

Editorial

Celiakální sprue je celoživotní nesnášenlivost lepku, která se u geneticky vnímavých jedinců projevuje chronickým zánětem sliznice duodena a jejuna, atrofií klků, zvýšeným počtem intraepiteliálních lymfocytů (IEL), prodloužením krypt. K diagnostice CS je v současné době nezbytné: histologické vyšetření sliznice duodena nebo jejuna, vyšetření protilátek proti tkáňové transglutamináze (IgA-tTGA) a/nebo protilátek proti endomyziu (IgA-EMA) izotypu IgA a sérového IgA. K diagnostice potenciální formy CS je navíc třeba znát počet IEL (gama/delta T lymfocyty) a alely HLA-DQ 2. Stanovení koncentrace sérového IgA je výhodné provést u každého pacienta s podezřením na CS, protože pacienti s deficitem IgA mají falešně negativní IgA-tTGA i IgA-EMA. V těchto případech je nutné upozornit laboratoř a vyšetřit protilátky v izotypu IgG. Zavedením IgA-tTGA a IgA-EMA do klinické praxe se významně zvýšila možnost cíleného screeningu CS. Pokud vyšetřujeme současně IgA-tTGA a IgA-EMA je senzitivita a specifita pro CS téměř 100 %. Nikdy v minulosti jsme neměli k dispozici tak silný diagnostický nástroj pro vyhledávání pacientů s CS a pro kontrolu dodržování bezlepkové diety.

V letech 2004–2005 pracovala při ministerstvu zdravotnictví Komise pro celiakální sprue (Komise) vedená prof. Fričem [1]. Důvodem k ustavení komise byla na odborných setkáních opakovaně konstatovaná pozdní diagnostika a léčba tohoto onemocnění a neuspokojivá kvalita života postižených jedinců. Komise vypracovala diagnostickou a terapeutickou směrnici a návrh pro cílený screening celiakální sprue, který podpořila řada odborných společností. Nový ministr zdravotnictví MUDr. D. Rath komisi koncem roku 2005 zrušil.

Proč je tedy diagnostika CS v ČR nedostatečná a opožděná? Nabízí se několik důvodů:

1. v diferenciální diagnostice na toto onemocnění nemyslíme,
2. při podezření na CS přetrvává vyšetřování protilátek proti lepku, přestože máme k dispozici podstatně více specifické IgA-tTGA a IgA-EMA,
3. přetrvává názor, že CS je vyléčitelné onemocnění,
4. nedostatečné povědomí o komplikacích neléčené CS a o chorobách asociovaných s CS.

Mezi cílové skupiny screeningu, které Komise vybrala, patří i metabolická osteopatie. Není jednoduché zjistit prevalenci metabolické osteopatie u pacientů s CS. Publikované práce na toto téma nelze porovnávat, protože nemají jednotnou metodiku pro diagnostiku osteopatie i CS. Je také rozdíl v prevalenci osteopatie, pokud vyhledáváme CS mezi pacienty s osteopatií, nebo naopak osteopatií u pacientů se známou diagnózou CS. V roce 2005 byla publikovaná metodicky dobře koncipovaná studie. D. S. Sanders a kol. prospektivně vyšetřili u 936 žen a 42 mužů (průměrný věk 53,2 let, rozmezí 21–69let) pomocí DXA hodnotu BMD a současně provedli screening celiakální sprue [2]. V séru vyšetřili kvantitativní imunoglobuliny, IgA-protilátky proti gliadinu, IgA-tTGA a IgA-EMA. U pacientů s IgA deficitem vyšetřili protilátky proti gliadinu ve třídě IgG. Každý účastník studie vyplnil dotazník s otázkami na celkový zdravotní stav, na gastrointestinálních symp-

tomy a na symptomy, které lze očekávat u aktivní CS (např. anémie). Osteoporóza byla zjištěna u 243 a osteopenie u 431 probandů. Normální hodnoty BMD mělo 304 probandů, tato skupina sloužila jako kontrolní. Screening na CS byl pozitivní u 13 žen, u všech byla provedena enterobiopsie a u 12 stanovena diagnóza CS (5 z nich mělo osteoporózu, 5 osteopenii a 2 normální BMD). Prevalence CS v celé kohortě 978 pacientů byla 1,2 %. Prevalence CS u pacientů s normální DXA byla 0,7 %, u pacientů s osteopenií nebo osteoporózou 1,4 % ($p = 0,347$). Prevalence CS u žen s osteoporózou byla 2,1 %, s osteopenií 1,2 %. Rozdíl ve výskytu v porovnání s kontrolní skupinou nebyl statisticky významný.

Všech 12 pacientů s diagnostikovanou CS mělo gastrointestinální symptomy a/nebo anémii v anamnéze. Autoři konstatují, že screening CS u pacientů s osteoporózou nebo osteopenií je indikovaný, ale za efektivní považují současně pátrat po gastrointestinálních symptomech. V tomto čísle Osteologického Bulletinu jsou publikovány dvě kazuistiky pacientek s metabolickou osteopatií, z nichž první 57letá žena měla jasné klinické a laboratorní příznaky, které nutí v diferenciální diagnostice myslet na CS [3]. Také 64letá žena prezentovaná ve druhé kazuistice měla v anamnéze symptom (anémii), který D. S. Sanders považuje za podezřelý z CS. Lze tedy konstatovat, že obě ženy měly vedle symptomatologie metabolické osteopatie i symptomy podezřelé z CS. Mezi cílové skupiny pro screening patří i příbuzní nemocných s CS 1. a 2. stupně, na což by se nemělo zapomenout i u prezentovaných kazuistik.

Nepochybuje se o příznivém efektu bezlepkové diety na BMD. Zajímavé je pozorování Kemppainena a kol. [4]. Po dobu 5 let sledoval 28 pacientů (9 mužů a 10 žen) s nově diagnostikovanou CS s cílem zaznamenat, jak se změní BMD po zavedení bezlepkové diety. Dospěl k závěru, že vzestup BMD byl zaznamenán po prvním roce diety, v dalších 4 letech byl BMD nezměněn nebo mírně klesal.

Závěrem nezbyvá než konstatovat, že prezentace podobných kazuistik pacientů s CS (jako v tomto čísle Osteologického Bulletinu) i z dalších oborů medicíny (pediatrie, hematologie, endokrinologie, diabetologie apod.) přispěje ke zlepšení diagnostiky tohoto onemocnění.

Literatura

1. <http://www.mzcr.cz/print.php?clanek=1437>
2. Sanders DS, Patel D, Khan FB et al. Case-Finding for Adult Celiac Disease in Patients with Reduced Bone Mineral Density. *Digestive Diseases and Sciences*, 2005;50:587–592.
3. Ciferská H, Horák P, Tichý M. Kostní choroba u glutenové enteropatie manifestované v pozdním věku – 2 kazuistiky. *Osteologický Bulletin* 2006;11:91–94.
4. Kemppainen T, Kröger H, Janatuinen E et al. Bone Recovery After a Gluten-Free Diet: A 5-Year Follow-up Study. *Bone* 1999;25:355–360.

doc. MUDr. Oldřich Pozler, CSc.
Dětská klinika LF a FN
Hradec Králové