

# Nieuzasadnione zastosowanie diety bezglutenowej u 17-miesięcznej dziewczynki opóźniające rozpoznanie

Unjustified application of a gluten-free diet in a 17-month-old girl which delays diagnosis

Joanna Gąsiorowska<sup>1</sup>, Marika Reszczyńska<sup>2</sup>, Anna Dąbrowska<sup>2</sup>, Lech Giziński<sup>2</sup>,  
Mieczysława Czerwionka-Szaflarska<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Katedra i Klinika Pediatrii, Alergologii i Gastroenterologii Collegium Medicum im. L. Rydygiera w Bydgoszczy, Uniwersytet Mikołaja Kopernika, Toruń

<sup>2</sup>Studenckie Koło Naukowe przy Katedrze i Klinice Pediatrii, Alergologii i Gastroenterologii Collegium Medicum im. L. Rydygiera w Bydgoszczy, Uniwersytet Mikołaja Kopernika, Toruń

Przegląd Gastroenterologiczny 2007; 2 (1): 65–68

**Słowa kluczowe:** biegunka, celiakia, alergja pokarmowa.

**Key words:** diarrhoea, celiac disease, food allergy.

---

**Adres do korespondencji:** dr n. med. Joanna Gąsiorowska, Katedra i Klinika Pediatrii, Alergologii i Gastroenterologii, Collegium Medicum im. L. Rydygiera w Bydgoszczy, Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu, ul. Skłodowskiej-Curie 9, 85-094 Bydgoszcz, tel. +48 52 585 48 50, faks +48 52 585 40 86, e-mail: klped@cm.umk.pl

## Streszczenie

Wprowadzenie diety bezglutenowej u pacjenta z objawami ze strony przewodu pokarmowego powinno być dokładnie przemyślaną decyzją, podjętą na podstawie wywiadu klinicznego, badania przedmiotowego i wyników badań dodatkowych (markery serologiczne celiakii, biopsja jelita cienkiego). Celem pracy jest zwrócenie uwagi na konsekwencje zbyt pochopnego wprowadzenia diety bezglutenowej i konieczność prowadzenia prawidłowej diagnostyki u pacjentów manifestujących objawy ze strony przewodu pokarmowego. Prezentujemy 17-miesięczną dziewczynkę, u której zastosowano dietę bezglutenową po tygodniu objawów ostrej biegunki bez przeprowadzenia diagnostyki różnicowej i wykonania badań wykluczających bądź potwierdzających takie schorzenia jak alergja pokarmowa czy celiakia.

## Wstęp

Wprowadzenie diety bezglutenowej u pacjenta z objawami ze strony przewodu pokarmowego powinno być dokładnie przemyślaną decyzją, podjętą na podstawie wywiadu klinicznego, badania przedmiotowego i wyników badań dodatkowych. Dietę bezglutenową stosujemy przede wszystkim w celiakii (przez całe życie) oraz w alergii pokarmowej na gluten (tak długo, aż dojdzie

## Abstract

Implementation of gluten-free diet in a patient with symptoms of alimentary tract should be carefully considered in aspect of clinical interview, physical examination and medical tests (serological markers of celiac disease, small bowel biopsy). The aim of this study was to point out consequences of too hasty application of a gluten-free diet and necessity of proper diagnostics in cases where symptoms suggest food hypersensitivity. In this article authors present 17-month-old girl who was ordered a gluten-free diet after 7 days symptoms of acute diarrhoea, without fulfilling tests which could either exclude or confirm diseases like food allergy or celiac disease.

do tolerancji). W każdym wypadku w celu określenia konieczności i czasu stosowania diety bezglutenowej w chorobach przewodu pokarmowego niezbędna jest dokładna diagnostyka – przede wszystkim uwzględniająca chorobę trzewną.

Prezentujemy dziewczynkę 17-miesięczną, u której zastosowano dietę bezglutenową po tygodniu objawów ostrej biegunki.

## Opis przypadku

19-miesięczna dziewczynka została skierowana do poradni gastroenterologicznej na konsultację oraz w celu ustalenia diety. Pacjentka z nieobciążonym wywiadem rodzinnym, urodzona z ciąży I, porodu I, prawidłowego, rozwijająca się prawidłowo, była karmiona naturalnie do 12. miesiąca życia. Od urodzenia występowały u niej wysypki grudkowe na policzkach i w zgięciach łokciowych. Po zastosowaniu przez matkę diety bezmlecznej nastąpiła poprawa, a objawy ustąpiły. Około 8. miesiąca życia ponownie pojawiły się wysypki skórne, co wiązano ze stopniowym wzbogacaniem diety od 6. miesiąca życia (niektóre owoce, warzywa). W 12. miesiącu życia w związku z zakończeniem karmienia naturalnego włączono silny hydrolizat kazeiny i jednocześnie zalecono dietę bezmleczną. Podczas diagnostyki alergologicznej wykonano wówczas oznaczenie panelu alergenów pokarmowych (sIgE przeciwko białkom mleka krowiego, soi, ryb, orzeszków ziemnych, jaj, mąki pszennej), którego wynik wykluczył alergię pokarmową IgE-zależną na wymienione pokarmy. Od 13. miesiąca życia wysypki całkowicie ustąpiły, mimo stopniowego wzbogacania diety, z wyjątkiem produktów mlecznych.

W 17. miesiącu życia u dziecka pojawiła się biegunka: 4–5 stolców na dobę ze śluzem przez 7 dni (jeden stolec zawierał żyłki krwi), następnie ponad miesiąc dziecko oddawało stolce prawidłowej konsystencji i częstotści z niestrawionymi resztkami pokarmowymi. Na podstawie ambulatoryjnie wykonanych badań kału wykluczono zakażenie rota i adenowirusami i bakteryjne zakażenie przewodu pokarmowego *Salmonella*, *Shigella*, *Yersinia*. Wyniki podstawowych badań laboratoryjnych, takich jak morfologia, badanie ogólne moczu, CRP, nie wykazały nieprawidłowości. W leczeniu zastosowano smektyn okتانوścienne, probiotyki, a od 6. doby choroby nifuroksazyd oraz od 7. doby dietę bezglutenową (jednym z ostatnio wprowadzonych do diety produktów – w 15–16. miesiącu życia – był gluten), równocześnie kontynuując dietę bezmleczną. Jednocześnie wykonano oznaczenie poziomu przeciwciał antyendomyzjalnych i antyretikuliny w klasie IgA (wyniki prawidłowe), bez oznaczenia całkowitego poziomu IgA. W trakcie stosowania diety dziecko oddawało stolce z niestrawionymi resztkami pokarmowymi. Jednorazowa próba ponownego włączenia produktów zawierających gluten – mniej więcej po tygodniu diety – spowodowała oddanie 2–3 luźniejszych stolców. Zalecono więc kontynuację diety. Po 5 tygodniach stolce znormalizowały się. Matka przestrzegła diety bezmlecznej i bezglutenowej w żywieniu dziecka. Po 2 tygodniach poprawy w przebiegu infekcji górnych dróg oddechowych ponownie pojawiły się stolce z niestrawionymi resztkami pokar-

mowymi (marchew). Matka wyeliminowała więc z diety również marchew, uzyskując normalizację stolca i jednocześnie zgłosiła się z dzieckiem do poradni gastroenterologicznej.

Dziewczynka była w stanie ogólnym dobrym. W badaniu przedmiotowym nie stwierdzono nieprawidłowości. Celem weryfikacji wyników poziomu przeciwciał antyendomyzjalnych i antyretikuliny zlecono oznaczenie całkowitego poziomu IgA – wynik poniżej normy dla wieku. Tym samym uzyskane wcześniej wyniki nie miały wartości diagnostycznej. Zalecono zastosowanie probiotyku oraz kontynuację diety bezmlecznej i bezglutenowej. W trakcie kontrolnych wizyt w poradni gastroenterologicznej stan dziecka nie budził niepokoju, nie obserwowano ani wysypek, ani nieprawidłowych wypróżnień. Dziewczynka pozostaje pod stałą opieką poradni.

## Omówienie

W przedstawianym przypadku w postępowaniu diagnostycznym i terapeutycznym można zauważyć kilka nieprawidłowości.

Najczęstszą przyczyną ostrych biegunek są zakażenia wirusowe lub bakteryjne przewodu pokarmowego. Niewykrycie czynnika etiologicznego nie wyklucza czynnika zakaźnego. Objawami ostrej biegunki rzadko, ale również mogą rozpoczynać się choroby o charakterze przewlekłym – alergia, nietolerancje pokarmowe, choroba trzewna bądź nieswoiste zapalenia jelit.

Większość ostrych biegunek ma charakter samoograniczający, dlatego podstawowym postępowaniem leczniczym jest, zależnie od stopnia odwodnienia, nawadnianie doustne i/lub dożylnie [1–3].

Niezależnie od ciężkości odwodnienia po fazie rehydratacji zawsze należy rozpocząć tzw. wczesną realimentację, czyli żywienie oparte na diecie odpowiedniej do wieku. Nie należy przerywać karmienia piersią, a nawet wskazane jest kontynuowanie karmienia w początkowej fazie nawadniania. Dzieciom żywionym sztucznie nie zaleca się stosowania rozcieńczonych mieszanek, a specjalne mieszanki zwykle nie są potrzebne [1, 2].

W leczeniu ostrych biegunek standardowo nie mają zastosowania leki przeciwbakteryjne, poza ściśle określonymi sytuacjami: gorączka co najmniej z jednym z objawów: krwista biegunka, obecność dużej ilości leukocytów w stolcu, obecność laktoferyny w stolcu. Leczenie przeciwbakteryjne stosujemy również w umiarkowanych lub ciężkich biegunkach „podróżnych”, biegunkach o potwierdzonej etiologii *Shigella*, niektórymi szczepami *Escherichia coli* (EPEC – enteropatogenne, ETEC – enterotoksyczne, EIEC – enteroinwazyjne), szczególnie przy przedłużaniu się biegunki, *Salmonella* w grupach podwyższonego ryzyka zakażenia uogólnionego,

*Yersinia, Vibrio Cholerae, Clostridium difficile, Entamoeba histolytica* [1].

Powszechnie stosowane leki przeciwbiegunkowe adsorbujące, np. smektyn dwuoktanościenny, nie zostały do tej pory uwzględnione w standardach, chociaż, według niektórych autorów, mogą korzystnie wpływać na przebieg ostrej biegunki u dzieci [4].

Obecnie w leczeniu biegunek infekcyjnych wydają się skuteczne probiotyki. Skracają one czas choroby oraz obniżają ciężkość jej przebiegu [5, 6].

W przedstawianym przypadku zastosowano nifuroksazyd, lek, który nie jest wymieniany w standardach leczenia przeciwbiegunkowego, jednak – niestety – powszechnie stosowany w lecznictwie ambulatoryjnym [1]. Ze względu na samoograniczający się przebieg ostrych biegunek i najczęściej etiologię wirusową jego stosowanie nie ma uzasadnienia.

Jednocześnie, biorąc pod uwagę wcześniejszy wywiad i objawy alergii w okresie niemowlęcym oraz możliwość uczulenia na gluten, a także celiakię (świadczy o tym oznaczenie poziomu przeciwciał antyendomyzjalnych i antyretikulinowych), zastosowano dietę bezglutenową. Poprawa konsystencji stolców oraz normalizacja częstości ich oddawania zbiegła się z zastosowaniem leku przeciwbakteryjnego i diety, jednak biorąc pod uwagę samoograniczający się charakter ostrych biegunek, mogła być również wynikiem samowyleczenia.

Zwraca uwagę nieprawidłowe postępowanie w sytuacji podejrzenia choroby trzewnej. Do jej rozpoznania niezbędne jest spełnienie następujących kryteriów:

- objawy kliniczne,
- zanik kosmków błony śluzowej jelita cienkiego,
- obecność co najmniej dwóch markerów serologicznych typowych dla celiakii,
- poprawa po diecie bezglutenowej [7, 8].

Wśród markerów serologicznych celiakii wyróżniamy:

- przeciwciała przeciwendomyzjalne EMA (IgA EMA i IgG EMA),
- przeciwciała przeciw transglutaminazie tkankowej tTG (IgA tTG i IgG tTG),
- przeciwciała przeciwretikulinowe ARA (IgA ARA i IgG ARA),
- przeciwciała przeciwgliadynowe AGA (IgA AGA i IgG AGA).

Największą wartość diagnostyczną mają przeciwciała EMA (swoistość 100%, czułość 88–100% u dzieci) oraz TtG (czułość u dzieci i dorosłych 92–100%, zaś swoistość 91–100%) [7]. Oznaczenie wykonuje się zwykle w klasie IgA, przedtem jednak należy oznaczyć poziom IgA całkowitej w surowicy, gdyż ewentualny niedobór immunoglobulin w tej klasie może dać fałszywie ujemny wynik testów serologicznych. W tej sytuacji należy oznaczyć poziom przeciwciał w klasie IgG.

W przedstawionym przypadku oznaczono poziom przeciwciał antyendomyzjalnych i antyretikulinowych, ale wcześniej nie oznaczono całkowitego stężenia immunoglobuliny klasy A. Dlatego wyniki tych badań nie mają wartości diagnostycznej. Jednocześnie samo oznaczenie markerów serologicznych nie upoważnia nas do wprowadzenia diety bezglutenowej, które powinno być poprzedzone biopsją jelita cienkiego w celu potwierdzenia rozpoznania. Zastosowanie diety przed wykonaniem tego badania powoduje regenerację kosmków jelitowych, a tym samym wynik biopsji jelita staje się nie-diagnostyczny. Zgodnie z wytycznymi Sekcji Celiakii PTGHiZD z 2002 r., w przypadkach podejrzenia celiakii z nieprawidłowo przeprowadzonym procesem diagnostycznym, należy zastosować dietę bezglutenową co najmniej przez dwa lata, następnie zaś próbę prowokacji pod kontrolą przeciwciał. W przypadku ich pojawienia się należy wykonać biopsję jelita cienkiego [8]. Przy podejrzeniu choroby trzewnej takie postępowanie należałoby zastosować u przedstawionej dziewczynki, jednak objawy kliniczne – luźne stolce ze śluzem i żyłkami krwi trwające kilka dni – nie są charakterystycznymi dla celiakii, należałoby więc się zastanowić, czy prowokacja glutenem nie byłaby uzasadniona wcześniej niż po dwóch latach.

W omawianym przypadku w diagnostyce należy również wziąć pod uwagę alergię pokarmową i uczulenie na gluten.

W rozpoznaniu alergii pokarmowej – jako częstej przyczyny przewlekłej biegunki u dzieci – nierzadko napotykamy trudności, bowiem nie istnieje jeden uniwersalny, czuły test diagnostyczny, który potwierdziłby chorobę.

Rozpoznanie opiera się więc na:

- wywiadzie i badaniu przedmiotowym,
- badaniach dodatkowych: punktowych testach skórnych, oznaczaniu poziomu IgE całkowitego i IgE swoistych lub panelu alergenów,
- zastosowaniu diety eliminacyjnej, a następnie przeprowadzeniu próby prowokacji [9, 10].

„Złotym standardem” w rozpoznawaniu alergii pokarmowej jest test prowokacji wykonany metodą podwójnie ślepej próby kontrolowanej *placebo* (DBPCFC – *double blind placebo controlled food challenge*) [9, 10].

W celu potwierdzenia alergii pokarmowej u naszej pacjentki należałoby zastosować próbę prowokacji. Ze względu na nieprawidłowo prowadzony proces diagnostyczny do rozważenia pozostaje czas wykonania takiej prowokacji.

Przedstawiamy powyższy przypadek, by zwrócić uwagę na konsekwencje zbyt pochopnego wprowadzenia diety bezglutenowej, być może zupełnie niepotrzebnej, co zmusza do stosowania diety i ogranicza

w znaczny sposób jadłospis dziecka, a równocześnie naraża rodziców na koszty, opóźniając przy tym ustalenie rozpoznania.

#### Piśmiennictwo

1. Szajewska H, Mrukowicz J, Albrecht P. Ostra biegunka – diagnostyka i leczenie. *Stand Med Lek Pediatr* 2000; 2: 6-10.
2. King CK, Glass R, Brese JS i wsp. Managing acute gastroenteritis among children: oral rehydration, maintenance and nutritional therapy. *MMWR Recomm Rep* 2003; 52: 1-16.
3. Johnson JE, Sullivan PB. The management of acute diarrhoea. *Cur Paediatr* 2003; 13: 95-100.
4. Szajewska H, Dziechciarz P, Mrukowicz J. Meta-analysis: smectine in the treatment of acute infectious diarrhoea in children. *Aliment Pharmacol Ther* 2006; 23: 217-27.
5. Allen SJ, Okoko B, Martinez E i wsp. Probiotics for treating infectious diarrhoea (review). *Cochrane Database Syst Rev* 2004; CD003048.
6. Sazawal S, Hiremath G, Dhingra U i wsp. Efficacy of probiotics in prevention of acute diarrhoea: a meta-analysis of masked, randomised, placebo-controlled trials. *Lancet Infect Dis* 2006; 6: 374-82.
7. Guideline for the diagnosis and treatment of celiac disease in children: recommendations of North American Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 2005; 40: 1-19.
8. Zmodyfikowany projekt standardów postępowania diagnostycznego i terapeutycznego w celiakii. *Stand Med Lek Pediatr* 2002; 4 S: 56-62.
9. Kaczmarek M, Matuszewska E, Wasilewska J. Prowokacyjna próba pokarmowa – dlaczego, kiedy, u kogo? *Act Pneumol Allergol Pediatr* 2005; 9: 66-9.
10. Czerwionka-Szaflarska M, Zielińska I. Nadwrażliwość pokarmowa. *Klin Pediatr* 2003; 11: 543-5.