

bílkovinu kravského mléka a/nebo insuficienci slinivky břišní.

- Relativně častou problematickou situací je vyšetření dítěte na GFD, u kterého nebyla diagnóza CD stanovena řádně před jejím zahájením. V těchto případech by prvním krokem mělo být provedení HLA typizace znaků asociovaných s CD. Vzhledem k její vysoce negativní prediktivní hodnotě je při její negativitě diagnóza CD krajně nepravděpodobná (2). Při pozitivitě HLA typizace znaků asociovaných s CD je na místě re-expozice dítěte lepku, a to denním podáním 10–15 g lepku. Následně by se měla hodnotit dynamika anti-tTGA IgA po 1 měsíci a poté až 3 měsíce do celkové doby 12 měsíců. Časnější kontrola je indikována při rozvoji známek svědčících pro CD. Při přetrvávání negativitě anti-tTGA i po roce od zahájení expozice lepku se povoluje dítěti dieta bez omezení lepku s kontrolní sérologií celiakie jednou ročně nebo po dvou letech. V případě rozvoje příznaků svědčících pro CD dříve.
- U pacientů se selektivním deficitem IgA se očekává potřeba delšího časového období k normalizaci sérologie celiakie

ve třídě IgG (24). Frekvence sledování těchto dětí je stejná jako u dětí s fyziologickými hodnotami IgA. Doporučuje se kontrola širší sérologie CD (anti-tTGA, anti-endomyziální protilátky (anti-EMA) a/nebo protilátky proti deamidovanému gliadinu (anti-DGP)).

- Nadále panují nejasnosti ohledně správného přístupu k pacientům s tzv. potenciální CD. Potenciální CD je definována jako přítomnost positivity sérologie CD a HLA znaků asociovaných s CD při fyziologické architektuře duodena. U symptomatických pacientů, jejichž příznaky mohou souviset s přísnem lepku, lze zvážit nasazení GFD ke zhodnocení jejího klinického efektu. Zůstane-li pacient s potenciální celiakií na dietě s obsahem lepku, tak jsou vhodné roční kontroly ke zhodnocení dynamiky růstu a stavu výživy, vč. kostního zdraví. Re-biopsie by se měla provést při rozvoji známek svědčících pro CD a/nebo signifikantní elevaci positivity sérologie CD.
- Při edukaci dětského pacienta a jeho zákonného zástupce stran stanovení diagnózy CD je zapotřebí informovat o stanovení této diagnózy způsobem, který

neponechává prostor pro pochybnosti o správnosti této diagnózy. Současně je nutné zdůrazňovat i při opakovaných návštěvách, že CD je celoživotním onemocněním a že jedinou známou léčbou je přísná GFD.

Závěr a shrnutí do praxe

Zatímco přístup k diagnostice CD je v evropských podmínkách dlouhodobě známý, dosud panovaly nejasnosti ohledně ideálního přístupu ke sledování dětí s tímto onemocněním po stanovení diagnózy. Díky recentně publikovanému stanovisku ESPGHAN je přístup ke sledování přehlednější. Pravidelné kontroly dětí s tímto onemocněním jsou důležité i po stanovení diagnózy ke zhodnocení adherence k dietě, vymizení příznaků onemocnění a růstových a laboratorních parametrů a k aktivnímu vyhledávání nejčastěji asociovaných onemocnění. Sledování těchto dětí by mělo probíhat dostatečně zkušeným gastroenterologem v oblasti celiakie. Úloha sledování NT se jeví jako slibná.

Tato článek vznikl za podpory grantu Ministerstva zdravotnictví ČR RVO VFN 64165/2012.

LITERATURA

1. Husby S, Koletzko S, Korponay-Szabó IR, et al. European Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition Guidelines for the Diagnosis of Coeliac Disease. *J Pediatr Gastroenterol Hepatol.* 2012;54:136-160.
2. Husby S, Koletzko S, Korponay-Szabó I, et al. European Society for Paediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition Guidelines for Diagnosing Coeliac Disease 2020. *J Pediatr Gastroenterol Hepatol.* 2020;70(1):141-156.
3. Mearin ML, Agardh D, Antunes H, et al. ESPGHAN position paper on management and follow-up of children and adolescents with coeliac disease. *J Pediatr Gastroenterol Hepatol.* 2022;75(3):369-386.
4. Johansson K, Malmberg Hard af Segerstad E, Martensson H, et al. Dietitian visits were a safe and cost-effective form of follow-up care for children with coeliac disease. *Acta Paediatr.* 2019;108:676-680.
5. Vriezinga S, Borghorst A, van den Akker-van Marle E, et al. E-Healthcare for celiac disease - A multicenter randomized controlled trial. *J Pediatr.* 2018;195:154-160.e7.
6. Connan V, Marcon MA, Mahmud FH, et al. Online education for gluten-free diet teaching: Development and usability testing of an e-learning module for children with concurrent celiac disease and type 1 diabetes. *Pediatr Diabetes.* 2019;20:293-303.
7. Silvester JA, Kurada S, Szwajcer A, et al. Tests for serum transglutaminase and endomyxial antibodies do not detect most patients with celiac disease and persistent vilous atrophy on gluten-free diets: a meta-analysis. *Gastroenterology.* 2017;153:689-107.e1.
8. Husby S, Bai JC. Follow up of coeliac disease. *Gastroenterol Clin N Am.* 2019;48:127-136.
9. Husby S, Murray JA, Katzka DA. AGA Clinical practice update on the diagnosis and monitoring of celiac disease: changing utility of serology and histologic measures: expert review. *Gastroenterology.* 2019;156:885-889.
10. Petroff D, Wolf J, Richter T, et al. Antibody concentrations decrease 14-fold in children with celiac disease on a gluten-free diet but remain high at 3 months. *Clin Gastroenterol Hepatol.* 2018;16:1442-1449.e5.
11. Gidrewicz D, Trevenen CL, Lyon M, et al. Normalization time of celiac serology in children on a gluten-free diet. *J Pediatr Gastroenterol Nutr.* 2017;64:362-367.
12. Sansotta N, Alessio MG, Norsa L, et al. Trend of antitissue transglutaminase antibody normalization in children with celiac disease started on Gluten-Free Diet: a comparative study between chemiluminescence and ELIS serum assay. *J Pediatr Gastroenterol Nutr.* 2020;70:37-41.
13. Blansky B, Hintze Z, Alhassan E. Lack of follow-up of pediatric patients with celiac disease. *Clin Gastroenterol Hepatol.* 2019;17:2603-2604.
14. Zingone F, Ciacci C. The value and significance of 25(OH) and 1,25(OH) vitamin D serum levels in adult coeliac patients: A review of the literature. *Dig Liver Dis.* 2018;50:757-760.
15. Lionetti E, Galeazzi T, Dominijanni V, et al. Lower level of plasma 25-hydroxyvitamin D in children at diagnosis of celiac disease compared with healthy subjects: a case-control study. *J Pediatr.* 2021;228:132-137.e1.
16. Snyder J, Butzner D, DeFelicis AJ, et al. Evidence-informed expert recommendations for the management of celiac disease in children. *Pediatrics.* 2016;138:e20153147.
17. Assa A, Frenkel-Nir Y, Tzur D, et al. Large population study shows that adolescents with celiac disease have an increased risk of multiple autoimmune and non-autoimmune comorbidities. *Acta Paediatr.* 2017;106:967-972.
18. Wessels M, van Veen II, Vriezinga SL, et al. Complementary serologic investigations in children with celiac disease is unnecessary during follow-up. *J Pediatr.* 2016;169:55-60.
19. Rouseff T, Claeys T, Vande Vijver E, et al. Hepatitis B virus vaccination and revaccination response in children diagnosed with coeliac disease: a multicentre prospective study. *Acta Gastroenterol Belg.* 2019;82:27-30.
20. Urganci N, Kalyoncu D. Response to hepatitis A and B vaccination in pediatric patients with celiac disease. *J Pediatr Gastroenterol Nutr.* 2013;56:408-411.
21. Anania C, Olivero F, Spagnolo A, et al. Immune response to vaccines in children with celiac disease. *World J Gastroenterol.* 2017;23:3205-3213.
22. Zung A, Kori M. Lack of association between seroconversion and catch-up growth in children with celiac disease. *J Pediatr Endocrinol Met.* 2012;25:131-137.
23. Hogen Esch CE, Wolters VM, Gerritsen SA, et al. Specific celiac disease antibodies in children on a gluten-free diet. *Pediatrics.* 2011;128:547-552.
24. López RV, Cid CM, García GR, et al. Influence of the 2012 European guidelines in diagnosis and follow-up of coeliac children with selective IgA deficiency. *J Pediatr Gastroenterol Nutr.* 2020;71:59-63.