

COLITE ULCEROSA E MORBO DI CROHN

(consigli alimentari)

Le **malattie infiammatorie intestinali** (MICI) sono patologie croniche recidivanti; la colite ulcerosa (CU) ed il morbo di Crohn (MC) coinvolgono più di 100.000 persone in Italia (incidenza di 10 casi su 100 mila); insorgono spesso in età giovanile, si protraggono per tutta la vita e manifestano una sintomatologia gastroenterica che crea problemi relazionali e lavorativi in quanto modificano in modo sostanziale la qualità di vita del soggetto coinvolto.

A tutt'oggi non è ancora ben chiaro il ruolo dell'alimentazione nell'eziopatogenesi delle MICI; è certo, però, che il quadro clinico può trarre vantaggio da un corretto trattamento dietetico. Alte quote alimentari di zuccheri semplici (saccarosio) e grassi animali sono correlati con lo sviluppo delle MICI, particolarmente nel caso della CU; al contrario, frutta e verdura sono ritenute protettive.¹ La maggior parte dei pazienti con MICI può comunque seguire una normale alimentazione, rispettando, in prima istanza, le proprie abitudini.

La terapia dietetica rappresenta il primo sistema di difesa per il paziente con MICI nel controllo dei sintomi, quanto nell'indurre più rapidamente la remissione della malattia. Deve essere personalizzata, sulla base delle esigenze del singolo, della sintomatologia, della gravità delle lesioni, della localizzazione, dell'estensione e delle complicanze correlate.

Ogniquale volta, la frequenza delle scariche diarroiche, in corso di malattia attiva, imponga una restrizione alimentare, la dieta dovrà essere integrata da un adeguato apporto energetico e di nutrienti. Particolare attenzione deve essere riservata alle proteine come ad alcune vitamine (folati, vitamina B12, vitamina C, retinolo...) e ad alcuni minerali (magnesio, zinco, calcio, ferro).

La dieta deve comportare un apporto calorico totale di almeno 30-35 Kcal/Kg di peso ideale; deve essere normo-iperproteica (0.8 – 2-3 g/Kg/die) in modo da garantire, nell'adulto, il mantenimento od il ripristino del peso corporeo, entro valori considerati desiderabili; nel giovane, deve consentire, invece, il regolare ed armonico sviluppo corporeo. In questi casi la loro prescrizione avviene in regime ambulatoriale od ospedaliero da parte di esperti nutrizionisti.

Nelle fasi di riacutizzazione è spesso presente la steatorrea (diarrea dovuta a malassorbimento di grassi alimentari); in questi casi è necessaria una riduzione dell'introito dei lipidi alimentari. Peraltro, molto utile è sbucciare la frutta e centrifugare le verdure (non devono essere frullate).

Particolare attenzione deve essere posta nei confronti delle intolleranze alimentari. Queste sono tutt'altro che infrequenti, specie in fase evolutiva; l'intolleranza al lattosio in bambini in corso di MICI è riportata nel 34 %, sino al 50 % per ebrei o neri. Circa la metà delle CU attive, manifestano una temporanea intolleranza, che scompare dopo remissione della forma. La somministrazione di latte può aggravare lo stato diarroico, insieme a concomitante gonfiore e dolore addominale. La sua momentanea eliminazione o sostituzione con latte delattosato sarebbe consigliabile. Nell'eliminare il latte, dovranno essere assicurati, comunque, sufficienti quote calciche con yogurt od alimenti similari ed, in altri casi, con adeguati supporti farmacologici.

¹ Dott Basilico Mauro Via Val Maira 14 Milano

Controverso è il comportamento nei confronti della fibra alimentare. E' ovvio pensare che, in termini generali, una dieta a basso residuo possa contribuire ad un miglioramento clinico. Nella CU, specie retto-ale, la riduzione della fibra che compatta le feci può aumentare l'irritazione mucosa complicando il quadro; in altri soggetti, un alto contenuto di fibra associato ad adeguate quote idriche, renderebbe le feci voluminose e morbide così da proteggere la mucosa e ridurre le perdite ematiche conseguenti all' attrito meccanico. In casi particolari (MC con complicanza stenotica del lume intestinale) una dieta con pochi residui (frutta e verdura) o persino una dieta liquida possono essere necessarie per minimizzare i disturbi.

La dieta FODMAP può ridurre la sintomatologia nel 57% dei pazienti con MC e del 33% nei pazienti con CU. Questa dieta comporta una netta riduzione dei carboidrati non digeribili dall'intestino umano e fermentabili dalla flora batterica intestinale (si tratta dei cosiddetti MAC, Microbiota Accessible Carbohydrates). In pratica devono essere limitati il fruttosio della frutta, il lattosio del latte, i glucosaccaridi dei legumi, carciofi, cavoli...oltre al polioli (sorbitolo, xilitolo...).

Nei pazienti che hanno subito una resezione chirurgica del piccolo intestino (MC complicato), può verificarsi un assorbimento maggiore di ossalato il quale insieme al calcio urinario può sviluppare calcolosi renale. In tali eventualità dovrebbero essere evitati gli alimenti contenenti alte quote di ossalato: spinaci, rabarbaro, fagioli, cacao, bietola, caffè, tè.

Le spezie possono peggiorare la sintomatologia, non tanto per le loro proprietà irritanti, le quali si limitano al tratto superiore, quanto per la loro azione eccitoperistaltica.

Le MICI, ma soprattutto la CU nelle forme più aggressive, possono sfociare in malnutrizione marcata, caratterizzate da anemia, calo ponderale...sino a scadimento delle condizioni fisiche generali. In questi casi si rende necessaria una integrazione od, addirittura, una sostituzione della normale dieta con appropriati prodotti dietetici del commercio. Questi preparati sono composti di miscele liquide alimentari (diete elementari); tali regimi vengono completamente assorbiti nella parte alta del piccolo intestino, senza produrre residui e senza richiedere una complessa digestione prima dell'assorbimento. Sono casi questi che necessitano un approccio multidisciplinare concordato tra gastroenterologo e nutrizionista dedicato.

Nei casi più gravi, in particolare per il MC, ove si renda necessaria una alimentazione per via venosa, interamente sostitutiva a quella orale fisiologica (nutrizione parenterale totale), è indispensabile una ospedalizzazione.²

Ancora controverso è il ruolo della flora batterica intestinale (microbiota) sia nel ruolo eziopatogenetico di queste malattie croniche che nel ruolo terapeutico. Diversi studi hanno mostrato una riduzione della diversità microbica nel suo complesso ed un aumento di una categoria batterica (Bacteroidetes). Purtroppo, solo pochi probiotici hanno mostrato un'efficacia nell'indurre o mantenere la remissione nei pazienti con colite ulcerosa in fase di attività da lieve a moderata.

Elenco di ulteriori consigli:

- Preferire il pane di avena, rispetto a quello di frumento
- Prediligere il pesce tra le fonti di proteine animali (in particolare pesce azzurro)
- La pizza può essere assunta (non piccante o speziata)
- Il limone può essere assunto

² Dott Basilico Mauro Via Val Maira 14 Milano

- Evitare alcolici, bevande gasate, tè, caffè (ammessi decaffeinati o decaffeinati)
- Evitare la frutta secca e le spezie
- Sbucciare la frutta e centrifugare le verdure (in particolare nelle fasi attive)
- I legumi devono essere evitati in fase attiva; in altri casi necessitano decorticazione
- Antinfiammatori naturali consigliabili: acidi da *Boswellia serrata*, estratti di ribes o mirtillo