



a cura del Prof. Angelo Franzè

RETTO-COLITE ULCEROSA

La retto-colite ulcerosa è una patologia che, assieme alla malattia di Crohn, rientra tra le "malattie infiammatorie croniche intestinali". Nella colite ulcerosa vi è una importante infiammazione che interessa soltanto il grosso intestino, il colon. Si localizza sempre e comunque nel tratto terminale, ovvero la regione del retto ma più frequentemente si estende anche progressivamente agli altri settori del colon. Esistono forme che rimangono solo e sempre localizzate al retto definite proctiti ulcerosa. Quando invece dal retto si estendono al sigma si definisce proctosigmoidite ulcerosa; con estensione a tutto il colon discendente retto colite ulcerosa sinistra oppure a tutto il colon pancolite ulcerosa. Per quanto riguarda la frequenza della rettocolite ulcerosa, si calcola che la colite ulcerosa e la malattia di Crohn colpiscano oltre 100.000 persone in Italia. Si è cercato di calcolare quante persone potrebbero essere colpite ogni anno e si ipotizza un'incidenza pari a 8,1 nuovi casi per 100.000 abitanti, considerando la popolazione adulta, distribuita in modo pressoché uniforme in entrambi i sessi.

CLINICA

Il sintomo il principale è la radicale modificazione dell'alvo, ovvero scariche diarroiche ma con feci miste a sangue e muco, che sono tanto più frequenti quanto la malattia è più severa. Infatti la colite ulcerosa può esordire in forma lieve ma anche con un attacco acuto particolarmente grave. Nei casi di localizzazione rettale (proctite) può comparire anche un quadro di stipsi con emissione di sangue.

Si tratta di processi infiammatori della mucosa che comprendono, in certi casi, vere e proprie ulcerazioni, che provocano il sanguinamento e il versamento del muco nel lume dell'intestino. Nelle forme più gravi sono presenti disturbi generali, ovvero: febbre, aumento della frequenza cardiaca (tachicardia), anemia, perdita di forze e di appetito,

diminuzione delle proteine circolanti e squilibrio di importanti sostanze come potassio, sodio e cloro. Insomma, tutto l'organismo entra in sofferenza.

DIAGNOSI

La diagnosi della malattia viene fatta utilizzando in primo luogo la colonscopia che permette di documentare l'infiammazione a livello colico e di escludere quelle lesioni provocate da una sostanza particolare, quali gli antinfiammatori non steroidei, un'infezione o qualunque agente fisico o chimico; le biopsie eseguite in corso di colonscopia permettono di chiarire, la maggior parte delle volte, i casi di diagnosi differenziale dubbia.

ESAMI STRUMENTALI

La colonscopia è necessaria per confermare la diagnosi, stabilire bene le altre localizzazioni, definendo così, anche l'intera estensione dell'infiammazione e soprattutto definire il grado e la severità della infiammazione. In alternativa si può ricorrere dall'esame radiologico, il clisma opaco a doppio contrasto cui si ricorre ormai raramente e in taluni casi anche all'ecografia che può dare importanti indicazioni. Altri esami utili sono la ricerca di parassiti o di altri agenti infettivi nelle feci, o il prelievo di sangue per escludere la presenza di infezioni recenti.

TERAPIA

Nel caso che la malattia esordisca con un attacco severo, vale a dire con più di sei scariche giornaliere feci muco-sanguinolente e disturbi generali, occorre sempre il ricovero in ospedale. Qui gli specialisti sottopongono il malato ad un trattamento intensivo, con alte dosi di cortisone, della durata di circa 7-10 giorni. Sono somministrati anche liquidi, plasma ed elettroliti, nonché sostanze ad alto contenuto calorico.

In oltre la metà dei casi, dal 50 al 70 per cento, la risposta ottenuta è molto buona; viene così evitato l'intervento chirurgico e, soprattutto, il rischio di mortalità è stato del tutto azzerato. Tra le proposte farmacologiche di quest'ultimo periodo, per la fase acuta va segnalata la possibilità di usare anche farmaci immunosoppressori, come la ciclosporina, sempre per via endovenosa.

Nei casi in cui le scariche non superano mai le 5-6 al giorno (forme medio-lievi), la malattia è generalmente limitata al retto-sigma, estendendosi al massimo al colon di sinistra; qui rispetto al passato c'è stata una vera rivoluzione terapeutica che ha messo in secondo piano la somministrazione di cortisone. Oggi si tende decisamente a privilegiare il trattamento locale, ovvero l'uso di farmaci somministrati per via rettale. Primi tra tutti i

clismi, quindi le supposte, a cui si sono aggiunte proprio di recente preparazioni a base di schiuma.

Il principio attivo più frequentemente usato è il 5-ASA, ovvero la parte attiva della molecola salazopirina, che agisce localmente sulla mucosa del colon. Questo nuovo indirizzo di cura, che è nato proprio in Italia, offre oggi la possibilità di controllo degli attacchi, almeno nell'80-90 per cento dei malati; resta così una piccola percentuale di pazienti, non oltre il 15 per cento, che ha ancora bisogno di cortisone per via sistemica. Va aggiunto però che un piccolo gruppo di pazienti, quelli con colite distale refrattaria, può non rispondere a questa terapia "standard". In questi casi si opta per la somministrazione contemporanea di cortisone e 5-ASA o di immunosoppressori o per l'impiego protratto nel tempo di 5-ASA. Per prevenire le ricadute della malattia, la salazopirina, che aveva numerosi effetti collaterali, è stata sostituita dalla nuova generazione di composti, costituiti appunto dalla sua parte attiva, ovvero il 5-ASA. Si tratta di preparazioni che, assunte per bocca, liberano il principio attivo soltanto dove è effettivamente utile, cioè nel colon. Tutto questo ha contribuito a curare meglio e con maggiore sicurezza per lunghi periodi la stragrande maggioranza dei pazienti con colite ulcerosa.

L'intervento chirurgico può essere effettuato o come terapia alternativa in caso di fallimento della terapia medica, nelle forme severe, oppure come scelta terapeutica nel caso di impoverimento della qualità di vita o scarsa risposta alla terapia medica. Non va più vissuto, comunque, come un evento drammatico in quanto, grazie ai perfezionamenti della tecnica chirurgica, deve essere considerato come un valido strumento terapeutico in grado di eliminare la malattia.

L'intervento chirurgico può essere effettuato secondo una tecnica tradizionale, cioè anastomosi ileo-retto che, come è ben comprensibile dalla parola, prevede l'asportazione del colon malato e l'aboccamento dell'ileo con un piccolo tratto residuo di retto. Siccome il retto è la porzione di intestino sempre colpita, è ovvio che si debba continuare per lunghi periodi con terapie locali e controllo della mucosa rettale.

L'altro intervento, di più recente introduzione, consiste, invece, nella ricostruzione di una nuova tasca rettale con la mucosa dell'intestino tenue, mediante il suo aboccamento con il margine anale (anastomosi ileo-ano). Quest'ultimo intervento presenta il vantaggio di favorire l'eliminazione di ogni area affetta da malattia anche se una percentuale fortunatamente piccola di pazienti può sviluppare una nuova condizione flogistica della nuova ampolla.

Il problema della prevenzione del carcinoma è stato di recente ridimensionato. Tuttavia è importante l'individuazione della displasia grave, quadro preneoplasico, attraverso

l'esecuzione periodica di colonscopie con prelievi biotici multipli nei vari settori del colon e retto soprattutto nelle pancoliti ulcerose che datano da molti anni. Probabilmente, comunque, l'incidenza di forme tumorali si è notevolmente ridimensionata in quanto si cura sempre più e meglio il paziente. Le cure mediche, infatti, riducono il numero degli attacchi e la loro severità e, probabilmente, viene così ridotto lo stimolo indotto dall'infiammazione. L'intervento chirurgico elimina poi quelle situazioni considerate a rischio, quali l'insorgenza in età giovanile, le forme molto attive estese e spesso recidivanti. Ecco perché in alcuni studi il problema della degenerazione maligna viene ritenuto simile a quello della popolazione generale.

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