

CELIACHIA E VALUTAZIONE ENDOCRINOLOGICA

Responsabile Editoriale
Vincenzo Toscano

Un recente articolo di Napier & Pearce ha riproposto le principali problematiche che l'endocrinologo si trova spesso ad affrontare nella gestione del paziente affetto da celiachia, una patologia autoimmune che ha una prevalenza di $\approx 1\%$ nella popolazione generale [1].

Celiachia e metabolismo osseo

La celiachia in fase attiva, che causa atrofia dei villi dell'intestino tenue prossimale, si associa a un **minor assorbimento** di sostanze nutritive, come il **calcio** e la **vitamina D**. Poichè grado e durata del malassorbimento variano tra i diversi pazienti (anche in relazione all'età di insorgenza), lo spettro di manifestazioni delle alterazioni del metabolismo osseo può variare dall'osteomalacia all'iperparatiroidismo secondario con osteopenia e osteoporosi. I pazienti con celiachia presentano un modesto – ma significativo – aumento del rischio di fratture patologiche. **L'aderenza a una dieta priva di glutine può determinare effetti positivi sul metabolismo osseo** sul medio-lungo termine, soprattutto durante l'infanzia e l'adolescenza [2].

Celiachia e tireopatie

I pazienti affetti da una tireopatia autoimmune hanno il 2-7% di possibilità di sviluppare la celiachia. La tireopatia autoimmune che si associa più frequentemente alla celiachia è l'ipotiroidismo primitivo. Il danno dei villi legato alla celiachia è potenzialmente causa di **malassorbimento della L-tiroxina nei pazienti ipotiroidei, determinando un aumento del suo fabbisogno** [3].

Celiachia e diabete mellito di tipo I

I pazienti affetti da diabete mellito di tipo I hanno il 4-7% di possibilità di sviluppare la celiachia. Entrambe le condizioni condividono gli stessi alleli di suscettibilità (HLA-DR3, HLA-DQ2, HLA-DQ8), e tale aspetto suggerisce che **presumibilmente celiachia e diabete mellito di tipo I presentano meccanismi patogenetici simili** [4].

Celiachia e morbo di Addison

I pazienti affetti da insufficienza surrenalica primitiva su base autoimmune hanno il 6-12% di possibilità di sviluppare la celiachia. La coesistenza di queste due condizioni morbose può essere particolarmente insidiosa, dal momento che molti dei loro sintomi possono sovrapporsi (disturbi intestinali, perdita di peso, astenia).

In conclusione:

- il caposaldo della gestione del paziente affetto da celiachia è la **dieta priva di glutine**, che **migliora l'assorbimento intestinale di farmaci e nutrienti**. Il malassorbimento altera l'assorbimento di alcuni farmaci utilizzati in ambito endocrinologico (es. L-tiroxina, formulazioni di calcio e vitamina D, idrocortisone). È stato ipotizzato che una **dieta priva di glutine possa ridurre l'insorgenza di nuove malattie autoimmuni**, anche se i dati in letteratura a tal riguardo sono discordanti;
- al momento della diagnosi di celiachia e durante il *follow-up* dovrebbe essere preso in considerazione lo **screening** di eventuali **alterazioni del metabolismo osseo** (DEXA, PTH, 25OHD, calcemia, fosforemia, indici di riassorbimento osseo);
- la ricerca di eventuali endocrinopatie autoimmuni associate alla celiachia dovrebbe essere guidata dalla clinica (segni e sintomi), dalla biochimica (es. dislipidemia da ipotiroidismo) e dai dati anamnestici (es. donna con storia di sterilità, aborti ricorrenti o in cerca di una gravidanza);
- l'insorgenza e la diagnosi di endocrinopatie autoimmuni possono precedere quelle della celiachia;
- la **diagnosi di celiachia dovrebbe essere sospettata nel paziente ipotiroideo che richiede dosaggi particolarmente elevati di L-tiroxina o frequenti modifiche della posologia**.

Bibliografia

1. Napier C, Pearce SH. How should I approach standard endocrine evaluation in patients with coeliac disease? *Clin Endocrinol (Oxf)* [2013, 79: 464-7](#).
2. Mora S, Barera G, Beccio S, et al. Bone density and bone metabolism are normal after long-term gluten-free diet in young celiac patients. *Am J Gastroenterol* [1999, 94: 398-403](#).
3. Virili C, Bassotti G, Santaguida MG, et al. Atypical celiac disease as cause of increased need for thyroxine: a systematic study. *J Clin Endocrinol Metab* [2012, 97: E419-22](#).
4. Smyth DJ, Plagnol V, Walker NM, et al. Shared and distinct genetic variants in type 1 diabetes and celiac disease. *N Engl J Med* [2008, 359: 2767-77](#).