# 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.