

Valutazione dello stato nutrizionale e delle abitudini alimentari di un campione di soggetti celiaci

Monitorare anche dopo la diagnosi

L'unica terapia praticabile per i celiaci, ad oggi, è rappresentata dalla completa adesione ad un regime dietetico con prodotti privi di glutine. Purtroppo però, se non correttamente gestita, tale terapia nutrizionale può rivelarsi "un' arma a doppio taglio".

Sono infatti altrettanto molteplici i rischi che si possono facilmente presentare: la non corretta adesione al regime dietetico privo di glutine, un eccessivo arco di tempo intercorso prima dell'inizio della dieta con un elevato rischio di complicanze correlate alla patologia, un abuso nel consumo di prodotti dietetici gluten-free con eventuale rischio di complicanze metaboliche a lungo termine, infine, il possibile instaurarsi di un regime dietetico monotono e sbilanciato che potrebbe indurre l'insorgenza di altre patologie connesse ad una cattiva alimentazione, con elevato rischio di compromissione dello stato nutrizionale (malnutrizione per eccesso o per difetto).

Obiettivi

Gli obiettivi di questo studio sono stati essenzialmente quelli di esaminare le abitudini alimentari di un campione di 120 celiaci diagnosticati e a dieta priva di glutine.

Gli aspetti fondamentali, sui quali si è voluto indagare, sono i cambiamenti nelle abitudini alimentari a seguito dell'adesione ad un nuovo stile dietetico, eventuali modifiche ponderali dall'inizio della dieta, la registrazione dell'I.M.C. (indice di massa corporea = body mass index) del campione in esame quale stima dello stato nutrizionale, la copertura dei fabbisogni nutrizionali di energia e nutrienti rispetto a quelli consigliati dai L.A.R.N. (livelli di assunzione raccomandata dei nutrienti), il tempo medio intercorso tra la diagnosi e l'inizio della dieta priva di glutine, il tipo di dieta maggiormente seguito e l'osservazione della tipologia di prodotto senza glutine maggiormente scelta.

Materiali e metodi

Lo studio è stato realizzato attraverso la somministrazione di un questionario anonimo in un arco di tempo di circa sei mesi: dal 15 Marzo al 30 Settembre 2009.

Il questionario, validato e precedentemente utilizzato per uno studio dell'Ospedale San Giovanni di Roma, è stato poi modificato alla luce di aspetti aggiuntivi ritenuti rilevanti ai fini della indagine, giungendo ad un totale di 30 domande, per la maggior parte a risposta chiusa o a doppia, tripla scelta.

Le trenta domande sono state suddivise in due parti fondamentali: la prima rivolta alla valutazione dei dati anamnestici riguardanti i parametri antropometrici, patologie presenti e pregresse del soggetto e dei suoi familiari ed infine lo stile di vita seguito (alimentazione, fumo ed attività fisica). La seconda parte si è incentrata sull'anamnesi nutrizionale attraverso la registrazione dell'anno della diagnosi di celiachia e dell'inizio del regime dietetico con prodotti privi di glutine; la valutazione del numero dei pasti giornalieri ed, eventualmente, la negligenza di quelli principali; la presenza di spuntini extra e la tipologia di alimenti assunti in tali occasioni; la frequenza di assunzione dei vari alimenti nell'arco del giorno, della settimana e del mese.

Il lavoro successivo è stato di definire la composizione in nutrienti dei singoli alimenti, selezionati da ciascun partecipante allo studio, nella tabella di frequenza di consumo, permettendo di ricavare la percentuale di macronutrienti, calcolati sul totale delle

Kcal. Per valutare la composizione in nutrienti dei rispettivi alimenti ci si è avvalsi delle apposite tabelle contenute nel manuale "Composizione degli alimenti" pubblicate dall'I.N.R.A.N. (Istituto Nazionale di Ricerca per gli Alimenti e la Nutrizione) e delle tabelle nutrizionali dei principali prodotti industriali senza glutine. I nutrienti calcolati sono stati: carboidrati semplici e complessi, proteine e lipidi, oltre a ricavare una stima della fibra alimentare, valutata in grammi, e delle Kilocalorie assunte giornalmente. Per il calcolo dello schema dietetico si è fatto riferimento ai valori medi rappresentativi di porzioni standard, per fascia di età, di ciascun tipo di alimento, qualora non specificato in altre parti del questionario. Infine i dati ottenuti di I.M.C., di percentuale in nutrienti e di energia sono stati comparati con quelli proposti dai L.A.R.N per ciascuna fascia d'età.

Risultati

In totale i questionari compilati sono stati 120; questi sono stati suddivisi rispettivamente per fasce d'età in bambini (età compresa tra 1 e 10 anni), numero partecipanti: 13; adolescenti (>10 e <18 anni), numero partecipanti: 17; adulti (> 18 fino a 59 anni), numero partecipanti: 90.

Per ciò che concerne la valutazione dell'I.M.C. tutte e tre le fasce d'età hanno riportato una buona percentuale di normopeso: 67% negli adulti, 59% negli adolescenti e 54% nei bambini. La percentuale maggiore di sovrappeso/obesità è presente nella fascia adolescenziale con il 41% sul totale. È stato poi definito lo stato nutrizionale dei 90 adulti in esame in base al valore di I.M.C. (Tab. 1).

Tab. 1. Valori dell'I.M.C. nei 90 soggetti celiaci adulti esaminati.

I.M.C.	N. soggetti	Stato nutrizionale
<18,5	5 (5%)	Malnutriti
18,5-24,9	60 (67%)	Normonutriti
25-29,9	22 (25%)	Sovrappeso
>30	3 (3%)	Obesità

L'attività fisica risultava maggiormente praticata dagli adolescenti (69,2%) ed era invece carente nella fascia adulta (34,4%) e nei bambini (23,5%).

Le percentuali in nutrienti rivelano varie discordanze rispetto a quanto suggerito dai L.A.R.N. (Fig. 1-3).

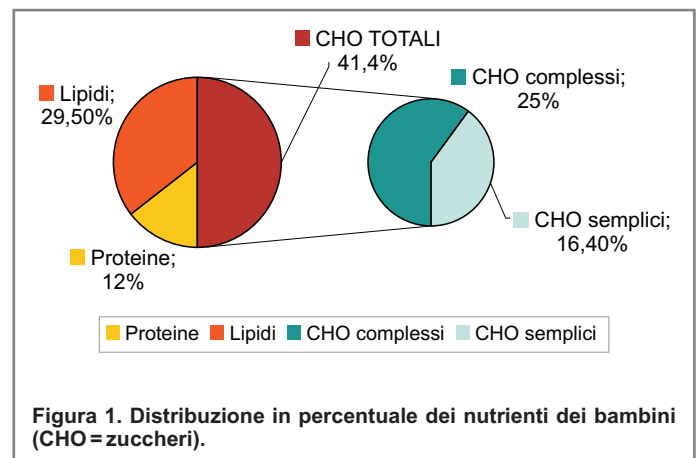
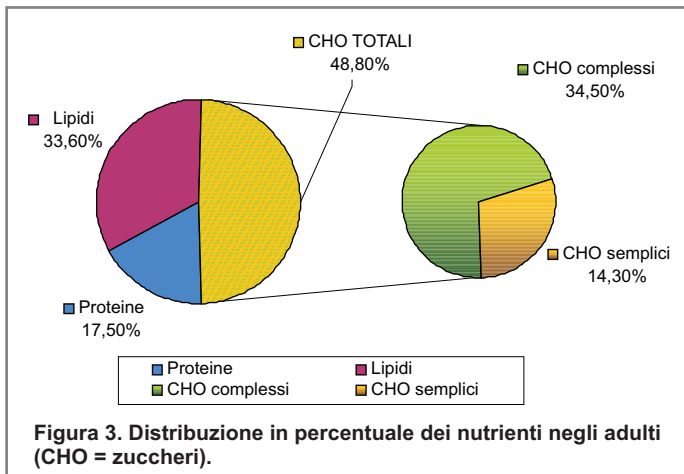
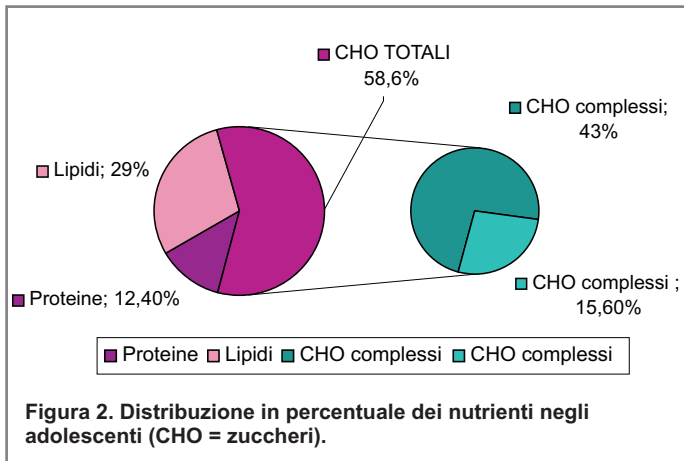


Figura 1. Distribuzione in percentuale dei nutrienti dei bambini (CHO = zuccheri).



Le proteine risultavano superiori alla media negli adulti, sia per il quantitativo in grammi (1,4 g/kg die) che per i valori medi percentuali (17,5%), mentre erano nella norma nelle altre due fasce d'età. La percentuale di lipidi era alta per gli adulti (33,6%) e al limite per le altre due categorie. I carboidrati complessi erano bassi negli adulti (34,5%) e nei bambini (39,3%), mentre quelli semplici erano superiori alla media per tutte e tre le fasce d'età, soprattutto negli adolescenti (20%). La fibra risultava carente, particolarmente per gli adulti e gli adolescenti, con un valore di molto inferiore ai 30g/die consigliati.

Altro dato importante era la presenza, nella dieta giornaliera del celiaco, sia di cereali naturalmente privi di glutine che di cereali senza glutine dell'industria (Fig. 4).

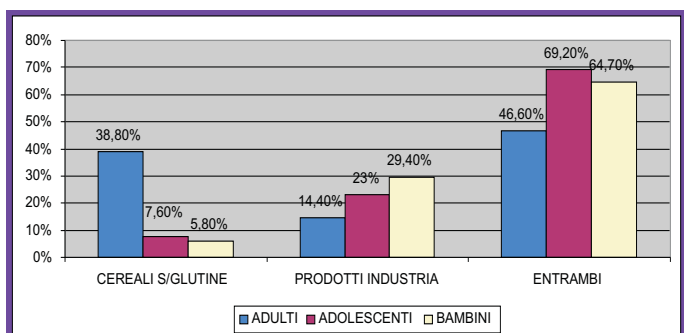
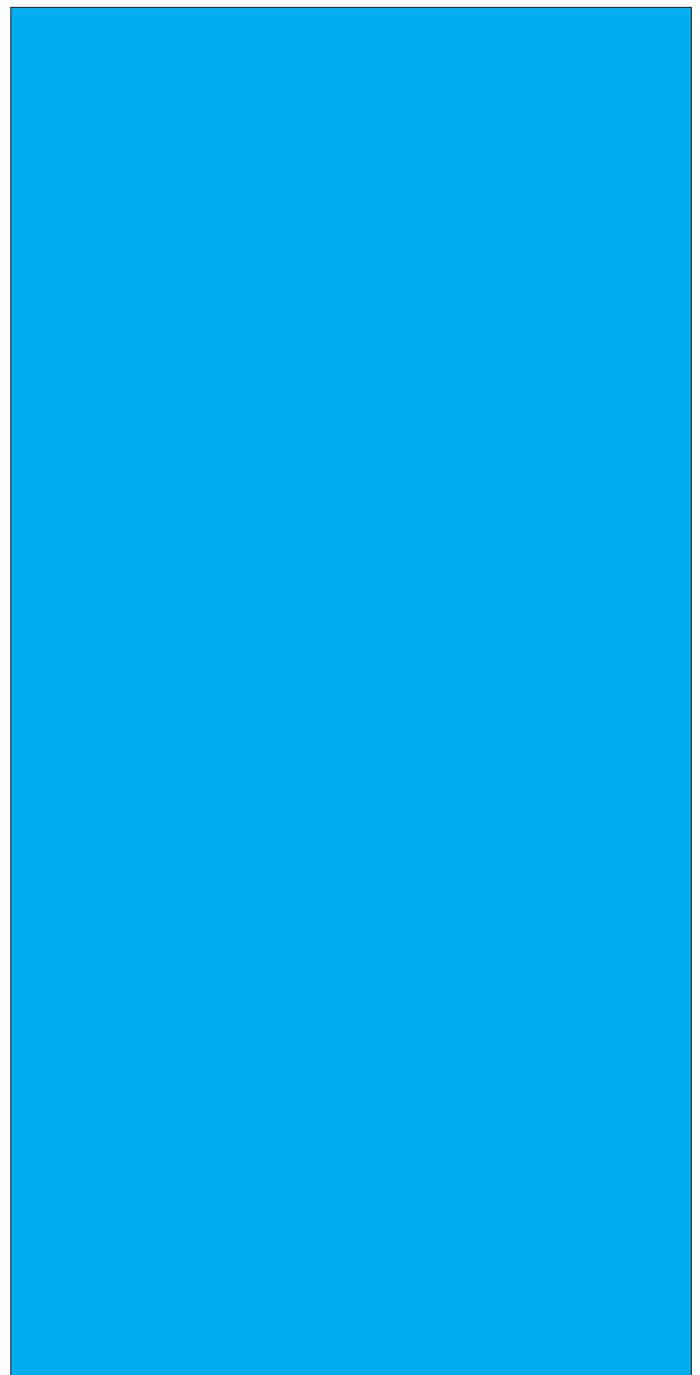


Figura 4. Tipo di dieta seguito

Da notare che per i cereali naturalmente senza glutine i maggiori consumatori erano gli adulti che prediligevano per un 61,1% le patate e per un 52,2% il riso. Per i cereali senza glutine dell'industria i maggiori consumatori erano i bambini che hanno rivolto la loro preferenza verso la pasta, il pane e la pizza dell'industria o preparati in casa con la farina specifica.

L'incremento nell'assunzione di determinati alimenti dall'inizio della dieta vedeva, in ordine decrescente, rispettivamente per gli adulti i formaggi, la carne, il pesce e gli affettati; per gli adolescenti il pesce, la carne, la pasta e i legumi; per i bambini i dolci, gli affettati e la pizza.



La maggior parte dei partecipanti ha affermato di non saltare i pasti principali; per gli adolescenti vi era tuttavia la tendenza maggiore verso tale sbagliata consuetudine (Fig. 5).

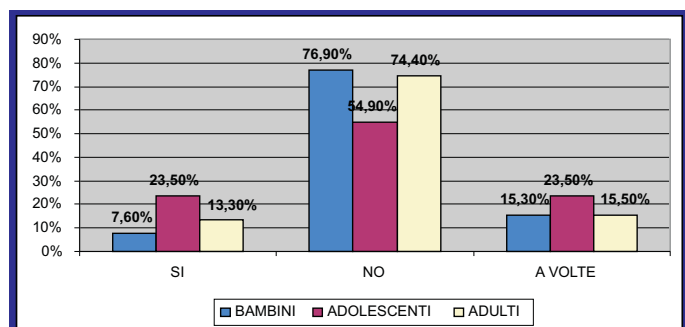


Figura 5. Tendenza a saltare i pasti principali

Anche per ciò che concerne la lettura delle etichette nutrizionali gli adolescenti erano i meno interessati alla composizione degli alimenti, a differenza degli adulti che, oltre ad indirizzare il loro acquisto solo dopo aver letto l'etichetta, erano i maggiori consumatori di alimenti funzionali con particolari benefici aggiunti.

I principali supplementi dietetici utilizzati erano il calcio per i bambini e il ferro per gli adolescenti. Infine, il minor intervallo di tempo riscontrato, tra la diagnosi di celiachia e l'inizio della dieta, è nei bambini, mentre il maggiore è negli adolescenti (nel 29%, non prima di un anno), ciò probabilmente per la difficoltà, in questo particolare momento della vita, di una completa accettazione ed adesione al tipo di dieta che si dimostra, inizialmente, difficile da gestire in molti aspetti personali e relazionali.

Discussione

I risultati di questo studio dimostrano la necessità di monitorare, non solo al momento della diagnosi, ma in ogni controllo, l'I.M.C e la composizione corporea del paziente celiaco nell'ottica di una prevenzione della malnutrizione (sia in difetto che in eccesso) tenendo presente la tendenza all'incremento ponderale e/o i disequilibri metabolici che potrebbero instaurarsi anche a seguito di una dieta priva di glutine non correttamente eseguita (abuso di alimenti "permessi" quali formaggi, uova, affettati, carne e prodotti dietoterapeutici).

In questo contesto, ben si inserisce un'educazione nutrizionale mirata a far conoscere e proporre ai pazienti, e ai familiari, gli alimenti naturalmente privi di glutine e i cereali alternativi (tapioca, quinoa, amaranto, etc.), quest'ultimi, come dimostrato dallo studio, sono ancora poco presenti nelle tavole dei pazienti celiaci, ma potrebbero invece rivelarsi un'interessante alternativa allo schema dietetico.

Tale aspetto risulta inoltre fondamentale per far acquisire ai pazienti la capacità di alternare le fonti glucidiche, realizzare un programma dietetico equilibrato che permetta anche di apportare un livello maggiore di fibra. Si potrebbero, in tal modo, ottenere numerosi benefici tra cui: una riduzione dei grassi saturi di origine animale, un aumento delle proteine vegetali, ad alto valore biologico se inserite nel contesto del piatto unico, una riduzione dell'indice glicemico del pasto e una riduzione dell'assorbimento del colesterolo alimentare.

Ultimo aspetto, ma di pari importanza, è l'incentivo a praticare attività fisica regolarmente, che si tradurrebbe in un ripristino/mantenimento di un'adeguata massa magra e nella possibile normalizzazione dei parametri ematochimici.