většině prací udávána dispenzarizace u dětského gastroenterologa po 12 měsících.

Cílený screening celiakie

Ke screeningu jsou indikovány osoby (týká se i dospělých) (11):

A. Rizikové choroby a skupiny

- příbuzní celiaků 1. stupně (rodiče, sourozenci), při jejich pozitivitě také 2. stupně (prarodiče, strýcové, tety, bratrance a sestřenice), zejména při výskytu podezřelého symptomu nebo jiné autoimunitní choroby
- dermatitis herpetiformis (Dühring)
- mikrocytární anémie nereagující na léčbu preparáty železa
- předčasná osteoporóza
- terapeuticky rezistentní průjemová forma syndromu dráždivého střeva
- polyneuropatie a myopatie nejasné etiologie
- ataxie nejasné etiologie
- deprese a poruchy chování

- amenorhea, pozdní menarche
- infertilita a poruchy reprodukce
- Downův a Turnerův syndrom

B. Podezřelé symptomy

- opožděný psychosomatický vývoj
- nevysvětlený úbytek tělesné hmotnosti
- nízké sérové železo
- výrazné izolované zvýšení sérových aminotransferáz
- izolovaný deficit IgA
- recidivující aftózní stomatitida
- hypoplazie zubní skloviny

C. Přidružené autoimunitní choroby

- diabetes mellitus 1. typu
- autoimunitní tyreoiditida a jiné autoimunitní endokrinopatie
- autoimunitní hepatitida
- systémový lupus erythematodes
- primární sklerózující cholangitida
- primární biliární cholangitida
- Sjögrenův syndrom
- choroby pojiva
- IgA nefropatie

Populační screening

V populačních screeningových studiích se ukazuje, že symptomy nejsou spolehlivým prediktorem celiakie (12, 13), takže neredukují riziko celiakie ve srovnání s nedagnostikovanými a tudíž neléčenými formami (14, 15). Populační screening je stále diskutován, především s ohledem na parametr cost/benefit (16, 17).

Terciární prevence

Možnosti sledování adherence pacienta s bezlepkovou dietou (18, 19, 20):

- Dosud neexistuje metoda, která by spolehlivě odhalila non-adherenci k bezlepkové dietě. V klinické praxi se užívá kombinace několika metod. Mezi možnosti sledování adherence pacienta s bezlepkovou dietou patří:
- Vyhodnocování příznaků onemocnění: V případě symptomatické celiakie je sledování vymizení, zhoršení nebo znovuobjevení příznaků nepřímým ukazatelem stupně adherence s bezlepkovou dietou. Tuto metodu

však nelze používat izolovaně ve sledování adherence, zejména u asymptomatických pacientů, nebo lidí s minimálními příznaky onemocnění při kontaktu s lepem.

- Dotazníkové šetření a pohovory s nutričním terapeutem: V klinické praxi se používá řada dotazníků hodnotících dodržování bezlepkové diety. Limitací je, že údaje spo- lehájí na pravdomluvnost pacienta, resp. jeho zákonného zástupce.
- Kontrolní endoskopie s odběrem biopsií: Histologická verifikace celiakie je důležitá při diagnostice dětských pacientů při nesplnění kritérií diagnostiky bez biopsie a u všech dospělých pacientů. Vzhledem k invazivnímu charakteru vyšetření s nutností celkové anestezie v dětském věku nelze užívat endoskopie rutinně v evaluaci stupně slizničního hojení.
- Sérologické testy: Odběr protilátek je prvním krokem při zvažování diagnózy celiakie. Ukazuje se, že hodnocení adherence k bezlepkové dietě jen na podkladě sérologie je značně limitované. Zdá se, že hladina protilátek nekoreluje s histologickým nálezem nebo přítomností příznaků celiakie. Vysvětlením je, že tyto protilátky mají relativně dlouhý poločas a jejich hladiny reflektují imunitní reakci organismu a nikoli přímé poškození střevní sliznice. Ke snížení hladin protilátek může dojít po 6–24 měsících od vysazení lepku v dietě. Sérologické testy nemusí zachytit nízké nebo nepravidelné expozice lepku.

Závěr

- Kojenecká výživa nemá podle dosavadních poznatků kauzální vliv na rozvoj celiakie.
- Enviromentální vlivy – zatím nejsou poznatky použitelné pro primární prevenci celiakie.
- V sekundární prevenci se uplatňuje cílený screening vybraných skupin, nejsou dosta- tečná data pro populační screening.
- Zatím není jednoznačný, běžně použitelný, marker pro terciální prevenci celiakie (adherenci k dietě).

LITERATURA

1. Rubio-Tapia A, Kyle RA, Kaplan EL, Johnson DR, Page W, Erdtmann F, et al. Increased Prevalence and Mortality in Undiagnosed Celiac Disease. *Gastroenterology*. 2009;137:88–89.
2. Singh P, Arora A, Strand TA, Leffler DA, Catassi C, Green

- PH, et al. Global Prevalence of Celiac Disease: Systematic Review and Meta-Analysis. *Clin Gastroenterol Hepatol*. 2018;16(6):823–836.
3. Lebowitz B, Sanders DS, Green PHR. Coeliac Disease. *Lancet*. 2018;391:70–81.

4. Maars van der PJ, Mackenbach JP. *Volksgezondheid en Gezondheidszorg*. Elsevier: Bunge; 1999.

Další literatura u autora
a na www.pediatricpraxi.cz