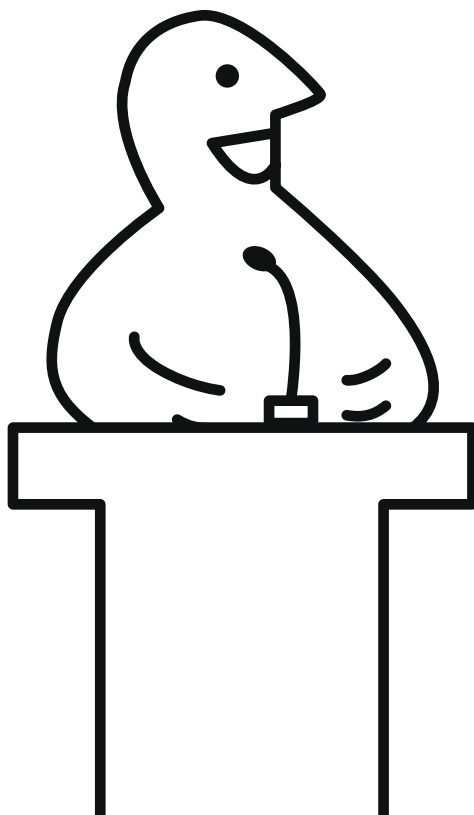


**CONVEGNO**

# **CELIACHIA**

Criticità e nuove prospettive  
Continuità assistenziale ospedale - territorio

Torino 26 ottobre 2019



## RAZIONALE SCIENTIFICO

La celiachia è la più frequente intolleranza alimentare a livello globale, con una prevalenza media di circa l'1%.

Si prevede che nel 2050 la Terra sarà abitata da 9 Miliardi di persone di cui ben 90.000.000 saranno celiache e dovranno nutrirsi senza glutine.

Oggi molte persone non conoscono ancora la loro diagnosi: nel nostro Paese sono diagnosticate circa 200.000 persone ma oltre 400.000 pazienti non sanno di essere celiaci e purtroppo il percorso che porta alla diagnosi è ancora difficoltoso e lungo, basti pensare che in media occorrono 6 anni per ricevere la diagnosi di celiachia.

Tra le principali cause della sottostima di diagnosi va considerata la non sempre facile riconoscibilità della celiachia soprattutto in molti soggetti adulti in cui la celiachia è in forma silente o potenziale oppure mascherata da sintomatologia differente da quella classica gastrointestinale.

La pubblicazione nel 2015 del Protocollo per la Diagnosi e Follow up della Celiachia in Gazzetta Ufficiale è stato un passo importante per uniformare il percorso di diagnosi della celiachia su tutto il territorio nazionale. Uno strumento utile non solo per gli specialisti, ma anche per i Medici di Medicina Generale che per il loro ruolo accolgono per primi i potenziali pazienti celiaci e ne seguono poi lo stato di salute.

La presa in carico globale del celiaco prevede un approccio multidisciplinare e multidimensionale che necessita di essere sostenuto da una continuità assistenziale tra centro diagnosi e territorio che garantisca da un lato l'appropriatezza dell'iter diagnostico e dall'altro un precoce riconoscimento di eventuali altri bisogni nella fase immediatamente post diagnosi e nel follow up. L'aderenza alla dieta senza glutine, unica terapia ad oggi disponibile, si aggira, a seconda della fascia d'età, tra il 27% e il 50% ad evidenziare il fatto che non è solo una questione di alimentazione, ma richiede un'attenzione anche verso gli aspetti psico-relazionali per supportare i celiaci nel processo di cambiamento e accettazione.

Il convegno dunque affronta la Celiachia negli aspetti relativi alla presentazione clinica e alla diagnosi di celiachia ma anche negli aspetti pratici sulla gestione del paziente dopo la diagnosi, coinvolgendo tutti gli operatori della salute: Medici, Dietisti, Biologi, Infermieri, Psicologi e Farmacisti.



### **Quando il bambino celiaco diventa adulto: la transizione al medico di medicina generale**

*Dott. Pierluigi Calvo - Responsabile Gastroenterologia Pediatrica  
SSD - Ospedale Regina Margherita, Torino*

La transizione dall'ambiente pediatrico a quello dell'adulto è riconosciuta essere un momento critico.

È nota la scarsa compliance dell'adolescente alla dieta ed è per questo importante motivarlo a proseguire la dieta senza glutine, tenendo in considerazione le difficoltà nuove dovute all'età, alla percezione di essere differenti e al desiderio di indipendenza dai genitori; anche il costo dei cibi senza glutine potrebbe limitare l'aderenza di giovani adulti che vivono con un budget limitato.

Se il paziente ha dei dubbi sulla diagnosi, questi devono essere discussi prima della transizione, ricordando che prima si è discusso sempre e solo con i genitori. In ogni caso, se la diagnosi non è stata fatta sulla base delle linee guida o se deriva da una biopsia "dubbia" (Marsh 0-1) (celiachia potenziale), bisogna programmare nuovi accertamenti che possono comprendere la rivalutazione sierologica, la genotipizzazione HLA-DQ2/DQ8 e la valutazione istologica.

La transizione deve essere quindi programmata con cura e deve coinvolgere il paziente, la sua famiglia, il medico specialista e il dietista; dovrebbe inoltre essere un processo graduale che si sviluppa parallelamente alla acquisizione della maturità tipica dell'età adulta, con tempi variabili da individuo ad individuo; è per esempio noto che alcuni adolescenti celiaci possono presentare pubertà ritardata e questo dovrebbe rappresentare un motivo per ritardare l'età di transizione oltre l'età tipica di completamento dello sviluppo puberale.

È importante che il pediatra prepari una "relazione di transizione", lettera che deve comprendere i dettagli della diagnosi, i sintomi o l'assenza degli stessi, le comorbidità, gli esami all'esordio e i dati antropometrici, l'aderenza alla dieta; devono essere specificati i tempi e la negativizzazione degli esami e la loro eventuale ripositivizzazione. È importante inoltre mantenere sempre aperta una discussione con i colleghi gastroenterologi dell'adulto per conoscere i problemi che si trovano ad affrontare al momento della presa in carico del paziente.

### **Sprue celiaca: quadro clinico nell'adulto**

*Dott.ssa Lucia Crocellà - Dirigente Medico I Livello SC Gastroenterologia  
AO Ordine Mauriziano*

La sprue celiaca ha un'incidenza di 1 su 90. Nel 21% dei casi non vi sono sintomi clinicamente evidenti (lieve anemia, lieve astenia, alvo alternante).

**Sintomi tipici (27 – 30% dei casi):** algie addominali, alterazioni dell'alvo (soprattutto diarrea, ma talora alvo alternante) calo ponderale, astenia, malassorbimento, turbe dispeptiche.

**Sintomi atipici extraintestinali (circa 50% dei casi):** esordio spesso più frequente e subdolo nell'età adulta con anemia sideropenica, anemia macrocitica, mialgie, osteoporosi, disturbi della fertilità e talora aborti spontanei ripetuti, aumento degli indici di citolisi e colestasi, aftosi orale, coagulopatie, alopecia, disturbi neurologici, parestesie talora invalidanti, dermatite erpetiforme di Duhring.

Esistono cinque tipologie di celiachia:

- 1. Tipica:** esordisce generalmente precocemente con i sintomi tipici del malassorbimento intestinale quali diarrea, arresto della crescita, vomito e distensione addominale, inappetenza ed astenia.
- 2. Atipica:** più caratteristica dell'adulto con sintomi intestinali ed extraintestinali quali anemia microcitica o macrocitica, aumento indici di citolisi e colestasi, dermatite erpetiforme, sintomi neurologici, iposplenismo.
- 3. Silente:** diagnosi occasionale in soggetti apparentemente sani (spesso con l'inizio della dieta aglutinata rigorosa si assiste ad un netto miglioramento del performance status e del benessere psico-fisico).
- 4. Latente:** trattasi di pazienti con profilo anticorpale generalmente positivo o borderline e assenza di villopatia, che può tuttavia divenire conclamata con il tempo (soprattutto in conseguenza di eventi trigger). Si tratta di una forma subdola che si rileva con più frequenza in soggetti affetti da patologie autoimmuni (diabete, tiroiditi, gastriti atrofiche) ed in soggetti affetti da sindrome di Down, di Turner o con deficit di IgA.
- 5. Potenziale:** caratterizzata dalla presenza di predisposizione genetica, assenza di villopatia che può tuttavia divenire conclamata con il tempo (anche in questo caso soprattutto come conseguenza di eventi trigger).

Le possibili patologie associate sono molteplici; le più frequenti sono spesso anche già presenti alla diagnosi, soprattutto nelle forme diagnosticate in età adulta:

- **Tireopatie autoimmuni:** si manifestano più spesso con ipotiroidismo subclinico o francamente sintomatico. Talora si può trattare di ipertiroidismi autoimmuni.
- **Gastrite atrofica autoimmune:** APCA positiva, spesso accompagnata da deficit sierici di ferro, ferritina, B12, folati. In queste forme di gastriti vi è un rischio potenziale di sviluppo di tumori neuroendocrini di tipo I- NET.
- **Diabete di tipo I.**
- **Colite microscopica (generalmente linfocitica):** può essere presente nel 25% dei celiaci e si manifesta spesso con diarrea profusa, anche dopo mesi di dieta aglutinata rigorosa.

Meno frequenti anche se non meno importanti:

- Colangiti autoimmuni.
- Atrofia splenica.
- Diatesi trombofilica.
- Sindromi poliendocrine autoimmuni (Tipo I: si presenta con candidosi cronica mucocutanea associata ad ipoparatiroidismo e/o ad insufficienza renale; Tipo II: che si presenta con insufficienza renale associata a tireopatia autoimmune e/o a diabete mellito di tipo 1; Tipo III: caratterizzata da tireopatia autoimmune e da altre patologie esclusa la insufficienza renale (diabete, la gastrite atrofica, vitiligine, alopecia, miastenia gravis, ipogonadismo ipogonadotropo).

Tra le possibili patologie associate alla sprue celiaca rivestono un ruolo rilevante l'osteopenia e l'osteoporosi caratterizzate da problematiche conseguenti al malfassorbimento del calcio e della vitamina D (spesso correlate ad un iperparatiroidismo secondario).

La maggior parte degli studi sono concordi sul fatto che più del 75% dei pazienti celiaci adulti presenti una perdita di massa ossea (predisposizione alla osteopatia metabolica).

Infatti il ridotto assorbimento di calcio a livello duodeno-digiunale, il ridotto introito di calcio per il frequente concomitante deficit secondario di lattasi, la maggiore escrezione di calcio endogeno dovuta al riassorbimento ed alla conseguente precipitazione dello stesso nel lume intestinale sotto forma di saponi, sono tutti eventi responsabili dello sviluppo della osteopatia metabolica.

## I SESSIONE

L'iperparatiroidismo compensatorio che contribuisce a sua volta all'aumento dei valori di 1,25-OH vitamina D, tramite l'aumento della attività della alfa 1 idrossilasi renale, costituisce tuttavia un meccanismo di compenso inefficace (gli alti livelli di 1,25-OH vitamina D hanno un effetto deleterio sul metabolismo dell'osso in quanto essi stessi causa di riassorbimento osseo).

L'osteopenia non diagnosticata, non controllata e non supplementata, comporta, secondo diversi studi, un maggior rischio di fratture spontanee nel tempo. Inoltre l'iperparatiroidismo secondario risulta associato in molti studi a possibilità di sviluppo di tumori bruni dell'osso e a sviluppo di lesioni cistiche sclerotiche multifocali.

Nella sprue celiaca, come conseguenza del malassorbimento, sono frequenti i deficit di vitamine del gruppo B (B6, B12 e folati) che risultano spesso nettamente inferiori ai limiti. Tali deficit possono essere presenti al momento della diagnosi ma anche rilevabili in seguito come possibile conseguenza di una non stretta aderenza alla dieta aglutinata e come conseguenza di possibili contaminazioni inconsapevoli della dieta. I deficit persistenti di folati possono determinare iperomocisteinemia con maggiore rischio trombotico correlato ed anemia. I deficit di B12 possono condurre ad anemia macrocitica e a neuropatie sensitive e/o motorie. I deficit di B6 (vitamina fondamentale nella sintesi di monoamine del sistema nervoso centrale) possono essere responsabili dello sviluppo di importanti stati depressivi.

L'anemia sideropenica, anch'essa correlata al malassorbimento, risulta presente in molti pazienti celiaci, non solo alla diagnosi, ma anche nel follow-up come conseguenza di mancanza di stretta aderenza alla dieta e di contaminazioni inconsapevoli. Quando la si riscontra va sempre considerata la diagnosi differenziale con altre patologie:

- Malassorbimento di ferro per la presenza di una concomitante gastrite atrofica autoimmune misconosciuta.
- Anemia da perdita (polimenorrea nelle donne, gastriti erosive, ulcere peptiche, polipi, lesioni eteroplastiche, angiodisplasie, etc.).
- Altre patologie neoplastiche che possono interessare altri organi.

Importante in questi casi rieseguire una EGDscopia, una colonscopia o anche un enteroscopia con microcamera.

La dermatite erpetiforme di Duhring è caratterizzata da eruzioni cutanee come papule e vescicole intensamente pruriginose che tendono ad interessare le superfici estensorie dei gomiti, delle ginocchia, le natiche, la regione sacrale e talo-

ra quella occipitale. Talora possono manifestarsi lesioni orticarioidi ed eritematose a grappolo. In rari casi, nei soggetti adulti, la sprue celiaca può presentarsi già all'esordio come una forma refrattaria nell'ambito di una celiachia misconosciuta. È caratterizzata dalla presenza di gravi sintomi da malassorbimento con riscontro istologico di grave atrofia dei villi in assenza di altre cause (sprue tropicale, immunodeficienza comune variabile, enteropatie autoimmuni caratterizzate dalla presenza di anticorpi anti-enterociti positivi in più dell'85% dei casi, dalla presenza di anticorpi anti alfa/beta rilevabili sulle biopsie duodenali con kit specifici).

Si riconoscono due tipologie di celiachia refrattaria:

**Tipo I** caratterizzata istologicamente dalla presenza di linfocitosi intraepiteliale fenotipicamente normale. Questo tipo di celiachia refrattaria risponde ai supporti nutrizionali ed alla terapia immunosoppressiva con steroidi, azatioprina, ciclosporina ed infliximab.

**Tipo II** caratterizzata invece dalla presenza di linfociti intraepiteliali con aspetto aberrante. Questo tipo di celiachia refrattaria non risponde invece né ai supporti nutrizionali né alle terapie immunosoppressive ed ha un elevato rischio di sviluppo di linfomi a cellule T.

Nel dubbio di celiachia refrattaria è mandatorio eseguire un'EGDscopia con biopsie duodenali multiple e ricerca, se possibile, degli anti-endomisio e degli anti-transglutaminasi tissutali (se disponibile il kit per il dosaggio), degli anticorpi anti-linfociti gamma/delta (anche in questo caso se disponibile il kit per il dosaggio), della citometria a flusso per ricerca di anomalie clonali dei linfociti intraepiteliali e del riarrangiamento clonale dei T cell receptor.

Clinicamente il paziente che esordisce con celiachia refrattaria presenta diarrea profusa, calo ponderale, algie addominali, edemi discrasici ed insufficienza renale. Agli ematochimici si riscontra grave ipoalbuminemia, grave anemia, ipocolesterolemia, grave ipofolatemia e vitamina D spesso indosabile.

Dal punto di vista diagnostico è importante anche eseguire una ecografia intestinale, una entero-TC che evidenzieranno un ispessimento ed un netto aumento dell'enhancement delle pareti del piccolo intestino (se di tipo II spesso già evoluta in linfoma a cellule T).

## I SESSIONE

### **La celiachia si diagnostica così... appropriatezza delle richieste e ruolo della genetica**

*Dott. Mauro Bruno - Dirigente Medico I Livello SOC Gastroenterologia  
AOU Città della Salute e della Scienza, Torino*

Per poter arrivare correttamente alla diagnosi di celiachia occorre:

#### **1. PENSARCI**

La malattia celiaca rimane una condizione sottodiagnosticata o diagnosticata con notevole ritardo soprattutto se la presentazione clinica non è quella classica.

#### **2. RICHIEDERE GLI ESAMI DI LABORATORIO CORRETTI**

Vanno richiesti gli anticorpi anti transglutaminasi di classe IgA ed il dosaggio delle IgA sieriche. La sensibilità e la specificità degli anticorpi è molto buona, si attesta infatti intorno al 90%. Ma non si deve dimenticare che sono possibili sia i falsi positivi che i falsi negativi.

È assolutamente indispensabile che la ricerca degli anticorpi avvenga prima di iniziare la dieta senza glutine.

#### **3. ESEGUIRE LA BIOPSIA DUODENALE**

È indispensabile per la diagnosi di celiachia nell'adulto, mentre può non essere eseguita nel bambino solo in presenza di precise condizioni.

#### **4. CHE LA BIOPSIA DUODENALE SIA CORRETTAMENTE INTERPRETATA**

All'anatomo-patologo si richiede una corretta descrizione non solo dei villi intestinali ma anche delle cripte e dei linfociti intraepiteliali. Le alterazioni riscontrate vengono descritte secondo la classificazione di Marsh. Non si può chiedere all'anatomo-patologo di essere lui a fare la diagnosi di celiachia poiché le alterazioni istologiche osservabili nella celiachia sono presenti anche in numerose altre condizioni patologiche.

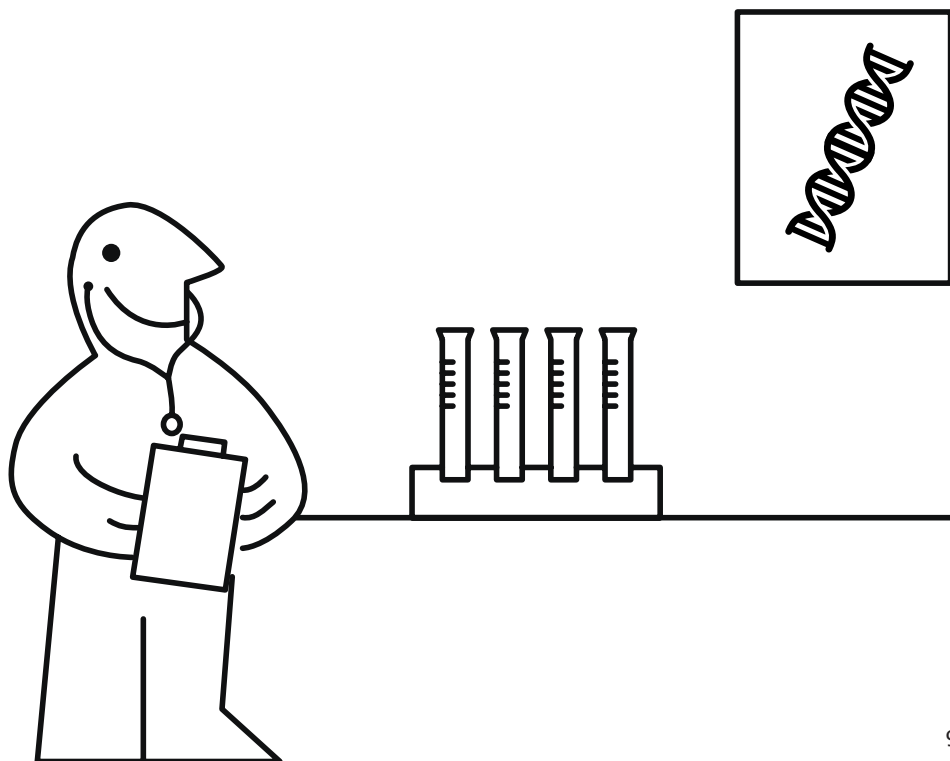
#### **5. LA CORRETTA INTERPRETAZIONE DEGLI ELEMENTI A DISPOSIZIONE**

Gli elementi fino ad ora elencati devono essere correttamente interpretati anche alla luce del quadro clinico. Abitualmente, se la probabilità di malattia è bassa, ci si accontenta, in prima battuta, della ricerca degli anticorpi celiaco correlati. Se gli anticorpi sono negativi ci si ferma potendo escludere con buona probabilità la celiachia. In caso di positività si esegue invece la biopsia duodenale di



conferma. Ma qualora la probabilità di celiachia sia elevata non ci si può fermare agli anticorpi celiaco correlati (che possono essere falsamente negativi) e si deve comunque eseguire la biopsia. La diagnosi di celiachia è confermata in presenza di positività degli anticorpi con biopsia compatibile e risposta clinica alla dieta. Qualora anticorpi e biopsia non concordino occorre estrema cautela prima di giungere alla diagnosi di celiachia per evitare di sovradiagnosticare la malattia.

La ricerca genetica non serve per confermare la diagnosi di celiachia ma per escluderla se la predisposizione genetica è assente. Essa va richiesta solo in casi particolari e non indiscriminatamente. Poiché la predisposizione genetica è presente in circa il 30% della popolazione, la positività non deve creare inutili allarmismi né tantomeno indurre ad iniziare la dieta priva di glutine.



### **Diagnosi differenziale: allergie, intolleranze o altro?**

*Dott.ssa Lidia Rovera - Dietologa, Specialista in Scienza dell'Alimentazione e Gastroenterologia - Consulente Scientifico AIC Piemonte Onlus*

Nel mondo occidentale le diete senza glutine e senza grano godono oggi di una grande popolarità e il mercato del "gluten-free" vola con profitti straordinari e sembra destinato a ulteriori incrementi. Il "senza glutine" è proposto come modello di dieta sana e preventiva e il mito della dieta senza glutine è fortemente alimentato dai media e da personaggi famosi dello spettacolo e dello sport che ne sottolineano i vantaggi terapeutici per risolvere le situazioni cliniche più varie: dalle performances sportive, ai problemi gastrointestinali, al sovrappeso e all'obesità, fino a problematiche comportamentali o patologie psichiatriche. Tra le cause di questo immeritato successo, ci sono le "autodiagnosi" e le diagnosi di intolleranza al glutine o al frumento eseguite sulla base di "test per le intolleranze alimentari" che non hanno ricevuto validazione scientifica. Indubbiamente, peraltro, è aumentato il numero di soggetti che riferiscono sintomi legati all'assunzione di glutine o di grano per i quali è necessario un approccio diagnostico corretto. Relativamente ai disordini glutine-correlati, dopo l'esclusione con la diagnostica specifica della malattia celiaca, occorre affrontare il problema dell'allergia al grano e della sensibilità al glutine non celiaca. Le allergie al grano presentano una prevalenza, sia in età pediatrica che negli adulti, variabile dallo 0,4% al 4% in base all'età del paziente e all'area geografica; esse comprendono sia le allergie IgE mediate che quelle non IgE mediate. I soggetti con allergia IgE mediata possono presentare quattro diversi quadri clinici a seconda delle modalità di sensibilizzazione:

1. Allergia alimentare al grano IgE mediata con sintomi (orticaria, eritema, prurito, vomito, dolore addominale, tosse, raucedine, stridore, distress respiratorio, congestione nasale fino all'anafilassi) che compaiono da pochi minuti a due ore dopo l'assunzione del grano.
2. Allergia (cosiddetta asma dei panettieri) che deriva dall'inalazione della farina di grano.
3. Orticaria da contatto che è associata all'uso di cosmetici che contengono prodotti insolubili del grano.

4. Anafilassi grano-dipendente indotta dall'esercizio fisico che compare in soggetti sensibilizzati che svolgono attività fisica nelle 2-4 ore successive al consumo di alimenti contenenti grano; il quadro clinico è variabile e può presentare sintomi come orticaria o angioedema localizzati, ma anche manifestazioni sistemiche come ipotensione e shock.

La diagnosi delle allergie al grano IgE mediate si basa su un'accurata anamnesi, un'attenta valutazione dei sintomi e segni clinici, sulla ricerca di IgE specifiche sia mediante i Prick test cutanei (SPT) che sul dosaggio sierico e, eventualmente, sui test di provocazione orale (che rappresentano in ambito diagnostico il "gold standard", ma che non sono scevri da rischi e devono essere eseguiti sotto controllo sanitario).

La sensibilità al glutine non celiaca (NCGS) è un'entità clinica caratterizzata da sintomi intestinali e non intestinali che si manifestano dopo l'assunzione di glutine e scompaiono con la sua esclusione dalla dieta, per ricomparire con la sua reintroduzione in pazienti in cui siano state escluse la celiachia e l'allergia al grano. Ci sono più dubbi che certezze relativamente alla sua patogenesi, all'epidemiologia, alla diagnosi, alla sua storia naturale e alle caratteristiche della dieta da seguire. Allo stato attuale non è ancora chiarito se sia solo il glutine il "trigger" o se siano coinvolte altre proteine del grano come le ATI (proteine che inibiscono amilasi e tripsine) o le WGA (agglutinine del germe di grano), oppure alimenti ricchi di FODMAP (polioli, oligo-mono-disaccaridi fermentabili). È discusso se la NCGS non sia semplicemente una manifestazione della sindrome dell'intestino irritabile. Attualmente non sono ancora disponibili per i soggetti con NCGS raccomandazioni certe sulla tipologia di dieta senza glutine da seguire (rigorosa come per malattia celiaca? A contenuto di glutine controllato? Long-life?) anche perché non è chiaro se tale condizione sia transitoria o permanente.

1. Elli L, et al Diagnosis of gluten related disorders: celiac disease, wheat allergy and non celiac gluten sensitivity. *World J Gastroenterol* 2015; 21 (23) 7110
2. Fasano A. et al Non celiac gluten sensitivity. *Gastroenterology* 2015; 148, 1195
3. Roncoroni L. et al Exposure to different amounts of dietary gluten in patients with nonceliac gluten sensitivity: an exploratory study. *Nutrients* 2019; 11,136





## II SESSIONE

### **La dieta senza glutine: l'importanza dell'educazione alimentare nei primi momenti dopo la diagnosi**

*Dott.ssa Lucia Fransos - Responsabile Progetto Alimentazione Fuori Casa  
ASSOCIAZIONE ITALIANA CELIACHIA Piemonte Onlus*

La dieta senza glutine è al momento l'unica terapia efficace e sicura per il trattamento della celiachia e, in quanto tale, va seguita scrupolosamente per tutta la vita evitando nel modo più assoluto le trasgressioni volontarie. La dieta senza glutine richiede un elevato impegno e attenzione da parte di tutti gli operatori dell'alimentare (industria, ristorazione) e degli operatori della salute nell'assistenza e nella corretta informazione ai pazienti.

Chi riceve la diagnosi ha bisogno in un primo momento di semplici e chiare istruzioni sull'osservazione di poche e semplici regole di comportamento:

- nella scelta dei prodotti **PERMESSI**,
- nel riconoscimento dei prodotti **A RISCHIO** e **NON PERMESSI**,
- nella preparazione dei cibi e degli alimenti preparati a casa e fuori casa.

Anche le ultime linee guida della European Society for the Study of Coeliac Disease (ESsCD) dedicano un capitolo a questo momento particolare in cui il paziente dovrebbe essere inviato a personale specializzato in materia di celiachia (Dietologo/Dietista), al fine di valutare i pazienti a rischio di potenziali carenze nutrizionali al momento della diagnosi ma anche in seguito e di educarli su come mantenere una dieta senza glutine attenta e sana.

Moltissimi alimenti sono naturalmente senza glutine come riso, mais, carne, pesce, verdura, legumi, frutta, latte, uova, soia, non prelaborati: da qui bisogna partire per l'educazione alimentare, tenendo presenti i principi della Dieta Mediterranea.

Al fine di ottimizzare l'adeguatezza nutrizionale dell'alimentazione, è auspicabile un regime dietetico il più possibile variato, che includa, soprattutto, prodotti naturalmente privi di glutine quali mais, riso, grano saraceno, miglio, quinoa, amaranto, canapa, ed altri cereali minori e pseudocereali, oltre a verdura, frutta, legumi, latte e derivati, uova, carne e pesce. La scelta degli alimenti dovrà avvenire considerando i quantitativi complessivi di macro (carboidrati, proteine, grassi) e micro (vitamine e minerali) nutrienti e fibre consumati quotidianamente, senza demonizzare o esaltare specifici alimenti, prestando attenzione alla composizione nutrizionale dei prodotti trasformati e imparando a leggerne l'etichetta,

obbligatoria per legge, ma anche svolgendo regolare attività fisica, adatta alla propria condizione di salute, età e sesso.

Uno spazio va dedicato alla contaminazione: sappiamo che anche tracce di glutine possono essere dannose per la sua salute. Purtroppo non esistono degli strumenti per determinare o misurare la contaminazione, per cui al momento l'unico strumento che abbiamo è la precauzione.

Peraltro, per evitare le suddette contaminazioni, il celiaco non deve temere di fare presente la propria condizione, in particolare nei ristoranti e negli esercizi pubblici, affinché i gestori del locale mettano in atto le possibili precauzioni che lo possano tutelare.

Diversi studi recenti indicano che i bambini ai giorni nostri, anche se non affetti da celiachia sono a rischio di consumare troppi grassi e avere apporti insufficienti di fibre, ferro, vitamina D, calcio, condizione che può essere aggravata dalla condizione di celiachia.

I protocolli terapeutici dovrebbero includere l'educazione nutrizionale: l'importanza delle etichette, la scelta degli alimenti e la combinazione di macro e micronutrienti.

I bambini con celiachia in dieta senza glutine dovrebbero essere incoraggiati a ruotare pseudo-cereali, consumare prodotti commerciali senza glutine che sono stati fortificati o arricchiti e utilizzare alimenti locali e naturalmente senza glutine. Spesso i prodotti specificatamente formulati senza glutine vengono accusati di essere scadenti dal punto di vista nutrizionali.

Andando a vedere la letteratura si trovano pochi studi e anche datati in cui vengono analizzati alimenti specificatamente formulati senza glutine consumati negli USA, in Canada, in Cile dove si evince effettivamente apporto scarso di fibre, proteine, folati, ecc.

Un recente studio condotto in Italia ha effettuato una comparazione dei valori nutrizionali dei prodotti sostitutivi senza glutine con gli alimenti tradizionali. Sono stati analizzati più di 200 prodotti sulla base di quelli maggiormente consumati. Lo studio ha rilevato alcune differenze, non sempre a discapito degli alimenti per celiaci e i profili nutrizionali in linea generale possono considerarsi sovrapponibili. Aspetti da tenere in considerazione comprendono anche i dati di letteratura su studi di popolazione riguardanti le abitudini alimentari.

L'esclusione del glutine fa spesso passare in secondo piano l'importanza della qualità nutrizionale delle scelte alimentari da parte dei celiaci.

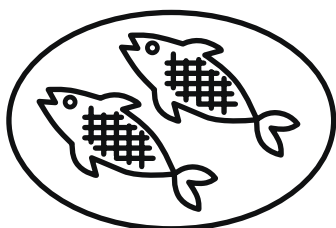
## II SESSIONE

Questo aspetto è stato testato attraverso un'indagine condotta grazie ad un lavoro di tesi dal titolo "Valutazione dell'Aderenza alla Dieta Mediterranea in Adulti con Celiachia".

Il punteggio medio ottenuto dagli adulti celiaci è indicativo di una scarsa aderenza alla dieta mediterranea con un ridotto apporto di micronutrienti, carboidrati e fibra, uno scarso consumo di proteine vegetali e un elevato consumo di proteine animali, dati in linea con la letteratura.

I risultati sembrerebbero non dipendere dalle restrizioni imposte dalla dieta senza glutine in quanto frutta, legumi, pesce e verdura, scarsamente o mediamente consumati, sono tutti alimenti naturalmente senza glutine; il medio consumo di cereali potrebbe essere dovuto ad una non adeguata sostituzione dei cereali e derivati con glutine con i corrispettivi senza glutine, mentre il medio consumo di carne e latticini potrebbe essere dovuto alla provenienza geografica della maggior parte dei partecipanti.

In conclusione, i celiaci dovrebbero essere incoraggiati a fare scelte nutrizionali in linea con la Dieta Mediterranea al fine di migliorare il proprio stato di nutrizione e prevenire l'insorgenza di squilibri nutrizionali e metabolici.



1. [www.celiachia.it](http://www.celiachia.it)
2. [www.aicpiemonte.it](http://www.aicpiemonte.it)
3. European Society for the Study of Coeliac Disease (ESsCD) guideline for coeliac disease and other gluten-related disorders First Published April 13, 2019
4. Newberry et al Curr Gastroenterology Rep 2017
5. Journal of Multidisciplinary Healthcare 2016;9 529-536
6. Nutrients 2019 Jul 13;11(7). pii: E1588. doi: 10.3390/nu11071588. Nutritional Deficiencies in Children with Celiac Disease Resulting from a Gluten-Free Diet: A Systematic Review.

## **La comunicazione della diagnosi: aspetti psico relazionali**

*Dott.ssa Francesca Parziale - Psicologa, Psicoterapeuta  
Consulente AIC Piemonte Onlus*

La diagnosi di celiachia può avere un impatto sul piano psicologico e relazionale importante per il celiaco neodiagnosticato e segna uno spartiacque significativo nel corso della sua vita. Infatti, si tratta di una condizione cronica che può spaventare e non lascia la speranza di ritornare ad essere non celiaco. L'unica cura è la dieta senza glutine, che richiede: accettazione, impegno e capacità di affrontare le criticità, ad essa legate, nella quotidianità. Inoltre, il celiaco può vivere con difficoltà il rapporto con il cibo, diventato improvvisamente un nemico, e con la propria immagine corporea.

È quindi importante non svalutare i vissuti del celiaco, ma sostenerlo attraverso un ascolto empatico. Le reazioni ed i vissuti emotivi alla diagnosi possono dipendere da diversi fattori, quali: età alla diagnosi, sintomatologia, risorse personali ed extrapersonali e storia familiare. In particolare, la celiachia asintomatica può risultare più difficile da accettare in quanto l'assenza di sintomo non produce un rinforzo alla dieta gluten-free.

Per il celiaco è importante anche ricevere il sostegno all'interno dei gruppi sociali nei quali è inserito (famiglia, ambiente lavorativo e amicale), per non rischiare una perdita di capitale sociale con conseguenti ricadute sul piano psicologico e relazionale.

L'invio ad una presa in carico psicologica è auspicabile nei casi in cui emergano difficoltà legate al SÉ, all'ambito relazionale e sociale e quando si evidenziano sintomi afferenti ad un quadro depressivo o dei disturbi dell'ansia o dei disturbi del comportamento alimentare.



## III SESSIONE

### **Follow-up: monitoraggio della celiachia - buone pratiche**

*Dott.ssa Francesca Castellino - Dirigente Medico I Livello Gastroenterologia ed Endoscopia Digestiva - Ospedale Humanitas Gradenigo - Torino*

Parlare di buone pratiche di monitoraggio non è così scontato, quando da lavori relativamente recenti emergono dati di inadeguato monitoraggio dei pazienti celiaci per mancanza di indicazioni specifiche e univoche su follow-up e timing, sulla sierologia da utilizzare e sulle indicazioni a una seconda biopsia duodenale. Le linee guida invece ribadiscono l'indicazione a sottoporre il paziente celiaco a regolare follow-up a lungo termine, per valutare residui o nuovi sintomi, l'aderenza alla dieta aglutinata e l'eventuale sviluppo di complicazioni. Una volta fatta la diagnosi, il paziente celiaco deve aderire alla dieta senza glutine per tutta la vita. Ruolo centrale nel follow-up ha la valutazione dell'aderenza alla dieta aglutinata, nella quale hanno ruolo fondamentale il gastroenterologo e il dietologo esperti in celiachia.

Vi sono evidenze che la compliance alla dieta aglutinata sia condizionata dalla conoscenza del paziente su celiachia e importanza della dieta senza glutine e che essa sia migliorata da un regolare follow-up. Il monitoraggio dell'aderenza alla dieta aglutinata deve essere basato sulla valutazione dei sintomi e sulla sierologia. Al momento della diagnosi il profilo del paziente deve essere completato dall'esecuzione di esami volti a evidenziare eventuali deficit di micronutrienti (e alla loro eventuale integrazione) oltre ad altri esami di laboratorio. Il monitoraggio include la verifica della normalizzazione delle alterazioni degli esami evidenziati al momento della diagnosi. Non vi sono studi che indichino un'assoluta necessità della ripetizione di una biopsia di follow-up in tutti i pazienti, biopsia che deve essere invece eseguita in gruppi selezionati di pazienti quali quelli con persistenza o ricomparsa di sintomi nonostante la dieta aglutinata, anche in presenza di negatività anticorpale. Il follow-up deve essere più frequente nel primo anno dalla diagnosi per ottimizzare la compliance al cambiamento dietetico, mentre a dieta consolidata può essere annuale.

Poiché nei pazienti celiaci vi è aumentato il rischio di osteoporosi e fratture, è necessario monitorizzare la densità ossea.

Nel 7-30% dei casi, dopo 6-12 mesi di dieta aglutinata si può verificare la persistenza di sintomi, segni, anomalie di laboratorio tipiche della celiachia: sono i pazienti slow responders. Nel 35-50% dei casi la causa è dovuta ad errori dietetici. Le linee guida, infine, suggeriscono che venga effettuato lo screening sui familiari di primo grado e che i familiari a rischio vengano monitorizzati con la sierologia.



## **Ruolo dell'integrazione nella celiachia come supporto e coadiuvante della terapia**

*Dott.ssa Simona Bo - Direttore Scuola di Specialità in Scienze dell'Alimentazione Università degli Studi di Torino*

Gli integratori alimentari sono definiti dal Ministero della Salute come "prodotti alimentari destinati ad integrare la comune dieta e che costituiscono una fonte concentrata di sostanze nutritive, quali vitamine e minerali, o di altre sostanze aventi un effetto nutritivo o fisiologico".

Gli integratori alimentari non hanno proprietà curative, ma possono contribuire al benessere dell'organismo ottimizzando lo stato nutrizionale.

Nel soggetto celiaco le carenze nutrizionali più comuni comprendono micronutrienti come ferro, zinco, magnesio, vitamine del gruppo B, vitamina D, folati, calcio e fibre.

A questo proposito le linee guida della European Society for the Study of Coeliac Disease, in accordo con la letteratura, raccomandano al paziente neodiagnosticato una valutazione dei livelli di micronutrienti essenziali quali ferro, acido folico, vitamina D e vitamina B12. Si raccomanda inoltre anche una dieta ricca in fibre, che comprenda cereali integrali e un'ampia varietà di vegetali.

La necessità di utilizzare integratori alimentari nel soggetto celiaco è tutt'ora oggetto di dibattito.

A questo proposito si può affermare che in base ai dati presenti in letteratura, in mancanza di una carenza documentata, se il soggetto segue adeguatamente la dieta senza glutine, non vi è necessità di assumere supplementi a priori.

Relativamente all'utilizzo di probiotici invece sono necessarie ulteriori evidenze prima di fornire raccomandazioni in merito, anche se l'utilizzo sembra promettente.

### III SESSIONE

## **A che punto è la ricerca? Possibili terapie alternative a complemento della dieta senza glutine?**

*Dott.ssa Raffaella Pulitanò - Dirigente Medico I Livello SOC Gastroenterologia Ospedale Santa Croce e Carle Cuneo*

Benché la terapia per la malattia celiaca esista, sia efficace e non presenti effetti collaterali, i pazienti celiaci auspicano da tempo alternative alla dieta senza glutine e da anni sono in effetti in corso ricerche relative a nuovi trattamenti in tal senso.

Le attuali opzioni si basano sui diversi step fisiopatologici della celiachia, che vedono coinvolti aspetti alimentari, immunologici, enzimatici, genetici.

Di seguito vengono elencate alcune della proposte in fase di studio:

1. Produzione di prodotti alimentari con glutine non tossico. Il recente utilizzo della tecnologia CRISPR/Cas9 che consente modificazioni puntuali del DNA rappresenta una speranza in tal senso. E' stato prodotto pane contenente glutine a cui sono stati rimossi i peptidi tossici, ottenendo una riduzione dell'85% della capacità immunostimolante.
2. Polimero sequestrante il glutine nell'intestino.
3. Vaccino per desensibilizzare i pazienti (NexVax2).
4. Antagonisti di HLA DQ2.
5. Inibitori della transglutaminasi tissutale.
6. Ripristino della normale permeabilità della mucosa intestinale mediante antagonisti della zonulina. Il farmaco, larazotide acetato, va assunto prima dei pasti. Al momento non è ancora chiaro il quantitativo di glutine consentito.
7. Utilizzo di enzimi in grado di scindere i peptidi tossici del glutine. Le glutenasi sono presenti in alcuni batteri. L'estrazione di tali enzimi dai batteri e la formulazione in capsule da somministrare ai pasti potrebbe rappresentare una valida alternativa.

Di tutti i farmaci citati solo la larazotide acetato è in fase di studio avanzata essendo in fase 3, tutti gli altri al momento risultano essere in fase 2.

La scommessa rimane tuttavia l'immissione in commercio di un farmaco che garantisca uguali standard di sicurezza, efficacia e costi della dieta gluten free, attualmente l'unica valida terapia per la celiachia.

## **Ruolo del medico di famiglia**

*Dott.ssa Alessandra Taraschi – Medico di Medicina Generale ASL Città di Torino  
Membro dei giovani medici di OMCEO*

Secondo la Relazione annuale al Parlamento sulla Celiachia del 2017, rispetto al 2016 le diagnosi di celiachia hanno avuto un incremento inferiore agli anni precedenti.

Tuttavia questo dato non rispecchia, come ci si potrebbe augurare, una effettiva diminuzione dell'incidenza della patologia, ma al contrario una difficoltà nel diagnosticare i nuovi pazienti celiaci. Questa contingenza deriva dal fatto che i sintomi relativi alla celiachia stanno diventando sempre più atipici, rendendo ostica la diagnosi per un medico non avvezzo a conoscere tutte le sfumature con le quali può presentarsi tale patologia.

Considerando che i celiaci in Italia dovrebbero essere circa 600mila, ma ne sono stati diagnosticati solo 200mila, si capisce la portata del problema.

Dunque per porvi rimedio appare fondamentale il ruolo del medico di famiglia, che conosce il paziente da «sempre» ed è in grado di valutare il suo stato di salute globale, valutando il modificarsi dei suoi sintomi, la comparsa di nuovi sintomi correlabili alla celiachia, o la presenza di altre comorbidità sospette.

Conosce la famiglia del paziente, ed è in grado di ascoltare, aiutare, indirizzare verso gli esami di screening più appropriati i familiari di primo grado del paziente celiaco, i quali hanno una probabilità fino al 10% di essere loro stessi celiaci.

Inoltre il medico di famiglia, garantendo un accesso diretto e rapido al paziente può incidere significativamente sulla aderenza alla terapia, aiutando il paziente, specie quello neodiagnosticato, nella gestione quotidiana della dieta.

Appare dunque fondamentale sviluppare dei percorsi formativi integrati fra le varie figure professionali coinvolte nella gestione del paziente celiaco per permettere una sempre più efficace assistenza.

Con il patrocinio di



Con il contributo non condizionante di



**DrSchär**  
Innovating special nutrition.

