

Tab. 6. Klinické formy celiakie

Forma	Protilátky	Biospie	Příznaky	Výskyt
klasická	+	+	typické	≤ 5 %
atypická	+	+	atypické	≥ 60 %
silentní	+	+	0	???
latentní	+	↑ IEL	0	???
potenciální	+/-	-	0	???
refrakterní	+/-	++ - aberantní IEL	++	vzácné

Bezlepková potravina je definována jako taková, která obsahuje nejvýše 20 ppm (parts per milion) lepku – tj. nejvýše **20 mg lepku na kilogram výrobku** určeného ke spotřebě. Potravina splňující tento limit může být označena povinným tvrzením „bez lepku“. Problémem v dietě zůstávají potraviny s označením „může obsahovat stopy lepku“, zde není kontaminace vyloučena při výrobě, ale k výrobě nejsou použity produkty obsahující lepek. Legislativní požadavky na obsah a označování lepku jsou upraveny nařízením (ES) č. 41/2009. Stanovuje jak požadavky na potraviny určené pro zvláštní výživu, tak požadavky na potraviny určené pro běžnou spotřebu. Nařízení umožňuje deklarovat označení „bez lepku“ i na potravinách určených k běžné spotřebě, což přispívá k větší rozmanitosti stravy při bezlepkové dietě.

Důležitá je pestrost diety a kombinování přirozeně bezlepkové stravy s bezlepkovými produkty.

Velká pozornost je dnes věnována zpracování bezlepkových výrobků. Mnoho z nich má vyšší glykemický index (nízké zastoupení bílkovin a vyšší hodnoty tuků), což vede ke změně lipidového spektra a riziku vzniku **NAFLD** Non-Alcoholic Fatty Liver Disease. Stále více klinických studií zmiňuje souvislost celiakie, elevace jaterních transamináz, jaterní steatózu a změny mikrobiomu. Z hlediska deficitu mikronutrientů je u BLD nutné pravidelné sledování hladiny **Fe** (sideropenická anémie u 2–5 % pacientů na BLD). Deplece **vitaminu B<sub>12</sub>** a **folátu** je rizikem rozvoje deprese a anxiety. Snížení hladiny **vitaminu D**, často v souvislosti s eliminací mléčných produktů, vede k rozvoji metabolického onemocnění kostní hmoty – osteopenii v mladém věku a později bez suplementace k osteoporóze s rizikem vzniku zlomenin. Většinou pouze vstupně při diagnostice nacházíme dočasné deplece stopových prvků **zinku, mědi a vi-**

**taminu B<sub>6</sub> – pyridoxinu**. V rámci následovné dispenzarizace pacientů je vhodné zvážit při hyposplesmismu očkování.

### Neodpovídavost na léčbu

Po zahájení bezlepkové diety u pacientů pravidelně monitorujeme sérovou hladinu protilátek (PL). U 7–30 % přetrvává elevace PL více jak 6 měsíců – slow-responders. Normalizace většinou do 12 měsíců.

O refrakterní celiakii (RCD) – **celiakii neodpovídající na léčbu** hovoříme, pokud symptomy malnutrice a klinické projevy přetrvávají více jak 12 měsíců, je přítomna aktivita histologická. Diagnostika nejčastěji po 50. roce věku. Hladina protilátek může, ale nemusí být zvýšená.

Rozeznáváme dva typy RCD v závislosti na přítomnosti nebo nepřítomnosti aberantních IEL (buňky exprimující CD3/CD8 antigen). Když je procento aberantních T buněk nižší než 20 %, pak je to považováno za **RCD-I**, vyšší zastoupení definuje **RCD-II**. Tato jednotka je považována za prelymfom (**Pr-EATL**) nebo lymfom nízkého stupně kvůli vysokému riziku transformace do **EATL (enteropathy-associated T-cell lymfoma)**. Léčba RCD-I je kombinací nutriční podpory a imunosupresivní léčby. Topické steroidy, výjimečně thiopuriny a v literatuře uváděný raritně infliximab. Ke zvažování mesalamin, nicméně s omezeným efektem na hojení slizniční. Efekt terapie topickým steroidem v dávce 3 mg 3x denně po dobu 3 měsíců je až v 83 %. Azathioprine doporučeno podávat v dávce 2–2,5 mg/kg/den. Rebiopsii indikovat nejdříve po 3 měsících. Léčba RCD-II patří do rukou onkologům.

Nejen z výše uvedeného rizika potenciálního EATL je vhodná pravidelná dispenzarizace pacientů. Monitorace hladiny PL, substituce event. malnutrice, edukace pacientů o BLD (vhodná spolupráce s nutričním terapeutem), možnost endoskopické kontroly.

### Nové možnosti terapie

Intenzivně běží výzkum na poli nových molekul v léčbě celiakie ve snaze zasáhnout na více úrovních v patogenezi vývoje celiakie. V současné době běží většina výzkumů in vivo, ojediněle se dostane klinická studie do II. fáze.

**Glutenázy** a antigliadinová protilátka AGY cílí na glutenové proteiny; **integrinové cílené terapie a regulátory těsných spojení** se zaměřují na zlepšení bariérové funkce. **Inhibitory TG2** mají za cíl zabránit deamidaci lepkových peptidů; **anti-IL15** monoklonální protilátka (mAb) cílí na zánětlivý cytokin IL-15. Strategie cílení na CD4 T buňky se zaměřují na inhibici rychle expandujících **gluten specifických CD4 T buněk**. Strategie indukce tolerance se zaměřují na **klonální anergii/deleci** gluten specifických CD4 T buněk a podporu diferenciaci gluten specifických CD4 regulačních T buněk. Další studie ukážou aplikaci do praxe.

### Aktuální situace v ČR

I přes zlepšující se péči o pacienty s celiakií a nesporně vyšší nabídkou bezlepkových produktů, zůstává jejich postavení v ČR diskriminující. Cena bezlepkových výrobků je stále velmi vysoká, dostupnost bezlepkových produktů v obchodech je omezená. Příspěvky z většiny zdravotních pojišťoven jsou určeny pouze dětem a studentům.

V roce 2023 VZP přispívá ročně **8 000 Kč** na bezlepkové potraviny nebo na platbu bezlepkových obědů ve školní jídelně, je určen dětem ve věku do 18 let nebo studentům ve věku do 26 let se statutem nezaopatřené dítě s potvrzenou diagnózou s kódem **K 90.0** – Celiakie.

Podporou finanční úhrady bezlepkové diety z veřejného zdravotního pojištění se dlouhodobě zabývá skupina pro celiakii České gastroenterologické společnosti pod vedením doc. Kohouta. Ve spolupráci s Ministerstvem zdravotnictví, zástupci pojišťoven a pacientskými organizacemi se formuje model finanční kompenzace. Náklady na bezlepkovou dietu byly vyčísleny průměrně na více jak 3 000–3 500 Kč/měsíc nad rámec běžného stravování.

Neméně závažným problémem snižující kvalitu života dětí a rodin s celiakií je pro-