

Malattie Infiammatorie Croniche Intestinali

Con il termine di malattie infiammatorie croniche intestinali (MICI) ci si riferisce genericamente ad un gruppo di condizioni infiammatorie croniche, ad eziologia ignota, che colpiscono il tratto gastro-intestinale e comprendono: la malattia di Crohn, la retto colite ulcerosa e la colite indeterminata.

La malattia di Crohn (MC) è una patologia caratterizzata da una infiammazione cronica trans murale della parete che può interessare qualsiasi tratto dell'apparato gastrointestinale, dalla bocca all'ano, spesso associato a sintomi e manifestazioni extraintestinali. Il dolore addominale e la diarrea sono i sintomi più frequenti e clinicamente importanti della malattia, spesso complicata dall'insorgenza di fistole ed ostruzioni.

La Retto Colite Ulcerosa (RCU) è una patologia caratterizzata da una infiammazione con andamento recidivo remittente, caratterizzata da una flogosi degli strati superficiali della parete del grosso intestino che colpisce il retto e tende ad estendersi in senso prossimale in modo continuo, uniforme e simmetrico, fino ad interessare il colon con estensione ed intensità variabile.

La Colite Indeterminata (CI) è una MICI in cui coesistono nello stesso soggetto, contemporaneamente e in fasi successive, caratteristiche endoscopiche ed istologiche sia della RCU sia del MC. Le Coliti indeterminate possono rimanere tali o evolvere nel tempo specificatamente verso una delle due forme. Nelle casistiche più recenti la CI rappresenta circa il 10% - 15% di tutte le MICI.

L'incidenza delle MICI è maggiore nei paesi del Nord Europa e del Nord America (2-15/100.000 per la CU e 2-7/100.000 per il MC); esse sono caratterizzate da una flogosi mucosale che, influenzando la capacità di assorbimento dei macro e micro nutrienti, favorisce l'insorgenza della malnutrizione a genesi multifattoriale.

I 2/3 delle persone affette da MICI presentano malnutrizione e ancora oggi, purtroppo, si rivolgono al nutrizionista solo in fase di riacutizzazione della malattia; è invece quanto mai importante una valutazione precoce.

Le Cause di malnutrizione nelle MICI sono:

- Inadeguato intake: ipo/anoressia, nausea, vomito, alterazioni dello stato psicologico, farmaci, occlusione intestinale.
- Aumentate richieste: aumento del Metabolismo Basale.
- Malassorbimento: riduzione della superficie assorbente per flogosi, fistole, resezione, alterazione della microflora intestinale.
- Farmaci: cortisone (calcio), salazopirina (folati), colestiramina (vit. liposolubili)
- Aumentate perdite intestinali: enteropatia protido-disperdente, diarrea (> perdite di zinco, potassio, magnesio), steatorrea (perdita di vitamine liposolubili), perdite ematiche (carezza di ferro).

Gli studi confermano una chiara influenza del tipo di alimentazione sulla patogenesi/riacutizzazione delle MICI, nonché l'importanza dello stato nutrizionale del paziente che condiziona il quadro clinico.

INTERVENTO NUTRIZIONALE E STATO DI MALATTIA

Le strategie terapeutiche nutrizionali sono diverse a seconda dello stato di malattia, che può essere in fase di:

1. remissione,
2. iniziale riacutizzazione,
3. acuta conclamata.

1. FASE DI REMISSIONE

Il paziente può mangiare secondo la tollerabilità individuale rispettando un regime alimentare che generalmente è a scarso residuo, iperproteico, con carboidrati complessi; è raccomandato l'uso

dell'olio di oliva perché ricco di monoinsaturi e il consumo abbondante di pesce, ricco in acidi grassi omega 3, che hanno lo scopo di:

- Evitare l'accumulo di trigliceridi e colesterolo, sulle pareti arteriose
- Proteggere il sistema cardiovascolare: riducendo il rischio di malattie coronariche, ipertensione, arterosclerosi e trombosi
- Ridurre la flogosi
- Favorire la vitalità delle cellule del sistema nervoso centrale
- Aumentare le difese immunitarie
- Esercitare un'azione anticancerogena

Gli acidi grassi omega 3 inoltre possiedono anche un'azione "free radical scavenger" cioè rimuovono i radicali liberi in eccesso (potere antiossidante) e determinano altri effetti biochimici come la riduzione dei livelli circolanti e tissutali delle principali citochine flogogene (IL-1, TNF α).

Per un adulto sano se ne raccomandano da 1 a 1,5 gr/die che si possono assumere con alimenti ricchi in tali sostanze quali aringhe, sardine, salmone, sgombro, consumati due volte la settimana in quantità pari a 250/300 grammi (vedi tabella 1).

Tabella 1 - *Contenuto in omega 3 (g) nel pesce e nei crostacei per gr 100 di prodotto*

Salmone	1.8
Acciuga	1.7
Sardina	1.4
Aringa	1.2
Sgombro	1
Trota	1
Cozza	0.7
Pesce spada	0.7
Tonno	0.7
Sogliola , platessa	0.4
Gamberetti	0.3
Vongole	0.2

E' importante anche l'assunzione della fibra solubile, la sua azione è quella di ridurre il pH intestinale:

fermenta a livello colico con conseguente produzione di acidi grassi a catena corta, il principale nutrimento dei colociti; inoltre inibiscono la crescita di batteri patogeni e facilitano l'assorbimento di acqua e di elettroliti.

L'assunzione dei cibi contenenti lattosio (zucchero contenuto nel latte) è in relazione alla sua tolleranza/intolleranza dimostrata. In caso di intolleranza è importante escludere il latte e i formaggi freschi, pertanto attenzione anche ai prodotti che li contengono (vedi tabella 2). Sono concessi lattini speciali privati del lattosio, formaggi stagionati come il parmigiano.

A tal proposito il parmigiano è consigliato non solo perché privo di lattosio, ma perché le proteine contenute hanno un elevato valore biologico e sono facilmente assimilabili dall'organismo grazie alle profonde modificazioni che subiscono durante il processo della stagionatura. Infatti in seguito all'azione degli enzimi proteolitici (che provengono in parte dal latte e in parte da batteri lattici della cagliata), la caseina originaria del latte viene trasformata subendo una successiva scissione che porta alla formazione di composti a peso molecolare sempre più piccolo e infine di amminoacidi liberi.

Tabella 2 - Contenuto di lattosio (g) nel latte e derivati per g. 100 di prodotto

Latte di mucca	4.5	Fiocchi di latte	2.6
Latte di pecora	4.5	Mozzarella di mucca	1.5
Latte di capra	4.2	Latte privo di lattosio (Zymil, Accadi')	0.5
Panna	4.1	Parmigiano reggiano	0
Burro	4	Grana Padano	0
Ricotta (media)	3.5		
Crema Bel Paese	3.2		
Yogurt	3		

2. INIZIALE RIACUTIZZAZIONE

In presenza di dolori addominali e diarrea, nel sospetto di una iniziale riacutizzazione, è opportuno:

- ridurre il contenuto di grassi nella dieta: i cibi troppo grassi non ben assorbiti potrebbero aggravare la diarrea (consigliato l'uso di olio MCT - trigliceridi a media catena - perché più facilmente digeribile);
- aumentare l'apporto giornaliero di liquidi (> 2 litri): in caso di diarrea persistente può verificarsi una disidratazione con conseguente alterazione della funzionalità renale;
- eliminare cibi ad alto contenuto di fibra;
- limitare l'assunzione di alimenti ricchi in ossalato (il cui apporto non deve superare i 50 mg/die), per il maggior rischio di calcolosi ossalica da iperossaluria. Nei pazienti con resezione ileale di almeno cm 60 può verificarsi un assorbimento maggiore di ossalato, il quale reagirà con il calcio con conseguente formazione di calcolosi ossalica a livello renale. In questo caso gli alimenti da evitare sono: spinaci, cacao, fagioli, rabarbaro, barbabietola, caffè.

E' utile associare probiotici per ripristinare l'equilibrio della flora batterica intestinale.

Inoltre è consigliata una supplementazione con la nutrizione enterale (NE) per:

- ottimizzare l'intake calorico
- determinare una downregulation delle citochine pro-infiammatorie
- promuovere la ricrescita epiteliale
- ridurre la permeabilità intestinale
- ridurre lo stimolo antigienico
- modificare la flora batterica intestinale

3. FASE CONCLAMATA

Durante gli episodi acuti e quando vi siano delle sub-stenosi a livello intestinale, si consiglia una alimentazione semiliquida associata ad una terapia nutrizionale enterale.

Dieta semiliquida

Thè con fette biscottate o biscotto granulare

Crema di riso, semolino con parmigiano (in genere in brodo vegetale)

Pesce omogeneizzato

Purea di patate e carote

Purea di frutta

Nei casi più severi comunque, va sospesa l'alimentazione per os e si effettua una NE considerata terapia nutrizionale d'elezione secondo le linee guida ESPEN 2006.

A tal proposito ricordiamo che dall'analisi della letteratura non sono emerse differenze significative riguardo l'efficacia terapeutica delle miscele enterali polimeriche rispetto a quelle elementari, come pure si è dimostrato ininfluenza il diverso contenuto lipidico. Riguardo le miscele nutrizionali arricchite in particolari nutraceutici, quali glutamina, omega 3 e TGF beta 2, le evidenze scientifiche sono ancora insufficienti per raccomandarne l'uso (evidenze tipo A e B). In ogni caso solo un intervento nutrizionale precoce, permette di prevenire e/o correggere la malnutrizione.

Le indicazioni alla NP nelle MICI secondo le linee guida ESPEN del 2009, sono:

- occlusione intestinale non trattabile
- intestino corto con grave malassorbimento che non si giova della NE
- severa dismobilità intestinale che compromette la NE
- perdita intestinale per fistole ad alta portata e/o ampie resezioni intestinali
- pazienti che non tollerano la NE