

AMICI LIGURIA

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

Gennaio 2002

Anno 4 - Numero 1

IN QUESTO NUMERO:

- Una lettera del nostro Vicepresidente nazionale
- I medicinali generici ed i malati di m.i.c.i.
- Ruolo degli elementi in traccia nelle m.i.c.i.
- La Circolare n. 13/2001 del Ministero della Salute
- Breath Test all'idrogeno: indicazioni e limiti
- La nostra prossima iniziativa e l'assemblea annuale dei soci

Pubblichiamo una lettera che Giuseppe Avellino, Vicepresidente Nazionale, ha scritto ad alcuni giornali con riferimento all'uso del termine "morbo". La pubblichiamo perché ne condividiamo lo spirito ed affinché anche i nostri soci, se vogliono, ci aiutino a modificare quest'abitudine lessicale.

Spett.le Redazione,

La **Federazione Nazionale A.M.I.C.I.**, è noto, cura gli interessi clinici e sociali dei pazienti di malattie infiammatorie croniche intestinali in Italia (**Malattia di Crohn e Colite Ulcerosa**). Il nostro obiettivo di fondo, perseguito attraverso numerose iniziative e formule diverse, è quello di aiutare i pazienti a "**convivere con la Malattia di Crohn e la Colite Ulcerosa**".

Fra le tante complicità legate alle malattie croniche, l'aspetto psicologico riveste un'importanza rilevante. I disagi causati in permanenza da certe patologie, rendono di per se stessa difficile la vita ai pazienti, senza che se ne creino involontariamente altri, peraltro facilmente superabili. Ci riferiamo all'etichetta di "**morbo**" che comunemente viene affibbiata alla "**Malattia di Crohn**".

Non contestiamo il termine "**morbo**", poiché scientificamente è corretto, ma il significato che generalmente gli viene attribuito. Nell'accezione più diffusa vi è la convinzione che "**morbo**" sia sinonimo d'infezione e, talvolta, perfino di contagio. Secoli di letteratura, specialmente laddove venivano descritte storie di peste e di colera, hanno contribuito a radicare questa convinzione che, tuttavia, è possibile modificare.

Non si tratta di un capriccio, ma di una vera necessità, di un atto di giustizia e di rispetto verso tutti coloro e non solo i pazienti di Crohn, che soffrono di quelle malattie che comunemente sono precedute dalla definizione "**morbo**".

Nei contatti con alcuni colleghi delle **Associazioni del Parkinson** e **Alzheimer**, ad esempio, abbiamo trovato solidarietà a quest'iniziativa che si è concretizzata in un movimento comune.

Non intendiamo organizzare una crociata, ma più semplicemente intervenire ogni qualvolta se ne presenta l'occasione: comunicati, contatti con i media, documenti, incontri con i pazienti, Congressi di medicina, ecc., il tutto con la massima serenità e disponibilità al dialogo.

Molti clinici, così come il Ministero della Sanità, hanno aderito da tempo a quest'iniziativa, salvo poi, in taluni casi, ricadere nell'abitudine. E' normale. Per rimuovere certe abitudini consolidate da anni, è noto, ci vuole tempo, e a noi il tempo non manca, soprattutto se i giornali specializzati, come il vostro, ci danno una mano.

"**Malattia di Crohn**", dunque e dimentichiamo il "**morbo**".

Giuseppe Avellino

Vicepresidente della **Federazione Nazionale A.M.I.C.I.** e Responsabile della Comunicazione

I MEDICINALI GENERICI E I MALATI DI M.I.C.I.

Dal 1° dicembre 2001 tutti i farmaci che contengono il principio attivo il cui brevetto è scaduto, (per noi è la **MESALAZINA**), possono essere commercializzati da altre Aziende Farmaceutiche ad un costo inferiore rispetto alle specialità attualmente in commercio, aventi lo stesso principio attivo.

La legge, infatti, per tutelare gli investimenti fatti in ricerche dalle Aziende produttrici, prevede che per un certo numero di anni ogni nuovo farmaco sia coperto da brevetto, che garantisca la vendita ad un prezzo idoneo al recupero delle spese sostenute.

Per legge (Decreto Legge 18 sett.2001, n.347, art.7), il farmaco generico a base di mesalazina dovrà avere composizione in principio attivo, forma farmaceutica, via di somministrazione, **modalità di rilascio, numero di unità posologiche e dosi unitarie** UGUALI alle specialità **orali** a base di mesalazina attualmente in commercio.

Studi rigorosi devono dimostrare che il generico ha gli stessi effetti sull'organismo di quelli dimostrati dalle varie specialità attualmente in commercio. Quest'impegnativo compito deve essere svolto dal Ministero della Salute.

Attualmente i preparati di 5 ASA, venduti con vari nomi commerciali - Asacol capsule, Asamax, Enterasin, Lextrasa, Xalazin - per citare i più conosciuti, hanno lo stesso prezzo del generico (ad es.: Mesalazina RK) poiché le case farmaceutiche hanno allineato il loro prezzo a quello imposto dalla legge. Pertanto per i malati di m.i.c.i. **NON CAMBIA NULLA**: possono continuare ad assumere lo stesso prodotto fin qui usato.

I preparati che hanno dosaggio diverso da 400 o 800 mg (Pentasa, Claversal, Mesaflor, Salofalk), o le cui

confezioni hanno quantità diverse da 24 o 50 unità (Pentacol, Asalex), **NON CORRISPONDENDO ALLE DEFINIZIONI DEL GENERICO E, PERTANTO, NON POSSONO ESSERE SOSTITUITI DAL FARMACISTA**. Anche in questo caso non si dovrà pagare nulla.

La specialità da 400 e 800 mg compresse di Asacol non rientra nella legge del generico, in quanto coperta da un brevetto di rivestimento che consente il rilascio selettivo di mesalazina a livello del colon.

Anche in questo caso il malato **NON DOVRA' PAGARE NULLA**, e la prescrizione non potrà essere sostituita dal farmacista.

Dobbiamo porre l'accento l'importanza della tipologia del rivestimento della compressa, nel determinare in quale tratto dell'intestino il principio attivo verrà rilasciato, permettendone un uso mirato in rapporto alla localizzazione dell'infiammazione.

L'AIGO (Associazione Italiana Gastroenterologi Ospedalieri) ci farà avere una tabella che indichi le principali formulazioni orali di 5 ASA, il loro meccanismo di liberazione ed il loro sito di rilascio.

La migliore garanzia di tutela dei diritti dei malati affetti da MICI sarà allora data da una corretta informazione circa la terapia in corso e da una stretta collaborazione tra lo specialista gastroenterologo ed il medico di medicina generale, per una condivisione delle scelte terapeutiche.

Una corretta informazione al paziente, quindi, potrà evitare eventuali errori di valutazione, visto il non semplice giudizio di sovrapposibilità delle varie formulazioni.

Queste e altre informazioni puoi raccoglierte dal sito Internet del Ministero della Salute:

www.sanita.it/farmaci/generici/liste.html

a cura della Federazione Nazionale A.M.I.C.I. Italia

AVVISO AI SOCI

La redazione si scusa con tutti i soci poiché nel precedente numero del giornale, allegando il bollettino di CCP per il rinnovo dell'iscrizione per il 2002, abbiamo ommesso di chiarire che era utile che il versamento, di L. 30.000, andasse effettuato entro il 31 dicembre, data dopo la quale il bollettino in lire allegato non era più utilizzabile. Alcuni soci hanno versato L. 30.980, equivalenti ai 16 Euro di quota, altri 30mila, altri ancora 31mila. Molti altri soci non si sono recati in Posta per la difficoltà di trovare i nuovi bollettini in Euro e per le costanti code agli uffici postali. Pertanto, per chi non avesse ancora pagato, informiamo che nel prossimo numero del giornale allegheremo i nuovi bollettini prestampati in Euro, agevolando così il pagamento. Grazie!

RUOLO DEGLI ELEMENTI IN TRACCIA NELLE MALATTIE INFIAMMATORIE CRONICHE INTESTINALI

Gli elementi in traccia sono altrimenti definiti essenziali poiché, pur in piccolissima quantità, sono comunque necessari al nostro organismo. In condizioni fisiologiche, la dieta è in grado di fornire un apporto adeguato di tutti questi elementi. In particolare, ricchi in **Zinco** e **Ferro** sono la carne ed il pesce, in **Selenio** il germe di grano, le noci, l'orzo e le farine integrali.

Il metabolismo degli elementi in traccia è alterato nelle malattie infiammatorie croniche intestinali (m.i.c.i.). I pazienti con m.i.c.i. possono infatti sviluppare deficit di Zinco, Ferro o Selenio per vari motivi, come il ridotto apporto, lo scarso assorbimento e l'aumentata perdita di tali elementi con la diarrea.

Le manifestazioni cliniche di questa carenza si possono osservare soprattutto nelle condizioni in cui vi sia un'aumentata richiesta di Zinco, come in caso di riaccensione di fistole, o di chirurgia.

I **radicali liberi** rivestono un ruolo importante nel determinare il danno a carico della mucosa intestinale nelle m.i.c.i.: lo Zinco ed il **Rame** possono migliorare le capacità della mucosa di contrastare gli effetti dannosi dei radicali liberi. Il Ferro in particolare promuove la formazione dei metaboliti dell'ossigeno, attraverso la sintesi di radicale idrossilico: una ridotta disponibilità di Zinco e di enzimi Zinco dipendenti, unitamente all'aumento della concentrazione di Ferro, possono contribuire a perpetuare l'infiammazione aggravando le ridotte capacità riparative della mucosa.

Alcuni nostri studi hanno permesso di dimostrare una ridotta concentrazione di Zinco ed aumentati livelli di Ferro nella mucosa colica infiammata di pazienti con Colite Ulcerosa: nelle stesse aree, la Metalloproteinasi, enzima dipendente dallo Zinco, era significativamente ridotta rispetto alle aree non colpite da infiammazione.

Questi risultati dimostrano come il deficit di Zinco e l'eccesso di Ferro possano interessare solo i tratti di mucosa infiammata del colon.

In un modello sperimentale di colite indotta da DNBS, abbiamo osservato un più favorevole decorso di malattia nei ratti sottoposti a trattamento con Zinco rispetto al gruppo di animali non trattati: nel nostro studio, la supplementazione orale di Zinco non ha modificato la severità della flogosi acuta, ma ha aumentato la disponibilità di agenti antiossidanti nella mucosa.

Nei pazienti con m.i.c.i. si sono inoltre riscontrati ridotti livelli sierici di Selenio. In un nostro studio, abbiamo determinato i livelli sierici di Selenio in soggetti con Colite Ulcerosa: i pazienti con moderata attività di malattia hanno inferiori livelli di Selenio rispetto ai soggetti sani. Questo potrebbe indicare un ruolo importante di tale elemento nell'inibire la cancerogenesi.

Gli elementi in traccia influenzano anche la permeabilità intestinale, che risulta essere frequentemente aumentata in soggetto con Malattia di Crohn, soprattutto prima delle riaccensioni di malattia. Pazienti con Malattia di Crohn in remissione, ma con aumentata permeabilità intestinale, hanno un elevato rischio di andare incontro a nuova riaccensione di malattia entro un anno. In uno studio pilota, abbiamo somministrato Zinco ad un gruppo di pazienti in remissione clinica di malattia, ma con alterato test di permeabilità agli zuccheri: la permeabilità intestinale diminuiva significativamente dopo la supplementazione. Lo Zinco alle dosi somministrato, non ha dimostrato effetti collaterali.

Lo Zinco dunque, se questi dati preliminari saranno confermati da ulteriori studi, potrebbe rappresentare una valida e sicura possibilità terapeutica, capace di migliorare la permeabilità e di contribuire alla prevenzione delle riaccensioni di malattia.

D'Incà R, Medici V, Benazzato, Sturniolo GC

Dipartimento di Scienze Chirurgiche e Gastroenterologiche Università di Padova

Nel sito del Ministero della Salute (per chi volesse approfondire, all'indirizzo: http://www.sanita.it/esenzioni/documentazione/doc/Circolare_indicazioni.doc) è stata pubblicata la Circolare n. 13, recante "Indicazioni per l'applicazione dei Regolamenti relativi all'esenzione per malattie croniche e rare".

Si tratta di un testo di quindici pagine, firmato dal Ministro Sirchia, inviato alle Regioni ed alle associazioni mediche interessate, di grande importanza, perché disciplina e chiarisce molti aspetti, rimasti finora insoluti, circa l'interpretazione da dare al decreto ministeriale 28 maggio 1999, n. 329 "Regolamento recante norme di individuazione delle malattie croniche e invalidanti ai sensi dell'articolo 5, comma 1, lettera a) del decreto legislativo 29 aprile 1998, n. 124", come modificato dal decreto ministeriale 21 maggio 2001 n.296 "Regolamento di aggiornamento del decreto ministeriale 28 maggio 1999, n. 329,". Tale decreto individua le condizioni di malattia croniche e invalidanti che danno diritto all'esenzione dalla partecipazione al costo per le prestazioni di assistenza sanitaria correlate.

Ne pubblichiamo un breve stralcio, significativo per le responsabilità che mette a capo degli enti sanitari. Abbiamo sottolineato le ultime due righe del punto 4.1, che contiene raccomandazioni importanti, se messe in relazione ai comportamenti pratici attuati agli sportelli ASL, e di cui alcuni nostri soci ci hanno reso partecipi con le loro lettere al giornale o con telefonate all'associazione.

"Allo scopo di garantire un'omogenea applicazione della disciplina delle esenzioni per malattia sul territorio nazionale ed assicurare la più ampia tutela degli assistiti si forniscono le seguenti indicazioni.

4. Gli indirizzi applicativi

L'applicazione della nuova disciplina in materia di esenzioni per particolari malattie e condizioni richiede un rilevante impegno programmatico ed organizzativo da parte delle regioni e province autonome e delle aziende sanitarie locali.

Il rispetto dei diritti riconosciuti ai cittadini esige, inoltre, un'attenta attività di informazione rivolta alla popolazione e ai soggetti a vario titolo coinvolti nell'applicazione della normativa.

In tale contesto, dovranno essere curati, in particolare, i seguenti aspetti:

- l'informazione di contenuto tecnico diretta a tutti gli operatori del sistema (certificatori, prescrittori, erogatori) con l'obiettivo di rendere omogenei i comportamenti nella applicazione dei decreti;
- il coinvolgimento dei medici di medicina generale (MMG) e dei pediatri di libera scelta (PLS), che sono chiamati a svolgere un importante ruolo in tutto il processo di attuazione della nuova disciplina;
- la definizione delle modalità di accesso dei cittadini;
- l'informazione di contenuto generale indirizzata ai cittadini;
- la rilevazione dei dati relativi agli esenti per patologia.

4.1 Riconoscimento del diritto all'esenzione

Il diritto all'esenzione è riconosciuto dall'azienda sanitaria locale di residenza dell'assistito sulla base della certificazione della malattia.

Le procedure di riconoscimento devono essere definite in modo da evitare ogni possibile disagio al cittadino e prevenire la moltiplicazione degli accessi alle strutture sanitarie. ..."

BREATH TEST all'idrogeno (H^2): indicazioni, tecnica e limiti

Il malassorbimento selettivo dei carboidrati è una patologia non infrequente che tuttavia viene spesso misconosciuta o sottovalutata anche dallo specialista. Fa eccezione solo l'intolleranza primitiva al lattosio, che è diagnosticata nella totalità dei casi in quanto il neonato ha come unica fonte alimentare il latte.

Con l'introduzione nella pratica ospedaliera del Breath test all'idrogeno, un esame semplice e non invasivo, la diagnosi d'intolleranza a determinati carboidrati è molto più agevole e rapida, non necessitando più di delicati dosaggi enzimatici o di complesse diete d'eliminazione. Nonostante che l'utilità di quest'esame sia stata riconosciuta oltre venti anni fa, il Breath test è raramente inserito tra le indagini di prima scelta in pazienti che presentano dolori addominali ricorrenti, meteorismo e diarrea. Forse ancor meno conosciute sono le altre indicazioni di questo test, quali lo studio della capacità d'assorbimento ileale, del tempo di transito oro-cecale o la conferma di una sospetta colonizzazione batterica del piccolo intestino. Infatti, una delle principali attività della flora batterica anaerobica del colon è quella di fermentare i carboidrati che giungono in tale sede producendo energia, acqua e vari gas, tra cui idrogeno (H^2), anidride carbonica e metano. Normalmente i carboidrati semplici ingeriti sono completamente assorbiti a livello digiuno-ileale per cui non giungono nel colon. Se invece, per qualsiasi motivo, sfuggono all'assorbimento ileale, arrivano inalterati nel colon dove sono fermentati dalla flora batterica con produzione dei suddetti gas: questi vengono per la maggior parte eliminati per via rettale ma per il 14-21% vengono assorbiti nel circolo ematico ed eliminati nell'aria degli alveoli polmonari. Su questo principio si basa il Breath test all'idrogeno.

TECNICA E PARAMETRI VALUTATI

L'esecuzione dell'esame è semplice e consiste nel far soffiare energicamente il paziente, ad intervalli prestabiliti, in un boccaglio collegato ad un raccordo a "T": questo è dotato di una valvola che elimina la prima aria espirata (spazio morto respiratorio) e convoglia l'aria alveolare in uno speciale sacchetto; successivamente da tale sacchetto si estraggono, con una comune siringa, 20 ml d'aria alveolare da immettere in un gascromatografo (uno strumento che analizza i gas presenti in un determinato campione d'aria) per quantificare la concentrazione idrogenionica.

INDICAZIONI

La principale indicazione dell' H^2 -Breath test è rappresentata da una sintomatologia caratterizzata da flatulenza, distensione addominale, borborigmi, dolori addominali e/o diarrea. Molto spesso questi sintomi, in assenza di una vera patologia organica, vengono attribuiti ad una patologia funzionale tipo la "sindrome dell'intestino irritabile". Il Breath test ci consente di differenziare i pazienti cosiddetti "funzionali" da quelli che presentano un'intolleranza a determinati zuccheri, indicandoci il trattamento più idoneo.

Le condizioni che possiamo riscontrare più frequentemente sono:

1) INTOLLERANZA AL LATTOSIO

Normalmente alcuni enzimi presenti sull'orletto a spazzola degli enterociti (Lattasi intestinali), scindono il disaccaride Lattosio, presente nel latte e nei latticini freschi, in Glucosio e Galattosio, monosaccaridi che vengono assorbiti direttamente. In caso di carenza di Lattasi il lattosio giunge immutato nel colon dove viene fermentato dalla flora batterica con produzione di vari gas, tra cui l'idrogeno, in grado di procurare i sintomi descritti.

La carenza di Lattasi può essere primitiva (ed in tal caso si manifesta già in età neonatale) o secondaria a varie patologie croniche intestinali, come il morbo celiaco, il morbo di Crohn, i linfomi e le enteriti attiniche. Una carenza è stata riscontrata nel 46% dei soggetti di oltre 50 anni d'età e nel 26% al di sotto dei 50 anni. In un recente studio francese è stata diagnosticata intolleranza al lattosio mediante Breath-test nel 76% dei bambini che lamentavano dolori addominali quotidiani da almeno sei mesi. Con l'H² Breath-test noi misuriamo le concentrazioni d'idrogeno nell'aria alveolare di soggetti che hanno ingerito una dose prefissata di Lattosio. Dopo carico orale quindi nei soggetti normali i prelievi d'aria alveolare mostreranno concentrazioni d'idrogeno che non si discostano molto da quella basale mentre in caso di deficit di Lattasi si osserverà un incremento della concentrazione dell'H² nell'aria espirata. I prelievi d'aria vengono eseguiti ogni mezz'ora per almeno quattro ore, ma si può interrompere l'esame prima se si registrano almeno due valori consecutivi sensibilmente alterati.

Una precisa diagnosi permette un altrettanto preciso trattamento: sono disponibili in commercio più prodotti a base di Lattasi, i quali pare differiscano tra loro per la diversa efficacia nel ridurre la produzione d'idrogeno ed i sintomi; la terapia va quindi adattata al singolo paziente. Esistono inoltre preparazioni di latte fresco a basso contenuto di Lattosio, che potrebbero essere utili in soggetti con carenza solo parziale di Lattasi.

2) MALASSORBIMENTO DEL FRUTTOSIO

Il Fruttosio è utilizzato come dolcificante di numerose bevande, anche molto note, per cui bisogna sospettare un malassorbimento di tale monosaccaride se i sintomi compaiono dopo 30-120 minuti dalla loro assunzione. La terapia consiste nell'eliminare dalla dieta tutti i cibi e le bevande contenenti fruttosio.

3) INTOLLERANZE PIU' RARE.

Tra le intolleranze meno frequenti citiamo il malassorbimento del Sorbitolo, un dolcificante utilizzato soprattutto nelle chewing-gums, l'intolleranza al Glucosio, che nella sua forma acquisita è in genere secondaria a gastrectomia, e l'intolleranza al Saccarosio, dovuta a carenza dell'enzima Saccarasi-Isomaltasi.

L'H² Breath test inoltre trova indicazione in patologie non secondarie a malassorbimento di carboidrati, ed in particolare:

1) SOVRACRESCITA BATTERICA NEL TENUE Normalmente il piccolo intestino possiede una flora batterica molto scarsa, quindi non in grado di fermentare alcuno zucchero. In certe condizioni però (ansa cieca dopo chirurgia intestinale, diverticoli digiunali, ristagno al di sopra di stenosi flogistiche, cicatriziali o neoplastiche) si ha un incremento della flora batterica in alcuni tratti del tenue tale da

fermentare i carboidrati della dieta a tali livelli, provocando meteorismo e diarrea. La sovracrescita batterica nel piccolo intestino si manifesta anche in una condizione non propriamente patologica, rappresentata dall'assunzione cronica di potenti antisecretivi gastrici, come l'Omeprazolo: in questo caso la contaminazione batterica non si associa né a malassorbimento di grassi né a quello di carboidrati. Due sono i breath test all'H² che noi usiamo per diagnosticare tale patologia: (1) il **test al Glucosio**: è uno zucchero semplice. Si somministrano 50 grammi di glucosio in 250 ml d'acqua e si eseguono prelievi d'aria ogni 10 minuti per 2 ore. (2) **Test al Lattulosio** è un disaccaride sintetico non assorbibile, per cui giunge nel colon dove viene fermentato dalla flora batterica saccarolitica con produzione di vari gas tra cui l'idrogeno. Normalmente quindi, dopo somministrazione di tale zucchero, il Breath test registra un picco d'idrogeno nel momento in cui esso giunge nel colon. In caso di sovracrescita batterica nel tenue invece si evidenzia un picco dell'H² precedente quello fisiologico del ceco-colon e quindi riferibile al piccolo intestino.

2) ALTERATO TEMPO DI TRANSITO ORO-CECALE Il tempo di transito oro-cecale (Oro-Caecal Transit Time, OCTT) può essere studiato con radiografie seriate dopo l'ingestione di un mezzo di contrasto baritato o con un'indagine scintigrafica dopo ingestione di alimenti marcati con sostanze radioattive. Il Breath test con Lattulosio o Lattilolo presenta, rispetto alle suddette indagini, il vantaggio di non esporre il paziente a radiazioni, per cui è consigliabile ricorrere ad esse solo in seconda battuta, quando il test del respiro non dia risultati soddisfacenti.

3) MALASSORBIMENTI NON SELETTIVI Anche in caso di sospetto malassorbimento non selettivo l'H² Breath test può aiutarci a porre diagnosi in modo non invasivo. Sono state sperimentate numerose sostanze da utilizzare in queste condizioni tra cui il **D-XILOSI**: è un pentoso che viene assorbito nel tenue indipendentemente dalla presenza degli enzimi pancreatici e dei sali biliari, per cui i suoi tassi ematici e urinari dopo carico orale vengono abitualmente utilizzati per valutare l'integrità funzionale della mucosa digiuno-ileale.

Indicazione all'esecuzione del breath test nelle Malattie Infiammatorie Croniche Intestinali

Il breath test può rappresentare un utile completamento diagnostico nella valutazione della diarrea cronica e nelle sindromi da malassorbimento in corso di malattia infiammatoria cronica intestinale.

Soprattutto nei pazienti con morbo di Crohn sottoposti a resezioni intestinali, in cui l'alterata canalizzazione può determinare una stasi del contenuto intestinale, si possono verificare delle

sovracrescite batteriche in alcune anse del piccolo intestino, che possono esacerbare un quadro di diarrea cronica, meteorismo e dolore addominale. In questi casi l'esecuzione di un breath test al glucosio od al lattulosio potrebbe permetterci di porre diagnosi differenziale tra una riattivazione della malattia di base ed una contaminazione batterica dell'intestino tenue, meritevole di un approccio specifico. Il breath test all'idrogeno è inoltre utile nella valutazione di una sindrome da malassorbimento in un morbo di Crohn del piccolo intestino, in fase attiva, andando a valutare la permeabilità della mucosa intestinale, o nel pz plurioperato con sindrome dell'intestino corto. Un'altra indicazione è rappresentata dalla valutazione di un accelerato transito intestinale mediante un test al lattulosio

LIMITAZIONI E PRECAUZIONI

a) Carenza di flora batterica colica: il maggior limite del Breath test all'idrogeno è rappresentato dal fatto che esiste una percentuale di soggetti sani (14-27%) definiti "H² non-producers" poiché la loro flora batterica colica non è in grado di produrre sufficienti quantità di idrogeno da poter essere misurate nell'aria alveolare. Quindi negli H² non-producers che sono intolleranti alla sostanza in esame il test risulterà "falsamente" negativo. In tali pazienti è utile valutare la concentrazione del metano (CH⁴) nell'aria espirata. Una carenza secondaria di flora colica può essere determinata dai clismi ripetuti e dagli antibiotici orali, i quali dovrebbero essere evitati nelle 3-4 settimane precedenti l'esame (fa eccezione la neomicina, che invece sembra favorire la crescita della flora saccarolitica). Anche i lassativi ed i salicilati (FANS e 5-ASA) possono alterare la flora batterica intestinale.

b) Sindromi diarroidiche in atto: riducono la produzione di idrogeno nel colon con meccanismo non chiaro.

c) Fermentazione orale dei carboidrati somministrati per il test: è stato dimostrato che la flora batterica anaerobica della cavità orale può fermentare lo zucchero somministrato producendo un picco precoce che disturba l'interpretazione del test. Perciò, prima e dopo la somministrazione dello zucchero da testare occorre un'accurata pulizia dei denti, quindi risciacqui della cavità orale per due minuti con Clorexidina 0.2%.

d) Dieta errata: una dieta ricca di amidi non completamente assorbiti nel tenue provoca una continua produzione colica di idrogeno che determina valori basali di idrogeno troppo elevati perché l'esame sia attendibile. Per molto tempo la produzione colica basale di gas è stata attribuita esclusivamente alle fibre vegetali indigeribili ma è ormai accertato che anche i carboidrati complessi digeribili sono responsabili di tale produzione. Infatti il grano, l'avena, le patate ed i fagioli cotti sfuggono per il 10-20% all'assorbimento ileale giungendo nel

colon con produzione di idrogeno. Tra gli amidi studiati solo il riso ha mostrato un assorbimento ileale pressoché completo con conseguente scarsa produzione di idrogeno nel colon. Quindi il giorno precedente l'esame è opportuno seguire una dieta priva di vegetali, specie amidi (escluso il riso) e digiunare per almeno 12 ore prima del test.

e) Fumo di sigaretta: il fumo di sigaretta contiene elevate quantità di idrogeno, per cui è opportuno che il paziente non fumi da mezz'ora prima del test e per tutta la sua durata.

f) Patologie polmonari: se gravi, costituiscono un serio fattore limitante in quanto influiscono sulla quantità e/o sulla composizione dell'aria espirata.

g) L'esercizio fisico va evitato nel corso dell'esame perché può anch'esso alterare la composizione dell'aria alveolare.

h) La Colonscopia e l'Rx Clisma opaco d.c. vanno evitati nei giorni immediatamente precedenti l'esame in quanto possono alterare la composizione dei gas colici.

Come si svolge l'esame per il paziente:

- 1) L'esame viene eseguito routinariamente come prestazione ambulatoriale (previa valutazione clinica del medico gastroenterologo che decide il breath test all'H² più idoneo)
- 2) Il giorno prima dell'esame occorre eliminare tutti gli zuccheri complessi dalla dieta (pane, pasta, biscotti, dolci, verdure, frutta). Gli unici alimenti consentiti sono: acqua, riso, carne e pesce.
- 3) Il giorno dell'esame essere a digiuno da 12 ore. Non fumare
- 4) L'esame richiede in genere dalle 2 alle 4 ore (vista la lunga attesa e i numerosi tempi morti è consigliabile procurarsi un buon libro od una rivista da leggere!)
- 5) All'inizio vengono eseguiti degli sciacqui della bocca con un collutorio a base di clorexidina
- 6) Il paziente viene invitato a soffiare con forza in un boccaglio attaccato ad una sacca di plastica che si deve riempire.
- 7) Viene somministrato lo zucchero da testare (in genere una soluzione acquosa con lo zucchero all'interno o nel caso del test al lattosio semplicemente del latte parzialmente scremato)
- 8) Vengono nuovamente eseguiti degli sciacqui della bocca con un collutorio a base di clorexidina
- 9) Ad intervalli prestabiliti (ogni 10 min. od ogni mezz'ora) il paziente soffia nuovamente dentro il boccaglio attaccato ad una sacca di plastica che si deve riempire.

Nel corso dell'esame possono comparire dei sintomi (meteorismo, dolori addominali, diarrea)

analoghi a quelli che il paziente riferisce nella sua vita quotidiana.
Cosa occorre?

Impegnativa del medico curante per breath test all'idrogeno

Prof. Antonio Benedetti

Direttore della Clinica di Gastroenterologia dell'Ospedale Regionale "TORRETTE" di Ancona

"INFORMAZIONI DAL MONDO DEL VOLONTARIATO"

Che cos'è il servizio civile volontario

Dopo la leva obbligatoria

Con la Legge 331 del 14 novembre 2000 è stata decisa la sospensione della leva obbligatoria a partire dal 1 gennaio 2007; fino a quella data sussisteranno ancora gli obblighi di leva generalizzata che si traducono nel servizio militare e, per chi si dichiara obiettore di coscienza, nel servizio civile.

Dal 2007 anche l'Italia, alla stregua di quasi tutti i Paesi dell'Unione Europea, avrà delle Forze Armate completamente professionali. Venendo a decadere l'obbligo del servizio di leva, automaticamente verranno meno i presupposti per l'obiezione di coscienza al servizio militare.

La Legge n. 64/2001

Alla fine della scorsa legislatura è stata approvata la Legge n. 64 del 6/3/01 che ha disposto l'istituzione del "servizio civile nazionale". In pratica, con la fine della leva obbligatoria, ci sarà la possibilità per i giovani di svolgere comunque un servizio civile su base volontaria.

Secondo la legge "il servizio civile nazionale" è finalizzato a:

- a) concorrere, in alternativa al servizio militare obbligatorio, alla difesa della Patria con mezzi ed attività non militare;
- b) favorire la realizzazione dei principi costituzionali di solidarietà sociale;
- c) promuovere la solidarietà e la cooperazione, a livello nazionale ed internazionale, con particolare riguardo alla tutela dei diritti sociali, ai servizi alla persona ed alla educazione alla pace fra i popoli;
- d) partecipare alla salvaguardia e tutela del patrimonio della nazione, con particolare riguardo ai settori ambientale, anche sotto l'aspetto dell'agricoltura in zona di montagna, forestale, storico-artistico, culturale e della protezione civile;
- e) contribuire alla formazione civica, sociale, culturale e professionale dei giovani mediante attività svolte anche in enti ed amministrazioni operanti all'estero.

Porte aperte alle donne

La legge prevede che, entro un anno dall'entrata in vigore, il Governo emani Decreti Legislativi per disciplinare tutta la materia. In attesa di tali decreti la legge stessa ha previsto un periodo transitorio, durante il quale possono svolgere 12 mesi di servizio civile, su base volontaria, le donne (di età compresa tra 18 e 26 anni) e i maschi riformati per inabilità al servizio militare.

Con un decreto del Presidente del Consiglio del 10 agosto 2001, è stato fissato il contingente di donne e uomini che possono essere ammessi al servizio civile volontario per il 2001; si tratta di 790 unità, di cui 600 donne in Italia e 190 all'estero.

L'Ufficio Nazionale per il Servizio Civile, presso la Presidenza del Consiglio, cura l'organizzazione, l'attuazione e lo svolgimento del servizio civile sia degli obiettori di coscienza (ai sensi della legge 230/98) sia delle donne (ai sensi della legge 64/01).

I progetti per impiegare i volontari

In particolare il 21 settembre 2001 è stata diramata una circolare con la quale sono state dettate le indicazioni agli Enti ed organizzazioni, pubblici e privati, che intendono presentare progetti per impiegare volontari e volontarie in servizio civile. Tali progetti dovranno rivestire carattere d'indubbia utilità sociale nell'ambito delle attività previste dalla legge.

I bandi per l'ammissione dei volontari

Sulla base dei progetti presentati e approvati, l'Ufficio Nazionale per il Servizio Civile emana una serie di bandi per mettere a concorso i posti nei singoli progetti. Gli interessati a svolgere il servizio civile volontario devono presentare domanda di ammissione che, se accettata da un'apposita commissione di valutazione, consentirà loro di essere avviati in servizio nei progetti prescelti.

L'ASSEMBLEA ANNUALE DEI SOCI !

Sabato 9 febbraio 2002 presso il Dopolavoro
Ferrovio di Ge-Principe (Via Doria 9, Genova)

Ore 9.30 - Prima parte:

- ♦ approvazione del bilancio consuntivo 2001 e del bilancio preventivo 2002. Saranno distribuiti i documenti contabili, che sono, in ogni caso, disponibili in sede e possono, su richiesta, essere inviati a casa;
- ♦ nomina di nuovi Soci Collaboratori;
- ♦ approvazione degli indirizzi e direttive dell'Associazione per l'anno 2002.

Ore 10.30 -12 - Seconda parte:

"Aspetti diagnostici e terapeutici delle MICI in età pediatrica"

Dr. Arrigo Barabino responsabile gastroenterologo 3^ Divisione pediatrica dell'Istituto G. Gaslini di Genova
Dr. Gian Luigi De Angelis professore associato di Clinica Pediatrica all'Università di Parma Servizio di Gastroenterologia ed Endoscopia Digestiva

All'incontro saranno presenti i medici del nostro Comitato Scientifico

L'incontro, come sempre, è libero e aperto a tutti.

Nel corso dell'assemblea sarà possibile effettuare l'iscrizione per l'anno 2002, a 16 €.

NON MANCARE !

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.