

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

Febbraio 2005

Anno 7- Numero 1

IN QUESTO NUMERO

- Notizie dall'associazione: cambio nella direzione
- Diagnostica e diagnostica differenziale delle m.i.c.i.: laboratorio e radiologia
- L'alimentazione nelle mici
- Dai giornali

DA NON PERDERE: INFORMAZIONI

Gentile socio, cara socia,

nel corso della prossima assemblea annuale dei soci, prevista per sabato 29 gennaio mattina presso la Fondazione CARIGE, provvederemo a modificare la composizione del Consiglio di Amministrazione di A.M.I.C.I. Liguria. Lascio quindi la carica di Presidente dopo sei anni, dalla fondazione di A.M.I.C.I., a Silvia Guerra.

In questi anni l'associazione è cresciuta, è migliorata, ha affinato la qualità dei servizi offerti, ha avvicinato centinaia di malati e, credo, aiutato in modo fattivo moltissimi soci e cittadini liguri.

Siamo stati anche un punto di riferimento per la comunità medica ligure, in particolare per i gastroenterologi ospedalieri, per migliorare il rapporto, non strettamente clinico, con i propri malati.

Il giudizio che do dell'attività di questi anni è, quindi, certamente positivo, ed il dato degli iscritti all'associazione, vecchi e nuovi, ad oggi più di 700, lo testimonia. Siamo, infatti, rispetto alle altre associazioni regionali che, come noi, fanno parte della Federazione A.M.I.C.I., la realtà regionale con il più alto rapporto iscritti-popolazione, a dimostrazione di un apprezzamento per il lavoro svolto ed i servizi resi.

Certo, molto rimane da fare, soprattutto in direzione di una migliore azione per la tutela e salvaguardia sociale del malato cronico, nei confronti del sistema sanitario e previdenziale.

E' una materia complessa, i cui interlocutori sono le istituzioni locali, regionale ma anche nazionale. Avendo, da poco, assunto, per un anno, la carica di Presidente nazionale, spero di riuscire a convogliare in quella direzione gli sforzi e l'azione della Federazione, per migliorare in primo luogo la qualità delle prestazioni sanitarie, varare il registro nazionale dei malati di mici, ridurre i costi delle prestazioni a carico dei cronici, offrire migliori condizioni legate all'invalidità e al mondo del lavoro.

Infine, spero e confido anche nel tuo sostegno, come socio e, non mi stanco mai di ripeterlo, come collaboratore delle attività associative. Si tratta di un aiuto di cui abbiamo sempre bisogno.

Gianfranco Antoni

DIAGNOSTICA E DIAGNOSTICA DIFFERENZIALE DELLE M.I.CI. Laboratorio e Radiologia

RETTOCOLITE ULCEROSA

La rettocolite ulcerosa (RCU) è una malattia infiammatoria cronica intestinale (MICI) ad eziologia sconosciuta che interessa il colon con estensione variabile. Il retto è sempre interessato dalla malattia che può essere estesa anche al sigma (proctosigmoidite), al colon sinistro (colite sinistra), o a tutto il colon (pancolite). La diagnosi di malattia è basata su criteri clinici, endoscopici, istologici, radiologici e di laboratorio. Solo una valutazione complessiva di questi parametri, consente al medico di porre una corretta diagnosi e di instaurare la terapia adeguata. L'esame fondamentale è rappresentato dalla colonscopia con biopsie e successivo esame istologico. La diagnosi differenziale deve essere posta rispetto alla malattia di Crohn (MC), alle coliti infettive, alle coliti ischemiche, ed alle coliti da agenti vari (chimici, farmacologici...).

Il decorso clinico è di particolare importanza per la diagnosi di malattia. La RCU spesso ha un esordio acuto ed è caratterizzata da un decorso clinico intermittente costituito da fasi di remissione anche di lunga durata e fasi riacutizzazione di durata variabile da settimane a mesi. Questo pattern clinico interessa la maggior parte dei pazienti (circa 2/3), mentre raramente la malattia rimane cronicamente attiva. In tutti i casi di diarrea variabilmente associata a rettorragia e dolori addominali, è importante differenziare l'esordio di una MICI da altre cause di colite o di patologie anali. Un'attenta anamnesi che evidenzia le abitudini alimentari, la recente assunzione di "cibi sospetti", eventuali patologie cardiovascolari e le terapie farmacologiche concomitanti potranno essere di notevole aiuto. L'esame obiettivo potrà escludere in molti casi una patologia emorroidaria o la presenza di una ragade anale. Nei casi ad esordio insidioso con diarrea accompagnata a dolori addominali, la diagnosi differenziale deve essere posta con la sindrome del colon irritabile. In questa patologia, molto diffusa nei paesi occidentali, l'endoscopia è negativa e non si osserva un'alterazione degli esami di laboratorio se non per patologie concomitanti.

DIAGNOSI DIFFERENZIALE - Malattia di Crohn (MC)

L'esame endoscopico (colonscopia con eventuale ileoscopia retrograda) con relativo esame istologico ed il clisma del tenue (o l'Rx del tenue frazionato) rappresentano le metodiche diagnostiche maggiormente utilizzate per la diagnosi di MC. Infatti, nella maggior parte dei casi (75%), la MC è localizzata all'ileo distale o all'ileo e colon, pur potendo coinvolgere l'intero canale alimentare. La caratteristica della MC è l'interessamento segmentario dell'intestino. Se la MC è limitata al colon, la diagnosi differenziale può essere difficoltosa e, in circa il 10% dei casi, non sarà possibile differenziare la RCU dal MC. In questi casi la diagnosi sarà di "colite indeterminata". Alcune caratteristiche cliniche, come ad esempio il calo ponderale, uno stato di malessere generale accompagnato da astenia, la febbre ed il dolore addominale, sono prevalenti nella MC anche se non sono patognomonici di questa malattia. Per molte decisioni terapeutiche non è di particolare importanza conoscere se un soggetto è affetto da RCU o da MC. Tuttavia, esistono alcune circostanze in cui è importante avere una diagnosi differenziale. Ad esempio, in caso di intervento chirurgico, una colectomia con ileoanoanastomosi potrà essere riso-

lutiva in caso di RCU ma non nella MC.

DIAGNOSI DIFFERENZIALE – Coliti infettive (tabella 1)

Per poter porre diagnosi di RCU, in primo luogo bisogna escludere una diarrea da causa infettiva. Il criterio temporale è sicuramente quello di maggiore ausilio in quanto le coliti ad eziologia infettiva hanno una durata limitata nel tempo (da alcuni giorni a poche settimane), mentre sia la RCU sia la MC sono malattie croniche per definizione. Anche se in casi rari, alcune diarree infettive possono avere una maggiore durata come in alcuni casi di diarrea da *Campylobacter jejuni* o da *Clostridium difficile* o da *Aeromonas hydrophilus*. Il colon rappresenta il bersaglio di quattro principali batteri patogeni in grado di determinare un quadro clinico ed endoscopico del tutto simile a quello di una MICI caratterizzato da diarrea acuta associata a rettorragia e dolori addominali (*Shigella*, *Campylobacter*, *Escherichia coli*, *Clostridium difficile*). In alcune categorie di soggetti (omosessuali, immunodefecati), anche il retto e l'ano possono essere interessati da patogeni in grado di determinare una proctite acuta con tenesmo e rettorragia (*Chlamydia trachomatis*, *Neisseria gonorrhoeae*, *Treponema pallidum*, *Entamoeba histolytica*, *Herpes Simplex virus*). Un attento esame colturale e parassitologico delle feci (eseguito tre volte) possono essere dirimenti nel porre la diagnosi differenziale tra una colite infettiva e l'esordio di una MICI. Il riscontro di leucociti associati a diarrea ematica è frequentemente associato ad una eziologia batterica. In tutti i casi ad esordio acuto in cui è necessario instaurare una terapia specifica e non è possibile attendere l'esame delle feci, una rettosigmoidoscopia, anche in fase di severa attività, potrà essere un valido aiuto per una corretta diagnosi se eseguita da un esperto endoscopista.

Un accenno a parte merita la colite da *Clostridium difficile*. Questo tipo di colite, spesso associata a terapia antibiotica, presenta un quadro endoscopico caratterizzato dalla presenza di pseudomembrane adese alla superficie mucosa del colon. La presenza della tossina del *Clostridium difficile* nelle feci rappresenta la migliore metodica diagnostica.

In conclusione è opportuno ricordare che, l'aver escluso una causa infettiva della colite, non esclude la possibilità di una sovrapposizione infettiva (ad es. da *Citomegalovirus*) nel corso della storia clinica della MICI.

DIAGNOSI DIFFERENZIALE – Altre "Coliti"

La diverticolite è sicuramente la più frequente e può avere un quadro clinico molto simile a quello di una MICI. L'esordio è acuto e di solito accompagnato da violenti dolori addominali. In questo tipo di colite l'infiammazione è meno estesa rispetto alle MICI. L'esame endoscopico evidenzierà una mucosa rettale del tutto normale e la presenza di diverticoli con mucosa infiammata.

La colite ischemica è una colite ad esordio acuto che si manifesta, in genere, in persone anziane ed affette da patologie cardiovascolari. Anche in questo caso il retto è risparmiato e l'interessamento del colon è di tipo segmentario.

La colite collagena è una colite piuttosto rara ed è 10 volte più frequente nel sesso femminile. Il quadro clinico è caratterizzato da una diarrea acquosa e quello endoscopico da una mucosa del tutto normale. All'esame istologico si osserva un ab-

bondante deposito di collagene nella mucosa.

La colite microscopica (o linfocitica) è una colite altrettanto rara con una eguale distribuzione nei due sessi. Anche in questo tipo di colite l'aspetto endoscopico è del tutto normale. E'

ancora discusso se la colite collagena e la colite linfocitica siano manifestazioni diverse della stessa malattia o rappresentino piuttosto due entità separate.

Tabella 1 – Possibili cause di coliti che devono essere differenziate dalle MICI

| | | | |
|------------|---|--------------|---|
| BATTERICHE | Yersinia Campylobacter TBC Salmonella Shigella Clostridium difficile E. coli Aeromonas Chlamydia Actinomyces | PARASSITARIE | Ameba Strongiloide |
| VIRUS | Citomegalovirus (CMV) Herpes simplex virus (HSV) HIV | FUNGHI | Histoplasma Aspergillus |
| ISCHEMICHE | Farmaci vasoattivi Coagulopatie Vasculiti Estrogeni Cocaina | CAUSE VARIE | Colite da diversione s. di Behcet Glutaraldeide Chemioterapici |

ESAMI DI LABORATORIO

Gli esami di laboratorio, pur essendo utili per riconoscere la causa infettiva di alcune forme di colite, non rappresentano da soli dei test patognomonici nelle MICI. Tuttavia, alcuni di essi vengono comunemente utilizzati, unitamente ad altri indici clinici ed endoscopici, per valutare il grado di attività della malattia, per monitorare la risposta alla terapia e per prevedere una riacutizzazione clinica.

Test di infiammazione. La VES (velocità di eritrosedimentazione), l' *-1-antitripsina* e l' *-1-glicoproteina acida* (questi ultimi due meno usati) sono indici flogistici specifici. Il loro aumento è più marcato in corso di MC ma presentano valori elevati anche durante le fasi di attività della RCU. La PCR (proteina C reattiva) è un indicatore di flogosi acuta che presenta valori elevati durante le fasi attive di malattia, in particolare nella MC, dove è stato proposto come test prognostico di imminente recidiva.

Emocromo E' uno degli esami più comunemente eseguito ed informativo. Valori di *emoglobina* (Hb) bassi testimoniano una perdita ematica che può essere acuta o cronica. Nella RCU l'anemia (valori bassi di Hb) può essere dovuta anche alla cronicità del processo infiammatorio o più raramente ad una componente emolitica. Le perdite ematiche in linea di massima correlano con l'estensione di malattia nella RCU. L'emoglobina, insieme alla VES, è uno degli indici utilizzati nello score di Truelove e Witts (uno dei punteggi più seguiti per la valutazione dell'attività di malattia nella RCU). I *globuli bianchi* (WBC) possono presentare valori elevati in corso di malattia attiva, in particolare nella MC, ma possono anche essere l'espressione di una sovrapposizione batterica. Vengono solitamente controllati periodicamente in corso di terapia

con immunosoppressori (ad es. con azatioprina). In corso di RCU è anche possibile osservare una diminuzione o anche un aumento delle *piastrine* (PLT). Valori bassi del *volume globulare medio* (MCV) suggeriscono un'anemia da carenza di ferro.

Funzionalità epatica e pancreatica. Vengono controllate ad intervalli maggiori. Un aumento della *fosfatasi alcalina* può rappresentare la spia di una complicanza rara della RCU, la colangite sclerosante primitiva. Un incremento dei valori delle *transaminasi* (ALT, AST), delle *-GT* e dell' *amilasi* può anche essere secondario ad una reazione alla terapia farmacologica (ad es. al metotrexate).

Indici nutrizionali Nella RCU le *proteine totali*, l'*albumina* e la *pre-albumina* possono presentare valori inferiori alla norma a causa della cronica attività della malattia o (più spesso) per un ridotto introito alimentare. Nella MC possono essere dovute ad un non adeguato assorbimento. E' importante monitorare il peso corporeo per evidenziare se, ad un normale introito alimentare, corrisponde una riduzione del peso corporeo. In genere nella RCU il calo ponderale dovuto alla malattia è di lieve entità. Gli *elettroliti* (sodio, potassio, cloro, calcio, fosforo) possono essere ai limiti inferiori della norma (in particolare il potassio) nelle diarree copiose e di lunga durata. La loro correzione è importante per evitare alcune condizioni cliniche quali i crampi muscolari o addirittura il megacolon tossico.

La sideremia può essere bassa sia per il processo infiammatorio cronico che per le perdite ematiche (acute e croniche). E' un parametro che viene valutato frequentemente in quanto la sideropenia è la causa principale di anemia. In questi casi è utile la valutazione oltre del ferro circolante (sideremia) an-

che dei suoi depositi valutati con la *ferritina*.

Altri esami Di recente è stata proposta, in centri di riferimento, l'utilizzo di due particolari anticorpi: gli ANCA (anticorpi anti-citoplasma dei neutrofili) sono stati osservati nel 40-80 % dei pazienti con RCU e talora nelle forme più aggressive di malattia. Un'altra classe di anticorpi è costituita dagli ASCA (anticorpi anti-Saccharomyces cerevisiae) descritti in associazione alla MC (50-70% dei casi) e praticamente assenti nella RCU. L'uso combinato dei due anticorpi (positività per gli ANCA e negatività per gli ASCA o viceversa) è stato proposto come criterio diagnostico aggiuntivo in quei casi di colite indeterminata di incerta definizione.

LA RADIOLOGIA

La radiologia, insieme con l'endoscopia, rappresenta una delle tecniche diagnostiche più diffuse per la definizione delle lesioni della mucosa intestinale. Le due metodiche sono complementari in quanto esistono alcune fasi di malattia in cui non è possibile eseguire una colonscopia (esame di prima scelta per la definizione istologica della malattia). In questi casi un buon esame radiologico può essere di notevole aiuto al clinico per valutare l'attività o le eventuali complicanze della RCU. Nella diagnosi differenziale tra le MICI e le altre coliti, la radiologia diagnostica non svolge un ruolo importante in quanto le informazioni che è in grado di fornire sono del tutto aspecifiche.

LA RADIOGRAFIA DIRETTA

La radiografia diretta dell'addome senza mezzo di contrasto è un esame che viene eseguito senza preparazione intestinale e consente di escludere una perforazione intestinale o patologie associate come la calcolosi della colecisti o la calcolosi renale. E' un'indagine che può fornire informazioni utili sulla mucosa e, soprattutto, sulla parete intestinale. L'esame è indicato nei casi di esordio severo della RCU, in caso di sospetta stenosi o perforazione intestinale e nei casi di sospetto megacolon. In alcuni casi può essere utile per valutare, anche se in maniera approssimativa, l'estensione della RCU se all'esordio e non ancora definita mediante colonscopia. I segmenti intestinali interessati dal processo flogistico appariranno distesi e privi di feci.

In alcuni soggetti la fase di attività severa della RCU, specie se all'esordio, può essere complicata dal megacolon tossico. Tale complicanza può verificarsi nel 5% circa dei soggetti con esordio severo della malattia ed è caratterizzata da un'abnorme dilatazione del colon trasverso (superiore a 6 cm o all'altezza di due vertebre lombari) e dalla perdita delle "haustrae" intestinali, dovuto alla perdita della capacità contrattile del colon. Il megacolon tossico rappresenta un'emergenza medico-chirurgica ed è un'indicazione al ricovero (e spesso all'intervento) urgente. Radiogrammi ripetuti anche quotidianamente saranno utili per valutare l'evoluzione di tale complicanza.

Un'altra indicazione alla radiografia diretta dell'addome è rappresentata dalle stenosi o sospette stenosi intestinali con quadro clinico di occlusione intestinale. In queste condizioni l'aria, che è radiotrasparente, tenderà a "livellarsi" sul contenuto intestinale (livelli idroaerei). In genere è una complicanza tardiva e non frequente, che si manifesta nei casi di RCU cronicamente attiva. In questi casi, considerando la lunga durata della RCU è opportuno un approfondimento diagnostico per evidenziare un'eventuale neoplasia nel segmento stenotico.

LA RADIOGRAFIA CON CONTRASTO

La radiografia con contrasto singolo (in genere bario) è poco

utilizzata nella RCU. Questa indagine diagnostica può risultare utile nello studio delle fistole e delle stenosi.

La radiografia con doppio contrasto (clisma opaco a doppio contrasto) è un esame che viene eseguito in quei casi in cui non è possibile, momentaneamente, eseguire una colonscopia. L'esame prevede l'insufflazione di aria e di bario attraverso una cannula posizionata nel retto. L'insufflazione di aria distende le pareti del colon che sono verniciate dal mezzo di contrasto. E' un esame che consente di definire anche piccole lesioni della mucosa intestinale ma che necessita, per raggiungere tale risultato, di una scrupolosa preparazione di pulizia intestinale. Durante l'esame vengono eseguite radiografie dell'addome in varie posizioni di decubito (prono, supino, fianco destro, fianco sinistro, in piedi). Se eseguito in mani esperte, consente di osservare anche l'ultima ansa dell'ileo. La radiografia con doppio contrasto, sebbene in genere ben tollerata, può essere controindicata nelle fasi di attività severa della RCU per la possibilità di sviluppare il megacolon o nei casi di sospetta perforazione.

L'immagine radiografica varierà a seconda della fase della malattia in cui viene eseguita. Nelle fasi iniziali e con lieve attività, l'aspetto radiologico del colon può essere del tutto normale o evidenziare un aspetto granulare della mucosa colica. Nelle fasi di maggiore attività sarà invece possibile osservare lesioni ulcerative di varie dimensioni che interessano in modo continuo la mucosa intestinale. La malattia di lunga durata e cronicamente attiva determinerà un aspetto tubulare con restringimento ed accorciamento del segmento affetto dalla RCU. Il normale profilo tortuoso del colon tenderà a raddrizzarsi e saranno meno evidenti o del tutto scomparse le "haustrae" del colon. Un riscontro radiologico non raro è rappresentato dagli pseudopolipi infiammatori. Queste formazioni, che possono essere molto numerose, hanno dimensioni variabili da 1-2 mm fino ad 1-2 cm e possono essere osservati anche durante la remissione della malattia. Rappresentano un aspetto tipico della malattia cronicamente attiva o l'espressione di una fase di attività severa.

L'ECOGRAFIA

L'ecografia è un esame innocuo che consiste nella emissione di ultrasuoni (e quindi non radiazioni) diretti verso un determinato organo e valuta gli echi restituiti da tale organo e dalle sue diverse strutture. E' un'indagine diagnostica di grande aiuto in tutte le urgenze addominali e che più di recente è stata utilizzata in maniera sempre crescente nelle MICI ed in particolare nella MC. Il principale obiettivo dell'esame è quello di valutare lo spessore della parete intestinale che tende ad aumentare nei segmenti interessati dalla malattia sia nella RCU sia nella MC. In quest'ultima le indicazioni sono date anche dalla possibilità di studiare eventuali complicanze come la presenza di fistole o di raccolte asessuali. Nell'approccio diagnostico ad una sospetta MICI è un esame che, senza preparazione intestinale, consente di valutare in mani esperte sia il colon sia soprattutto l'ultima ansa ileale e di indirizzarci verso l'esecuzione di una colonscopia o di un clisma del tenue. La principale indicazione è data da quei casi ad esordio severo di RCU in cui una colonscopia o un clisma opaco potrebbero determinare l'insorgenza di complicanze. Ma anche situazioni particolari come ad esempio in caso di gravidanza o in età pediatrica, l'approccio ecografico è in grado di darci utili informazioni in maniera non invasiva. Nelle fasi di maggiore attività il grado di ispessimento della parete intestinale tende a

correlare con l'attività della malattia.

L'ecografia ha un ruolo meno importante nel follow-up della malattia nella RCU. In questo caso i segmenti interessati dalla malattia sono meglio valutabili mediante l'esame endoscopico che è in grado di fornire informazioni più specifiche e dettagliate anche nella sola esplorazione del retto-sigma. Ciò non accade nella MC dove l'esplorazione dell'ultima ansa ileale non è sempre possibile e il monitoraggio del suo spessore può consentire di valutare la risposta terapeutica della malattia. Nel follow-up della RCU l'ecografia può essere utile in casi selezionati come ad esempio nelle stenosi, dove è in grado di determinare il calibro della stenosi e la sua estensione, o in alcune patologie associate come la calcolosi della colecisti o quella renale. In ogni caso l'ecografia è a tutt'oggi un esame poco utilizzato nella RCU pur rappresentando, in casi selezionati e con un buon operatore, un utile complemento diagnostico.

SCINTIGRAFIA INTESTINALE

Questa metodica è poco diffusa. Viene utilizzata in alcuni centri di riferimento e nella ricerca. L'esame consiste nel prelievo di sangue del soggetto affetto e la separazione specifica di alcuni globuli bianchi denominati neutrofili che vengono "marcati" con un composto debolmente radioattivo e successivamente re-infusi. La naturale migrazione dei neutrofili verso la sede dell'infiammazione consentirà di definire la localizzazione e la severità della malattia in maniera attendibile. L'evidenza di un abnorme accumulo nella fossa iliaca destra può essere di aiuto nella diagnosi differenziale tra la MC e la RCU. Le indicazioni a tale esame sono rare. L'esame è indicato nelle fasi di attività severa della RCU quando è necessario ottenere rapidamente informazioni sulla reale estensione della malattia anche per un eventuale approccio chirurgico. Un'altra indicazione è data dai casi di esordio in età pediatrica. I piccoli pazienti sono scarsamente tolleranti all'esame endoscopico e

possono non tollerare la preparazione intestinale oltre al fatto che la scintigrafia consente di limitare l'esposizione a radiazioni rispetto ad uno studio radiologico tradizionale. E' inoltre indicato in tutti quei casi in cui, per scarsa tolleranza all'esame o alla preparazione, non sia possibile eseguire una colonscopia o una radiografia con contrasto.

TAC

La tomografia assiale computerizzata è un esame raramente utilizzato nella RCU. Le indicazioni a tale metodica vengono soprattutto dalla MC dove è utile per la valutazione di raccolte ascessuali, della malattia perianale, della presenza di masse addominali o di fistole intestinali. L'esame è in grado di valutare con notevole accuratezza lo spessore della parete intestinale ma la sua indicazione resta, nella RCU, quella della valutazione di eventuali complicanze.

COLONSCOPIA VIRTUALE

La colonscopia virtuale è un'indagine disponibile ancora in pochissimi centri. L'esame permette la visualizzazione virtuale del colon senza l'inserimento del colonscopio dal retto e quindi senza sintomatologia dolorosa ma è necessario eseguire una preparazione intestinale secondo le stesse modalità della colonscopia tradizionale (e quindi con lo stesso rischio di intolleranza). Può essere eseguito mediante TAC o RMN dai quali esami non differisce se non per la possibilità di evidenziare il colon in maniera tridimensionale. Non esiste un'indicazione a tale esame nelle malattie infiammatorie intestinali ed attualmente è un'indagine eseguita per studi sperimentali o nello screening del cancro del colon nei soggetti a rischio.

V. Annese, G. Lombardi

U.O. Gastroenterologia, Ospedale "Casa Sollievo della Sofferenza", San Giovanni Rotondo, (Fg)

L'ALIMENTAZIONE NELLE MALATTIE INFIAMMATORIE CRONICHE DELL'INTESTINO

Cosa mangiare e cosa non mangiare, cosa fa bene e cosa fa male, da sempre costituisce un problema importante per qualunque paziente, specie se affetto da una qualche patologia gastrointestinale. Ciò è particolarmente valido per i pazienti affetti da malattie infiammatorie croniche dell'intestino (MICI): malattia di Crohn (MC) e colite ulcerosa (CU).

Certamente in un'elevata percentuale di casi ci si trova di fronte a deficit nutrizionali più o meno importanti, e ciò può essere dovuto a diversi fattori:

- ridotta introduzione di alimenti con la dieta, secondaria sia a calo dell'appetito sia all'insorgenza di dolore addominale in seguito all'ingestione di cibo;
- aumento della permeabilità intestinale, con perdita di proteine, oligominerali, minerali ed elettroliti;
- sindrome da malassorbimento, dipendente dalla malattia in se, dalla riduzione della superficie assorbente a causa di resezioni multiple e/o per la comparsa di contaminazione batterica intestinale;
- effetto sull'assorbimento di alcuni farmaci impiegati per la

terapia della colite ulcerosa e della malattia di Crohn (la salazopirina, ad esempio, riduce l'assorbimento di acido folico mentre i cortisonici riducono l'assorbimento di calcio, interferiscono sul metabolismo proteico e aumentano essi stessi la permeabilità intestinale);

- aumento del dispendio energetico in corso di ricaduta e quando la malattia, specie il MC, compare durante il periodo dello sviluppo e dell'accrescimento staturale ponderale (i bimbi o gli adolescenti con MC consumano, indipendentemente dall'attività della malattia, più energia dei loro coetanei sani!)

E' inoltre frequente il riscontro di intolleranze, le più varie, riferite dai singoli pazienti. Ciò nonostante, a tutt'oggi, molti attribuiscono alla dieta un ruolo certamente spropositato rispetto a quello che è il suo reale effetto sull'andamento della malattia e quindi sul benessere del soggetto.

Nei primi anni '80, un paio di pubblicazioni anglosassoni attribuivano, attraverso un meccanismo di allergie alimentari, un ruolo eziopatogenetico alla dieta nelle MICI, e mostravano

l'efficacia di una dieta di esclusione nel ridurre la probabilità di recidiva. Purtroppo tali dati non sono stati confermati da studi successivi, per cui non esiste alcuna prova che fattori dietetici possano essere causa delle malattie infiammatorie intestinali, né che possano influire significativamente sulle ricadute o meno delle malattie stesse. Questo non significa necessariamente che la dieta non abbia un ruolo, specie in corso di riaccensione della malattia. E', infatti, importante mantenere un buono stato nutrizionale e, come per esempio in caso di stenosi, modificare la dieta riducendo o azzerando il contenuto di fibre, rendendo più facile il transito degli alimenti nel canale alimentare.

Lo stato nutrizionale

Il mantenimento e/o il ripristino di un buono stato di nutrizione è fondamentale in questi pazienti, che presentano una malnutrizione in almeno un terzo dei casi. Ciò è dovuto, come abbiamo già accennato, a fattori vari. Pertanto è sempre opportuno mantenere un buon apporto calorico e proteico, per quanto possibile con la dieta.

La dieta

Come abbiamo già detto, non esistono diete particolari, bensì esistono, a seconda del soggetto, del momento e dello stato di attività della malattia, regimi dietetici da preferire, che debbono per forza essere estremamente personalizzati. Andrebbe pertanto seguita un'alimentazione non tanto ristretta, quanto "sana". Per esempio, i cibi piccanti (in grado essi stessi di alterare temporaneamente in chiunque, cioè anche nelle persone sane, la permeabilità dell'intestino) andrebbero evitati, specie durante la fase attiva.

Le allergie alimentari

In questi pazienti è più alta che nei sani la prevalenza, cioè la percentuale, di soggetti con allergia verso certi alimenti. Le allergie alimentari provocano comunque disturbi non piacevoli (meteorismo, crampi, diarrea, stipsi), per cui sarebbe opportuno evitare l'assunzione di tali alimenti. Esistono almeno due tipi di test per ricercare la presenza di allergie verso specifici alimenti: uno

(rast test) si basa sul dosaggio, nel sangue, di immunoglobuline E (IgE) specifiche per ciascun nutriente, l'altro (prick test) si basa sulla reazione cutanea determinata dalla iniezione, sotto la pelle, di minime quantità dei nutrienti che si desidera testare. Tuttavia, non sempre è facile o possibile determinare quali siano gli alimenti verso i quali è eventualmente presente un'allergia. Per tale motivo, almeno nei periodi non solo di riacutizzazione, ma anche nelle fasi di non completo benessere, è bene evitare certi cibi che volgarmente vengono definiti "pesanti", quali la frutta secca, gli alcolici (vino, birra, amari, grappe, ecc.), le bevande fredde e gasate, la frutta per così dire un pò particolare, tipo ciliege o albicocche o fragole, gli insaccati, il cioccolato e il cacao, il caffè; infatti, i disturbi provocati dall'allergia si aggiungerebbero a quelli dovuti alla malattia, aumentando quindi i disagi della persona.

L'intolleranza al lattosio

Una considerazione a parte merita il problema del latte e dei latticini. Va premesso che, specie nella popolazione cosiddetta occidentale, l'intolleranza nei confronti del latte e dei suoi derivati freschi è piuttosto frequente, specie dopo i 18-19 anni. Ciò è dovuto alla carenza o mancanza di lattasi, un enzima contenuto, quando c'è, a livello dell'"orletto a spazzola" delle cellule dell'intestino tenue, che è in grado di digerire il lattosio, zucchero contenuto nel latte e nei suoi derivati, spe-

cie freschi. Un cenno a parte merita lo yogurt, in cui il lattosio, quando la preparazione è avvenuta in maniera adeguata, viene digerito dai batteri che "fabbricano" lo yogurt. Il deficit di lattasi fa sì che l'assunzione di latte ecc. procuri gonfiore, dolori, crampi, diarrea, tutti disturbi che, eventualmente, nei pazienti con MICI vanno a sommarsi ai disturbi provocati dalla malattia.

Nei pazienti con CU o MC, il deficit di lattasi è comunque più frequente che negli altri, anche se è spesso transitorio, cioè legato allo stato di attività della malattia.

Esiste la possibilità, mediante il "breath test al lattosio", metodica assolutamente non invasiva, di valutare la reale presenza di questo deficit, ma tale metodica non è al momento ancora particolarmente diffusa, essendo la sua presenza limitata ai Centri con particolari interessi nello studio dell'intestino.

Dieta a basso contenuto di fibre

In occasioni particolari, cioè quando, in corso di malattia di Crohn, ci si trova di fronte ad una stenosi, cioè un restringimento di uno più tratti di intestino, è indicato utilizzare una dieta a basso contenuto di fibre, priva cioè di quegli alimenti che contengono residui non digeribili e che quindi aumentano il volume della massa fecale che deve attraversare l'intestino. Bisogna pertanto evitare di mangiare le verdure e in genere: insalata, cereali, legumi, ecc., fatta eccezione per carote e patate; per quando riguarda la frutta, non bisogna mangiare frutta con la buccia e preferire l'assunzione di mele e banane. In particolari casi è bene assumere solo carne e pesce o addirittura una dieta esclusivamente liquida. Nella maggior parte dei casi, tuttavia, questo tipo di dieta va assunto solo per il periodo necessario affinché la terapia medica riduca l'infiammazione e riporti il "calibro" dell'intestino a un valore tale da rendere possibile nuovamente il passaggio di una dieta normale.

Va però rimarcato che le cose più importanti di tutte è che il soggetto individui da solo cosa gli dà o cosa non gli dà fastidio e si regoli di conseguenza. Un ultimo, ma forse il più importante di tutti, suggerimento, è che, in considerazione del fatto che spesso l'appetito è scarso se non addirittura assente, è bene incoraggiare comunque l'assunzione dei cibi graditi al soggetto.

La dieta come terapia

Un cenno a parte merita la terapia nutrizionale della malattia di Crohn. Esistono in commercio una serie di preparati, le diete liquide, cioè elementari, semielementari e polimeriche, che possono essere utilizzate come terapia primaria della malattia di Crohn. Si tratta di composti che, assunti al posto di un'alimentazione convenzionale, sono in grado di indurre una remissione della fase acuta della malattia, ma che sono non troppo gradevoli, e che, per tale motivo è necessario, nella maggior parte dei casi, somministrare attraverso un sondino enterale, che porta il preparato direttamente nell'intestino.

Prof. Giorgio Zoli

*Centro per la Diagnosi e Cura delle Malattie dell'Intestino,
Unità Operativa di Medicina Interna
Ospedale SS Annunziata, Cento (FE)*

TRIBUNALE DI VENEZIA

Consenso non informato, un danno esistenziale

Il danno esistenziale è risarcibile anche in caso di mancata attuazione dell'obbligo d'informazione verso il paziente, che non può ritenersi adempiuto con la semplice firma del modulo del consenso.

E' quanto emerge da una recente e rivoluzionaria sentenza del Tribunale civile di Venezia (depositata il 4 ottobre 2004), che apre la porta anche in questo campo alla risarcibilità dei danni non patrimoniali.

La vicenda risale al 1998, quando una signora affetta da disturbi cardiaci veniva ricoverata presso l'ospedale di Mirano per un intervento di sostituzione valvolare mitro-aortica.

Durante il decorso post-operatorio insorgevano gravi complicazioni e la paziente veniva colpita da un ictus embolico, con conseguenti emiparesi, afasia motoria e perdita della capacità di provvedere a se stessa.

All'inizio del 2000, la paziente citava in giudizio la USSL n.13, non per contestare le modalità di esecuzione della prestazione chirurgica, ma sostenendo di non essere stata informata in maniera adeguata sulle eventuali complicanze dell'intervento.

La donna aveva, infatti, sottoscritto il modulo del consenso, ma senza che le venissero concretamente spiegati i rischi connessi all'operazione. In sostanza i sanitari si sarebbe limitati a generiche rassicurazioni in merito alla quotidianità dell'intervento.

Il giudice unico, Roberto Simone, richiamando il codice di deontologia medica, non ha ritenuto sufficiente per la formazione di un consenso validamente informato la sottoscrizione del modulo relativo, affermando che la questione "non può certo ridursi all'espletamento di un passaggio di natura burocratica".

Né, in sede d'istruttoria, è emersa la prova di idonee informazioni (adeguate al livello di cultura e di emotività della paziente, nonché delle sue capacità di discernimento) "sulla diagnosi, sulla prognosi, sulle prospettive terapeutiche e sulle verosimili conseguenze della terapia e della mancata terapia".

Stabilita quindi la responsabilità della struttura sanitaria, il tribunale è passato a esaminare le "conseguenze pregiudiziali risarcibili".

Ed è qui che la motivazione contiene la grande novità: attenendo il consenso "al piano dei diritti della personalità e, più nel dettaglio, quello all'autodeterminazione in ordine alla propria salute", il pregiudizio di natura non patrimoniale può ben circoscriversi al piano esistenziale, da intendersi "come riparazione correlata alla privazione del diritto alla scelta consapevole".

Infatti, la lettura in chiave costituzionale dell'art. 2059 CC (sulla risarcibilità dei danni morali) porta a dare rilievo anche in ambito contrattuale ai danni non patrimoniali, sempre che i relativi interessi possano ritenersi inclusi nell'ambito di tutela del contratto.

Ed è proprio questo il caso della paziente: l'operato dei sanitari ha finito per espropriarla del suo diritto a scegliere in ordine alla propria esistenza. E ciò ha portato alla condanna della USSL al risarcimento record, stabilito in via equitativa, di 100mila euro, e al pagamento di circa 14mila euro (più interessi) per le spese di giudizio.

IL PROSSIMO INCONTRO

ATTENZIONE: LA SEDE DELL'INCONTRO E' CAMBIATA

SABATO 29 GENNAIO 2005

presso la Sala Stampa della

Fondazione Cassa di Risparmio di Genova e Imperia (g.c.)

Via G. D'Annunzio, 105 - Genova

(da Piazza Dante, salendo in Via Fieschi a metà sulla destra)

• **ORE 9.00/10.00** •

1ª parte: assemblea annuale dei soci

- approvazione del conto delle entrate e loro utilizzo del 2004 e 2005. I documenti contabili sono disponibili in sede e possono, su richiesta, essere inviati a casa;
- nomina del Consiglio di Amministrazione e di Soci Collaboratori;
- approvazione degli indirizzi e direttive dell'Associazione per l'anno 2005.

• **ORE 10.00/12.00** •

2ª parte: incontro con i medici

Introducono:

Dr. Mauro VALBONESI

Direttore dell'U.O. di Immunoematologia dell'A.O. Osp. S. Martino di Genova

“Alternative nella terapia delle mici”

Dr. Nino LONGO

Direttore dell'U.O. Chirurgia Osp. S. Antonio – ASL3 – Recco, Genova

“Tecniche chirurgiche e qualità di vita post-operatoria”

Presiede:

Dr.ssa Maria Caterina PARODI

Direttore dell'U.O. di Gastroenterologia dell'A.O. Osp. S. Martino di Genova

ALL'INTERVENTO DEI RELATORI 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 apolitica.

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