

# COLITE ULCEROSA E MORBO DI CROHN

Ogni malattia cronica modifica in modo sostanziale la vita del paziente e questo è soprattutto evidente nelle **malattie infiammatorie croniche intestinali** (MICI): coinvolgono più di 100.000 persone in Italia (incidenza di 10-15 casi su 100 mila), insorgono spesso in età giovanile, si protraggono per tutta la vita e manifestano alterazioni dell' alvo che creano problemi relazionali e lavorativi.

Ho concentrato l' attenzione su alcuni quesiti che il paziente con MICI si pone ed ai problemi che viene ad affrontare nel corso degli anni quali i sintomi, le complicanze, il fumo, l'uso di farmaci concomitanti, la gravidanza, la fertilità...

## Cos'è la colite ulcerosa ed il morbo di Crohn ?

La colite ulcerosa (CU) è una malattia del grosso intestino (colon) e della sua parte terminale (retto). La mucosa si infiamma e si ulcera in superficie, durante la fase attiva; tale infiammazione si può limitare al retto (proctite), coinvolgere una buona parte del colon (colite) o tutto il colon (pancolite).

Il morbo di Crohn (MC) è un' altra malattia infiammatoria, la quale, invece, può coinvolgere tutte le parti dell' apparato digerente, dalla bocca all' ano; oltre alla infiammazione, simile a quella della colite ulcerosa, può produrre fissurazioni della mucosa e fistole con altri organi.

## Quali sono le differenze maggiori tra loro ?

Il sanguinamento rettale è costantemente presente nella CU, più raro nel MC. Le complicanze anali, quali fistole, ragadi..., sono tipiche del MC e si osservano quasi nel 50 % dei casi.

Il MC è una malattia segmentaria, cioè interessa il tubo digerente in modo discontinuo; nel 28 % dei casi interessa solo l' ileo, nel 41 % ileo e colon, nel 27 % solo il colon. La CU, invece, si estende per continuità a partire dal margine anale.

## Quali sono i loro sintomi ?

Possono essere molto diversi da caso a caso, in relazione alla gravità della malattia. Chi ne è affetto lamenta episodi prolungati di diarrea con scariche di feci liquide, miste a sangue e, talvolta, a muco - pus.

Alcuni possono avere dolori addominali e febbre; altri arrossamenti oculari, dolori articolari, lesioni della pelle e complicanze epato-biliari. Nei bambini le recidive comportano perdita dell' appetito, dimagrimento, irritabilità e depressione e, pertanto, anche ritardi di crescita.<sup>1</sup>

I sintomi di esordio difficilmente sono orientativi; il MC spesso presenta manifestazioni perianali o dolori addominali, mentre la CU diarrea sanguinolenta.

---

<sup>1</sup> Dott Basilico Mauro Via Val Maira 14 Milano

### Quale è la causa di queste malattie ?

Nessuno conosce ancora la ragione per cui certe persone sviluppano tali malattie. Numerosi sono i geni potenzialmente candidati, ma per nessuno c'è evidenza definitiva.

Queste malattie colpiscono entrambi i sessi; l'età preferenziale d'esordio è quella giovanile, sotto i 40 anni.

Sono più comuni nei paesi occidentali; la razza bianca ha probabilità 4 volte superiore di sviluppare malattia rispetto alle altre razze. I parenti dei pazienti affetti possono sviluppare la malattia con maggiore probabilità; non sono, però malattie ereditarie.

Stress, emozioni, farmaci sono occasionalmente legati all'esordio della malattia o alla ricomparsa dei sintomi.

### Quali esami sono necessari ?

Per fare la diagnosi è necessario esaminare il colon con un apparecchio, chiamato endoscopio; questo permette una attenta osservazione della superficie interna dell'intestino e, nel contempo, il prelievo di campioni di tessuto da valutare al microscopio.

Il colon può essere esaminato anche con i raggi X, dopo aver introdotto bario ed aria dal retto. Tale indagine è più grossolana e non permette ovviamente delle biopsie, pertanto, non è in grado di fare diagnosi certa. Se la malattia si localizza all'intestino tenue si esegue l'RX digerente (mezzo di contrasto assunto per bocca) od il clisma del tenue (mezzo di contrasto introdotto nel duodeno tramite sondino naso – gastrico); di recente in centri specialistici si affiancano anche l'ecografia, la TAC e la enteroscopia con sonda.

### La malattia può guarire ?

I sintomi, in genere, vanno e vengono in modo cronico per tutta la vita; periodi di benessere si alternano a recidive. Teoricamente tali alternanze possono permanere tutta la vita, pertanto scopo della terapia è di ridurre numero ed intensità di questi episodi.

### C'è predisposizione ad altre malattie ?

Questi pazienti sono predisposti a dolori articolari nel 25 % dei casi (poliartrite), trattabili con semplici antiinfiammatori. Altri, invece, sviluppano in circa il 15 % dei casi noduli cutanei rossi e dolorosi generalmente agli arti inferiori (eritema nodoso) e più raramente ulcere (piodermite).

2

Le manifestazioni oculari si sviluppano solo nel 5 % dei casi con iriti, uveiti...

In alcuni casi ci possono essere compromissioni funzionali del fegato, sino allo sviluppo di calcoli alle vie biliari, colangiti od epatiti. In casi gravi, la cronicizzazione porta a fibrosi delle vie biliari (colangite sclerosante) e neoplasie (colangiocarcinoma).

Nei pazienti con MICI esiste un' aumentata incidenza di carcinoma del colon, rispetto alla popolazione generale. Il rischio di sviluppare cancro è correlato con la durata della malattia (oltre

---

<sup>2</sup> Dott Basilico Mauro Via Val Maira 14 Milano

10 – 15 anni di malattia) e con la estensione della malattia (pancolite). Oggi tutti i pazienti sono sotto costante controllo e trattamento presso centri ospedalieri specializzati, quindi il rischio è molto contenuto.

### *Che influenza ha il fumo ?*

L'abitudine al fumo si associa ad un elevato rischio di comparsa di MC, mentre la CU colpisce con maggiore prevalenza i non fumatori, o, ancor più, gli ex-fumatori (rischio per CU/MC è rispettivamente 0.4/1.9 rispetto ai non fumatori). Da questa evidenza solo epidemiologica, non si possono ancora ricavare norme pratiche.

Più interessante dal punto di vista pratico è il fumo sul decorso della malattia e sulle sue riacutizzazioni. La CU ha recidive più frequenti negli ex-fumatori ed il rischio di recidiva resta alto sino a 6 anni dall'avvenuta sospensione. Nel MC: il fumo ha un effetto aggravante il decorso clinico forse alterando il microcircolo sanguigno del tratto gastro-enterico e favorendo una ipercoagulabilità del sangue.

Non potendo interferire sull'esordio della malattia, possiamo però cercare di contribuire alla riduzione del rischio di recidiva, migliorando l'andamento del MC con la raccomandazione alla sospensione del fumo; nella CU il fumo non va sconsigliato e può rappresentare un fattore di protezione.

### *I figli dei pazienti sono a rischio ?*

Le malattie infiammatorie dell'intestino sono più comuni fra le persone della stessa famiglia (circa dieci volte maggiore). Non è nota, peraltro, una trasmissione ereditaria e non esiste ragione per sconsigliare i pazienti affetti dall'avere figli.

### *Qual'è il trattamento ?*

La maggior parte dei pazienti può essere trattata con medicinali. Le più comuni terapie sono quelle antinfiammatorie con salazopirina o mesalazina (5-ASA); i derivati del cortisone vengono prescritti negli attacchi moderato-gravi, come pure immunosoppressivi (azatioprina). Quando la malattia è sotto controllo<sup>3</sup> la dose di cortisone viene ridotta e sospesa a causa dei noti effetti collaterali.

Il trattamento oggi con farmaci biologici (infliximab ed adalimumab) ha profondamente modificato il paradigma terapeutico delle MICI. Questo trattamento di competenza dei centri specialistici ha consentito di affrontare e risolvere molte condizioni cliniche complesse e di portare alla identificazione di nuovi traguardi terapeutici volti ambiziosamente al possibile cambiamento della storia naturale della colite ulcerosa e del morbo di Crhon.

Nei casi gravi, insensibili a terapia medica, in caso di complicanze (fistole, ascessi, ostruzioni intestinali...), oppure ove vi sia un alto rischio di sviluppare cancro, può essere necessario l'intervento chirurgico per asportare parte o tutto il colon o tratti del tenue. I pazienti affetti da CU non hanno generalmente necessità di alcun intervento chirurgico.

### *Quali farmaci possono essere assunti ?*

Uno dei problemi più comuni che si deve affrontare, per il paziente con MICI, è quello relativo alla necessità di farmaci per patologie intercorrenti.

<sup>3</sup> Dott Basilico Mauro Via Val Maira 14 Milano

Gli antibiotici sono stati segnalati in alcune riacutizzazioni di entrambe le forme (ipoteticamente legate o alla diarrea, o al dismicrobismo intestinale ad essi conseguente). Lo stesso dicasi per gli antiinfiammatori non steroidei (FANS) in particolare nella CU; per quanto riguarda i recenti inibitori selettivi della ciclossigenasi (COX 2), non vi sono ancora disponibili dati definitivi. I cosiddetti 'sintomatici' (antidiarroici, analgesici, antispastici), devono essere usati con cautela, adeguando i dosaggi al singolo caso, specie nelle forme severe, in quanto correlati allo sviluppo del megacolon tossico, complicanza temibile ma per fortuna rara.

### La malattia interferisce con la fertilità / gravidanza ?

Il paziente con MICI può avere una capacità riproduttiva sovrapponibile al soggetto normale.

Le MICI esordiscono spesso in età giovanile ed in piena attività riproduttiva. La fertilità femminile nella CU appare non inficiata; controversi sono i risultati nel MC. La ridotta fertilità maschile in corso di IBD, legata ad alterazioni della spermatogenesi, sembra dovuta al trattamento con salazopirina, piuttosto che alla attività di malattia.

La gravidanza non sembra essere influenzata dall' MICI, anche se appare maggiore la probabilità di aborto spontaneo e di parto prematuro quando il concepimento sia avvenuto in corso di malattia attiva. Al contrario, se è attiva o mal controllabile farmacologicamente, essa può peggiorare, soprattutto durante il I° trimestre nella CU e nel III° nel MC.<sup>4</sup>

Per la terapia con salazopirina e mesalazina, sebbene passino la barriera placentare, non esistono motivi per sospendere il trattamento in corso di gravidanza. I cortisonici si sono dimostrati sicuri; non vi è motivo di sospenderli anzi, se necessario, possono essere aumentati. La terapia immunosoppressiva (azotiaprina o 6-mercaptopurina) viene abitualmente sospesa in corso di gravidanza per i dimostrati effetti dannosi sul feto; addirittura alcuni consigliano l' interruzione della stessa in caso di concepimento avvenuto in corso di tale terapia (in tali casi è più conveniente programmare consapevolmente una gravidanza con metodi anticoncezionali).

I farmaci utilizzati, in linea di massima, sono assorbiti dal bambino in corso di allattamento. I salicilati non sembrano provocare danni; i cortisonici devono essere ridotti o sospesi appena possibile; l' azotioprina invece non sembra essere presente nel latte materno.

In donne in terapia con estro-progestinici orali, sembra vi sia un aumentato rischio di MC e molto più lieve di CU. In attesa di evidenze definitive, la decisione di sospendere la terapia dipenderà dal singolo caso.

### Quale è l' alimentazione da prediligere ?

A tutt'oggi non è ancora ben chiaro il ruolo effettivo dell' alimentazione nell' eziopatogenesi delle MICI; è certo, però, che il quadro clinico può trarre vantaggio da un corretto trattamento dietetico.

La maggior parte dei pazienti con MICI può comunque seguire una normale alimentazione, rispettando, in prima istanza, le proprie abitudini.

La terapia dietetica rappresenta il primo sistema di difesa per il paziente con MICI nel controllo dei sintomi, quanto nell' indurre più rapidamente la remissione della malattia. Deve essere

---

<sup>4</sup> Dott Basilico Mauro Via Val Maira 14 Milano

personalizzata, sulla base delle esigenze del singolo, della sintomatologia, della gravità delle lesioni, della localizzazione, dell' estensione e delle complicanze.

Ogniquale volta, la frequenza delle scariche diarroiche, in corso di malattia attiva, imponga una restrizione alimentare, la dieta dovrà essere compensata da un adeguato introito energetico e di nutrienti. Particolare attenzione deve essere riservata alle proteine come ad alcune vitamine (folati, B 12, C, retinolo...) e ad alcuni minerali (magnesio, zinco, calcio, ferro).

La dieta deve comportare un apporto calorico totale di almeno 30-35 Kcal/Kg di peso ideale; deve essere normo-iperproteica (0.8 – 2-3 g/Kg/die) in modo da garantire, nell' adulto, il mantenimento od il ripristino del peso corporeo, entro valori considerati desiderabili; nel giovane, deve consentire, invece, il regolare ed armonico sviluppo corporeo.

Alte quote alimentari di zuccheri (saccarosio) e grassi animali sono correlati con lo sviluppo delle MICI, particolarmente nel caso della colite ulcerosa; al contrario, frutta e verdura sono ritenute protettive.<sup>5</sup>

Particolare attenzione deve essere posta nei confronti delle intolleranze alimentari. Queste sono tutt' altro che infrequenti, specie in fase evolutiva; l' intolleranza al lattosio in bambini in corso di MICI è riportata nel 34 %, sino al 50 % per ebrei o neri. Circa la metà delle CU attive, manifestano una temporanea intolleranza, che scompare dopo remissione della forma. La somministrazione di latte può, pertanto, aggravare lo stato diarroico; così la sua eliminazione riduce il dolore addominale, come il numero delle scariche. Nell' eliminare il latte, dovranno essere assicurati, comunque, sufficienti quote calciche con yogurt od alimenti similari ed, in altri casi, con adeguati supporti farmacologici.

Le fasi di riacutizzazione sono spesso associate a steatorrea (diarrea grassa dovuta a malassorbimento lipidico); in questi casi è necessaria, pertanto, una riduzione dell' introito dei grassi alimentari.

Controverso è il comportamento nei confronti della fibra alimentare. E' ovvio pensare che, in termini generali, una dieta a basso residuo possa contribuire ad un miglioramento clinico. Nella CU, specie retto- anale, la riduzione della fibra che compatta le feci può aumentare l' irritazione mucosa complicando il quadro; in altri soggetti, un alto contenuto di fibra associato ad adeguate quote idriche, rende le feci voluminose e morbide così da proteggere la mucosa e ridurre le perdite ematiche conseguenti all' attrito meccanico. In casi particolari (MC con complicanza stenotica del lume intestinale) una dieta con pochi residui (frutta e verdura) o persino una dieta liquida possono essere necessarie per minimizzare i disturbi. Nei pazienti che hanno subito una resezione chirurgica del piccolo intestino (MC complicato), può verificarsi un assorbimento maggiore di ossalato il quale insieme al calcio urinario può sviluppare calcolosi renale. In tali eventualità dovrebbero essere evitati gli alimenti contenenti alte quote di ossalato: spinaci, rabarbaro, fagioli, cacao, bietola, caffè, tè.

Le spezie possono peggiorare la sintomatologia, non tanto per le loro proprietà irritanti, le quali si limitano al tratto superiore, quanto per la loro azione eccitoperistaltica.

Le MICI, ma soprattutto la CU nelle forme più aggressive, possono sfociare in malnutrizione marcata, caratterizzate da anemia, calo ponderale... sino a scadimento delle condizioni fisiche generali. In questi casi si rende necessaria una integrazione od, addirittura, una sostituzione della normale dieta con appropriati prodotti dietetici del commercio. Questi preparati sono composti di

---

<sup>5</sup> Dott Basilico Mauro Via Val Maira 14 Milano

miscela liquide alimentari a base di latte o lattosio-prive (diete elementari); tali regimi vengono completamente assorbiti nella parte alta del piccolo intestino, senza produrre residui e senza richiedere una grande digestione prima dell' assorbimento.

Nei casi più gravi, in particolare per il MC, ove si renda necessaria una alimentazione per via venosa, interamente sostitutiva a quella orale fisiologica (nutrizione parenterale totale), è indispensabile una ospedalizzazione.<sup>6</sup>

### *Come posso convivere con le MICI?*

L'atteggiamento psicologico deve essere positivo, anche con l'aiuto dello specialista e dei familiari. Molte persone hanno lo stesso problema, eppure continuano ad avere una vita attiva ed in gran parte normale (da attori, ad atleti, come gente comune).

Oggi è possibile controllare i sintomi in maniera efficace, pertanto, sarà solo necessario fare degli aggiustamenti al proprio stile di vita ed alle proprie abitudini; con l'esperienza si riesce ad organizzare la vita in modo da convivere con la malattia.

A tale scopo è necessario documentarsi meglio sulla malattia per conoscerla ed affrontarla meglio; in Italia è stata creata l'Associazione Malattie Infiammatorie Intestinali alla quale ci si può iscrivere ([www.amicitalia.org](http://www.amicitalia.org)).

---

<sup>6</sup> Dott Basilico Mauro Via Val Maira 14 Milano