



MINISTERUL SĂNĂTĂȚII AL REPUBLICII MOLDOVA

Boala celiacă la copil

protocol clinic național

PCN-167

Chișinău, 2014

Aprobat la ședința Consiliului de experți al Ministerului Sănătății al Republicii Moldova din 18.06.2014, proces verbal nr.2

Aprobat prin ordinul Ministerului Sănătății al Republicii Moldova nr.543 din 20.06.2014 „Cu privire la actualizarea unor Protocoale clinice naționale

Elaborat de colectivul de autori:

Mihu Ion d.h.ș.m., profesor universitar, șef secție gastroenterologie IMSP Institutul Mamei și Copilului.

Tighineanu Olga medic gastroenterolog, secția gastroenterologie IMSP Institutul Mamei și Copilului.

Clichici Diana doctorand, Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie „N. Testemițanu”

Recenzenți oficiali:

Victor Ghicavii d.h.ș.m., profesor universitar, șef catedră farmacologie și farmacologie clinică, USMF „Nicolae Testemițanu”

Grigore Bivol d.ș.m., profesor universitar, șef catedră medicina de familie, USMF „Nicolae Testemițanu”

Valentin Gudumac d.h.ș.m., profesor universitar, șef catedră medicina de laborator, USMF „Nicolae Testemițanu”

Alexandru Coman d.h.ș.m., profesor universitar, director general Agenția Medicamentului și Dispozitivelor medicale

Maria Cumpănă director executiv, Consiliul Național de Evaluare și Acreditare în Sănătate

Iurie Osoianu vicedirector, Compania Națională de Asigurări în Medicină

CUPRINS

ABREVIERILE FOLOSITE ÎN DOCUMENT	4
PREFAȚĂ	4
A. PARTEA ÎNTRDUCTIVĂ	4
A.1. Diagnostic:	4
A.2. Codul bolii	4
A.3. Utilizatorii:	4
A.4. Scopurile protocolului	4
A.5. Data elaborării protocolului	4
A.6. Data reviziei următoare	4
A.7. Lista și informațiile de contact ale autorilor ce au participat la elaborarea protocolului	4
A.8. Definițiile folosite în document	5
A.9. Informație epidemiologică	5
B. PARTEA GENERALĂ	6
B.1. Nivel de asistență medicală primară	6
B.2. Nivel consultativ specializat	7
B.3. Nivel de asistență medicală spitalicească	8
C. 1. ALGORITM DE CONDUITĂ	10
C 1.1. Managementul de conduită	10
C.2. DESCRIEREA METODELOR, TEHNICILOR ȘI PROCEDURILOR	11
C.2.1. Clasificarea	11
C.2.2. Factori de risc	11
C.2.3. Profilaxia	12
C.2.4. Screening-ul	13
C.2.5. Conduita pacientului	13
C.2.5.1. Anamneza	13
C.2.5.2. Examenul clinic	13
C.2.5.3. Investigațiile paraclinice	15
C.2.5.4. Diagnosticul diferențial	18
C.2.6. Tratamentul	18
C.2.6.1. Tratamentul nemedicamentos	18
C.2.6.2. Tratamentul medicamentos	19
C.2.8. Complicațiile	21
C.2.9. Pronosticul	21
D. RESURSE UMANE ȘI MATERIALE NECESARE PENTRU IMPLEMENTAREA PREVEDERILOR PROTOCOLULUI	21
D.1. Instituțiile de asistență medicală primară	21
D.2. Instituțiile/secțiile de asistență medicală specializată de ambulator	22
D.3. Instituțiile de asistență medicală spitalicească: secția pediatrie/gastroenterologie	22
E. INDICATORII DE MONITORIZARE A IMPLIMENTĂRII PROTOCOLULUI	23
BIBLIOGRAFIE	24
ANEXA 1. GHIDUL PACIENTULUI CU BOALA CELIACĂ	25

ABREVIERILE FOLOSITE ÎN DOCUMENT

CIM-X	Clasificarea Internațională a Maladiilor, revizia a X-a
DS	Deviații standard
ESPHAGAN	<i>European Society for Paediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition</i>
IEL	Leucocite intraepiteliale
FAI	Fără Alte Informații
OMS	<i>Organizația Mondială a Sănătății</i>
NASPHAGAN	<i>Nord American Society for Paediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition</i>
pc	Percentile

PREFATĂ

Protocolul național a fost elaborat de către grupul de lucru al Ministerului Sănătății al Republicii Moldova (MS RM), constituit din specialiștii IMSP Institutul Mamei și Copilului. Protocolul de față a fost fondat în conformitate cu ghidurile internaționale actuale privind „Boala celiacă la copil” și va servi drept bază pentru elaborarea protocoalelor instituționale. La recomandarea MS RM pentru monitorizarea protocoalelor instituționale pot fi folosite formulare suplimentare, care nu sunt incluse în protocolul clinic național.

A. PARTEA ÎNTRODUCTIVĂ**A.1. Diagnostic:**

1. *Boala celiacă, forma tipică.*
2. *Boala celiacă, forma atipică. Anemie firodeficitară gr. I.*
3. *Boala celiacă, forma refractară.*

A.2. Codul bolii (CIM 10): K90

K 90.0	Boala celiacă <i>Intoleranța la gluten</i>
---------------	------------------------------------------------------

A.3. Utilizatorii:

- Oficiile medicilor de familie (medic de familie și asistentele medicale de familie);
- Centrele de sănătate (medic de familie);
- Centrele medicilor de familie (medic de familie);
- Instituțiile/secțiile consultative (medic gastroenterolog);
- Asociațiile medicale teritoriale (medic de familie, medic pediatru, medic gastroenterolog);
- Secțiile de copii ale spitalelor raionale și municipale (medic pediatru, medic gastroenterolog);
- Secția gastroenterologie, IMSP Institutul Mamei și Copilului (medic gastroenterolog, medic pediatru).




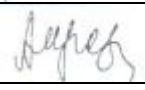
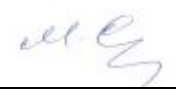

A.4. Scopurile protocolului

1. Sporirea eficienței diagnosticului precoce (în primul an de la apariția semnelor clinice).
2. Diminuarea numărului de copii ce au dezvoltat complicații.
3. Reducerea numărului de copii cu forme refractare.
4. Monitorizarea rațională a copiilor cu boală celiacă și informatizarea rolului regimului agliadinic.
5. Ameliorarea stării psihosociale a copilului cu boala celiacă și a familiei acestuia.

A.5. Data elaborării protocolului: 2012**A.6. Data reviziei următoare: 2014 – 2016****A.7. Lista și informațiile de contact ale autorilor ce au participat la elaborarea protocolului:**

Numele	Funcția deținută
Dr. Mișu Ion	Profesor universitar, doctor habilitat în medicină, șef secție gastroenterologie. IMSP Institutul Mamei și Copilului.
Dr. Tighineanu Olga	Medic gastroenterolog, secția gastroenterologie. IMSP Institutul Mamei și Copilului.
Dr. Clichici Diana	Doctorand, Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie „N. Testemițanu”

Protocolul a fost discutat aprobat si contrasemnat:

Denumirea institutiei	Persoana responsabila – semnatura
Asociația Medicilor de Familie din RM	
Comisia Științifico-Metodică de profil „Pediatrie”	
Agenția Medicamentului	
Consiliul de experți al Ministerului Sănătății	
Consiliul Național de Evaluare și Acreditare în Sănătate	
Compania Națională de Asigurări în Medicină	

A.8. Definițiile folosite în document

Boala celiacă – afecțiune a intestinului subțire (în special a jejunului) determinată de intoleranța la gluten și proteinele înrudite.

A.9. Informație epidemiologică

Aria geografică	Prevalența în diagnostic	Prevalența în screening
Brasilia	---	1:400
Danemarka	1:10,000	1:500
Finlanda	1:1,000	1:130
Germania	1:2,300	1:500
Italia	1:1,000	1:184
Olanda	1:4,500	1:198
Norvegia	1:675	1:250
Sahara	---	1:70
Slovenia	---	1:550
Suedia	1:330	1:190
Marea Britanie	1:300	1:112
SUA	1:10,000	1:132
Mondial (în medie)	1:3,345	1:266

După: Celiac CME Newsletter: Volume 1, december 2010.

B. PARTEA GENERALĂ

B.1. Nivel de asistență medicală primară		
Descriere (măsurile)	Motive (reper)	Pași (modalități și condiții de realizare)
1. Profilaxia		
1.1. Profilaxia primară (C.2.3)	<ul style="list-style-type: none"> Metode de profilaxie primară la moment nu se întreprind. 	➤ Măsurile de profilaxie primară nu se întreprind (vezi caseta 4).
1.2. Profilaxia secundară (C.2.3)	<ul style="list-style-type: none"> Profilaxia secundară este direcționată spre respectarea strictă a dietei fără gluten, preîntâmpinarea recăderilor și complicațiilor. 	Obligatoriu: <i>Profilaxia secundară constă în:</i> <ul style="list-style-type: none"> promovarea alimentației naturale; diversificarea corectă (în termen și ca modalitate) a sugarilor.
1.3. Screening-ul (C.2.4)	<ul style="list-style-type: none"> Screening-ul primar nu există, însă ar fi necesar și rațional de evaluat copiii predispuși genetic și cu patologii autoimune grave. Screening-ul copiilor diagnosticați cu boală celiacă prevede monitorizarea răspunsului la regimul fără gluten sau la tratamentul medicamentos, în forma refractară. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Screening-ul bolii celiace se efectuează în baza programelor elaborate de organizațiile internaționale cum ar fi: OMS, ESPHAGAN, NASPHAGAN (vezi caseta 6). ➤ Conform, recomandărilor NASPGHAN, 2004 și considerentelor practice, inclusiv de specificitate, sensibilitate și cost, determinarea AcTG de tipul Ig A este recomandat pentru testarea inițială a bolii celiace (vezi caseta 5). Obligatoriu: <ul style="list-style-type: none"> ➤ Copiii predispuși genetic și cu patologii autoimune grave (vezi caseta 6).
2. Diagnosticul		
2.1. Suspectarea diagnosticului de boală celiacă (C.2.5)	<ul style="list-style-type: none"> Anamneza eredocolaterală. Prezența factorului alimentar - diversificarea incorectă a alimentației la sugari (în termen și ca modalitate). Copilul mic – prezența triadei clinice: diaree cu polifecalie, distensie abdominală, retard ponderal, ulterior și statural. Copilul mare – dominarea manifestărilor extradigestive, comparativ celor gastrointestinale. Manifestări extradigestive - anemie fierodeficitară, osteomalacie și osteoporoză, retard staturoponderal, fatigabilitatea cronică, hipoplazie dentară, hiperkeratoză. 	Obligatoriu: <ul style="list-style-type: none"> ➤ Anamneza și evaluarea factorilor de risc (vezi casetele 3, 7); ➤ Examenul clinic (vezi casetele 8-12); ➤ Diagnosticul diferențial (vezi caseta 14); ➤ Investigații paraclinice obligatorii (vezi tabelul 6). Recomandabil: <ul style="list-style-type: none"> ➤ Investigații paraclinice recomandabile (vezi tabelul 6).
2.2. Deciderea consultului specialistului și/sau spitalizării	<ul style="list-style-type: none"> Diagnosticul bolii celiace se confirmă prin evaluarea clinică, teste serologice, examenul endoscopic și histologic. 	Obligatoriu: <ul style="list-style-type: none"> ➤ Toți pacienții cu suspjecție la boală celiacă vor fi îndreptați la consultația gastroenterologului pediatru.
3. Tratamentul		

3.1. Tratamentul nemedicamentos (C.2.6.1)	<ul style="list-style-type: none"> • DIETA FĂRĂ GLUTEN este piatra de temelie în tratamentul bolii celiace. 	Obligatoriu: ➤ Modificări ale regimului igienodietetic (vezi caseta 16).
3.2. Tratamentul medicamentos (C 2.6.2)	<ul style="list-style-type: none"> • Tratamentul proceselor de digestie. • Tratamentul creșterii exuberante a microflorei condiționat patogene. • Tratamentul poluării bacteriene. • Suplinirea deficiențelor mineralo/vitaminice. • Glucocorticosteroizi – tratamentul formei refractare. 	Obligatoriu: ➤ Forma refractară (vezi casetele 18, 19). ➤ Preîntâmpinarea complicațiilor și restabilirea anemiei, densității osoase (vezi caseta 22). ➤ Supravegherea reacțiilor adverse ale medicamentelor.
4. Supravegherea (C 2.7)	Supravegherea pacienților se efectuează în comun cu medicul specialist gastroenterolog pediatru, nutriționist, pediatru și medicul de familie.	Obligatoriu: ➤ Se elaborează un plan individual, în funcție de evoluția bolii celiace (vezi caseta 21).

B.2. Nivel consultativ specializat

Descriere (măsuri)	Motive (reper)	Pași (modalități și condiții de realizare)
1. Profilaxia		
1.2. Profilaxia primară (C.2.3)	<ul style="list-style-type: none"> • Metode de profilaxie primară la moment nu se întreprind. 	➤ Măsuri de profilaxie primară nu se întreprind (vezi caseta 4).
1.2. Profilaxia secundară (C.2.3)	<ul style="list-style-type: none"> • Profilaxia secundară este direcționată spre respectarea strictă a dietei fără gluten, preîntâmpinarea recăderilor și complicațiilor. 	Obligatoriu: <i>Profilaxia secundară constă în:</i> <ul style="list-style-type: none"> - promovarea alimentației naturale; - diversificarea corectă (în termen și ca modalitate) a sugarilor
1.3. Screening-ul (C.2.4)	<ul style="list-style-type: none"> • Screening-ul primar nu există, însă ar fi necesar și rațional de evaluat copiii predispuși genetic și cu patologii autoimune grave; • Screening-ul copiilor diagnosticați cu boală celiacă prevede monitorizarea răspunsului la regimul agliadinic sau la tratamentul medicamentos, în forma refractară. 	➤ Screening-ul bolii celiace se efectuează în baza programelor elaborate de organizațiile internaționale cum ar fi: OMS, ESPHAGAN, NASPHAGAN (vezi caseta 6). ➤ Conform, recomandărilor NASPGHAN, 2004 și considerentelor practice, inclusiv de specificitate, sensibilitate și cost, determinarea AcTG de tipul Ig A este recomandat pentru testarea inițială a bolii celiace. Obligatoriu: ➤ Copiii cu predispuși genetic și cu patologii autoimune grave (vezi caseta 6).
2. Diagnosticul		
2.1. Suspectarea diagnosticului de boală celiacă (C.2.5)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Anamneza eredocolaterală. ▪ Prezența factorului alimentar - diversificarea incorectă a alimentației la sugari (în termen și ca modalitate). ▪ Copilul mic – prezența triadei clinice: diaree cu polifecalie, distensie abdominală, retard ponderal, ulterior și statural. 	Obligatoriu: ➤ Anamneza și evaluarea factorilor de risc (vezi casetele 3, 7); ➤ Examenul clinic (vezi casetele 8-12); ➤ Diagnosticul diferențial (vezi caseta 14); ➤ Investigații paraclinice obligatorii (vezi tabelul 6).

	<ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>Copilul mare</i> – dominarea manifestărilor extradigestive, comparativ celor gastrointestinale. ▪ <i>Manifestărie extradigestive</i> - anemie fierodeficitară, osteomalacie și osteoporoză, retard staturoponderal, fatigabilitatea cronică, hipoplazie dentară, hiperkeratoză. 	<p>Recomandabil:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Investigații paraclinice recomandabile (vezi tabelul 6).
2.2. Deciderea consultului specialistului și/sau spitalizării	<ul style="list-style-type: none"> • Diagnosticul bolii celiace se confirmă prin evaluarea clinică, teste serologice, examenului endoscopic și histologic. 	<p>Obligatoriu:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Toți pacienții cu suspecție la boală celiacă vor fi îndreptați la consultația gastroenterologului pediatru.
3. Tratamentul		
3.1. Tratamentul nemedicamentos (C 2.6.1)	<ul style="list-style-type: none"> • DIETA FĂRĂ GLUTEN este piatra de temelie în tratamentul bolii celiace. 	<p>Obligatoriu:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Modificarea regimului igienodietetic (vezi caseta 16).
3.2. Tratamentul medicamentos (C 2.6.2)	<ul style="list-style-type: none"> • Tratamentul proceselor de digestie. • Tratamentul creșterii exuberante a microflorei condiționat patogene. • Tratamentul poluării bacteriene. • Suplinirea deficiențelor mineralo/vitaminice. • Glucocorticosteroizi – tratamentul formei refractare. 	<p>Obligatoriu:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Forma refractară (vezi casetele 18, 19). ➤ Preîntâmpinarea complicațiilor și restabilirea anemiei, densității osoase (vezi caseta 22). ➤ Supravegherea reacțiilor adverse ale medicamentelor.
4. Supravegherea (C 2.7)	Supravegherea pacienților se efectuează în comun cu medicul specialist gastroenterolog pediatru, nutriționist, pediatru și medicul de familie.	<p>Obligatoriu:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Se elaborează un plan individual, în funcție de evoluția bolii celiace (vezi caseta 21).

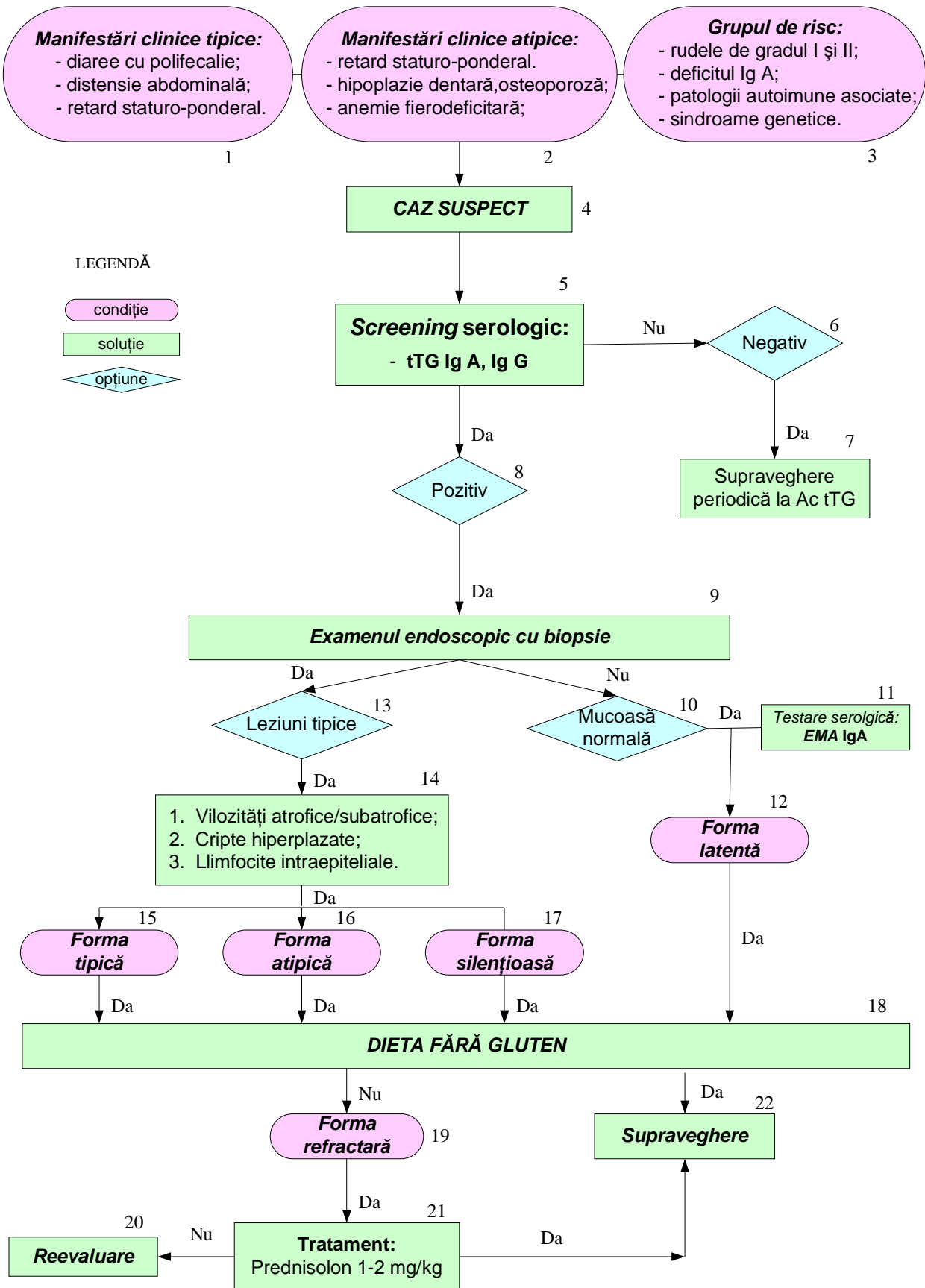
B.3. Nivel de asistență medicală spitalicească

Descriere (măsurii)	Motive (repere)	Pași (modalități și condiții de realizare)
1. Spitalizare	<ul style="list-style-type: none"> • Spitalizarea este necesară pentru confirmarea bolii celiace, efectuarea procedurilor diagnostice și terapeutice care nu pot fi executate în condiții de ambulator (examenul endoscopic cu biopsie). 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Criteriile de spitalizare (vezi caseta 20).
2. Diagnosticul		
2.1. Confirmarea diagnosticului de boală celiacă (C.2.5)	<ul style="list-style-type: none"> • Diagnosticul bolii celiace se confirmă prin evaluarea clinică, teste serologice, examenului endoscopic și histologic. • <i>AOECS (Association of European Coeliac Societies), 2009</i> susține că standardul de aur al diagnosticului sunt testele serologice, confirmate de o jejunoscopie cu prelevarea biopsiei intestinale. • <i>Anticorpilor tisulari transglutaminazici (AcTG Ig A și Ig G)</i> – cei mai uzuali și eficienți anticorpi serologici, atât pentru 	<p>Obligatoriu:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Anamneza și evaluarea factorilor de risc (vezi casetele 8, 12); ➤ Examenul clinic (vezi casetele 8-12); ➤ Diagnosticul diferențial (vezi caseta 14); ➤ Investigații paraclinice obligatorii (vezi tabelul 6). <p>Recomandabil:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Investigații paraclinice recomandabile (vezi tabelul 6).

	<p>screening-ul bolii celiace, cât și pentru evaluarea în dinamică a patologiei, la regimul fără gluten [NASPGHAN, 2005; AGA, 2006].</p> <ul style="list-style-type: none"> • Jejunoscopia cu biopsie, <i>posttestare serologică</i>, este examinarea obligatorie pentru stabilirea diagnosticului de boală celiacă. • Pot fi utilizate, la necesitate: examinări imunologice, serologice, proceduri imagistice complementare. 	
3. Tratamentul		
3.1. Tratamentul nemedicamentos (C.2.6.1)	<ul style="list-style-type: none"> • DIETA FĂRĂ GLUTEN este piatra de temelie în tratamentul bolii celiace. 	<p>Obligatoriu:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Recomandări privind modificarea regimului igienodietetic (vezi <i>caseta 16</i>).
3.2. Tratamentul medicamentos (C.2.6.2)	<ul style="list-style-type: none"> • Tratamentul proceselor de digestie; • Tratamentul creșterii exuberante a microflorei condiționat patogene; • Tratamentul poluării bacteriene; • suplینirea deficiențelor vitaminice și minerale; • Glucocorticosteroizi– tratamentul formei refractare. 	<p>Obligatoriu:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Forma refractară (vezi <i>casetele 18, 19</i>). ➤ Preîntâmpinarea complicațiilor și restabilirea anemiei, densității osoase (vezi <i>caseta 22</i>). ➤ Supravegherea reacțiilor adverse ale medicamentelor.
4. Externarea	<p>Extrasul obligatoriu va conține:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ diagnosticul precizat desfășurat; ✓ rezultatele investigațiilor și tratamentului efectuat; ✓ recomandări explicite pentru pacient; ✓ recomandări pentru medicul de familie. 	<p>OBLIGATORIU:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aplicarea criteriilor de externare(<i>caseta 20</i>); • Elaborarea planului individual de supraveghere în funcție de evoluția bolii, conform planului tip de supraveghere (<i>caseta 21</i>); • Oferirea informației pentru pacient (vezi <i>Anexa1</i>); <p>DE REȚINUT!!!</p> <p><i>Conform ordinului Ministerului Sănătății al Republicii Moldova, copiii cu boală celiacă li se stabilește grad de dizabilitate accentuată pe parcursul întregii vieți.</i></p>

C. 1. ALGORITM DE CONDUIȚĂ

C 1.1. Managementul de conduită



C.2. DESCRIEREA METODELOR, TEHNICILOR ȘI PROCEDURILOR

C.2.1. Clasificarea

Caseta 1. Formele clinice

- | | |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> - tipică - atipică - silențioasă | <ul style="list-style-type: none"> - latentă sau „potențială” - refractară |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------|

NOTĂ: Clasificarea bolii celiace în formă primară și secundară, la fel și noțiunea de sindrom celiac sunt neîntemeiate, deoarece boala celiacă este o maladie primară.

Caseta 2. Forma refractară

Tipul I | cu limfocite intraepiteliale normale

Tip II | cu expansiunea clonală a limfocitelor intraepiteliale, fenotip lipsit CD3, CD8 și T-receptori celulari

NOTĂ: cea mai severă formă de limfom intraepiteliale, cu malabsorbție gravă fără răspuns la dieta fără gluten, cu o rată a mortalității crescute.

Tabelul 1. Clasificarea histologică după Marsh modificat (Oberhuber), Corazza - Villanacci [3]

Marsh modificat (Oberhuber)	Criteriile histologice			Corazza - Villanacci
	Limfocite intraepiteliale crescute*	Hiperplazia criptală	Atrofia vilară	
<i>Tipul 0</i>	absente	absentă	absentă	Grad A
<i>Tipul 1</i>	prezente	absentă	absentă	
<i>Tipul 2</i>	prezente	prezentă	absentă	
<i>Tipul 3a</i>	prezente	prezentă	prezentă (parțial)	Grad B1
<i>Tipul 3b</i>	prezente	prezentă	prezentă (subtotal)	
<i>Tipul 3c</i>	prezente	prezentă	prezentă (total)	Grad B2

Notă:
 * - > 40 limfocite intraepiteliale la 100 enterocite pentru Marsh modificat (Oberhuber)
 - > 25 limfocite intraepiteliale la 100 enterocite pentru Corazza
A - non atrofică: limfocite intraepiteliale crescute
B - atrofică: clasa B1 – raportul vilozităților/cripte este mai mic de 3:1, atrofie vilară parțială
 clasa B2 – atrofie vilară totală

C.2.2. Factori de risc

Caseta 3. Factorii de risc

• Factorul ereditar:

- *autozomal-dominant* sau *autozomal recesiv* pentru boala celiacă legată de genotipul HLA-DQ2, în funcție de genotipurile HLA predispozante ale părinților;
- *autozomal-dominant* pentru boala celiacă legată de genotipul HLA-DQ8;
- peste 99% dintre persoanele care suferă de boală celiacă sunt pozitive pentru antigenul leucocitelor umane (HLA)-DQ2 sau DQ8 [46];
- dintre șapte variante de HLA-DQ (DQ2 și DQ4-DQ9) [46]:
 - 90 %-95 % conțin heterodimerul HLA-DQ2 codificat de alelele *DQA1*05* și *DQB1*02*;
 - 5 %-10 % HLA-DQ8 codificat de alelele *DQA1*03* și *DQB1*0302*;
- Fasano et al., în 2003, bazat pe cercetările unui studiu caz-control, a stabilit rata prevalenței familiale a bolii celiace, astfel riscul dezvoltării celiachiei este:
 - rudele de gradul I – 1:10;
 - rudele de gradul II – 1:39;
 - părinți simptomatici – 1:56;
 - grupurile fără risc – 1:133.
- în lista de condiții genetice, asociate cu incidență crescută a maladii celiace la copii, se includ:
 - deficit de Ig A – 1,7% -7,7% [27];

- sindromul Down – 5 - 12% [27];
- sindromul Turner – 4,1 - 8.1% [27];
- sindromul Williams – 8,2 %.
- persoanele, care își exprimă haplotipul HLA, clasa a II DQ2/DR3 sunt predispuse la boli autoimune grave:
 - diabet zaharat tip I – $\geq 5\%$ [27];
 - tiroidita autoimună ~ 15% [27];
 - poliartrita reumatoidă – 3 %;
 - ciroza biliară primitivă – 6-7 %.
- astfel, cca 1 din 12 copii cu diabet zaharat tip I face intoleranță la gluten [Pietzak et Thomas, 2003]. Acești pacienți constituie grupul de risc și necesită un *screening* sistematic, pentru depistarea precoce a bolii celiace.
 - **Vîrsta**
 - *Copii*
 - **picul I – 9-24 luni**, debut cu o durată de la 2 pînă la 4-8 săptămîni, după introducerea produselor gluten-componente;
 - **picul II – 2-3 ani**, după acțiunea factorilor ce facilitează realizarea predispuerilor genetice (infecții intercurrente, stări stresante, încadrarea copilului în colective noi, schimbarea regimului alimentar).
 - *Adulți*:
 - decada a treia sau a patra de viață.
 - **Apartenența rasială și etnică**
 - boala celiaca constituie una dintre cele mai comune boli cronice induse genetic la nivel mondial;
 - *rar sau chiar inexistentă*: persoane de origine: africană, chineză sau japoneză [Hill, Bhatnagar, Cameron, Rosa, Maki, Russell, et al, 2002].
 - **Sexul**: cele mai multe studii indică o prevalență de sex feminin, variind de la 1,5/1 la 3/1.
 - **Factorul alimentar**
 - **glutenul** – constituie prolaminele din:
 - grîu (*gliadina*), orz (*ordelina*), seară (*secalina*), ovăz (*ovenina*).
 - rolul gliadinei, a fost remarcat, în 1940, de către pediatrul olandez Willem-Karel Dicke, estimînd o scădere semnificativă a ratei mortalității printre copii afectați de boală celiacă, de la 35% și mai mult, pînă la zero.
 - **diversificarea incorectă a alimentației la sugari**:
 - introducerea glutenului în rația alimentară, înainte de 4 luni crește riscul dezvoltării bolii celiace și invers, introducerea după 7 luni scade riscul;
 - un studiu recent scandinav, denotă creșterea incidenței bolii celiace, odată cu ablactarea și administrarea cantităților mari de gluten.
 - **Factorul autoimun**, după 1990, boala celiacă a fost acceptată universal, ca o patologie autoimună, a cărei factor declanșator este glutenul și autoantigen – enzima transglutaminazică.

C.2.3. Profilaxia

Caseta 4. Profilaxia

Măsuri de profilaxie primară în boala celiacă la moment nu se întreprind.

Profilaxia secundară constă în:

- promovarea alimentației naturale;
- diversificarea corectă a sugarilor;
- regim alimentar corect;
- profilaxia infecțiilor intercurrente ale tractului gastroinestinal.

Caseta 5. Gradele de recomandare

- **A "Înalt"** – existența de dovezi științifice care sugerează că procedura/tratamentul este benefic, util și eficient;
- **B "Moderat"** - existența de dovezi științifice controversate și opinii divergente care înclină în favoarea procedurii/tratamentului;

- **C "Joasă"** - existența de dovezi controversate și opinii divergente care înclină în defavoarea procedurii/tratamentului;
- **D "Foarte joasă"** - calitatea probelor indică faptul că cercetări suplimentare ar putea avea un impact asupra confidențialității estimate.

C.2.4. Screening-ul

Caseta 6. Screening-ul serologic [3]

- **Recomandate:**

1. manifestări clinice sugestive (diaree cronică, retard ponderal, steatoree, dureri abdominale postprandiale, meteorism) și de laborator pentru malabsorbția intestinală (A);
2. manifestări clinice sugestive (diaree cronică sau intermitentă, retard staturo-ponderal, pubertate întârziată, amenoree, anemie (deficit de fier), greață sau vărsături, dureri abdominale cronice, crampe sau distensie abdominală, constipație cronică, oboseală, stomatită aftoasă recurentă, dermatită herpetiformă, erupții cutanate, fracturi frecvente, osteopenie, osteoporoza și teste de laborator pentru boala celiacă (A);
3. pacienți cu manifestări clinice sugestive (A) sau asimptomatici cu rude de gradul I, cu diagnosticul confirmat de boală celiacă;
4. Nivelul crescut neprecizat al aminotransferazei serice (A);
5. Pacienți cu diabet zaharat, sindromul Down, boli tiroidiene autoimune, sindromul Turner, sindromul Williams, deficit selectiv imunoglobulina A (IgA), boli hepatice autoimune în asociere cu manifestări clinice sau date de laborator sugestive pentru boala celiacă (A).

- **Nerecomandate:**

- populația generală;
- manifestări digestive acute.

C.2.5. Conduita pacientului

C.2.5.1. Anamneza

Caseta 7. Reper anamnestic

- **Copilul mic**

- diaree cu polifecalie;
- distensie abdominală;
- retard ponderal, ulterior și statural.

- **Anamneza familială**

- istoric familial de intoleranță la gluten;
- prezența antigenilor HLA DQ2 sau DQ8;
- deficit de Ig A;
- prezența sindroamelor genetice.

- **Copilul mare și adolescentul**

- hipoplazie dentară, osteomalacie și osteoporoză;
- anemie fierodeficitară;
- fatigabilitatea cronică;
- hiperkeratoză cutanată;
- echimoze cutanate;
- ulcerațiile aftoase și gingivita;
- dermatita herpetiformă.

C.2.5.2. Examenul clinic

Caseta 8. Forma tipică

- diaree cu polifecalie;
- distensie abdominală („aspect de păiangen” – burta mare și extrimități subțiri);
- retard staturo-ponderal;
- anorexie;
- vome;
- dureri abdominale.

NOTĂ: Actual, acest tablou clinic este foarte rar, deoarece boala decurge mai frecvent atipic.

Caseta 9. Forma atipică

- frecvent implică copiii mai mari, adolescenții;
- se întâlnește aproape la fiecare al 4-lea copil;
- 50 % fatigabilitatea cronică [Hill, 2003] este asociată de simptome extraintestinale;
- este eronat diagnosticată, în majoritatea cazurilor;
- conform unui studiu la nivelul asistenței medicale primare în Marea Britanie s-a precizat că

persoanele cu oboseală și/sau cu un diagnostic precedent sau prezent de anemie fierodeficientă a avut cea mai mare incidență a bolii celiace nediate diagnosticate anterior;

- la fel, evaluarea unei cohorte pe baza populației din Cambridge, Marea Britanie, a arătat că boala celiacă nediate diagnosticată reprezintă un impact nefavorabil asupra stării sănătății copilului, exteriorizată prin: anemie și osteoporoză.

Caseta 10. Manifestări clinice extraintestinale

- **Manifestări osteomusculare – 50 %:**

- hipotrofie, până la marasm;
- hipotonie;
- hipoplazie dentară;
- osteomalacie și osteoporoză;
- fracturi patologice.

- **Manifestările muco-cutanate – 50 %:**

- tegumente uscate, palide, hiperpigmentate;
- „haustre cutanate”, ce se definesc prin turgorul flasc, „atârănarea” plicilor cutanate, în special în regiunea foselor inghinale și axilare;
- hiperkeratoză „murdară”, localizată cu preponderență în regiunea coatelor, genunchilor, articulațiilor degetelor de la mâini;
- fisuri ale mucoaselor;
- ulcerațiile aftoase și gingivita;
- dermatita herpetiformă (erupții papulo-veziculoase foarte pruriginoase);
- macule, urtică, cruste;
- degete hipocratice.

- **Manifestările hematologice – 6 %:**

- epistaxis, echimoze, gingivoragii;
- rar: purpura trombocitopenică;
- hemoptizii;
- hematurie;
- hemoragii digestive superioare și inferioare;
- metroragii la adolescente;
- *cazistic*: hemartroze.

- **Manifestările neurologice**

- neuropatii periferice, în special, senzitive;
- parestezii;
- astenie, ataxie;
- encefalopatia dismetabolică;
- epilepsie, manifestări convulsive;
- depresia apare în 20 – 50 % cazuri, uneori evoluând până la suicid [14].

- **Manifestările endocrine - 8-20 %:**

- nanism izolat;
- infantilism.

- **Manifestările nefroureinare**

- oxalurie.

Caseta 11. Alte forme clinice

- **Boala celiacă silențioasă**

- lipsa manifestărilor clinice, în pofida lezării mucoasei intestinale,
- 10 – 15 %, din rudele de gradul I al copiilor cu boală celiacă prezintă această formă clinică;
- prezintă interes de diagnostic precoce, deoarece există pericolul ca maladia să fie diagnosticată doar retrospectiv, după instalarea complicațiilor maligne ale bolii.

- **Boala celiacă latentă**

- evoluează: - fără manifestări clinice;
- fără leziuni ale mucoasei intestinale;
- markerii serologici (Ac) specifici bolii sunt pozitivi.
- ulterior acești copii dezvoltă atrofia intestinală, care se vindică odată cu ordonarea regimului agliadinic.

✓ **Forma „potențială”** acest termen a fost introdus de Ferguson et al., 1993, pentru a descrie minuțios forma latentă a maladiei celiace.

- **Boala celiacă refractară 10 %**

- persistența manifestărilor clinice, după un an de regim agliadinic;
- este necesară o examinare minuțioasă și trebuie excluse alte patologii.

Caseta 12. Examenul obiectiv

- copiii sunt excitabili, capricioși, activi, iar în formele cu malnutriție severă devin apatici, triști, morcănosi, prezintă retard fizic cu *status rahiticus*;

- în dezvoltarea psiho-motorie, celiacii de vârstă mică nu progresează mult. Ei pot pierde chiar și însușirile deprinse mai recent. Retardul ponderal este mai serios decât cel statural, iar când membrele sunt subțiri le creează un aspect de „păiangen”;
- pielea și mucoasele sunt palide, uscate, la fel pot apărea pigmentații neomogene ale pielii, coilonihiie, stomatită angulară, glosită, gingivită, decolorarea și fragilitatea părului etc., uneori dermatită herpetiformă;
- țesutul adipos este diminuat;
- țesutul muscular este redus și hipoton în cazurile avansate ajungând să exprime un marasm;
- aparatul osos este demineralizat, apar fracturi patologice, hipoplazia smalțului dentar etc.;
- abdomenul este destins. La palpare pielea din această regiune este subțiată, iar peretele abdominal fiind subțire și atonic permite lesne palparea unor mase de consistență (anse intestinale dilatate, umplute cu lichid și gaze).

Tabelul 2. Deficitul staturoponderal

	Metoda centilelor	Metoda devierilor standard
Deficit ponderal		
- deficit de masă, <i>gradul I</i>	pc.25 – p.10	1-2 DS
- deficit de masă, <i>gradul II</i>	< pc.10	≥ - 2 DS
Deficit statural		
- talie mai joasă de mediu	pc.25 – p.10	1-2 DS
- talie joasă	< pc.10	≥ - 2 DS

C.2.5.3. Investigațiile paraclinice

Diagnosticul bolii celiace este bazat pe 4 pilieri [3]

- ✓ anamneza, examenul obiectiv;
- ✓ teste serologice;
- ✓ examenul endoscopic și histologic;
- ✓ răspuns clinic la dieta fără gluten.

Notă: În Republica Moldova, în incinta IMSP IMȘIC, secția gastroenterologie sunt implementate recomandările forurilor internaționale, astfel copii din grupul de risc sau copii cu manifestări sugestive de boală celiacă sunt testați serologic (AcTTG de tipul Ig A și Ig G), endoscopic și histologic pentru confirmarea sau infirmarea bolii celiace.

Tabelul 3. Examinările de laborator

Examinarea paraclinică	Rezultatele scontate
Teste serologice	- Anticorpilor antiendomiziali - EMA IgA - Anticorpilor tisulari transglutaminazici - TTG IgA și IgG. - Anticorpilor anti gliadinici - AGA IgA și IgG test depășit.
Testele biochimice	- Albumina – N, ↓, în 50 % cazuri; - Proteina totală – N, ↓, în 50 % cazuri; - ALAT, ASAT – N, ↑; - Bilirubina – N, ↑; - FA – N, ↑; - Ca, P – ↓, în 50 % cazuri; - Fierul seric – N, ↓; - Vit. B12 – N, ↓; - Acidul folic – N, ↓; - Transferina – N, ↓; - Colesterolul – ↑, în 30 % cazuri; - Ureea, creatinina – N, ↑; - Timpul de coagulare; - Fibrinogenul; - Protrombina;

	- <i>Kaliul</i> ; - <i>Natriul</i> .
Grupa sanguină, Rh	
Hemoleucograma	- <i>Hemoglobina</i> – ↓, în 70 % cazuri; - <i>Leucocite</i> – N, ↑, cu deviere spre stînga; - <i>Eozinofile</i> – ↑; - <i>Limfocite</i> – ↑; - <i>VSH</i> – ↑.
Examenul sumar al urinei	- <i>proteine</i> – N, ↑; - <i>leucocite</i> – N, ↑; - <i>eritrociturie minimă</i> .
Examenul coprologic	- <i>lipide neutre (steatoree)</i> – ↑; - <i>acizi grași</i> – ↑; - <i>saponine</i> – ↑; - <i>celuloză</i> – ↑; - <i>floră iodofilă</i> – ↑; - <i>uneori proteine (creatoree)</i> – ↑, - <i>resturi nedigerate</i> – ↑.
Examenul coproparazitologic	- <i>excluderea infestațiilor intestinale</i> .
Examinarea florei intestinale	- <i>bifido- și lactobacterii</i> – ↓, absent; - <i>flora condiționat patogenă</i> – ↑, în special a formelor atipice de <i>E.colli</i> .
Teste imunologice	- <i>Ig A, Ig E totală</i> ; - <i>proteina C-reactivă</i> ; - <i>complexele imuno-circulante (CIC)</i> ; - <i>factorul reumatoid</i> .
Hormonii	- <i>hormoni de creștere și dezvoltare (somatotropina, LH,FSH)</i> ; - <i>hormoni tiroidieni (T3, T4, TSH)</i> .

Tabelul 4. Sensibilitatea și specificitatea testelor serologice [39]

Testele	Sensibilitate (%)	Specificitate (%)
<i>IgA AGA</i>	<70–91	80–95
<i>IgG AGA</i>	17–100	80–95
<i>IgA EMA</i>	75–100	98–100
<i>IgA TTG</i>	75–95	91–99
<i>IgA DGP</i>	82–96	93–96
<i>IgG DGP</i>	70–95	99–100
<i>IgA + IgG DGP</i>	76–97	96–99
<i>IgA and IgG DGP and TTG</i>	83–100	88–93

NOTĂ: Sensibilitatea reprezintă abilitatea de a detecta subiecții pozitivi dintr-o populație.
Specificitatea reprezintă abilitatea unui test de a depista valorile negative dintr-o populație.

Caseta 13. Testul de provocare

• **Indicații:**

- verificarea diagnosticului, la copiii cu vârste de peste 7 ani, când:
 - manifestările clinice sunt nespecifice,
 - datele de laborator nu sunt concludente pentru stabilirea diagnosticului.

• **Contraindicații:**

- copii mai mici de 7 ani;
- diagnostic de boala celiacă cert.

• **Metoda:**

- regim agluten 14 zile, sub supravegherea medicului, în secții specializate, cu o ulterioară testare histologică și serologică.

• **Rezultate:**

- testul de provocare se consideră pozitiv dacă după 6 luni (sau mai devreme) de lărgire a dietei

mucoasa jejunului se atrofiază, iar titrul anticorpilor specifici crește.

Tabelul 5. Examinările instrumentale

Investigația	Rezultatele scontate
Examenul endoscopic*	- mucoasă palidă; - atrofie parțială sau totală.
Examenul histologic	- Marsh 1 sau Marsh 2, Corazza - Villanacci A, Corazza - Villanacci B1 sunt leziuni nespecifice, evidențiindu-se în: <i>enteropatia alergică, intoleranța la laptele de vaca sau alergie la soia, giardiază, enteropatie autoimună.</i> - Marsh 3, Corazza - Villanacci B2 sunt leziuni mult mai specifice, mai ales dacă sunt confirmate serologic.
Examenul ecografic complex	- anse intestinale dilatate cu fenomen de pseudoascită; - diagnostic diferențial și aprecierea patologiilor concomitente; - pentru decelarea schimbărilor nefrouinare.
Radiografia radiocarpală	- estimarea concordanței dintre vârsta osoasă și biologică.
Endocapsula	- cea mai nouă achiziție de diagnostic, pentru vizualizarea intestinului subțire; - metodă endoscopică neinvazivă.
Testul cu sucroză, D-xiloză, glucoză	- diagnosticul diferențial a malabsorbției glucidelor.
Osteodensitometria	- pentru aprecierea gradului demineralizării osoase și pentru aprecierea de tratament și monitorizare.
* Conform consensului internațional este necesar de prelevat cel puțin 4 probe , pentru examenul histologic.	

Tabelul 6. Examinările clinice și paraclinice în cadrul asistenței medicale (AM) primare, specializate de ambulator și spitalicească

Investigația	AM primară	AM specializată de ambulator	AM spitalicească
Examen endoscopic		R	O
Examenul histologic			O
Radiografia panoramică abdominală		R	R
Examen ecografic complex		O	O
Hemoleucograma	O	O	O
Examenul sumar al urinei	O	O	O
Coprograma	O	O	O
Examenul coproparazitologic	O	O	O
Coprocultura		O	O
Echilibrul acido-bazic			R
Albumina		R	O
Proteina totală		R	O
ALAT, ASAT	R	R	O
Bilirubina	R	R	O
Ureea	R	R	O
Creatinina	R	R	O
Fierul seric	R	R	O
Transferina			R
Ca, P		R	O
Kaliul, Natriul		R	O
Zincul, Magneziul		R	O
Timpul de coagulare		R	R
Determinarea trombocitelor		R	O

Fibrinogen		R	O
Protrombina		R	O
Teste serologice		R	O
Teste imunologice			O

O – obligatoriu; **R** – recomandabil.

C.2.5.4. Diagnosticul diferențial

Caseta 14. Maladii pentru diferențierea bolii celiace	
1. Afecțiuni intestinale caracterizate prin atrofie vilozitară: <ul style="list-style-type: none"> - intoleranță la lactoză; - intoleranța la proteine; - infestații parazitare; - limfomul intestinal. 	2. Afecțiuni intestinale ce determină sindrom de malabsorbție, dar cu leziuni intestinale specifice: <ul style="list-style-type: none"> - boala Wipple; - boala Crohn; - gastroenterita eozinofilică.

C.2.6. Tratamentul

Caseta 15. Tipurile de tratament <ul style="list-style-type: none"> • DIETA FĂRĂ GLUTEN • Tratament medicamentos: <ul style="list-style-type: none"> - tratamentul formei refractare; - tratamentul deficiențelor instalate; - tratamentul complicațiilor; - tratamentul patologiilor asociate. • Promovarea valorilor psihologice, emoționale, sociale. • Promovarea suportului familial și social.

C.2.6.1. Tratamentul nemedicamentos

Caseta 16. Particularitățile dietei fără gluten <ol style="list-style-type: none"> 1. Pacienții cu boala celiacă trebuie să adere la o dietă fără gluten pentru toată viața (A). 2. Dacă diagnosticul de boală celiacă nu se confirmă dar nici nu se exclude, unii pacienți vor opta pentru a continua regimul fără gluten strict, fără a mai iniția teste de provocare cu gluten; astfel de pacienți trebuie gestionați în mod similar ca cei cu boala celiacă confirmată (D). 3. Examenul endoscopic superior cu biopsii intestinale este recomandat în lipsa de răspuns clinic sau de recidivă a simptomelor în cazul respectării dietei fără gluten (A).

Caseta 17. Tratamentul nemedicamentos

- Sunt recomandate formulele **Friso Soy, Frisopec AC și Friso HA:**

Friso soy (0-12 luni) în deficitul de lactază	Frisopec AC (0-12 luni)
100% aport proteic, conform recomandărilor OMS – îmbogățit cu aminoacizi esențiali, facilitează și intensifică procesele de reparație din mucoasa intestinală.	Hidrolizat proteic total, fără lactoză – favorizează sinteza IgA secretorie, ameliorând procesele de regenerare a mucoasei intestinale.
Frisopec cu nucleotide (0-12 luni)	Friso HA 1 (0-6 luni) și 2 (6-12 luni)
Hidrolizat proteic înalt, cu lactoză 50% – asigură adaptarea treptată la alimentația obișnuită.	Hidrolizat proteic parțial, cu lactoză – asigură trecerea la alimentația obișnuită.
Acizii grași: DHA – Omega-3 și ARA – Omega-6 – sursă energetică importantă, ce favorizează absorbția grăsimilor și dezvoltarea creierului la sugari;	
Prebiotice (galactooligozaharide) – stimulează creșterea microflorei intestinale benefice, favorizând scaunul regulat;	
Nucleotide – factori importanți de protecție și dezvoltare ai sistemului imunitar;	
Vitamine, minerale și microelemente – asigură creșterea sănătoasă, oferă energia necesară vârstei și toți nutrienții importanți.	

C.2.6.2. *Tratamentul medicamentos*

Caseta 18. Obiectivele tratamentului medicamentos	
<ul style="list-style-type: none"> - Atenuarea manifestărilor gastrointestinale și sistemice, cu cel mai mic grad posibil de efecte adverse. - Preîntâmpinarea complicațiilor și restabilirea anemiei, densității osoase. - Restabilirea și menținerea curbei ponderale normale. - Forma refractară. 	

Caseta 19. Remediile medicamentoase	
Tratamentul poluării bacteriene	
Nifuroxazid (Stopdiar [®]), susp. orală 220mg/5ml, comp. 100mg, caps. 200mg	<ul style="list-style-type: none"> • copii 2-6 luni :2,5 ml/zi • 6 luni - 6 ani: 5 ml, 3 prize • > 6 ani: 5 ml, 4 prize
Tratamentul creșterii exuberante a microflorei condiționat patogene	
Probiotic policomponent	
Ferzym [®] plus, caps.	<ul style="list-style-type: none"> • 6 luni-5 ani: 1/2 caps., 2 prize • 5 ani-14 ani: 1 caps., 2 prize • > 14 ani: 1 caps., 2-3 prize
Lactobacterii din familia Lactobacillaceae	
Lacidofil [®] (lactobacillus rhamnosus Rosell + lactobacillus acidophilus Rosell)	<ul style="list-style-type: none"> • 6 – 12 luni: 1/2 caps., 2 prize • 1 – 3 ani: 1 caps., 2 prize • >3 ani: 1 caps., 3 prize • >16 ani: 1-2 caps., 3 prize
Tratamentul proceselor de digestie	
Pancreatină (Pangrol [®] , caps., 10 000UI, 25 000 UI, Mezim forte [®] , 10 000UI)	– dozarea preparatului este în funcție de vârsta copilului, caracterul alimentației și gradul de steatoree (tabelul 7).
Tratamentul flatulenței	
Aeris [®] , pic. orale	<ul style="list-style-type: none"> • Sugari: 1 ml (25 pic.) • Copii 1-6 ani: 1 ml (25 pic.), 3-5 prize • Adolescenți: 1-2 ml (25-50 pic.), 3-5 prize
Simeticona (Espumizan [®] , caps. moi, 40 mg, emulsie orală 40mg/ml)	<p>Forma de livrare:</p> <ul style="list-style-type: none"> – 40mg/ml emulsie orală; – capsule moi (simeticonă 40 mg). <p>Notă: 1 ml emulsie orală (25 picături) conține 40 mg simecotină și excipienți.</p> <p>Doza:</p> <ul style="list-style-type: none"> • sugari: 1 ml (25 picături), administrată cu biberonul sau cu lingurița • înainte sau după fiecare alăptare. • 1-6 ani: 1 ml (25 picături), în 3-5 prize. • 6-14 ani: 1-2 ml (25-50 picături) administrată în 3-5 prize zilnice. • adolescenți: 2 ml/zi (50 picături), în 3-5 prize, sau • >6 ani: 2 capsule (80 mg), per os, 3-4 prize. □
Tratamentul deficiențelor minerale	
D-Calcin, granule 75g	<ul style="list-style-type: none"> • 1000 – 4000 UI (1/2, 1 pahar gradat).
Magne B6, comp. film. 500mg; soluție orală, conținutul total de magneziu elementar al unei fiole	<ul style="list-style-type: none"> • copii >1 an (greutate corporală peste 10kg): 1-4 fiole/zi, per os, în 2 - 3 prize, administrate în timpul mesei; conținutul fiolei se diluează într-o jumătate de pahar cu apă. • copii >6 ani: 100-250mg, per os, în 2-3 prize.

este de 100mg (4,12 mmol).	
Suplinirea deficiențelor vitaminice	
Acid folic , comp. 1 mg, 3 mg, 5 mg.	<ul style="list-style-type: none"> • 1-5 mg, <i>per os</i>, în 3 prize, 20-30 zile.
Retinol (Vitamina A) , dr. 3300 U; caps. gelat. moi 50000 U; sol. ulei. 3,44 % - 10 ml, flac.; sol. hidrosol. inj. 40000 U/2 ml, fiole	<ul style="list-style-type: none"> • <i>copii pînă la 3 ani</i> – 600 μg (2000 UI) • <i>4-8 ani</i> – 900 μg (3000 UI) • <i>9-13 ani</i> – 1700 μg (5665 UI) • <i>14-18 ani</i> – 2800 μg (9335 UI) • <i>adulții</i> – 3000 μg (10000 UI) <p><i>Notă: utilizarea preparatelor care presupun administrarea vitaminei în raport cu numărul de U (unități) se face din corelația: 1U vitamina A = 0,3 μg retinol</i></p>
Tocoferol (Vitamina E) , caps. 100mg, 200mg, 400mg; sol. ulei. buv. 30% -10 ml	<ul style="list-style-type: none"> • 800-3600 UI/kgc/zi, <i>per os</i>, 2 prize.
Ergocalceferol (Vitamina D) , sol. buv. D ₃ 15000 U/ml-10 ml, flac.; sol. inj. 600000 U-1 ml, fiole	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Rahitism ușor</i>: 2000-3000 UI/zi, <i>per os</i>, 30 zile. • <i>Rahitism moderat</i>: 3000-4000 UI/zi, <i>per os</i>, 35-40 de zile. • <i>Rahitism sever</i>: 4000-5000 UI /zi, <i>per os</i>, 40-45 de zile.
Fitomenadiona (Vitamina K), comp. 15mg; sol. inj. 1%-1ml, fiole.	<ul style="list-style-type: none"> • <i>peroral</i>: 2,5-5 mg/zi; • <i>parenteral</i>: 1-2 mg/zi.
Administrarea glucocorticosteroizilor	
Prednisolon , comp. 5mg; sol. inj. 30mg/ml.	<ul style="list-style-type: none"> • 1 – 2 mg/kg corp/zi, <i>per os</i>; • doza maximă – 40-60 mg/zi. <p><i>Schema de administrare:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - doza zilnică se împarte în 3 prize: - ora 8.00 - ½ din doza zilnică; - ora 12.00 - ¼ din doza zilnică; - ora 14.00 - ¼ din doza zilnică; - scădere la 4-6 săptămîni; - scăderea dozei se face treptat, cu cîte 2,5 mg la 5-7 zile, dar numai degrabă decît 3 zile.
Reechilibrarea biologică	
Infesol 40, 100	<ul style="list-style-type: none"> - volumul administrat trebuie individualizat; - 1,5-2,5 g aminoacizi/kgc/zi; - <i>doza maximă</i>: 60 ml/kgc/zi.
Albumina 10%	<ul style="list-style-type: none"> - volumul administrat trebuie individualizat; - <i>doza inițială</i> pentru tratamentul <i>hipovolemiei acute</i>: 10 ml/zi (0,6-1,0g/zi), prizele pot fi repetate la 15-30minute, dacă prima n-a atins efectul scontat. - <i>hipoproteinemie fără edeme</i>: 2 g/kgc/zi.

Tabelul 7. Dozări de enzime pancreatice (Pangrol[®], caps., 10 000UI, 25 000 UI, Mezim forte[®], 10 000UI)

Grupul de vîrstă	Doza	Ajustarea dozei
Sugari	2000-4000 PhEurU lipază/120 ml de amestec lactat sau la fiecare alimentare	măriți cu 2000-2500 U de lipază la fiecare alimentare, dacă crește volumul ingerat sau dacă revin simptomele malabsorbției
Copii < 4 ani	1000-2000 PhEurU lipază/kgc/priză alimentară	Gustări: jumătate din doza pentru o masă normală
Copii > 4 ani	500-2000 PhEurU lipază/kgc/priză alimentară	

Caseta 20. Criteriile de spitalizare □ i externare

Criteriile de spitalizare

Criteriile de externare

- confirmarea sau infirmarea diagnosticului;
- forma refractară;
- prezența complicațiilor.

- ameliorarea stării generale;
- răspuns la dieta fără gluten;
- excluderea complicațiilor;
- răspuns la tratamentul medicamentos.

C.2.7. Supravegherea

Caseta 21. Supravegherea

☞ **Se vor respecta următoarele recomandări:**

- respectarea dietei fără gluten, pentru toată viața:

- **1 an după stabilirea diagnosticului:** 1 dată la 6 luni;
- **ulterior:** 1 dată în an;
- **la necesitate mai frecvent** (forma refractară).

☞ **Perioada de supraveghere va dura toată viața (A).**

DE REȚINUT!!!

Conform ordinului Ministerului Sănătății al Republicii Moldova, copiilor cu boală celiacă li se stabilește grad de dizabilitate accentuată pe parcursul întregii vieți.

C.2.8. Complicațiile

Caseta 22. Complicațiile bolii celiace la copii

- Rahitism, osteopenie, osteoporoză; anemie feriprivă sau anemie macrocitară (deficit de acid folic); pubertate întârziată; amenoree; infecții respiratorii recurente; tulburări de memorie și concentrare; tulburări psihice, precum iritabilitatea și depresia; limfom intestinal.

C.2.9. Pronosticul

Caseta 23. Pronosticul

- Sub un regim de excludere, regresia semnelor clinice acute poate fi evidentă deja după 2-3 zile, dacă deficitul ponderal a fost semnificativ, greutatea ideală se restabilește în 6 – 12 luni.
- Recuperarea staturală în raport cu cea ponderală întârzie cu 2-3 luni, de aceea, când deficitul statural este major restabilirea poate fi imperceptibilă.
- Scăderea titrurilor serice a anticorpilor specifici este în funcție de nivelul inițial, în mediu în termen de 12 luni de la începerea dietei fără gluten.
- Refacerea stării de sănătate se manifestă nu numai prin dispariția problemelor stresante, precum pierderea în greutate sau distensia abdominală, dar și printr-o restabilire generală a stării psihice și fizice, în special o îmbunătățire a abilității de concentrare și a tonusului muscular, atât de primordiale pentru copii.
- Persoanele ce nu respectă dieta fără gluten au un risc crescut de mortalitate, comparativ cu populația generală de cca de 6 ori.
- Mortalitatea crește din contul afecțiunilor maligne ale intestinului care apar în termen de cca 3 ani de la diagnosticare, în cazul neglijării dietei agliadinice.

D. RESURSE UMANE ȘI MATERIALE NECESARE PENTRU IMPLEMENTAREA PREVEDERILOR PROTOCOLULUI

D.1. Instituțiile de asistență medicală primară	Personal:
	<ul style="list-style-type: none"> • medic de familie certificat; • asistenta medicală; • laborant
	Dispozitive medicale:
	<ul style="list-style-type: none"> • cântar pentru sugari; • cântar pentru copii mari; • taliometru; • panglica-centimetru; • tonometru;

	<ul style="list-style-type: none"> • fonendoscop; • laborator clinic standard pentru determinarea: hemoleucogramei, sumarul urinei, coprograma. <p>Medicamente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tratamentul poluării bacteriene (Nifuroxazid); • Tratamentul creșterii exuberante a microflorei condiționat patogene (Ferzym, Lacidofil); • Tratamentul proceselor de digestie (Pancreatină); • Tratamentul flatulenței (Aeris[®], Espumizan); • Suplinirea deficiențelor vitaminice (vitamina A, D, E, K) și minerale (Calciu); • Glucocorticosteroizi (Prednisolon); • Reechilibrare biologică (Albumină, Infesol).
<p>D.2. Instituțiile/secțiile de asistență medicală specializată de ambulator</p>	<p>Personal:</p> <ul style="list-style-type: none"> • medic pediatru; • medic gastroenterolog; • medic de laborator; • medic imagist; • asistente medicale. <p>Dispozitive medicale:</p> <ul style="list-style-type: none"> • cântar pentru sugari; • cântar pentru copii mari; • panglica-centimetru; • fonendoscop; • ultrasonograf; • laborator clinic standard pentru determinarea: hemoleucogramei, sumarul urinei, coprograma, teste biochimice (proteina totală, ASAT, ALAT, bilirubina și fracțiile ei). <p>Medicamente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tratamentul poluării bacteriene (Nifuroxazid); • Tratamentul creșterii exuberante a microflorei condiționat patogene (Ferzym, Lacidofil); • Tratamentul proceselor de digestie (Pancreatină); • Tratamentul flatulenței (Aeris[®], Espumizan); • Suplinirea deficiențelor vitaminice (vitamina A, D, E, K) și minerale (Calciu); • Glucocorticosteroizi (Prednisolon); • Reechilibrare biologică (Albumină, Infesol).
<p>D.3. Instituțiile de asistență medicală spitalicească: secția pediatrie/gastroenterologie</p>	<p>Personal:</p> <ul style="list-style-type: none"> • medic gastroenterolog pediatru certificat; • medic pediatru certificat; • medic de laborator; • medic imagist; • asistente medicale; • acces la consultațiile calificate: nutriționist, genetic, psiholog, endocrinolog, reumatolog, alergolog, neurolog. <p>Dispozitive medicale:</p> <ul style="list-style-type: none"> • cântar pentru sugari; • cântar pentru copii mari; • panglica-centimetru; • fonendoscop; • laborator clinic standard pentru determinarea: hemoleucogramei, teste biochimice (proteina totală, ASAT, ALAT, bilirubina și fracțiile ei), fierul seric, Ca, P, K, Na, CIC; • teste serologice; • fibrogastroscoop;

	<ul style="list-style-type: none"> • cabinet radiologic; • laborator imunologic; • serviciul morfologic cu citologie.
	<p>Medicamente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tratamentul poluării bacteriene (Nifuroxazid); • Tratamentul creșterii exuberante a microflorei condiționat patogene (Ferzym, Lacidofil); • Tratamentul proceselor de digestie (Pancreatină); • Tratamentul flatulenței (Aeris[®], Espumizan); • Suplinirea deficiențelor vitaminice (vitamina A, D, E, K) și minerale (Calciu); • Glucocorticosteroizi (Prednisolon); • Reechilibrare biologică (Albumină, Infesol).

E. INDICATORII DE MONITORIZARE A IMPLIMENTĂRII PROTOCOLULUI

No	Scopul	Scopul	Metoda de calculare a indicatorului	
			Numărătorul	Numitorul
1.	Depistarea precoce a pacienților cu boală celiacă	1.1. Ponderea pacienților cu diagnosticul stabilit de boală celiacă în prima lună de la apariția semnelor clinice	Numărul pacienților cu diagnosticul stabilit de boală celiacă în prima lună de la apariția semnelor clinice, pe parcursul unui an x 100	Numărul total de pacienți cu diagnosticul de boală celiacă, care se află sub supravegherea medicului de familie și gastrolog-pediatru, pe parcursul ultimului an.
2.	Ameliorarea screening-ului bolii celiace, la pacienții din grupul de risc	2.1. Proporția pacienților din grupul de risc a bolii celiace, care au beneficiat de testare serologică, anual	Numărul pacienților, din grupul de risc a bolii celiace, pe parcursul care au beneficiat de testare serologică în ultimul an x 100	Numărul total de copii cu diagnosticul de boală celiacă, care se află la supravegherea medicului de familie pe parcursul ultimului an
3.	Ameliorarea examinării pacienților cu boală celiacă, prin teste serologice, examen endoscopic și histologic	3.1. Ponderea pacienților cu diagnosticul de boală celiacă, cărora li sa efectuat examenul clinic și paraclinic obligatoriu conform recomandărilor protocolului clinic național „Boala celiacă la copil”	Numărul pacienților cu diagnosticul de boală celiacă, cărora li sa efectuat examenul clinic, paraclinic și tratamentul obligatoriu conform recomandărilor protocolului clinic național „Boala celiacă la copil”, pe parcursul ultimului an x 100	Numărul total de pacienți cu boala celiacă, care se află sub supravegherea medicului de familie și specialistului pe parcursul ultimului an.
4.	Ameliorarea informatizării și educării familiilor, referitor la regimul agliadinic	4.1. Ponderea pacienților cu diagnosticul de boală celiacă, care respectă dieta fără gluten, conform recomandărilor protocolului clinic național „Boala celiacă la copil”	Numărul pacienților cu diagnosticul de boală celiacă, care au respectat dieta fără gluten, conform recomandărilor protocolului clinic național „Boala celiacă la copil”, pe parcursul ultimului an x 100	Numărul total de pacienți cu boală celiacă, care se află sub supravegherea medicului de familie și gastroenterolog pediatru pe parcursul ultimului an.
5.	Minimalizare a numărului de pacienți cu boală celiacă, forma refractară	5.1. Proporția pacienților cu diagnosticul de boală celiacă, cu răspuns complet la dieta fără gluten, conform recomandărilor protocolului clinic național „Boala celiacă la copil”	Proporția pacienților cu diagnosticul de boală celiacă, cu răspuns complet la dieta fără gluten, conform recomandărilor protocolului clinic național „Boala celiacă la copil” pe parcursul unui an x 100	Numărul total de pacienți cu diagnosticul de boală celiacă, care se află la supravegherea medicului de familie pe parcursul ultimului an
6.	Creșterea	6. Proporția pacienților cu	Numărul pacienților cu	Numărul total de pacienți cu

	numărului de pacienți cu boală celiacă, supravegheați conform recomandărilor or protocolului clinic național	diagnosticul de boală celiacă, care au fost supravegheați conform recomandărilor protocolului clinic național „Boala celiacă la copil”, de către medicul de familie, pediatru și gastroenterolog pediatru.	diagnosticul de boală celiacă, care au fost supravegheați conform recomandărilor protocolului clinic național „Boala celiacă la copil”, de către medicul de familie, pediatru și gastroenterolog pediatru. pe parcursul ultimului an x 100	diagnosticul de boală celiacă, care se află la supravegherea medicului de familie, pediatru și gastroenterolog pediatru pe parcursul ultimului an
7	Ameliorarea reintegrării eficiente, a copiilor cu boală celiacă, în societate	7.1. Proportia pacienților cu diagnosticul de boală celiacă, care au fost reintegrați eficient în societate	Numărul pacienților cu diagnosticul de boală celiacă, care au fost reintegrați în societate, pe parcursul ultimului an x 100	Numărul total de copii cu diagnosticul de boală celiacă, care se află la supravegherea medicului de familie pe parcursul ultimului an

Bibliografie

1. Ion Mihu, Olga Tighineanu. **Maladiile digestive la copii. Chișinău, 2013, pag. 500.**
2. A van Heel. Recent advances in coeliac disease. Gut 2006;55:1037-1046 doi:10.1136/gut.2005.075119. <http://gut.bmj.com/content/55/7/1037.full>
3. A. Fasano. Clinical presentation of celiac disease in the pediatric population. Gastroenterology. Volume 128, Issue 4, Supplement 1, Pages S68-S73, April 2005.
4. **ACG Clinical Guidelines: Diagnosis and Management of Celiac Disease 16 April 2013**
5. Baugerie L (Hôpital Rothchild, Paris). Faut-il dépister la maladie coeliaque ? Réunion annuelle de pathologie digestive de l'hôpital Cochin (Paris) 08 février 2002
6. Chand N, Mihas AA. Celiac disease : Current Concepts in Diagnosis and treatment. J Clin Gastroenterol. 2006 ; 40 (1) : 3-14.
7. Daniela Brunner, Johannes Spalinger. La coeliakie chez l'enfant. Paediatrica, Vol. 16 No. 3 2005.
8. Diagnosis of Gluten-Sensitive Enteropathy (Celiac Disease). A Summary of the NASPGHAN, AGA and WGO Guidelines. Revised February 2008.
9. Fasano A, Berti I, Gerarduzzi T, et al. Prevalence of celiac disease in at-risk and not-at-risk groups in the United States: a large multicenter study. Arch Intern Med 2003;163:286-92.
10. Geneviève Jadoul. La maladie coeliaque, à la frontière entre diagnostic et dépistage. La Revue de la Médecine Générale n° 235 septembre 2006.
11. Green PH, Cellier C. Celiac disease. N Engl J Med 2007 ; 357 (17) : 1731-43.
12. Green PH. The many faces of celiac disease: clinical presentation of celiac disease in the adult population. Gastroenterology 2005 ; 128 (Suppl. 1) : S74-8.
13. Harrison MS, Wehbi M, Obideen K. Celiac disease: more common than you think. Cleve Clin J Med. 2007 Mar;74(3):216.
14. HAS. Bon usage des technologies de sante. Quelles recherches d'anticorps prescrire dans la maladie coeliaque? juin 2008.
15. Hill ID, Dirks MH, Liptak GS, Colletti RB, Fasano A, Guandalini S, Hoffenberg EJ, Horvath K, Murray JA, Pivor M, Seidman EG. Guideline for the diagnosis and treatment of celiac disease in children: recommendations of the North American Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition. J Pediatr Gastroenterol Nutr 2005 Jan;40(1):1-19.
16. I. Poucet. La maladie coeliaque au-dela du regime sans gluten. Le Médecin du Québec, volume 43, numéro 10, octobre 2008.
17. Isabel Polanco. Celiac Disease. Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition. 47:S3-S6 # 2008 by European Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology, and Nutrition and North American Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology, and Nutrition.
18. Joint BSPGHAN and Coeliac UK guidelines for the diagnosis and management of coeliac disease in children October 2, 2013.
19. Lepers S, Couignoux S, Colombel JF, Dubucquoi S. La maladie coeliaque de l'adulte : aspects nouveaux. Rev Med Interne 2004 ; 25(1) : 22-34.
20. Lohi S et al. Increasing prevalence of coeliac disease over time. Aliment Pharmacol ther 2007; 26:1217-1225.
21. Mazzarella G, Maglio M, Paparo F, et al. An immunodominant DQ8 restricted gliadin peptide activates small intestinal immune response in in vitro cultured mucosa from HLA-DQ8 positive but not HLA-DQ8 negative coeliac patients. Gut. 2003;52:57-62.

22. World Gastroenterology Organisation, 2012

Anexa 1.

Ghidul pacientului cu boala celiacă

Boala Celiaca este definită ca enteropatie cronică autoimună glutensensibilă cu leziuni la nivelul mucoasei intestinului subțire.

Ce înseamnă GLUTEN ? Prin gluten se subînțeleg prolaminele prezente în grâu (*gliadina*), în orz (*ordelina*), secară (*secalina*) și ovăz (*ovenina*). Cu alte cuvinte boala celiacă este „**boala făinei**”. Cauza de ce în ultimul timp s-a mărit numărul îmbolnăvirilor prin boala celiacă, a fost apariția soiurilor hibride de grâu ce conțin până la 50 % gluten. Astfel de soiuri „îmbogățite” permit producerea pâinii gustoase, dar la care nu toți au reușit să se adapteze, în special copiii.

Cînd și la cine apare boala celiacă ?

Predispunere genetică. Aceasta nu înseamnă că în fiecare familie unde este un copil cu boală celiacă neapărat toți copiii vor face această boală. Totuși probabilitatea unei astfel de situații este mai mare comparativ celorlalte familii. Atunci cînd un membru al familiei este afectat, riscul de survenire a bolii este de 10 %. La gemenii concordanța este de 70 %.

Diversificarea incorectă

- *în termen* - intestinul sugarului se „maturizează” pentru digerarea și absorbția altor alimente decât cele din laptele matern după vârsta de 4-6 luni;
- *modalitate* - diversificare alimentară inițiată cu produse glutenice (biscuiți, terci de griș) greu digerabile.

Celiachia pare a fi mai frecventă la persoanele ce suferă de o boală autoimună: lupus eritematos, diabet de tip 1, artrita reumatoidă, tiroidita Hashimoto. La fel, incidența bolii pare a fi mai mare la persoanele afectate de sindromul Down sau alte sindroame genetice.

Care sunt manifestările clinice ale bolii celiace?

- Debutul semnelor clinice durează de la 2 până la 4-8 săptămâni după introducerea produselor gluten-componente și ca regulă se realizează în a doua jumătate a primului an de viață.
- La introducerea mai timpurie a componentelor gluten similare boala celiacă debutează și în primele 6 luni, dar poate întârzia până la 2-3 ani, după acțiunea factorilor (infecții intercurrente, stări stresante, încadrarea copilului în colective noi, schimbarea bruscă a regimului alimentar) ce facilitează realizarea predispușilor genetice.
- Manifestările clinice variază în funcție de vârsta copiilor și evident de stagiul bolii.

Boala celiacă la copiii de până la 2 ani (forma clasică)

- diaree cu polifecalie,
- abdomen mărit „*aspect de păianjen*” burta mare și extremități subțiri;
- încetinirea sau falimentul creșterii.

Diareea din boală celiacă: scaune repetate de la 1 la 10 ori în zi, dar de cele mai dese ori este moderată de 3-4 ori/zi; de consistență păstoasă, lipicioasă (aderă de vas); culoare galben deschis sau închis, acolice și lucioase datorită incluziunilor lipidi-ce (steatoree), neprelucrate, cu miros fetid.

Boala celiacă la copiii mai mari de 2 ani (forma atipică)

- simptomatologia digestivă ca regulă se amplasează pe al doilea plan;
- caracteristic manifestările extraintestinale: statura mică, osteoporoza, anemia, **iar:**
- diareea (uneori constipația), disconfortul abdominal, schimbarea poftei de mîncare pot fi găsite la un interogatoriu orientat și necesită o examinare minuțioasă.

Cînd ne adresăm la consultul de specialitate ?

Semne clinice esențiale

1. Scaun acolic, fetid, polifecalie, mai frecvent de 2 ori în zi;
2. Abdomen mărit în volum;
3. Încetinirea sau falimentul creșterii (greutatea, înălțimea);

Semne clinice suplimentare

1. Stomatită recidivantă;
2. Edeme hipoproteice (edeme paraorbitale, ale gleznelor, care sunt palide, calde, moi);
3. Prolaps rectal (prolabarea orificiului anal);
4. Constipații rebele;

4. Schimbarea poftei de mâncare (scăderea sau lipsa poftei de mâncare, iar uneori poftă de lup);
5. Dureri abdominale;
6. Vărsături unice, rareori zilnice;
7. Dureri în oase, carie dentară, fracturi osoase;
8. Nervozitate, agresivitate;
9. Somn neliniștit, insomnie, vorbire prin somn;
10. Dermatită atopică;
11. Dermatită hipertrofică.
5. Prurit al pielii, hiperkeratoză foliculară;
6. Infecții respiratorii virale acute (> 3 ori/an);
7. Slăbiciuni musculare;
8. Convulsii musculare repetate;
9. Parestezii repetate;
10. Epistaxis, metroragii juvenile, alte hemoragii;
11. Dereglări ale ciclului menstrual;
12. Micșorarea acuității vizuale în perioada de amurg a zilei;
13. Prezența la rude a diabetului zaharat de tip I, boli endocrine, maladii ale țesutului conjunctiv, tumori intestinale sau a altor organe.

NOTĂ: Manifestările clinice sunt sugestive dacă sunt prezente 3 semne clinice esențiale sau 2 semne clinice esențiale asociate cu mai mult de 2 semne clinice suplimentare.

!!! Este important de reținut că boala celiacă poate evolua sub forme ascunse, numite silențioasă tradus din limba franceză înseamnă „liniștit” și forma latentă, adică copilul nu prezintă manifestări clinice evidente, dar la testele serologice și/sau examenul endoscopic și histologic sunt leziuni caracteristice patologiei.

Cum poate fi diagnosticată boala celiacă ?

Pentru diagnosticul bolii celiace sunt importante:

1. manifestările clinice;
2. teste serologice;
3. examenul endoscopic și histologic.

Examinarea serologică permite aprecierea anticorpilor anti gliadinici (AGA), antiendomiziali (AEMA) și anticorpilor contra transglutaminazei tisulare (anti-tTG), considerați cei mai informativi.

La examenul endoscopic (jejunoscopie) se pot vizualiza micșorarea în înălțime a vilozităților intestinale (subatrofie), uneori până la dispariția completă (atrofie).

Cum poate fi tratată boala celiacă ?

În boala celiacă regimul fără gluten este unicul tratament eficient, care nu comportă nici un efect advers.

În principiu acest enunț teoretic al excluderii proteinelor toxice din alimentație pare simplu, în practică, însă, prezintă un deziderat greu de atins.

Regimul alimentar al unui celiac este obligat să respecte principiul de cruțare mecanică și chimică. Astfel, toate bucatele destinate bolnavilor celiaci sunt pregătite prin fierbere sau la baia de aburi. În perioada acută este de preferat pireul, iar temperatura produselor administrate să se interpună între 15 – 57-62°C.

În *anexa 4* sunt expuse recomandările elaborate de societățile de cercetare în domeniul bolii celiace în ce privește alimentele care urmează a fi excluse și cele care sunt permise.

Regimul agluten impune multe restricții și supunere, pe cei mai insistenți răsplătindu-i în majoritatea cazurilor cu ameliorare clinică și prognostic favorabil. Ținând cont de responsabilitatea, precum și de povara regimului agluten se prezintă unele recomandări utile pentru părinți (*anexa 4, 5*).

Tratamentul medicamentos

Deficiențele instalate în urma malabsorbției intestinale sunt tratate: *tratamentul creșterii exuberante a microflorei condiționat patogene* (Ferzym® plus, Lacidofil®), *tratamentul poluării bacteriene* (Stopdiar®), *tratamentul proceselor de digestie* (Pangrol®, Mezim forte®), *tratamentul flatulenței* (Aeris®, Espumizan®), *deficiențelor minerale* (D-Calcin).

Cu toate succesele regimului alimentar, există o formă (*refractară*) a bolii celiace ce nu răspunde la dieta fără gluten și atunci recurgem la medicamente, ca: **Prednisolon**, care poate fi indicat doar de medic, și nici într-un caz de sinestătător.

Ce măsuri uneori pot preveni sau amâna manifestarea bolii celiace ?

ALIMENTAȚIA NATURALĂ

- durata alimentatiei naturale, minim 6 luni;
- alimentatia naturala reduce riscul bolii celiace;
- alimentatia naturala prelungita determina:
 - simptome atipice,
 - debut tardiv.

INTRODUCEREA GLUTENULUI

- introducerea tardivă a produselor cu gluten, peste vârsta de 8-12 luni;
- *factori de risc sunt:*
 - vârsta la care se introduce glutenul,
 - cantitatea.

Sunt recomandate formulele **Friso Soy, Friso pep AC și Friso HA:**

Friso soy (0-12 luni) în deficitul de lactază		Friso pep AC (0-12 luni)	
<p>100% aport proteic, conform recomandărilor OMS – îmbogățit cu aminoacizi esențiali, facilitează și intensifică procesele de reparație din mucoasa intestinală.</p>		<p>Hidrolizat proteic total, fără lactoză – favorizează sinteza IgA secretorie, ameliorând procesele de regenerare a mucoasei intestinale.</p>	
Friso pep cu nucleotide (0-12 luni)		Friso HA 1 (0-6 luni) și 2 (6-12 luni)	
<p>Hidrolizat proteic înalt, cu lactoză 50% – asigură adaptarea treptată la alimentația obișnuită.</p>		<p>Hidrolizat proteic parțial, cu lactoză – asigură trecerea la alimentația obișnuită.</p>	
<p>Acizii grași: DHA – Omega-3 și ARA – Omega-6 – sursă energetică importantă, ce favorizează absorbția grăsimilor și dezvoltarea creierului la sugari.</p>			
<p>Prebiotice (galactooligozaharide) – stimulează creșterea microflorei intestinale benefice, favorizând scaunul regulat.</p>			
<p>Nucleotide – factori importanți de protecție și dezvoltare ai sistemului imunitar.</p>			
<p>Vitamine, minerale și microelemente – asigură creșterea sănătoasă, oferă energia necesară vârstei și toți nutrienții importanți.</p>			

Succese!!