

Evento residenziale

La malattia celiachia: dalla diagnosi al follow-up

Padova, 22 Maggio 2026

Centro Congressi Villa Ottoboni

Programma Scientifico

22 MAGGIO 2026

08.30 Registrazione dei partecipanti

09.00 Saluti di Benvenuto ed introduzione del corso

Fabiana Zingone

Linda Balanzoni

Caterina Righetto

09.10 **Il punto di vista dell'Associazione**

Laura Brun

09.20 ***Saluti delle autorità: il ruolo del tavolo di lavoro regionale dedicato alla malattia celiaca***

Rita Mottola

I SESSIONE

La malattia celiaca: stato dell'arte della diagnosi

Moderatori: Ermenegildo Galliani, Paolo Pavanello

09.40 **Celiachia: presentazione clinica e criteri diagnostici dal bambino all'adulto**

Tandem Talk: Lydia Oliva – Paola Gaio

10.10 **La sierologia nella malattia celiaca: pregi e difetti**

Maria Teresa Trevisan

10.30 **Il ruolo dell'istologia nella malattia celiaca: pregi e difetti**

Marco Pizzi

10.50 **Discussione**

Linda Balanzoni, Monica Cibir, Lucio Cuoco, Manuela De Polo, Paola Gaio, Ermenegildo Galliani, Graziella Guariso, Rita Mottola, Lydia Oliva, Paolo Maria Pavanello, Francesca Polato, Marco Pizzi, Caterina Righetto, Giulia Romanelli, Adriana Sergio, Lucia Scaramella, Maria Teresa Trevisan, Fabiana Zingone

REALTIME MEETING

II SESSIONE **La dieta senza glutine**

Moderatori: Graziella Guariso, Monica Cibir

11.10 **I capisaldi della dieta senza glutine**

Tandem Talk: Caterina Righetto – Giulia Romanelli

11.40 **Quadri carenziali del paziente celiaco a dieta senza glutine**

Lucio Cuoco

12.00 **Discussione**

Linda Balanzoni, Monica Cibir, Lucio Cuoco, Manuela De Polo, Paola Gaio, Ermenegildo Galliani, Graziella Guariso, Rita Mottola, Lydia Oliva, Paolo Maria Pavanello, Francesca Polato, Marco Pizzi, Caterina Righetto, Giulia Romanelli, Adriana Sergio, Lucia Scaramella, Maria Teresa Trevisan, Fabiana Zingone

12.30 **Light Lunch**

III SESSIONE **Valutazione nel follow-up del paziente celiaco**

Moderatori: Manuela De Polo, Francesca Polato

13.30 **Malattia celiaca e IBS: quando sospettare un overlap**

Adriana Sergio

13.50 **Il ruolo della videocapsula ed enteroscopia nel follow-up della malattia celiaca**

Lucia Scaramella

14.10 **Nuove prospettive terapeutiche nella malattia celiaca**

Fabiana Zingone

14.30 **Tavola Rotonda e Discussione sui temi trattati**

Linda Balanzoni, Monica Cibir, Lucio Cuoco, Manuela De Polo, Paola Gaio, Ermenegildo Galliani, Graziella Guariso, Rita Mottola, Lydia Oliva, Paolo Maria Pavanello, Francesca Polato, Marco Pizzi, Caterina Righetto, Giulia Romanelli, Adriana Sergio, Lucia Scaramella, Maria Teresa Trevisan, Fabiana Zingone e Discussants: Federica Fasci Spurio, Marzia Groppo, Federica Mario, Michela Palo

15.30 **Conclusioni e Test di Valutazione ECM**

Fabiana Zingone

La malattia celiachia: dalla diagnosi al follow-up

Razionale

La celiachia è una malattia autoimmune sistemica scatenata dall'ingestione di glutine in soggetti geneticamente predisposti, con una prevalenza in costante aumento a livello mondiale. La presentazione clinica è estremamente eterogenea e comprende forme classiche con sintomi gastrointestinali, manifestazioni extraintestinali e quadri paucisintomatici o silenti, rendendo la diagnosi spesso complessa e tardiva. L'iter diagnostico si basa sull'integrazione tra sierologia specifica, tipizzazione genetica HLA-DQ2/DQ8 e valutazione istologica della mucosa duodenale, con criteri diagnostici aggiornati che, in selezionati casi pediatrici, consentono di evitare la biopsia. Il trattamento consiste esclusivamente in una dieta rigorosamente priva di glutine, da seguire per tutta la vita, che porta alla risoluzione dei sintomi, alla guarigione della mucosa intestinale e alla prevenzione delle complicanze. Il follow-up riveste un ruolo fondamentale nella gestione del paziente celiaco e comprende il monitoraggio dell'aderenza alla dieta, la valutazione della risposta clinica e sierologica, il controllo dello stato nutrizionale e la sorveglianza delle possibili complicanze a lungo termine. Un approccio multidisciplinare è essenziale per garantire una corretta gestione della malattia e migliorare la qualità di vita dei pazienti.

NOME E ID. DEL PROVIDER: Realtime Meeting Srl nr. Provider Standard 477

OBIETTIVO FORMATIVO: Documentazione clinica. Percorsi clinico – assistenziali diagnostici e riabilitativi, profili di assistenza – profili di cura

DESTINATARI DELL'OFFERTA FORMATIVA:

Max Nr. 80 Medici Chirurghi, specializzati in allergologia e immunologia clinica; angiologia; cardiologia; dermatologia e venereologia; ematologia; endocrinologia; gastroenterologia; genetica medica; geriatria; malattie metaboliche e diabetologia; malattie dell'apparato respiratorio; malattie infettive; medicina e chirurgia di accettazione e di urgenza; medicina fisica e riabilitazione; medicina interna; medicina termale; medicina aeronautica e spaziale; medicina dello sport; nefrologia; neonatologia; neurologia; neuropsichiatria infantile; oncologia; pediatria; psichiatria; radioterapia; reumatologia; cardiocirurgia; chirurgia generale; chirurgia maxillo-facciale; chirurgia pediatrica; chirurgia plastica e ricostruttiva; chirurgia toracica; chirurgia vascolare; ginecologia e ostetricia; neurochirurgia; oftalmologia; ortopedia e traumatologia; otorinolaringoiatria; urologia; anatomia patologica; anestesia e rianimazione; biochimica clinica; farmacologia e tossicologia clinica; laboratorio di genetica medica; medicina trasfusionale; medicina legale; medicina nucleare; microbiologia e virologia; neurofisiopatologia; neuroradiologia; patologia clinica (laboratorio di analisi chimico-cliniche e microbiologia); radiodiagnostica; igiene, epidemiologia e sanità pubblica; igiene degli alimenti e della nutrizione; medicina del lavoro e sicurezza degli ambienti di lavoro; medicina generale (medici di famiglia); continuità assistenziale; pediatria (pediatri di libera scelta); scienza dell'alimentazione e dietetica; direzione medica di presidio ospedaliero; organizzazione dei servizi sanitari di base; audiologia e foniatria; psicoterapia; cure palliative; epidemiologia; medicina

di comunità; medicina subacquea e iperbarica) – Infermiere/a, Medico/a di Medicina Generale; dietisti e nutrizionisti.

REALTIME MEETING

TIPOLOGIA DI FORMAZIONE: Evento residenziale

SEDE DELL' EVENTO: Centro Congressi Villa Ottoboni

TOTALE ORE FORMATIVE: ore 6

CREDITI FORMATIVI ECM: 6

RESPONSABILE SCIENTIFICO

Fabiana Zingone

Professore Associato di Gastroenterologia

Università degli Studi di Padova

COMITATO SCIENTIFICO:

Linda Balanzoni

Dirigente medico UOC Gastroenterologia

Università degli Studi di Padova

Caterina Righetto

UOC Gastroenterologia

Università degli Studi di Padova

FACULTY

1. Linda Balanzoni

Dirigente medico UOC Gastroenterologia

Università degli Studi di Padova

2. Laura Brun

Referente Progetti AiC

3. Monica Cibir

Dietista Azienda Ospedaliera di Padova

4. Lucio Cuoco

Dirigente Medico–Direttore UOSD Endoscopia digestiva

UOSVD Endoscopia Digestiva

Ospedale di Santorso, Vicenza

5. Manuela De Polo

Dirigente medico UOC Gastroenterologia ed Endoscopia Digestiva

Ospedale Venezia

6. Federica Fasci Spurio

Dirigente medico Gastroenterologia, Ospedale dell'Angelo, Mestre

7. Paola Gaio

Dirigente medico UOC Centro Regionale Malattie Rare. Gastroenterologia, Endoscopia Digestiva, Epatologia e Cura del Bambino con Trapianto di Fegato. Dipartimento di Salute della Donna e del Bambino. Azienda Ospedale Università di Padova

8. Ermenegildo Galliani

Dirigente medico UOC Gastroenterologia

9. Marzia Groppo

Dirigente medico UOC Gastroenterologia
Ospedale CA Foncello Treviso Aulss2

10. Graziella Guariso

Professore Ordinario di Gastroenterologia Pediatrica
Università degli Studi di Padova

11. Rita Mottola

Area Sanità e Sociale – Regione del Veneto

12. Lydia Oliva

Dirigente medico UOC Gastroenterologia
Azienda universitaria locale Euganea

13. Paolo Maria Pavanello

Dirigente medico UO Pediatria neonatale e patologia neonatale
Ospedale di Treviso

14. Michela Palo

Assegnista di ricerca
Dipartimento di Scienze Chirurgiche Oncologiche e Gastroenterologiche – DiSCOG
Padova

15. Francesca Polato

Dirigente medico UOC Gastroenterologia
Ospedale di Padova

16. Marco Pizzi

Professore Associato
Dipartimento di Medicina – DIMED
Università degli Studi di Padova

17. Caterina Righetto

UOC Gastroenterologia
Università degli Studi di Padova

18. Giulia Romanelli

Dietista, Padova

19. Adriana Sergio

Dirigente medico Gastroenterologia AULSS3 - Presidio Ospedaliero di Dolo

20. Lucia Scaramella

UOC Gastroenterologia Fondazione IRCSS Cà Granda Ospedale Maggiore Policlinico, Milano

21. Maria Teresa Trevisan

Responsabile Unità operativa dipartimentale laboratorio analisi chimiche
Ospedale di San Bonifacio, Verona

22. Fabiana Zingone

REALTIME MEETING

Professore Associato di Gastroenterologia
Università degli Studi di Padova

NOME COGNOME	PROFESSIONE	DISCIPLINA	ENTE DI APPARTENENZA/LIBERA PROFESSIONE	DESCRIZIONE ATTIVITA' PROFESSIONALE/FORMATIVA
Linda Balanzoni	Medico Chirurgo	Gastroenterologia Pediatria	Ospedale di San Bonifacio (ULSS9)	Dirigente medico UOC di Pediatria, responsabile dell'ambulatorio di gastroenterologia pediatrica, Ospedale di San Bonifacio (ULSS9)
Laura Brun	Consulente	Progettazione	AIC	Progettazione e gestione evnti associazione AIC
Monica Cibir	Dietista	Scienze dell'alimentazione	UOC Pediatria AULSS5 Polesana	Dietista pediatrica ambulatorio gastroenterologia, nutrizionale UOC Pediatria AULSS 5 Polesana
Lucio Cuoco	Medico Chirurgo	Endoscopia digestiva	Ospedale di Santorso, Vicenza	Direttore UOSD Endoscopia digestiva UOSVD Endoscopia Digestiva Ospedale di Santorso, Vicenza
Manuela De Polo	Medico Chirurgo	Gastroenterologia	Ospedale di Venezia	Specialista in Gastroenterologia ed Endoscopia Digestiva, Venezia
Federica Fasci Spurio	Medico Chirurgo	Gastroenterologia	Ospedale dell'Angelo Mestre	Specialista Ambulatoriale Interno Gastroenterologia Ospedale dell'Angelo, Mestre
Paola Gaio	Medico Chirurgo	Endoscopia digestiva	Ospedale universitario Padova	UOC Centro Regionale Malattie Rare. Gastroenterologia, Endoscopia Digestiva, Epatologia e Cura del Bambino con Trapianto di Fegato. Dipartimento di Salute della Donna e del Bambino. AOU di Padova
Ermenegildo Galliani	Medico Chirurgo	Gastroenterologia	Ospedale di Belluno	Dirigente medico UOC Gastroenterologia Ospedale di Belluno
Marzia Groppo	Medico Chirurgo	Gastroenterologia	Ospedale CA Foncello Treviso Aulss2	Dirigente medico UOC Gastroenterologia Ospedale CA Foncello Treviso Aulss2
Graziella Guariso	Medico Chirurgo	Gastroenterologia Pediatria	Università di Padova	Professore Gastroenterologia Pediatrica, Studiosa Senior Università degli Studi di Padova
Rita Mottola	Farmacia	Farmacista	Direzione Farmaceutico- Protesica-Dispositivi Medici	Farmacista - Direzione Farmaceutica Protesica

REALTIME MEETING

			Dorsoduro, 3493 - Rio Novo	Dispositivi medici. Area Sanità e Sociale Responsabile area integrativa Coordinatore Tavolo Regionale Celiachia
Lydia Oliva	Medico Chirurgo	Gastroenterologia	Azienda universitaria locale Euganea	Dirigente medico UOC Gastroenterologia Azienda universitaria locale Euganea
Michela Palo	Medico Chirurgo	Gastroenterologia	Università di Padova	Assegnista di ricerca Dipartimento di Scienze Chirurgiche Oncologiche e Gastroenterologiche – DiSCOG Padova
Paola Maria Pavanello	Medico Chirurgo	Pediatria	Ospedale di Treviso	Dirigente medico UO Pediatria neonatale e patologia neonatale, Ospedale di Treviso
Marco Pizzi	Medico Chirurgo	Anatomia Patologica	Università degli studi di Padova	Professore associato di Anatomia Patologica Dipartimento di Medicina - DIMED Università degli Studi di Padova
Francesca Polato	Medico Chirurgo	Gastroenterologia	Ospedale S. Antonio - Padova	UOC Gastroenterologia Ospedale S. Antonio - Azienda Ospedale Università degli Studi di Padova
Caterina Righetto	Dietista	Scienze dell'alimentazione	Università degli studi di Padova	Servizio di Dietetica e Nutrizione Clinica Pediatrica UOC Terapia Intensiva e Patologia Neonatale, Assistenza Neonatale Azienda Ospedale - Università Padova
Giulia Romanelli	Dietista	Scienze dell'alimentazione	Azienda ospedaliera Univetsitaria Pisana	Dietista presso Servizio Dietetico SD Professioni sanitarie tecniche e della riabilitazione - Azienda Ospedaliero Universitaria Pisana
Lucia Scaramella	Medico Chirurgo	Gastroenterologia	IRCSS Cà Granda Ospedale Maggiore Policlinico, Milano	UOC Gastroenterologia Fondazione IRCSS Cà Granda Ospedale Maggiore Policlinico, Milano
Adriana Sergio	Medico Chirurgo	Gastroenterologia	Ospedale di Dolo	Dirigente medico UOSD di Gastroenterologia dell'Ospedale di Dolo
Maria Teresa Trevisan	Medico Chirurgo	Patologia Clinica	Ospedale G. Fracastoro di San Bonifacio AULSS9 Scaligera	Responsabile di Unità semplice Dipartimentale di Laboratorio analisi chimico cliniche Ospedale G. Fracastoro di San Bonifacio AULSS9 Scaligera
Fabiana Zingone	Medico Chirurgo	Gastroenterologia	Università degli studi di Padova	Professore Associato di Gastroenterologia Università degli Studi di Padova

Il provider, ai sensi dall' art. 47 del DPR n.445/2000, consapevole delle conseguenze previste dall'art. 76, dichiara:

- di aver fornito all'interessato l'informativa sul trattamento dei dati personali (art. 13 del Regolamento europeo 2016/679; artt. 68, 70, 76, 96 Accordo Stato-Regioni 2017 "La formazione continua nel settore salute"- Rep. Atti 14/CSR del 2.2.2017 - Par. 4.6, lett. j) Manuale Nazionale di Accreditamento per l'Erogazione di Eventi ECM);

ABSTRACTS

I SESSIONE

La malattia celiaca: stato dell'arte della diagnosi

Celiachia: presentazione clinica e criteri diagnostici dal bambino all'adulto

La celiachia è una malattia autoimmune sistemica scatenata dall'ingestione di glutine in soggetti geneticamente predisposti (HLA-DQ2/DQ8). Può manifestarsi a qualsiasi età, con un ampio spettro di quadri clinici.

Presentazione clinica

- Età pediatrica: forme classiche con diarrea cronica, distensione addominale, scarso accrescimento, irritabilità; frequenti anche anemia sideropenica e deficit nutrizionali. Nelle forme non classiche possono comparire bassa statura isolata, ritardo puberale o ipertransaminasemia.
- Adolescente e adulto: prevalgono forme non classiche o subcliniche. Sintomi gastrointestinali (gonfiore, alvo alterno, dolore addominale) si associano a manifestazioni extraintestinali: anemia sideropenica, osteopenia/osteoporosi, infertilità, aftosi orale, neuropatie periferiche. Possibile associazione con altre patologie autoimmuni (es. tiroiditi).

Criteri diagnostici

La diagnosi si basa su un approccio integrato:

1. Sierologia (con dieta contenente glutine):
 - Anticorpi anti-transglutaminasi tissutale IgA (tTG-IgA) di prima scelta.
 - Dosaggio IgA totali; se deficit, utilizzare tTG-IgG o anti-deamidated gliadin peptides (DGP-IgG).
 - Anticorpi anti-endomisio (EMA) come test di conferma ad alta specificità.
2. Istologia duodenale:
 - Biopsie multiple (bulbo e seconda porzione) con classificazione di Marsh (atrofia dei villi, iperplasia delle cripte, infiltrato linfocitario).
3. Genetica HLA:
 - Presenza di HLA-DQ2/DQ8 supporta la diagnosi; la loro assenza la rende altamente improbabile.
4. Criteri pediatrici "no-biopsy" (selezionati):
 - In bambini sintomatici con tTG-IgA >10× il limite superiore, EMA positivi su secondo campione e HLA compatibile, è possibile evitare la biopsia secondo linee guida internazionali.

REALTIME MEETING

Diagnosi differenziale

Include sindrome dell'intestino irritabile, intolleranza al lattosio, malattie infiammatorie croniche intestinali, infezioni, enteropatie da farmaci.

Follow-up

Valutazione clinica e sierologica dopo inizio di dieta senza glutine, monitoraggio dello stato nutrizionale e delle comorbidità; eventuale rivalutazione istologica nei casi non responsivi.

Terapia

Dieta rigorosamente priva di glutine a vita, con educazione nutrizionale e supporto specialistico.

La sierologia nella malattia celiaca: pregi e difetti

La sierologia rappresenta il cardine dello screening e del primo inquadramento diagnostico della celiachia, purché il paziente assuma glutine al momento del test. I principali marcatori sono gli anticorpi anti-transglutaminasi tissutale IgA (tTG-IgA), gli anti-endomisio (EMA-IgA) e gli anticorpi anti-peptidi deamidati della gliadina (DGP, IgA/IgG).

Pregi

Elevata sensibilità e specificità: i tTG-IgA sono il test di prima scelta; gli EMA hanno specificità molto alta (quasi 100%), utili come conferma.

Non invasività e accessibilità: semplice prelievo ematico, adatto allo screening anche in popolazioni a rischio (familiari, patologie autoimmuni associate).

Ruolo nel percorso diagnostico: titoli elevati di tTG-IgA ($>10 \times$ ULN), associati a EMA positivi, consentono in età pediatrica selezionata una diagnosi senza biopsia.

Monitoraggio: utile nel follow-up per valutare l'aderenza alla dieta priva di glutine (progressiva negativizzazione).

Difetti

Dipendenza dall'assunzione di glutine: falsi negativi se il paziente è già a dieta gluten-free o ne assume quantità ridotte. Deficit selettivo di IgA: può determinare falsi negativi dei test IgA; richiede dosaggio delle IgA totali e uso di test IgG (tTG-IgG o DGP-IgG). Falsi positivi: possibili in altre condizioni autoimmuni, epatopatie, infezioni; gli EMA aiutano a migliorare la specificità. Limitazioni nelle forme lievi o potenziali: titoli anticorpali bassi o negativi non escludono completamente la malattia in presenza di forte sospetto clinico. Non sostituisce sempre la biopsia: nell'adulto e nei casi dubbi è ancora necessario il riscontro istologico duodenale.

La sierologia è uno strumento essenziale, sensibile e poco invasivo per lo screening e il follow-up della celiachia, ma deve essere interpretata nel contesto clinico, dietetico e, quando indicato, integrata con istologia e genetica HLA.

Il ruolo dell'istologia nella malattia celiaca: pregi e difetti

L'esame istologico della mucosa duodenale, ottenuta tramite biopsie multiple (bulbo e seconda porzione), rappresenta tradizionalmente il "gold standard" diagnostico della celiachia, soprattutto nell'adulto e nei casi dubbi. Le lesioni vengono classificate secondo Marsh-Oberhuber (incremento dei linfociti intraepiteliali, iperplasia delle cripte, atrofia dei villi).

Pregi

REALTIME MEETING

- Conferma diagnostica diretta: documenta il danno mucosale tipico (atrofia dei villi e infiammazione), fondamentale quando la sierologia è dubbia o discordante.
- Valutazione della gravità: consente di stadiare il danno istologico (Marsh 0–3), utile per inquadramento e follow-up selezionato.
- Diagnosi differenziale: permette di identificare o escludere altre enteropatie (infezioni, malattie infiammatorie, enteropatie da farmaci).
- Riferimento nei casi complessi: indispensabile nell'adulto, nelle forme sieronegative o in sospetta celiachia refrattaria.

Difetti

- Invasività: richiede esofagogastroduodenoscopia con biopsie, con costi, necessità di sedazione e minima ma presente morbidità.
- Variabilità del campionamento: lesioni patchy possono determinare falsi negativi se le biopsie sono insufficienti o mal orientate.
- Variabilità inter-osservatore: interpretazione non sempre uniforme, soprattutto nelle lesioni lievi (Marsh 1–2).
- Scarsa specificità assoluta: quadri istologici simili possono essere presenti in altre condizioni (infezioni, farmaci, immunodeficienze).
- Dipendenza dalla dieta: come la sierologia, può normalizzarsi con dieta priva di glutine, riducendo la sensibilità se il paziente è già trattato.

L'istologia resta un pilastro diagnostico della celiachia, in particolare nell'adulto e nei casi non conclusivi, ma deve essere integrata con sierologia, genetica HLA e contesto clinico per una diagnosi accurata.

Discussione sugli argomenti precedentemente trattati

Discussione in sala per confrontarsi su quanto discusso nella I sessione.

Domande e risposte tra faculty e platea.

II SESSIONE ***La dieta senza glutine***

I capisaldi della dieta senza glutine

La dieta senza glutine (DSG) è l'unica terapia efficace per la celiachia e deve essere seguita in modo rigoroso e permanente. Mira alla completa esclusione del glutine, consentendo la remissione clinica, sierologica e istologica e la prevenzione delle complicanze.

Principi fondamentali

- Eliminazione totale del glutine: esclusione di frumento, orzo, segale e derivati; attenzione a farro, spelta, kamut. L'avena è consentita solo se certificata "senza glutine".
- Alimenti naturalmente privi di glutine: riso, mais, grano saraceno, quinoa, miglio, patate, legumi, carne, pesce, uova, latte, frutta e verdura.
- Prodotti specifici certificati: utilizzo di alimenti etichettati "gluten-free" (<20 ppm), secondo normativa vigente.
- Prevenzione della contaminazione crociata: separazione di utensili, superfici e tostapane; attenzione a cucine condivise e ristorazione.
- Educazione alimentare: lettura delle etichette, riconoscimento di ingredienti a rischio (addensanti, aromi, salse).

Adeguatezza nutrizionale

REALTIME MEETING

- Bilanciamento della dieta: evitare eccesso di prodotti industriali senza glutine (spesso ricchi di grassi/zuccheri e poveri di fibre).
- Apporto di micronutrienti: monitorare ferro, calcio, vitamina D, vitamine del gruppo B; supplementazione se necessaria.
- Fibra alimentare: favorire cereali/pseudocereali integrali senza glutine e legumi.

Aderenza e follow-up

- Monitoraggio clinico e sierologico: la negativizzazione degli anticorpi indica buona aderenza.
- Supporto multidisciplinare: dietista esperto, educazione continua e supporto psicologico se necessario.
- Qualità di vita: attenzione agli aspetti sociali (mensa, viaggi, ristoranti).

Criticità

- Rischio di contaminazione involontaria.
- Costi e accessibilità dei prodotti dedicati.
- Possibili squilibri nutrizionali se la dieta non è ben pianificata.

Una DSG corretta, personalizzata e ben monitorata è essenziale per il controllo della celiachia, la guarigione mucosale e la prevenzione delle complicanze a lungo termine.

Quadri carenziali del paziente celiaco a dieta senza glutine

Nonostante la DSG sia terapia efficace, i pazienti possono presentare o sviluppare deficit nutrizionali per:

- malassorbimento residuo (specie nei primi 6–12 mesi o in caso di guarigione mucosale incompleta)
- qualità nutrizionale subottimale della DSG (prodotti GF raffinati)
- esclusioni dietetiche non bilanciate.

Nella DSG il rischio carenziale persiste; richiede sorveglianza laboratoristica periodica e ottimizzazione qualitativa della dieta, oltre al controllo dell'aderenza.

Discussione sugli argomenti precedentemente trattati

Discussione in sala con compartecipazione tra relatori e discenti in sala per domande di approfondimento su quanto trattato nella II sessione.

III SESSIONE Valutazione nel follow-up del paziente celiaco

Malattia celiaca e IBS: quando sospettare un overlap

L'overlap tra celiachia e IBS è clinicamente rilevante: una quota di pazienti celiaci, anche in dieta senza glutine (DSG), mantiene sintomi funzionali; viceversa, una minoranza di pazienti etichettati come IBS nasconde una celiachia non diagnosticata. Il punto è distinguere: celiachia non controllata, comorbidità funzionale (IBS “vera”), o altre cause.

Quando sospettare celiachia in un paziente IBS-like:

Red flags: anemia sideropenica, perdita di peso, osteopenia/osteoporosi, ipertransaminasemia, familiarità per celiachia/autoimmunità.

Sottotipi IBS-D o misto con esordio recente o refrattari alla terapia standard.

Prima della diagnosi di IBS: raccomandato screening sierologico (tTG-IgA + IgA totali).

Quando sospettare IBS in un paziente con celiachia già diagnosticata:
DSG apparentemente corretta + sierologia negativa/normalizzata.

REALTIME MEETING

Persistenza di sintomi (dolore addominale, gonfiore, alvo alterno) >6–12 mesi dall'inizio della DSG.

Assenza di segni di malassorbimento (no calo ponderale, no carenze in evoluzione).

Endoscopia/istologia (se eseguite) senza evidenza di danno mucosale significativo o con guarigione.

Diagnosi differenziale da escludere prima di etichettare “overlap”

Assunzione occulta di glutine (prima causa): revisione dietetica strutturata.

Intolleranza ai FODMAP (frequente nella DSG ricca di riso/mais ma anche di alimenti fermentabili).

intolleranza al lattosio (transitoria o persistente).

Sovracrescita batterica intestinale (SIBO).

l'overlap è una diagnosi di esclusione. In un celiaco sintomatico, prima di etichettare IBS è essenziale dimostrare aderenza alla DSG e guarigione biologica, ed escludere cause organiche trattabili

Il ruolo della videocapsula ed enteroscopia nel follow-up della malattia celiaca

Nel follow-up della celiachia, le metodiche endoscopiche avanzate—videocapsula endoscopica (VCE) ed enteroscopia (device-assisted)—non sono di routine, ma trovano indicazione in sottogruppi selezionati, soprattutto in presenza di sintomi persistenti o sospette complicanze.

Videocapsula endoscopica (VCE)

- Indicazioni: persistenza/recidiva dei sintomi nonostante dieta senza glutine (DSG), sospetto di celiachia refrattaria, anemia sideropenica inspiegata, ricerca di complicanze (ulcerazioni, stenosi, neoplasie del tenue).
- Vantaggi: valutazione non invasiva dell'intero intestino tenue, maggiore sensibilità nel rilevare lesioni distali non accessibili alla gastroscopia.
- Limiti: impossibilità di biopsia, rischio (seppur basso) di ritenzione capsulare in caso di stenosi, minore accuratezza nelle lesioni lievi/prossimali.

Enteroscopia (single/double balloon, spiral)

- Indicazioni: approfondimento di reperti sospetti alla VCE o imaging, necessità di biopsie digiunali/ileali, sospetto di complicanze (ulcerative jejunoileitis, linfoma del tenue).
- Vantaggi: accesso diretto al tenue con possibilità diagnostica (biopsie) e terapeutica (emostasi, dilatazioni).
- Limiti: procedura invasiva, disponibilità limitata, maggiore impegno tecnico e sedazione.

Ruolo nel follow-up

- Non indicate nel follow-up routinario del paziente asintomatico con sierologia negativa.
- Utili nei casi non responsivi (NRCD) per distinguere tra esposizione a glutine, forme refrattarie e altre patologie del tenue.
- Fondamentali nella sorveglianza delle complicanze: ulcerazioni estese, linfoma intestinale a cellule T associato a enteropatia, adenocarcinoma del tenue.

VCE ed enteroscopia rappresentano strumenti complementari di secondo livello nel follow-up della celiachia, riservati a pazienti con quadro clinico atipico, mancata risposta alla DSG o sospetto di complicanze, consentendo una valutazione estesa e mirata dell'intestino tenue.

Nuove prospettive terapeutiche nella malattia celiaca

La dieta senza glutine (DSG) rimane il gold standard terapeutico, ma limiti legati ad aderenza, contaminazioni e qualità di vita hanno stimolato lo sviluppo di strategie farmacologiche complementari o alternative, attualmente in varie fasi di sperimentazione clinica.

1. Terapie enzimatiche (glutenasi)

REALTIME MEETING

Obiettivo: degradare immunogenicamente il glutine nel lume intestinale.

Molecole: endopeptidasi specifiche per prolina/glutammina (es. latiglutenase).

Limiti: efficacia variabile; verosimilmente ruolo come “add-on” per esposizioni accidentali.

2. Modulatori della permeabilità intestinale

Target: giunzioni serrate (tight junctions).

Esempio: larazotide acetato → riduzione del passaggio paracellulare di peptidi del glutine.

Evidenze: miglioramento sintomatologico in sottogruppi; impatto istologico non costante.

3. Immunoterapia antigene-specifica

Approccio “vaccinale” per indurre tolleranza ai peptidi del glutine (es. Nexvax2).

Stato: studi iniziali con risultati contrastanti; ricerca in evoluzione.

4. Terapie biologiche/immunomodulanti

Target citochinici (es. IL-15) coinvolti nella patogenesi, soprattutto nella celiachia refrattaria.

Molecole anti-IL-15 e altri immunosoppressori selettivi: promettenti nei casi severi/complicati.

5. Sequestranti del glutine

Polimeri non assorbibili in grado di legare il glutine nel lume intestinale, riducendone l'immunogenicità.

Ancora in fase sperimentale.

6. Editing genetico e microbiota

Approcci emergenti: modificazione del microbiota per degradare il glutine o modulare la risposta immune; tecnologie di gene editing su cereali per ridurre epitopi immunogenici.

Applicabilità clinica ancora lontana.

7. Terapie per complicanze

Gestione mirata della celiachia refrattaria e prevenzione del linfoma intestinale a cellule T associato a enteropatia con strategie immunologiche avanzate.

Le nuove terapie per la celiachia mirano principalmente a ridurre l'impatto dell'esposizione al glutine e modulare la risposta immunitaria, più che sostituire completamente la DSG nel breve termine. L'approccio futuro sarà verosimilmente combinato e personalizzato, con farmaci “add-on” alla dieta nei pazienti selezionati.

Tavola Rotonda e Discussione sui temi trattati

Discussione corale per approfondire i temi trattati nella III ed ultima sessione della giornata.

Conclusioni e Test di Valutazione ECM

Chiusura della giornata con i messaggi da lasciare alla platea a fronte di questa giornata di approfondimento ed aggiornamento scientifico.

REALTIME MEETING

REALTIME MEETING SRL
unipersonale

Michele Savarino

Michele Savarino