

CELIACHIA



PATOLOGIE AUTOIMMUNI

La malattia celiaca nella donna



GIULIA DE IACO
Esperta alimentarista



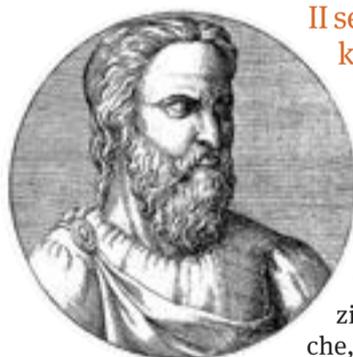
SIMONETTA MARUCCI
Esperta in disturbi del comportamento alimentare



MAURIZIO SILVESTRI
Ginecologo Asl Umbria 2
Tesoriere Aogoi



DANILO ROSSETTI
MD, Uoc Gastroenterologia
e Epatologia pediatrica.
Dipartimento Materno-
Infantile "Sapienza"
Università - Roma



Arateo di
Cappadocia

La coltivazione dei cereali è cominciata in Mesopotamia, nella cosiddetta Mezzaluna Fertile dell'Asia occidentale, nel periodo neolitico intorno al 9.500 a.c.. Probabilmente i primi casi di celiachia non si sono verificati prima di allora.

Arateo di Cappadocia, medico greco che visse in quella zona ed esercitò a Roma nel II secolo D.C., descrisse per la prima volta la celiachia (dal greco κοιλιακός koiliakòs, "addominale"). Questa malattia guadagnò l'attenzione della medicina occidentale quando, Francis Adams medico e traduttore scozzese di trattati di medicina dal greco antico, latino e arabo, presentò nel 1856 una traduzione dei testi di Arateo

LA CELIACHIA È UNA PATOLOGIA AUTOIMMUNE caratterizzata da alterazioni sierologiche ed istologiche tipiche, scatenata dall'ingestione del glutine in soggetti geneticamente predisposti. Con il termine generico glutine si indicano le proteine alcool-solubili presenti nel grano, orzo, segale, spelta e kamut. L'epidemiologia di tale condizione è in continuo aumento, con una prevalenza stimata dello 0.5-1% della popolazione generale, con un rapporto M/F variabile tra 2:1 a 3:1 e maggior frequenza nei parenti di primo grado di soggetti affetti ed in caso di comorbidità con malattie autoimmuni.

La sintomatologia classica (tipica) è caratterizzata da sintomi da malassorbimento, quali diarrea, calo ponderale, dolori addominali, meteorismo. Tali sintomi, più frequenti in età pediatrica, risultano più rari nei soggetti adulti che esordiscono più spesso con manifestazioni simil-colon irritable, con dolori addominali, stipsi alternata a

diarrea oppure sintomi dispeptici e vomito. Alquanto aspecifiche risultano essere le manifestazioni extraintestinali (sintomi atipici), rappresentate da anemia sideropenica, o più raramente macrocitica da deficit di folato e vit. B12, osteoporosi, aftosi orale ricorrente, ipertransaminasemia e sintomi neurologici quali cefalea, parestesie, ansia e depressione. Anche la funzione riproduttiva può essere interessata. Tutti i sintomi risultano reversibili dopo l'avvio di una corretta dieta priva di glutine, seppure talvolta astenia e sintomi funzionali gastrointestinali possano persistere per anni. Si parla di celiachia silente o subclinica quando si ha positività degli autoanticorpi ed alterazioni istologiche duodenali tipiche a fronte di scarsa o assente sintomatologia. Viene definita celiachia potenziale la condizione caratterizzata da sintomi e positività più o meno accentuata degli anticorpi, non associate ad alterazioni istologiche tipiche. Tuttavia la natura di quest'ultima entità risulta tuttora oggetto di ampio

CELIACHIA

dibattito nella comunità scientifica.

Tutti gli esami diagnostici devono essere eseguiti in corso di dieta con glutine per essere validi. L'esame di screening è rappresentato dall'anti-transglutaminasi (anti-tTG) di classe IgA, dotata di sensibilità e specificità superiori al 95%. In caso di positività va eseguito un dosaggio di conferma associato alla ricerca degli anticorpi anti-endomisio (Ema) IgA, e successivo esame endoscopico mirato. In caso di concomitante deficit di IgA risulta necessario il dosaggio degli anti-tTG di classe IgG e degli anticorpi anti-gliadina deamidata IgG. Non trovano invece più nessuna applicazione gli anticorpi anti gliadina (Aga), dotati di scarsissima specificità.

L'esame genetico di tipizzazione dell'Hla di tipo 2, allo scopo di identificare i genotipi associati a maggior rischio di sviluppare celiachia, DQ2 e DQ8, non è raccomandato di routine nel processo diagnostico, essendo utile solo in casi selezionati per una diagnosi di esclusione, grazie all'elevato valore predittivo negativo.

Il *gold standard* per la diagnosi risulta essere l'eso-fagogastroduodenoscopia con biopsie multiple a livello del bulbo e della seconda porzione del duodeno. L'esame istologico permetterà di rilevare l'aumento dei linfociti intraepiteliali (Iel), la diminuzione del rapporto villo-crypta (<3:1) e l'atrofia dei villi intestinali. Tali alterazioni permettono di identificare i tre stadi della classificazione secondo Marsh-Oberhuber, di cui lo stadio 3, che corrisponde all'atrofia villare (con tre sottoclassi: 3a, 3b, 3c, a seconda del grado di quest'ultima), risulta diagnostico di celiachia. Mentre in età pediatrica sono sufficienti elevati livelli di anti-tTG IgA confermati in due occasioni per fare diagnosi, evitando in tal modo l'esame endoscopico, quest'ultimo risulta ancora indispensabile negli adulti, secondo le ultime linee guida dell'American College of Gastroenterology, seppure studi recenti abbiano mostrato una buona accuratezza diagnostica della combinazione di anti-tTG, Ema e tipizzazione genomica dell'HLA4.

L'unica terapia attualmente disponibile efficace sia nella risoluzione dei sintomi che nella prevenzione delle complicanze a lungo termine è la dieta rigorosa priva di glutine. Questa deve esse-



re iniziata il prima possibile e mantenuta per tutta la vita, eliminando i prodotti con cereali contenenti glutine anche in minima quantità. Seppure negli ultimi anni, grazie alla fiorente commercializzazione di prodotti alimentari per celiaci, sia molto più semplice seguire questo regime alimentare rispetto al passato, tale dieta non è scevra da potenziali ricadute negative sia sugli aspetti nutrizionali che psico-sociali. Per tale motivo grande attenzione è stata rivolta alla ricerca di possibili terapie farmacologiche in grado di consentire ai pazienti di poter assumere glutine, che non risultano però ancora applicabili alla normale pratica clinica.



Grande attenzione è stata rivolta alla ricerca di possibili terapie farmacologiche in grado di consentire ai pazienti di poter assumere glutine, che non risultano però ancora applicabili alla normale pratica clinica



La malattia celiaca

La celiachia danneggia la salute della donna in tutte le età: dal menarca alla menopausa attraversando la gravidanza e l'allattamento

IL MENARCA può essere ritardato, spesso in assenza di altra sintomatologia. La prima mestruazione tende a comparire anche intorno ai 18 anni. La celiachia può causare l'interruzione temporanea del ciclo mestruale oppure la sua irregolarità ma anche l'anovulazione. Nel 43% di queste si assiste al ripristino delle mestruazioni regolari dopo 6-8 mesi di rigorosa aderenza a una dieta priva di glutine. In donne con disturbi della fertilità la prevalenza di questa patologia si attesta tra il 4 e l'8%. Una percentuale superiore rispetto alla popolazione generale, nella quale la prevalenza di celiachia è stimata intorno all'1%.



Disturbi del comportamento alimentare e

I disturbi del comportamento alimentare (Dca), quali anoressia nervosa (An), bulimia nervosa (Bn), disturbo da alimentazione incontrollata (Bed) e altri Dca non altrimenti specificati (Ednos), sono malattie gravi che colpiscono un gran numero di persone in tutto il mondo, con andamento epidemico, senza differenze sostanziali di razza, etnia o condizioni socioeconomiche. Spesso il decorso è cronico, e si associa a comorbidità e sequele sia psichiatriche che mediche

ANCHE SE SI STA OSSERVANDO un significativo incremento nel sesso maschile, la prevalenza dei disturbi alimentari è più alta tra le donne, soprattutto in età riproduttiva ed anche tra le donne in gravidanza (5%) il che genera una preoccupazione sulla salute della madre e del feto. Nonostante nei Dca, in particolare modo nella An, sia frequente l'Amenorrea, tuttavia possono verificarsi gravidanze non programmate, in parte a causa dei cicli mestruali irregolari che inducono le donne a ritenere di non aver bisogno di metodi contraccettivi.

IL CRITERIO DIAGNOSTICO fondamentale, che troviamo nel Dsm-V, è rappresentato da una morbosa paura di ingrassare ed una tendenza a centrare il proprio valore personale al peso, alla forma o all'aspetto del corpo, ed alla capacità di mantenere e controllare un basso peso attraverso le restrizioni alimentari e vari metodi di compenso, quali vomito, utilizzo di lassativi, diuretici, iperattività fisica. In gravidanza, la prospettiva di un aumento di peso diventa spesso destabilizzante, anche se, in generale, i sintomi dei Dca si riducono durante questo periodo.

GLI EFFETTI DI QUALSIASI DCA durante la gravidanza non sono limitati alla salute della sola donna ed è importante considerare le conseguenze che la malattia può avere sul bambino.

Non è facile arrivare tempestivamente alla diagnosi, poiché molto spesso le pazienti tendono a non rivelare la loro storia e a negare anche a sé stesse il problema. Alcune comorbidità, inoltre, aggravano ulteriormente il quadro di malnutrizione legato a un Dca in gravidanza.

UNA DELLE PIÙ COMUNI e, spesso, non riconosciuta o sottostimata, è la celiachia. Vi è una comprovata associazione tra la celiachia e i disturbi del comportamento alimentare. La forzata selettività e restrizione dietetica su alcuni alimenti, dei pazienti affetti da celiachia potrebbe facilitare lo sviluppo di un pensiero ossessivo nei riguardi del cibo e dell'immagine corporea, con comportamenti restrittivi che possono



nelle età della donna

I DISTURBI GASTROINTESTINALI da malattia celiaca possono associarsi all'endometriosi; se ne osserva una prevalenza maggiore rispetto alla popolazione generale. La sintomatologia dolorosa a volte si riduce dopo un anno di assenza di glutine. Anche la leucorrea recidivante è associata alla malattia.

LE DONNE CELIACHE HANNO UNA VITA FERTILE PIÙ BREVE

LA MENOPAUSA tende ad arrivare con un anticipo di circa 7 anni. Verosimilmente per il mancato assorbimento intestinale di micronutrienti, come zinco e selenio, essenziali per il corretto funzionamento dei meccanismi ormonali che regolano il ciclo ovarico. Inoltre, il 75% di loro in menopausa soffre di osteoporosi. La patogenesi del danno osseo è legata anche al malassorbimento intestinale, soprattutto di calcio e vitamina D.

Altro fattore concorrente all'osteopatia metabolica è l'iperparatiroidismo secondario.

ABORTO SPONTANEO se le celiache non seguono una dieta rigorosamente priva di glutine, vedono aumentato il rischio: maggiore da 3 a 9 volte rispetto alla popolazione generale.

L'INCIDENZA DI PARTO PRETERMINE, del ritardo di crescita intrauterina, della morte endouterina del feto, della preeclampsia, del feto piccolo per età gestazionale e del suo basso peso alla nascita si riscontra con notevole frequenza nelle gestanti celiache. Una dieta appropriata riduce il rischio di recidiva nelle gravidanze successive.

ANCHE LE MALFORMAZIONI fetali sono più frequenti, soprattutto i difetti di chiusura del tubo neurale. Infine, le puerpere celiache non trattate, hanno una ridotta durata dell'allattamento al seno. In media di 2,5 volte in meno rispetto alle altre puerpere.

celiachia

poi aumentare il rischio di perdita di controllo ed abbuffate. Dca e celiachia condividono l'età di esordio, la preadolescenza e adolescenza, età delicata in cui si costruisce la propria identità e nella quale una variazione rapida del peso corporeo può rappresentare un fattore di vulnerabilità.

LA DIETA SENZA GLUTINE, unica terapia per la Celiachia, pone un carico restrittivo cronico sul paziente, e l'ansia rispetto al necessario monitoraggio vigile può agire come un fattore di rischio specifico per lo sviluppo di un pensiero ossessivo e poi di un Dca.

La cosa più grave è che, prima della diagnosi di celiachia, gli individui possono presentarsi come sottopeso, e la sospensione del glutine con miglioramento dello stato dell'intestino, determina un recupero ponderale, spesso vissuto negativamente tanto da indurre una alimentazione non corretta allo scopo

di ripristinare un malassorbimento con perdita di peso.

ALCUNI STUDI DIMOSTRANO che i disturbi alimentari e la celiachia non solo possono coesistere, ma potrebbero anche avere una base genetica in comune, tipica delle malattie autoimmuni. Spesso, i Dca e la celiachia, possono presentarsi con gli stessi sintomi e la diagnosi differenziale è spesso difficoltosa: sintomi gastrointestinali, come il dolore addominale e il gonfiore allo stomaco, potenzialmente causati dalla malattia celiaca, potrebbero essere una ragione in più, in pazienti affetti da disturbi del comportamento alimentare, per aumentare le restrizioni alimentari, e di conseguenza gravare sul decorso del Dca.

IL PROCESSO DIAGNOSTICO costituisce una sfida importante, e da esso dipende poi un corretto approccio terapeutico che deve essere, necessariamente, interdisciplinare.

Consigli alimentari: imparare a leggere le etichette

In Italia, due persone celiache su tre sono donne.

La terapia dietetica, rigorosamente senza glutine, è l'unico trattamento attualmente disponibile. Al momento della diagnosi nasce quindi il dilemma e la paura: ed ora cosa mangio?

CERCHIAMO DI FARE UN PO' DI CHIAREZZA.

In natura, esistono molti alimenti naturalmente privi di glutine.

Sottolineo "naturalmente" perché, spesso, si vedono dispense piene di prodotti confezionati *gluten free* (che spopolano anche tra i soggetti "sani", una vera e propria moda alimentare).

Proviamo a leggere una etichetta di un qualsiasi pane in cassetta *senza glutine* (Sg).

Troveremo amidi, zuccheri, oli di scarsa qualità.

Spesso anche grassi saturi ed idrogenati, che hanno il ruolo di aumentare la palatabilità.

LE FARINE USATE per formulare prodotti a base di cereali Sg, come afferma uno studio pubblicato su *Nutrients*, sono povere in micro e macronutrienti. Riso e mais, le materie prime più usate in queste formulazioni, forniscono pochissime proteine, fibre e folati. Inoltre, la necessità di aggiungere alle formulazioni Sg ingredienti tensioattivi come gli amidi e / o ingredienti proteici e grassi come le proteine del latte e dell'uovo, nonché gli idrocolloidi e le gomme, per contrastare l'assenza di glutine, determina non pochi problemi nutrizionali.

UN ALTRO STUDIO pubblicato sulla rivista *Pediatrics* mette a confronto la quantità di zucchero, grasso, sale e altri ingredienti fondamentali negli alimenti confezionati messi in commercio come "senza glutine" con quelli delle loro controparti con glutine, e rivela che gli alimenti SG confezionati non sono migliori da un punto di vista nutrizionale. In realtà, sotto alcuni aspetti, sono addirittura peggiori. Si è scoperto che gli alimenti confezionati Sg contengono tutte le insidie classiche degli alimenti inscatolati e imbustati, senza avere dei benefici aggiuntivi: hanno meno proteine e grassi ma la stessa, se non maggiore, quantità di zuccheri.

SECONDO UNA REVIEW pubblicata su *Clinical Nutrition*, la dieta Sg è povera in fibre alimentari a causa del basso contenuto di fibre dei prodotti, di solito ricchi in amidi e / o farine raffinate. Povera anche in micronutrienti, in particolare vitamina D, vitamina B12 e folati, oltre ad alcuni minerali come ferro, zinco, magnesio e calcio. È stato, inoltre, segnalato un inadeguato apporto di macronutrienti legato soprattutto alla focalizzazione sull'evitamento del glutine che spesso trascurava l'importanza della qualità nutritiva della scelta. In particolare, è stato riscontrato un maggior contenuto di acidi grassi sia saturi che idrogenati e un aumento dell'indice glicemico e del carico glicemico del pasto.

PERCHÉ ALLORA NON PROViamo A METTERE LE MANI IN PASTA?

Riso, miglio, amaranto, quinoa, grano saraceno, mais, legumi (ceci, fagioli, lenticchie, soia, lupini, fave, cicerchia, roveja...) sono tutti alimenti, a base di carboidrati, che non contengono glutine. Non dimentichiamoci poi le patate. Oltre alle patate comuni, impariamo a conoscere anche le patate dolci (o americane), le patate viola, il topinambur.

PER QUANTO RIGUARDA LA PASTA, scegliamo sempre una pasta 100% del cereale scelto (ad esempio: grano saraceno 100%). Si eviterà, in questo modo, di "mangiare", inconsapevolmente, altri zuccheri o grassi di cattiva qualità.



Mi batto sempre per la lettura dell'etichetta: è la carta di identità di quell'alimento. Noi consumatori, imparando a leggere la lista degli ingredienti, possiamo scegliere consapevolmente cosa comprare o cosa lasciare sullo scaffale del supermercato.

È quindi possibile, anche in presenza di malattia celiaca, mangiare in modo sano e gustoso.

È CONSIGLIABILE AUMENTARE il consumo di cereali (o pseudocereali) ricchi in nutrienti come proteine, minerali, vitamine. Ottimi anche come fonte di fibra. I prodotti industriali, confezionati, "pronti all'uso" si possono lasciare per le eccezioni, quando si è fuori casa, quando non si hanno alternative o si è impossibilitati ad organizzarsi.

Oggi, dobbiamo dirlo, il mondo dell'industria alimentare è sempre più attento: è, infatti, emersa una tendenza interessante verso alcuni miglioramenti.

NELLE ULTIMI ANNI sono stati segnalati livelli di fibre e zuccheri più adeguati rispetto al passato. Possiamo, quindi, trovare dei prodotti Sg di qualità superiore rispetto ad altri, sempre se impariamo a leggere l'etichetta.

IN CONCLUSIONE, in presenza di celiachia, è possibile mangiare sano e, allo stesso tempo, nutrirsi adeguatamente e, soprattutto, piacevolmente?

La risposta è assolutamente sì.

Nonostante la dieta Sg sia necessaria nel trattamento della celiachia e l'attenzione sia rivolta alla prevenzione del glutine, deve essere considerata la valutazione della qualità nutrizionale della dieta.

Potrebbero essere sviluppate strategie educative basate sulla relazione tra nutrienti e cibo e salute umana per ottimizzare l'approccio terapeutico nei pazienti celiaci.

La parola d'ordine (e questo vale per chiunque), però, è organizzazione. Pianificare la propria settimana, creare il proprio menu: sarà più facile evitare di arrivare al pranzo senza sapere cosa mangiare e, quindi, rifugiarsi sulla prima confezione chiusa in dispensa.

(Bibliografia disponibile su richiesta)