

## **Retocolite ulcerosa**

E' una malattia infiammatoria cronica con interessamento del colon-retto ed estensione delle lesioni alla sola mucosa e sottomucosa.

Epidemiologia ed etiopatogenesi. Il sesso maggiormente interessato è quello femminile intorno ai 30-40 anni. Le sedi colpite sono il colon ed il retto. Le ipotesi maggiormente accreditate sono:

- ipotesi autoimmune: danno primario allergico o psicogeno (persone con molte responsabilità);
- danno secondario ad infezione primaria
- ipotesi della perpetuazione: processo autoimmune con formazione di anticorpi citoplasmatici perinucleari anti-leucociti.
- Fattori genetici: coesistenza nel nucleo familiare di RCU e Chron

Anatomia patologica microscopica: infiltrato linfomonocitario nella mucosa e microascessi tipici confluenti.

Anatomia patologica macroscopica: ulcere che possono evolvere in peritoniti e fistole; presenza di pseudopolipi ovvero polipi displastici rigenerativi che possono essere causa di emorragia e trasformazione cancerosa. La RCU è a più alto rischio di cancerogenesi rispetto al m. di Chron.

Sintomatologia. Andamento a pousses, con diarrea muco-ematica purulenta. Dolore addominale variabile. Tenesmo (esigenza impellente di defecare con scarsa evacuazione. La presenza di febbre non è tassativa ma può far pensare ad una malattia infettiva e dunque è utile richiede l'esame delle feci. Può esistere un quadro di tossiemia.

Decorso. Può essere recidivante (con remissioni che possono durare anche anni); cronica lentamente ingravescente o forma acuta distinta in lieve o severa:

<i>Forma acuta lieve</i>	<i>Forma acuta severa</i>
Scariche/die < 4	Scariche/die >6
Poco sangue nelle feci	Molto sangue nelle feci
Febbre < 39°C	Febbre > 39°C
Ritmo cardiaco normale	Tachicardia
VES normale	VES aumentata
Hb normale	Hb < 10g/dL

Le malattie associate a RCU sono: eritema nodo, spondilite anchilosante, artrite reumatoide, manifestazioni oculari, miocardiopatia degenerativa, epatopatia (colangite sclerosante), anemia, leucocitosi, ipoproteinemia.

### Complicanze

- perforazione libera o coperta in peritoneo
- megacolon tossico con dilatazione del colon > 5cm
- emorragia massiva
- stenosi benigna non accentuata come nel Chron
- trasformazione in adenocarcinoma sincrono o metacrono in relazione alla durata della malattia o alla sede (più frequentemente al colon sx)

## Diagnosi

Rx addome con contrasto: aspetto tubuliforme del discendente per perdita degli haustra.

Ecoendoscopia con biopsia: colon spastico per lunghi tratti, ulcere e pseudopolipi.

## Terapia

Il trattamento medico con mesalazina o salazopina, acido 5-amino-salicilico, corticosteroidi e Ab monoclonali è responsivo nell'85% dei casi.

La terapia chirurgica è indicata in caso di refrattarietà al trattamento medico o in caso di complicanze. E' elettiva in bambini con persistenza della malattia dopo 2 anni di terapia medica, per evitare la somministrazione di cortisonici o per scongiurare il ritardo della crescita.

Nell'adulto la chirurgia è indicata in caso di refrattarietà alla terapia medica, in caso di manifestazioni sistemiche, in caso di neoplasie o motivazioni personali.

Ancora la chirurgia è indicata in caso di perforazioni o emorragia massiva.

Si può effettuare:

1. proctocolectomia totale con pouch ileale: si anastomizzano due anse ileali che formano una sorta di raccoglitore per diminuire il numero delle scariche a 4-8/die in luogo di 15/16 die!  
La tasca ileale si confeziona ad S, W o Y.
2. Ileosigmoidostomia con anastomosi termino-laterale se sigma e retto sono indenni.
3. Ileo-retto-stomia: il materiale viene momentaneamente deviato all'esterno con ileo-stomia per permettere la guarigione della rettostomia, dopodichè l'ileostomia viene eliminata.