

# Konszenzuskonferencia a coeliakiáról

Budapest, 2007. március 10.

**A** coeliakia gyakori, a lakosság 1%-át(!) érintő, szisztémás betegség. A kórkép sokszor nem hasi tünetek formájában, hanem a legkülönbözőbb szervek megbetegedéseként jelentkezik. A Semmelweis Egyetem II. Belgyógyászati Klinikáján tartott konszenzuskonferencia célja az volt, hogy felhívja a társszakmák művelőinek figyelmét a betegség valós gyakoriságára és ezerarcú tünettanára. Ebből következik, hogy a konferencia tanulságokkal szolgálhatott a medicina bármelyik diszciplináját űző szakorvosok, orvostanhallgatók és doktoranduszok, sőt, a nagyközönség számára is. A konferencián a téma nemzetközileg is elismert hazai szaktekinetelyei adtak elő, az előadók sorában több egyetemi tanárral.

**A coeliakiában termelődő antitestek a transzglutamináz-2 enzimhez kötődnek, ennek következtében nemcsak a vékonybél és az appendix, hanem a bőr, a máj, az izom, a nyirokcsomók és az erek is érintetteké válnak.**

A coeliakiát már az ókorban ismerték: óegyiptomi feljegyzésekben és a Bibliában is szerepel, hogy a kenyér túlzott fogyasztása görcsös hasi panaszokat okozhat. Az első tudományos igényű megfigyelés *Van Dicke* nevéhez fűződik, aki *Van de Kamerral* együtt 1950-ben publikálta, hogy a coeliakia kialakulásáért a gabonafélékben megtalálható glutén tehető felelőssé. Sokáig abban a hitben éltek, hogy a coeliakia gyermekbetegség, de a kutatások eredményei arra a felismerésre vezettek, hogy bármelyik életkorban manifesztálódhat. A gyermekkorban leggyakrabban előforduló tünetek a hasmenés, zsírszéklet, haspuffadás, súlycsökkenés, étvágytalanság, hányás, hasi fájdalom,

mérsékelt súlygyarapodás, magatartási zavar, oedema, obstipatio, rectumprolapsus, szájnyalkahártya-ulceratio. *Korponay-Szabó Ilma* (Heim Pál Kórház, Coeliakia Centrum) előadásában hangsúlyozta, hogy ez a klinikai tünetekkel jelentkező betegség egy immunfolyamat végső állomása. A tünetes coeliakia a „jéghegy csúcsa”, hiszen a betegség latens és csendes formái is ismertek. Mai ismereteink szerint a coelia-

kiában termelődő antitestek a transzglutamináz-2 enzimhez kötődnek, aminek következtében nemcsak a vékonybél és az appendix, hanem a bőr, a máj, az izom, a nyirokcsomók és az erek is érintetteké válnak. A betegség során e szervekben is kimutathatók a coeliakiára típusos antitestek. A coeliakia „csendes” formája hétszer gyakoribb, mint a manifeszt coeliakia. Már ekkor beindulnak a kóros immunfolyamatok, és a vékonybélben a kórképre jellegzetes bohólyosorvadás jelenik meg. A betegség korai felismerésének akadálya, hogy a panaszok nagyon változatosak. *Banai János* (Országos Gyógyintézeti Központ) ezekről a buktatókról és csapdákról tartott előadást a felnőttkori coeliakia diagnosztizálása kapcsán. A leggyakoribb kapcsolt betegség az inzulindependens diabetes mellitus, az autoimmun hepatitis és az autoimmun thyreoiditis. A coeliakia praecancerosus állapotnak fogható fel.

*Berczi Lajos* (Semmelweis Egyetem, I. Patológiai és Kísérleti Rákkutató Intézet) a coeliakia szövettani diagnózisának problémáit vetette fel. A bohóly állapotának jellemzésére a totális, szubtotális és parciális – PVA2, PVA3 (parciális bohólyatrophia jellemező) – beosztás használatos. A módosított Marsh-féle beosztásban a 3b és 3c fokozatok felelnek meg a legsúlyosabb állapotoknak. A coeliakiának nincs kizárólagosan specifikus szövettani jele, csak kifejezetten típusos eltérések, ezért a klinikai adatokból, a szerológia eredményeiből és a szövettani kép együttes elemzéséből állítható csak fel biztos diagnózis. Fontos a bohólykripta arány megállapítása, a lymphocytás, plazmasejtes beszűrődés, a parciális villusatrophia mértéke. A bohólyatrophia azonban a tehéntej-allergia enterális formája, különböző ételallergiák, gastroenteritis, giardiasis, autoimmun enteropathia, szerzett hypogammaglobulinaemia, trópusi sprue, proteinintolerancia és Crohn-betegség is okozhatják.

A tünetmentesség, a primer és szekunder prevenció kérdésével *Havasi Anikó* (Magyar Dietetikus Országos Szövetsége) foglalkozott. Előadásában ismertette a dietetikusok feladatkörét, a tanácsadás mikéntjét, a termékismertető fontosságát. Sajnálatos tényként közölte, hogy az orvosok csupán 20%-a dolgozik együtt

dietetikusokkal. A betegek érdekében ezt a százalékos arányt kívánatos lenne növelni a jövőben. A coeliakia – a fenilketonuriához hasonlóan – annál sikeresebben tartható kézben, minél korábban diagnosztizálják.

*Koltai Tünde* élelmiszer-ipari szakemberként és családja érintettsége révén vált a Lisztérzékenyek Érdekképviselőjének Országos Szövetsége elnökévé, és e minőségében tartotta előadását. Kihangsúlyozta a diéta, a korai diagnózis felállításának fontosságát, a tudomány szerepét a coeliakia patomechanizmusának egyre jobb megértése érdekében, az élelmiszeripar jelentőségét, az ellátást (regisztrált gluténmentes üzem) és a család felelősségét a beteg pszichés állapotának, életvitelének, elfogadható életminőségének szempontjából. Felhívta a figyelmet azokra az élelmiszerekre, amelyek glutént tartalmaznak. Az élelmiszer-szabványok szerint a 20 mg/kg alatti gluténtartalmat fogadják el gluténmentesnek; a 100 mg/kg gluténtartalom már problémát okoz. A korszerű élelmiszer-analitikai eljárások ma már 5 ppm nagyságrendig képesek kimutatni a táplálékok gluténtartalmát. Ha sikerül a diétát egész életen át pontosan betartani, akkor minimálisan csökkenthető a szövődmények megjelenése.

A házi orvosok felelősségét hangsúlyozta *Magyar Anna* (Budapest, II. kerület, Vérhalom téri házi orvosi rendelő), feladatukként jelölte meg a klinikai gyanú felvetését, a család szűrés kezdeményezését és az érintettek nyomon követését.

*Kárpáti Sarolta* (Semmelweis Egyetem, Bőr-, Nemi-kórtani és Bőronkológiai Klinika) a coeliakia bőrtüneteiről tartott gazdagon dokumentált összefoglalójában a betegekről készült felvételeken mutatta be a típusos eltéréseket és a gyakori lokalizációt.

*Arató András* (Semmelweis Egyetem, I. Gyermekgyógyászati Klinika) részletezte a gyermekkorban kezeltelen vagy fel nem ismert coeliakia késői szövődéseit. Ezek közé tartoznak az alacsony testméret, a hosszanti növekedés leállása, a késői serdülés, fogászati betegségek, fogzománchiány. Régóta ismert, hogy az 1-es típusú diabetes mellitus gyakran társul coeliakiával. A HLA-DQA1\*05-DQB1\*02 heterozigóta előfordulása kétszeres, a HLA-DQA1\*05-DQB1\*02 homozigóta előfordulása 4,5-szeres relatív rizikónövekedést jelent. A különböző országokban 2–7% közötti gyakoriság mutatható ki. Saját, 205 (2–17 év közötti) diabeteses (88 lány, 117 fiú) gyermeket bevonó vizsgálatukban 11,7%-os EMA-pozitivitást figyeltek meg (EMA: endomysium-ellenes antitest). Véleménye szerint 1-es típusú diabetes mellitusban coeliakia gyanúja miatt többször is kell szűrni a betegeket, ugyanis 1-es típusú diabetes mellitusban felmerül a glutén iránti szenzitivitás.

*Csillag Mária* (Semmelweis Egyetem, Konzerváló Fogászati Klinika) a fogászati vonatkozásokat, a száj nyálkahártyájának betegségeit mutatta be. A fogászati tünetek négy csoportba oszthatók: aphthák és fogzománchiányok, autoimmun betegségek, a vas-, folsav- és B<sub>12</sub>-vitamin-hiány miatt kialakuló fogászati tünetek, gyermekfogászati, fogzási problémák. A fogászati vizsgálatnak ki kell terjednie a fognyaki szuvasodás, a nyál-

mirigyek és a parotis állapotának, a fogzománc hiányosságának, a nyál termelésének megfigyelésére. Az ínnyulladás a B<sub>12</sub>-vitamin-hiányra, a nyáltermelés csökkent mértékére, a fog állaga és a zománchiány csökkent kalciumszintre és D-vitamin-hiányra vezethető vissza. A fogzománchiák, a fogak gyors romlása elsősorban a metszőfogakra jellemző. Az aphthosus elváltozások felülfertőződése is gyakori. A viszszatérő fájdalmas hólyagok és aphthák terápiája nem ismert, csupán palliatív kezelés létezik. Az arc esztétikájához – amely szintén árulkodó jeleket mutathat – hozzátartozik a fogak korszerű kezelése, rekonstrukciója, s ehhez ma már kiváló, fémeket nem tartalmazó anyagok állnak rendelkezésre.

*Arányi Zsuzsanna* (Semmelweis Egyetem, Neurológiai Klinika) a coeliakia neurológiai vonatkozásaival foglalkozott. Tisztázatlan eredetű kisagyi mozgászavar, izom- és idegkárosodások esetében mindig gondolni kell coeliakiára. A GAD, vagyis a gluténasszociált betegségek és a társbetegségek száma elég nagy, azonban a gluténataxiás betegek mindössze 13%-ának vannak gastrointestinalis tünetei. A gluténataxia főbb tünetei a járászavar, a törzsataxia, a dysarthria, a szemmozgások zavara (például kóros, lassú követő szemmozgások), reszketés. A betegeknél Purkinje-sejt-destrukció és cerebellaris atrophia figyelhető meg. A régóta fennálló ataxia nem reverzibilis, mert az agy nem képes ilyen mértékben regenerálódni. A neuropathiás betegek 5%-a coeliakiás, ugyanakkor a coeliakiások 23%-ánál jelentkezik gluténneuropathia, ezért fontos a gluténmentes diéta betartása. A betegség neurológiai tünetei az axonális károsodások, az égő, zsibbadó fájdalmak az alsó végtagokon, a szimmetrikus, distalis szenzoros destrukció, diffúz paraesthesisek az arcon és a törzsön.

*Rigó János* (Semmelweis Egyetem, I. Szülészeti és Nőgyógyászati Klinika) a coeliakia szülészeti és nőgyógyászati vonatkozásait ismertette. A coeliakiás betegekre jellemző az infertilitás, a magzati retardáció, a spontán vetélés, a habituális vetélés, az anaemia, a császármetszéssel történő szülés, a fiú-lány arány csökkenése. Nőgyógyászati szempontból a legszembetűnőbb a vérzészavar, a menarche késése, a szekunder amenorrhoea, a korai menopauza, a hyperprolactinaemia, a szexuális aktivitás csökkenése. Jellemző a malnutritio, az immunrendszer diszfunkciója. A meddőség és a gyakori vetélések oka visszavezethető a cink, a vas, a szelén és a folsav hiányára. A meddőség kialakulásáért elsődlegesen a szelénhiányt teszik felelőssé. A vashiány szerepe szignifikáns az anyai és magzati szövődmények kifejlődésében. A folsav a magzati malformatio, a habituális vetélés, az

**A fogzománchiák, a fogak gyors romlása elsősorban a metszőfogakra jellemző. A fájdalmas aphthosus elváltozások felülfertőződése is gyakori.**

**Tisztázatlan eredetű kisagyi mozgászavar, izom- és idegkárosodások esetében mindig gondolni kell coeliakiára.**

absorptio placentae és praeclampsia elkerülése miatt lényeges. A gondot legtöbbször azonban az okozza,

**A coeliakia szülészeti-nőgyógyászati tünete lehet infertilitás, magzati retardáció, spontán és habituális vetélés, a menarche késése, szekunder amenorrhoea, korai menopauza és hyperprolactinaemia.**

hogy a terhes nők tünetmentesek, vagy nem vallják be betegségüket, félve attól, hogy nem vállalhatnak gyermeket, így csak a vetélések, vagy a kis súlyú újszülött (fiú: <2,5 kg) hívja fel az orvos figyelmét a coeliakiára.

*Tóth Miklós* (Semmelweis Egyetem, II. Belgyógyászati Klinika) a coeliakia három legfontosabb endokrinológiai vonatkozásaként (a korábban már tárgyalt diabetes mellitus mellett) a metabolikus osteopathiát, az autoimmun thyreoiditist és a hypogonadismust jelezte meg. A betegek csont- és izomfájdalomról panaszkodnak, ennek hátterében többnyire osteoporosis, ritkábban osteomalacia (D-vitamin-hiány) húzódik meg. A különböző vizsgálatokban 7–44%-ban találtak osteoporosist a coeliakiás betegek esetében. A betegség a kalcium felszívódásának zavarával magyarázható. Szoros összefüggést találtak gluténszenzitív enteropathiában a calbindin fehérje mennyisé-

ge és a kalciumtranszport intenzitása között. A csonttörési gyakoriságot illetően eltérő adatok ismertek. Egy felmérésben a törési gyakoriság nem tért el lényegesen az egészséges kontrolltól. Más vizsgálat szerint viszont – ha több csont törését vették számításba – a coeliakiás betegeknek több volt a törések száma. Ha a menopauza előtt vizsgálták a törések számát, nem találtak különbséget az egészségesekhez viszonyítva; a vérzések megszűnését követően már több csonttörés fordult elő a betegeknek. Azt is megállapították, hogy minél előbb ismerik fel és kezdik kezelni a coeliakiát, annál biztosabb, hogy megfelelő lesz a csontsűrűség. A betegség kapcsán gyermekkorban nem, csak felnőttkorban szükséges oszteodenzitometriát végezni. A terápiás ajánlást tekintve lényeges a diétás kezelés. A kalciumbevitel érje el a napi 1200–1500 mg-ot! Sajnos eddig még nincs kontrollált gyógyszeres vizsgálati eredmény.

Az egynapos kreditpontoszerző rendezvény végén az egyes diszciplínák képviselőit közös asztalhoz ültetve, interaktív diskusszió keretében kíséreltük meg bemutatni a lisztérzékenység ezerarcú természetét, és levonni a tanulságokat a kórkép különböző manifesztációival találkozó szakemberek számára.

**dr. Juhász Márk**

Semmelweis Egyetem, II. Belgyógyászati Klinika



DROP 2007

Dermatológiai, reumatológiai, oftalmológiai interdiszciplináris fórum

*Helyszín:* Debrecen, Kölcsey Kongresszusi Központ

*Időpont:* 2007. november 15–18.

*Témák:*

A reumatológiai, bőrgyógyászati és szemészeti határterületi kórképek elméleti háttere  
Rheumatoid arthritis  
Spondylarthropathiák  
Psoriasis, arthropathia psoriatica  
Nem differenciált autoimmun szindrómák  
Sisztémás lupus erythematosus  
Gyulladásos izombetegségek  
Scleroderma, Raynaud-szindróma  
Kevrt kötőszöveti betegség  
Sjögren-szindróma

Antifoszfolipid szindróma  
Lokális és szisztémás vasculitisek  
Atherosclerosis autoimmun kórképekben  
Gyulladásos bélbetegségek  
Gyermekreumatológiai kórképek  
Szeptikus arthritis  
Köszvény  
Bullousus bőrbetegségek  
Lymphoedema, lipoedema  
Ritkább határterületi kórképek  
Laboratóriumi és képalkotó diagnosztika

*Akkreditáció:* a DROP 2007. kötelező szinten tartó tanfolyam, amely 2007. november 18-án tesztírással zárul, 50 kreditpontról adunk igazolást.

*Főszervező, szakmai információ:* Dr. Szekanecz Zoltán, DEOEC III. Belgyógyászati Klinika, Reumatológiai Tanszék. E-mail: szekanecz@iiibel.dote.hu

*További információ és on-line bejelentkezés:* [www.newcongress.hu/DROP](http://www.newcongress.hu/DROP)