

LA MALATTIA CELIACA

(Dal Libro Bianco della gastroenterologia italiana, pagg. 60-61)

La celiachia (o enteropatia glutine-dipendente) è una patologia immunomediata causata, in soggetti con HLA di classe II DQ2 e/o DQ8 e quindi predisposti geneticamente, da una frazione proteica globalmente denominata glutine, presente in alcuni cereali quali grano, segale, orzo. La prevalenza della malattia, ampiamente diffusa in tutto il mondo, è diversa se si prendono in considerazione solo le diagnosi effettuate per la presenza di sintomi o di un quadro clinico eclatante o se si considerano anche le forme asintomatiche, individuate dopo screening sierologico.

Attualmente si ritiene che la prevalenza in Italia sia di circa un caso ogni 100 soggetti e questo fa della celiachia una delle patologie gastroenteriche più comuni tanto da essere considerata malattia sociale e per la quale è stata approvata una legge a protezione dei soggetti affetti nel luglio 2005. La celiachia, un tempo considerata malattia dell'età pediatrica, può in realtà essere diagnosticata a qualsiasi età, anche anziana. Ancora oggi molto spesso il tempo di latenza tra la comparsa dei sintomi e la corretta diagnosi è molto lungo (a volte anche di anni) e ciò è in gran parte dovuto alla presentazione clinica che può essere assai varia: si riconosce un quadro classico di malassorbimento, caratterizzato da diarrea cronica, dolori addominali, calo ponderale o arresto della crescita nei bambini e deficit vitaminici multipli ma sempre più frequenti sono i casi mono o paucisintomatici con sintomi gastroenterici aspecifici (dispepsia o alvo alterno e meteorismo) o con manifestazioni a carico di altri organi o apparati (anemia da carenza di ferro, osteoporosi, aborti ripetuti o infertilità, sintomi neurologici). Tutto ciò implica costi personali e sociali rilevanti con assenze dal lavoro, esami ematochimici e strumentali diversi e ripetuti, visite specialistiche e accessi ai pronti soccorsi sino al raggiungimento della diagnosi. Va ricordato inoltre che circa il 10% dei parenti di I grado di un soggetto celiaco può essere affetto da celiachia e che alcune patologie quali il diabete di tipo 1 o le patologie tiroidee ed epatiche su base autoimmune o la sindrome di Down possono associarsi con una frequenza superiore a quella della popolazione generale alla celiachia e spesso sono asintomatiche (celiachia silente). Per una diagnosi corretta e che risponda alle esigenze di costo/beneficio, è necessario, vista l'ampia variabilità di situazioni cliniche nelle quali il sospetto di malattia potrebbe essere giustificato, considerare innanzitutto quale sia la probabilità della malattia in quello specifico soggetto. Se il sospetto clinico è elevato (ad esempio paziente con grave sindrome da malassorbimento o in presenza di alterazioni endoscopiche suggestive di atrofia villare quali scalloping/riduzione/assenza pliche duodenali, micronodularità) si procede a biopsie multiple duodenali e prelievo ematico per la determinazione degli anticorpi antitransglutaminasi (tTGAlG) e delle immunoglobuline e IgA totali.

La positività di entrambi gli esami confermerà la diagnosi, la normalità delle biopsie con sierologia positiva o la positività istologica con sierologia negativa implicheranno ulteriori esami diagnostici (tipizzazione genetica, nuove biopsie endoscopiche, parassiti). Se il rischio di malattia è moderato-basso sarà sufficiente la determinazione anticorpale e solo in caso di positività si procederà all'endoscopia di conferma. Ovviamente tutti questi esami devono essere eseguiti prima di iniziare una eventuale terapia dietetica.

Una volta posta la diagnosi, la terapia consiste nell'eliminazione permanente e rigida del glutine dalla dieta al fine di eliminare i sintomi, negativizzare la sierologia e ricostituire la normale mucosa duodenale. Poiché non è noto il quantitativo di glutine che può essere dannoso per il singolo paziente e poiché sappiamo che il glutine può essere presente in molti prodotti del commercio non necessariamente a base di frumento (ad esempio salse, salumi, surgelati), un adeguato follow up clinico e sierologico è necessario per assicurarsi che la terapia sia corretta e che non compaiano complicanze, tra cui osteoporosi, altre malattie autoimmuni associate e neoplasie.

Nonostante per i pazienti celiaci il rischio di mortalità sia solo moderatamente aumentato, tale aumento è soprattutto dovuto alla presenza di linfoma o neoplasie del tratto gastroenterico, la cui diagnosi è spesso indaginosa e la prognosi molto infausta.

Malattia celiaca

Prevalenza: 1/100 abitanti (Italia)

Diagnosi: necessita della esecuzione di endoscopia con biopsie endoscopiche duodenali multiple e del dosaggio sierologico di autoanticorpi specifici.

Mortalità: rischio lievemente aumentato (comparsa di linfoma T o neoplasie dell'intestino tenue)

Livello di assistenza: il follow-up annuale ambulatoriale gastroenterologico si è dimostrato efficace nel miglioramento della compliance alla dietoterapia e nello screening delle complicanze. Vengono eseguiti controlli clinici e sierologici ambulatoriali per la valutazione della risposta alla dietoterapia. In caso di non-risposta sierologica e/o sintomatologica il paziente deve essere valutato attraverso l'esecuzione di indagini di secondo livello dell'intestino tenue (videocapsula endoscopica e/o enteroscopia balloon-assisted).

Ufficio Stampa

SEC Relazioni Pubbliche e Istituzionali srl

Laura Arghittu – 02 6249991 – cell. 335 485106 – arghittu@secrp.it

Federico Ferrari – 02 6249991 – cell. 347 6456873 – ferrari@secrp.it