

IL MORBO DI CROHN

Di cosa si tratta?

Il morbo di Crohn è una malattia infiammatoria cronica ad eziologia sconosciuta osservata a qualsiasi livello del tubo digerente, ma con maggiore frequenza nell'ileo terminale, nel colon e nella regione anale.

Tale patologia evolve in modo cronico, con episodi di riacutizzazione spesso accompagnati da un quadro di subocclusione intestinale.

Quali sono le cause?

E' una malattia ad eziopatogenesi non ancora definita, in cui sembrano giocare un ruolo diversi fattori; quelli che sembrano essere maggiormente coinvolti sono di ordine infettivo, immunologico e psicosomatico.

L'ipotesi infettivologica è stata confermata dall'isolamento di alcuni microrganismi, che indirizzano verso una probabile partecipazione indiretta della flora batterica intestinale.

L'ipotesi immunologica, ormai sembra essere diventata certezza, dal momento che è stata osservata una importante associazione tra M. di Crohn e patologie o fenomeni autoimmuni come: l'anemia emolitica, l'artrite reumatoide, la sindrome di Sjogren, la presenza di autoanticorpi).

L'ipotesi psicosomatica è posta sulla base che esistono dei rapporti stretti tra condizioni funzionali del colon ed emozioni attraverso particolari vie nervose (vie colinergiche).

Non è possibile escludere che tali alterazioni psicologiche presenti in questi pazienti non siano la causa ma bensì la conseguenza della malattia.

Come si manifesta?

La malattia può avere un esordio brusco precipitato da fattori fisici e dietetici, ma solitamente l'inizio è subdolo e si manifesta con sintomi intestinali aspecifici e/o extra - intestinali, quali, ad esempio, febbre, anoressia e artrite. Sovente la malattia viene confusa con altre patologie, e ciò comporta quindi un considerevole ritardo nella diagnosi.

I sintomi rivelatori di questa patologia sono vari: **dolore addominale** solitamente localizzato in regione periombelicale o al quadrante inferiore destro; **febbre**, segno di infiammazione attiva, che può rappresentare l'unico sintomo di malattia; **lesioni anali, lesioni orali**.

Nel 20% dei pazienti vi è un coinvolgimento extra – intestinale che può interessare diversi apparati (le grosse articolazioni, cute, fegato, bocca, occhi, sangue ed altri organi).

Le complicanze più frequenti sono rappresentate dalle occlusioni intestinali per ingestione di alimenti solidi in pazienti con stenosi intestinali importanti, dalle emorragie, dagli ascessi e dalle fistole.

Come si fa la diagnosi?

Quando si sospetta un M. di Crohn per la presenza di alcuni sintomi clinici, si sottopone il paziente ad esami laboratoristici, radiologici, endoscopici ed anatomopatologici, e solo dalla combinazione del risultato di questi tests è possibile porre una corretta diagnosi, dal momento che non esistono prove diagnostiche specifiche.

Gli esami di laboratorio sono utili anche ad escludere altre patologie ed eventualmente a definire lo stato di nutrizione, la presenza di un malassorbimento ed il grado di attività di malattia.

Gli esami radiologici, quali l'ecografia delle anse intestinale, il clisma del tenue e del colon, sono importanti per la definizione della natura della patologia, affiancati a quelli endoscopici (colonscopia) e anatomopatologici (biopsie).

Quale trattamento?

Nella scelta terapeutica per questa patologia è fondamentale considerare il tipo e la sede delle lesioni anatomiche, il tipo e l'entità dei sintomi clinici, la presenza di complicanze locali e sistemiche, lo stato nutrizionale e il grado di malattia.

Tenuto conto di questi fattori i farmaci più comunemente utilizzati sono:

1. I corticosteroidi (prednisone, metilprednisolone e budesonide). Possono essere somministrati per via orale, rettale o endovena. Vengono utilizzati per combattere la malattia sia in fase acuta, che a basse dosi nella fase di mantenimento.

2. I farmaci immunomodulatori (azatioprina, 6mercaptopurina, methotrexate, ciclosporina, talidomide), possono essere usati per ridurre il dosaggio degli steroidi nei soggetti corticodipendenti, nelle malattie resistenti ai corticosteroidi e nel trattamento di particolari complicanze come le fistole.

3. I derivati dell'acido 5-aminosalicilico (5-ASA, mesalazina, olsalazina).

Possono venir somministrati per bocca o per via rettale. Sono farmaci utili nel trattamento di infiammazione lieve e soprattutto vengono usati per il mantenimento di una remissione

4. Gli antibiotici (metronidazolo e cirpofloxacina), usati soprattutto nella terapia del morbo di Crohn a localizzazione colica e perianale.

5. La terapia biologica, eseguita con l'ausilio di un anticorpo monoclinale anti-TNF-alfa (infliximab), somministrato endovena, è indicata nelle forme molto aggressive della malattia resistenti ad ogni altra terapia farmacologica.

6. La terapia chirurgica per le complicanze.