Screening per celiachia in osteoporosi?

Data 06 marzo 2005
Categoria gastroenterologia

La frequenza della celiachia aumenta di 40 volte nei soggetti con osteoporosi e questo, secondo alcuni autori, giustificherebbe il ricorso ad uno screening per la celiachia nei soggetti con osteoporosi.

Ottocentoquaranta soggetti, di cui 266 con e 574 senza osteoporosi, sono stati sottoposti a screening serologico per celiachia. Ai soggetti con anticorpi antitransglutaminasi o antiendomisio è stata proposta l'esecuzione di una biopsia intestinale per confermare la diagnosi. Ai soggetti con celiachia confermata istologicamete è stata proposta una dieta priva di glutine e sono stati seguiti nel tempo e rivalutati per quanto attiene alla massa ossea. La prevalenza di malattia celiaca confermata istologicamente è risultata del 3.4% nei soggetti osteoporotici e dello 0.2% tra la popolazione non affetta da osteoporosi. i livelli di anticorpi antitransglutaminasi erano correlati con la severità dell'osteoporosi. La dieta priva di glutine è risultata associata con un miglioramento del T score densitometrico.

Fonte: Arch Intern Med. 2005;165:393-399

Commento di Luca Puccetti

Gli autori sulla base dell'aumentata prevalenza di celiachia in soggetti con osteoporosi suggeriscono di procedere con uno screening generalizzato in tutti i soggetti con osteoporosi. La questione appare assai dubbia. Infatti non vengono riportati in questo studio altri elementi clinici che possono essere di aiuto nel selezionare le pazienti da avviare ad una valutazione diagnostica per la celiachia. In particolare non vengono forniti dati relativi al peso ed alla massa corporea ed ancor più ai disturbi dell'alvo. Sicuramente il basso peso può essere una caratteristica poco discriminante in quanto anche nei soggetti con osteoporosi è più frequente rinvenire pazienti con peso ridotto. Un ulteriore elemento di difficoltà risiede nel fatto che la celiachia negli adulti si presenta sempre più spesso in forma paucisintomatica o con sintomi atipici, come emerge da una recente ed importante review dell'Istuto Superiore di Sanità (ISS). Venti centri clinici italiani specializzati nella diagnosi e nel follow-up della celiachia, coordinati dall'Istituto Superiore di Sanità (ISS), hanno messo a disposizione informazioni cliniche relative a pazienti celiaci. In questo studio sono stati valutati esclusivamente i pazienti diagnosticati con età maggiore di 18 anni. La diagnosi di celiachia è stata accettata solo in presenza di evidenza istologica di atrofia della mucosa intestinale, associata al recupero alla biopsia di controllo dopo una dieta priva di glutine e alla positività ai test sierologici (ESPGHAN criteria).
Sono stati considerati 1968 soggetti. I risultati confermano i dati della letteratura (2) evidenziando la notevole variabilità dell'espressione clinica della celiachia in una popolazione adulta: circa il 66% dei pazienti mostrava due o più sintomi alla diagnosi, mentre solo il 76,4% presentava almeno un sintomo.
L'età media alla diagnosi era di 36,7 ± 13,8 anni, il 75,4% dei pazienti erano donne e il 24,6% uomini. La maggior parte dei pazienti presenta classici sintomi come diarrea (50,3%), dolori addominali ricorrenti (14,7%) e stomatite aftosa (10,5%). E' stato trovato un significativo decremento ($p < 0,0001$) della percentuale della diarrea nei pazienti diagnosticati dopo il 1993 (43,3%) rispetto a quelli diagnosticati prima del 1993 (58,4%).
Molti studi in diversi Paesi hanno dimostrato che negli ultimi anni c'è una riduzione nella percentuale di celiaci che presentano diarrea, e un calo ponderale (21,5% vs 40,2% prima del 1993) e un significativo aumento dei pazienti asintomatici (11,9 vs 7,9). Tra i principali sintomi extraintestinali i più rappresentati sono anemia (47,6%), calo ponderale (30,2%) ed osteoporosi (7,4%). E' stato trovato un significativo incremento di anemia (41,9% vs 52,5%) ed osteoporosi (5,1% vs 9,3%) nei pazienti diagnosticati dopo il 1993; ciò potrebbe essere dovuto al fatto che negli ultimi anni si è accertata la stretta associazione tra questi due sintomi extraintestinali e la celiachia, e quindi pazienti con anemia e/o osteoporosi sono stati più frequentemente sottoposti ad accertamenti per la celiachia.
Altri sintomi presenti in percentuali più basse includono: ipoprotidemia, dismenorrea, ipoplasia dello smalto dentario, anoressia, ipertransaminasemia e aborti spontanei.
Le principali patologie concomitanti alla diagnosi sono le patologie autoimmuni (dermatite erpetiforme, diabete di tipo I, tireopatie e altre patologie); da notare la presenza già alla diagnosi di neoplasie maligne (2,0%), delle quali ben 18 (0,9%) erano rappresentate dai linfomi non- Hodgkin (NHL) gastrointestinali. Confrontando il tasso di incidenza annuo degli NHL gastrointestinali nei 1968 pazienti celiaci con quello della popolazione generale (3) è stato riscontrato un aumentato rischio relativo nei pazienti celiaci di 3,3 volte (95% IC = 1,8-5,7).
Tra le cause di questa forte associazione sono state ipotizzate:
l'aumentata permeabilità intestinale a carcinogeni ambientali;
la cronica stimolazione antigenica
il rilascio di citochine proinfiammatorie e deficienze nutrizionali dovute alla celiachia (5).
Pur considerando dunque le difficoltà dovute alla mancata presenza di sintomi gastrointestinali che è sempre più frequente, tuttavia ritengo che sarebbe più corretto, prima di proporre uno screening generalizzato, valutare la validità di uno screening effettuato su un campione selezionato in base al profilo di rischio clinico per malattia celiaca (basso peso, infertilità o ipofertilità, disturbi dell'alvo, dolori addominali, anemia). Inoltre sarebbe interessante valutare non solo la relazione tra celiachia e massa ossea, ma anche quella tra celiachia e fratture da osteoporosi. Il ricorso ad uno screening di massa potrebbe essere giustificato solo se si documentasse la possibilità di evitare le fratture legate all'osteoporosi con dieta priva di glutine associata o meno ad altri eventuali interventi.

Riferimentibibliografici

1. Abdulkarim AS, Murray JA. Review article: the diagnosis of celiac disease. Aliment Pharmacol Ther 2003;17:987-95.
2. Bode S, Gudmand-Hoyer E. Symptoms and haematologic features in consecutive adult coeliac patients. Scand J Gastroenterol1996;31(1):54-60.
3. Gurney KA, Cartwright, Gilman EA. Descriptive epidemiology of gastrointestinal non-Hodgkin's lymphoma in a population-based registry. British Journal of Cancer 1999;79(11/12):1929-34.
4. Sigurgeirsson B, Agnarsson B, Lindelof B. Risk of lymphoma in patients with dermatitis herpetiformis. BMJ 1994; 308:13-5.
5. Key T. Micronutrients and cancer aetiology: the epidemiological evidence. Proc Nutr Soc 1994;53:605-14.

Fonte: Istituto Superiore di Sanità Notiziario: 2004 : Vol. 17 - n 6