

Le malattie infiammatorie croniche intestinali

Le malattie infiammatorie croniche intestinali (in inglese "IBD" inflammatory bowel disease) sono un gruppo di affezioni croniche di tipo flogistico del tubo digerente. Le più comuni sono la retto-colite ulcerosa e il morbo di Crohn. Si calcola che in Italia circa 200.000 persone siano oggi affette da queste patologie; negli ultimi 10 anni, inoltre, la diagnosi di nuovi casi è aumentata di circa 20 volte. Le IBD colpiscono con la stessa frequenza i due sessi, con un esordio clinico che in genere si colloca tra i 15 e i 45 anni.

Le IBD sono malattie a causa sconosciuta. L'ipotesi patogenetica prevalente è quella di una reazione immunologica abnorme da parte dell'intestino nei confronti di antigeni, per esempio batteri presenti normalmente nell'intestino. In risposta a questa reazione insorgerebbe una infiammazione cronica della parete intestinale.

Le IBD presentano una certa "familiarità", ovvero la tendenza ad un maggior rischio di insorgenza in parenti di persone affette, ma non sono ereditarie.

La rettocolite ulcerosa è una malattia che interessa la mucosa del retto e del colon. Al contrario, il morbo di Crohn colpisce tutti gli strati della parte intestinale, interessando l'intero tubo digerente.

Entrambe le malattie sono ad andamento cronico o ricorrente e si presentano con periodi di quiescenza alternati a fasi di riacutizzazione.

I sintomi più comuni con cui si manifestano sono: dolore addominale, diarrea con presenza di muco e sangue, stimolo frequente all'evacuazione con senso di incompleto svuotamento intestinale (tenesmo rettale), febbre e perdita di peso. Le variazioni, anche importanti, dell'alvo creano in molti casi problemi di adattamento e finiscono per influenzare le relazioni sociali e l'attività lavorativa. Alcuni dei sintomi elencati non sono esclusivi delle malattie infiammatorie croniche intestinali ma comuni ad altre condizioni morbose dell'intestino; pertanto, è necessario ricorrere ad esami di laboratorio e strumentali per una diagnosi differenziale. L'esecuzione di tests clinici come i markers infiammatori nel sangue emocromo, VES, PCR e la calprotectina nelle feci, rimangono aspecifici e non ad elevata sensibilità. Di conseguenza la diagnosi non può prescindere dalla colonscopia con prelievi biotici dei vari tratti intestinali e relativo esame istologico che rappresenta l'esame di riferimento. La richiesta di altri esami diagnostici come il clisma o la risonanza magnetica del tenue può essere fatta nei pazienti affetti da morbo di Crohn per la ricerca di lesioni non evidenziabili endoscopicamente.

In alcuni casi possono essere presenti manifestazioni extra-intestinali correlate come patologie articolari, oculari, cutanee, epatiche. Per quanto attiene alla terapia non esistono dei protocolli standardizzati e universalmente efficaci. Nelle fasi acute vengono utilizzati i salicilati nelle forme lievi e i cortisonici in quelle moderate e severe: questi ultimi devono essere somministrati per brevi periodi, a causa dei possibili effetti collaterali.

Nelle fasi di remissione sono impiegati i salicilati o i farmaci immunosoppressori. L'introduzione degli anticorpi anti-TNF alfa (una molecola prodotta dalle cellule immunitarie) ha cambiato negli ultimi anni la gestione di queste malattie. Infatti questi farmaci possono essere utilizzati sia nelle fasi acute, consentendo di bloccare l'attività della malattia, sia nelle fasi di quiescenza per mantenere questo stato. Nei casi più gravi (complicanze della malattia o pazienti che non rispondono ad alcun trattamento) può rendersi necessario l'intervento chirurgico, a volte con effetto terapeutico risolutivo.

Dott. Pietro Giorgio