

## **Prof. Antonio Iannetti**

Gastroenterologo Endoscopista Digestivo  
Specialista in Gastroenterologia Malattie  
del Fegato e Medicina Interna  
Cell. +39.335.6935321 fax 06.233.297.473  
antonio@iannetti.it www.iannetti.it

### **Dieta per pancreatite cronica**

La pancreatite cronica (PC) è caratterizzata da un processo infiammatorio cronico, che determina progressive mutazioni involutive morfologiche e strutturali del pancreas, con insufficienza pancreatica esocrina (IPE) ed endocrina. Durante le prime fasi del processo infiammatorio cronico, si determinano alterazioni del tessuto ghiandolare, con formazione di tessuto fibroso. Successivamente subentrano la dilatazione del dotto principale, la formazione di pseudocisti e di calcificazioni intra-ghiandolari. L'esordio della pancreatite cronica si ha tra la 4<sup>e</sup> e la 5<sup>a</sup> decade di vita e colpisce prevalentemente il sesso maschile (3:1). Diversi fattori di rischio (alcol, fumo, ipercalcemia, sindromi ereditarie, autoimmunità, mutazioni genetiche ecc.) sono stati individuati, ma in gran parte dei Pazienti rimane una patologia a eziologia sconosciuta.

Dal punto di vista clinico, è possibile distinguere due fasi:

la fase precoce, caratterizzata da episodi di pancreatite ricorrente e dolore addominale, soprattutto post prandiale, e

la fase tardiva, in cui i sintomi sono correlati al grado d'insufficienza pancreatica esocrina e/o endocrina (maldigestione, steatorrea e diabete).

Nelle fasi più avanzate possono essere presenti altri sintomi quali dolore, nausea, gonfiore addominale, calo ponderale e inappetenza.

Il tempo medio di comparsa dei sintomi e dei segni della maldigestione è stato stimato essere di circa 8-9 anni, in Pazienti con abuso alcolico, e di circa 15 anni, in pazienti con PC di origine sconosciuta. La malnutrizione va diagnosticata nelle fasi più precoci, per consentire un'adeguata terapia di supporto. È importante indagare l'eventuale riduzione del BMI, al di sotto dei 20 Kg/m<sup>2</sup>, ed eventuali carenze di macro e micronutrienti (ferritina, proteina legante il retinolo, albumina, vitamine liposolubili, calcio, magnesio, Vitamina B12).

### **Cenni nutrizionali**

Lo scopo di un intervento nutrizionale nei pazienti affetti da PC è quello di correggere la malnutrizione, più frequente tra i pazienti con un BMI < 20 o sottopeso, dovuta sia allo stato ipermetabolico, tipico delle malattie croniche, che a una malnutrizione/mal digestione causata dalla diminuita funzione esocrina pancreatica, dall'insufficiente secrezione di bicarbonati nel duodeno, con conseguente inattivazione degli enzimi e degli acidi biliari, a causa dell'aumentata acidità gastrica. Il deficit di micronutrienti contribuisce a una ridotta capacità antiossidante, con aumento dei danni correlati allo stress ossidativo. Il deficit di vitamine liposolubili (Vitamine A, D, E, K), di sali minerali e oligoelementi può correlare non solo alla severità della steatorrea, ma anche a una dieta che non fornisce il giusto apporto di tali nutrienti. In particolare, la carenza di vitamina E, zinco, vitamina B12, magnesio e calcio è stata documentata in Pazienti con PC. Il 25% dei Pazienti affetti da PC presenta inoltre osteopenia e/o osteoporosi.

La presenza di sintomi quali dolore addominale, nausea, vomito e sazietà precoce può indurre il Paziente a limitare l'assunzione di alimenti, per timore del peggioramento della sintomatologia. La riduzione dell'intake calorico, e in particolare dell'apporto di grassi, è spesso anche una conseguenza di una prescrizione medica non corretta. Il Paziente alcolista può presentare una malnutrizione causata dall'assunzione di alcol come principale fonte energetica. La possibile comparsa di diabete pancreatico (tipo 3c), caratterizzato da frequenti episodi di ipoglicemia, per aumento della gluconeogenesi epatica e un'aumentata sensibilità periferica all'insulina, può indurre ingiustificate restrizioni alimentari, che riducono ulteriormente l'introito energetico dei Pazienti.

Non vi sono evidenze che una dieta con ridotto apporto lipidico sia in grado di migliorare significativamente la steatorrea e/o la sua sintomatologia. La riduzione dell'assunzione di lipidi potrebbe ulteriormente ridurre l'assorbimento delle vitamine liposolubili. L'utilizzo di acidi grassi a catena media (medium chain triglycerides, MCT) non si è dimostrato efficace nei pazienti con IPE e PC. La loro scarsa palatabilità e l'eccessivo costo ne riducono le possibilità di impiego. Tuttavia, essi sono indicati nei Pazienti con sintomi persistenti o calo ponderale, nonostante adeguata terapia enzimatica.

Un'adeguata terapia enzimatica (40-50.000 U lipasi per ogni pasto, 25.000 U per ogni spuntino) ha un ruolo fondamentale nel ridurre la maldigestione e la malnutrizione, ottimizzando l'assorbimento dei macro e micronutrienti, riducendo la steatorrea e migliorando la qualità di vita del Paziente. Poche sono le raccomandazioni basate su evidenze relative a modifiche alimentari nei pazienti con PC. L'indicazione generale è quella di correggere le carenze nutrizionali eventualmente presenti durante il decorso della malattia.

#### **Misure nutrizionali da adottare:**

- Evitare restrizioni alimentari ingiustificate.
- Ripartire la quota energetica giornaliera in modo da ricevere circa il 60% delle calorie da carboidrati, meglio se complessi, il 25-30% delle calorie da lipidi e il 10-15% delle calorie da proteine (0,8-1,2 g/Kg di peso corporeo desiderabile).
- Evitare pasti abbondanti e frazionare l'intake calorico giornaliero (3-5 pasti) per ridurre l'iperstimolazione pancreatica e controllare meglio un'eventuale ipoglicemia in presenza di diabete.
- Aumentare il consumo di cibi ricchi di antiossidanti, in particolare selenio, beta-carotene, acido ascorbico e tocoferolo, che sembrerebbe utili anche nel trattamento del dolore.
- In alcuni casi può essere indicato l'uso di alimenti omogeneizzati, che sembrano stimolare al minimo, e per un tempo ridotto la secrezione pancreatica, rispetto agli alimenti di consistenza solida.
- In presenza di una Insufficienza Pancreatica Esocrina (IPE) severa e di un deficit vitaminico accertato, somministrare per via parenterale vitamine liposolubili.

#### **Alimenti consigliati**

Non ci sono limitazioni nutrizionali qualitative in concomitanza con adeguata terapia enzimatica, neanche per quanto riguarda i grassi.

#### **Alimenti dubbi**

Limitare l'assunzione di fibre, che possono ridurre l'assorbimento degli enzimi e ritardare l'assorbimento dei nutrienti (le fibre contengono sostanze come i fitati e gli ossalati che interferiscono con l'assorbimento di zinco, fosforo, calcio e magnesio).

#### **Alimenti da evitare**

- L'astensione dall'alcol rappresenta la prima strategia terapeutica per ridurre il dolore e la malnutrizione.
- Cibi fritti o alimenti ricchi di grassi saturi (di origine animale).

La pancreatite cronica è caratterizzata da uno stato di malassorbimento cronico (più o meno grave), talvolta associato a dispepsia e dolore (che può aumentare in corrispondenza dei pasti); ciò provoca spesso il rifiuto del cibo da parte dei malati.

Gli obiettivi della dieta per la pancreatite sono quelli di contrastare la malnutrizione dovuta al malassorbimento e di stimolare al minimo l'attività pancreatica.

I requisiti fondamentali di questa dieta sono:

Eliminazione completa degli alcolici (compreso il vino ai pasti) e delle bevande con altri nervini (caffè, tè, energetiche ecc)

Alto frazionamento dell'energia totale, con almeno 6 pasti di dimensioni contenute

Alto contenuto d'acqua

Concentrazione normale di glucidi, meglio se a basso indice glicemico-insulinico; circa il 60% dell'energia totale

Concentrazione normale di proteine; circa il 15% dell'energia totale o 0,8g per kg di peso fisiologico auspicabile

Concentrazione minima di lipidi; circa il 25% dell'energia totale

Quantità di fibre pari o inferiore a 15-20g/die.

È auspicabile, soprattutto nei casi di malassorbimento più accentuato, l'utilizzo di integratori vitaminici. Questo intervento è necessario a causa dello scarso potenziale digestivo, in particolare delle molecole liposolubili (peraltro, assunte in quantità limitata per evitare l'affaticamento del pancreas).

Le fonti principali di carboidrati a basso indice glicemico-insulinico devono essere le leguminose decorticate e i cereali raffinati, meglio se in ricette brodose. Questa raccomandazione, che non sembra

rispettare la necessità di moderare l'indice glicemico-insulinico, è indispensabile per evitare che le fibre ostacolino eccessivamente l'azione degli enzimi (sia endogeni, sia esogeni).

Le proteine ad alto valore biologico dovrebbero essere assunte per mezzo del connubio tra legumi e cereali, e da alimenti magri di origine animale come pollo e tacchino senza pelle, tagli magri di vitello e manzo, lombo di maiale, orata, branzino, merluzzo, platessa, albumi d'uovo, fiocchi di formaggio magro (meglio evitare altri caseari) ecc.

La cottura di tutti gli alimenti deve essere totalmente priva di grassi aggiunti, ragion per cui si suggerisce di utilizzare padelle antiaderenti o di praticare tecniche come: bollitura, cottura a vapore, a pressione, a bagnomaria, in vaso e sottovuoto.

Nella dieta per la pancreatite cronica, i condimenti dovrebbero essere a base di oli ricchi di acidi grassi a catena media, il cui assorbimento è indipendente dall'azione della bile e delle lipasi pancreatiche; in linea di massima, meglio non superare i 30-40g/die.

L'olio che vanta la maggior quantità di acidi grassi a catena media è quello di cocco; anche il burro ne vanta una discreta percentuale, ma è sconsigliabile a causa della natura satura degli acidi grassi che lo compongono.