

Malattia di Chron

Le IBD sono malattie infiammatorie croniche ad eziologia sconosciuta. La sede più colpita è l'ileotermiale o il colon (meno frequentemente il duodeno, lo stomaco e l'esofago).

I pazienti più colpiti sono di sesso femminile, tra i 30 ed i 40 anni di età.

Eziologia. Sconosciuta. Le ipotesi più accreditate sono:

1. ipotesi autoimmunitaria: un agente esterno (Yersinia o un virus) determinano in un individuo geneticamente predisposto un inappropriata risposta immune.
2. Familiarità nel 5-15% dei casi; elevata concordanza tra gemelli omozigoti;
3. fattori di rischio: fumo e contraccettivi orali che possono determinare microlesioni segmentarie.

Anatomia microscopica. Iperplasia linfatica sottomucosa con linfedema ostruttivo. Segue la proliferazione endoteliale e la formazione di cellule giganti. In ultimo si ha proliferazione di fibroblasti e la comparsa di ulcerazioni mucose.

Anatomia macroscopica. La parete è interessata a tutto spessore con infiltrato flogistico ed edema con conseguente ispessimento rigido parietale e formazione di ulcere; si rinvengono fissurazioni intercomunicanti circondate da aree di mucosa sollevate dall'edema. Tipico è l'aspetto ad acciottolato. Le lesioni sono tipicamente segmentarie con tratti lesi alternati a tratti indenni.

Il quadro può evolvere verso:

- fistole: per approfondimento della fissurazione. In relazione alla sede avremo fistole entero-enteriche, entero-cutanee, enetero-vescicali o entero-vaginali.
- Ascessi: se le fistole mettono in comunicazione anse con il retroperitoneo;
- peritoniti: se la perforazione è improvvisa
- stenosi: come esito di flogosi ed ulcerazioni in luogo di episodi sub-ostruttivi.

Sintomatologia in fase acuta o subacuta. Dolore in fossa iliaca destra, febbre $< 38^{\circ}\text{C}$, nausea, vomito, diarrea, tachicardia.

Sintomatologia in fase cronica. Dolore addominale tipo crampiforme in luogo di stenosi; dolore di tipo continuo se c'è infiammazione in corso. Diarrea spesso con muco e sangue. Tenesmo, rettorragia se la localizzazione è al sigma-retto. Calo ponderale da malassorbimento, tipico dell'età pediatrica. Stipsi, febbre sfumata. Anemia microcitica ed ipocromica.

La malattia ha un decorso cronico-ricorrente con riacutizzazioni e remissioni.

Le complicanze acute sono le occlusioni intestinali, ascessi intraddominali, perforazione con peritonite ed emorragia (raramente).

Le complicanze croniche sono le stenosi e le fistole interne od esterne.

Malattie sistemiche associate sono: artrite, eritema nodoso, pioderma gangrenoso, manifestazioni oculari.

Diagnosi. La valutazione clinica permette di riconoscere l'andamento cronico-ricidivante.

Rx addome con pasto baritato per os: si nota il c.d "salto del tenue" con parete ispessita.

Il clisma opaco è utile per lo studio morfologico e individuazione zone di stenosi.

Endoscopia con prelevo biptico: si osserveranno le lesioni discontinue, l'aspetto ad acciottolato e le stenosi; si effettua colonscopia per il colon terminale.

TC addome e RMN sono utili per definire l'interessamento degli altri organi.

Ecografia mette in rilievo l'ispessimento delle anse ileali e gli ascessi.

Terapia. Il trattamento medico utilizza salazopina, mesalazina e cortisonici. La chirurgia è indicata in caso di refrattarietà alla terapia medica o in caso di complicanze. Si possono effettuare resezioni intestinali limitate o strittura plastiche con la tecnica di Mikulitz: incisione in senso longitudinale del tratto posto a cavallo della stenosi e sutura dell'apertura in senso trasversale. Per le stenosi

lunghe si effettua una incisione longitudinale e si mettono in comunicazione due anse in un'unica ansa.