



OPUSCOLO
INFORMATIVO MALATTIE
INFIAMMATORIE
INTESTINALI CRONICHE
(MICI)

Azienda Sanitaria Universitaria Giuliano Isontina



PREMESSA

Sia la Malattia di Crohn che la Colite Ulcerosa sono malattie ad andamento cronico o ricorrente, che si presentano con periodi di latenza alternati a fasi di riacutizzazione.

- ❖ Le MICI sono caratterizzate da un'inflammatione cronica della mucosa dell'intestino, ma esistono delle differenze sostanziali tra Morbo di Crohn e Colite Ulcerosa. L'ipotesi patogenetica comune più accreditata è che un agente esterno (batterico, virale, ambientale) determini in un organismo geneticamente predisposto una inappropriata risposta immunitaria con caratteristiche diverse nelle due malattie.
- ❖ La Colite Ulcerosa interessa solo la mucosa del colon ed è caratterizzata da un'inflammatione a partire dal retto che può estendersi per continuità fino ad interessare tutte le porzioni prossimali del colon.
- ❖ Il Morbo di Crohn coinvolge in maniera segmentale parte dell'intestino e la flogosi interessa tutto lo spessore della parete intestinale.

I **sintomi** delle due patologie sono diversi:

- ❖ Per la **Malattia di Crohn** la diarrea e il dolore addominale, soprattutto localizzato nella parte inferiore destra dell'addome (corrispondente all'ultima ansa ileale, la sede più frequente di malattia) sono i sintomi iniziali più frequenti.

- 🍷 La **Retocolite Ulcerosa** si presenta quasi sempre con diarrea ematica (contenente sangue rosso vivo e muco commisti a feci), associata a "tenesmo" (sensazione di incompleta evacuazione) e talvolta ad anemia.

Entrambe le malattie possono avere periodi di latenza alternati a fasi di riaccensione dell'infiammazione. Quando l'infiammazione intestinale si riacutizza compaiono anche sintomi costituzionali quali febbre, dimagrimento, profonda stanchezza, inappetenza.

Le MICI (malattie infiammatorie croniche intestinali) se non opportunamente trattate possono portare a malnutrizione per:

- 🍷 malassorbimento, riduzione della superficie assorbente/perdita di nutrienti attraverso il tratto intestinale danneggiato per la perdita di proteine, emorragie, dispersione di sali biliari, di vitamine, sali minerali (Ca, Mg, Zn, Se)
- 🍷 maldigestione,
- 🍷 aumento dei fabbisogni dovuti a infezioni, febbre, accessi, terapia steroidea, etc
- 🍷 riduzione dell'introito alimentare (anoressia, dolore, nausea, vomito, diete restrittive, pregiudizi alimentari e alterazione del gusto).

ATTIVITA' DELLA MALATTIA

- 🍷 **Fase attiva:** si riscontra un aumentato dispendio energetico dell'organismo, pertanto è importante correggere i deficit nutrizionali, perdita di peso e ipoalbuminemia spesso associate a malnutrizione. L'alimentazione deve risultare a basso/nulla contenuto in fibra (senza scorie o a basso residuo) e senza lattosio. L'intolleranza al lattosio, purché non preesistente rispetto alla malattia infiammatoria, può essere transitoria. Nella fase attiva, l'alimentazione potrebbe richiedere l'integrazione con supporti nutrizionali, senza lattosio ma con presenza di fibra solubile. In caso di intestino corto post chirurgico non compensato va adottata la Nutrizione Artificiale Domiciliare.

- 🍽️ **Fase lieve/moderata:** graduale introduzione delle fibre alimentari ed eventuali alimenti contenenti lattosio.
- 🍽️ **Fase remissiva:** alimentazione varia, eliminare solo gli alimenti non tollerati, assumere alimenti contenenti lattosio e fibra secondo tolleranza individuale, garantire un apporto idrico adeguato (fabbisogni aumentati in caso di diarrea), pasti frazionati.
 - Evitare restrizioni nutrizionali ingiustificate; masticare lentamente, controllo regolare del peso corporeo.

VALUTAZIONE DELLO STATO NUTRIZIONALE

Frequentemente le MICI sono associate a malnutrizione che risulta correlata all'anoressia generata dall'associazione cibo-sintomi (diarrea, dolore, ecc;) oltre che a malassorbimento nella Malattia di Crohn.

OBIETTIVO DEL TRATTAMENTO NUTRIZIONALE

La correzione di eventuali deficit nutrizionali nella MICI rappresenta parte integrante del trattamento svolgendo un'azione terapeutica primaria, diretta sul processo infiammatorio e quindi sul decorso della patologia di base.

- 🍽️ Ripristinare le perdite di nutrienti
- 🍽️ Mantenere un adeguato stato nutrizionale
- 🍽️ Mantenere il più a lungo possibile la fase di remissione
- 🍽️ Apporto calorico e proteico adeguato ai fabbisogni (la restrizione lipidica va effettuata solo se presenti steatorrea/resezioni intestinali estese)

- 🍷 Apporto idrico adeguato
- 🍷 Ridotto apporto di zuccheri semplici per evitare il richiamo osmotico
- 🍷 Micronutrienti secondo i Livelli Nutrizionali di Assunzione Raccomandati (LARN): eventuali supplementazioni vitaminico/minerali di Fe, vit B12, folati, vit D e Ca (riducono l'incidenza di osteoporosi/fratture ossee e calcoli di ossalato). In pazienti affetti da MICI possono anche presentarsi deficit di zinco, selenio, rame e altri oligoelementi.
- 🍷 Evitare alcolici e fumo

CONSIGLI PER IL REINSERIMENTO GRADUALE DI ALIMENTI CONTENENTI FIBRA ALIMENTARE

Verdure:

- 🍷 inserire una alla volta in piccola quantità i diversi tipi di verdura e valutarne la tolleranza individuale,
- 🍷 Attendere almeno 2 – 3 giorni prima di reinserire un nuovo tipo di verdura,
- 🍷 Ogni verdura tollerata potrà entrare a far parte dell'alimentazione abituale,
- 🍷 Inizialmente introdurre solo verdure passate oppure carote e zucchine lessate (basso residuo) successivamente introdurre le verdure cotte,
- 🍷 Infine introdurre le verdure crude ponendo particolare attenzione alle verdure molto ricche di fibre indigeribili (carciofi, cavoli, broccoletti, rape, barbabietole porri), a quelle contenenti semi e ai legumi,
- 🍷 Assumere verdure crude senza buccia (ad es. pomodori, peperoni).

Frutta:

-  come per le verdure, anche per la frutta bisogna iniziare con quella passata, purea, centrifugati;
-  Successivamente introdurre la frutta cotta, o banana, mela ben mature,
-  Infine inserire la frutta cruda privata dalla buccia e dei semi.

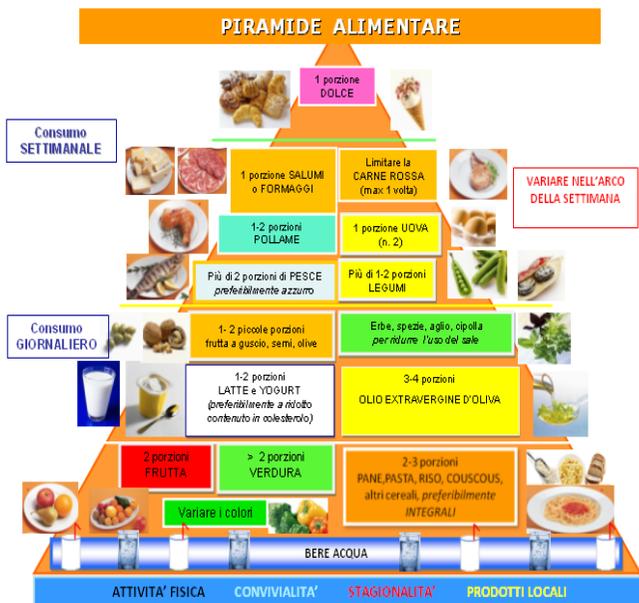
ALIMENTI FUNZIONALI

-  **SCFA** (Acidi grassi a catena corta) derivati dalla fermentazione di carboidrati non digeribili metabolizzati da parte della flora batterica intestinale anaerobica per trasformarla in acidi grassi a catena corta quali acido acetico, propionico, butirrico, (importante quest'ultimo per il ruolo trofico/antinfiammatorio per i colonciti) che intervengono in diversi processi energetici dell'organismo.
-  **Effetto prebiotico** selettivo con miscele di probiotici (lattobacilli – salivarius, acidophilus e bifidobacterium bifidus) importante nella modulazione della risposta immunologia del colon. L'ipotesi patogenetica è che un antigene esterno (batterico, virale) in un organismo predisposto possa attivare il sistema immunitario con conseguente infiammazione della mucosa. Ormai da anni, diversi studi sperimentali mettono in evidenza l'importanza del ruolo dei batteri e all'osservazione che l'assunzione di ceppi batterici costituenti la flora batterica commensale, non patogena, abbia azione terapeutica e di conseguenza suggerisce l'importanza di un equilibrio dell'eco sistema addominale.
-  **Acidi grassi polinsaturi $\Omega 3$** con azione antinfiammatoria e competitiva con $\Omega 6$ (acido arachidonico), principale substrato per la genesi degli agenti di flogosi che vengono liberati in corso di processi infiammatori.

L'ALIMENTAZIONE NELLA FASE REMISSIVA

E' importante sottolineare che nessun tipo di alimentazione si è dimostrata in grado, mediante serie osservazioni scientifiche, di modificare il corso della malattia infiammatoria. La persona che risulta intollerante ad un qualsiasi alimento lo è a prescindere dalla malattia e dovrà eliminarlo dalla propria dieta, come qualsiasi altra persona affetta da questo problema. E' comunque importante accompagnare il paziente nell'autonomia nutrizionale previa valutazione e nella centralizzazione degli obiettivi del trattamento nutrizionale al fine di correggere eventuali deficit presenti.

Il percorso nutrizionale si basa sui principi di corretta e sana alimentazione secondo le indicazioni della piramide alimentare.



Fonti bibliografiche:

- Linee Guida Espen
- Linee Guida SINPE
- Linee Guida NCEP ATP III
- M. O' Sullivan, C. O' Morain "Nutrition in inflammatory bowel disease" Best Practice & Reserch Clinical Gastroenterology
- P. Binetti, M Marcelli, R. Baisi "Manuale di nutrizione clinica e scienza dietetiche applicate" Edizione SEU
- Brown AC, Rampertab SD, Mullin GE. Exting dietary guidelines for Crohn's disease and ulcerative colitis. Expert Rev Gastroenterol Hepatol. 2011 Jun.

PER ULTERIORI INFORMAZIONI CONTATTARE:

il SERVIZIO DI DIETETICA

tel 040/3994389 – 040/3994903

Redatto SC Comunicazione, Relazioni esterne aziendali, Ufficio stampa, URP
ASUGI su testi e immagini forniti dal SERVIZIO DI DIETETICA

Revisione 00 – giugno 2020