





# צליאק, שיניים ואפטות: ממצאים בחלל הפה בקרב חולי צליאק

באבחון המוחלט ותוצאות מעבדה הן לא תמיד חדי-משמעות, הצליאק מכונה "מחלת אלף הפנים" ולעתים גילוייה כמעט בלתי אפשרי.

יש דרגות רבות ושונות של חומרה בביטוי המחלה, החל ממצב לטנטי ("סמוי", ללא סימפטומים קליניים) ועד למצב חריף ("אקוטי"), שבו אפילו חשיפה לגרגר בודד של חיטה תגרום תגובה קשה של הגוף. רוב סימני המחלה מתבטאים בחלקי מערכת

מהמזון. עקב כך נגרמות הפרעות שונות בהתפתחות התקינה של מערכת השלד, השרירים, העצבים ועוד. גם במקרים שבהם אין ביטוי קליני לאחר חשיפה לגלוטן, הופעה של הסימנים והלקויות הנלוות תיתכן בכל שלב בחיי החולה.

מחלת הצליאק הינה כרונית, ואין ריפוי או חיסון ממנה. לא קיים טיפול יעיל במחלה מלבד דיאטה ללא גלוטן, וכן תוספי תזונה או טיפול משלים סימפטומטי בתוצאות התזונה הלקויה.

מלבד הקשר הגנטי, ייתכן כי ניתוחי בטן ומתח נפשי (סטריס) קשורים להופעת צליאק מאוחרת. יש קשר גם למחלות אחרות, כגון סוכרת נעורים, מחלת אדיסון, דלקות אוטואימוניות של בלוטת התריס (במחלת האשימוטו ומחלת גרייבס), תסמונת דאון, דלקות פרקים, דיכאון, היפראקטיביות ועוד (1-5).

נהוג לחשוב כי בישראל חולים בצליאק, בדרגות שונות, 3-4 איש מתוך 1000. יש גם מחקרים שמראים כי המחלה נפוצה אף יותר, והשכיחות היא 1 ל-100. בארה"ב חולים במחלת הצליאק 1 מתוך 6000. הנטייה לחלות בצליאק היא גנטית במובהק, ולכן יש לבצע בדיקות מקיפות לצאצאיהם של חולים בצליאק ולעקוב אחרי התפתחותם התקינה. במקביל, התגלות מחלת הצליאק אצל אחד הילדים מעלה את החשש כי בני משפחה אחרים חולים בה ואינם מאובחנים, ובעיקר קרובי משפחה מדרגה ראשונה. במקרה כזה מומלץ לבדוק את שאר חברי המשפחה, כולל ההורים, שאולי בעצמם חולים במחלה מבלי לדעת זאת. מתברר כי במשפחה שבה התגלה באקראי חולה צליאק אחד, השכיחות של חולים נוספים תהיה 10%-15% (2).

## סימנים קליניים

לצליאק אין סימנים וסימפטומים אחידים וברורים, שלפיהם אפשר לאבחן אותה בקלות בילד החשוד כחולה.

מכיוון שלמחלה ביטויים רבים, קליניים ותת-קליניים, ומכיוון שקיים קושי רב

בשנים האחרונות גדלה המודעות למחלת הצליאק באוכלוסייה בישראל ובעולם, ומתברר ששיעור המחלה גבוה ממה שחשבו עד כה. למחלה פנים רבות, והיא אף מכונה "מחלת אלף הפנים". לעתים אינה מתגלה כלל או שגילוייה נעשה בשלב מאוחר בחיים.

בחלק מהמקרים, שינוי או רופא שיניים יכולים לזהות צליאק או לחשוד בקיומה כבר בגיל הרך, עוד לפני שההורים חשים בבעיה, וזאת בשל שינויים באמייל /או נוכחות של אפטות. הם יכולים להמליץ על בירור אצל גסטרואנטרולוג, ובמיוחד אם במשפחה כבר יש מקרי צליאק. אם אכן מתברר שלמטופל יש צליאק, צוות מרפאת השיניים יכול להמליץ על שינוי תזונה ועל שינויים בהיגיינה האורלית, כדי להפחית את הנזק המצטבר.

## רקע

הצליאק (כרסת Celiac Disease, Gluten-Induced Enteropathy) הינה מחלה שבה קיימת רגישות לחלבון גלוטן, המצוי בקמח ובדגנים שונים, כולל חיטה, שעורה, שיפון ועוד. המחלה הינה אוטואימונית; כלומר, הגוף תוקף את עצמו. כאשר אל מערכת העיכול חודר גלוטן, התאים הלבנים ממערכת החיסון מזהים את חלבון הגליאדין שבגלוטן כגוף זר מעורר מחלות (פתוגני), ותוקפים אותו תוך יצירת תגובה חיסונית נגדו (1-5).

הסיבה לתקלה זו אינה ידועה כרגע. מכיוון שמערכת החיסון תוקפת לא רק את הגלוטן אלא גם את דופן הרירית של מערכת העיכול, נגרם נזק לאברי הגוף והתפקוד התקין של הגוף עלול להיפגע. עיקר הנזק הוא למערכת העיכול: רירית המעי הופכת להיות שטוחה, ובדופן המעי נוצרים אזורי דלקת ולעתים גם אזורי כיבים וארזוזיות. מכיוון שנפגמת יכולתה של מערכת העיכול לספוג בצורה יעילה חלקיקי מזון, נוצרת בהמשך בעיה בספיגת ויטמינים ומוצרי יסוד

---

ד"ר גיא וולפין הוא אחראי לימודים קליניים בקורס ללימודי שינונית, ביה"ס לרפואת שיניים, אוניברסיטת תל אביב



נגעי עששת בטוחנת ובחונכת + אפטת בשפה צילום: ד"ר נועם יחום, המרכז הרפואי שיבא, תל השומר

העיכול: דלקות במערכת העיכול, כאבי בטן, שלשולים, בחילות, הקאות, נפיחות בטנית (ומכאן "כרסת"), אנמיה בשל ספיגה לקויה של ברזל, מחסור בוויטמין B12, עייפות כרונית, חיוורון, ירידה בתפקודי הכבד ועוד. סימנים אחרים שיתכן שיופיעו הינם קומה נמוכה, דלדול שרירים וחולשה פיזית, ירידה בצפיפות העצם (אוסטיאופניה), ירידה בתפקוד מערכת החיסון, פריחות עוריות, היעדר וסת או עיכוב בהופעתה ועוד. בחלל הפה ייתכנו אפטות (פצעים כיביים שורפים בריריות הפה), angular cheilitis, וכן פגמים באמייל המגן על כותרות השיניים. במצבים קיצוניים ייתכנו הפרעות בתפקוד המוח, ממאירויות במערכת העיכול וגם לימפומות (1-5).

## אבחנה

האבחנה נעשית בבדיקת דם, שבה ימצאו נוגדנים נגד גליאדין (החלבון שמרכיב את הגלוטן) ונגד טראנסגלוטאמינאז. אפשר גם לבדוק נוכחות של נוגדנים כנגד החלבון אנדומיזיום. את האבחנה מאשרים בעזרת גסטרוסקופיה וביופסיה של המעי הדק. ייתכן מצב לטנטי (סמוי) שבו יש רמת נוגדנים גבוהה, אך רירת המעי עדיין תקינה (1-5).

## ממצאים בחלל הפה וטיפולים מומלצים לחולי צליאק מומלצים

### שיניים

בילדים חולי צליאק קיימת שכיחות גבוהה יחסית של פגמים באמייל השן, כגון חריצים וחרירים, פני שטח לא חלקים ומבנה חלש. כתוצאה מהפגמים הנ"ל, האמייל פחות עמיד

במידה שהילד מאובחן כחולה בצליאק, מומלץ להתייעץ עם רופא השיניים והשיננית לגבי טיפולי מניעה דנטליים (1-23).

### המלצות לטיפול שיניים לחולי צליאק:

באופן כללי, יש להקפיד על ביקורת סדירה במרפאת השיניים (לפחות פעמיים בשנה), על היגיינה אורלית מעולה, איטומי חריצים ושימוש בפלואורידים במשחת השיניים ובמי פה, להיעזר בחוט דנטלי ועוד. אם קיימים פגמים רבים באמייל, מומלץ לבצע טיפולי מניעה וביקורת במרפאת השיניים בתדירות גבוהה יותר (3-4 פעמים בשנה).

### אפטות

האפטות (RAS = Recurrent Aphthous Stomatitis) הינן פצעים שלפוחיתיים שורפים באזורים שונים בתוך הפה, שכנראה נובעים מפגם מקומי של מערכת החיסון. לאפטות נטייה גנטית מובהקת: בישראל, כ-10%

להיבדק בהקדם על ידי מומחה לרפואת הפה או מומחה לכירורגיית פה ולסת ולשקול ביופסיה, בכדי לשלול אפשרות של נגע סרטני שעלול להידמות לאפטה (19).

### עצות לטיפול באפטות:

בחלק מהמחקרים נמצא כי אפטות מופיעות בתדירות גבוהה מהרגיל בקרב החולים בצליאק. הטבה במצב מחלת הצליאק תוביל גם להטבה במצב האפטות בפה. כך גם שינוי תזונה ומעבר לדיאטה נטולת גלוטן (20-23). מקובל לחשוב כי גרגור של חלב עיזים (מפוסטר בלבד!) ושתיתו יעילים במניעת אפטות ובטיפול בהן. אפשר גם להגביר צריכה של מוצרי חלב עיזים כגון לבנה, גבינת עיזים וכדומה. מומלץ להימנע מצריכת מזונות חומציים: פירות הדר, עגבניות, מלפפונים חמוצים וכדומה, בכדי למנוע צריבה וכאב באזור האפטה. מומלץ להעלות את רמת האבץ בתזונה ולאכול בשה קטניות, פטריות, זרעים, אגוזים, דגים ופירות ים, ביצים. אפשר לנסות טיפול בעזרת תוספי תזונה, כמו קואנזים Q10. במטופלים הסובלים מאפטות, לאחר נטילה ממושכת של קואנזים Q10 נרשם שיפור במצב (24-27).

**לפעוטות:** אפשר למרוח על הנגע טחינה גולמית עם מעט דבש, פרופוליס ושמן אובליפיחה. על פי אזהרת ה-FDA, תכשירים המכילים בנזוקאין אינם מומלצים בשימוש בתינוקות ופעוטות.

### למבוגרים:

- פרוזפה: מדבקת שנדבקת לאפטה ונמסה לאחר 6-8 שעות. הבידוד ממגע ומאוכל/שתייה מקל על הכאב. כמו כן, המדבקת משחררת חומרים כמו ויטמין A, מלחים ושמים ארומטיים, המסייעים בריפוי האפטה. רצוי להשתמש בה לפני השינה ולא לקלפה.
- אפטגון/אפטחא: ג'ל המכיל חומרים מרגיעים כמו אלורה וחומרים היוצרים שכבת בידוד מגנה מעל הפצע. שכבת הבידוד מחזיקה מעמד כמה שעות, יוצרת הקלה מידית בכאב ולעתים אף מזרזת את החלמת הפצע.
- קנקא: ג'ל המכיל 20% בנזוקאין, כחומר מאלחש. יוצר שכבת בידוד בין האפטה לבין חלל הפה.
- תארודנט/קורסודיל: תכשירים לחיטוי פה המכילים כלורהקסידין. גרגור אלכוהול מומלץ פחות. לא מומלץ להשתמש בתכשירים המכילים כלורהקסידין לזמן ממושך, בגלל הנטייה לצביעת השיניים בכתמים חומים-צהובים, וכן בשל הופעת מצב המכונה Black Hairy Tongue - שבו הלשון נראית כאילו צימחה שערות שחרות ארוכות, שלמעשה הינן התארכות וצביעה



נגעי עששת בחותכות + אפטה בשפה. צילום: ד"ר נועם ירום, המרכז הרפואי שיבא, תל השומר

סובלים מאפטות, בעוד שביפן סובלים מהן כ-40%. כמו כן, האפטות קשורות ללחץ נפשי, חשיפה לשמש, ירידה בתנגודת חיסונית, תזונה לקויה ועוד. הפצעים מופיעים שוב ושוב, בעיקר בקרב בני 20-40. הפצעים מכאיבים בעת לעיסה של מזונות קשים, חמים, חריפים או חמוצים. לעתים קרובות קיים גם קושי בדיבור ובבליעה, גם בזמן מנוחה. רוב האפטות (80%) הן שלפוחיות קטנות (Minor), עד חצי ס"מ קוטרן, בצבע צהבהב. בדרך כלל יופיעו 1-4 אפטות קטנטנות, קרובות זו לזו, ויחלפו לאחר 1-2 שבועות. מעט מהאפטות (10%) הן אפטות גדולות (Major), שקוטרן מעל חצי ס"מ. אפטה גדולה תופיע בדרך כלל לבד ותישאר 4-6 שבועות. אם הפצע אינו נעלם לאחר 10-14 ימים, יש

פני הידבקות של חיידקים אשר יפרישו חומצות באזור. לבסוף, ריבוי החומצות באזור מסוים יוביל לחור בשן (עששת). הפגיעה באמייל אופיינית למשנן הקבוע, בעיקר לחותכות ולטוחנות (1-23). כאשר הילד סובל גם מהקאות מרובות, הנזק לשיניים יחמיר בעקבות חומציות ההקאות. בהקשר זה מומלץ שלא לצחצח שיניים מיד לאחר כל הקאה, בשל שפשוף השן בחומצה שעליה ועל ידי כך החמרת הנזק לשן. מומלץ לשטוף את הפה בתמיסה המכילה פלואוריד או במים וללעוס מסטיק ללא סוכר, למשל. כמו כן, ייתכנו שינויים בצבע הנורמלי של השיניים. שיננית או רופא שיניים אשר מזהים סימנים חריגים בשיני הילד צריכים לחשוף בקיום מחלת הצליאק ולייעץ להורים בהתאם.



**פרות**

14. Aguirre JM, Rodríguez R, Oribe D, Vitoria JC. Dental Enamel Defects in Celiac Patients. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod. 1997 Dec;84(6):646-50. Pubmed Pmid: 9431534.
15. Aine L. Coeliac-Type Permanent-Tooth Enamel Defects. Ann Med. 1996 Feb;28(1):9-12. Review. Pubmed Pmid: 8932499.
16. Aine L. Permanent Tooth Dental Enamel Defects Leading to the Diagnosis of Coeliac Disease. Br Dent J. 1994 Oct 8;177(7):253-4. Pubmed Pmid: 7917634.
17. Martelossi S, Zanatta E, Del Santo E, Clarich P, Radovich P, Ventura A. Dental Enamel Defects and Screening for Coeliac Disease. Acta Paediatr Suppl. 1996 May;412:47-8. Pubmed Pmid: 8783757.
18. Raether D, Klingberg G, Magnusson L, Norén JG. Histology of Primary Incisor Enamel in Children with Early Onset Celiac Disease. Pediatr Dent. 1988.
19. James W. Little, Donald Falace, Craig Miller, Nelson L. Rhodus: Dental Management of the Medically Compromised Patient 7th edition, p576-577 . St. Louis, Mo. : Elsevier/ Mosby, ©2008.
20. Cheng J, Malahias T, Brar P, Minaya MT, Green PH: The association between celiac disease, dental enamel defects, and aphthous ulcers in a United States cohort. J Clin Gastroenterol. 2010 Mar;44(3):191-4. doi: 10.1097/MCG.0b013e3181ac9942. PMID: 19687752.
21. Mina S, Riga C, Azcurra AL, Brunotto M: Oral ecosystem alterations in celiac children: a follow-up study. Arch Oral Biol. 2012 Feb;57(2):154-60. doi: 10.1016/j.archoralbio.2011.08.017. Epub 2011 Sep 13.
22. Bucci P, Carile F, Sangianantoni A, D'angiò F, Santarelli A, Lo Muzio L. Oral Aphthous Ulcers and Dental Enamel Defects in Children With Coeliac Disease. Acta Paediatr. 2006 Feb;95(2):203-7.
23. Acar S. Oral findings and salivary parameters in children with celiac disease: a preliminary study. Med Princ Pract 21:129 (2012).
24. Battino M, Bompadre S., et al.: Antioxidant status (CoQ10 and Vit. E levels) and immunohistochemical analysis of soft tissues in periodontal diseases. Biofactors. 2005;25(1-4):213-7.
25. Nakamura, R., et al.: Study of CoQ10-enzymes in gingiva from patients with periodontal disease and evidence for a deficiency of coenzyme Q10. Proceedings of the National Academy of Sciences USA, Vol. 71, 1974, p. 1456.
26. Matsumura T, Saji S, et al.: Evidence for enhanced treatment of periodontal disease by therapy with coenzyme Q. Int J Vitam Nutr Res. 1973 Apr;43(4):537-48.
27. Wilkinson, E., et al.: Treatment of periodontal and other soft tissue diseases of the oral cavity with coenzyme Q. In Biomedical and Clinical Aspects of Coenzyme Q, Vol. 1, eds. Folkers, K. and Yamamura, Y., Amsterdam, Elsevier, 1977, pp. 251-65.

1. National Institutes of Health consensus development conference statement on celiac disease, June 28–30, 2004. Gastroenterology. 2005;128(4 Suppl 1):S1-9.
2. Israeli E, Hershcovici T, Grotto I, Rouach Z, Branski D, Goldin E: Prevalence of Celiac Disease in an Adult Jewish Population in Israel. Isr Med Assoc J. 2010 May;12(5):266-9.
3. Rashid M, Zarkadas M, Anca A, Limeback H: Oral Manifestations of Celiac Disease: A Clinical Guide for Dentists. J Can Dent Assoc 2011;77:b39.
4. Hill I, Dirks M, Liptak GS, Colletti RB, Fasano A, Guandalini S, et al.: 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;40(1):1-19.
5. AGA Institute. AGA Institute medical position statement on the diagnosis and management of celiac disease. Gastroenterology. 2006;131(6):1977-80.
6. Majorana A, Bardellini E, Ravelli A, Plebani A, Polimeni A, Campus G: Implications of Gluten Exposure Period, Cd Clinical Forms, And Hla Typing in The Association Between Celiac Disease and Dental Enamel Defects in Children. A Case-Control Study. Int J Paediatr Dent. 2010 Mar;20(2):119-24. Pubmed Pmid: 20384826.
7. Giuca MR, Cei G, Gigli F, Gandini P. Oral Signs in the Diagnosis of Celiac Disease: Review of the Literature. Minerva Stomatol. 2010 Jan-Feb;59(1-2):33-43. Review. English, Italian. Pubmed Pmid: 20212408.
8. Cheng J, Malahias T, Brar P, Minaya MT, Green PH. The Association Between Celiac Disease, Dental Enamel Defects, and Aphthous Ulcers in a United States Cohort. J Clin Gastroenterol. 2010 Mar;44(3):191-4. Pubmed Pmid: 19687752.
9. Wierink CD, Van Diermen De, Aartman IH, Heymans HS. Dental Enamel Defects in Children with Coeliac Disease. Int J Paediatr Dent. 2007 May;17(3):163-8. Pubmed Pmid: 17397459.
10. Bossù M, Bartoli A, Orsini G, Luppino E, Polimeni A. Enamel Hypoplasia in Coeliac Children: A Potential Clinical Marker of Early Diagnosis. Eur J Paediatr. Dent. 2007 Mar;8(1):31-7. Pubmed Pmid: 17359212.
11. Farmakis E, Puntis JW, Toumba KJ. Enamel Defects in Children With Coeliac Disease. Eur J Paediatr Dent. 2005 Sep;6(3):129-32. Pubmed Pmid: 16216092.
12. Patinen P, Aine L, Collin P, Hietanen J, Korpela M, Enckell G, Kautiainen H, Konttinen YT, Reunala T. Oral Findings in Coeliac Disease and Sjögren's Syndrome. Oral Dis. 2004 Nov;10(6):330-4. Pubmed Pmid: 15533207.
13. Rasmusson CG, Eriksson MA. Celiac Disease and Mineralisation Disturbances of Permanent Teeth. Int J Paediatr Dent. 2001 May;11(3):179-83. Pubmed Pmid:11484467.

של בלוטות הטעם.

- אוראל מדיק: תכשיר שנמכר בתוך מקלון עם כותנה. לאחר שבירת המקלון, יש להצמיד אותו עם החומר הפעיל אל האפטה למשך 5-10 שניות. החומר צורב אך האפקט מהיר מאוד - האפטה נצרכת והכאב נרגע במהירות. נותר כיסוי לבן שנושר מעצמו לאחר 3-2 ימים.

**דרכי טיפול במרשם רופא בלבד:**

- מומלצת בדיקה של רופא שיניים שהינו מומחה לרפואת הפה.
- Oracort E: משחה סטרואידלית למריחה, עם Esracain כמאלחש מקומי.
- תרופות נוספות: מינוצין, תאלידומיד, אבץ.
- שטיפות פה: דקסמטזון (סטרואידים), סוקרלט/סוקרפט (מכסה את הכיב).

**שינוי תזונתי**

כמובן שהתפריט של החולים בצליאק אמור להיות נטול גלוטן. יחד עם זאת, להורים יש לעתים חשק "לפצות" את הילד בממתקים שהם נטולי גלוטן אך מכילים סוכה, דבש וכדומה. מתיקות זו היא כמובן בעייתית: החיידקים ניזונים מפחמימות אלו, ובתגובה מפרישים חומצה חזקה ומתרבים. החומצה ממיסה את אמיל השן ואחר כך את הדנטין, ובמיוחד אם מבנה השן הינו מחוספס ו/או מלא חרירים, כפי שניתן לראות בחלק משיני הילדים החולים בצליאק, ובמיוחד אם הילד גם סובל מהקאות חרובות, אשר מחלישות את אמיל השן בשל חומציותו. חשיפה מוגברת לדברי מתיקה במקביל לחומציות בפה ולמבנה האמיל הבעייתי עלולה להוביל לעששת רבה. מומלץ לצרוך מוצרי חלב וירקות ולהפחית את צריכת הפחמימות, הסוכרים והמאכלים החומציים. שתיית מים וחלב תפחית את החומציות בפה ובקיבה. כמו כן, אפשר להיוועץ עם מומחה לתזונה ו/או רפואה סינית ו/או הומיאופת לגבי האפשרות של בליעת תוספי מזון ופורמולות שונות, שיכולים להפחית את הופעת האפטות ואף לחזק את המערכת החיסונית, כגון קואזימ Q10, אבץ פרופוליס, ויטמין B12 ועוד.