



Dr hab. n. med.
Anna Szaflarska-Popławska

1. W związku z zaleceniami dotyczącymi momentu włączenia glutenu u niemowląt proszę o sprecyzowanie: co oznacza mała ilość glutenu i jakemu odpowiada preparatowi oraz w jaki sposób mierzyć dawki glutenu w czasie, ponieważ rekomendacje nie są jasne. Jeśli mówimy o nabyciu immunotolerancji w alergologii – dawki alergenu są ściśle określone.

Zgodnie z zaleceniami zespołu ekspertów (opublikowanymi w *Pediatric Polish* 2007;82(9):746-748) dotyczącymi zasad żywienia u niemowląt karmionych naturalnie, gluten do diety należy wprowadzać „stopniowo, w małych ilościach, w 5-6 miesiącu życia”. U niemowląt karmionych sztucznie zaleca się wprowadzenie glutenu „nie wcześniej niż w 5 m.ż. i nie później niż pod koniec 6 m.ż”. Niezależnie od sposobu karmienia (naturalne *vs* sztuczne), ilość glutenu wprowadzanego w tym okresie została określona na 2-3 g, czyli pół łyżeczki do herbaty raz na dobę w 100 ml przecieru jarzynowego. Początkowo proponowano podawanie glutenu w postaci kaszki manny, obecnie na polskim rynku dostępne są również różne gotowe produkty firm żywnościowych produkujących artykuły dla niemowląt zawierające gluten z informacją o możliwości ich stosowania od 5 miesiąca życia (np. obiadek „brokuły z cukinią, szynką i kaszką manną” Ovita Nutricia, obiadek „Warzywa z kurczakiem i kaszką manną” Ovita Nutricia, „Rosolek z kurczaka z kaszką manną” Hipp, „Jabłka i banany z biszkoptami” Hipp, „Zupka jarzynowa z kurczakiem i kaszką manną” Gerber).

2. Czy celiakia może wystąpić u dziecka, które gluten miało wprowadzony po 9 miesiącach od urodzenia? Jaki jest wpływ na zachorowanie na celiakię aktualnie proponowanej wczesnej (po 5 miesiącach życia) ekspozycji na niewielkie ilości glutenu?

Celiakia może wystąpić u dziecka (również u osoby dorosłej) w każdym wieku pod warunkiem, że otrzymuje ono gluten. W badaniu Norrisa i wsp. (*JAMA*. 2005;293: 2343-2351) stwierdzono, że dzieci należące do grupy zwiększonego ryzyka rozwoju celiakii, u których gluten do diety wprowadzono po 7 miesiącu życia (a także przed ukończeniem 3 miesiąca życia), są dodatkowo obciążone większym ryzykiem zachorowania na celiakię w porównaniu z dziećmi, którym gluten zaczęto podawać między 4 a 6 miesiącem życia. W świetle dostępnych badań wydaje się więc, że należy unikać zarówno zbyt wczesnego (<4 miesiąca życia), jak i opóźnionego (>7 miesiąca życia) wprowadzania glutenu. Ostateczna ocena wpływu sposobu żywienia we wczesnym okresie życia na zapobieganie chorobie trzewnej będzie możliwa po zakończeniu projektu badawczego PREVENTCD, finansowanego przez Unię Europejską.

3. Czy u dziecka, u którego w rodzinie stwierdzono celiakię, ale przeciwciała w kierunku celiakii były ujemne, należy powtarzać skrining, a jeśli tak, to jak często? Kiedy u dziecka z obciążonym wywiadem rodzinnym w kierunku celiakii należy przeprowadzić skrining, w jakim wieku, po jakim czasie od wprowadzenia glutenu?

Osoby będące krewnymi pierwszego stopnia chorych na celiakię (rodzice, rodzeństwo, dzieci) są grupą ryzyka zachorowania na celiakię i u nich należy wykonać badania skriningowe w kierunku celiakii. Brakuje zaleceń dotyczących czasu ich przeprowadzania oraz konieczności powtarzania tych badań w określonych odstępach (jak np. u chorych na cukrzycę typu 1). Zazwyczaj wykonuje się je jednorazowo i nie powtarza ich (pod warunkiem wykonywania badań u osoby będącej na diecie zawierającej gluten), chyba że wystąpią objawy mogące sugerować celiakię. Czas wykonania badań skriningowych u krewnych pierwszego stopnia nie został również określony i zazwyczaj wykonuje się je albo w momencie wystąpienia niepokojących objawów, albo w przypadku osób bez objawów po kilku-kilkunastu miesiącach stosowania diety zawierającej gluten.

zowo i nie powtarza ich (pod warunkiem wykonywania badań u osoby będącej na diecie zawierającej gluten), chyba że wystąpią objawy mogące sugerować celiakię. Czas wykonania badań skriningowych u krewnych pierwszego stopnia nie został również określony i zazwyczaj wykonuje się je albo w momencie wystąpienia niepokojących objawów, albo w przypadku osób bez objawów po kilku-kilkunastu miesiącach stosowania diety zawierającej gluten.

4. Czy nadal badanie histopatologiczne weryfikujące ostateczne rozpoznanie celiakii to typ 3 do 4 wg Marsha, czy także niższe?

Stwierdzenie zmian w błonie śluzowej jelita cienkiego typu 3 lub 4 według klasyfikacji Marsha zmodyfikowanej przez Oberhubera daje pewne rozpoznanie celiakii. Zgodnie z nowymi, jeszcze nieopublikowanymi, kryteriami diagnostycznymi zaproponowanymi przez Europejskie Towarzystwo Gastroenterologii, Hepatologii i Żywienia Dzieci (ESPGHAN) również w przypadku zmian typu 2 według wyżej wymienionej klasyfikacji możliwe jest rozpoznanie celiakii. W przypadku zmian typu 1 wg Marsha należy rozważyć możliwość błędnej oceny histopatologicznej oraz innych niż celiakia przyczyn zmian histopatologicznych. Wskazane jest również rozszerzenie diagnostyki w kierunku celiakii, np. o badania genetyczne, lub powtórzenie biopsji jelita cienkiego.

5. Zdrowy nastolatek mimo dobrego apetytu ma niedobór masy ciała. Czy coś z tym robić?

W postępowaniu ze zdrowym nastolatkiem, który poza niedoborem masy ciała nie ma żadnych innych objawów klinicznych, należy zwrócić uwagę na dynamikę przyrostu masy ciała w dłuższych przedziałach czasu. Każde zwolnienie dynamiki rozwoju danej cechy (nawet, jeśli mieści się ona nadal w granicach normy

ciąg dalszy na str. 74

ciąg dalszy ze str. 98

lekarskiej) jest niepokojące. Należy pamiętać, że niektóre poważne schorzenia (np. celiakia czy choroba Leśniowskiego-Crohna) mogą przebiegać z izolowanym brakiem przyrostu lub spadkiem masy ciała początkowo bez innych niepokojących objawów klinicznych. W ustaleniu trybu postępowania lekarskiego istotne może być również porównaniu toru rozwojowego dziecka i jego rodziców.

6. Czy refluks żołądkowo-przełykowy i dwunastniczo-żołądkowy stwierdzany gastroscopowo występuje istotnie częściej u chorych na celiakię i może ustąpić po właściwym leczeniu choroby trzewnej?

Rzeczywiście nieliczne ostatnio opublikowane prace wskazują na zwiększenie częstości występowania zapalenia przełyku i objawów związanych z chorobą refluksową przełyku u cho-

rych na celiakię w porównaniu z grupą kontrolną. W badaniach Lucendo i wsp. (*Dis Esophagus* 2011) u 30,1% chorych na celiakię, częściej u osób z typową postacią choroby, stwierdzono ciężką lub umiarkowaną chorobę refluksową przełyku w porównaniu z 5,7% osób z grupy kontrolnej. Po 3 miesiącach stosowania diety bezglutenowej u tych chorych obserwowano szybką poprawę.