

Mittetsöliaakiline gluteenitalumatus ja selle erinevus tsöliaakiast

Juhendaja Annely Soots

Hede Paas

SISUKORD

1.Sissejuhatus.....	3
2.Tsöliaakia ja selle diagnoosimise kriteeriumid.....	3
3.Mittetsöliaakilise gluteenitalumatuse erinevus tsöliaakiast.....	4
4. Mittetsöliaakilise gluteenitalumatuse olemus ja olukord tänapäeval...	8
5. Mittetsöliaakilise gluteenitalumatuse sümptomid.....	9
6. Gluteenitundlikkuse seos psühhiliste probleemidega.....	10
7.Kokkuvõte.....	11
8.Kasutatud allikad.....	13

1.SISSEJUHATUS

Tänapäeval tuleb toitumisharjumistele järjest rohkem inimesi, kes tajuvad ja kurdavad terviseprobleeme seoses gluteeni tarbimisega ilma et neil esineks tsöliaakiat või nisuallergiat. Enamus kaebab mao-sooletrakti vaevusi. Paljudel on ka soolevälised sümptomid nagu erinevad meeleolu kõikumised, liigesevalud, ``udus olekud``, energia puudus jms. Kõik need nähud võivad vahel paraneda gluteenivaba dieediga. Seega on teatud hulk inimesi, kellel ei ole ei tsöliaakiat ega nisuallergiat, aga kes saavad abi gluteenivabast dieedist. Kuna see valdkond on suhteliselt uus, on selle kohta veel vähe teadustööd. Kuid siiski piisavalt selleks, et väita, et selline gluteenitalumatuse vorm on olemas.

Käesolevas töös on käsitletud mittetsöliaakilist gluteenitalumatust, tuues välja selle seisundi erinevuse tsöliaakiast. Mistõttu on töös kirjeldatud ka seda kõigile tuntud haigust. Mittetsöliaakiline gluteenitalumatus on praegusel hetkel veel väga uus mõiste, mis ei ole veel jõudnud meditsiiniringkondadesse. Annan ülevaate mittetsöliaakilise gluteenitalumatuse olemusest ja olukorrast tänapäeval. Töö eesmärk on teoreetiline ja selgitav materjal toitumisharjumistajale või isikule, kes on huvitatud rohkem teada saama mittetsöliaakilisest gluteenitalumatusest.

2.TSÖLIAAKIA JA SELLE DIAGNOOSIMISE KRITEERIUMID

Tsöliaakia on järjest rohkem leviv probleem kogu maailmas, eriti Põhja-Ameerikas ja Euroopas. Tsöliaakia ehk gluteensensitiivne enteropaatia (ehk teraviljatalumatus) on autoimmuunne geneetiline eelsoodumusega peensoole limaskestast haigus, mille vallandavad nisust, rukkist, odrast ja kaerast valmistatud toidud ja tooted. Teraviljades sisalduvate valkude (gluteen) toimel tekkiv autoimmuunne reaktsioon tekitab peensoole limaskestas kroonilise põletiku, mille tagajärjeks on soolehõõrde kahjustus ja sageli ka nende kadumine (atroofia). Kahjustunud limaskestast tõttu tekivad peensooles oluliste toitainete (valgud, lipiidid, süsivesikud), vitamiinide, mineraalainete imendumishäired ja nende vaegus organismis.¹

Tsöliaakia võib kliiniliselt avalduda igas vanuses, kuid sagedamini tekib vanuses 6-st elukuust kuni 2 aastani (58-77% juhtudest) ja 20–40 eluaasta vahel. Diagnoosimata kauakestnud

haigus väikelastel põhjustab raskeid seedehäireid, kasvu- ja arengupeetust. Skriiningtestide positiivsuse korral tuleb pöörduda raviarsti poole edasisteks uuringuteks.¹

Tsöliaakiat diagnoositakse vastavate antikehade määramisega verest ja peensoole biopsia abil. Tsöliaakia kahtluse korral peaks peensoole biopsia uuringu läbi viima ka siis, kui verest antikehi ei leita. Mõlema uuringu läbiviimiseks peab patsient sööma gluteenirikast toitu. Koe transglutaminaasi vastaste IgA antikehade ja immuunoglobuliin A määramine on esmane skriininguuring tsöliaakia diagnoosimiseks üle 2 aastastel inimestel. Alla 2 aastastel väikelastel on oluline haiguse avastamiseks määrata lisaks ka deamideeritud gliadiinivastaseid IgA ja IgG antikehi.²

Tsöliaakia geneetilise testi abil saab hinnata pärilikku eelsoodumust tsöliaakia tekkeks. Testiga määratakse pärilike riskifaktorite – HLA-DQ2/DQ8 haplotüüpide olemasolu, mis esinevad enam kui 95% tsöliaakia patsientidest.³ (Kaukinen 2002)

Range gluteenivaba dieet ongi tsöliaakia peamine ravi, mida tsöliaakiahaige peab järgima väga rangelt läbi kogu oma elu. Oluline on rõhutada, et teraviljadest põhjustatud allergia (näiteks nisuallergia) ja tsöliaakia on kaks täiesti erinevate tekkemehhanismide ja vaevustega haigust, samuti on erinevad ka gluteenitalumatus ja tsöliaakia, kuigi neil on sarnaseid jooni.⁴

Tsöliaakiahaigus on krooniline immuunvahendatud enteropaatia, tingituna toidus leiduvast gluteenist ja selle prolamiinidest geneetilise eelsoodumusega isikutel, mida iseloomustavad spetsiifilised autoantikehad kudede transglutaminaasi (anti-TG2) ja endomüüsiumi (EMA) vastu. Nisuallergia on aga immuunrekatsioon nisuvalgu vastu ja selle patogeneesis mängivad nispetsiifilised IgE antikehad kesket rolli, aga on olemas ka mitte IgE vahendatud nisuallergia, mida on raske eristada gluteenitundlikkusest.⁵ (Catassi, Bai, Bonaz 2013)

3. MITTETSÖLIAAKILISE GLUTEENITALUMATUSE ERINEVUS TSÖLIAAKIAST

Mittetsöliaakilist gluteenitalumatust kirjeldati esmakordselt 1980-ndatel, aga alles viimasel ajal on seda uuesti intensiivsemalt uurima hakatud. Mittetsöliaakilist gluteenitalumatust iseloomustavad sümptomid, mis algavad tundide või mõningate päevade jooksul pärast gluteeni tarbimist ning kaovad selle toidust väljajätmisel. Iseloomulikud on nii soole- kui

soolevälised sümptomid, mis tekivad gluteeni sisaldavat toitu tarbides ning ei ole seotud ei tsöliaakia ega nisuallergiaga. Enamusel patsientidel on olnud imikueas toiduallergia koos atoopiaga (organismi omapära – eelsoodumus allergia kujunemiseks).⁶

Kuigi oletused on veel empiirilist laadi ning selle demonstreerimiseks ei ole seni veel katsemeetodit välja arendatud, võib mittetsöliaakilise gluteenitalumatusega seletada tervet hulka kaebusi, nagu kõhuvalu, migreen, vaimne segasus, kurnatus, kõhulahtisus, torkiv tunne ja aeg-ajalt ka jäsemete tundetus.¹

Sümptomiteks võib olla kombinatsioon ärritatud soole vaevustest nagu kõhuvalu, gaasid, kõhu läbikäimise ebanormaalsused. Lastel esineb gastrointestinaalsete sümptoomidega kõhuvalu ja krooniline kõhulahtisus. Soolevälised sümptoomid on harvemad. Enamasti esineb väsimus.⁵ (Catassi, Bai, Bonaz 2013)

Hiljutine populatsioonil baseeruv uuring Põhja Euroopas leidis, et ärritatud soole sündroomi esines täiskasvanutel 16%–25%. Mittetsöliaakilise gluteenitalumatuse (dokumenteeritud kaksikpime platseebokontrollitud väljakutse) esinemissageduseks oli 28% ning 30% (Carroccio *et al.*) Ärritatud soole sündroomi taoliste sümptoomidega isikutest kannatasid nisutundlikkuse või mitmete toitade ülitundlikkuste all. Ärritatud soole sündroomiga patsiente on üldises populatsioonis rohkem kui tsöliaakiahaigust (1%).

Kuigi riskifaktorid pole selged, on seda rohkem naistel ja noortel/keskeas täiskasvanutel. Esinemissagedust lastel veel ei teata. Ärritatud soole sündroomi korral on iseloomulikud soolestiku, eriti jämesoole töö häired ilma kindlakstehtava konkreetse haiguseta. Jämesoole motoorika muutused põhjustavad kõhuvalu, mis muutub tugevamaks pärast sööki ning tavaliselt kaob pärast soole tühjendamist, kõhupuhitust, täiskõhutunnet, kõhulahtisust vaheldumisi kõhukinnisusega. Paljud inimesed ei pöördu selle probleemiga arsti poole. Haigus võib mööduda iseenesest, kuid mitte alati.⁷

Kuna hetkel puuduvad tundlikud või spetsiifilised markerid, põhineb mittetsöliaakilise gluteenitalumatuse diagnoos kliinilistele kriteeriumitele, võimaluse korral viiakse läbi teistkordne gluteenitaluvuse test topeltpimemeetodiga, et välistada toitumisest tulenevat platseeboefekti. Mittetsöliaakilise gluteenitalumatuse leviku kohta puuduvad täpsed andmed, kuid esialgsed andmed ameeriklaste kohta (6% elanikkonnast) näitavad, et see häire on rahva seas üldiselt isegi levinum kui tsöliaakia.⁵

Napolis ja Baltimore'is teadlaste poolt läbiviidud uuringud aastal 2011, mida juhtisid vastavalt linnale dr Anna Sapone või professor Alessio Fasano, heidavad valgust nendele

patogeenilistele mehhanismidele, mis vastutavad gluteenitalumatuse tekkimise eest. Leiti, et see häire on vastastikusel seoses gluteeni tarbimisega kaasneva loomuliku immuunreaktsiooniga, sellele viitab ka Tolli-sarnaste retseptorite (TLR) suurem avaldumine. Vastupidiselt tsöliaakiale ei ilmne, et soolestiku läbilaskvuse muudatused või omandatud immuunmehhanismi kaudu sekkumine mängiks mingit erilist rolli. Geneetilise eelsoodumuse markerid HLA-DQ2 ja DQ8, mis esinevad kõikidel tsöliaakiahaigetel, on positiivsed vaid ligikaudu 50% gluteenitalumatusega patsientidest.⁸

Teadlaste kasvav huvi gluteenitalumatuse vastu on tekitanud vajaduse vaadata üle diagnostilised kriteeriumid gluteeniga seotud häirete puhul, seejuures tuleb eelkõige vältida arusaamatusi, mis tulenevad terminoloogiast ja eesmärgist osutada kätte sobivaim diagnostiline viis. Londonis 11. ja 12. veebruaril 2011 Dr Schäri Instituudi korraldatud kohtumisel osalesid paljud selle ala tunnustatud rahvusvahelised asjatundjad. Kohtumise lõpus osalejate poolt allkirjastatud dokument sisaldab alljärgnevaid põhisõnu:

(a) tsöliaakia on oma varjatud, potentsiaalses ja sümptomaatilises vormis geneetilise lähtekohaga gluteenitalumatus, mis on seotud HLA süsteemi DQ2 ja DQ8 haplotüüpidega, sageli kaasnevad sellega autoimmuunreaktsioonidest põhjustatud soolestiku limaskestade kahjustused ja spetsiifiliste seroloogiliste markerite avaldumine, eriti A-tüüpi transglutaminaasi antikehade, endomüüsiumi antikehade ja G-tüüpi deamideeritud gliadiini antikehade avaldumine. Tsöliaakiahaigeid on lääneriikides üldrahvastikust ligikaudu 1%;

(b) tsöliaakia ilmingute alla kuuluvad herpetiformne dermatiit (tsöliaakia nahavorm) ja gluteeniataksia ehk neuroloogiline patoloogia, mille puhul tsöliaakiale tüüpilised seroloogilised ja histoloogilised muutused tihti puuduvad, kuid mille puhul esinevad tihti tsöliaakia indikaatorid, näiteks transglutaminaasi IgA-tüüpi antikehade ladestumine soolestiku limaskestale ja positiivne seerumi 6. tüüpi transglutaminaasi antikehade test;

(c) nisuallergia on gliadiini, eriti selle ω -fraktsiooni poolest valdavalt IgE kaudu määratav seisund, mis väljendub eelkõige koheste hingamisteedega seotud sümptomite kaudu (pagari astma) või on anafülaktiline (füüsilisest pingutusest esile kutsutud). Diagnoos põhineb enamasti torketestidel ja spetsiifilisel RAST-testil (kindla allergeeniga);

(d) viimaks, gluteenitalumatus nii nagu sellele on eespool viidatud. Londonis kohtunud eksperdid usuvad, et kõige ajakohasem mittetsöliaakilise gluteenitalumatuse definitsioon on

järgnev: „**gluteenitalumatuse juhud, mille puhul on võimalik välistada tsöliaakia (sest seroloogiliste markerite test on negatiivne) ja nisuallergia (spetsiifilised IgE antikehad negatiivsed), ning mille puhul näitab soolestiku biopsia, et soolestiku limaskest on suures osas tavapärane, eriti kui gluteeni tarbimise / sümptomite avaldumise suhe on tõestatud topeltpimemeetodiga.**” HLA määratlemisest ei ole diagnoosimisel siiski kuigi palju kasu (vaid 50% ulatuses DQ2/DQ8 positiivsus) ning esimese generatsiooni IgG gliadiini antikehade test on gluteeni suhtes tundlike patsientide puhul sageli positiivne.⁸

Gluteenitalumatuse tuvastamine oli Londonis kokkusaamisel osalenud ekspertide jaoks väga tähtis eelkõige seepärast, et see näitab kliinilises praktikas olulist arengut, mille tulemusel saab gluteenivaba dieediga edaspidi efektiivselt ravida paljusid patsiente, kelle diagnoosiks on siiani olnud ärritunud soole sündroom või psühhosomaatiline häire.⁸

Oluline on tsöliaakiahaigust ja mittetsöliaakilist gluteenitundlikust eristada, kuid see on sageli teadlastele väljakutseks. Ühes uuringus⁹ (Kabbani, Vanga, Leffler 2014) osales 238 patsienti, kes reageerisid gluteeni väljajätmisele positiivselt, aga olid ilma tsöliaakia diagnoosita. Uuriti demograafiat, sümptoome, seroloogiat, geneetikat, varasemaid andmeid, toitainete puudust, isiklikku autoimmuunsuse ajalugu ja pere tsöliaakiahaiguse ajalugu. Mittetsöliaakiline gluteenitalumatus defineeriti kui sümptomaatiline vastus gluteenivabale dieedile negatiivse tsöliaakiahaiguse seroloogia ja duodenaalbiopsia korral gluteeni sisaldaval dieedil, negatiivne oli ka HLA DQ2/DQ8 (haplotüüpide test). Arendati ka diagnostiline algoritm tsöliaakiahaiguse ja mittetsöliaakilise gluteenitalumatuse eristamiseks. Leiti, et mittetsöliaakilise gluteenitalumatuse puhul ei esine tsöliaakia seroloogilist leidu (IgA tTG või IgA/IgG DGP) ega malabsorptsiooni tunnuseid ega perekondlikku riski tsöliaakiahaiguseks ning isikud ei vaja tsöliaakia edasist testimist. Kui seroloogia on kahtlane, peaks minema HLA testimisele, et määrata biopsia vajadus.⁹ (Kabbani, Vanga, Leffler 2014)

Mittetsöliaakilise gluteenitalumatuse diagnoosimiseks ei ole hetkel veel veel olemas kindlaid spetsiifilisi veremarkereid, diagnoositakse peamiselt välistamise alusel: tsöliaakiahaigus ja nisuallergia peavad olema välistatud, sümptomid peavad paranema gluteenivaba dieediga ja diagnoosi kinnitab positiivne gluteeni provokatsioonitesti tulemus.⁵

Mittetsöliaakilise gluteenitalumatuse puhul ägestavad sümptomeid gluteeni tarbimine, kuid ei esine tsöliaakiale iseloomulikke näitajaid: tsöliaakiaspetsiifilisi antikehi ja klassikalist hattude atroofiat koos muutunud HLA (Human Leukocyte Antigen) seisundi ja anti-gliadiini

antikehade olemasoluga.

„Gluteeniga seotud häired“ on vihmavarjutermin kõikidele gluteeniga seotud probleemidele, mis hõlmavad tuntud seisundeid nagu tsöliaakiahaigus ja nisuallergia, kuid ka uuemat diagnoosi mittetsöliaakilise gluteenitundlikkus. Mehhanismid, mille kaudu gluteen sellel juhul haiguslikke sümptomeid põhjustab, tuleb veel identifitseerida.

4. MITTETSÖLIAAKILISE GLUTEENITUNDLIKUSE OLEMUS JA OLUKORD TÄNASEL PÄEVAL

Mitte-tsöliaakilise gluteenitalumatuse uuringute ja testidega ollakse praegusel ajahetkel sealmaal, kus oldi tsöliaakiaga 40 aastat tagasi. 1980-ndatel teati, et tsöliaakia on olemas, kuid vähe oli teada soolekahjustusele viivate mehhanismide, haiguse geneetilise komponendi ning selle kohta, missugune immunoloogiline mehhanism oli haiguse patogeneesi, tema mitmenäolise kliinilise pildi ja tüsistuste aluseks. Sel ajal puudusid otsustavad testid diagnoosi panekuks, mis oleksid olnud seotud hästikorraldatud epidemioloogiliste uuringutega. Oli ka vähe teadmisi selle kohta, kuidas haiguse ja selle tüsistustega toime tulla.

On juhtumeid, mil gluteeni tarbimisel tekivad reaktsioonid, mille puhul tüüpilisi tsöliaakia mehhanisme ei esine. Need on need juhtumid, mis on määratletud mittetsöliaakiliseks gluteenitalumatuseks. Seega võime tsöliaakiahaigete kõrval leida gluteenitalumatusega patsiente, kes kurdavad gluteeni sisaldavate toiduainete tarbimisel sümptomite üle, kuid kellel puuduvad koe transglutaminaasi (tTG) vastased antikehad või muud tavapärased tsöliaakiale omased autoimmuunsuse hulgihäirelised (komorbiidsed) parameetrid, kuid ligi 50% juhtumitest on nendel patsientidel AGA-antikehade (IgA ja/või IgG) test positiivne. Reeglina ei ole nendel patsientidel soolestiku biopsial täheldada peensoole histoloogilisi muutusi ning CD3 intraepiteliaalsete lümfotsüütide (IEL) arv jääb haiguseta kontrollgrupi ja tsöliaakiahaigete näitajate vahele.⁸

Mittetsöliaakilise gluteenitalumatusega patsientide kliinilised ilmingud on samuti isesugused, sest seedetrakt ei ole alati kahjustunud ning tihti esinevad valdavalt seedeelunditega mitteseotud sümptomid nagu peavalu, meeleolumuutused, perifeerne neuropaatia, lihaskrambid, krooniline väsimus ja kaalulangus.¹⁰

Tänapäeval veel vaieldakse selle üle, kas mittetsöliaakilist gluteenitalumatust põhjustabki

üldse teraviljavalk gluteen. Teraviljavalk sisaldab ka teisi valgufraktsioone peale gluteeni. Osad uuringuid teostavad teadlased arvavad, et õigem oleks „mitte-tsöliaakiline nisuvalgu tundlikkus“, kuid probleeme võib olla ka odra ja rukkiga. Mitte-tsöliaakiline gluteenitundlikkus on praegune definitsioon, mida võib-olla tulevikus korrigeeritakse.⁵ (Catassi, Bai, Bonaz 2013)

Viimased uuringud on tõstatanud võimaluse, et gluteeni kõrval võivad sümptomite tekkesse panustada amülaasi-trüpsiini inhibiitorid (ensüümide inhibiitorid) ja teraviljast pärit fermenteeruvad, halvasti imenduvad lühikese ahelaga süsivesikud (FCOMAP), mida seostatakse ärritatud soole sündroomiga. Seega on probleem nii nisu süsivesikute kui ka valkude mõjus kutsuda esile negatiivseid sümptomeid.⁵(Catassi, Bai, Bonaz 2013)

5. MITTETSÖLIAAKILISE GLUTEENITALUMATUSE SÜMPTOMID

``Klassikalised`` mittetsöliaakilise gluteenitalumatuse sümptomid on kombinatsioon ärritatud soole sümptomitest nagu kõhuvalu, gaasid, kõhu läbikäimise ebanormaalsused - kas kõhulahtisus või kinnisus. Samuti süsteemsed kaebused nagu „udus“ olek, peavalu, väsimus, lihaste ja liigeste valu, jalgade või käte tuimus, dermatiit (ekseem või lööve), depressioon ja aneemia. Lastel esineb gastrointestinaalsete sümptomitega kõhuvalu ja krooniline kõhulahtisus. Soolevälised sümptoomid on harvemad. Enamasti esineb väsimus.⁵ (Catassi, Bai, Bonaz 2013)

Kuidas ja kus gluteenitalumatuse kaebused ja sümptomid avalduvad:

- kõhuvalu (68 %)
- kõrvetustunne allpool rinnakut (15 %)
- iiveldus ja oksendamine (15%)
- sooltekorin (10%)
- kõhupuhitus (25%)
- kõhukinnisus (20%)
- kõhulahtisus (33%)
- ekseem/nahalööve (40%)
- peavalu (35%)
- vaimne segasus (34%)

- kurnatus (35 %)
- aneemia (20%)
- jäsemete tuimus või valu (20%)
- lipotüümia/presünkkoop (20%)
- keelepõletik (10%)⁸

Paljud märkavad, et olles nädala või paar söönud gluteenivaba toitu esineb neil harvemini seedeprobleeme või puhitusi, peavalusid või liigesevaevusi. Mõned suudavad paremini keskenduda või on vähem väsinud või omadega läbi. Hetkeseisuga on tõendatud, et vaevused taanduvad gluteenivaba toidu tarbimisel, kuigi uuringud ei viita tsöliaakia olemasolule. Soolehatud ei ole küll põletikus või hävinenud, aga immunsussüsteem tunneb end näiteks suure hulga kuklite söömise järel ikka ja jälle ebamugavalt.⁵(Catassi, Bai, Bonaz 2013)

6. GLUTEENITUNDLIKKUSE SEOS PSÜHHILISTE PROBLEEMIDEGA

Viimasel aastakümnel on avaldatud mitmeid uurimustöid ka mittetsöliaakilise gluteenitalumatuse ja neuropsühhiaatriliste häirete seostest.

Uuringud viitavad mittetsöliaakilise gluteenitalumatuse ja näiteks autismi¹¹ (Whitely, Haracopos, Knivsberg 2010) ja skisofreenia¹² (Potkin, Weinberger, Kleinman 1981) seostele. Mõned uuringud on päevavalgele toonud kõrgeenenud AGA tiitri (AGA-antikehade - IgA ja/või IgG) test) skisofreeniahaigetel ning edusamme levinud arenguhäirete (eriti autismi) all kannatavate laste käitumises siis, kui neile on määratud gluteenivaba dieet. Kuid hetkel ei ole veel laboratoorseid või histoloogilisi katseid, mis võiksid seda tüüpi reaktiivsust kinnitada, ja seetõttu jõutakse diagnoosini välistamise teel. Diagnoosile järgneb gluteenivaba dieedi määramine ning provokatsioonitest (gluteenisisaldavate toiduainete dieeti tagasitoomine järelvalve all), et hinnata, kas sümptomite puhul on toimunud edusamme gluteenitarbimise vähendamise või eemaldamisega ning kas häirivad asjaolud tekivad selle proteiini taastarbimisega uuesti.

Sümptome ägestab gluteeni tarbimine, kuid nendel haigetel ei esine tsöliaakiale iseloomulikke näitajaid. Kliinilisi uuringuid piirab biomarkerite puudus, mille tõttu on neid seisundeid raske teistest gluteeniga seotud probleemidest eristada.

Üks juhuvalikuga kliiniline uurimus¹³(Peters, Biesiekierski, Yelland 2014) tõestab, et gluteen võib põhjustada depressiooni mitte-tsöliaakilise gluteenitundlikkuse korral. Tõendid viitavad sellele, et paljudel iseendal mittetsöliaakilist gluteenitalumatust diagnoosinud patseintidel jäävad mao-sooletrakti sümptoomid alles ka pärast gluteenivaba dieeti. Katsealused jätkasid dieediga, sest tundsid end paremini. Uuringu eesmärk oli näidata, et gluteeni toime võib olla seotud ka vaimse seisundiga, mitte ainult gastrointenstinaalsete sümptomitega. Kaksikpimedasse uuringusse kaasati 22 isikut vanuses 24–62 a (s.h viis meest) ärritatud soole sündroomiga ja ilma tsöliaakiata. Patsiendid said 3 päeva jooksul toiduga väljakutseid, millele järgnes 3 väljakutsetevaba päeva, enne kui nad lülitati ümber uuele dieedile. Väljakutseks oli gluteenivabale toidule lisatud gluteen (16 g/pv), nisu (16 g/pv) või platseebo. Lõpp-punktides hinnati ka vaimset seisundit Spielberger State Trait Personality Inventory (STPI) küsimustikuga. Samuti uuriti kortisooli sekretsiooni ja gastrointenstinaalseid sümptome. Gluteeni, mitte nisu tarbimine oli seotud kõrgema üldise STPI seisundiga depressiooni skoorides võrreldes platseeboga. Teiste STPI joonte puhul ei olnud erinevusi. Sealhulgas ei olnud ka kortisooli tootmise erinevusi erinevate väljakutsete puhul. Gastrointenstinaalsed sümptomid tekkisid kõikide väljakutsete puhul sarnaselt. Järeldus oli, et lühiajaline gluteeni manustamine tekitab depressiooni sümptome, mõjutamata teisi emotsioone. Gluteenispetsiifilist mao-sooletrakti sümptomide tekkimist ei leitud. See võib selgitada, miks kliendid ennast sellisel dieedil olles paremini tunnevad.¹³

KOKKUVÕTE

Uurides peamiselt mittetsöliaakilist gluteenitalumatust ja selle põhjuseid, võib järeldada, et selles valdkonnas on teadlastel veel ees suur hulk uurimustöid ja katsetusi.

Toitumisnõustajale on see vajalik teadmine, sest teaduspõhistes uuringutes kirjeldatakse erinevaid juhtumeid ja nende uuringute tulemused võivad olla abiks töös klientidega.

Mittetsöliaakilist gluteenitalumatust eristab tsöliaakiast see, et gluteenitalumatuse puhul puuduvad autoimmuunsuslikud antikehad ja esineb võimalik, kuid minimaalne soolestiku kahjustatus (Marshi klassifikatsioon 0–1), mis taandub gluteenivaba dieediga.

Oluline erinevus tsöliaakiahaiguse ja mittetsöliaakilise gluteenitalumatuse puhul on asjaolu, et mittetsöliaakilisele gluteenitalumatusele on iseloomulikud nii soole- kui ka soolevälised sümptoomid, mis tekivad kui tarbitakse gluteeni sisaldavat toitu ning ei ole seotud ei

tsöliaakia ega nisuallergiaga. Klassikalised sümptomid on kõhuvalu, gaasid, kõhulahtisus-või kinnisus. Soolevälised kaebused on: nn ``udus``olek, peavalu, väsimus, lihaste ja liigeste valu, jalgade või käte tuimus, ekseem või lööve, depressioon või aneemia.

Tsöliaakia puhul aga on tegemist geneetilise eelsoodumusega peensoole limaskesta haigusega, mille vallandab gluteeni sisaldavate toiduainete tarbimine. Gluteeni toimele tekkiv autoimmuunne reaktsioon tekitab peensoole limaskestas kroonilise põletiku, mille tagajärjeks on soolehattude kahjustus ja sageli ka nende kadumine. Kahjustunud limaskesta tõttu tekivad peensooles oluliste toitainete, vitamiinide, mineraalainete imendumishäired ja nende vaegus organismis.

Hiljutistes uuringutes on avastatud, et mittetsöliaakilise gluteenitalumatuse puhul ei esine tsöliaakiale omast seroloogilist leidu (antigeenide ja antikehade olemasolu, üks osa immunoloogiliste häirete uuringust) ega halvasti imendumise tunnuseid.

Samuti on oluline fakt, et gluteen võib põhjustada depressiooni mitte-tsöliaakilise gluteenitundlikkuse korral. Varasemad uuringud viitavad mittetsöliaakilise gluteenitalumatuse ja neuropsühhiaatriliste haiguste, näiteks autismi ja skisofreenia seostele.

Viimased uuringud on tõstatanud võimaluse, et gluteeni kõrval võivad sümptoomide tekkesse panustada amülaasi-trüpsiini inhibiitorid ja teraviljast pärit fermenteeruvad, halvasti imenduvad lühikese ahelaga süsivesikud (FCOMAP), mida seostatakse ärritatud soole sündroomiga. Seega on probleem nii nisu süsivesikute kui ka valkude mõjus.

Toitumisinõustaja töös peab kindlasti arvestama, et mitte-tsöliaakilise gluteenitalumatusega pöördunud kliendi puhul on tema talumatuse juhtum täiesti individuaalne. Toitumisinõustaja saab appi tulla oma teadmistega toidu ja tervise vahelistest seostest, aidates ka arstide poolt antud soovitusel üle selgitada ning anda vajalikud ja põhjendatud juhised menüü gluteeni vabaks muutmiseks.

Samuti tuleb toitumisinõustajal osata näha ka kliendi tervisliku seisundi üldpilti. Võimalik, et on vajalik konsulteerida toitumisterapeutidega või ka suunata eriarsti vastuvõtule.

Kuna tänapäevane meditsiiniteadus areneb jõudsalt ja meid ümbritsev keskkond on pidevas uuenemises, leitakse tulevikus kindlasti järjest innovatiivsemaid meetodeid, kuidas diagnoosida mittetsöliaakilist gluteenitalumatust ja võtta kasutusele järjest paremaid lahendusi selle leevendamiseks.

KASUTATUD ALLIKAD

1. www.tsoliaakia.ee
2. <http://www.cureceliacdisease.org/diagnosis/15.06.2016>
3. Kaukinen K, Partanen J, Mäki M, Collin P: HLA-DQ typing in the diagnosis of celiac disease`Am Journal Gastroenterol. 2002 Mar;97(3):695-9.
4. Lionetti E, Gatti S, Pulvirenti A, Catassi C: Celiac disease from a global perspective. Best Pract Res Clin Gastroenterol 2015;29:365-379.
5. Catassi C, Bai J.C, Bonaz B, Bouma G et al. Non-Celiac Gluten sensitivity: the new frontier of gluten related disorders. Nutrients. 2013 Sep 26;5(10): 3839-53.
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3820047/>
6. Mansueto P, Seidita A, D'Alcamo A, Carroccio A: Non Celiac Gluten Sensitivity: Literature Review, Journal Am Coll Nutr. 2014;33(1):39-54
7. Makharia, A., Catassi, C., Makharia G.K: The Overlap between Irritable Bowel Syndrome and Non-Celiac Gluten Sensitivity: A Clinical Dilemma, Nutrients. 2015 Dec; 7(12): 10417–10426
8. www.drschaer-institute.com
9. Kabbani T.A, Vanga R.R, Leffler D.A, Villafuerte-Galvez J, Pallav K, Hansen J, Mukherjee R, Dennis M, Kelly C.P. Celiac disease or non-celiac gluten sensitivity? An approach to clinical differential diagnosis. Am J Gastroenterol. 2014 May;109(5):741-6; quiz 747.

10. Sapone A , Bai C.J, Ciacci C. Spectrum of gluten-related disorders: consensus on new nomenclature and classification BMC Medicine 2012 Feb

11. Whiteley P, Haracopos D, Knivsberg AM, Reichelt KL, Parlar S, Jacobsen J, Seim A, Pedersen L, Schondel M, Shattock P: The ScanBrit randomised, controlled, single-blind study of a gluten- and casein-free dietary intervention for children with autism spectrum disorders. Nutr Neurosci 2010;13:87-100.

12. Potkin SG, Weinberger D, Kleinman J, Potkin SG, Weinberger D, Kleinman J, Nasrallah H, Luchins D, Bigelow L, Linnoila M, et al: Wheat gluten challenge in schizophrenic patients. Am Journal Psychiatry 1981;138:1208-1211.

13. L. Peters, J. R. Biesiekierski, G. W. Yelland, J. G. Muir, P. R. Gibson. Gluten May Cause Depression in Subjects With Non-Coeliac Gluten Sensitivity Alimentary Pharmacology & Therapeutics, Randomised Clinical Trial, An Exploratory Clinical Study. Aliment Pharmacol Ther. 2014;39(10):1104-1112.