



RETTOCOLITE ULCEROSA

A cura della Dott.ssa Alessia Settesoldi, medico chirurgo specialista in Gastroenterologia a.settesoldi@hotmail.it

Che cos'è la Rettocolite Ulcerosa?

La Rettocolite Ulcerosa (RCU) è una malattia infiammatoria cronica intestinale che interessa primariamente il retto, potendosi estendere in maniera continua a diverse porzioni del colon (proctite, colite sinistra, pancolite). E' caratterizzata da un interessamento della sola mucosa e alterna periodi di riacutizzazione a periodi di remissione dell'attività.

Con quale frequenza si manifesta e quali sono le cause?

In Italia l'incidenza della RCU è di circa 7 nuovi casi ogni 100.000 abitanti l'anno, con un trend in aumento. Pur non conoscendo con esattezza le cause che la determinano, è chiaro che essa derivi dall'interazione tra fattori genetici, ambientali, immunologici e microbiologici. Si osserva con maggior frequenza nei Paesi industrializzati e tra i fattori di rischio si annoverano familiarità, fumo di sigaretta, alimentazione ricca di grassi e proteine, stress, utilizzo di antinfiammatori e antibiotici e inquinamento ambientale.

Quali sono i sintomi?

Il sintomo cardine è il sanguinamento rettale, al quale possono aggiungersi il tenesmo (stimolo all'evacuazione, senza emissione di feci), la diarrea (spesso anche notturna) che può presentarsi con muco o pus, il dolore addominale e il calo di peso corporeo. Tra le manifestazioni extraintestinali principali ricordiamo quelle articolari (spondilite anchilosante, sacroileite, artriti periferiche), cutanee (pioderma gangrenoso, eritema nodoso, ulcere orali), oculari (uveite, episclerite) ed epatiche (colangite sclerosante primitiva).

Come si diagnostica?

I mezzi diagnostici a nostra disposizione sono l'anamnesi (raccolta della storia clinica del paziente alla ricerca di fattori di rischio), l'esame obiettivo (che valuta segni e sintomi di malattia), i dati di laboratorio (alterazioni presenti agli esami del sangue e delle feci che dimostrino un processo infiammatorio non infettivo in atto) e la colonscopia con biopsie multiple (che permette di valutare le lesioni macroscopiche e microscopiche della RCU). In alcuni casi possono essere utili altre indagini strumentali come la radiografia diretta dell'addome.

Come si cura?

La RCU si cura tenendo presente l'estensione e la gravità di malattia. Per indurre la remissione dei sintomi, nei casi di proctite si usano supposte o clisteri a base di mesalazina (antinfiammatorio ad attività topica intestinale), a cui si possono aggiungere steroidi per uso topico o compresse di mesalazina per os. Nella colite sinistra e nella pancolite si usano la mesalazina per os e per via topica ed in caso di necessità si aggiungono steroidi per os. Nella RCU severa è consigliato il ricovero e l'uso di steroidi sistemici endovena come primo livello di terapia; in caso d'intolleranza o resistenza agli steroidi si può usare l'infliximab (anticorpo anti-TNF α , farmaco biologico) o eventualmente la ciclosporina o il tacrolimus (potenti immunosoppressori). Per mantenere la remissione nei casi di RCU lieve-moderata è preferibile proseguire con mesalazina per via locale e/o per os. Nei casi di medio-alta gravità si usano immunosoppressori come azatioprina o 6-mercaptopurina o biologici come infliximab, adalimumab, golimumab, vedolizumab. Nei casi refrattari alla terapia medica è necessario ricorrere alla terapia chirurgica che può avvalersi di proctocolectomia con pouch ileo-ale (IPAA), che consiste nella resezione dell'intero colon e nella formazione di un serbatoio anale con l'ileo, oppure di colectomia con anastomosi ileo-rettale (IRA) che reseca il colon lasciando in sede il retto.



Può causare tumori?

L'infiammazione prolungata del colon e del retto aumenta il rischio di sviluppare il cancro del colon-retto rispetto alla popolazione sana, specialmente nei soggetti con malattia estesa e di lunga durata. Per tale ragione ad ogni paziente affetto da colite sinistra o pancolite viene proposta una colonscopia con biopsie multiple a partire da 6-8 anni dalla diagnosi. Nei pazienti ad alto rischio di cancro (pregressa stenosi o displasia, colangite sclerosante primitiva, pancolite severa) la colonscopia va ripetuta in seguito annualmente, in quelli a rischio intermedio (pancolite lieve-moderata, pseudopolipi infiammatori, familiarità) ogni 2-3 anni, mentre in quelli che non presentano tali rischi ogni 5 anni.

E' una malattia invalidante?

La RCU è una malattia invalidante durante le fasi di attività, poiché costringe a frequenti evacuazioni e perdite di sangue, che conducono a malessere generale, disidratazione e anemia. Nelle fasi di remissione permette una buona qualità della vita, poiché non interferisce con le comuni attività quotidiane né con il mantenimento dell'omeostasi (equilibrio tra le funzioni dell'organismo).

E' una malattia di facile gestione?

La gestione di questa malattia è condotta al meglio dai Centri di Riferimento Regionali per le MICI (Malattie Infiammatorie Croniche Intestinali) in base all'estensione e alla gravità con cui la RCU si presenta. Nei casi di gravità lieve o moderata è possibile una gestione di tipo ambulatoriale, con più o meno frequenti visite specialistiche e periodici esami del sangue, delle feci e strumentali. Nei casi di gravità severa è spesso necessaria l'ospedalizzazione che permette un più stretto monitoraggio del paziente e delle complicanze di malattia.

Bibliografia:

1. *Third European evidence-based consensus on diagnosis and management of ulcerative colitis. Part 1: definitions, diagnosis, extra-intestinal manifestations, pregnancy, cancer surveillance, surgery, and ileo-anal pouch disorders.* F. Magro, P. Gionchetti, R. Eliakim, S. Ardizzone, A. Armuzzi, M. Barreiro-de Acosta, J. Burisch, K. B. Gecse, A. L. Hart, P. Hindryckx, C. Langner, J. K. Limdi, G. Pellino, E. Zagórowicz, T. Raine, M. Harbord, F. Rieder, for the European Crohn's and Colitis Organisation [ECCO]. *Journal of Crohn's and Colitis*, Volume 11, Issue 6, 1 June 2017, Pages 649-670;
2. *Third European evidence-based consensus on diagnosis and management of ulcerative colitis. Part 2: current management.* M. Harbord, R. Eliakim, D. Bettenworth, K. Karmiris, K. Katsanos, U. Kopylov, T. Kucharzik, T. Molnár, T. Raine, S. Sebastian Helena Tavares de Sousa, A. Dignass, F. Carbonnel, for the European Crohn's and Colitis Organisation [ECCO]. *Journal of Crohn's and Colitis*, Volume 11, Issue 7, 1 July 2017, Pages 769-784;
3. *Epidemiology of inflammatory bowel disease in Italy.* Cottone M, Martorana G, Di Mitri R, Cammà C, Caprilli R. *Ital J Gastroenterol Hepatol.* 1999 Aug-Sep; 31(6):503-7.