



CELIAKIA U DZIECI – DIAGNOZA I CO DALEJ?

Na temat opieki nad dzieckiem z celiakią w kolejnych latach po diagnozie z dr hab. n. med. Anną Szaflarską-Popławską, prof. UMK, rozmawia Małgorzata Źródłak.

Jak Pani Profesor ocenia: czy wzrasta liczba dzieci z celiakią? A jeśli tak, to czy to tylko poprawa diagnostyki, czy może coś więcej?

Niewiele jest danych na ten temat, ale rzeczywiście wyniki kilku prac pochodzących z Włoch, Szkocji, Finlandii i Stanów Zjednoczonych wskazują na wzrost częstości występowania celiakii w populacji nie tylko pediatrycznej, ale również osób dorosłych. Prace te potwierdzają jednocześnie, że nie jest to tylko efekt większej wiedzy lekarzy różnych specjalności o możliwych manifestacjach klinicznych celiakii oraz lepszej

dostępności czulszych testów diagnostycznych, ale rzeczywisty wzrost częstości występowania tej choroby.

Czy dzieci z innymi chorobami autoimmunologicznymi powinny być badane w kierunku celiakii?

Celiakia jest obecnie zaliczana do chorób o podłożu autoimmunologicznym, które „lubią” ze sobą współistnieć. W przypadku niektórych chorób autoimmunologicznych takich jak cukrzyca typu 1, autoimmunizacyjne zapalenie tarczycy czy autoimmunizacyjne zapalenie wątroby potwierdzono silny

związek z celiakią. Zalecane jest, aby w przypadku ich rozpoznania aktywnie wykonywać badania przesiewowe w kierunku celiakii, nawet przy braku objawów, które mogą na tę chorobę wskazywać. Oznacza to na przykład, że w momencie rozpoznania cukrzycy typu 1 każde dziecko powinno mieć wykonane badania diagnostyczne w kierunku celiakii i badania te powinny być powtarzane przez kolejnych pięć – dziesięć lat. W przypadku innych chorób autoimmunizacyjnych nie prowadzono badań oceniających ryzyko wystąpienia celiakii lub związek ten nie jest silny.

Zaniepokojeni rodzice małych dzieci często nie wiedzą, z jakiego powodu ich dziecko nie toleruje glutenu. W jakim wieku najwcześniej można postawić diagnozę i potwierdzić, że małe ma celiakię, a nie na przykład alergię na pszenicę?

Przede wszystkim należy podkreślić, że tylko piętnaście procent pacjentów, którzy wiążą objawy kliniczne ze spożywaniem glutenu, rzeczywiście wykazuje nietolerancję tego składnika pokarmowego. Celiakię można zdiagnozować tylko u dziecka spożywającego gluten, a więc nie wcześniej niż w drugim półroczu pierwszego roku życia, bo zgodnie z obecnie obowiązującymi rekomendacjami dieta niemowlęcia do czwartego miesiąca życia powinna być bezglutenowa, a pierwsze objawy kliniczne celiakii występują najwcześniej po kilku tygodniach/miesiącach od wprowadzenia glutenu do diety. Ja wykonuję badania serologiczne w kierunku celiakii u dziecka spożywającego gluten od przynajmniej kilku miesięcy, chyba że objawy kliniczne mogące wskazywać na nietolerancję występują wcześniej. Oczywiście w każdym okresie życia (również w pierwszym roku życia) można ocenić predyspozycję genetyczną do rozwoju celiakii, ale nie oznacza ona występowania choroby.

Objawy alergii na pszenicę u niemowlęcia i dziecka w wieku poniemowlęcym mogą przypominać celiakię, choć istotnie częściej w alergii występują atopowe zmiany skórne, których nie obserwuje się w celiakii. Badania alergologiczne (badanie surowiczych przeciwciał IgE, punktowe i płatkowe testy skórne, otwarte i ślepe próby prowokacji) można również wykonać w pierwszych latach życia, choć niektóre z nich częściej wypadają fałszywie ujemnie w najmłodszych grupach wiekowych.

Czy takie objawy jak katar sienny czy kaszel od razu wskazują na alergię, czy mogą być także objawem celiakii?

Synonimem określenia „katar sienny” jest „alergiczny nieżyt nosa”, a więc objawy kichania, świądu w nosie, obecność obfitej wodnistej lub wodnisto-śluzowej wydzieliny oraz zatkania nosa są równoznaczne z alergiczną reakcją organizmu na różne alergeny, głównie powietrzno-pochodne. Zarówno katar sienny, jak i celiakia są bardzo częstymi schorzeniami w polskiej populacji, dlatego niezadko zdarza się, że osoba chorująca na celiakię ma objawy kataru siennego, ale jest to zwykły zbieg okoliczności, a więc przypadkowe współwystępowanie obu schorzeń bez związku przyczynowo-skutkowego pomiędzy nimi.

Na pewno błędne jest natomiast stwierdzenie, że kaszel od razu wskazuje na chorobę alergiczną. Przewlekły kaszel może mieć bowiem różne przyczyny, a tylko jedną z wielu jest choroba alergiczna, w tym astma oskrzelowa. Warto jednak wspomnieć w tym miejscu, że są prace, które wskazują na częstsze niż w populacji ogólnej występowanie celiakii u dzieci z astmą. Stosowanie antybiotyków w pierwszym roku życia, a więc w okresie krytycznym dla rozwoju mikrobioty jelitowej oraz układu immunologicznego, może zwiększać ryzyko wystąpienia celiakii we wczesnym dzieciństwie, ale nie tłumaczy częstszego współwystępowania celiakii i astmy oskrzelowej.

Wiemy, że celiakia daje wiele objawów spoza układu pokarmowego. Czy tego typu symptomy celiakii u dzieci różnią się od objawów u dorosłych? Co powinno szczególnie zaniepokoić rodziców?

Celiakia rzeczywiście może się manifestować objawami ze strony przewodu pokarmowego i/lub innymi niż gastrologiczne. Często objawy gastrologiczne współistnieją z pozajelitowymi, ale niezadko się zdarza, że jedynym problemem pacjenta z celiakią jest symptom, który trudno skojarzyć z przewodem pokarmowym. Wśród objawów są takie, które występują w celiakii niezależnie od wieku pacjenta, oraz te bardziej typowe dla pacjentów pediatrycznych lub pacjentów w starszym wieku. Do pierwszych należy niedokrwistość z niedoboru żelaza oporna na leczenie doustnymi preparatami żelaza, która objawia się jako przewlekłe zmęczenie, senność, gorsza tolerancja wysiłku. Dzieci najczęściej gorzej przyswajają na masie ciała, dorośli natomiast chudną.

Opryszczkowate zapalenie skóry pod postacią symetrycznych swędzących zmian skórnych przypominających atopowe zapalenie skóry rozpoznawane jest głównie u osób dorosłych, ale zdarzają się również rozpoznania u nastolatków i dzieci młodszych. Objawy psychiatryczne, takie jak depresja, czy ginekologiczno-położnicze, takie jak nawracające poronienia, porody martwych płodów czy niepełność, występują u pacjentów dorosłych, a bóle głowy częściej u dzieci. Celiakia współistnieje z różnymi schorzeniami autoimmunizacyjnymi – u dzieci najczęściej z cukrzycą typu 1, u dorosłych z chorobami reumatycznymi. Choroba Hashimoto występuje zarówno u dzieci, jak i u dorosłych i w obu grupach wiekowych może współistnieć z celiakią.

Czy dzieci z celiakią mogą mieć objawy neurologiczne? Jeśli tak, to jakie? Czy te objawy cofają się po przejściu na dietę?

Dzieci z celiakią mogą mieć objawy neurologiczne, chociaż częściej występują one u nieleczonych osób dorosłych. U dzieci prawie nie obserwuje się ataksji glutenoależnej, ale mogą występować bóle głowy czy neuropatia obwodowa. Neurolog powinien pamiętać również o częstszym występowaniu celiakii u dzieci z padaczką i odwrotnie – o częstszym występowaniu padaczki u dzieci z celiakią. Uważa się, że w przypadku nielezionej celiakii ze względu na istniejące zaburzenia wchłaniania jelitowego leki przeciwpadaczkowe podawane doustnie mogą być mało skuteczne. Odpowiedź na pytanie, czy objawy neurologiczne cofają się po przejściu na dietę bezglutenową, jest trudne. W przypadku ataksji glutenoależnej dieta bezglutenowa poprawia stan neurologiczny pacjenta, ale objawy nie cofają się w całości, choć również nie postępują. Na temat skuteczności diety eliminacyjnej u pacjentów z bólami głowy nie ma dobrze przeprowadzonych badań, a jedynie opisy przypadków.

Jak często u dzieci przed diagnozą celiakii są podwyższone tak zwane próby wątrobowe? O czym to świadczy? Jak długo trzeba czekać na normalizację po wprowadzeniu diety bezglutenowej?

Powiązanie celiakii ze schorzeniami „wątrobowymi” to bardzo ciekawe zagadnienie. Okazuje się, że co trzecie dziecko w momencie rozpoznania celiakii ma podwyższoną aktywność enzymów wątrobowych takich jak ALT i AST. Co więcej, kilkanaście procent dzieci trafiających do poradni chorób wątroby z powodu podwyższenia aktywności enzymów wątrobowych o nieustalonej przyczynie ma celiakię. Niestety nie zawsze lekarze specjaliści o tym powiązaniu pamiętają, a nieprawidłowe wyniki niemające ustalonej przyczyny mogą niepokoić rodziców dzieci.

Warto również pamiętać, że w przeważającej większości przypadków rozpoznanie celiakii i włączenie diety bezglutenowej powoduje normalizację wyników po kilku-, kilkunastu miesiącach leczenia. Tylko w przypadku współwystępowania autoimmunizacyjnych chorób wątroby poza dietą bezglutenową trzeba włączyć dodatkowe leczenie farmakologiczne.

Czy u dzieci występują objawy, które mogą się nie cofać po diagnozie? Co z celiakią oporną na leczenie dietą?

Dieta bezglutenowa jest w celiakii lekiem z wyboru i powinna być wdrożona u każdego pacjenta z rozpoznaną celiakią.

kią niezależnie od wyjściowych objawów klinicznych. Nawet pacjent bezobjawowy, u którego diagnostykę przeprowadzono dlatego, że należy do grupy ryzyka wystąpienia celiakii, gdyż na przykład ma w bliskiej rodzinie osobę chorą, również powinien zastosować dietę eliminacyjną. Bez wątpliwości zmniejsza to ryzyko rozwoju poważnych chorób, choćby nowotworu jelita cienkiego. Na diecie bezglutenowej cofa się większość objawów celiakii, ale nie wszystkie. Dotyczy to na przykład dzieci, u których objawem choroby jest niskorosłość. W takim przypadku niezwykle ważne jest wczesne rozpoznanie celiakii i włączenie diety bezglutenowej przed zakończeniem procesu wzrastania. Późne rozpoczęcie leczenia nie będzie skutkowało nadrobieniem zaległości i chory będzie niższy niż jego zdrowi rówieśnicy. Odrębnym zagadnieniem jest celiakia oporna na leczenie dietetyczne. Ta postać choroby może dotyczyć nawet kilku procent osób dorosłych, ale pojedyncze przypadki zostały również opisane w populacji dziecięcej, także w Polsce. Leczenie takich pacjentów jest niezwykle trudne, a część z nich w przyszłości rozwija chorobę nowotworową z bardzo złym rokowaniem.

Jak powinna wyglądać wzorcowa opieka lekarska nad dzieckiem z celiakią? Jak często i jakie badania kontrolne należy wykonywać?

To bardzo trudne pytanie. W różnych krajach proponowane są różne schematy monitorowania pacjentów z celiakią, a w wielu krajach, w tym również w Polsce, rekomendacji na ten temat brakuje. Nie ulega wątpliwości, że częstość kontroli powinna zależeć od stanu klinicznego pacjenta i od przestrzegania przez niego zaleceń dietetycznych.

Dziecko, u którego po włączeniu diety bezglutenowej ustąpiły objawy kliniczne i które ściśle przestrzega diety, może być kontrolowane raz na rok. W czasie takiej kontroli poza badaniem lekarskim, uwzględniającym parametry rozwoju fizycznego dziecka, należy rozważyć wykonanie badań oceniających wchłanianie jelitowe (morfologia, stężenie wapnia, ferrytyny, witaminy B12, kwasu foliowego, aktywność fosfatazy alkalicznej), obecność schorzeń kojarzących się z celiakią (sprawdzenie hormonów tarczycy, TSH, stężenia glukozy), funkcję wątroby (AST, ALT) oraz przestrzeganie diety bezglutenowej (swoiste przeciwciała). W zespole monitorującym pacjenta z celiakią powinien się znajdować również dietetyk, który oceni nie tylko stosowanie przez chorego zaleceń dietetycznych, ale również pokrycie zapotrze-

bowania na wszystkie niezbędne składniki pokarmowe.

Pacjent, który pomimo włączenia leczenia nadal ma problemy zdrowotne lub popełnia błędy dietetyczne, wymaga znacznie częstszych kontroli lekarskich.

Czy dzieci ze schorzeniami autoimmunologicznymi powinny być szczególnie uważnie kwalifikowane do szczepień? Jak to wygląda w przypadku celiakii?

Schorzenia autoimmunizacyjne, a do nich jest obecnie zaliczana celiakia, nie są przeciwwskazaniem do szczepień zarówno szczepionkami żywymi, jak i zabitymi. Pacjent z celiakią powinien być w związku z tym szczepiony według obowiązującego kalendarza szczepień ochronnych. Nie jest również zasadne odraczanie szczepień ochronnych u dziecka ze świeżo rozpoznaną celiakią i wysokim stężeniem swoistych dla celiakii przeciwciał. Jedynym powodem, dla którego należy rozważyć przesunięcie wykonania szczepienia na okres późniejszy, jest ciężki kliniczny stan pacjenta, mającego nasiloną biegunkę, ciężkie odwodnienie czy poważne zaburzenia elektrolitowe. Jednak taki obraz kliniczny celiakii w pediatrii to obecnie kazuistyka.

Sprawą dyskusowaną w piśmiennictwie jest dodatkowe szczepienie przeciwko pneumokokom osób z celiakią ze względu na występujący u części dorosłych pacjentów zanik śledziony i związane z tym ryzyko zakażeń bakteriami otoczkowymi. W Polsce szczepienie to zostało wprowadzone do Programu Szczepień Ochronnych w 2017 roku, a więc dzieci urodzone przed 2017 rokiem w większości nie są zaszczepione przeciwko pneumokokom i ich szczepienie należy rozważyć.

Czy u dzieci ze zdiagnozowaną celiakią jakieś schorzenia występują częściej niż w ogólnej populacji? Na co rodzice powinni zwracać uwagę, jeśli mają dziecko na diecie bezglutenowej?

Obecność problemów zdrowotnych u dzieci z rozpoznaną celiakią zależy przede wszystkim od tego, czy dziecko pozostaje na ścisłej diecie bezglutenowej, czy przeciwnie – nie stosuje diety i spożywa produkty zabronione.

Przeważająca większość dzieci z celiakią bardzo dobrze odpowiada na leczenie dietetyczne. W ciągu sześciu – dwunastu miesięcy dochodzi u nich do pełnej regeneracji błony śluzowej jelita cienkiego. Zapewnia to prawidłowy rozwój psychofizyczny oraz zabezpiecza przed wystąpieniem poważnych powikłań. Do takich powikłań należą: zaburzenia gęstości mineralnej kości, objawiające się

bólami kostnymi i złamaniami patologicznymi, rozwojem innych niż celiakia chorób autoimmunizacyjnych, jak choroba Hashimoto czy cukrzyca typu 1, a w przyszłości zaburzeniami w reprodukcji, a więc niepłodnością, poronieniami nawykowymi i porodami martwych płodów, a nawet rozwojem chorób nowotworowych, takich jak gruczolakorak jelita cienkiego i chłoniak T-komórkowy związany z enteropatią. Warto pamiętać, że już po roku – dwóch latach od wyłączenia glutenu z diety gęstość mineralna kości u dzieci normalizuje się, a ryzyko rozwoju nowotworów jelita cienkiego spada do poziomu, jaki występuje w populacji ogólnej.

Niestety, również u dzieci z celiakią, które są prawidłowo leczone, pewne problemy zdrowotne mogą występować częściej niż u zdrowych rówieśników. Niedawno opublikowany przegląd piśmiennictwa wskazuje na przykład na to, że u pacjentów z celiakią ściśle przestrzegających diety bezglutenowej obserwuje się objawy przypominające zespół jelita nadwrażliwego kilka razy częściej niż u osób zdrowych. Rozwój chorób z autoimmunizacji takich jak cukrzyca typu 1 może nastąpić nie tylko u dziecka nieleczzonego z celiakią, ale także, choć rzadziej, u dziecka będącego na diecie bezglutenowej.

Okazuje się również, że u prawie połowy dzieci na ścisłej diecie bezglutenowej mogą występować niedobory pewnych składników pokarmowych, takich jak żelazo, kwas foliowy, magnez, cynk, selen, witaminy B1, B2, B3, B6 i D, co jest związane ze złym bilansowaniem diety. Od lat podkreśla się konieczność udziału dietetyka w zespole multidyscyplinarnym zajmującym się opieką nad pacjentami na diecie bezglutenowej.

Jak w praktyce wygląda przestrzeganie diety bezglutenowej przez dzieci i młodzież? Czy są badania na ten temat? Co zdaniem Pani Profesor ma największy wpływ na nieprzestrzeganie diety?

Publikacje medyczne wskazują, że odsetek osób z celiakią nieprzestrzegających ściśle diety bezglutenowej jest różny w różnych krajach: od ponad połowy w Izraelu do kilku procent w Szwecji i Kanadzie. Niewielu jest co prawda pacjentów przyznających się do stosowania diety ogólnej, a więc bez żadnych ograniczeń w zakresie glutenu, ale już wielu potwierdza okresowe świadome spożywanie produktów zawierających gluten.

Odsetek pacjentów niestosujących się do zaleceń dietetycznych jest szczególnie wysoki wśród nastolatków. Jest to zapewne związane z silną w tej grupie

wiekowej potrzebą akceptacji ze strony rówieśników, lękiem przed stygmatyzacją związaną z przyznaniem się do przewlekłej choroby i częstym w tym okresie życia spożywaniem posiłków poza domem. Wielu młodych ludzi nie odczuwa również żadnych dolegliwości bezpośrednio po spożyciu glutenu, co utwierdza ich w przekonaniu, że gluten im nie szkodzi.

Przestrzeganie diety bezglutenowej u młodszych dzieci jest zazwyczaj ściślejsze niż u starszych. Tu większy udział w łamaniu zaleceń dietetycznych ma raczej wysoka cena produktów bezglutenowych.

Czy ma Pani Profesor jakieś wskazówki dla rodziców, jak zadzić sobie w sytuacji, gdy podejrzewają, że dziecko nie przestrzega diety?

W dzisiejszych czasach sprawdzenie, czy dziecko popełnia błędy dietetyczne, jest stosunkowo proste. Kiedyś dysponowaliśmy głównie badaniem serologicznym. Podwyższone stężenie przeciwciał przeciwko transglutaminazie tkankowej czy obecność przeciwciał antyendomyzjalnych w surowicy świadczą najczęściej o „podjadaniu” glutenu. Obecnie poza wyżej wymienionymi testami serologicznymi dostępne są szybkie domowe testy do określenia obecności immunogennych peptydów gliadyny w moczu. Wykrywa się je już po czterech – sześciu godzinach po spożyciu pojedynczej dawki glutenu do jednego – dwóch dni. Jeśli podejrzenie się potwierdzi, warto ustalić,

co jest powodem świadomego łamania diety. Czasem pomaga psycholog doświadczony w pracy z nastolatkami.

Czy należy badać przesiewowo rodziny chorych z celiakią? Jak często? Wiadomo, że pojedyncze badanie przeciwciał raz w życiu nie wystarczy, gdyż celiakia może się pojawić w każdym wieku, prawda?

Tak, to prawda. Zgodnie z europejskimi rekomendacjami krewni pierwszego stopnia, a więc rodzice, rodzeństwo i dzieci naszego pacjenta, należą do grupy ryzyka zachorowania na celiakię i w tym kierunku powinni być badani. Ryzyko zachorowania na celiakię w tej grupie szacuje się na siedem i pół procent. Zgodnie z tymi szacunkami co siódma – ósma siostra lub córka osoby chorej będzie chora. Częściej rozpoznaje się celiakię również u krewnych drugiego stopnia, ale tam ryzyko zachorowania wynosi tylko dwa i pół procent. Jeśli krewny pierwszego stopnia ma predyspozycję genetyczną do rozwoju celiakii, a tak jest w przypadku ponad osiemdziesięciu procent krewnych, to oczywiście badania serologiczne powinny być wtarzane co rok – dwa lata, ponieważ celiakia może rozwinąć się później.

Co mogą zrobić rodzice osiemnastolatków z celiakią? W naszym kraju brakuje wytycznych dotyczących opieki nad osobami dorosłymi z chorobą trzewną. Co się dzieje z pacjentami, którzy osiągną pełnoletność?

Rzeczywiście, w Polsce brakuje wytycznych, jak ma wyglądać przekazywanie pacjentów osiemnastoletnich z celiakią po zakończeniu opieki pediatrycznej. We Włoszech zaproponowano model polegający na rozpoczęciu procesu przekazywania pacjenta z celiakią pomiędzy szesnastym a osiemnastym rokiem życia z co najmniej jedną wspólną wizytą w obecności gastroenterologa dziecięcego opiekującego się pacjentem do tej pory i gastroenterologa dla dorosłych, który tę opiekę poprowadzi dalej.

W Polsce to przekazywanie pacjentów wygląda pewnie różnie w różnych ośrodkach. W moim szpitalu funkcjonują poradnie gastroenterologiczne dla dzieci i pacjentów dorosłych, w związku z tym przekazywanie pacjentów odbywa się płynnie, a w przypadku pacjentów z powikłaniami termin pierwszej wizyty kontrolnej u gastroenterologa dla dorosłych ustalany jest bezpośrednio przez lekarza pediatrę po wcześniejszym przedstawieniu problemu.

Dziękuję za rozmowę.

dr hab. n. med. Anna
Szafłarska-Popławska,
prof. UMK, Collegium Medicum
im. L. Rydygiera w Bydgoszczy,
Uniwersytet Mikołaja Kopernika
w Toruniu