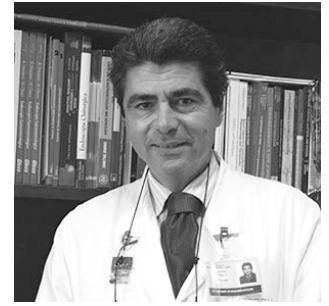


Che cos'è

la malattia di Crohn?



Prof. Angelo Franzè

Direttore della U.O. di Gastroenterologia ed Endoscopia Digestiva.

Ospedale Piccole Figlie. Parma

La Malattia di Crohn è una patologia infiammatoria cronica dell'apparato gastrointestinale ad andamento clinico ricorrente che può localizzarsi dalla bocca all'ano. Le sedi maggiormente interessate sono la parte terminale dell'intestino tenue (ileo), la zona ileo-colica e il colon. La caratteristica della malattia di Crohn, che la differenzia dalla Rettocolite ulcerosa e per certi versi la rende una patologia più severa, è il coinvolgimento a tutto spessore della parete intestinale con possibile estensione dell'infiammazione al vicino mesentere (lamina di peritoneo che tiene fissato l'intestino tenue e altri organi alla parete addominale posteriore) e ai linfonodi.

Nella Rettocolite Ulcerosa (R.C.U.), che spesso viene trattata insieme alla malattia di Crohn, le ulcerazioni della mucosa interessano solo gli strati superficiali della parete del colon; l'infiammazione inizia a interessare il retto e si estende, nei casi più gravi, progressivamente a tutto il colon.

La sua classificazione si basa sull'estensione e sul grado di attività della malattia. Infatti, i sintomi si aggravano all'estendersi della zona colpita e a parità di estensione, la sintomatologia è maggiore quando c'è una maggiore severità delle lesioni. A differenza della malattia di Crohn, le lesioni sono uniformi, continue e non interposte a spazi di mucosa sana. La superficie del colon e del retto è intrisa di sangue, arrossata, edematosa (rigonfia) e granulare. Possono presentarsi dei polipi, questi non hanno carattere tumorale, ma sono dovuti alla continua rigenerazione cellulare intorno alle ulcerazioni.

Quali esami eseguire per una diagnosi certa

Nella malattia di Crohn l'endoscopia (colonscopia, enteroscopia, videocapsula e gastroscopia) ha un importante ruolo diagnostico. Va effettuata dopo un'accurata anamnesi ed un attento esame clinico del paziente (basti pensare alle manifestazioni extradigestive come l'interessamento degli occhi, della cute, del fegato o delle articolazioni). Fondamentali però sono anche l'ecografia, che permette di evidenziare ispessimenti delle pareti del tenue e/o complicanze come stenosi, ascessi o altro; la Tac (enterotac) e la Risonanza Magnetica sono utili soprattutto nella stadiazione della malattia e nel riscontro delle manifestazioni extraintestinali (colelitiasi, nefrolitiasi etc.) e nello studio delle complicanze (ascessi, fistole, interessamento degli organi vicini).

Anche gli esami di laboratorio, in particolare i cosiddetti indici di flogosi (Ves, PCR, Emocromo e sideremia), sono utili per il controllo nel tempo del paziente, perché sono più sensibili della clinica; si alterano, cioè, prima che compaiono i sintomi e quindi sono in grado di predire la recidiva della malattia, permettendo una precoce ripresa della terapia.

Le cause

A tutt'oggi la causa della malattia di Crohn e in genere delle malattie infiammatorie croniche intestinali, resta sconosciuta. Una delle ipotesi maggiormente accreditata è legata alla scorretta alimentazione, in

particolare dei Paesi sviluppati, nei quali recenti studi epidemiologici rimarcano un'incidenza più che triplicata. Un'alimentazione scorretta favorirebbe l'esposizione ai batteri e la conseguente "esagerata" risposta immune (cioè il nostro organismo non riconosce più i propri tessuti alterati producendo anticorpi contro di essi). Fra i fattori infettivi coinvolti sono stati segnalati anche alcuni virus.

Per quanto riguarda il ruolo dei fattori immunologici nella patogenesi del Crohn non è ben chiaro se questi ultimi siano scatenati da fenomeni secondari all'infiammazione o se siano essi stessi la causa della infiammazione.

L'attivazione delle cellule infiammatorie determina un rilascio di alcune sostanze (citochine) che inducono, amplificano e mantengono l'infiammazione e sono il presupposto del danno dei tessuti intestinali.

I dati sperimentali e alcune manifestazioni della malattia come febbre, dimagrimento, riduzione delle proteine nel sangue e innalzamento degli indici pro-infiammatori, sono riconducibili all'azione delle citochine. L'obiettivo del trattamento terapeutico è l'inibizione della sintesi di queste citochine, causa dell'infiammazione.

E' erroneo considerare la malattia di Crohn, come peraltro la Rettocolite ulcerosa, come una malattia solo dell'apparato digerente, perché si tratta di complesse patologie multiorgano il cui trattamento è affidato, oltre che al Gastroenterologo, anche al Chirurgo e al Nutrizionista e a volte allo Psicologo. Nella valutazione dell'attività della malattia di Crohn si devono considerare: l'intensità dell'infiammazione, la sede e l'estensione delle lesioni, eventuali precedenti interventi chirurgici, lo stato emotivo del paziente, le complicanze e l'associazione di manifestazioni extra-intestinali.

Possibilità terapeutiche

La terapia deve tener conto della storia naturale della malattia, che ha un decorso molto lungo, caratterizzato da fasi di remissione e di riacutizzazione. Caratteristiche sono tre fasi: la malattia non complicata, la malattia complicata e la recidiva post-chirurgica.

L'obiettivo della terapia nutrizionale è quello di garantire un apporto calorico adeguato al paziente e di potenziare la risposta farmacologica. L'obiettivo della terapia medica è l'induzione e il mantenimento della remissione (in parole povere fare "addormentare" la malattia e mantenerla tale il più a lungo possibile), mentre quello della terapia chirurgica è il trattamento delle complicanze.

Dal punto di vista nutrizionale è preferibile che il paziente scelga un'alimentazione equilibrata senza eccessive restrizioni, ma anche senza eccessi. Va limitato il consumo di cibi grassi, in quanto questi stimolano la produzione di bile e di sali biliari che vengono riassorbiti nell'ultima ansa ileale. Spesso la malattia si localizza a tale livello e questi sali non vengono riassorbiti e giungendo nel colon, funzionano come purganti aggravando la diarrea, problema frequente in questi pazienti. Gli studi sulla nutrizione parenterale (infusione endovenosa di apposite soluzioni nutrizionali) totale ed enterale (i nutrienti sono somministrati direttamente all'interno dell'apparato digerente attraverso una sonda) hanno dato risultati incerti. Questi tipi di nutrizione vanno riservati ai casi più gravi, che non rispondono alle altre terapie e vanno considerati, insieme ai più recenti farmaci biologici, la terapia di riserva prima della terapia chirurgica. Quest'ultima nella malattia di Crohn deve essere limitata ai casi indispensabili (complicanze e casi veramente "non responder") perché il paziente operato, troppo spesso, va incontro a recidive che se interessano il tenue (in genere dopo 100 centimetri asportati) conducono a severi malassorbimenti.

I farmaci che costituiscono i capisaldi della terapia medica convenzionale della malattia di Crohn e in generale delle malattie croniche infiammatorie intestinali sono i cortisonici, le mesalazine nelle varie formulazioni, gli immunomodulatori e immunosoppressori (azatioprina), gli antibiotici.

I cortisonici vengono utilizzati per indurre la remissione della malattia, tutti gli altri presidi farmacologici e la nutrizione vengono impiegati per il mantenimento della remissione.

Gli AnticorpiAnti TNF alfa (infliximab), detti anche farmaci biologici, sono utilizzati nei pazienti refrattari alla terapia convenzionale e nella malattia fistolizzante. Sono somministrati in infusione endovenosa e inducono la remissione nei pazienti refrattari o ad alto rischio di riacutizzazione.

Questi farmaci non sono privi di effetti collaterali e oltre la loro azione teratogena va rimarcata la possibile riaccensione di una tubercolosi silente o pregressa per cui negli esami preliminari, prima del trattamento, va inserito il test della TBC.

Le indicazioni chirurgiche sono assolute o relative. Quelle assolute hanno come obiettivo la sopravvivenza del paziente e riguardano fasi acute come la perforazione libera, l'emorragia massiva, il tumore o l'ostruzione cronica severa. Purtroppo nella malattia di Crohn, come peraltro nella R.C.U., aumenta il rischio di neoplasia del colon e questo rende necessario sottoporre a controlli nel tempo anche i pazienti con malattia in remissione. Quelle relative si riferiscono ai casi di scarsa risposta farmacologica o altre complicanze quali fistole e ascessi, complicanze perianali e ritardo della crescita.

In conclusione possiamo affermare che la malattia di Crohn necessita di una particolare attenzione da parte dello specialista non solo Gastroenterologo, ma anche Chirurgo e Anatomopatologo, Radiologo e Psicologo e che è fondamentale, come spesso avviene in medicina, il rapporto tra paziente e Medico di medicina generale, nonché la collaborazione di quest'ultimo con i vari specialisti. Per fortuna si stanno sviluppando, in varie Province, ambulatori dedicati a questa patologia ove sia i pazienti, sia i Medici di medicina generale trovano una risposta pronta e appropriata.

Dr. Prof. Angelo Franzè – info@angelofranze.it

St. privato Borgo Felino, 29 - 43121 Parma | Tel. 0521.231481

St. privato Roma Casa di cura Quisisana via Giangiacomo Porro, 5 - 00197 Roma | Tel. 06.809581