

AMICI LIGURIA

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

Novembre 2001

Anno 3 - Numero 4

IN QUESTO NUMERO:

- **L'iscrizione del 2002 all'Associazione**
- **L'invalidità nella Malattia di Crohn**
- **Aspetti nutrizionali e nutrizione artificiale nelle m.i.c.i.**
- **Risultati e prospettive nella terapia con probiotici**
- **La gravidanza nelle m.i.c.i.**
- **Il nuovo libro sulla MC**

Anche quest'anno l'attività di A.M.I.C.I. Liguria si conclude con un bilancio positivo e incoraggiante. L'agenda delle iniziative è stata particolarmente ricca, per vari motivi:

- la presenza degli specialisti intervenuti, dal Prof. Campieri di Bologna in febbraio, al Dr. Annese di S. Giovanni Rotondo e il Prof. Stockbrugger, olandese, partecipanti all'ultima riunione in ottobre, che ci hanno aggiornato sulle più recenti ricerche, anche a livello europeo, effettuate sulle M.I.C.I.;
- gli argomenti trattati, su temi nuovi e sicuramente di interesse generale, come le ultime scoperte scientifiche in campo genetico o le speranze suscitate dalla nuova terapia a base di Infliximab;
- le sedi degli incontri, che quest'anno hanno coinvolto anche Albenga e Chiavari, per mantenere il contatto con i soci del ponente e del levante, altrimenti penalizzati dalla distanza da Genova;
- la partecipazione di A.M.I.C.I. Liguria a varie manifestazioni pubbliche (Fiere, Feste del Volontariato), utili per diffondere ulteriormente la conoscenza delle malattie e della nostra associazione;
- la costante e numerosa presenza dei soci alle riunioni, che nell'ultima ha superato le 100 unità;
- il prezioso aiuto del gruppo dei soci collaboratori, che hanno dedicato il loro tempo nelle numerose attività dell'associazione, dal servizio di segreteria alla spedizione del giornalino. *A tale proposito le ricordiamo, se avesse anche poco tempo a disposizione per darci una mano, di contattare la nostra sede per offrire la propria collaborazione;*
- le numerose iniziative intraprese dalla Federazione Nazionale A.M.I.C.I. Italia, supportate anche da A.M.I.C.I. Liguria insieme alle altre associazioni regionali, come la realizzazione di due importanti pubblicazioni: il nuovo opuscolo "Malattia di Crohn e Colite Ulcerosa: la terapia medica" e il libro "La Malattia di Crohn, cause diagnosi e terapia" e la distribuzione dei portapillole da viaggio col logo di A.M.I.C.I.;
- la puntuale consulenza fornita dal nostro Comitato Scientifico, che attualmente si è arricchito di una nuova importante presenza, il Dott. Massimo Giordano, Responsabile del reparto di Proctologia Chirurgica dell'Ospedale S. Martino di Genova.

Tutto ciò per ribadire la convinzione che l'associazione è utile se è fatta DAI soci PER i soci.

I progetti per le attività future sono ancora tanti, uno per tutti la realizzazione del Questionario, cui l'Associazione sta lavorando da tempo, con la speranza di ricevere il contributo richiesto ad una Fondazione bancaria, o altri ancora, che potrebbe suggerire Lei stesso.

Nel 2002 potremo impegnarci nuovamente in nuove iniziative, quali "le M.I.C.I. in pediatria" o "gli aspetti nutrizionali".

Le ricordiamo che dal prossimo anno la quota d'iscrizione sarà di 16 €, (Lit. 30.980), ringraziandola per il supporto dato fino ad ora all'associazione e che, siamo certi, proseguirà anche per il futuro.

Grazie a tutti

la Vicepresidente, Silvia Guerra

L'INVALIDITA' E LA RICHIESTA DI AGGRAVAMENTO NELLA MALATTIA DI CROHN

L'art. 2 della Legge 30 marzo 1971, n. 118, definisce invalidi civili "i cittadini affetti da minorazioni congenite o acquisite, anche a carattere progressivo, che abbiano subito una riduzione permanente della capacità lavorativa non inferiore a un terzo o, se minori di diciotto anni, che abbiano difficoltà persistenti a svolgere i compiti e le funzioni proprie della loro età".

Il grado di invalidità è determinato in base ad apposita tabella approvata con Decreto del Ministro della Sanità del 5 febbraio 1992.

Nella stessa legge, inoltre, l'invalidità viene trattata per apparati: per quello che riguarda l'apparato digerente, la malattia di Crohn è classificata in 4 classi, dal "n. 6458 al n. 6461", con danni che variano dal 15% al 70%.

Le classi I, II, III e IV identificano i parametri per le valutazioni dei deficit relativi all'apparato digerente, con quattro livelli di compromissione funzionale. Per la valutazione delle inabilità derivanti da condizioni morbose complesse, si fa riferimento alla compromissione dello stato generale.

Da alterazioni lievi della funzionalità dell'apparato digerente, con disturbi dolorosi saltuari (classe I), si passa ad una palese incidenza con perdita di peso e saltuari disordini del transito intestinale (classe II), ad un'alterazione grave della funzione digestiva con disturbi dolorosi molto frequenti, trattamento medicamentoso continuato e dieta costante (classe III), fino ad alterazioni della funzione digestiva gravissime, al punto che la terapia non appare in grado di fornire una risposta risolutiva e comunque soddisfacente (classe IV).

Per quello che riguarda l'invalidità civile provocata dalla malattia di Crohn, esiste un criterio valutativo i cui principali parametri sono:

- Il danno anatomico funzionale permanente;
- La capacità lavorativa;
- Un sistema tabellare specifico.

Tali indicazioni traggono origine dal Decreto Legislativo n. 509/1988, sulla revisione di categorie affette da minorazioni e malattie invalidanti. Va

comunque tenuto presente l'effetto "franchigia", per cui le menomazioni al di sotto di un livello ben apprezzabile di compromissione funzionale non hanno rilievo in ambito di invalidità civile.

In questa sede non viene trattato l'aspetto clinico, ma solo quello medico legale. Per quello che riguarda la valutazione dell'inabilità permanente, va valutata l'attitudine al lavoro, secondo la seguente terminologia univoca.

La *capacità di lavoro* consta di una base biologica (validità psicofisica), di una culturale (preparazione tecnica) e di una attitudinale (disposizione naturale psicofisica a una determinata attività).

L'*incapacità di lavoro* può essere parziale (invalidità) o totale (inabilità), temporanea o permanente. Si definiscono *validità* l'integrità somato-psichica e *invalidità* la perdita parziale dell'integrità somato-psichica, quindi con riflessi più o meno severi sulla capacità di lavoro.

L'*abilità* è il possesso dei requisiti di carattere tecnico-professionale che permettono di espletare un certo lavoro, mentre l'*inabilità* è la perdita assoluta delle capacità di lavoro, temporanea o permanente. E' detta idoneità il possesso dei requisiti biologici e attitudinali per svolgere un certo lavoro con determinati rischi specifici e l'*inidoneità* può essere parziale o totale, temporanea o permanente.

E' bene, infine, conoscere i termini su cui si basa la criteriologia valutativa medico legale:

- Tabelle a valori fissi o per percentuale;
- Infermità in franchigia;
- Calcolo riduzionistico (infermità coesistenti) e proporzionale (infermità concorrenti).

Concludendo: è importante classificare bene la malattia già in questa fase. Una volta individuata la classe di appartenenza, l'invalidità non può che essere quella indicata dalla legge, dal momento che esiste il sistema tabellare e che esso non è negoziabile.

Pertanto la tesi dell'aggravamento va giustificata con i criteri sopradetti.

Dr. Dorian Duca - Medico Legale ASL 5 – Jesi (AN)



A.M.I.C.I. LIGURIA ringrazia
per il contributo offerto alla realizzazione di questo numero
del nostro periodico

ASPETTI NUTRIZIONALI E NUTRIZIONE ARTIFICIALE NELLE MALATTIE INFIAMMATORIE CRONICHE INTESTINALI

Le Malattie Infiammatorie Croniche Intestinali (M.I.C.I.) sono caratterizzate da tipiche alterazioni morfologiche delle pareti intestinali, diarrea e sanguinamento. Tutto questo, molto spesso, comporta una graduale riduzione della funzione intestinale e, spesso, a ciò si accompagna una reale alterazione dello stato nutrizionale, con segni e sintomi clinici tipici della malnutrizione. Le cause di malnutrizione nelle M.I.C.I., ma in particolar modo nella Malattia di Crohn (MC), possono essere varie e possono essere così suddivise: 1) da ridotto apporto alimentare (anoressia, dolori addominali, nausea, vomito, restrizioni dietetiche prescritte o autoimposte), che negli adulti può avere una frequenza variabile, mentre nei bambini può raggiungere il 43-62% dei pazienti con ritardo di crescita; 2) da malassorbimento per esteso interessamento del tenue, o per estesa resezione, o da deficit di vitamina B12, acidi biliari, steatorrea ed ipovitaminosi delle vitamine liposolubili; 3) da protidodispersione; 4) da aumento del fabbisogno energetico; 5) da effetti collaterali dei farmaci quali: la sulfasalazina (che riduce l'assorbimento dell'acido folico), o i corticosteroidi (che inibiscono l'assorbimento del calcio ed induce ipercatabolismo). La **nutrizione artificiale**, cioè sia la "nutrizione enterale" sia la "nutrizione parenterale", rappresenta oggi una valida alternativa quando la nutrizione orale non è possibile, non è consigliata o non deve essere realizzata. Spesso questo trattamento rappresenta anche un indispensabile strumento terapeutico in grado di migliorare il decorso clinico e la prognosi di numerose malattie. La nutrizione artificiale in questi malati può essere utilizzata con un duplice obiettivo. Come trattamento, come prevenzione della malnutrizione, oppure come terapia primaria della malattia intestinale cronica. Per quanto riguarda il primo punto, si può affermare che la nutrizione artificiale rappresenta l'unico strumento per assicurare al malato la giusta quota giornaliera di principi nutritivi indispensabili, sia per le sue caratteristiche antropometriche sia per la sua particolare condizione clinica. In altre parole, entrambi i tipi di nutrizione artificiale possono essere usati per offrire al malato un'adeguata supplementazione o una totale sostituzione della

normale nutrizione orale. Per quanto riguarda il secondo punto, numerosi studi internazionali e nazionali hanno già da tempo dimostrato che la nutrizione artificiale, di per sé, può avere un ruolo come terapia primaria per le M.I.C.I..

La nutrizione artificiale può essere realizzata come nutrizione enterale o nutrizione parenterale. Ognuna delle due presenta specifiche indicazioni ed una propria impostazione tecnica e procedurale.

La **nutrizione enterale** può essere impostata, secondo la condizione clinica e la situazione individuale del singolo malato, sia come **supplementazione orale**, sia come **nutrizione artificiale totale**. La **supplementazione orale** dovrà essere realizzata con prodotti dietetici polimerici e palatabili perché possano essere facilmente tollerabili dal malato. Questo trattamento nutrizionale avrà lo scopo di integrare l'apporto degli introiti alimentari di un'alimentazione povera ed insufficiente a soddisfare le richieste individuali del malato. La **nutrizione artificiale totale** mediante **nutrizione enterale** richiede il posizionamento di una sonda per infondere direttamente nello stomaco, o nel duodeno, le miscele nutritive. A seconda della patologia e della durata del trattamento, le sonde potranno essere posizionate a vari livelli nel canale alimentare, e potranno essere scelte tra sonde temporanee (sondino naso-gastrico, naso-digiunale) e sonde a lunga permanenza (faringostomia, gastrostomia, duodenostomia e digiunostomia chirurgica o gastrostomia per endoscopica, altrimenti detta PEG). La nutrizione enterale rappresenta, perciò, un aiuto per l'intestino. Infatti, con questa tecnica si utilizzano miscele nutritive costituite da nutrienti elementari o da nutrienti semi elementari, che sono più facilmente assorbibili, e che quindi richiedono un minore impegno dell'apparato gastroenterico. Nei malati con M.I.C.I. la nutrizione enterale può essere prescritta come: 1) supplementazione ad un introito alimentare insufficiente; 2) in presenza di stenosi intestinali; 3) quando il paziente è resistente alla terapia farmacologica tradizionale.

La **nutrizione parenterale**, invece, è indicata laddove la funzione intestinale non è più in grado di garantire un adeguato assorbimento della quota di

nutrienti necessari per il metabolismo giornaliero, oppure quando la presenza di fistole o subocclusioni controindicano assolutamente l'utilizzo della nutrizione orale. La nutrizione parenterale è realizzata mediante l'infusione per vena periferica (quando la sua durata sarà limitata nel tempo, o quando l'apporto calorico non richiede soluzioni iperosmolari), o per vena centrale (quando l'intervento nutrizionale sarà long-term), di soluzioni nutrizionali complete e personalizzate, costituite da nutrienti elementari, micronutrienti e vitamine, le cui quantità saranno calcolate sulla base di caratteristiche antropometriche, metaboliche e sull'entità dell'attività fisica. La nutrizione parenterale presenta, però, dei potenziali rischi (infezioni, ostruzione del catetere venoso centrale, trombosi ed altre) che è possibile ridimensionare e controllare mediante l'applicazione di un rigido protocollo procedurale circa la gestione del catetere venoso e l'infusione endovenosa. La nutrizione parenterale trova invece indicazione: 1) nei malati in fase acuta di malattia, soprattutto in quelli complicati da un quadro clinico di severa malnutrizione; 2) nei soggetti con segni di subocclusione; 3) in quelli con un'evidenza clinica di ostruzione intestinale.

Per quanto riguarda la possibilità di utilizzare la **nutrizione artificiale** come terapia specifica delle M.I.C.I., e la sua capacità di sostituire la terapia farmacologica, dobbiamo precisare che, mentre la nutrizione parenterale non sembra aggiungere effetti alla normale terapia farmacologica, la nutrizione enterale da sola riesce a ridurre significativamente l'incidenza delle recidive della malattia, e questo indipendentemente dal tipo di soluzione enterale. Per quest'aspetto, la nutrizione enterale si presta quindi ad avere vantaggi nei malati resistenti alla terapia farmacologica e soprattutto nei pazienti pediatrici con

ritardo staturale-ponderale, nei quali la terapia steroidea può risultare fortemente controindicata. Molto recentemente è stato anche considerato il ruolo farmacologico di alcune molecole di micronutrienti, o di nutrienti elementari quali: il selenio, la glutammina e gli acidi grassi polinsaturi ω -3.

Attualmente, la nutrizione artificiale può essere realizzata anche come trattamento domiciliare. Ovviamente, questa possibilità non è dovunque realizzabile, ma dipende dalla presenza, sul territorio, di un **"centro di riferimento"** competente ed organizzato per porre le indicazioni, controllare e seguire nel follow up questo tipo di malati e la loro terapia nutrizionale. Come già ricordato, il trattamento domiciliare rappresenta un ulteriore vantaggio per questi malati, in quanto consente loro un sensibile miglioramento della qualità di vita.

I dati delle sperimentazioni cliniche dimostrano con chiarezza che l'uso della nutrizione artificiale è di estrema utilità nella pratica clinica. Infatti, le esperienze pubblicate in letteratura riportano risultati positivi sia in termini di miglioramento della malnutrizione, di riduzione delle recidive delle fasi acute di malattia, di contenimento dell'incidenza di complicanze infettive nei pazienti chirurgici, sia anche in termini di miglioramento della qualità di vita.

Per quanto riguarda infine le problematiche di farmacoeconomia, attualmente molto di moda, dobbiamo sottolineare che, benché i costi della nutrizione parenterale siano piuttosto elevati, gli effetti sulle complicanze infettive, sulla durata dell'ospedalizzazione e dell'eventuale riospedalizzazione sono così rilevanti da incidere positivamente sulla riduzione della spesa globale di questi malati.

Dr. Guglielmi Francesco William

*Dipartimento Emergenza Traipianti Organo, Unità Operativa di Gastroenterologia
Università di Bari. Ambulatorio e Day-Hospital Nutrizionale*

RISULTATI E PROSPETTIVE DELLA TERAPIA CON PROBIOTICI NELLE MALATTIE INFIAMMATORIE INTESTINALI

Introduzione

Il tratto gastrointestinale può essere considerato come un contenitore con una superficie interna simile a quella di un campo da tennis, ovvero di circa 200/250 mq, che separa 10.000 miliardi di cellule eucariotiche da 10.000 miliardi di cellule batteriche.

La microflora intestinale costituisce, con l'epitelio intestinale e il sistema immunitario mucosale, un complesso ecosistema che presenta un delicato equilibrio e che è responsabile dell'integrità del tratto gastroenterico.

Probiotici

Agli inizi del Novecento, il premio Nobel Metchnikoff ipotizzò per primo che un'elevata concentrazione di lattobacilli nella flora intestinale potesse essere importante per la salute e la longevità dell'uomo.

Il termine probiotico risale al 1965, quando Lilly e Stilwell lo utilizzarono per descrivere qualsiasi sostanza o microrganismo in grado di contribuire all'equilibrio della flora batterica. Più di recente i probiotici sono stati definiti come microrganismi viventi che, se assunti in certe quantità, esercitano effetti positivi sullo stato di salute dell'ospite al di là del semplice effetto nutrizionale. Questa definizione implica la possibilità che, al miglioramento dell'equilibrio microbico della flora intestinale, possano associarsi altri effetti benefici.

La maggior parte dei probiotici appartiene all'ampio gruppo dei batteri lattici (lattobacilli, streptococchi e bifidobatteri), che sono importanti componenti della normale flora intestinale umana, dove si trovano quali innocui commensali.

A tutt'oggi l'impiego dei probiotici nelle patologie gastrointestinali rimane controverso, soprattutto perché i meccanismi attraverso i quali i probiotici eserciterebbero i loro effetti benefici in vivo non sono stati ancora del tutto chiariti.

Ruolo dei probiotici nella patogenesi delle malattie infiammatorie croniche intestinali

Benché siano stati effettuati progressi sostanziali nell'individuazione dei meccanismi patogenetici, l'eziologia delle malattie croniche intestinali è tuttora sconosciuta. Tre sono le teorie attualmente più accreditate:

la presenza di un'infezione intestinale persistente;
l'esistenza di una difettosa barriera mucosa verso antigeni luminali;

un'alterata risposta immunitaria verso antigeni ubiquitari

Sono presenti in letteratura solo pochi dati sul ruolo dei probiotici nelle MICI. Due recenti studi hanno dimostrato una ridotta concentrazione di lattobacilli nei campioni biotici ottenuti in corso di colite sperimentale indotta da acido acetico nel ratto e da pazienti con colite ulcerosa attiva. E' stata anche dimostrata la presenza di una ridotta concentrazione di bifidobatteri nelle feci di pazienti con malattia di Crohn. La somministrazione orale di Lactobacillus GG ha determinato un aumento della risposta immune nella malattia di Crohn.

Esperienze con probiotici ad alta concentrazione nelle MICI

Sulla base di questi presupposti sperimentali abbiamo di recente impiegato una preparazione probiotica

caratterizzata dalla presenza di elevate concentrazioni di batteri e di un cocktail di ceppi batterici diversi.

Sono stati studiati 20 pazienti con colite ulcerosa in fase di remissione clinica ed endoscopica e con almeno una ricaduta negli ultimi tre mesi. I pazienti sono stati valutati clinicamente ogni due mesi ed endoscopicamente all'inizio e alla fine dello studio o in caso di recidiva. Alla fine dello studio 16 dei 20 pazienti (75%) arruolati sono rimasti in remissione. 4 pazienti hanno avuto una riacutizzazione della malattia. Il pH fecale si è progressivamente e significativamente ridotto confermando l'avvenuta modificazione della flora microbica intestinale.

Conclusioni

Esistono numerose osservazioni sperimentali e cliniche che supportano l'ipotesi che la microflora intestinale svolga un ruolo importante nella patogenesi delle MICI.

Il trattamento con probiotici sembra essere efficace nella terapia di mantenimento della colite ulcerosa e della pouchite; probabilmente l'effetto benefico dei probiotici è da mettere in relazione all'aumento delle concentrazioni dei batteri produttivi per la mucosa intestinale e ai loro effetti metabolici.

Nel futuro sarà necessario ottenere informazioni più precise circa i meccanismi di azione attraverso i quali i batteri probiotici determinano i loro effetti positivi in vivo. Queste informazioni potrebbero fornire il razionale scientifico dei ceppi più idonei da utilizzare in trial clinici controllati da effettuare in ampi gruppi di pazienti

*Dott. Paolo Gionchetti - Unità per le Malattie Infiammatorie Croniche Intestinali
Dipartimento di Medicina Interna e Gastroenterologia - Università di Bologna*

**RICORDIAMO CHE, PARTECIPANDO ALLE NOSTRE
PROSSIME INIZIATIVE, RICEVERAI IN OMAGGIO
UTILI SCATOLETTE PORTAMEDICINE DA VIAGGIO.**

LA GRAVIDANZA NELLE MALATTIE INFIAMMATORIE CRONICHE INTESTINALI

INTRODUZIONE

Le malattie infiammatorie croniche intestinali (MICI) colpiscono frequentemente donne in età fertile e molte pazienti vanno incontro ad una gravidanza dopo la diagnosi. Pertanto, spesso il gastroenterologo deve affrontare le diverse problematiche relative alla gestione delle MICI durante la gestazione e anche fornire delle chiare risposte alle domande poste dalle pazienti che vogliono affrontare la gravidanza. Sfortunatamente in letteratura sono disponibili pochi studi clinici controllati e le attuali conoscenze derivano in massima parte dall'analisi retrospettiva di differenti casistiche. Questa rassegna prende in esame i dati più recenti su ereditarietà, fertilità e gestione medica delle MICI durante la gestazione.

L'ereditarietà

Il timore di trasmettere la malattia ai figli è uno dei più importanti temi da affrontare con la paziente interessata alla procreazione. Gli studi su gemelli hanno chiaramente mostrato che le MICI sono malattie almeno in parte genetiche con una modalità di trasmissione complessa, probabilmente legata a più geni.

La presenza di un genitore affetto da MICI rappresenta il principale fattore di rischio per lo sviluppo di malattia. Il rischio di sviluppare una MICI durante l'arco dell'intera vita è del 5 % se un genitore è affetto da malattia di Crohn, e dell'1.6% nel caso della rettocolite ulcerosa (RCU). Bennett ha osservato

che il rischio aumenta fino al 36% se entrambi i genitori sono affetti da MICI.

La fertilità

La fertilità sembra essere normale nella rettocolite ulcerosa (RCU) se il dato viene corretto per il desiderio di avere prole, mentre sembra essere modicamente ridotta nella paziente affetta da malattia di Crohn. Tuttavia, in un recente lavoro, Hudson et al. hanno mostrato che i casi di infertilità irrisolta sono, sia nelle pazienti con RCU che con malattia di Crohn, più frequenti nei soggetti che hanno ricevuto un precedente intervento chirurgico rispetto alle pazienti non operate.

Le ragioni di ridotta fertilità nella donna affetta da malattia di Crohn sono l'infiammazione delle strutture interne dell'apparato genitale femminile nelle pazienti con malattia pelvica, i disturbi ormonali legati alla malnutrizione, soprattutto nelle pazienti con malattia ileale, e la ridotta libido, particolarmente nelle pazienti con malattia perianale o fistole rettovaginali.

Nell'uomo, invece, le cause più frequenti sono l'impiego della salazopirina, che determina una riduzione reversibile della fertilità nel 60 % dei pazienti trattati, e i pregressi interventi chirurgici sull'intestino che possono determinare disfunzioni come l'eiaculazione retrograda.

L'effetto della malattia sulla gravidanza e sul feto

E' stato riportato dalle principali casistiche un maggiore tasso di abortività spontanea nelle donne con malattia attiva durante la gravidanza. Allo stesso modo, le donne con malattia attiva al momento del concepimento hanno un rischio di partorire nati pretermine aumentato di 2-3 volte rispetto alla popolazione generale. Le donne con malattia in remissione sembrano avere un tasso di complicanze durante la gravidanza paragonabile alla popolazione generale.

Riguardo alle modalità del parto non sembra esserci nelle pazienti con MICI una maggiore incidenza di tagli cesarei. Il parto per via vaginale e l'eventuale episiotomia (incisione vagino-perineale effettuata nel corso del parto allo scopo di impedire lacerazioni perineali) non sono controindicati nella RCU. Al contrario nella malattia di Crohn, Brandt et al hanno descritto la comparsa di malattia perineale nel 18 % delle pazienti senza precedente evidenza di localizzazione perineale sottoposte ad episiotomia durante il parto per via vaginale. Nelle pazienti con malattia perineale documentata si sconsiglia il parto per via vaginale ed in particolare l'episiotomia.

L'incidenza di nati sottopeso è maggiore nelle pazienti con malattia di Crohn e questa tendenza è correlata con il grado di attività della malattia. Moser et al. hanno

condotto un'analisi multivariata dei fattori di rischio per la nascita di bambini sottopeso dimostrando che i due principali fattori di rischio sono la presenza di malattia a localizzazione ileale e un precedente intervento chirurgico di resezione ileale.

In tutte le maggiori casistiche riportate in letteratura non è segnalata la presenza di una maggiore incidenza di anomalie congenite del feto.

L'effetto della gravidanza sulla malattia

In genere il livello di attività della malattia presente al momento del concepimento si mantiene durante la gravidanza. Il rischio di peggioramento e l'incidenza di recidive non sembrano essere superiori a quelli di una donna affetta da MICI, non in gravidanza. Storicamente è segnalato un incremento del tasso di recidive nel post partum. Al contrario, in un nostro precedente studio abbiamo segnalato che il tasso di recidive per anno nei 3 anni successivi alla gravidanza è significativamente ridotto rispetto al periodo pre-gravidanza sia nella malattia di Crohn che nella RCU. Nella malattia di Crohn questo effetto è più evidente in pazienti che presentano un buono stato nutrizionale al momento del concepimento rispetto alle pazienti malnutrite (figura 1).

Il trattamento medico delle MICI durante la gravidanza

Numerosi autori hanno riportato in letteratura che la sulfasalazina, il 5-ASA e i cortisonici possono essere impiegati in gravidanza allo stesso modo che per le pazienti non gravide, in quanto non sono stati documentati effetti negativi per il feto. I dati sembrano meno consolidati per quanto riguarda gli immunosoppressori. La tabella 1 riporta gli effetti dei principali immunosoppressori sul feto in termini di teratogenicità, nascita pretermine e ritardo della crescita fetale. Complessivamente l'azatioprina sembra essere il farmaco più sicuro in quanto non teratogeno e il suo impiego, laddove necessario, può essere effettuato in relativa tranquillità per la malattia cronicamente attiva. La ciclosporina andrebbe evitata in gravidanza ad eccezione che nei casi di RCU intrattabile in alternativa all'intervento chirurgico che è gravato da un elevato rischio di morte fetale.

CONCLUSIONI

La gravidanza può essere affrontata con relativa tranquillità dalla donna affetta da MICI. Le MICI, infatti, non hanno un effetto negativo sulla fertilità, sulla gravidanza e sul parto se la malattia è in fase di quiescenza. In genere, la gestazione non determina un peggioramento della malattia; tuttavia, in caso di riacutizzazione, va tenuto presente che la maggior parte dei farmaci necessari può essere somministrata senza problemi per il feto.

Fabiana Castiglione, Antonio Rispo.

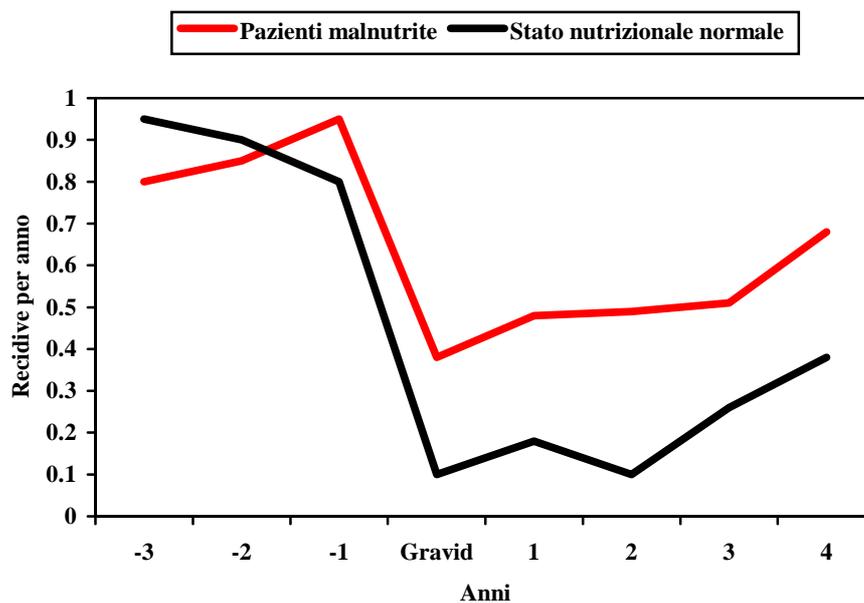
Cattedra di Gastroenterologia, Facoltà di Medicina, Università "Federico II", Napoli

Tabella 1: Effetto dei principali farmaci sul feto

Farmaco	Teratogenicità	Nati pretermine	Ritardo della crescita fetale
Salazopirina/ 5-ASA	-	-	-
Cortisonici	-	-	-
Azatioprina/ 6-mercaptopurina	-	+/-	+/-
Metotrexate	++	NN	++
Ciclosporina	-	+	+

NN = non noto

Figura 1: Effetto della gravidanza sul tasso di recidive in pazienti con malattie di Crohn in accordo allo stato nutrizionale



A.M.I.C.I. LIGURIA – Il Comitato Scientifico:

Prof. Umberto Bonalumi, Associato di chirurgia dell'apparato digerente presso il D.I.C.M.I. dell'Università di Genova.

Dr. Massimo Giordano, Responsabile del Servizio Autonomo di Proctologia Chirurgica dell'A.O. Ospedale S. Martino.

Dr. Paolo Michetti, Primario di Gastroenterologia dell'E.O. Ospedali Galliera.

Dr.ssa Maria Caterina Parodi, Responsabile U.O. semplice di Endoscopia Digestiva Gastroenterologica dell'A.O. Ospedale S. Martino.

Dr.ssa Cristina Venturino, Psicologo della Divisione di Diagnosi e Cura dell'E.O. Ospedali Galliera.

LA FEDERAZIONE A.M.I.C.I. ITALIA HA REALIZZATO UN LIBRO MOLTO ESAUSTIVO, DI QUASI CENTO PAGINE, SULLA MALATTIA DI CROHN.

IL LIBRO E' IN OFFERTA AI SOCI A L. 15.000.

IL LIBRO SARA' IN DISTRIBUZIONE NEL CORSO DELLE PROSSIME INIZIATIVE CHE PROGRAMMEREMO NEL 2002, OPPURE PUOI FARNE RICHIESTA, INDICANDO NOME E COGNOME, ALLA SEGRETERIA TELEFONICA. TI SARA' SPEDITO AL PIU' PRESTO, CON UN AGGRAVIO DI SPESE POSTALI DI LIT. 3.000.

QUESTO L'INDICE DEL LIBRO:

LA MALATTIA DI CROHN: CAUSA, DIAGNOSI E TERAPIA

1 Introduzione	pag.	3	6.1 – Farmaci	pag.	36
1.1 Storia – Nosologia	pag.	4	6.2 – Alimentazione	pag.	44
1.2 Epidemiologia	pag.	6	7 – Misure Terapeutiche Chirurgiche	pag.	53
2 Causa	pag.	9	7.1 – Indicazioni	pag.	54
3 Manifestazioni cliniche	pag.	15	7.2 – Metodiche	pag.	55
3.1 – Manifestazioni intestinali	pag.	16	7.3 – Le stomie	pag.	58
3.2 – Complicazioni intestinali	pag.	18	8 – Evoluzione e Prognosi	pag.	63
3.3 – Manifestazioni extraintestinali	pag.	19	9 – Allegati	pag.	67
4 – Esami Complementari	pag.	23	9.1 – Anatomia del tubo digerente	pag.	67
4.1- Esami di laboratorio	pag.	24	9.2 – Funzionamento del tubo digerente	pag.	71
4.2 –Esami radiologici	pag.	26	9.3 – Nutrizione	pag.	74
4.3 – Esami endoscopici	pag.	28	Lessico dei termini medici	pag.	81
4.4 – Esami istologici	pag.	29	Statuto Naz. Federazione A.M.I.C.I.	pag.	87
5 – Diagnosi	pag.	31	Elenco Sedi Regionali	pag.	96
6 – Terapia Medica	pag.	35			

Publicazione realizzata dalla Federazione Nazionale A.M.I.C.I. Italia grazie al sostegno di



LA NOSTRA PROSSIMA INIZIATIVA SI SVOLGERA' IL 9 FEBBRAIO P.V. SUI TEMI DELLA PEDIATRIA. NE DAREMO INFORMAZIONE PUNTUALE SUL PROSSIMO NUMERO DEL GIORNALINO!

Il nostro sito Internet:

<http://www.amiciitalia.org>

