

AMICI LIGURIA

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

Ottobre 2002

Anno 4 - Numero 3

IN QUESTO NUMERO:

- Il questionario su “La percezione da parte del malato della qualità della vita e del trattamento nella cura delle m.i.c.i.”
- Nuovi farmaci: la budesonide
- Terapia della colite ulcerosa in remissione
- Gli immunosoppressori
- Due articoli dalla stampa specializzata
- La prossima iniziativa

Egregio Signore, Gentile Signora,

nella busta ha trovato un questionario ed una busta già affrancata, per la restituzione dello stesso.

Ci rivolgiamo a Lei in quanto socio dell'Associazione, oppure in quanto utente di uno degli Ospedali che collaborano all'iniziativa. Il suo nome, in questo caso, non ci è noto. Pertanto se vorrà cogliere l'occasione per iscriversi all'Associazione, ci contatti telefonicamente (0102464484).

Il questionario vuole essere un'occasione per approfondire la conoscenza di aspetti medici, relazionali e lavorativi della vita delle persone affette da malattia infiammatoria cronica intestinale (*m.i.c.i.*).

La sua collaborazione è decisiva. Con il suo aiuto potremo avere più informazioni, elaborarle, discuterle e metterle a disposizione della comunità scientifica locale e nazionale.

Il questionario è, inoltre, disponibile sul nostro sito (www.amiciitalia.org). Scaricandolo, sarà possibile compilarlo e inviarlo a ricerche@ormes.it.

Sui risultati delle sessanta domande organizzeremo tra pochi mesi uno specifico incontro, alla presenza di medici e specialisti, per farne un'analisi attenta anche ai risvolti operativi nell'azione che le diverse strutture, siano esse associative, sanitarie o amministrative, dovranno svolgere.

Questa indagine, realizzata con la collaborazione di ORMES Consulting S.p.A. di Genova (www.ormes.it), è sostenuta dalla Federazione Nazionale A.M.I.C.I. Italia e da alcuni centri specialistici ospedalieri della Liguria.

Ringraziamo in particolare, per il contributo finanziario e per la sensibilità dimostrata, la Fondazione Cassa di Risparmio di Genova e Imperia.

Compili pertanto il questionario e si ricordi di rispedirlo al più presto.

Gianfranco Antoni, Presidente di A.M.I.C.I. LIGURIA

ALCUNI SOCI NON HANNO RINNOVATO L'ADESIONE ALL'ASSOCIAZIONE PER IL 2002. ALL'INTERNO TROVERA', SE NON HA ANCORA PROVVEDUTO, IL BOLLETTINO DI CCP PER IL VERSAMENTO DELLA QUOTA, CHE E' DI 16 €.

LE RACCOMANDIAMO DI NON PERDERE L'OCCASIONE PER CONTRIBUIRE AL SOSTEGNO DI UN GRUPPO DI VOLONTARIATO CHE IN QUESTI ANNI E' CRESCIUTO SENSIBILMENTE.

ISCRIVENDOSI, INOLTRE, POTRA' RICEVERE CON REGOLARITA' IL NOSTRO GIORNALE E CONOSCERE COSI' LE INIZIATIVE CHE PROMUOVIAMO CON I MEDICI.

ARRIVEDERCI A PRESTO E GRAZIE PER IL SOSTEGNO CHE VORRA' CONFERMARCI.
LA REDAZIONE

Con il mese di maggio è stato inserito sul prontuario dei farmaci in fascia A la Budesonide, farmaco già in uso per altre patologie ed ora riconosciuto anche per le mici. Riportiamo un articolo per meglio conoscerlo.

NUOVI FARMACI ENTRATI IN COMMERCIO: LA BUDENOSONIDE

Le malattie infiammatorie croniche dell'intestino sono malattie caratterizzate da frequenti riaccensioni, che portano spesso ad una compromissione della qualità di vita nei pazienti affetti.

Gli steroidi sono tra i farmaci più efficaci nell'indurre rapidamente la remissione nei pazienti con malattia di Crohn o colite ulcerosa in fase attiva. Gli steroidi esercitano la loro azione legandosi ad un recettore cellulare, che è lo stesso di tutte le cellule dell'organismo, per cui non è possibile ottenere una terapia sito-specifica per l'intestino. Anche per questo gli steroidi sono gravati da numerosi effetti collaterali, come la "faccia a luna piena", l'acne, la ritenzione di sali e liquidi e l'alterazione del metabolismo osseo. Con l'intento di ridurre gli effetti collaterali e di aumentare l'efficacia dei farmaci steroidei, numerosi sforzi sono stati esercitati per sfruttare l'effetto topico del cortisone usando tecniche di preparazione farmaceutica di rivestimento che ne consentano la liberazione a livello del piccolo intestino, ove più frequente si trovano le lesioni della malattia di Crohn.

Un altro importante obiettivo è stato di impiegare steroidi che fossero rapidamente inattivati dal fegato al loro primo passaggio in circolo, dopo aver esercitato l'effetto terapeutico sull'intestino.

La budesonide, un altro steroide già ampiamente usato nell'asma bronchiale, è stata usata con lo scopo di ridurre gli effetti collaterali degli steroidi. Questo farmaco, il cui meccanismo d'azione è lo stesso degli steroidi, e quindi presenta gli stessi effetti collaterali, è velocemente metabolizzato dal fegato sin dal primo passaggio nella circolazione ematica (*first pass metabolism*), per cui solo il 12% della budesonide introdotta si ritrova nel circolo ematico (contro l'85% del prednisolone). Inoltre, la budesonide si lega ai ricettori delle cellule intestinali maggiormente e con una forza maggiore degli steroidi tradizionali. Meno farmaco in circolo significa meno effetti sistemici e quindi meno effetti collaterali.

Da alcuni mesi è in commercio anche in Italia la budesonide con formulazione di capsule rigide da 3 mg. a rilascio ileale controllato. Il farmaco viene quindi rilasciato a livello dell'ultimo tratto dell'ileo e del colon di destra. Il suo utilizzo pertanto è riservato ai pazienti con malattia di Crohn con tale localizzazione. La dose raccomandata per il controllo delle forme attive presenta il migliore rapporto rischi/benefici, è di 9 mg. da assumersi la mattina.

Dagli studi condotti su pazienti con malattia di Crohn attiva si rileva che la budesonide è più efficace della mesalazina nell'indurre la

remissione, mentre ha un'efficacia paragonabile a quella del prednisolone (53% contro il 66% di riduzione della remissione dopo 10 settimane di trattamento), presentando però una minore incidenza di effetti collaterali a breve termine (33% contro il 55%). Al pari degli altri steroidi, nella malattia di Crohn in remissione, invece, la budesonide non si è dimostrata efficace come terapia di mantenimento. Proseguire la terapia con budesonide oltre i tre mesi non ha rilevato avere effetti positivi sul rischio di riaccensioni di malattia. Inoltre, la terapia con budesonide iniziata dopo un intervento chirurgico di resezione intestinale non si è dimostrata efficace nel ridurre il rischio di recidive. Non sono stati ancora eseguiti studi sull'incidenza di effetti collaterali a lungo termine.

Nella colite ulcerosa la budesonide sembra dare le stesse probabilità di risposta degli steroidi convenzionali.

Segnaliamo, inoltre, che il costo di un ciclo di terapia con budesonide è circa 20 volte quello con prednisolone.

In conclusione la budesonide, grazie all'efficacia simile ma ai minori effetti collaterali rispetto agli altri steroidi, può rappresentare una terapia efficace nelle riaccensioni di malattia di Crohn a localizzazione ileale e/o colon di destra e di colite ulcerosa sinistra, se somministrata per via topica.

*Prof. G.C. Sturniolo, D.ssa R. D'Incà,
Dott. A. Ferronato
Scuola di Gastroenterologia "Farini"
Università di Padova*

TERAPIA DELLA COLITE ULCEROSA IN REMISSIONE

La colite ulcerosa (CU) è una malattia infiammatoria cronica dell'intestino caratterizzata da periodi di riacutizzazione ed intervalli di remissione. La terapia di mantenimento ha lo scopo di ridurre la frequenza degli attacchi acuti e di prolungare i periodi di remissione. Per un corretto approccio al trattamento di mantenimento della CU è utile una suddivisione in base sia alla sede di malattia che all'andamento clinico, come mostrato nella Fig. 1.

Nel 1990 Riley ha pubblicato un interessante articolo, nel quale definiva come fattore più importante da valutare nel rischio di recidiva per un paziente con CU un'alta frequenza di episodi acuti, ed anche la loro presenza nel recente passato.

Possiamo quindi fare una suddivisione in base al rischio di recidiva in:

- Basso rischio (remissione superiore a 2 anni)
- Medio rischio (almeno 1 recidiva recente)
- Alto rischio (numerose e recenti recidive)

Oltre al rischio di recidiva dobbiamo anche considerare la sede della malattia. In rapporto all'estensione possiamo fare una suddivisione in:

- Colite totale/subtotale
- Colite sinistra
- Proctosigmoidite/proctite
- Pouchite

Fig. 1: Terapia in rapporto all'estensione ed al rischio di recidiva

➤ Estensione	Terapia
• Rischio di recidiva	
➤ Coliti totali	
• Basso-medio	SAP, 5-ASA orale, Escherichia coli
• Alto	SAP, 5-ASA orale, immunosoppressori (AZA, 6-MP)
➤ Coliti sinistre	
• Basso-medio	SAP, 5-ASA orale e topico.
• Alto	SAP, 5-ASA orale e topico, immunosoppressori.
➤ Proctosigmoiditi/Proctiti	5-ASA topico (clismi, supposte)
➤ Pouchiti	Probiotici

COLITI TOTALI

Nella CU a basso o medio rischio, in cui la remissione si è ottenuta agevolmente con i salicilati, i farmaci di prima scelta nella prevenzione delle recidive sono i salicilati stessi (per via orale e topica); recentemente è stata dimostrata l'efficacia dell'Escherichia Coli non patogeno.

Nei pazienti che non rispondono allo steroide o che sviluppano una steroidodipendenza, vengono utilizzati gli immunosoppressori (Azatioprina, 6-Mercaptopurina).

Nel caso di una malattia acuta severa, in cui la remissione è stata ottenuta con steroidi, nutrizione parenterale totale e ciclosporina e.v. e per os (quest'ultima per non più di 2 mesi), il mantenimento

della remissione si ottiene utilizzando gli immunosoppressori.

La Salazopirina (SAP) fu il primo farmaco utilizzato nella terapia di mantenimento della CU, è un composto formato dalla sintesi di 2 subunità, l'acido 5-aminosalicilico (5-ASA) che è la componente attiva legato ad un derivato dei sulfamidici, la sulfapiridina, che ha la sola funzione di trasportare il 5-ASA fino al colon. Il dosaggio ottimale della SAP per il trattamento della CU in remissione è di 2 g/die. A causa però dei frequenti effetti collaterali, che sono dovuti principalmente alla sulfapiridina (dose-dipendenti come nausea e vomito, cefalea, infertilità maschile reversibile e non dose-dipendenti come agranulocitosi, tossicità neurologica, fibrosi polmonare) ed oscillano

tra il 10 ed il 40%, oggi la SAP è stata di fatto sostituita dal 5-ASA, tranne che nel caso di pazienti con manifestazioni articolari (in particolare la spondilite anchilosante), per i quali la SAP rimane il farmaco di prima scelta.

Un particolare composto a base di mesalazina, che di recente è anche in commercio in Italia, è la balsalazide, che è una molecola di 5-ASA legata ad un carrier inerte ed inattivo (4ABA) che la trasporta fino al colon. La balsalazide è stata confrontata con la mesalazina e la SAP, ed ha dimostrato un'efficacia equivalente nel mantenimento della remissione, con una verosimile migliore tollerabilità. Nella Tab. 1 sono elencati i farmaci a base di 5-ASA attualmente disponibili in Italia.

Tab. 1 Composti orali a base di 5-ASA

Principio attivo	Nome commerciale	Area intestinale trattata
Mesalazina	Pentasa®	Digiuno, ileo, colon dx
Mesalazina	Lextrasa®	Ileo, colon
Mesalazina	Claversal®, Salofalk®	Ileo, colon dx
Mesalazina	Pentacol® 800 e 400 Asalex® 800 e 400	Ileo distale, colon
Mesalazina	Asacol® 400 microgranuli	Ileo distale, colon
Mesalazina	Enterasin®	Ileo terminale, colon
Mesalazina	Asacol® 800 e 400, Asamax® 800 e 400 Mesaflor®	Ileo terminale, colon
Salazopirina	Salazopyrin® EN	Colon
Olsalazina	Dipentum®	Colon
Balsalazide	Balzide®	Colon

L'azatioprina (AZA) è un profarmaco che viene rapidamente metabolizzato a 6-mercaptopurina, che è poi metabolizzata nel fegato e nell'intestino. Sono necessari circa 3 mesi perché l'effetto terapeutico si manifesti. In circa il 6% dei pazienti vengono riscontrati effetti collaterali, dai più lievi quali nausea, febbre, rash, artralgie, complicitanze infettive, fino a forme più gravi come depressione midollare con leucopenia e pancreatite. La terapia deve quindi essere iniziata con un basso dosaggio (0,5-1,5 mg/Kg/die) fino ad arrivare gradualmente (entro 2 settimane) al dosaggio pieno di 2,5 mg/Kg/die. L'efficacia di AZA e 6-MP nell'evitare la colectomia e nel diminuire o sospendere l'uso degli steroidi sono state dimostrate in vari studi retrospettivi.

Allo stato attuale, nonostante i progressi delle nostre conoscenze sulle mici, non è ancora chiara l'origine di queste malattie. Sembra che i batteri intestinali giochino un ruolo importante. Il termine "probiotico" fu utilizzato per la prima volta quasi 40 anni fa, per descrivere una sostanza o un organismo che contribuisce all'equilibrio microbico intestinale. I probiotici più comunemente usati sono ceppi di batteri dell'acido lattico (*Lactobacilli*, *Bifidobacteria*, *Streptococci*), *Escherichia coli* non patogeni, *Saccharomices boulardii*. Confrontando ceppi di E.Coli non patogeno con la mesalazina non si è

evidenziata differenza nelle percentuali di recidiva. Recentemente è stata messa a punto una preparazione probiotica, il VSL-3, caratterizzata da un'altissima concentrazione di batteri vitali e dalla presenza di molte specie batteriche diverse. Il VSL-3 è stato usato, alla dose di 6g/die, per il mantenimento della remissione in pazienti intolleranti al 5-ASA. Ad 1 anno, 12 dei 15 pazienti trattati sono rimasti in remissione, e non si sono verificati significativi effetti collaterali durante il trattamento. Questa modalità terapeutica non è ancora entrata nella pratica clinica.

COLITI SINISTRE/PROCTOSIGMOIDITI

E' stato dimostrato che il farmaco somministrato per clisma raggiunge la flessura splenica, quindi questa via di somministrazione può essere usata per il trattamento di pazienti con colite sinistra. Invece la supposta può raggiungere il sigma e rappresenta quindi il migliore approccio per pazienti con proctite o procto-sigmoidite. In pazienti con CU distale con un più alto rischio di recidiva si può utilizzare la terapia combinata (5-ASA orale + topico). Non ci sono invece dati sufficienti sull'utilizzo di uno schema di terapia intermittente.

Nelle proctiti in remissione è stato dimostrato che una terapia continua con supposte di 5-ASA (800 mg/die) riduce la percentuale di recidiva in modo significativo se confrontata con placebo.

Anche nelle coliti sinistre ad alto rischio di recidiva ed in quelle in cui la remissione è stata indotta da ciclosporina, gli immunosoppressori (Azatioprina e 6-mercaptopurina) sono efficaci nel mantenere la remissione.

POUCHITI

L'unico trattamento risultato efficace nel mantenere la remissione nella pouchite è rappresentato dai probiotici. Il VSL-3 è stato confrontato con placebo nella terapia di mantenimento della pouchite cronica. Per un periodo di 9 mesi, 20 pazienti sono stati trattati con VSL-3 6g/die e 20 con placebo. Si sono avute recidive in tutti i pazienti trattati con placebo, e solo in 3 nel gruppo trattato con probiotici.

CONCLUSIONI

Tenendo in considerazione quali sono i farmaci che si possono utilizzare, e qual è la loro utilità nella terapia di mantenimento della CU (valutando anche l'estensione ed il rischio di riaccensione della malattia), sulla base dei dati della letteratura è possibile trarre le seguenti conclusioni:

COLITI TOTALI

- La SAP, il 5-ASA, la Balsalazide e l'Escherichia Coli non patogeno per os sono efficaci nel mantenere la remissione nelle coliti a basso e medio rischio di recidiva. Il 5-ASA e la Balsalazide sono meglio tollerati ed hanno un minor numero di effetti collaterali. L'E. Coli non patogeno può essere usato in caso di intolleranza al 5-ASA.

- Gli immunosoppressori sono efficaci nel mantenere la remissione nelle coliti steroidodipendenti, in quelle in cui la remissione è indotta dalla ciclosporina ed in quelle ad alto rischio di recidiva.

COLITI SINISTRE E PROCTOSIGMOIDITI

- La SAP ed il 5-ASA orale e topico sono efficaci nel mantenere la remissione nelle coliti a basso e medio rischio di recidiva. Il 5-ASA orale associato al 5-ASA topico è più efficace del 5-ASA orale.
- La terapia intermittente con 5-ASA topico sembra efficace come il trattamento giornaliero con 5-ASA per os nel mantenere la remissione, ma sono necessari ulteriori studi su casistiche più ampie.
- Gli immunosoppressori sono efficaci nel mantenere la remissione nelle coliti distali steroidodipendenti.
- La supposta di 5-ASA è efficace nel mantenere la remissione nelle proctiti.

POUCHITI

- La terapia con probiotici è efficace nel mantenere la remissione nelle pouchiti.

*Dr.ssa Lorenza Scala - Dr. Ambrogio Orlando
Divisione Medicina Interna – Azienda Ospedaliera “V.
Cervello” Palermo*

.....
RICORDIAMO CHE E' DISPONIBILE, AL COSTO DI 7,5 €, IL LIBRO SULLA MALATTIA DI CROHN. IL TESTO, DI CENTO PAGINE, AFFRONTA IN MODO COMPLETO ED ESAUSTIVO I MOLTEPLICI ASPETTI DELLA MALATTIA. PER RICEVERLO A CASA E' SUFFICIENTE LASCIARE UN MESSAGGIO NELLA NOSTRA SEGETERIA TELEFONICA, INDICANDO NOME E INDIRIZZO: SARA' SPEDITO ENTRO POCHE ORE.
.....

GLI IMMUNOSOPPRESSORI NELLE MALATTIE INFIAMMATORIE CRONICHE DELL' INTESTINO

Gli Immunosoppressori stanno acquisendo in questi anni un ruolo sempre più importante nella terapia delle Malattie Infiammatorie Croniche dell'Intestino. Si tratta di farmaci in grado di ridurre o modulare la risposta immunologica che l'organismo umano attiva per difendersi dagli agenti esterni. Nelle Malattie Infiammatorie Croniche dell'Intestino (MICI) tale risposta immunologica é alterata, per un meccanismo causale ancora non noto.

Innanzitutto va detto che gli Immunosoppressori nelle MICI sono usati fondamentalmente nelle forme "cortisone- resistenti " o nelle forme "cortisone dipendenti". Si definiscono "cortisone resistenti" quelle forme di MC o CU che, trattate con steroidi nelle fasi d'attività secondo schemi ormai consolidati, non rispondono a tale trattamento. Va quindi detto che il

cortisone rimane il farmaco più efficace per le fasi d'attività della malattia: nella MC 40- mg al dì di metilprednisolone ottengono una remissione nel 60-70% dei casi, ma dosi di 1mg pro Kg al dì portano tale percentuale al 90%. Nella colite ulcerosa la dose convenzionale di 300-400 mg al dì d'idrocortisone per via endovenosa (o equivalenti dosi di metilprednisone) riesce ad indurre una remissione nel 65-80% degli attacchi. I pazienti che non migliorano con gli steroidi (dopo sei settimane di trattamento a dosi elevate nella MC e dopo 10 giorni circa nella CU), sono appunto definiti "cortisone-resistenti".

Il paziente "cortisone- dipendente" invece sta meglio con il trattamento steroideo a dosi elevate, ma poi non riesce a smettere tale farmaco, perché alla riduzione delle dosi ricomincia a stare male. Anche qui per

convenzione si definisce cortisone –dipendente, il paziente con MICI che non riesce ad interrompere gli steroidi entro sei mesi dall'inizio della terapia; nella CU la definizione é analoga, ma di norma il 5ASA, a dosi opportune, deve essere ingerito durante la riduzione delle dosi di steroidi.

Nella MC i pazienti che abbiamo descritto sopra sono trattati ormai da molti anni con Azatioprina, farmaco che in questa categoria di pazienti ha dato risultati eccellenti. L'azatioprina é un farmaco utilizzato nel trapianto di rene da moltissimi anni. Riduce il numero dei Globuli Bianchi e quindi, almeno sul piano teorico, espone il paziente alle infezioni opportunistiche (infezioni virali, bronchiti, broncopolmoniti, Herpes ecc.). Di fatto, il controllo attento ogni 10-15 giorni della conta dei Globuli Bianchi consente di evitare che il loro numero scenda a valori troppo bassi (4000-5000). Tale farmaco si usa alle dosi di 1.5, 2 mg / kg / die; ha una latenza d'azione (il periodo dopo il quale il farmaco comincia a funzionare) piuttosto lunga, di almeno 8-12 settimane. E' quindi farmaco di scelta per i pazienti "cortisone-dipendenti" mentre non é utile a breve termine per i "cortisone- resistenti". Gli effetti collaterali sono sintomi allergici nel 5% dei casi (cefalea, febbre, diarrea ecc.); o in percentuali minori la pancreatite e la soppressione midollare. E' comunque un farmaco ottimamente tollerato. Anche l'effetto teratogeno (cioè l'effetto che il farmaco può avere su malformazioni nel nascituro) é modesto, quindi non é necessariamente indicata l'interruzione del farmaco durante gravidanza.

Recentemente l'azatioprina ha fornito ottimi risultati anche nella CU " cortisone-dipendente"

In alcuni Centri all'Azatioprina, è preferita la 6 Mercaptopurina, che non é altro che il metabolita attivo dell'Azatioprina; in genere le dosi utilizzate sono più basse (1, 1.5 mg/kg/ die).

Recentemente, in particolare negli Stati Uniti, e' stato utilizzato con successo il Metotressato, farmaco anche questo piuttosto datato, ma utilizzato negli ultimi anni in modo assai lusinghiero nell'artrite reumatoide. Il

Metotressato é impiegato alla dose da 10 a 25 mg 1 volta alla settimana.; poiché l'assorbimento per os é assai variabile, spesso e' utilizzato per via intramuscolare. Il farmaco ha dato ottimi risultati nella MC cortisone- dipendente, tanto che alcuni ricercatori ne consigliano l'uso in sostituzione dell'Azatioprina. Bisogna però ricordare che tale farmaco induce con una certa frequenza danno epatico e che, a differenza dell'Azatioprina ha un effetto teratogeno molto importante per cui, durante il trattamento, va sempre attuata una contraccezione. La maggior parte dei centri specializzati usa questo farmaco solo nei pazienti intolleranti o allergici all'Azatioprina. Il metotressato non é invece risultato utile, almeno negli studi fin qui condotti, nella MC.

Un altro farmaco di cui si é acquisita ormai buona esperienza é la Ciclosporina, che, rispetto ai prodotti detti sopra, ha il vantaggio di avere una latenza d'azione assai breve, cioè di pochi giorni. E' quindi il farmaco più utile nella CU "cortisone-resistente". Di fatto, se il paziente con CU attiva, non risponde in pochi giorni alla terapia steroidea classica, si suggerisce l'uso della Ciclosporina per via venosa (per bocca ha un assorbimento estremamente variabile) alla dose di 4 mg/ kg/ die. Se poi il paziente risponde a tale trattamento, allora il farmaco può essere somministrato per bocca ed associato, nelle prime settimane, all'Azatioprina, per poi essere sospeso. La Ciclosporina non ha dato risultati altrettanto brillanti nella MC

Visto il successo delle terapie immunosoppressive nelle MICI si stanno sperimentando moltissimi nuovi farmaci: Micofenolato, Tacrolimo, Talidomide, gli inibitori dell'ICAM1, interleukina 10, anti interleukina 12, anticorpi antiCD4 ecc..

Non é facile al momento attuale prevedere quali e quanti di questi farmaci troveranno un loro utilizzo routinario nella pratica clinica, ma certo la spinta di ricerca é tale che sicuramente il paziente con MICI deve guardare con fiducia ad un futuro che é ormai prossimo, ricco di maggiori armi terapeutiche.

Dr. Corrado Brignola Medicina Interna Ospedale Recanati (MC)

VARIAZIONI DELLA FECONDITA' FEMMINILE DOPO INTERVENTO CHIRURGICO PER COLITE ULCEROSA

Introduzione / scopi. Le donne affette da colite ulcerosa (CU) hanno generalmente una fertilità normale. Scopo di questo studio è stato quello di confrontare la fecondità di queste pazienti prima e dopo l'esecuzione di una proctocolectomia con anastomosi ileoanale, mediante pouch con quella della popolazione generale

Metodi. E' stata condotta una revisione storica su un gruppo di 343 pazienti consecutive la cui età, al momento dell'intervento, era compresa fra 10,6 e 40,5 anni, e su una popolazione di controllo costituita da 1200 donne d'età compresa fra 25 e 40 anni. Complessivamente hanno aderito 290 pazienti (85% del totale), e 661 (55% del totale) soggetti di controllo interpellati mediante intervista telefonica incentrata sull'anamnesi riproduttiva e sui tempi d'attesa prima della gravidanza.

Risultati. L'intervento chirurgico diminuiva significativamente il rapporto fra la fecondità delle pazienti e quella della popolazione di riferimento, che si riduceva a 0,20 ($p < 0,0001$). Prima della diagnosi e da questa fino alla colectomia, la fecondità delle pazienti era simile a quella della popolazione di controllo.

Conclusioni. La fecondità delle donne affette da CU è normale prima dell'intervento chirurgico, ma si riduce in maniera assai marcata dopo di questo. Pertanto, prima di un eventuale intervento è opportuno informare la donna dell'esistenza di questo rischio e, se essa non riesce a rimanere incinta dopo l'intervento, è consigliabile una sollecita consulenza ginecologica.

Olsen KR, Juul S, Berndtsson I, Oresland T, Laurberg S.

IL TRAPIANTO DELL'INTESTINO: NUOVE SPERANZE PER I MALATI DI CROHN

Quando Laurie Wagner fece i suoi ringraziamenti, si mostrò particolarmente grata per aver riacquisito la capacità di fare una cosa che la maggior parte delle persone da' per scontata: mangiare. Durante i sei anni precedenti Laurie si era dovuta limitare o all'alimentazione via tubo o alla nutrizione parenterale (TPN, Total Parenteral Nutrition), ovvero l'immissione dei nutrienti via tubo nel circolo ematico. Da quando a Laurie fu diagnosticata la malattia di Crohn, 13 anni fa, la malattia aveva preso un corso particolarmente virulento. Ella dovette subire ripetuti interventi chirurgici e, in conclusione, le furono asportati la maggior parte dello stomaco e del piccolo intestino (tenue).

Tre anni fa, divenne totalmente dipendente dalla TPN per il sostentamento, una situazione che può condurre a pericolose complicazioni come infezioni e danni al fegato. La rinascita di Laurie è avvenuta grazie a un trapianto di organi effettuato al Thomas E. Starzl Transplantation Institute dell'Università di Pittsburgh.

Tre tipi di trapianto intestinale sono possibili: piccolo intestino da solo; piccolo intestino in combinazione con il fegato; e trapianto multiviscerale, che in genere include piccolo intestino, fegato, stomaco e pancreas. Il trapianto multiviscerale di Laurie è stato di particolare complessità, ma con magnifici risultati. Ora sta bene, può mangiare e bere con straordinariamente poche restrizioni, ed è ottimista riguardo al futuro.

Le statistiche sui trapianti intestinali sono incoraggianti e continuano a migliorare. Dal maggio 1990 a tutto marzo 1999, 127 trapianti intestinali sono stati effettuati all'UPMC su pazienti con danno irreversibile all'intestino. Questo numero rappresenta il 43% dei trapianti intestinali eseguiti in tutto il mondo e quello più praticato in un singolo centro. Complessivamente, si registra negli adulti una sopravvivenza ad un anno del 72% e a cinque anni del 48%. La percentuale di sopravvivenza a un anno è passata recentemente al 92 %, grazie al miglioramento di alcune medicazioni e delle strategie di selezione dei pazienti.

Promesse future per i malati di Crohn

Il Dr. Abu-Elmagd crede che il trapianto d'intestino costituisca una grande promessa per i malati di malattia di Crohn in particolare. Quando una grave miici è limitata al colon, come nella colite ulcerosa, il colon può essere rimosso, se la terapia medica o quella chirurgica non sono più efficaci. Il paziente può poi avere una vita quasi normale, libero dalla malattia. Invece, la malattia di Crohn può manifestarsi in tutto l'apparato digerente e può recidivare, malgrado cure aggressive e interventi chirurgici. Il danno intestinale che può svilupparsi in caso di malattia grave può essere complicato da eventuali danni al fegato in alcuni pazienti.

Dei più di 127 trapianti eseguiti alla UPMC, 13 sono stati correlati a malattia di Crohn, con un 50% di percentuale di sopravvivenza. E' importante notare che in questi casi i pazienti sarebbero andati incontro a morte sicura senza un trapianto. Il Dr. Abu-Elmagd dice che i malati di MC che sono destinati alla chirurgia prima, sono maggiormente destinati a vivere più a lungo e ad avere migliori risultati. "I trapianti di intestino diventeranno probabilmente lo standard di cura per i pazienti che hanno una malattia intrattabile, con complicazioni multiple non correggibili chirurgicamente e che non tollerano la TPN a causa di infezioni e disturbi della funzione epatica", egli dice.

Il miracolo di Laurie

Laurie ha un messaggio per i malati di malattia di Crohn: "Se raggiungete un punto in cui non vi è rimasto neanche un po' di intestino tenue funzionante, non c'è ragione di considerare la TPN la vostra unica scelta a lungo termine", dice. "Non dovete vivere in quel modo all'infinito e rischiare di perdere il vostro fegato. Ora mi sento bene. Ho riavuto la mia vita."

*Tratto da Crohn's and Colitis Foundation of America - 28 Gennaio 2000 - Weekly features.
Articolo ripreso da "Horizons," newsletter del CCFA's Western Pennsylvania Chapter.*

**VISITA IL SITO WEB DI A.M.I.C.I. LIGURIA:
www.amicitalia.org
LA PROSSIMA INIZIATIVA!**

Sabato 9 NOVEMBRE 2002 ore 10.00
presso la Sala CELIVO dello STARHOTEL
Via Corte Lambruschini 4, Genova
(presso la Stazione FS di Brignole)

"Gli aspetti nutrizionali nelle m.i.c.i."

Introduce:

Prof. Samyr Sukkar

Direttore Unità Operativa semplice di Dietetica e Nutrizione Clinica
A.O. Osp. S. Martino

"I sistemi di remunerazione delle prestazioni ospedaliere – ricadute sui malati di m.i.c.i."

Introduce:

Dr. Francesco Copello

Direttore del Controllo di Gestione dell'A.O. Ospedale S. Martino (GE)

Presiede l'incontro:

Dr. Massimo Giordano

Responsabile del Servizio Autonomo di Proctologia Chirurgica
dell'A.O. Ospedale S. Martino (GE)

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, sulla Dieta, sulla MC e CU, sulla Terapia.

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 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 16123 GENOVA
www.amiciitalia.org

amici.liguria@libero.it