

Periodico trimestrale d'informazione e divulgazione dell'associazione A.M.I.C.I.

Anno 5 - Numero 2

Maggio 2003

IN QUESTO NUMERO

- La terapia nutrizionale nella MC in età pediatrica*
- Il saluto del Prof. Realdi a Sassari*
- Un nuovo sistema di pulizia del colon*
- Dai Giornali: Batteremo l'artrite con le nostre difese*
- Anatomia e Fisiologia dell'apparato digerente*
- Dai seminari: la sessualità*
- La nostra prossima iniziativa a LA SPEZIA!*

LA TERAPIA NUTRIZIONALE NELLA MALATTIA DI CROHN IN ETÀ PEDIATRICA

La nutrizione enterale in età pediatrica è in grado di indurre la remissione clinica (scomparsa dei sintomi) della malattia di Crohn con efficacia quasi sovrapponibile a quella del cortisone, in assenza di effetti collaterali e con recupero in massa magra. A differenza del cortisone essa è persino capace di indurre la remissione endoscopica ovvero guarire le lesioni mucosali della malattia.

In una prima fase si ricorreva all'uso di lattini elementari così chiamati perché a base di miscele di aminoacidi, ovvero dei singoli costituenti delle proteine che sono catene di aminoacidi. Molto costosi ed organoletticamente poco appetibili essi potevano essere somministrati solo mediante sondino nasogastrico. In seguito è stata dimostrata l'efficacia induttiva anche di lattini semi-elementari e polimerici, dove l'apporto proteico è costituito rispettivamente da idrolisati (ovvero frammenti proteici composti da più aminoacidi) o da proteine intere (caseina, soya, sieroproteine del latte). In particolare gli ultimi, meno costosi e di gusto più gradevole, nella maggioranza dei casi vengono assunti spontaneamente dal bambino evitando così l'uso del sondino. Recentemente è stato proposto un latte (Modulen) a base di caseina ricca in TGF β (2), una citochina con proprietà antinfiammatorie. Studi comparativi non hanno dimostrato differenze significative tra i tre differenti tipi di latte nell'indurre la remissione, anche se la sua durata sembra essere più breve rispetto ai soggetti che l'hanno ottenuta con il cortisone.

Perché la terapia nutrizionale possa funzionare è essenziale che l'alimento sia somministrato quale fonte alimentare esclusiva almeno per 6-8 settimane in apporti progressivamente crescenti, fino al raggiungimento delle calorie raccomandate per l'età. Se si usa il sondino nasogastrico la razione giornaliera viene dapprima somministrata in infusione continua nelle 24 ore, quindi, se tollerata, solo durante le ore notturne. Il miglioramento clinico è di solito apprezzabile nel giro di due settimane. Al termine del ciclo vengono gradatamente reintrodotti vari alimenti in successione, riducendo di pari passo l'apporto della formula, fino al raggiungimento di una dieta libera nell'arco di circa un mese.

Per contrastare la frequente e precoce ricaduta alla sospensione del trattamento, che la maggior parte degli studi quantifica nel 60-70% dei pazienti ad un anno dall'interruzione, e per migliorare ulteriormente lo stato nutrizionale e la crescita sono suggeriti due differenti regimi nutrizionali: o il proseguimento di una supplementazione enterale notturna 4-5 giorni la settimana, concedendo durante il giorno un'alimentazione libera per bocca, o l'uso dell'enterale esclusiva un mese ogni quattro. In alternativa a questo schema terapeutico si può cercare di prevenire la ricaduta somministrando già all'inizio della dieta l'azatioprina, ovvero un farmaco immunosoppressore molto attivo sul mantenimento della remissione della malattia, che, per la sua particolare metabolizzazione, incomincerà ad agire proprio alla fine del ciclo nutrizionale.

Il meccanismo d'azione della terapia dietetica non è ancor certo. Al di là del miglioramento delle condizioni nutrizionali nei soggetti defedati, che potrebbe avere un ruolo importante nel controllo della malattia, devono essere considerati altri meccanismi tenuto conto del suo funzionamento anche nei pazienti senza deficit nutrizionali. Le alterazioni della flora microbica intestinale e la diminuzione del carico di antigeni alimentari sono le argomentazioni maggiormente considerate. Per quanto riguarda la risposta alla terapia nutrizionale rispetto alla sede d'inflammazione studi assai recenti hanno documentato successi anche in bambini con sola

colite, sconfessando il precedente postulato secondo cui la responsività fosse solo ad appannaggio ileocolite o della malattia isolata del piccolo intestino. Considerazioni sul rapporto rischio/beneficio giustificano un primo tentativo terapeutico con il solo trattamento nutrizionale soprattutto nei bambini con deficit di crescita o ritardo nella differenziazione puberale. E' tuttavia da sottolineare come una terapia di tale tipo possa incontrare resistenze da parte del bambino e del gruppo familiare od al contrario possa essere fortemente voluta proprio nel timore degli effetti collaterali indotti dal cortisone.

Dr Arrigo Barabino

Gastroenterologia Pediatrica, Istituto G. Gaslini, Genova

A Sassari, in gennaio, si è tenuto un incontro medici - malati, organizzato da A.M.I.C.I. Sardegna, cui ha portato il saluto il Prof. Realdi. Pubblichiamo alcuni stralci del suo intervento, che ci è parso non rituale ma attento ad alcuni aspetti del rapporto medico-paziente.

“...Perché questo incontro ? ci si potrà chiedere, in un momento in cui la Sanità è sempre più in crisi, in un momento in cui gli scandali vedono i medici sempre più coinvolti nelle tangenti e nella malasanita. I giornali e la televisione di questi giorni ne parlano con notizie di prima pagina.

Orbene, questo incontro è fatto non solo perché ci è stato chiesto, ma perché è profonda convinzione, propria di noi medici, che non basta conoscere la medicina, sapere tutte le cure e i farmaci disponibili, avere competenza e capacità di condurre a termine interventi chirurgici difficili, saper usare strumenti tecnologici raffinati per fare diagnosi corrette ed approfondite.

Tutto questo è indispensabile, ma non basta. E' come avere tra la mani una Ferrari nuova di zecca, salirci sopra, ma non riuscire a farla partire solo perché manca l'impianto elettrico o semplicemente la batteria.

Manca l'energia che accende i contatti, quell'energia che è così indispensabile in ogni rapporto umano, soprattutto quando sono chiamati in causa sofferenza e dolore, proprio per comprendere questa sofferenza e questo dolore. Noi insegnanti di medicina parliamo ai nostri studenti di empatia, cioè della capacità di entrare nel patos, cioè nella realtà esistenziale, dell'altro che ci sta di fronte.

Oggi la crisi della Sanità è proprio dovuta a questo: i medici devono uscire dalle loro torri d'avorio della scienza e della tecnologia, della ricerca e della cultura, ma altresì della burocrazia e dell'esigenza di produttività, che, seppure importanti, non devono ostacolare l'incontro con i pazienti e la possibilità (e quindi anche il tempo) di ascoltare la loro voce, per comunicare con il loro mondo. Il paziente cerca una spiegazione della sua malattia, non solo scientifica, ma anche umana, e il medico deve saperla dare questa spiegazione.

Un'importante rivista di medicina, il British Medical Journal, pubblicata in Inghilterra ma diffusa nel mondo, ha dedicato tutto il numero di settembre del 1999 a questo problema.

L'invito, rivolto non solo ai medici ma anche ai pazienti, suonava così:

“Scegli i tuoi partner per il ballo”.

Più specificamente, è detto che ci sono tre modelli di rapporto tra medici e pazienti:

- * Il modello paternalistico, dove il medico decide cosa fare e il paziente subisce.
- * Il modello informato, dove il paziente decide dopo che il medico gli ha presentato e spiegato le possibilità di scelta.
- * Il modello condiviso e partecipato, dove medico e paziente decidono insieme quale azione intraprendere; quando si dice paziente, si fa riferimento anche ai suoi familiari.

Il rapporto medico - paziente sta cambiando.

Se si desidera un reale progresso della medicina, è indispensabile che questo rapporto si modifichi.

Il modello partecipato è considerato decisamente il migliore e sarà il cambiamento più importante nel campo della medicina nel prossimo decennio.

E' stato scritto che questo cambiamento sarà ancora più importante delle nuove scoperte nel campo della genetica o dell'informatica, di Internet per intenderci, settori che da soli hanno contribuito a cambiare il rapporto medico - paziente.

E' stato dimostrato che quando il paziente viene coinvolto dagli operatori sanitari nella decisione diagnostica e terapeutica, l'evoluzione della malattia migliora, i costi si riducono, le soddisfazioni aumentano, gli esami di laboratori migliorano, i familiari sono più soddisfatti.

Condivisione, quindi, o partnership: significa che i medici devono condividere le responsabilità, le informazioni e le decisioni con i loro pazienti.

Ma significa anche che i pazienti devono condividere con i loro medici l'impegno diagnostico e terapeutico, che devono prendersi cura di loro stessi e imparare a gestire la loro malattia...”

**Prof. Giuseppe Realdi, Medicina Interna - Ist. Clinica Medica
Serv. di Gastroenterologia, Università di Sassari**

PULSED IRRIGATION EVACUATION (PIE) UN NUOVO SISTEMA DI PULIZIA DEL COLON

Introduzione

Esistono numerose malattie dell'intestino crasso, chiamato anche grosso intestino o colon, che per essere riconosciute richiedono un'accurata pulizia dell'intestino stesso allo scopo di rendere ben visibile la mucosa, cioè il primo strato della parete intestinale, che è la prima sede colpita da qualsiasi patologia di questo particolare settore dell'intestino. La mucosa può venire così esplorata nei minimi particolari con l'impiego di uno strumento, lungo quasi due metri, che si chiama colonscopio e che consente, attraverso una telecamera inserita sulla punta dell'apparecchio, di registrare tutte le caratteristiche della parete interna dell'intestino visibili a occhio nudo. Contemporaneamente, sempre attraverso questo lungo tubo, è possibile effettuare dei prelievi di piccoli frammenti di mucosa (biopsie) che saranno utilizzati per l'esame istologico, effettuato con il microscopio. Infatti, alcune malattie, specie nelle loro fasi iniziali, non sono visibili all'osservazione diretta, ma solo con l'esame microscopico.

La colonscopia viene effettuata da un medico gastroenterologo, particolarmente esperto in esami endoscopici, presso laboratori diagnostici dotati di sofisticate apparecchiature che consistono non solo di endoscopi, ma anche di monitor, di sorgenti di luce fredda, di processore e di registratori e apparecchi fotografici. Oltre a ciò, allo scopo di consentire un'ottimale pulizia degli strumenti, questi laboratori sono dotati di apparecchiature di lavaggio e di semi-sterilizzazione, con controllo elettronico di ogni ciclo di pulizia e in grado di segnalare qualunque anomalia a carico degli strumenti endoscopici. Come si può comprendere, il costo delle apparecchiature di un laboratorio di endoscopia digestiva superiore e inferiore si aggira su alcune centinaia di milioni di vecchie lire, e gli apparecchi vanno incontro a un deterioramento, tanto maggiore quanto più elevato il numero di esami effettuati e la scarsa competenza degli operatori.

Indicazioni per la colonscopia

Le cause più comuni che richiedono il ricorso alla colonscopia si possono così riassumere:

- presenza di sangue nelle feci
- presenza di feci scure o nerastre
- diarrea persistente
- anemia con deficit di ferro (da possibile perdita di sangue attraverso il tratto gastroenterico)
- perdita di peso rilevante accompagnata da sintomi digestivi
- storia familiare di cancro del colon
- dolore addominale cronico non spiegato
- precedente riscontro di polipi o di cancro del colon
- controllo nel tempo di pazienti con colite ulcerosa
- scelta della terapia nelle malattie infiammatorie croniche dell'intestino

Le malattie che si possono diagnosticare con la colonscopia riguardano in primo luogo i tumori maligni e benigni del colon, una patologia in forte aumento in quest'ultimo decennio, le malattie infiammatorie croniche dell'intestino, quali la colite ulcerosa e la malattia di Crohn, i diverticoli del colon, la poliposi intestinale, le angiodisplasie, le coliti benigne, le patologie da farmaci e da tossici ambientali, le patologie da agenti infettivi.

Il problema della preparazione

Come già si è detto, per effettuare una buon esame coloscopico è indispensabile un'ottimale pulizia del colon dal quale deve essere rimosso ogni residuo di feci per consentire un'adeguata esplorazione di tutti i suoi segmenti. Contemporaneamente, qualsiasi metodo di pulizia si adotti, occorre che esso sia sicuro e con minimi effetti collaterali. Attualmente questi obiettivi vengono raggiunti in due modi:

- 1) mediante una restrizione dietetica, che consiste nell'esclusione completa di cibi solidi per almeno uno o due giorni prima dell'esame, in particolare frutta e vegetali. E' consentito bere liquidi, come succhi di frutta, ma senza polpa o residui di fibre;
- 2) con il ricorso a lassativi. Attualmente le preparazioni maggiormente utilizzate in previsione di una pancoloscopia sono il polietilenglicole (PEG) e il sodio fosfato, entrambe somministrate per via orale con abbondante quantità di acqua. Molti pazienti sostengono che l'essere costretti a bere queste soluzioni lassative rappresenta l'aspetto più sgradevole di tutto l'esame! Il ricorso al sodio fosfato poi, può costituire un problema per i pazienti affetti da patologia cardiaca o renale, a causa dell'elevato contenuto di fosforo. Oltre a ciò, non vanno taciuti altri effetti collaterali che possono manifestarsi per entrambe le preparazioni, quali nausea, vomito, dolore e/o gonfiore intestinale, prurito e irritazione anale, sensazione di freddo con il PEG, alterazioni elettrolitiche con il sodio fosfato. Tali preparazioni, inoltre, agendo come purganti, determinano insorgenza di diarrea della durata di 6-8 ore, con frequenti visite alla toilette, rendendo particolarmente difficoltosa, e in alcuni casi impossibile, la preparazione nei pazienti più anziani e nei disabili, o per i malati con cardiopatie gravi, insufficienza renale o epatica. Tutti questi effetti avversi riducono la compliance del paziente, cioè l'osservanza scrupolosa delle indicazioni fornite per la preparazione. Questo spiega perché un'adeguata preparazione viene raggiunta in una percentuale non superiore al 70% circa. Questo significa che quando l'endoscopista trova una preparazione non adeguata l'esame deve essere ripetuto, con sprechi economici rilevanti, sia di tempo per il paziente e per lo staff sanitario, sia di mezzi e strumenti.

La preparazione ideale dovrebbe contemplare le seguenti caratteristiche:

- azione rapida
 - tempi ridotti sia per il paziente sia per il personale sanitario
 - efficacia nel 100% dei pazienti
 - buona tollerabilità con assenza di effetti collaterali
 - basso costo.

Si può dire che questi obiettivi sono attualmente raggiungibili con l'impiego di un apparecchio che è in grado di immettere acqua nel colon per via rettale facendo ricorso ad una pompa peristaltica che è capace di modulare l'immissione dell'acqua a bassa pressione, e successivamente di eliminare l'acqua contenente il materiale fecale, opportunamente disciolto.

PIE: Pulsed Irrigation Evacuation

Questo apparecchio è stato ideato negli Stati Uniti verso la metà degli anni ottanta da Roy Abell dello Stato della Georgia, un ingegnere paraplegico che doveva ricorrere continuamente all'uso di lassativi e di clisteri a causa del suo intestino neurologico. Stanco sia di dover dipendere continuamente da altri, sia per lo stress indotto dalla sua patologia, sia per i continui problemi causati dalla suo intestino, questo sagace ingegnere ha ideato uno strumento che gli avrebbe consentito un lavaggio del colon da attuare da solo, senza particolare assistenza e con buona efficacia e sicurezza. Questo apparecchio è stato chiamato Pulsed Irrigation Evacuation o Irrigazione-Evacuazione Pulsata.

Attualmente l'Ing. Roy è capo della società da lui fondata che ha come principale obiettivo quello di costruire prodotti sani-

tari in grado di migliorare la qualità della vita dei pazienti disabili.

La macchina funziona nel modo seguente: attraverso una sonda rettale si somministra lentamente una determinata quantità di acqua di rubinetto alla temperatura di 35-37°C che viene filtrata. Utilizzando un microprocessore, l'acqua affluisce e defluisce dal retto a pulsazioni sincronizzate. Le pause di drenaggio sono programmate e questo consente un'idratazione del materiale fecale che è in grado così di defluire dalla stessa sonda di entrata dell'acqua. Tale materiale viene convogliato in un sistema di raccolta chiuso e igienico, il quale alla fine viene svuotato nel vuotatoio.

L'apparecchio è totalmente sicuro. L'acqua affluisce ad una quantità variabile tra 50 e 100 ml il secondo e l'afflusso viene automaticamente bloccato dal sistema se all'interno del retto si superano determinate pressioni. Utilizzando volumi crescenti di acqua tutti i segmenti del colon possono essere raggiunti e ripuliti. Il tempo richiesto per la pulizia dell'intero colon non supera i 20-30 minuti!

L'uso della macchina è stato approvato dalla Food and Drug Administration, l'agenzia americana che negli Stati Uniti controlla la sicurezza e l'efficacia di tutti i prodotti farmacologici e sanitari. Più specificamente l'approvazione riguarda il trattamento dei pazienti con difficoltà intestinali e la regolazione dell'alvo dei bambini e degli adulti con lesioni della spina dorsale. In queste situazioni l'efficacia e la sicurezza della macchina PIE sono state ampiamente dimostrate da numerosi studi. Più recentemente è stata valutata la sua efficacia anche nella preparazione pre-colonscopica, con ottimi risultati. Il nostro Istituto di Clinica Medica ha potuto acquisire, attraverso la donazione di un paziente affetto da patologia del colon, un apparecchio PIE. I risultati fino ad oggi acquisiti sono estremamente lusinghieri, non solo per i pazienti, in virtù dell'ottima tollerabilità della procedura, ma anche per gli endoscopisti, poiché una preparazione ottimale del colon con-

sente un perfetto esame dell'intestino.

L'apparecchio è attualmente oggetto di studio anche per altre patologie nelle quali l'abnorme ristagno di feci nell'intestino è causa di alterazioni funzionali e anatomiche che riducono la qualità della vita e favoriscono l'insorgenza di complicanze anche gravi.

Le attuali applicazioni della macchina sono:

1. Rimozione di fecalomi
2. Rimozione del bario
3. Mantenimento dell'intestino neurologico
4. Preparazione per gli studi radiologici dell'addome
5. Preparazione per gli studi urologici
6. Preparazione per le procedure gastroenterologiche
7. Pre-intervento / Post-intervento
8. Pre-parto / Post-parto

La macchina per il lavaggio pulsato del colon è stata inoltre utilizzata con efficacia nelle seguenti situazioni cliniche:

- * Eliminazione dell'incontinenza
- * Ricanalizzazione intestinale
- * Riduzione del Mega-colon
- * Riduzione delle emorroidi
- * Riduzione delle ulcere da decubito
- * Riduzione del prolasso rettale
- * Riduzione della colite
- * Riduzione dell'alterata regolazione autonoma correlata all'intestino

In conclusione, dalla nostra breve esperienza riteniamo che tale apparecchiatura potrà essere impiegata correntemente nella preparazione del colon, allo scopo di poter effettuare un'adeguata colonscopia per lo studio di tutte quelle patologie accennate all'inizio e nelle quali un'ottimale pulizia dell'intestino è condizione indispensabile per un esame macroscopico e istologico pressoché perfetto.

*Maria Pina Dore, Giuseppe Realdi, Professori di Medicina Interna
Università di Sassari - Serv. di Gastroenterologia ed Endoscopia digestiva - Ist. di Clinica Medica*

BATTEREMO L'ARTRITE CON LE NOSTRE DIFESE al via in Italia quattro studi per nuove indicazioni del primo anticorpo interamente umano contro l'artrite reumatoide di Daniele Diena

Passa per l'Italia l'ultima scommessa dei "farmaci biologici", quelli che curano, anziché con la chimica, sfruttando la nostra stessa fisiologia. Una quindicina di centri reumatologici italiani sono, infatti, stati coinvolti in quattro studi che verificheranno la possibilità di nuove applicazioni dell'Adalimumab, l'ultimo nato dei "biologici", autorizzato in gennaio negli USA, per l'efficacia dimostrata su 2000 malati nel curare l'artrite reumatoide, per la prima volta, proprio alla radice della malattia.

Il primo anticorpo monoclonale interamente umano è stato realizzato in laboratorio con cellule del sistema immunitario dell'uomo, anziché del topo, "ingegnerizzate" in modo da eliminare la causa principale dell'infiammazione, la citochina TNF α . Indicato, per ora, solo per i malati che non hanno risposto alle altre cure, antinfiammatori non steroidei, DMARTS e

cortisonici, ed attualmente all'approvazione dell'EMEA, per l'Europa, potrebbe rivelarsi efficace anche contro l'artrite reumatoide giovanile, l'artrite psoriasica, **il Morbo di Crohn** e la spondilite anchilosante. Nella ricerca sono in prima linea istituti italiani importanti e gli studi più avanzati sono già nella fase III, quella della sperimentazione su larga scala, che prelude all'autorizzazione al commercio, prevedibile in un paio di anni. Parallelamente, è in ultimazione uno studio europeo, che in Italia coinvolge 60 centri e che sta verificando l'efficacia dell'Adalimumab su altri 4000 ammalati di artrite reumatoide. Ma c'è un'altra frontiera che accende nuove speranze, sulla linea avanzata della lotta alle malattie autoimmuni, patologie che si scatenano quando il sistema immunitario indirizza improvvisamente la sua azione contro tessuti o organi del nostro stesso organismo. E' la frontiera su cui si sperimentano altri due pos-

sibili anticorpi monoclonali umani, che potrebbero servire a combattere la sclerosi multipla e altre malattie autoimmuni. Gli anticorpi in sperimentazione sono indirizzati contro altre due citochine, le interleuchine 12 e 18, che si è visto avere un ruolo fondamentale nell'aggressione del sistema immunitario contro la guaina mielinica neuronale, processo che scatena la sclerosi multipla. L'anticorpo anti-interleuchina 12 nell'animale funziona e presto si proverà sull'uomo. Diranno questi ulteriori studi se la scommessa di battere le malattie autoimmuni con le nostre stesse difese naturali sarà un giorno davvero vinta. Intanto il 75% dei malati (il 25% "non risponde") di artrite reumatoide, patologia fortemente invalidante che interessa le donne tre volte più degli uomini e che conta 4 milioni di malati in Europa ed 1 italiano su 100, hanno una possibilità in più per curarsi e, questa volta, non a livello dei sintomi, ma a livello del meccanismo vero e proprio della malattia, rallentando quindi il processo di distruzione delle articolazioni. Come tutti i TNF α antagonisti, l'Adalimumab può dare mal di capo, infezioni respiratorie, rash cutaneo, sinusite, ma a differenza del biologico che l'ha preceduto, che richiede un'iniezione sottocutanea due volte a settimana, questo si autosomministra, sempre per via cutanea, con una siringa già preparata, solo una volta ogni due settimane. Nelle farmacie italiane arriverà entro l'anno.

Per quanto agisca più in profondità delle cure non biologiche, il nuovo farmaco per l'artrite reumatoide ha il difetto di costare molto più caro: dai 500 ai 1000 €, per un mese di cura. "E' proprio per questo che la FDA (Federal and Drugs Administration, USA) l'ha autorizzato solo per i casi in cui le altre terapie non funzionano", dice il Prof. Roberto Marcolongo, Direttore dell'Istituto di Reumatologia dell'Università di Siena e Presidente dell'Associazione Italiana Malattie Reumatiche, secondo il quale "il fatto che la patologia è sistemica e che fa i suoi danni alle articolazioni e ad altri tessuti soprattutto nei primi due/tre anni, consiglierebbe invece d'affiancare precocemente ad antinfiammatori e antidolorifici farmaci attivi sul meccanismo della malattia".

Le cure attuali si suddividono in trattamenti sintomatici, farmaci antalgici e antinfiammatori, e trattamenti "di fondo". Tra gli antinfiammatori non steroidei (FANS), due anni fa, c'è stata una piccola rivoluzione, con gli inibitori della Cox2, che agiscono su un enzima infiammatorio risparmiando quello protettivo delle mucose gastriche: "Hanno pari efficacia degli altri FANS e fanno meno danni", dice il Prof. Giovanni Minisola, Direttore dell'Unità Operativa di Reumatologia del San Camillo di Roma, autore di un ampio studio sull'argomento. Ben presto però i sintomatici da soli non bastano e occorre la terapia di fondo, quella dei DMARDs, farmaci che riescono a contrastare l'andamento della malattia. Ma anche questi hanno i loro limiti: sul 30-

40% dei pazienti non servono. E' qui che, qualche anno fa, si sono inseriti i "farmaci biologici", rivolti contro i fattori principali dell'infiammazione: "Assicurano una risposta più rapida dei DMARDs", dice Minisola, "e soprattutto funzionano su un buon 70% dei pazienti che non rispondono agli altri farmaci".

Erano 25 anni che scienziati di tutto il mondo, soprattutto biologi molecolari, ci provavano. Fin dal giorno dopo quel lontano 1975, in cui Georges Kohler e Cesar Milstein realizzarono il primo anticorpo monoclonale manipolando il sistema immunitario del topo (scoperta che gli fece guadagnare il Nobel nel 1984), era iniziata la grande corsa per realizzarne uno più simile al nostro organismo, per superare le naturali resistenze che questo opponeva a quello murino, riducendone l'efficacia. Il primo passo avanti nel 1983 con gli anticorpi monoclonali "chimerici", costituiti per il 25% di cellule murine e per il restante 75 di cellule umane. Negli anni '90 vennero gli anticorpi "umanizzati", in cui la componente murina è ridotta al 10% e in più è "tagliata" con cellule umane per renderli più affini al nostro organismo. Infine quelli interamente umani, una svolta cruciale per la medicina: è la prima volta che c'è un farmaco realizzato con cellule umane che sfrutta le nostre stesse difese.

Ecco come, nei laboratori del Centro Biotecnologie Abbot di Boston, nel Massachussets, sono arrivati all'Adalimumab. Innanzitutto, hanno raccolto linfociti B, cellule immunitarie coinvolte nell'artrite reumatoide, da un grande numero di donatori, in modo da disporre d'una "materia prima" adeguatamente rappresentativa della varietà umana e assicurarsi così la miglior efficacia. Poi, con la tecnica "PCR", hanno "espanso", cioè moltiplicato, i geni VH e VL del sistema immunitario. Infine, tramite clonazione, hanno ottenuto gli anticorpi specifici AntiTNF α , citochine responsabili dell'infiammazione dell'artrite reumatoide.

dall'inserto

SALUTE de "La Repubblica" del 6 Marzo '03

Pubblighiamo un secondo articolo “illustrativo” delle funzioni anatomiche e fisiologiche dell’intestino, che segue la stampa del “glossario” dei termini medici più usati nelle mici, spedito con il precedente numero del giornalino. Sono iniziative richieste dai soci, ed alle quali volentieri accediamo, convinti che nessuno meglio dei lettori sappia cosa è utile pubblicare nel nostro giornale.

La Redazione

ANATOMIA DELL’APPARATO DIGERENTE

L’apparato digerente comunica con l’esterno alle sue due estremità, cefalica e caudale, rispettivamente tramite la rima buccale e l’orifizio anale. Esso presenta la seguente costituzione:

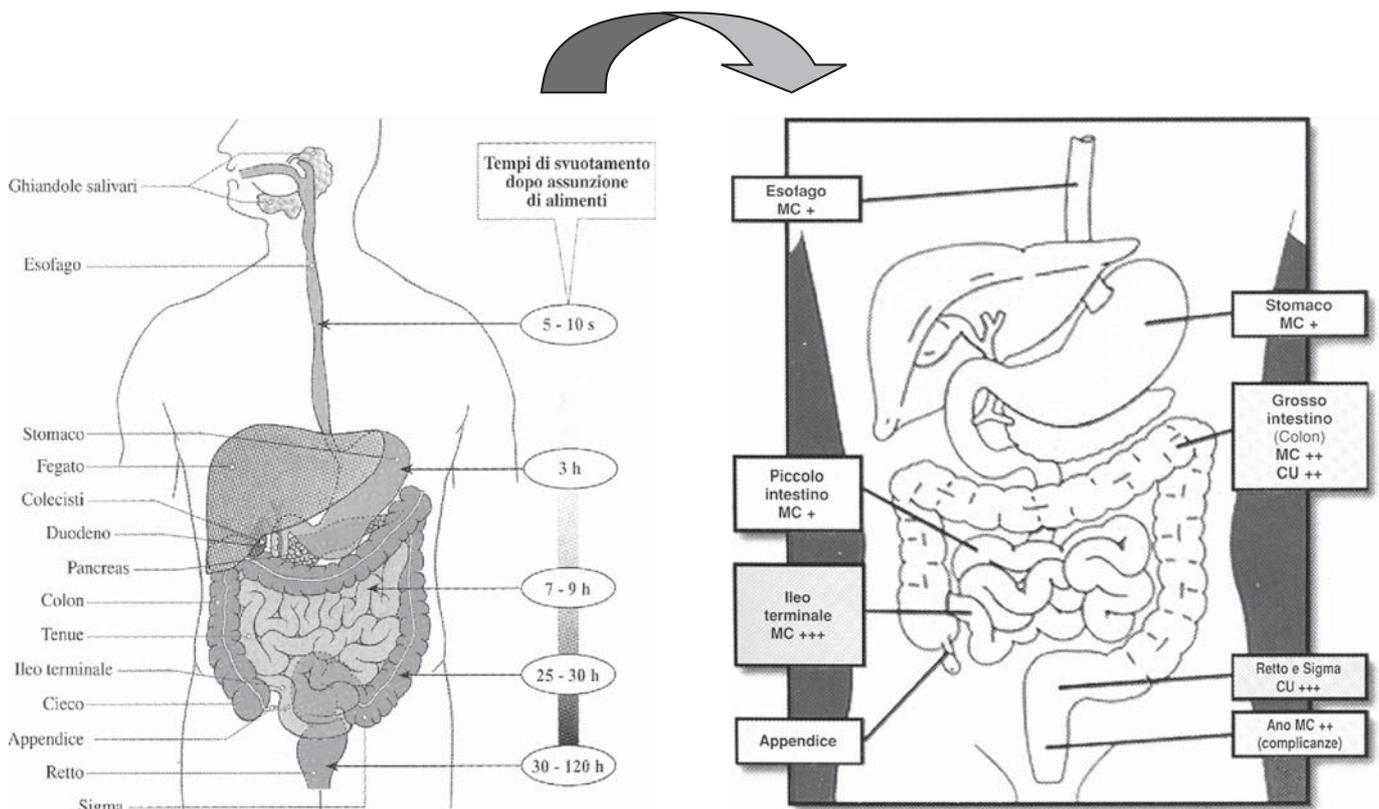
CANALE ALIMENTARE:

- Bocca
- Istmo delle fauci
- Faringe
- Esofago
- Stomaco
- Intestino Tenue - Duodeno
 - Tenue mesenteriale - digiuno
 - ileo
- Intestino Crasso - Cieco, appendice
 - Colon - ascendente, trasverso
 - discendente, ileopelvico
- Retto

GHIANDOLE ANNESSE AL CANALE ALIMENTARE:

- Ghiandole salivari maggiori
- Fegato
- Pancreas

Nelle Malattie Infiammatorie Croniche Intestinali la distribuzione delle lesioni è differente a seconda che si tratti di Rettocolite Ulcerosa (CU) o Malattia di Crohn (MC)



FISIOLOGIA DELL'APPARATO DIGERENTE

Le principali funzioni dell'apparato digerente sono la digestione e l'assorbimento.

* La digestione è un'insieme coordinato di processi chimici, prevalentemente enzimatici, e meccanici. Attraverso i primi, le sostanze alimentari, spesso in forma di grosse molecole poco solubili in acqua, vengono ridotte di dimensioni e rese così solubili, o per lo meno miscibili, in acqua; pertanto inizialmente gli alimenti vengono trasformati in chimo (contenuto gastrico cremoso omogeneizzato) per azione dei succhi gastrici, prima dell'ulteriore passaggio nell'intestino tenue dove si forma il chilo (linfa intestinale) che viene progressivamente assorbito. Attraverso i secondi, gli alimenti vengono triturati, mescolati e spinti lungo tutto il tubo gastroenterico in senso aborale, con, infine, l'espulsione all'esterno dei materiali non utilizzati. La fase chimica della digestione è sostenuta dalla secrezione (succhi digestivi: biliare e pancreatico) delle ghiandole (esocrine: fegato e pancreas) presenti nel tubo gastroenterico, mentre la fase meccanica è operata dalla muscolatura, liscia e striata, presente nel, o connessa al, tubo digerente stesso. La digestione, nel duplice aspetto secretorio e motorio, è regolata con meccanismo nervoso e/o umorale (ormonale).

* L'assorbimento è il passaggio di sostanze dal lume del canale alimentare nel sangue o nella linfa: interessa non solo i prodotti della digestione, ma anche altre sostanze presenti negli alimenti, come acqua, sali minerali e vitamine, e si compie, sia pure con efficacia molto diversa, lungo tutto il tubo gastroenterico.

* Nel loro insieme le varie strutture del sistema digerente esplicano, quindi, attività escretoria, motoria ed assorbente. A queste va aggiunta l'attività endocrina svolta dalle cellule specializzate, localizzate lungo tutto il tratto gastroenterico, le quali secernono gli ormoni gastrointestinali.

	STOMACO DUODENO	INTESTINO TENUE	INTESTINO CRASSO
Funzione digestiva	Digestione di protidi e glucidi	Completamento della digestione gastrica e duodeno-pancreatica	Assente
Funzione assorbente	Assorbimento di acqua, elettroliti, ferro e glucidi	Assorbimento di elettroliti, acqua, vitamine, sali biliari, lipidi, glucidi e protidi	Assorbimento di acqua ed elettroliti
Funzione motoria	Rimescolamento e progressione del bolo alimentare	Rimescolamento e progressione del contenuto intraluminal	Progressione del contenuto intraluminal
Funzione immunitaria	Assente	Sintesi e secrezione di IgA ed altre reazioni immunitarie	Sintesi e secrezione di IgA ed altre reazioni immunitarie
Funzione endocrina	Secrezione ormonale (secretina, gastrina, VIP, GIP, ...)	Secrezione ormonale (secretina, gastrina, VIP, GIP, ...)	Assente

Dr.ssa Paola Romagnoli - Borsista presso l'U.O. di Gastroenterologia dell'E.O. Osp. Galliera di Genova

SUGGERIMENTI DAI SEMINARI - LA SESSUALITÀ

L'articolo che segue è il risultato, parziale ma utile, di alcuni incontri sul tema della sessualità organizzati dall'associazione statunitense di malati di m.i.c.i., CCFA.

...sebbene sia impossibile riprodurre i contenuti di questi seminari in un breve articolo, ciò che segue sono alcuni suggerimenti per affrontare discussioni sulla sessualità, per permettere a persone affette da M.I.C.I. di superare gli ostacoli e di avere una sana e soddisfacente relazione intima.

Trovate del tempo privato e in relax per parlare con il vostro partner. Spiegategli la malattia, i suoi sintomi e la terapia, e come voi sentite che essa possa influenzare la vostra vita sessuale. Dividere informazioni può arricchire e ridurre il livello d'ansia di entrambi i partners.

Se trovate difficile o doloroso avere una piacevole vita sessuale, parlate con un medico di fiducia e chiedetegli una spiegazione. Per esempio, certi farmaci possono ridurre il desiderio sessuale. In altri casi, agenti antinfiammatori o lubrificanti possono essere d'aiuto. Certe volte un cambiamento nella terapia può essere indicato.

Convincetevi che il modo in cui vedete voi stessi può essere totalmente differente da come lo percepisce il vostro partner. Come molte malattie croniche, le M.I.C.I. possono insidiare l'autostima, far diminuire i sentimenti di attrazione e di autovalorizzazione. Queste percezioni possono essere molto lontane dalla realtà. Voi non siete la vostra malattia! Un partner comprensivo potrà vedervi in modo completo.

Possono esserci occasioni in cui vorrete evitare situazioni intime a causa della vostra malattia. In queste occasioni, è importante tenere a mente che ci sono molti modi per esprimere amore, attenzione e sessualità. Lavorate con il vostro amato/a per trovare quello che funziona meglio per tutti e due. Spiegate al vostro partner che il non voler avere un rapporto sessuale in una determinata occasione non è un segnale dei vostri sentimenti per lui o per lei, ma piuttosto è una conseguenza della vostra malattia. Incoraggiate il vostro partner a partecipare insieme ad incontri di gruppi di sostegno, al fine di aiutarlo a raggiungere una migliore comprensione della vostra malattia. Quando iniziate una nuova relazione, non sentitevi obbligati a condividere immediatamente tutti i dettagli della vostra malattia. Col passare del tempo, si presenteranno molte opportunità per condividere confortevolmente informazioni riguardanti le M.I.C.I. con il vostro partner. In tutti i casi, tentate di rimanere con la mente aperta e affrontate qualsiasi problema in un modo rilassato, incoraggiante e privo di pregiudizi. Non abbiate paura di chiedere aiuto e di riceverlo quando ne avete bisogno. Certe volte un consulto con un esperto può aiutarvi a comprendere meglio ed a trattare con le vostre attitudini, le vostre percezioni e, in definitiva, a sentirvi meglio con voi stessi. Per finire, ricordate che più siete a vostro agio con voi stessi e con la vostra malattia, più facile sarà parlare apertamente ed onestamente con un partner o con chiunque altro nella vostra vita.

SEGNALACI IL TUO INDIRIZZO DI POSTA ELETTRONICA:
 POTREMO INVIARTI NEWS E INFO SU INIZIATIVE IN CORSO, COMUNICAZIONI, ECC.
 scrivi a: amici.liguria@libero.it

LA PROSSIMA INIZIATIVA!

Sabato 31 MAGGIO 2003 ore 10.00
presso la Sede dell'Ordine dei Medici
Via V. Veneto 165 (zona Ospedale)
LA SPEZIA

Introducono:

Dr. Giovanni Russo *Dirigente medico dell'Unità Operativa di Gastroenterologia ed Endoscopia Digestiva dell'Ospedale S. Andrea di La Spezia*

**“Novità nella diagnosi e cura delle mici:
 aspetti generali ed esame dell'esperienza spezzina”**

Dr.ssa Maria Caterina Parodi *Responsabile dell'Unità Operativa semplice di Endoscopia Digestiva Gastroenterologica presso l'Azienda Ospedaliera Ospedale S. Martino di Genova*

“La novità della biotecnologia nella terapia delle m.i.c.i.”

L'INCONTRO, COME SEMPRE, È LIBERO E APERTO A TUTTI.
FALLO SAPERE A CHI CONOSCI E PUÒ ESSERE INTERESSATO A PARTECIPARE!

Saranno distribuiti nuovi opuscoli, preparati dalla Federazione nazionale.

Si ringrazia



Schering Plough S.p.A.

per il sostegno offerto all'Associazione

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 dalla legge n. 675/96 sulla tutela 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@libero.it