Léčba celiakie

Základem úspěšné terapie celiakie je trvalá bezlepková dieta. Nekladu si za cíl o ní detailně pojednávat, od toho jsou tu internetové stránky zabývající se výhradně celiakií. Důležité je zmínit skutečný význam a úskalí této diety.

Dietní opatření

Bezlepková dieta se dodržuje buď na 100%, nebo vůbec. To znamená, že neuznáváme žádnou částečnou dietu – člověk buď lepek nepřijímá vůbec, nebo dieta nebude mít žádoucí efekt.

Podstatou diety je zákaz obilovin a jejich produktů a všech výrobků obsahujících lepek (gluten). Naneštěstí je to mnohem obtížnější, než by se na první pohled mohlo zdát. Stopy lepku obsahují i mnohé potraviny, u kterých bychom to nečekali.

Povolené potraviny: bezlepková mouka její produkty, kukuřice, rýže, amarant, proso, víno, tvrdý alkohol, bezlepkové pivo, ovoce, zelenina, mléčné výrobky (ovšem řada nemocných s celiakií může mít sekundární **intoleranci laktózy** a mléko netolerují)

Zakázané potraviny: pšenice, žito, ječmen, oves, běžné pivo, veškeré další potraviny obsahující lepek (viz. etikety) – uzeniny, kečupy, majonézy, zmrzliny, kypřící prášky apod...

Dodržování diety vede k vymizení příznaků, poklesu protilátek, uzdravení střevní sliznice a zejména pokles rizika vzniku lymfomu a dalších maligních onemocnění. Klinický efekt při dodržování diety obvykle za 2-3 týdny, pokles protilátek do 6-12 měsíců.

Jistým problémem je **dostupnost** a **cena** bezlepkových potravin, kromě toho mohou být nemocní držící bezlepkovou dietu omezeni sníženou pestrostí stravy s **nedostatkem vitaminů a vlákniny**.

Bezlepkové potraviny najdeme ve většině supermarketů, nicméně výběr nemusí být vždy široký. Horší je to, pokud nechceme vařit doma, v restauracích bývají bezlepkové potraviny problém, i když se postupem času zvyšuje počet restauračních zařízení, které na nemocné s celiakií myslí. Cena bezlepkové mouky a jejích

produktů je vyšší než u běžných potravin a to mnohdy i více než čtyřnásobně. Povolené potraviny mívají **menší obsah vlákniny**, což může vést k zácpě, stejně tak může člověk na bezlepkové dietě trpět **nedostatkem vitaminů skupiny B** a **vápníku**. V takovém případě je nutnost substituce.

Celiakie neodpovídající na léčbu

Jedná se o nulový či nedostatečný efekt diety, která trvá déle než 6 měsíců, je to problém asi **30% pacientů** s diagnostikovanou celiakií. Můžeme rozlišit přetrvávání klinických obtíží a trvající pozitivitu sérových protilátek. A jaké mohou být příčiny selhání dietních opatření?

Trvající příjem lepku

Úmyslné nedodržování diety, či nevědomý příjem lepku je zřejmě nejčastější příčinou „selhání“ bezlepkové diety. Je velmi důležité, aby pacient, který potraviny s lepkem i proti doporučení lékaře dále přijímá, tento fakt lékaři nezamlčoval. Pokud lékař zjistí, že dieta nemá žádoucí efekt, a pacient tvrdí, že dietu zcela striktně dodržuje, může to lékaře vést k chybnému podezření na některou z níže uvedených eventualit a k dalšímu zbytečnému vyšetřování.

Chybná diagnóza

Existuje řada chorob s některými podobnými příznaky a v některých případech mohou být za celiakii mylně považovány. Je to například syndrom bakteriálního přerůstání, nedostatečnost slinivky břišní, laktózová intolerance, inflammatory bowel disease, mikroskopická kolitida a mnohé další.

Refrakterní celiakie

Toto je forma celiakie nereagující ani na 100% bezlepkovou dietu. Je to poměrně vážný stav, má v základě dvě formy, přičemž zejména 2. forma má velké riziko vzniku dalších komplikací, zejména lymfomu tenkého střeva – EATL (Enteropathy-Associated T-cell Lymphoma)

Refrakterní celiakie

Typický je histologický nález (biopsie z tenkého střeva) – výrazná atrofie sliznice tenkého střeva a výrazně zvýšený počet intraepiteliálních T-lymfocytů.

- a) **Refrakterní celiakie 1. typu –** Populace T-lymfocytů má v membráně buněčné znaky CD3 a CD8. Přechod do EATL, ulcerózní jejunitidy a kolagenní sprue je méně častý, nicméně možný.

- b) **Refrakterní celiakie 2. typu –** Populace T-lymfocytů má znak CD 3 pouze v cytoplazmě a CD 8 nemá vůbec. Absence membránových CD3 a CD8 znamená **preneoplastickou populaci T-lymfocytů**, je vysoké riziko vzniku EATL, ulcerózní jejunitidy a kolagenní sprue. RC 2 má výrazně horší prognózu než RC 1.

Jako terapie u RC 1 se podávají glukokortikoidy a azathioprin + enterální, či parenterální výživa. Terapeutické možnosti RC 2 jsou velmi omezené a progrese do EATL je častá.