

AMICI LIGURIA NEWS

Periodico trimestrale d'informazione e divulgazione di
A.M.I.C.I. LIGURIA

sede: PIAZZA DEI GRECI 5R 16123 GENOVA
Tel. 0102464484 www.amiciitalia.org/liguria amici.liguria@fastwebnet.it

Dicembre 2004

Anno 6 - Numero 4

IN QUESTO NUMERO

- Terapia nei bambini con MC**
- Novità nelle metodiche di imaging**
- domanda e risposta in psicologia**
- le malattie infiammatorie croniche intestinali nell'età senile**
- consigli ad un malato affetto da mici che parte per l'estero**
- componenti psicosomatiche (da una Tesi di Laurea)**
- La nostra prossima iniziativa**

LA TERAPIA NUTRIZIONALE È PIÙ EFFICACE DEGLI STEROIDI NEL CURARE L'INFIAMMAZIONE NEI BAMBINI AFFETTI DA MALATTIA DI CROHN.

Studi riferiscono che la terapia nutrizionale produce percentuali di remissione quasi pari a quelli ottenuti con la terapia steroidea per via orale in pazienti affetti da malattia di Crohn (MC). Tuttavia gli effetti di una terapia nutrizionale esclusiva in sostituzione della terapia steroidea nel trattamento dell'infiammazione della mucosa nei pazienti con MC sono poco conosciuti. 47 bambini affetti da MC in fase attiva (d'età compresa fra i 7 e i 17 anni) (26 maschi) sono stati esaminati in modo consecutivo per determinare la sicurezza e l'efficacia della terapia nutrizionale esclusiva confrontata con la terapia steroidea per ottenere la remissione clinica e la guarigione dell'infiammazione della mucosa.

Metodologia. A 37 pazienti (pz) (età media 12.1 anni) (tra i 7 e i 16 anni) (21 maschi) con MC è stata somministrata una dieta polimerica (12), semielementare (13) o elementare (12), 10 pz. (età media 12.4) (tra gli 8 e 17 anni) hanno assunto steroidi (metilprednisolone, 2mg/kg/al giorno per 4 settimane). La dieta polimerica è stata somministrata per via orale, le altre sono state somministrate con una pompa attraverso un sondino nasogastrico. L'estensione e la localizzazione della malattia sono state determinate sulla base di esami radiologici, endoscopici ed istologici.

Risultati. Tutti i pz. erano affetti da malattia di Crohn localizzata alla parte terminale dell'ileo e a diverse zone del colon; non era stata riscontrata la presenza di fistole. I dati clinici, endoscopici ed istologici erano simili nei due gruppi. Entrambi i trattamenti risultarono efficaci nell'indurre la remissione clinica: 32 dei 37 bambini cui fu somministrata la terapia nutrizionale e 9 dei 10 bambini cui furono somministrati steroidi ebbero una remissione clinica (stimata < 10 secondo l'indice PCDAI) entro le 8 settimane di terapia. Il tempo medio necessario per ottenere la remissione fu significativamente più rapido nei pazienti trattati con terapia nutrizionale rispetto a quelli trattati con steroidi (2.5 settimane contro 3.7 settimane) ($p < 0.05$). Un miglioramento dello stato infiammatorio della mucosa (definito come una riduzione del 40% rispetto ai dati endoscopici ed istologici iniziali valutati in cieco dopo 8 settimane di ciascun trattamento) si verificò in 26 dei 37 pz. trattati con terapia nutrizionale versus i pz trattati con steroidi ($p < 0.05$), mentre 7 pz trattati con terapia nutrizionale e nessuno di quelli trattati con steroidi mostrarono una completa cicatrizzazione della mucosa ($p < .005$).

Conclusioni. Nei bambini affetti da malattia di Crohn in fase attiva, la terapia nutrizionale esclusiva mostra un effetto più rapido degli steroidi nell'indurre la remissione clinica ed è decisamente più efficace degli steroidi nel produrre la scomparsa dell'infiammazione della mucosa. La terapia nutrizionale esclusiva è la terapia d'elezione per i bambini affetti da malattia di Crohn in fase attiva.

R. Berni Canani, G. Terrin, I. De Rosa, O. Borrelli, A. Coruzzo, S. Cucchiara; (Napoli, Roma)

NOVITA' IN METODICHE DI IMAGING NELLE MICI LA CROMOENDOSCOPIA E LA VIDEOENDOSCOPIA AD ALTA DEFINIZIONE

L'endoscopia gioca un ruolo di primaria importanza nella diagnosi, nel follow up e nel trattamento delle malattie infiammatorie intestinali.

Questi aspetti diagnostico-terapeutici "tradizionali" possono essere sensibilmente migliorati grazie all'utilizzo di coloranti vitali e della magnificazione di immagine. L'uso della **Cromoendoscopia** si sta rivelando interessante negli ultimi anni, accanto all'indagine

istobioptica. Questa tecnica offre sensibili vantaggi dal punto di vista diagnostico, per quanto riguarda la definizione dell'estensione e del grado di attività della malattia, l'individuazione di aree sospette per degenerazione e la differenziazione tra adenomi e pseudopolipi. La colorazione vitale è ritornata di grande attualità grazie soprattutto all'impiego dei magnificatori di immagine: le immagini magnificate sono rese possibili grazie al posizionamento nel videoendoscopio di una microtelecamera dotata di zoom che permette un ingrandimento della mucosa sino a 150 volte, consentendo la realizzazione di quadri endoscopici confrontabili per nitidezza di immagine e livello di informazione a quelli ottenibili con indagine microscopica post biopsia.

L'utilizzo della colorazione è consigliabile dopo aver completato come di norma l'indagine endoscopica, durante la fase di ritiro dello strumento, dopo avere somministrato al paziente un farmaco antispastico, onde ridurre la peristalsi del viscere, ed avere eseguito un accurato lavaggio del tratto intestinale da esaminare, con soluzione fisiologica (nelle malattie infiammatorie intestinali vi è, infatti, una notevole secrezione di muco e pus, spesso tenacemente adesi alla parete).

I principali coloranti impiegati nello studio delle malattie infiammatorie intestinali sono l'Indaco Carminio, colorante di contrasto, ed il Blu di Metilene e di Toluidina, coloranti vitali. In caso di malattia di Crohn, l'Indaco Carminio può essere utilizzato principalmente per una valutazione macroscopica dello stato di malattia; nella Rettocolite Ulcerosa il colorante trova indicazione soprattutto nelle forme di lunga durata, al fine di evidenziare lesioni piatte o depresse che possono essere sede di displasia/carcinoma e che risultano difficilmente identificabili con l'utilizzo della endoscopia tradizionale. Il Blu di Metilene e di Toluidina sono assorbiti uniformemente dalla mucosa intestinale integra mentre in caso di processo infiammatorio il loro assorbimento tende a decrescere con l'aggravarsi della flogosi e questa caratteristica trova particolari possibilità applicative nella RCU: mentre nella fase acuta della malattia non si verifica alcuna colorazione attiva dell'epitelio, durante quella di remissione si osserva la ricomparsa di assorbimento da parte della mucosa rigenerata. Ne consegue che il Blu di Metilene e di Toluidina trovano principale impiego soprattutto nella fase di remissione della malattia ed in particolare nella diagnosi differenziale tra pseudopolipi e polipi veri.

In ogni caso, pur in presenza di notevoli recenti sviluppi tecnologici e di una documentata stretta correlazione tra grado di flogosi, istologicamente valutato, e reperto

cromoendoscopico, a maggior ragione in presenza di immagini magnificate, il campionamento biptico nelle malattie infiammatorie intestinali appare imprescindibile, non solo per una valutazione della entità del processo infiammatorio ma soprattutto per il riscontro precoce dei processi degenerativi mucosali.

Nuove tecniche di immagine in RADIOLOGIA

La Radiologia ha ancora un ruolo importante, soprattutto per la malattia di Crohn.

Il Clisma del tenue o il Transito seriato con bario sono indispensabili nel definire la stadiazione e l'estensione della malattia, la presenza di eventuali stenosi, soprattutto a livello del tenue

La radiografia diretta dell'addome rappresenta un metodo insostituibile nella diagnosi del megacolon tossico (complicanza temibile per la colite ulcerosa) e delle occlusioni intestinali.

La radiologia è utile anche per diagnosticare anche alcune complicanze extraintestinali, come la sacroileite, la colelitiasi, la nefrolitiasi, la colangite sclerosante.

Ecografia.

Si evidenziano gli ispessimenti della parete intestinale, la dilatazione del lume intestinale, la presenza di eventuali tramiti fistolosi. E' indicata nel sospetto di malattia di Crohn e nel follow-up dei casi già noti. Il limite della tecnica è che non fornisce informazioni di tutto l'intestino ed è una metodica dipendente dalle capacità dell'operatore. Per via endorettale inoltre, si visualizzano e si possono drenare le raccolte ascessuali perianali e perirettali. Dopo l'endoscopia è la più importante procedura diagnostica.

Tomografia computerizzata (TC).

La TC permette di visualizzare l'intero spessore della parete intestinale, non solo la mucosa, ma anche il mesentere, i linfonodi; consente di diagnosticare complicanze, quali ascessi e fistole, permette inoltre, nei pazienti con flogosi attiva, di dimostrare la presenza di iperafflusso a livello della arteria mesenterica superiore.

La TC spirale permette la ricostruzione sul piano coronale dell'intestino tenue e di quelle zone particolari, ove si ipotizzi la presenza di infiammazione. Tramite la TAC e la Risonanza Magnetica Nucleare inoltre è possibile valutare l'estensione in profondità del processo infiammatorio, la sua diffusione peri ed extraintestinale e inoltre si può meglio distinguere la componente infiammatoria da quella fibrotica.

Risonanza magnetica Nucleare

Permette di rilevare alterazioni della parete intestinale, con definizione di immagini particolarmente fedeli alla realtà, in particolare è utile nella definizione delle complicanze anorettali (fistole, ascessi).

I pazienti con malattia di Crohn attiva e con decorso di tipo infiammatorio o fistolizzante presentano determinate caratteristiche, mentre invece il solo ispessimento della parete intestinale è un reperto frequente, ma non necessariamente patognomico di attività. La possibilità di distinguere tramite questa metodica la componente infiammatoria da quella fibrosa permette di predisporre trattamenti personalizzati al

singolo paziente (farmacologici, come antibiotici, steroidi, immunosoppressori, TNF alfa, chirurgici, endoscopici, dilatazione, endoprotesi).

Tomografia ad emissione di Positroni (PET).

Questa tecnica è stata recentemente proposta quale indagine non invasiva nelle MICI. La PET misura il metabolismo del glucosio loco-regionale. Nell'individuo sano la radioattività è rilevabile solo a livello di cuore e di cervello. In soggetti, invece, con processi infiammatori in atto, un'accresciuta radioattività può essere rilevata in altre parti dell'organismo, riflettendo l'aumentato metabolismo locale del glucosio.

Tomografia Computerizzata a Singola Emissione di Positroni (SPECT).

La scintigrafia tradizionale è una metodica nota per rilevare l'estensione e la sede di flogosi, utilizzando leucociti marcati prevalentemente con Tecnezio, la SPECT rappresenta un miglioramento della tecnica, perché permette di quantificare tridimensionalmente la distribuzione della radioattività, rappresentando una specie di scintigrafia in 3 dimensioni.

*D. Valpiani, A. Casadei, E. Ricci, U.O.
Gastroenterologia ed End. Digestiva, Azienda
Sanitaria Forlì*

LE MALATTIE INFIAMMATORIE CRONICHE INTESTINALI NELL'ETA' SENILE

INTRODUZIONE

Le malattie infiammatorie croniche intestinali (MICI), ovverosia la rettocolite ulcerosa idiopatica (RCI) e la malattia di Crohn (MC), sono patologie relativamente poco frequenti; tuttavia, va considerato che negli ultimi decenni si è assistito ad un progressivo aumento della loro frequenza soprattutto nei paesi cosiddetti "occidentali". Verosimilmente, tale condizione potrebbe essere legata ad una maggiore capacità di diagnosi da parte dei medici più che ad un reale incremento delle due patologie. Al momento attuale, pur mancando un Registro Nazionale, si può stimare che in Italia ci siano almeno 100.000 persone affette da MICI. Per quanto riguarda l'età di insorgenza, le MICI colpiscono prevalentemente i giovani adulti tra la seconda e quarta decade, sebbene possano esordire in qualunque epoca di vita.

Le MICI possono colpire anche gli anziani ?

Le malattie infiammatorie croniche intestinali nell'anziano sono oggi più comuni che in passato, in parte a causa di una maggiore sopravvivenza dei pazienti con un esordio giovanile della malattia ed, in parte, per la presenza di un secondo picco di insorgenza al di sopra dei 60 anni.

Le MICI ad esordio nell'anziano sono una patologia a se stante?

Allo stato attuale, non è ancora del tutto chiaro se il secondo picco di insorgenza delle MICI tra la sesta e l'ottava decade di vita rappresenti una malattia differente o la stessa malattia influenzata e modificata da fattori legati all'età (es. ischemia, diverticolosi, uso di farmaci, alterata flora batterica intestinale).

Esistono differenze tra i due sessi ?

Molti studi hanno dimostrato una maggiore incidenza della RCI ad esordio nell'anziano, soprattutto, nei soggetti di sesso maschile. Un recente studio italiano ha dimostrato come questa maggiore prevalenza sia correlata alla cessazione dell'abitudine al fumo di sigaretta. E' riconosciuto infatti che il fumo di sigaretta riveste - per meccanismi ancora in parte oscuri - un ruolo protettivo nella RCI. D'altra parte diversi studi hanno suggerito una predominanza del sesso femminile della MC dell'anziano.

I sintomi differiscono dalle forme ad esordio giovanile ?

Lo spettro dei sintomi delle MICI ad esordio nell'anziano è del tutto simile a quello dei pazienti più giovani, con le tipiche manifestazioni di diarrea, sanguinamento rettale ed urgenza per la RCI, e diarrea, dolore addominale e perdita di peso per

la MC. La severità può differire per concomitanti condizioni patologiche associate, tipiche dell'età. Nella MC frequente è il riscontro, anche nelle fasi precoci di malattia, di interessamento del distretto ano-perianale con la presenza di ascessi, fistole, ragadi ed emorroidi.

Quali sono le complicanze extraintestinali ?

Le complicanze extraintestinali delle MICI ad esordio nell'anziano non differiscono da quelle dei pazienti più giovani, sebbene le manifestazioni cutanee sembrino essere meno frequenti. D'altro canto, gli anziani possono presentare dolori articolari, disturbi oculari, alterazione degli indici di funzionalità epatica e calcoli ai reni o alla colecisti per la presenza di patologie associate.

Quali esami effettuare per la diagnosi ?

Non esiste un singolo test per identificare una MICI e ciò può contribuire a rendere più difficoltoso lo giungere tempestivamente ad una diagnosi corretta. Analogamente ai pazienti più giovani, oltre ad un'attenta raccolta dei dati clinici, ad una visita medica e ai comuni esami di laboratorio, i pazienti dovrebbero essere sottoposti ad alcuni esami indispensabili quali la colonscopia, il clisma del tenue (un esame radiologico eseguito iniettando del bario attraverso un sondino nasogastrico) o un esame seriato del tenue (un esame radiologico eseguito con ingestione di bario per bocca). Da qualche anno si ricorre con successo anche all'ecografia addominale.

Altre patologie più frequenti nell'anziano possono ritardarne la diagnosi ?

Può essere difficile diagnosticare una MICI ad esordio nell'anziano. Il quadro di presentazione clinica può essere simile a quello di una malattia ischemica intestinale, di una malattia diverticolare o di un carcinoma del colon-retto. Nei primi due casi il retto solitamente non è interessato. Gli anziani sono inoltre maggiormente esposti ad infezioni intestinali e più a rischio di effetti indesiderati di farmaci quali antibiotici ed anti-infiammatori. In particolare l'uso di questi ultimi dovrebbe essere il più possibile evitato, poiché potrebbe essere causa di riaccensione di malattia. Ciò premesso, un'attenta raccolta dei dati anamnestici, un esame colturale delle feci, un esame radiologico (es. TC addome o clisma opaco) ed un esame coloscopico con biopsie possono essere utili al fine di ottenere una corretta diagnosi.

Ci sono differenze nella localizzazione della malattia ?

Sebbene la RCI possa interessare tutto il colon, il retto ed il sigma sono i tratti più frequentemente coinvolti. La malattia di Crohn tende invece ad interessare più frequentemente il colon ed, in particolare, il colon di sinistra.

Presentano un decorso clinico più aggressivo e un maggior rischio di complicanze ?

Sembra che i pazienti con RCI ad esordio in età avanzata presentino una malattia più severa ed aggressiva, che si riflette in un più alto rischio di complicanze e di mortalità. Studi più recenti non hanno confermato questo dato e hanno riportato un decorso relativamente più favorevole.

I pazienti anziani con MICI hanno un maggior rischio di cancro ?

I pazienti con diagnosi di MICI di vecchia data presentano un maggior rischio di sviluppare un cancro del colon-retto. Non è certo se la combinazione dell'età avanzata con una MICI di vecchia data rappresenti un rischio ancor più alto di cancro. Al contrario, i pazienti oltre i 50 anni di età ma con diagnosi recente di MICI presentano un evidente riduzione di tale rischio, per cui, alla stato attuale, in tali pazienti non sembra giustificato un protocollo di sorveglianza per neoplasie diverso da quello abituale.

Qual è la terapia medica più appropriata nel paziente anziano ?

Il trattamento medico del paziente anziano dovrebbe seguire le stesse regole dei pazienti più giovani, con un'attenta valutazione delle malattie concomitanti. Nelle fasi acute verranno impiegati aminosalicilati (5-ASA), cortisonici o antibiotici e nella fase di mantenimento della remissione o nella prevenzione della recidiva post-chirurgica il 5-ASA. L'età avanzata non costituisce una controindicazione assoluta né all'uso di steroidi né a quello degli immunosoppressori. Il loro utilizzo e la durata del trattamento dovrà tenere conto delle eventuali patologie associate il cui decorso potrebbe esserne aggravato (es. diabete, ipertensione, osteoporosi,

cataratta, disturbi neuro-psichiatrici). Anche gli immunosoppressori (6-mercaptopurina, azatioprina, methotrexate) possono essere utilizzati con sufficiente tranquillità perché farmaci estremamente sicuri e persino meglio tollerati degli steroidi nella terapia di lunga durata.

Recentemente per la MC è stato introdotto un nuovo farmaco - l'Infliximab -, un anticorpo monoclonale ottenuto con tecniche di ingegneria genetica, la cui azione è quella di bloccare un importante mediatore dell'infiammazione, il TNF α . Sebbene non siano ancora stati condotti studi specifici in pazienti anziani ed il farmaco sia assolutamente controindicato nella insufficienza cardiaca grave o moderata, le indicazioni sono al momento sovrapponibili a quelle generali.

Quali sono le indicazioni ed il rischio chirurgico ?

Sebbene i pazienti anziani con MICI sembrano presentare una buona risposta al trattamento medico, ancor più dei giovani, la mancata risposta o eventuali complicanze ostruttive/perforative, le fistole e le neoplasie dovranno essere affrontate con la terapia chirurgica appropriata. Il rischio di complicanze post-operatorie o di morte dopo un intervento chirurgico addominale nel paziente anziano non risulta superiore rispetto ai pazienti più giovani, purché si considerino attentamente le condizioni patologiche concomitanti. Spesso nella MC si posticipa il "timing" chirurgico (soprattutto quello resettivo) nel timore che la necessità di ulteriori futuri interventi dia origine alla "sindrome dell'intestino corto". Nella MC diagnosticata nell'anziano, essendo l'aspettativa di vita più limitata, l'indicazione chirurgica può a volte essere soddisfatta con minori remore.

*Prof. G. Riegler, Dr. L. Caserta Servizio di
Gastroenterologia ed Endoscopia Digestiva
"Dipartimento Assistenziale di Diagnostica Polispecialistica
e per Immagini"*

Seconda Università degli Studi di Napoli

CONSIGLI AD UN MALATO AFFETTO DA MICI CHE PARTE PER L'ESTERO

Il fatto di essere affetto da una malattia infiammatoria cronica dell'intestino non deve essere una limitazione a viaggiare all'estero. alcune raccomandazioni possono in ogni caso essere fatte

La scelta del momento della partenza e del luogo di destinazione:

Nei limiti del possibile, è meglio non partire per l'estero se la malattia non è sotto controllo con una terapia adeguata, o in presenza di forti rischi di ricaduta (crisi severe da trattamento di cortisonici, periodi post operatori). In queste circostanze, è sconsigliabile partire verso Paesi con scarsa assistenza sanitaria o in condizioni di viaggio dove l'assistenza medica sarebbe difficile: trekking nel profondo Nepal o una traversata del Sahara sul dorso di un cammello, per esempio! Al contrario, quando la malattia è sotto controllo, con o senza terapia, non ci sono limitazioni ad un viaggio all'estero.

Portare con sé le medicine necessarie per la durata del soggiorno

al fine di non restare senza. Una precauzione supplementare per i viaggi in aereo: tenere le medicine nel bagaglio a mano per evitare eventuali smarrimenti o furti! In caso di soggiorno prolungato, sarebbe meglio conoscere il nome internazionale delle medicine. Infatti, le medicine non hanno tutte lo stesso nome nei vari Paesi. Ad esempio, in Francia Imurel è l'Azatioprina, il Pentasa è Mesalazine. Questa precauzione permette di poter richiedere, ad un dottore del luogo, di prescrivere il trattamento, in caso di perdita o scorte insufficienti.

Vaccinazioni: non esiste nessuna controindicazione alla vaccinazione per i malati di MICI, salvo i casi particolari di malati in terapia con immunosoppressori (Azatioprina, Methotrexate o in mantenimento con Remicade), per i quali i vaccini vivi sono controindicati, in particolare quello della febbre gialla. E' importante preoccuparsi per tempo di mettersi in regola con i vaccini. Per i malati di MICI è consigliata la vaccinazione contro l'epatite A nell'eventualità di un viaggio in un Paese in via di sviluppo.

Prevenzione della malaria: ci sono alcune controindicazioni all'utilizzo di medicine per prevenire la malaria. Lo schema terapeutico dipende dalla zona del viaggio. Le raccomandazioni dell'OMS si possono trovare su Internet.

La dissenteria: la diarrea arriva frequentemente dai tre ai cinque giorni dopo l'arrivo e sparisce spontaneamente in qualche giorno. Può capitare una seconda apparizione verso il 10° giorno. L'America Latina, l'Africa e l'Asia del sud-est sono zone ad alto rischio. La dissenteria è essenzialmente infettiva.

Il rischio non è aumentato nel caso di MICI, ma la sintomatologia può essere rumorosa e invalidante, disturbando il paziente durante il suo soggiorno. La prevenzione si attua con il rispetto di un certo numero di regole elementari d'igiene alimentare: sbucciare la frutta, evitare verdure crude, cuocere gli alimenti a più di 65°, bere solamente bibite sigillate. Può essere utile farsi prescrivere dal proprio medico, prima di partire, un antidiarroico ed eventualmente un antibiotico per l'intestino. Assumere antibiotici non deve essere sistematico in caso di diarrea, ma solamente se questa persiste. Occorre fare molta attenzione anche ai fenomeni di fotosensibilizzazione con queste medicine responsabili dei "colpi di sole".

E' utile prevedere anche **un'assicurazione di annullamento e un'assicurazione rimpatrio**. Certe carte di credito comprendono questo tipo di assicurazione, informandosi presso la propria banca o l'agenzia di viaggi.

Quest'elenco di precauzioni non deve, però, impedirvi di partire se lo desiderate e avete i mezzi per farlo.

COMPONENTI PSICOSOMATICHE NELL'EZIOPATOGENESI DELLA MALATTIA DI CROHN (da una tesi di Laurea)

L'analisi dell'associazione tra i disturbi psichiatrici e la malattia di Crohn, negli studi oggetto del presente lavoro, si sofferma principalmente sull'ansia e sulla depressione.

A partire dallo studio di Crockett R. W. (1952), per arrivare all'indagine di Addolorato G. e colleghi (1997) e alla rassegna di studi di Levenstein S. (2002) è possibile riscontrare, con metodi d'indagine sempre più sofisticati e con campioni maggiormente selezionati, la presenza, anche se in percentuali diverse, di un'associazione tra l'ansia, la depressione e la malattia di Crohn. Gli autori che hanno rilevato questa associazione si sono mostrati cauti nell'attribuire un ruolo eziologico all'ansia e alla depressione nell'esordio e nell'esacerbazione della malattia di Crohn. In alcuni lavori vengono introdotte nuove variabili, come per esempio lo stato nutrizionale e il fumo di sigaretta, per indagare e far luce sulla natura della relazione tra l'ansia e la depressione e la malattia di Crohn. L'ipotesi di una causalità diretta e lineare dei disturbi psichiatrici viene considerata dagli stessi studiosi troppo semplicistica e riduttiva. Negli studi riportati si assiste, infatti, alla formulazione di ulteriori ipotesi che siano più fedeli alla riproduzione di una relazione complessa tra i fattori. Drossman D. A. (1986), per esempio, parla di multifattorialità, Addolorato G. e colleghi (1997) ribattono la questione e propongono la possibilità che i disturbi psichiatrici si sviluppino in seguito alla malattia, che siano cioè secondari al disturbo somatico, principalmente a causa della cronicità e della severità dei sintomi. North e colleghi, nel ribadire l'importanza a non confondere i meccanismi patogenetici da quelli eziologici, invitano i medici a prestare attenzione al funzionamento emozionale del malato di Crohn, al fine di contribuire al miglioramento della gestione e della cura della malattia. Lo stesso Crohn, nel 1949, prende in considerazione gli aspetti psicosociali e le caratteristiche di personalità del paziente di ileite nell'analisi di questa malattia. Crohn conclude che la malattia che porta il suo nome difficilmente può essere considerato un disturbo psicosomatico, in quanto l'occorrenza e la ricorrenza dei sintomi non seguono ciò che l'autore chiama shock psichico, contrariamente alla colite ulcerosa. Quindi,

nonostante già nel 1949 Crohn dichiarasse la malattia di Crohn estraneo all'ambito della psicosomatica, gli studiosi hanno comunque continuato ad investigare sul possibile ruolo psicosomatico nell'eziopatogenesi di questo disturbo.

Drossman D. A. illustra, tramite una rassegna di studi (1986), le tappe della ricerca sull'associazione tra le malattie infiammatorie dell'intestino e i fattori psicologici. L'autore evidenzia che se dapprima, all'incirca nel trentennio che va dal 1920 al 1950, gli studi si sono orientati all'individuazione di uno specifico profilo di personalità del malato di Crohn, sulla scia degli studi di Franz Alexander, successivamente essi si sono indirizzati verso l'analisi del ruolo eziopatogenetico di conflitti inconsci nelle malattie infiammatorie dell'intestino, per poi, in un ulteriore cambiamento di direzione, focalizzarsi su ipotesi psicodinamiche circa le relazioni interpersonali. A tutt'oggi, nonostante i notevoli progressi della medicina in ambito diagnostico, chirurgico, terapeutico e farmacologico, e nonostante il conseguente rischio di un possibile riduzionismo fisiologico, come rileva Levenstein S. (2002), la ricerca continua ad investigare il complesso ruolo che lega i fattori psicologici e psicosociali con la malattia.

Esistono molte malattie croniche di origine sconosciuta che continuano a resistere a tutti i tentativi effettuati per rilevare la loro causa specifica e per scoprire il meccanismo del danno tissutale. La malattia di Crohn è un prototipo di tali malattie. Dopo essere stata identificata come un'entità clinica distinta, più di mezzo secolo fa, la malattia di Crohn rimane un vero enigma, nonostante sia stata riconosciuta e classificata la sua eterogeneità clinica, ne sia stato documentato l'incremento dell'incidenza a livello mondiale, ne siano stati esaminati gli aspetti genetici ed epidemiologici, ne siano state ricercate le possibili cause e sia stata provata ogni terapia plausibile.

Gli studi riportati in questo lavoro, seppur non esaustivi, sono una testimonianza della ricchezza delle ipotesi che guidano la ricerca psicologica sulla malattia di Crohn. Variabili come lo stress, l'adattamento alla malattia, la relazione con il proprio medico curante, l'alessitimia, i comportamenti di rischio come il tabagismo, le relazioni interpersonali e altre ancora sono

state introdotte negli studi che, con metodi di indagine sempre più raffinati e scientifici, si occupano dell'associazione tra i fattori psicologici e questo disturbo intestinale.

Sono dunque rintracciabili componenti psicosomatiche nell'eziopatogenesi della malattia di Crohn? Alla luce degli studi riportati non sembra corretto accennare all'esistenza di componenti psicosomatiche, espressione che veicola molteplici accezioni e che riporta ad un'idea di causalità lineare e diretta delle mente sul corpo. La questione è apparsa invece via via più complessa, anche in riferimento alle ipotesi iniziali che hanno guidato questo lavoro. Infatti, sembra importante sottolineare, nell'eziopatogenesi della malattia di Crohn, gli aspetti di multifattorialità; inoltre, rispetto al rapporto mente-corpo, emerge un quadro di influenza bidirezionale o reciproca, in maniera diretta attraverso i canali biologici di connessione cervello-intestino (stimolo-motilità intestinale), e indirettamente, tramite i comportamenti disadattativi (fumo), che il soggetto pur mettere in atto come risposta allo stress, e che possono a loro volta incidere sul rischio di malattia.

Inoltre, i lavori riportati sembrano evidenziare molteplici fattori psicologici associati alla malattia di Crohn, ma ad oggi la natura di

questa associazione è ancora oggetto di indagine. Alcuni autori hanno analizzato l'influenza di fattori psicosociali sull'esordio e sull'esacerbazione di questa patologia, mentre altri studiosi, in considerazione di aspetti intrinseci e caratteristici della malattia come la cronicità e la conseguente compromissione sociale e lavorativa, sono invece partiti dall'ipotesi dell'influenza della malattia di Crohn sul funzionamento psichico ed emotivo. I fattori psicologici vengono considerati, in questi studi, secondari e reattivi alla malattia.

Ci sembra di poter concludere affermando che, all'analisi dei fattori psicologici come possibili cause o concause della malattia e, in seconda battuta, in qualità di aspetti secondari al disturbo somatico, i più recenti studi hanno decisamente fatto seguire l'attenzione verso gli aspetti psicologici legati alle possibili forme di adattamento nei confronti della malattia stessa e complessivo del disturbo e delle sue complicazioni, nel tentativo di offrire soluzioni che contribuiscano a ridurre la compromissione della vita interpersonale, sociale e lavorativa.

Patrizia Mestieri, Facoltà di Psicologia, Università degli Studi di Torino

✉ ✉ ✉ ✉ ✉ ✉ ✉ ✉ *La parola ai lettori* ✉ ✉ ✉ ✉ ✉ ✉ ✉ ✉

Pubblichiamo alcune domande formulateci dai nostri soci.

I soci possono scrivere, o mandare una e.mail, all'associazione, per esprimere il proprio punto di vista, porre domande o chiedere chiarimenti.

Ricordiamo che non saranno pubblicate lettere contenenti riferimenti specifici a centri ospedalieri o a medici. Il vostro testo con la risposta dell'associazione o degli specialisti del comitato scientifico, sarà pubblicata sul primo numero del giornalino disponibile.

Domanda

Buongiorno,

ringrazio innanzi tutto per il lavoro che svolgete per il bene dell'associazione e di conseguenza dei soci e ammalati. Gradirei, se posso, chiedere un Vostro consiglio. Ho letto che molte persone affette da colite ulcerosa "curano" la malattia anche facendo ricorso a terapie psicologiche. Io ho provato un consulto tramite il SSN. Facendola breve mi è stato suggerito di rivolgermi ad una struttura privata in quanto in ospedale non si può essere seguiti in maniera corretta. Il ciclo di cura dovrebbe essere di minimo 2 anni con terapie settimanali del costo variabile tra i 40 € e i 100 € a seduta. Il costo si farebbe così molto importante. Dal colloquio è emerso che la situazione di agitazione, paura ecc. potrebbe essere la causa della malattia e una volta curato l'aspetto psicologico anche la malattia potrebbe andarsene. I miei dubbi nascono dal fatto che, secondo me, se può essere vero che la colite è influenzata dallo stato di psicosi, non posso condividere il fatto che ne sia la causa scatenante. Chiederei quindi un Vostro consiglio in merito. Terapia psicologica sì o no; e in strutture pubbliche o private?

Risposta

A metà del Novecento la Colite Ulcerosa era annoverata tra le malattie psicosomatiche, ossia tra quei disturbi che pur presentando sintomi organici e fisiologici non hanno una origine organica (oggi vengono comunemente chiamati disturbi psicofisiologici), sono cioè "psicogeni" (ad origine psichica).

Negli ultimi trenta/quarant'anni, l'espansione geometrica delle conoscenze sulla fisiopatologia del tratto intestinale ha cambiato radicalmente l'atteggiamento mentale dei gastroenterologi, che sono stati prontamente disposti ad allontanarsi dalle "poco concrete" (e forse anche poco comprese) spiegazioni psicologiche, per adottare a volte una trionfante e frettolosa negazione del ruolo della psiche ("tutte sciocchezze")

Per quanto se ne sa oggi, le ricerche sui fattori psicologici nelle M.I.C.I. non permettono di affermare con certezza che alcuni tratti della personalità o lo stress possano avere un qualche ruolo nell'eziopatogenesi dei disturbi.

Diverso è il discorso se si parla del ruolo che i fattori psicologici giocano nel decorso della malattia: le ragioni per cui le infiammazioni intestinali passano da fasi di remissione ad altre di esacerbazione restano ancora ampiamente misteriose. Solo il 10% di tali variazioni sono spiegate da fattori di rischio biologici noti o sospetti (Levenstein et al., 2000).

L'impatto delle M.I.C.I. sulla personalità è tutt'altro che implausibile, poiché i sintomi spesso iniziano in età giovanile, quando la personalità si sta "strutturando", forzando il paziente in una posizione di dipendenza proprio quando le spinte verso

l'autonomia e l'indipendenza sono più forti e colpendo l'autostima a causa dei possibili sentimenti di "diversità" dai coetanei. Non è difficile immaginare come – anche con il contributo di condizioni ambientali e relazionali sfavorevoli - su queste basi si possano sviluppare atteggiamenti d'insicurezza, di passività, di ritiro sociale che – a livelli più estremi – possono costituire gli "organizzatori" di tutta la personalità. La malattia diverrebbe, in sintesi, un fattore di "vulnerabilità" nello sviluppo psicologico.

E' poi oggi ben noto che lo stress può produrre profonde alterazioni nella regolazione del sistema immunitario e sappiamo che l'iperattività immunologica è un meccanismo fondamentale nella fisiopatologia delle M.I.C.I.

I risultati delle ricerche sul ruolo dello stress nelle M.I.C.I. sembrano suggerire che gli eventi di vita emotivamente "pesanti" e i problemi quotidiani possano avere entrambi effetti negativi sul decorso dei disturbi.

Ad esempio è stato osservato che i pazienti con MC e CU danno meno importanza psicologica ad eventi della vita che altri invece considerano "emotivamente pesanti", ma quando si trovano in una situazione stressante si sentono meno "sicuri" delle altre persone (North et al., 1991; Von Wietersheim et al., 1992).

Quanto alla correlazione con l'esacerbazione dei sintomi, è risultato evidente (Duffy et al., 1991) che gravi situazioni di stress abbiano il potere d'influire sul livello dei disturbi, aumentandoli. Tuttavia - il più delle volte - lo stress si aggiunge solo ad altri fattori di riattivazione dei disturbi.

Pertanto, sulla base dei risultati delle ricerche scientifiche, affermare che

"una volta curato l'aspetto psicologico anche la malattia potrebbe andarsene" è un'affermazione un po' ardita, se si intende che l'intestino "guarisce" in seguito alle cure psicologiche.

Invece è molto probabile che una *"situazione di agitazione, paura ecc."* sia una delle cause di peggioramento della sintomatologia gastrointestinale e può essere pertanto indicato cercare di approfondire la conoscenza delle ragioni di tale stato di agitazione e paura, per poi trovare soluzioni idonee a modificarlo.

E' opportuno ricordare che le richieste che una situazione pone a un individuo dipendono anche dall'individuo stesso. Gli individui non sono solo "vittime" dello stress, ma è anche il modo in cui valutano gli eventi e li affrontano che determina la natura dello stress individuale. A volte è proprio il metodo con cui cercano di risolvere i problemi che spesso finisce per intensificarli!

Quindi prima di iniziare un trattamento psicoterapeutico è opportuno fare alcuni colloqui di consultazione allo scopo di valutare *"se e quale"* trattamento intraprendere.

Questa valutazione può essere richiesta nel SSN, in strutture che possono essere diverse in base all'organizzazione della sanità regionale. Nel Veneto ad esempio certamente presso i Centri di Salute Mentale (CSM o Centri Psicossociali: ci sono in tutte le regioni, anche se con nomi diversi) del Dipartimento Salute Mentale.

Se esistono, anche presso le Unità Operative di Psicologia o – attraverso il proprio medico di base - presso i Servizi di Consultazione Psichiatrica per la Medicina Generale.

Invece l'erogazione di un trattamento psicologico non viene sempre garantita. Qui la situazione è davvero molto differenziata. Di solito l'ospedale non può garantirlo, in quanto

non sono frequenti gli ospedali presso i quali è attivo un efficiente servizio di psicologia e, se c'è, raramente può erogare prestazioni a persone non degenti.

E' preferibile appunto rivolgersi ai servizi territoriali (come appunto i CSM, i Consultori o i Servizi di Psicologia) e anche qui tuttavia la possibilità di un trattamento psicologico specifico dipende dalle risorse disponibili e dalle priorità del servizio. Psichiatri e psicologi dei

Centri di Salute Mentale (e degli ambulatori di neuropsichiatria infantile per i minori) garantiscono a tutti una valutazione ed una diagnosi, anche se prendono in cura solo le persone affette da disturbi psichici di una certa gravità e perciò non è detto che le difficoltà psicologiche connesse ad una malattia cronica possano trovare qui risposte adeguate. Vi sono psicologi anche presso i *Consultori*; qui è possibile trovare ascolto ed indicazioni per problemi che riguardano la coppia, la famiglia, la vita sessuale, ambiti spesso "colpiti" quando una persona soffre di una malattia cronica.

In ogni caso si può provare, prima di decidere per il privato. I trattamenti psicologici dovrebbero poi esser consigliati in base al tipo di problema rilevato durante la consultazione. La ricerca anche qui dà qualche indicazione.

Se il problema è migliorare la *convivenza con i sintomi*, sono state sperimentate ed applicate varie tecniche psicologiche volte a migliorare il fronteggiamento dei sintomi (tecniche comportamentali come rilassamento progressivo, biofeedback termico e addestramento alle strategie cognitive di coping).

Vi sono poi diverse strategie di *gestione dello stress* (cioè del divario tra le richieste di una situazione e le nostre attuali possibilità operative).

La presenza di *disturbi emotivi e della personalità* che possono conseguire o complicare il quadro clinico di una persona sofferente di M.I.C.I. possono essere trattati attraverso una psicoterapia. Esistono moltissimi tipi di psicoterapia; esistono evidenze che indicano come la psicoterapia cognitiva e la psicoterapia interpersonale abbiano un buon rapporto costi/benefici nel trattamento – tra gli altri – dei disturbi dello spettro ansioso-depressivo che sono possibili complicanze psichiatriche delle malattie croniche. Entrambe sono caratterizzate da un orientamento a problemi o aree definite, si propongono di migliorare l'adattamento e "l'assetto psichico", più che di "ristrutturare profondamente" la personalità e hanno una durata limitata (generalmente da qualche mese a non più di due anni).

Si tratta di caratteristiche che "si incontrano" abbastanza bene con i problemi di chi soffre di disturbi cronici e ha bisogno di superare momenti critici (individuando i problemi e le aree da migliorare) e di operare un adattamento alle nuove condizioni di vita.

Ciò non significa, naturalmente, che altri metodi psicoterapeutici non possano essere utili; ogni caso va valutato attentamente.

Comunque, a mio parere, senza una approfondita consultazione iniziale (che richiede almeno 3 o 4 colloqui), meglio diffidare di affrettate proposte di trattamenti lunghi e senza obiettivi definiti ed espliciti che, specie nel privato, possono diventare molto onerosi.

*Marco Chiappelli, Psicologo psicoterapeuta, Azienda
USL di Bologna*

IL PROSSIMO INCONTRO CON I MEDICI!

SABATO 4 DICEMBRE - ORE 10.00

presso la
Sala CELIVO dello STARHOTEL
Corte Lambruschini 4, Genova
(nelle vicinanze della Stazione FS di Brignole)

Introduce:

Prof. Roberto TESTA

Associato di Gastroenterologia, Dipartimento di Medicina Interna e Specialità Mediche DI.M.I.

**Infliximab: stato attuale nelle MICI. La Leucocitoafèresi:
nuova opzione terapeutica.**

Presiede:

Dott. Valerio DE CONCA

Responsabile Struttura semplice di Gastroenterologia ed Endoscopia Digestiva della ASL4

ALL'INTERVENTO DEL RELATORE SEGUIRANNO DOMANDE – RISPOSTE.
L'INCONTRO, COME SEMPRE, È LIBERO E APERTO A TUTTI.
FALLO SAPERE A CHI CONOSCI E PUÒ ESSERE INTERESSATO A PARTECIPARE!

A.M.I.C.I. Liguria News è inviato a tutti i soci di A.M.I.C.I. Liguria, Associazione per le Malattie Infiammatorie Croniche dell'Intestino, libera associazione nazionale senza fini di lucro, aconfessionale e apartitica.

Direttore: Silvia Guerra

Direttore responsabile: Silvia Martini

Per garantire la privacy:

In conformità a quanto previsto dal D. Lgs. n. 196/03 "Codice in materia di protezione dei dati personali", A.M.I.C.I. Liguria garantisce a tutti i suoi soci che sui dati personali forniti da ognuno saranno mantenuti i più assoluti criteri di riservatezza.

A.M.I.C.I. LIGURIA
Tel. 0102464484

PIAZZA DEI GRECI 5R
www.amiciitalia.org

16123 GENOVA
amici.liguria@fastwebnet.it