

Της Ελενας Κιουρκτσή

στον γαστρεντερολόγο για την κοιλιοκάκη

Πού οφείλεται η κοιλιοκάκη; Με ποια συμπτώματα εκδηλώνεται και από ποια ηλικία; Υπάρχουν στον εντοπισμό της διαγνωστικές «παγίδες»; Τι πρέπει να προσέχουν οι ασθενείς; Ο δρ Θεόδωρος Ροκκάς, επίκουρος καθηγητής, διευθυντής της Γαστρεντερολογικής Κλινικής του Νοσοκομείου «Ερρίκος Ντυνάν», απαντά στις απορίες μας.

CORBIS/ARPERON



1 Τι εννοούμε με τον όρο κοιλιοκάκη; Πρόκειται για τη δυσανεξία (κάτι που ο οργανισμός δεν ανέχεται) στη γλουτένη - μια πρωτεΐνη που υπάρχει στο σιτάρι, το κριθάρι, στη βρώμη και τη σίκαλη. Ως συνέπεια της συγκεκριμένης αντίδρασης, έχουμε την παραγωγή αντισωμάτων από το ανοσολογικό σύστημα, γεγονός που καταλήγει στην καταστροφή του εσωτερικού τοιχώματος του λεπτού εντέρου (οι εντερικές λάχνες που παίζουν καθοριστικό ρόλο στην απορρόφηση θρεπτικών συστατικών).

2 Σε τι οφείλεται; Η αιτιοπαθογένεια της νόσου είναι αρκετά περίπλοκη και πολυπαραγοντική. Συνοπτικά, με σημαντικό παθογενετικό ρόλο φαίνεται να εμπλέκονται διάφοροι γενετικοί και περιβαλλοντικοί παράγοντες, συνεπικουρούμενοι από ποικίλους ανοσολογικούς.

3 Ποιος είναι ο ρόλος της κληρονομικότητας; Η κληρονομικότητα διαδραματίζει σαφή ρόλο, με το ποσοστό εκδήλωσης της νόσου -σε συγγενείς 1ου βαθμού- να υπολογίζεται σε 8 με 18%. Από τους περιβαλλοντικούς παράγοντες συν

5 Ποιες είναι οι υποκλινικές μορφές της; Στην κλασική της εμφάνιση, η κοιλιοκάκη εκδηλώνεται με συμπτώματα από τον γαστρεντερικό σωλήνα. Στην υποκλινική μορφή της νόσου, οι ασθενείς μπορεί να εμφανίζουν άτυπα συμπτώματα και σημεία, όπως καθυστερημένη ανάπτυξη, αναιμία, υπογονιμότητα. Στις περιπτώσεις αυτές η υποψία κοιλιοκάκης πρέπει να τεκμηριώνεται με κατάλληλο ανοσολογικό και ιστολογικό διαγνωστικό έλεγχο. Σπάνια έχουμε και τη σιωπηλή μορφή της νόσου σε άτομα που, ενώ είναι ασυμπτωματικά, έχουν θετικό ανοσολογικό και ιστολογικό διαγνωστικό έλεγχο.

4 Με ποια συμπτώματα εκδηλώνεται και από ποια ηλικία; Τα συμπτώματα μπορεί να διαφέρουν από περίπτωση σε περίπτωση. Στα βρέφη συνήθως εκδηλώνεται με γαστρεντερικές ενοχλήσεις, όπως διάρροια, συχνές, ογκώδεις και ιδιαίτερα δύσσομες κενώσεις και επιπλέον στασιμότητα της ανάπτυξης και απώλεια βάρους. Στα παιδιά -εκτός από τα παραπάνω- μπορεί επίσης να εκδηλωθούν ναυτία, εμετοί, ανορεξία, αναιμία, δερματίτιδα και στοματικές άφθες. Είναι πιθανό να παρατηρηθεί και οξυθυμία. Στους ενήλικους, παρατηρείται γενικά αίσθημα αδιαθεσίας και κόπωσης, ακόμη και όταν οι γαστρεντερικές ενοχλήσεις είναι περιορισμένες. Στη συνέχεια παρατηρείται αναιμία, οστεοπενία και οστεοπόρωση καθώς και νευρικές και ορμονικές διαταραχές. Όλα αυτά επηρεάζουν σοβαρά την ποιότητα ζωής του ατόμου με κοιλιοκάκη, με αρνητικές επιπτώσεις στην καθημερινότητα του ασθενούς.

6 Πώς γίνεται η διάγνωση; Οι πρώτες ενδείξεις από τα συμπτώματα που εξηγήσαμε προηγουμένως θα πρέπει να οδηγήσουν σε ειδική εξέταση αίματος για τη διαπίστωση της παρουσίας των αντισωμάτων που προαναφέρθηκαν. Σε περίπτωση παρουσίας τέτοιων αντισωμάτων στο αίμα, το επόμενο βήμα είναι η ταυτοποίηση της πάθησης με βιοψία δείγματος του εσωτερικού τοιχώματος του λεπτού εντέρου - που σήμερα συνήθως λαμβάνεται με ενδοσκοπικό τρόπο κατά τη διάρκεια γαστροσκόπησης. Για την οριστική διάγνωση της πάθησης, η συνήθης πρακτική εμπλέκει περαιτέρω βιοψίες εντερικού βλεννογόνου μετά από εναλλαγή δίαιτας με/και χωρίς γλουτένη - με αντίστοιχα ιστολογικά ευρήματα την καταστροφή και την αποκατάσταση των εντερικών λαχνών.

7 Υπάρχουν διαγνωστικές «παγίδες»; Η διάγνωση, που βασίζεται αποκλειστικά στους ορολογικούς δείκτες, είναι δυνατόν να υποεκτιμήσει τη νόσο σε ικανό ποσοστό και αυτό γιατί η καταναλισκόμενη ποσότητα γλουτένης από τον ασθενή καθώς και ο βαθμός ατροφίας των λαχνών μπορεί να επηρεάζουν το ορολογικό αποτέλεσμα. Επιπλέον, η χορήγηση ορισμένων φαρμάκων (π.χ. ανοσοκατασταλτικά) όπως επίσης και διάφορα νοσήματα (π.χ. σακχαρώδης διαβήτης και χρόνιες ηπατοπάθειες) μπορεί να επηρεάσουν τους ορολογικούς δείκτες. Από τις παρατηρήσεις αυτές γίνεται αντιληπτό ότι η ιστολογική εκτίμηση δείγματος βλεννογόνου του λεπτού εντέρου είναι ο ασφαλέστερος τρόπος διάγνωσης της νόσου.

8. Ποια είναι η θεραπευτική αντιμετώπιση; Η πλήρης απόσυρση από το διαιτολόγιο του ασθενούς των τροφών που περιέχουν γλουτένη είναι ουσιαστικά η κύρια θεραπεία της νόσου και πρέπει να γίνεται από εξειδικευμένο διαιτολόγο. Η βρώμη, το ρύζι, η πατάτα, η σόγια, οι ξηροί καρποί και ο αραβόσιτος είναι κάποια από τα τρόφιμα που μπορεί να καταναλώνει εναλλακτικά ο ασθενής. Μερικοί ασθενείς έχουν τη δυνατότητα να καταναλώνουν μικρές ποσότητες γλουτένης, διατηρώντας την κλινική και ιστολογική τους εικόνα σε ύφεση, σε αντίθεση με άλλους, που με την κατανάλωση πολύ μικρών ποσοτήτων γλουτένης (μιας μικρής φέτας ψωμιού) υποτροπιάζουν. Επίμονος μετεωρισμός κοιλίας ή πολτώδεις κενώσεις πιθανόν να οφείλονται σε δευτεροπαθή έλλειψη λακτάσης, οπότε συιστάται μείωση της καταναλισκόμενης ποσότητας γάλακτος και λοιπών γαλακτομικών προϊόντων.

9 Πόσο εφικτή είναι η πλήρης αποφυγή της γλουτένης; Η αυστηρή -διά βίου- ελεύθερη γλουτένης δίαιτα έχει ως αποτέλεσμα την επαναφορά του τοιχώματος του λεπτού εντέρου σε κανονική κατάσταση και τον έλεγχο της πάθησης. Το ευτύχημα είναι ότι σήμερα διατίθενται πολλές τροφές που είναι ελεύθερες γλουτένης και μπορούν να διασφαλίσουν μια διατροφή χωρίς ιδιαίτερες στερήσεις και εξαναγκασμούς. Ιδιαίτερη προσοχή πρέπει να δοθεί και σε ελάχιστες ποσότητες της εν λόγω πρωτεΐνης, γιατί το μέγεθος της βλάβης του λεπτού εντέρου και ο χρόνος αποκατάστασης μπορεί να είναι δυσανάλογα μεγαλύτερα προς την ποσότητα της καταναλωθείσας γλουτένης.

10 Οσον αφορά την «κρυμμένη» γλουτένη; Επειδή -όπως ήδη αναφέρθηκε- και η παραμικρή ποσότητα γλουτένης στην τροφή μπορεί να καταλήξει σε βλάβη του εντερικού βλεννογόνου, στο εμπόριο κυκλοφορούν ανιχνευτές γλουτένης σε μορφή σπειρών, οι οποίοι εντοπίζουν την παρουσία της στις τροφές. Σε κάθε περίπτωση, λίγη διαιτητική πειθαρχία μπορεί να εξασφαλίσει τελικά καλές διατροφικές συνθήκες και καλή ποιότητα ζωής.