

SENSIBILITÀ AL GLUTINE NON-CELIACHIA: UNA NUOVA SINDROME?

Dott. Antonio Di Sabatino

Clinica Medica I, Fondazione IRCCS Policlinico S. Matteo, Università di Pavia, Pavia

Negli ultimi mesi abbiamo assistito ad un acceso dibattito tra sostenitori della *non-coeliac gluten sensitivity* (NCGS) -medici ma soprattutto pazienti, loro familiari e produttori di alimenti senza glutine- e, in numero senz'altro minore, coloro che si pongono in un atteggiamento prudenzialmente critico -medici e ricercatori- preoccupati, tra l'altro, che l'uso indiscriminato dei prodotti senza glutine precluda la diagnosi di nuovi celiaci. Il nostro punto di vista è che questa contrapposizione si sta svolgendo e radicalizzando in assenza di evidenze scientifiche a favore degli uni o degli altri.

Come è stato più volte sottolineato, il concetto di intolleranza al glutine non associata a marcatori sierologici od istopatologici non appartiene né al presente né al recente passato. Si basa sull'osservazione di singoli casi clinici, caratterizzati da intestino normale e da una significativa sintomatologia addominale dopo assunzione di glutine, che regrediva dopo la sua sottrazione dalla dieta e si ripresentava dopo un rechallenge, e su qualche studio controllato ma non privo di lacune metodologiche, come la scarsa chiarezza circa i criteri di inclusione dei pazienti. Chi ha lavorato per numerosi anni sul piano clinico-scientifico sulla malattia celiaca, come il nostro gruppo, ha certo incontrato qualche paziente con queste caratteristiche. Ma è sufficiente tutto ciò per il clamore e per il processo autocatalitico che sul web si è svolto negli ultimi mesi? Com'è possibile riportare su un piano di obiettività scientifica le spinte (magari inconsapevoli, ma certo comprensibili) provenienti dall'industria dei prodotti senza glutine? Le stime epidemiologiche indicate anche in pubblicazioni scientifiche sono da accettare come tali o devono essere sottoposte a verifiche estremamente attente prima di ingenerare comportamenti dietetici scorretti?

Nella popolazione generale degli USA la consapevolezza di NCGS risulta maggiore rispetto a quella di malattia celiaca e questo è strano. In altre parole, se da una parte consideriamo che la sindrome possa esistere, dall'altra siamo inclini ad accettare tutti gli inviti alla prudenza ed al rigore scientifico che da più di una direzione pervengono.

Molti aspetti devono essere ancora chiariti. È stato affermato che la NCGS costituisca non già una sindrome eziologicamente eterogenea ma una vera e propria malattia caratterizzata da una patogenesi immunologica univoca ed, in particolare, da una selettiva attivazione dell'immunità innata. Noi, al contrario, riteniamo che tali conclusioni possano scaturire solo da studi finalizzati a valutare e criticamente esaminare innanzitutto la risposta al pasto di glutine, molecola notoriamente alquanto complessa, da parte dell'individuo normale. A questo proposito, ad esempio, vecchi studi mai più ripresi avevano dimostrato che alimenti contenenti glutine, quali pane e pasta, inducono in volontari sani un significativo aumento dei processi fermentativi intestinali con comparsa di fastidiosi sintomi intestinali, come discomfort o dolore addominale, meteorismo, flatulenza e diarrea, legati all'interazione tra amido e parte proteica (costituita per l'85% da glutine) della farina di grano. Inoltre, il glutine induce modificazioni del transito intestinale naloxone-reversibili e, pertanto, ascrivibili alle sue note proprietà oppioidi. È stato dimostrato che il glutine è anche in grado di causare un basso grado di infiammazione intestinale in modelli sperimentali, anche se questo processo deve essere ancora confermato sull'uomo. Per ultimo, ma non ultimo, i sintomi che alcuni soggetti riferiscono in seguito all'ingestione di glutine potrebbero essere provocati da un effetto nocebo. La rilevanza di questo fenomeno nei pazienti che credono di essere intolleranti a taluni alimenti è già stata comprovata in studi in doppio cieco. È noto che l'effetto placebo delle diete da eliminazione è mediamente largamente superiore a quello dei farmaci, e questo punto riveste, quindi, enorme importanza. Ad ogni modo, per essere chiari, a nostro parere

il nocciolo della questione è: come si fa a parlare di una nuova sindrome senza aver chiarito qual è la risposta al pasto di una molecola così complessa in termini appunto di motilità, fermentazione, svuotamento gastrico e colecistico, interazione degli ormoni intestinali?

È noto che non esiste un biomarcatore utile all'identificazione di questa condizione, e sarà difficile poterne disporre in futuro se la molteplicità eziologica che ipotizziamo verrà confermata. Tutti parlano di cifre e si cercano consensi su nomenclatura e classificazione di questa condizione, ma di fatto sono solo due gli studi randomizzati in doppio cieco finora condotti, quello di Biesiekierski e quello di Carroccio, peraltro su casistiche piuttosto eterogenee e con risultati difficilmente comparabili per differente durata e disegno dello studio (crossover solo nel secondo caso), diverso alimento utilizzato nel braccio attivo (glutine e frumento, rispettivamente), diverso metodo di mascheramento dell'alimento (aggiunta di glutine esogeno al pane aglutinato e capsule, rispettivamente) e differente alimento utilizzato nel braccio placebo (pane aglutinato e xilosio, rispettivamente). Nello studio di Biesiekierski sono criticabili ai nostri occhi la provenienza della popolazione reclutata, in particolare la mancata esclusione di qualsiasi forma di allergia al glutine, ed il fatto che soltanto 13 dei 19 (68%) pazienti inclusi nel braccio attivo hanno riportato sintomi con un punteggio medio inferiore a 40/100 considerando 100 come la massima gravità e 0 l'assenza della sintomatologia. In nessuno di questi due studi i rispettivi Autori si sono preoccupati di valutare a priori la riconoscibilità degli alimenti che "in cieco" contenevano glutine.

In conclusione, il problema della diagnosi di NCGS non è di facile risoluzione. A questo proposito, in un nostro recente editoriale pubblicato su *Annals of Internal Medicine* è presente un'aperta (solo apparente) contraddizione. Anche sulla base delle indicazioni

dell'*American Academy of Allergy*, abbiamo cercato di disegnare un algoritmo diagnostico semplificato che prevede l'impiego di un test in singolo cieco qualora le modificazioni sintomatologiche siano numericamente quantizzabili, riservando un formale test in doppio cieco solo in pazienti particolarmente complessi o in un contesto di ricerca clinica. Ci siamo accorti che tale indicazione che ci sembrava chiara è stata per altri fonte di confusione. Vorremmo qui chiarire, a scampo di ulteriori equivoci, che al momento attuale tutto ciò che riguarda la NCGS si svolge in un contesto di ricerca. Non disponiamo di un biomarcatore, non conosciamo i meccanismi, non abbiamo un solo dato epidemiologico attendibile per capire quanti dei pazienti che ritengono di essere affetti da NCGS lo siano veramente. È possibile, quindi, una sola conclusione: c'è molto da lavorare, tutto questo lavoro si svolge in un ambito pre-clinico, non c'è il minimo spazio per immotivate spinte in avanti (autoprescrizione della dieta aglutinata, campagne pubblicitarie ed altro). Ingiustificate diete aglutarate sono pericolose non solo per i costi a carico della comunità, ma anche per la salute di pazienti erroneamente inquadrati. Non ci sentiamo retri in concludere che qui non si tratta di negare il futuro, ma si tratta di ribadire che il primo dovere etico del medico è quello di perseguire, per vie appropriate, la diagnosi corretta del proprio paziente.