

Neceliakální glutenová (pšeničná) senzitivita (Non-Celiac Gluten (Wheat) Sensitivity, NCGS)

Jedná se o klinickou jednotku u jedinců, kteří mají klinické příznaky v oblasti trávicího traktu i mimo něj, po konzumaci potravy vyrobené z pšenice, ječmene a žita a u kterých byla vyloučena alergie na lepek a celiakie. Obilné zrno obsahuje kromě lepku i další imunogenně působící bílkovinné složky a obtížně vstřebatelné sacharidy, které mohou přispívat k rozvoji klinických příznaků. Konkrétní vyvolávající strukturální komponenta nebyla jednoznačně identifikována. Předpokládá se, že kromě lepku mohou být zodpovědné za projevy neceliakické citlivosti na lepek i alergeny ze skupiny alfa-amylasa/trypsin inhibitorů (ATIs). Uvažuje se i o možnosti vlivu cukerných, málo vstřebatelných zbytků (FODMAP), obsažených v pšeničné mouce.

NCGS se vyskytuje zejména u dospělých jedinců mladšího až středního věku, v dětství není častá. Je třikrát častější u žen než u mužů. Častěji se také vyskytuje u osob trpících i jinou potravinovou intolerancí, např. intolerancí mléčného cukru. Nebyla prokázána genetická vazba na rozdíl od celiakie, přesto se vyskytuje častěji v příbuzenstvu s výskytem celiakie. Zjistit skutečnou prevalenci NCGS je obtížné. Její výskyt je vyšší než výskyt celiakie, nalezená prevalence kolísá mezi 0,5–6 %.

Klinické příznaky se projevují širokým spektrem trávicích i mimo-trávicích příznaků, které vymizí po nasazení bezlepkové diety a znovu se objeví po jeho opětovném zavedení do stravy. Mezi trávicí příznaky patří: průjem, nadýmání, bolesti břicha, zácpa, nauzea, říhání, pálení žáhy, afty v dutině ústní. K příznakům mimo trávicí trakt řadíme únavu, změny nálady, poruchy spánku, mlhavá mysl, deprese, úzkost, bolesti hlavy, různé kožní vyrážky, svalové i kloubní bolesti.

V současnosti neexistuje žádné objektivní kritérium či laboratorní test specifický pro diagnostiku NCGS. Po rozboru anamnézy je nejprve nutné vyloučit celiakii a alergii na pšeničnou mouku v době, kdy pacient běžně lepek a pšeničnou stravu konzumuje. U zhruba 25–50 % pacientů byla nalezena pozitivita protilátek antigliadinových ve třídě IgG, nejsou však považovány za specifický test, neboť bývají přítomny i u jiných chorob a také jejich negativita NCGS nevylučuje. Vzorek střevní sliznice u pacientů s NCGS vykazuje buď normální nález nebo jen mírné zmožnění intraepiteliálních lymfocytů na rozdíl od celiakie, kde je typický histologický obraz.

Diagnostika spočívá v průkazu vymizení klinických obtíží na bezlepkové dietě a zhoršení obtíží po znovuzavedení stravy obsa-

hující lepku. Bezlepkovou dietu je doporučeno dodržovat 6 týdnů se záznamem zlepšování klinických příznaků do protokolu. Jedná se o subjektivní zhodnocení příznaků. V případě, že dojde ke zlepšení obtíží na bezlepkové dietě alespoň o 50 %, je doporučováno přejít k expozičnímu testu a zavedení lepku opět do stravy. Expoziční test je vyžadován k definitivnímu potvrzení diagnózy a minimalizaci pravděpodobnosti placebo efektu bezlepkové diety. V klinické praxi spočívá nejčastěji v postupně se zvyšující denní konzumaci lepku (¼ krajíčku chleba nebo 1 sušenky s dvojnásobným zvyšováním každý 2. den do běžné denní dávky). Návrat klinických příznaků diagnózu potvrdí.

Léčba spočívá v bezlepkové dietě. U řady pacientů je vhodné omezit i potraviny obsahující FODMAP. Nemocní s NCGS mohou titrovat expozici lepku podle svých příznaků, není bezpodmínečně nutná přísná bezlepková dieta. Také tolerance ke stopovému množství lepku je u pacientů s NCGS dobrá. Hladina tolerance je však velmi individuální. Není zcela jasné, zda je NCGS přechodnou nebo trvalou poruchou, proto je doporučováno po 1–2 letech trvání bezlepkové diety ověřit možnou navozenou toleranci opětovným zaváděním lepku do stravy (14, 15).

Závěr

Úlohou lékaře je rozpoznat pacienty s potravinovou alergií a potravinovou intolerancí. Alergolog vyšetří podezřelou potraviny a určí patogenetické mechanismy, účastníci se v rozvoji onemocnění, navrhne léčebný plán, dietní a režimová opatření a upozorní na rizika možné zkřížené a skryté alergie. Pacienti s rizikem závažných celkových alergických reakcí po potravinách musí být vybaveni pohotovostní záchranou léčbou včetně adrenalinového autoinjektoru a zacvičení v jeho použití. Přesná diagnostika reakcí na potraviny sníží počet chybně indikovaných diet a zabrání rozvoji anafylaktické reakce a ohrožení na životě. Důležitá je spolupráce i s gastroenterology, kteří v případě izolovaných problémů na trávicí trakt pomohou vyloučit zánětlivá střevní onemocnění i další závažné procesy. Přes intenzivní studie dosud neexistuje rutinně dostupná možnost kauzální terapie potravinové alergie. Výzkumy poslední doby se proto intenzivně zabývají i možnostmi prevence PA, zejména na poli časného zavádění příkrmů, a tím časné indukce orální tolerance.

LITERATURA

1. Sicherer SH, Sampson HA. Food Allergy. A review and update on epidemiology, pathogenesis, diagnosis, prevention and management. *J Allergy Clin Immunol* 2018; 141: 41–58.
2. Fuchs M et al. Potravinová alergie a intolerance. *Mladá Fronta* 2016.
3. Bělohávková S, Kopelentová E, Šetinová I, et al. Registr potravinových alergií DAFALL - první výsledky. *Alergie* 2015; 2: 80–90.
4. Du Toit G, Sampson HA, Plaut M, et al. Food Allergy: Update on prevention and tolerance. *J Allergy Clin Immunol* 2018; 141: 30–40.
5. Sampson HA, O'Maloney L, Burks AW, et al. Mechanisms of food Allergy. *J Allergy Clin Immunol*, 2018; 141: 11–19.
6. Eiwegger T, Hung L, San Diego KE, et al. Recent developments and highlights in food allergy. *Allergy* 2019; 74: 2355–2367.
7. Bělohávková S. Potravinová alergie v roce 2019. *Postgraduální medicína* 2019; 4: 283–290.
8. Cianferoni A. Non-IgE mediated food Allergy. *Current Pediatric Reviews*. 2020; 16: 1–11.
9. Šetinová I. Potenciální molekulární a buněčné biomarkery v diagnostice IgE mediované alergie. *Alergie* 2020; 1: 37–41.
10. Bělohávková S, Kopelentová E, Šetinová I, et al. Doporučené postupy pro provádění expozičních testů s potravinami. *Alergie* 2018; Suplementum 1: 1–43.
11. Misselwitz B, Butter M, Verbeke K et al. Update on lactose malabsorption and intolerance: pathogenesis, diagnosis and clinical management. *Gut* 2019; 68: 2080–2091.
12. Tuck CJ, Biesiekierski JR, Schmid-Grendelmeier P, et al. Food intolerances. *Nutrients* 2019; 11(7): 1684.
13. Lee KH, Song Y, Weidong Wu, et al. The gut microbiota, environmental factors and links to the development of food allergy. *Clin Mol Allergy* 2020; 18: 5.
14. Hoffmanová I. Syndrom neceliakální glutenové (pšeničné) senzitivity. *Postgraduální gastroenterologie a hepatologie* 2016; 3: 196–203.
15. Šetinová I, Havranová M, Daňková E. Choroby způsobené lepem a dalšími moučnými bílkovinami. *Alergie* 2014; 3: 181–188.