



ΚΟΙΛΙΟΚΑΚΗ

ΕΝΤΕΡΟΠΑΘΕΙΑ ΑΠΟ ΓΛΟΥΤΕΝΗ

Αθήναι 2004



Διεθνές σήμα αναγνώρισης τροφών
ελεύθερων γλουτένης

Με την ευγενική χορηγία της

NUTRICIA

clinical

ΚΟΙΛΙΟΚΑΚΗ

Εντεροπάθεια από γλουτένη

Κοιλιοκάκη: Τι είναι, από τι προκαλείται και τι επιπτώσεις έχει στους πάσχοντες.

Η κοιλιοκάκη είναι μια ασθένεια (ή κατά πολλούς κατάσταση) στην οποία η κατανάλωση δημητριακών (σιταριού, κριθαριού, σίκαλης και βρώμης) προκαλεί βλάβη στην εσωτερική επιφάνεια του λεπτού εντέρου (εντερικού βλεννογόνου).

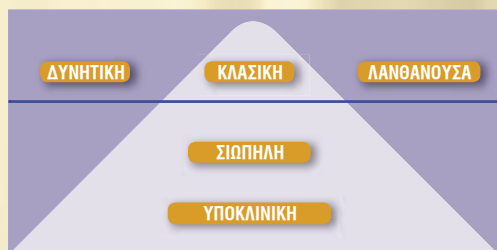
Παραμένει αδιευκρίνιστος ο μηχανισμός με τον οποίο, αυτοί οι σπόροι, αβλαβείς για την μεγάλη πλειοψηφία των ανθρώπων, βλάπτουν τον εντερικό βλεννογόνο των ατόμων με κοιλιοκάκη.

Έχει διαπιστωθεί ότι ο υπεύθυνος τοξικός παράγοντας που περιέχεται στα ανωτέρω δημητριακά είναι η γλουτένη, η οποία συνίσταται από ένα μείγμα συγκεκριμένων πρωτεϊνών που ονομάζονται γλιαδίνες.

Μέχρι σήμερα οι περισσότερες επιστημονικές ενδείξεις συνηγορούν στο ότι οι πρωτεΐνες της γλουτένης, στα άτομα με κοιλιοκάκη ασκούν την τοξική τους δράση ενεργοποιώντας ανοσολογικούς μηχανισμούς που έχουν ως τελικό αποτέλεσμα την βλάβη (ατροφία) του βλεννογόνου του λεπτού εντέρου.

Πόσο συχνή είναι η πάθηση ;

Για τις περισσότερες Ευρωπαϊκές χώρες τα διαγνωσμένα με κοιλιόκακη άτομα ανέρχονται σε περίπου ένα στα χίλια (1/1000), με σημαντικές όμως διακυμάνσεις από χώρα σε χώρα. Για τη Δυτική Ευρώπη το ποσοστό φαίνεται να είναι μεγαλύτερο (περίπου 1/800-850) με την Ιρλανδία να έχει το υψηλότερο ποσοστό πασχόντων (1/150-300) ενώ, αντίθετα, για τη Β.Αμερική το ποσοστό υπολογίζεται περίπου στο 1/3000. Για την Ελλάδα, παρ'οτι δεν υπάρχουν ακριβή δεδομένα, το ποσοστό υπολογίζεται σε περίπου 1/2000-3000 κατοίκους. Ο αριθμός όμως των ατόμων, σε παγκόσμιο επίπεδο, που είναι ήδη διαγνωσμένα με κοιλιόκακη είναι σημαντικά μικρότερος από ότι τα πραγματικά πάσχοντα λόγω του ότι η πάθηση σε πολλά άτομα παραμένει αδιάγνωστη με αναλογία περίπου ένα διαγνωσμένο άτομο ανά κάθε 6-7 που πραγματικά πάσχουν. Έτσι για την Ελλάδα ο αριθμός των διαγνωσμένων ατόμων ανέρχεται σε περίπου 1200-1500, με το σύνολο των πραγματικά πασχόντων να υπολογίζεται σε περίπου 5000-7000 άτομα. Το γεγονός ότι η πάθηση υποδιαγιγνώσκεται σε μεγάλο βαθμό οφείλεται αφ'ενός μεν στο ότι αρκετές φορές



Η εικόνα “παγόβουνου” της κοιλιόκακης

την πάθηση δεν υποψιάζεται ο γιατρός, οπότε και δεν γίνεται και ο απαραίτητος διαγνωστικός έλεγχος, αφ'ετέρου δε ότι η πάθηση εμφανίζει την εικόνα «παγόβουνου», δηλαδή λίγα σχετικά πάσχοντα άτομα έχουν ενδεικτικά συμπτώματα ενώ τα περισσότερα δεν εμφανίζουν κάποια ιδιαίτερα συμπτώματα με αποτέλεσμα, όπως προαναφέρθηκε, να μην οδηγείται ο γιατρός σε περαιτέρω διαγνωστικό έλεγχο του δυνητικά πάσχοντος από κοιλιόκακη.

Πόσο δύσκολη είναι η διάγνωση ;

Στην μεγάλη πλειονότητα των περιπτώσεων η διάγνωση είναι αρκετά εύκολη όπως ειδικότερα αναφέρεται στην συνέχεια (βιοψία λεπτού εντέρου, προσδιορισμός ειδικών αντισωμάτων), αρκεί μόνον ο θεράπων γιατρός να υποψιασθεί την ύπαρξή της.

Η κοιλιόκακη δεν είναι μεταδοτική πάθηση

Μπορεί όμως να υπάρχει κατά γενεές σε μια οικογένεια, να θεωρηθεί δηλαδή κληρονομική με τις εξής πιθανότητες κληρονομικότητας:

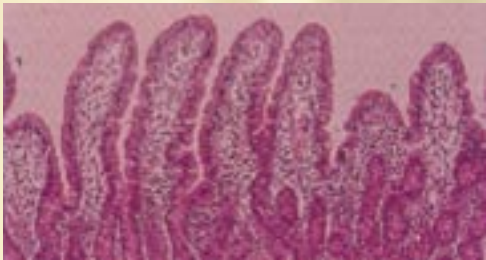
Δίδυμα αδέρφια: 70%

Μη δίδυμα αδέρφια: 10%

Παιδιά από γονείς με κοιλιόκακη: 5-10%

Η εκδήλωση της κοιλιόκακης απαιτεί ένα γενετικά προδιατεθειμένο άτομο, το οποίο τρέφεται με σιτάρι, κριθάρι, σίκαλη και βρώμη. Ακόμη και αν αυτοί οι δύο παράγοντες είναι παρόντες, η κοιλιόκακη μπορεί να μην εκδηλωθεί μέχρι ένας εκλυτικός παράγοντας δώσει το έναυσμα για τη μη φυσιολογική ανταπόκριση του ανοσοποιητικού συστήματος. Μερικές φορές μια ιογενής λοίμωξη μπορεί να είναι ο εκλυτικός παράγο-

ντας. Η εντερική βλάβη μπορεί να αναπτυχθεί μέσα σε μερικούς μήνες μετά από την έκθεση στη γλουτένη, ή να παρουσιασθεί αρκετά χρόνια αργότερα. Η απομάκρυνση της γλουτένης από τη διατροφή ενός ατόμου με κοιλιοκάκη οδηγεί σε πλήρη, ή σχεδόν πλήρη, λειτουργική και μορφολογική αποκατάσταση του εντερικού βλενογόνου. Ο φυσιολογικός εντερικός βλενογόνο δεν είναι λείος. Αντίθετα, καλύπτεται σ' όλη του την έκταση από μικροσκοπικές προσεκβολές, που ονομάζονται λάχνες, και με τον τρόπο αυτό αυξάνεται η συνολική επιφάνεια της περιοχής όπου πραγματοποιείται η πέψη και η απορρόφηση των θρεπτικών συστατικών. Πολλά από τα πεπτικά ένζυμα βρίσκονται στην επιφάνεια των λαχνών. Η έκθεση του εντερικού βλενογόνου σε πρωτεΐνες που περιέχουν γλουτένη σε άτομα με κοιλιοκάκη καταστρέφει τόσο τις λάχνες όσο και τα πεπτικά ένζυμα που προαναφέραμε. Ο κατεστραμμένος βλενο-



Φυσιολογικός βλενογόνο λεπτού εντέρου



Βλενογόνο λεπτού εντέρου ατόμου με κοιλιοκάκη

γόνο χαρακτηρίζεται ως «επίπεδος». Ως αποτέλεσμα της απώλειας των πεπτικών ενζύμων και της μείωσης της έκτασης της επιφάνειας που χρησιμοποιείται για την απορρόφηση, όλες οι τροφές τείνουν να περάσουν λιγότερο ή περισσότερο, άπεπτες και αναπορρόφητες, μέσω ολόκληρου του εντερικού σωλήνα και τελικά να αποβληθούν. Συνήθως, η διάβαση των άπεπτων τροφών από τον εντερικό σωλήνα προκαλεί διάρροια. Επειδή η διάρροια ενός ατόμου με κοιλιοκάκη συνήθως περιέχει μεγάλη ποσότητα άπεπτου λίπους, τα απεκκρίματα τείνουν να είναι ογκώδη, γκρίζα στο χρώμα και συνήθως δύσσομα, να επιπλέουν στη λεκάνη της τουαλέτας και να έχουν πολλές φορές επάνω τους ορατά σταγονίδια λίπους. Η απώλεια μεγάλων ποσοτήτων άπεπτης τροφής με τα κόπρανα οδηγεί συνήθως σε απώλεια βάρους. Τόσο το σωματικό λίπος όσο και ο μυϊκός ιστός μειώνονται σημαντικά. Αυτό οδηγεί σε διογκωμένη κοιλιά, πολύ αδύνατα χέρια και πόδια καθώς και σε επίπεδους γλουτούς. Αν και συνήθως τα παιδιά με κοιλιοκάκη δεν



Σχηματική εικόνα παιδιού με κοιλιοκάκη

έχουν προφανή κοιλιακό πόνο, γίνονται απαθή και οξύθυμα. Ως επί το πλείστον έχουν μειωμένη όρεξη και πολλές φορές δίδεται η εντύπωση ότι τους έχει στερηθεί η τροφή για μεγάλο χρονικό διάστημα.

Παιδιά με κοιλιοκάκη παρουσιάζουν υπολειπόμενη ανάπτυξη και σε πολλές περιπτώσεις η ανάπτυξη σταματά εντελώς.

Στασιμότητα της ανάπτυξης μπορεί να είναι το μοναδικό σύμπτωμα της κοιλιοκάκης.

Αυτή η ομάδα των παιδιών με κοιλιοκάκη είναι πιθανόν να μην εμφανίζει καν διάρροια.

Τα παιδιά με κοιλιοκάκη τείνουν να έχουν κάποιες μη φυσιολογικές τιμές σε εξετάσεις αίματος. Συγκεκριμένα, συχνά είναι μειωμένος ο αριθμός των ερυθρών αιμοσφαιρίων (αναιμία), ως αποτέλεσμα έλλειψης σιδήρου και βιταμινών. Παιδιά στα οποία η νόσος παραμένει αδιάγνωστη έχουν μικρότερο ύψος από το φυσιολογικό, και σε ακτινογραφίες των οστών τους φαίνεται έλλειψη ασβεστίου (οστεοπενία) και γενική επιβράδυνση της ανάπτυξης των οστών. Η αδαμαντίνη των δοντιών επίσης εξασθενεί.

Παρά τις εκτενείς αναφορές στην παιδική ηλικία **η κοιλιοκάκη εκδηλώνεται και στην ενήλικη ζωή.** Τα ευρήματα που οδηγούν στη διάγνωση είναι παρόμοια με αυτά της παιδικής ηλικίας (αν και τα συμπτώματα συνήθως είναι λιγότερο θορυβώδη λόγω του ότι έχει ήδη ολοκληρωθεί η ανάπτυξη του ατόμου) αλλά πολύ συχνά **άτυπα συμπτώματα** (συνήθως **συμπτώματα ευερέθιστου** εντέρου ή «σπαστικής κολίτιδας»), **παθολογικά εργαστηριακά ευρήματα** όπως σιδηροπενία

(συνήθως με μείωση και του αιματοκρίτη), **οστεοπόρωση**, άνοδος των τρανσαμινασών στο αίμα ή ακόμη και **ψυχιατρική συμπτωματολογία** είναι δυνατόν να καταλήξουν τελικά σε διάγνωση κοιλιοκάκης. Σε ενήλικους ασθενείς με κοιλιοκάκη μπορεί να παρατηρηθεί και μία ιδιαίτερου τύπου δερματολογική πάθηση, η **ερπητοειδής δερματίτιδα**, μια φλεγμονή του δέρματος που προκαλεί φαγούρα και εξανθήματα στους αγκώνες, τα γόνατα και τους γλουτούς.



Ερπητοειδής δερματίτις στους αγκώνες

Η διάγνωση της νόσου βασίζεται στη βιοψία του λεπτού εντέρου όπου διαπιστώνεται η ατροφία των λαχνών.



Ενδοσκοπική εικόνα φυσιολογικού λεπτού εντέρου (αριστερά) και ατόμου με κοιλιοκάκη (δεξιά)

Στον ορό ασθενών με κοιλιοκάκη, όταν η διατροφή τους περιέχει γλουτένη, ανιχνεύονται συνήθως και ειδικού τύπου αντισώματα όπως τα αντιγλιαδινικά, τα αντισώματα έναντι της δικτυ-

ωτής ουσίας (ρετικουλίνης) και τα αντισώματα έναντι του ενδομυσίου. Τελευταία έχει αναγνωρισθεί η ιστική τρανσγλουταμινάση (TG) ως το υπεύθυνο αυτοαντιγόνο για τη νόσο και ειδικά αντισώματα έναντι της ιστικής τρανσγλουταμινάσης ανιχνεύονται επίσης στους ασθενείς με κοιλιοκάκη. Ο τίτλος των αντισωμάτων ελαττώνεται σταδιακά και επανέρχεται στα φυσιολογικά, ή σχεδόν φυσιολογικά, επίπεδα όταν η γλουτένη αφαιρεθεί από τη διατροφή και αυξάνεται όταν επαναχορηγηθεί γλουτένη στην διατροφή. Αποτελούν λοιπόν δοκιμασία διαλογής (screening) για την επιλογή των ασθενών οι οποίοι θα υποβληθούν σε βιοψία λεπτού εντέρου με σκοπό την επιβεβαίωση ή μη της διάγνωσης.

Η καθολική, αυστηρή και εφ' όρου ζωής απομάκρυνση της γλουτένης από το διαιτολόγιο, οδηγεί σε πλήρη εξάλειψη των συμπτωμάτων της κοιλιοκάκης.

Αρχικά, σταματά η ευερεθιστότητα και η όρεξη βελτιώνεται, συνήθως μέσα σε λίγες μέρες μετά την απομάκρυνση της γλουτένης από το διαιτολόγιο. Μέσα σε λίγες εβδομάδες, το σωματικό βάρος αρχίζει να αυξάνεται και η διάρροια να μειώνεται. Λίγους μήνες αργότερα, αρχίζει η αύξηση του ύψους (εφ' όσον ο πάσχωνας ευρίσκεται

σε ηλικία αύξησης του ύψους) και η κοιλιακή διόγκωση εξαφανίζεται. Οι αιματολογικές εξετάσεις επανέρχονται στα φυσιολογικά επίπεδα. Αυτές οι βελτιώσεις στην υγεία και την εμφάνιση ενός προσβεβλημένου ατόμου, μπορούν να πραγματοποιηθούν πολύ πριν από την ολοκληρωτική αποκατάσταση της βλάβης του εντέρου. Τονίζεται και πάλι ότι η ειδική αυτή δίαιτα ελεύθερη γλουτένης πρέπει να τηρείται **ευλαβικά δια βίου** και με την ίδια αυστηρότητα.

Μια μεγάλη ποικιλία τροφίμων είναι χωρίς γλουτένη από τη φύση τους όπως για παράδειγμα, νωπό κρέας, ψάρι, γάλα, τυρί, φρούτα, λαχανικά και όσπρια και με αυτή τη μορφή τους αποτελούν πολύτιμα στοιχεία στη διατροφή των ατόμων με κοιλιοκάκη εφ' όσον η παρασκευή τους γίνεται στο σπίτι. Όταν πρόκειται για παρασκευασμένα τρόφιμα ή τυποποιημένα **η πιθανότητα να έχει συμπεριληφθεί γλουτένη στην επεξεργασία τους είναι μεγάλη.**

Για το λόγο αυτό ιδιαίτερη προσοχή απαιτείται για την ακούσια κατανάλωση βιομηχανοποιημένων τροφικών παρασκευασμάτων όπου η γλουτένη μπορεί μεν να μην αποτελεί κύριο ή βασικό συστατικό (σοκολάτες, πατατάκια, παγωτά και πληθώρα άλλων), αλλά να εμπεριέχεται, σε μικρή έστω ποσότητα, σε διάφορα πρόσθετα των τροφών αυτών. Το πρόβλημα είναι ότι, σε άτομα με κοιλιοκάκη, η γλουτένη, ακόμη και σε ελάχιστη ποσότητα, ασκεί ταχύτατα την τοξική της δράση στις λάχνες του λεπτού εντέρου και εμποδίζει την επάνοδο ή διατήρησή τους στην φυσιολογική αρχιτεκτονική τους, ενώ η αποκατάσταση των βλαβών απαιτεί διάστημα αρκετών μηνών δίαιτας ελεύθερης γλουτένης.

Για τους ανωτέρω λόγους, σε παγκόσμιο σχεδόν επίπεδο, έχουν δημιουργηθεί σύλλογοι πασχόντων από κοιλιοκάκη που φροντίζουν για την σωστή ενημέρωση των μελών τους για το τι επιτρέπεται και τι όχι με ενημερωτικά φυλλάδια, περιοδικές εκδόσεις, οδηγούς μαγειρικής, σεμινάρια και άλλες σχετικές δραστηριότητες. Στην χώρα μας, εδώ και αρκετά χρόνια, έχει δημιουργηθεί ανάλογη οργάνωση, η «Ελληνική Εταιρεία για την Κοιλιοκάκη» με ανάλογες δραστηριότητες (ιστοσελίδα: www.koiliokaki.com).

Επίσης, όλες σχεδόν οι αεροπορικές εταιρείες καθώς και τα μεγάλα ξενοδοχειακά συγκροτήματα, μπορεί να παρέχουν, κατόπιν προσunenνόησης, γεύματα ελεύθερα γλουτένης.

Εκτός από τα φυσικά τρόφιμα χωρίς γλουτένη υπάρχουν και τα **βιομηχανικά παρασκευαζόμενα τρόφιμα «χωρίς γλουτένη»** που βασίζονται σε αλεύρι σιταριού από το οποίο έχει αφαιρεθεί με ειδική διαδικασία η γλουτένη και τα οποία διασφαλίζουν πλήρως τις διατροφικές και γευστικές ανάγκες ατόμων με κοιλιοκάκη. Έτσι άτομα με κοιλιοκάκη μπορεί να διατρέφονται και με προϊόντα αλεύρου, ψωμί, ζυμαρικά, κέικ, γλυκά κ.ά. (στην χώρα μας κυκλοφορούν με την ονομασία Glutafin).

Η μη συμμόρφωση στη δίαιτα χωρίς γλουτένη από άτομα με κοιλιοκάκη οφείλεται συνήθως σε τέσσερα αίτια:

- την καθυστερημένη διάγνωση
- την αδιαφορία
- την άγνοια, εξαιτίας της οποίας τα άτομα καταναλώνουν τρόφιμα με προσμίξεις χωρίς να το θέλουν και

- την αντικειμενική δυσκολία της εφαρμογής της δίαιτας αυτής

Μη συμμόρφωση έχει ως άμεσο αποτέλεσμα την πρόκληση βλαβών στο βλεννογόνο του λεπτού εντέρου. Υπάρχουν επίσης ενδείξεις ότι στα άτομα που δεν ακολουθούν τη δίαιτα είναι αυξημένος ο κίνδυνος εμφάνισης αυτοάνοσων νοσημάτων ή και κακοήθειας (κυρίως ειδικού τύπου λεμφώματος του λεπτού εντέρου).



Διεθνές σήμα αναγνώρισης τροφών
ελεύθερων γλουτένης

ΠΡΟΛΗΨΗ

Παράγοντες που πιστεύεται ότι επηρεάζουν την κλινική εικόνα και την ηλικία εκδήλωσης της κοιλιοκάκης είναι ο μητρικός θηλασμός, η διάρκεια του καθώς και η ηλικία εισαγωγής της γλουτένης στη βρεφική διατροφή (η ποιότητα και η ποσότητα των δημητριακών). Συγκεκριμένα παρατηρήθηκε αυξημένη εμφάνιση της νόσου στη Σουηδία κατά τη δεκαετία του 1980, η οποία οφειλόταν στην πρώιμη προσθήκη δημητριακών στη διατροφή των βρεφών και ελάττωση της συχνότητάς της όταν δόθηκε έμφαση στον θηλασμό και την καθυστέρηση χορήγησης δημητριακών.

Η έξαρση της διάγνωσης κοιλιοκάκης σε ενηλίκους (από την ηλικία των 50 ετών και άνω) στη Β. Ευρώπη ίσως ενισχύσει ακόμη περισσότερο τον ρόλο του θηλασμού, διότι τα άτομα αυτά αποτελούν την πρώτη μεταπολεμική γενιά που μαζικά απείχε του θηλασμού λόγω της θεαματικής υποχώρησής του μπροστά στις διαφημιστικές εκστρατείες υπέρ του βιομηχανοποιημένου γάλακτος.



ΑΙΤΗΣΗ ΕΓΓΡΑΦΗΣ

Όνομα:

Επώνυμο:

Διεύθυνση:

Πόλη/Νομός:

Ταχ.Κώδικας:

Επάγγελμα:

Ειδικότητα:

Ιατροί/Διαιτολόγοι

e-mail:

Τηλ.:

Fax:

Επιθυμώ να λαμβάνω
τα έντυπα του ΕΛ.Ι.ΓΑΣΤ

Ετήσια συνδρομή € 15

Επιθυμώ να συμμετέχω
στις Δραστηριότητες του
ΕΛ.Ι.ΓΑΣΤ

Επιθυμώ να προβώ σε δωρεά

Για να γίνεται μέλος του ΕΛ.Ι.ΓΑΣΤ, κόψτε και
ταχυδρομήστε την αίτηση εγγραφής στη διεύθυνση:

Ελληνικό Ίδρυμα Γαστρεντερολογίας και Διατροφής

Πατριάρχου Ιωακείμ 30 106 75 Αθήνα

ή στείλτε την με fax στο 210 7231 332

Αίτηση εγγραφής θα βρείτε και στο δικτυακό μας τόπο

www.eligast • email: info@eligast.gr

Το κοινωφελές και μη κερδοσκοπικό Ελληνικό Ίδρυμα Γαστρεντερολογίας και Διατροφής (ΕΛ.Ι.ΓΑΣΤ) δημιουργήθηκε με βασικό σκοπό την ενημέρωση του κοινού, για την κατανόηση της σημασίας των νοσημάτων του πεπτικού και της υγιεινής διατροφής. Ευνοεί τη διοργάνωση σεμιναρίων για τα θέματα αυτά, την παραγωγή σχετικών εντύπων και δημοσιεύσεων, την υποστήριξη ερευνητικών προγραμμάτων, τη διεξαγωγή επιδημιολογικών μελετών και τη χορήγηση υποτροφιών για εκπαιδευτικούς και ερευνητικούς σκοπούς.

Όλα τα μέλη προσφέρουν τις υπηρεσίες τους σε εθελοντική βάση. Η υλοποίηση των στόχων του ιδρύματος στηρίζεται σε χορηγίες και δωρεές οι οποίες είναι προαιρετικές.



Πατριάρχου Ιωακείμ 30, Αθήνα 106 75

Τηλ.: / Fax: 210 7231 332

www.eligast.gr • e-mail: info@eligast.gr