

RENATO ROSSI GIUSEPPE RESSA

IL MANUALE DI CLINICA PRATICA



trentaseiesimo modulo

© 2004 Pillole.org

Edito on line da Pillole.org - © 2004 Pillole.org tutti i diritti riservati – riproduzione vietata
XXXVI modulo pag. 1 di 16

IL COLON IRRITABILE

Rossi:

Il colon irritabile è una sindrome clinica ad etiologia ignota definita sulla base dei cosiddetti "Criteri di Roma", vale a dire dei criteri diagnostici messi a punto da un comitato di esperti e più volte rimaneggiati (ormai siamo arrivati alla terza versione).

Preferisco però risparmiare all'amico Ressa la sofferenza di elencare puntigliosamente questi criteri che circolano tra gli esperti ma sono praticamente ignorati dal MMG.

Ressa:

Sei un amico, anche perché, in tutta onestà, mi fa sorridere pensare ad esperti che si riuniscono periodicamente per definire il "colon irritabile", con tutto il rispetto ovviamente.

Rossi:

In realtà i *sintomi* sono semplicemente una combinazione di dolore e gonfiore addominale (che si alleviano con la defecazione) e/o alterazioni dell'alvo (stipsi e/o diarrea). A seconda della prevalenza di stipsi o diarrea si distinguono il colon irritabile "stipsi dominante", "diarrea dominante" o "forme alternanti". Ci possono essere altri sintomi o segni come presenza di muco bianco nelle feci, sensazione di incompleto svuotamento, borborigmi, urgenza, tenesmo.

Ressa:

Li ho tutti!!

Rossi:

Non mi occuperò delle **fisiopatologia**. Basti sapere che attualmente si dà molto credito al ruolo dei neurotrasmettitori (serotonina, neurochine ecc.) implicati nella regolazione della motilità e della sensibilità intestinali.

Ressa:

Quanto è frequente?

Rossi:

Si calcola che soffra di colon irritabile tra il 10% e il 20% della popolazione con una maggior **frequenza** tra i 20 e i 50 anni e fra le donne.

E' difficile però avere dati epidemiologici precisi perché la diagnosi della sindrome è clinica e i criteri diagnostici variamente interpretati. In alcuni casi il medico può scambiare per colon irritabile banali disturbi digestivi transitori. La sindrome invece è caratterizzata dalla persistenza nel tempo, per cui di solito è il paziente stesso che ci dirà di aver sempre sofferto di "colite".

Ressa:

Secondo me verrà trasferita dai libri di patologia a quelli di fisiologia.

Rossi:

Anche se non è stata dimostrata alcuna associazione con un aumento della mortalità, o con una aumentata incidenza di malattie infiammatorie croniche (colite ulcerosa e Crohn) o di tumori del tubo digestivo, la sindrome del colon irritabile porta ad una compromissione, talora importante, della qualità di vita (aumento delle visite mediche e degli accertamenti, perdita di giornate di lavoro o di scuola, impatto negativo sui rapporti interpersonali)

Ressa:

Su quest'ultimo punto non mi soffermerei troppo, visto che le manifestazioni del colon irritabile si

accentuano, spesso, negli incontri “galeotti”.

Rossi:

Ci sono pazienti con la forma "diarrea dominante" che evitano di uscire di casa per l'impossibilità di controllare i loro sintomi.

La **diagnosi** si basa sui sintomi descritti ma ovviamente bisogna escludere la presenza di una patologia organica.

Vanno ricercati i cosiddetti **sintomi di allarme**, che dovrebbero indirizzare il medico alla richiesta di accertamenti strumentali: esordio dopo i 50 anni, perdita di peso, sanguinamento rettale, diarrea persistente, febbre, afte orali, masse addominali, anemia, leucocitosi, aumento degli indici di flogosi (VES, PCR), aumento del TSH, alterazioni elettrolitiche.

Di solito in assenza di segni di allarme e di fronte ad un quadro clinico suggestivo non è necessario eseguire indagini strumentali. Numerosi studi hanno dimostrato che la richiesta di **indagini "di esclusione"** non è utile a modificare il primo inquadramento diagnostico se si tiene conto di quanto prima detto (1). Tuttavia è vero che non si debbono scambiare gli studi per il mondo reale.

Come per la cefalea, in un paziente con sintomi persistenti o ricorrenti spesso si ricorre ad accertamenti ecografici o endoscopici, sia per rassicurare il paziente stesso (ma anche il medico), sia perchè nulla vieta che un soggetto con colon irritabile possa avere per esempio anche una neoplasia del tubo digerente.

Va allora portata attenzione anche ad un altro segno e cioè il cambiamento di sintomi rispetto a quelli "soliti" per quel paziente.

Una questione per ora ancora sul tappeto è il rapporto tra colon irritabile e celiachia (2). Anche se studi recenti sembrano negare ogni legame (10) penso sia utile eseguire i test per la esclusione del morbo celiaco (rimando al capitolo relativo).

In definitiva dopo l'anamnesi e l'esame obiettivo una batteria di **esami di primo livello** potrebbe essere la seguente: emocromo, VES, PCR, TSH, elettroliti, anticorpi antitransglutaminasi.

Nella maggior parte dei casi questo dovrebbe essere sufficiente ad inquadrare il paziente. Si è visto che in più del 90% dei casi inquadrati inizialmente come colon irritabile la diagnosi veniva confermata a distanza di anni (3,4).

Ressa:

Aggiungerei di pensare anche a una parassitosi, persino negli adulti, ultimo mio errore in una ultra cinquantenne, riscattato da una diagnosi di Crohn, 24 ore dopo quella errata di colon irritabile da parte di un noto gastroenterologo.

L'errore era marchiano (dolorabilità in fossa iliaca destra, febbre, resistenza alla palpazione, delle chiare crisi subocclusive); sono convinto che il collega si sia fatto sviare, nella diagnosi, dal linguaggio corporeo della paziente, estremamente ansiosa, il famoso errore diagnostico da lavagna diagnostica non ripulita.

Rossi:

La **terapia** è spesso il punto dolente. I pazienti possono rispondere a qualche forma di trattamento ma invariabilmente recidivano a distanza di tempo.

Pur non essendo causato dallo stress indubbiamente situazioni conflittuali di tipo psico-sociale possono aggravare o riaccendere i sintomi. Alcuni studi mostrano un certo beneficio con pratiche psico-comportamentali (5) ma la trasferibilità di questi dati nella pratica della MG è difficile.

Anche i fattori dietetici non sono un momento patogenetico della malattia ma è esperienza comune trovare pazienti che riferiscono riacutizzazioni o peggioramento dei sintomi dopo assunzione di determinati cibi oppure dopo eccessi alimentari. In questi casi il consiglio ovvio è quello di astenersi da quei cibi che il paziente conosce bene come capaci di risvegliare la sintomatologia.

Alcuni pazienti accusano comparsa di sintomi (soprattutto diarrea) dopo l'assunzione di latte. In

alcuni casi potrebbe trattarsi di intolleranza al lattosio anche se i rapporti tra le due condizioni non sono chiari. Talora può essere utile un breve periodo di astensione dal latte.

Ressa:

Se non sei intollerante al lattosio non sei nessuno, un dotto collega l'ha appena "diagnosticata" a un mio paziente di 86, dico 86 anni, sulla base di un Breath Test.

Rossi:

Le **terapie farmacologiche** proposte sono varie ma una recente revisione sistematica conclude che in generale l'efficacia non è superiore al placebo (6).

Gli antispastici (da soli o in associazione ad ansiolitici) vengono prescritti frequentemente anche se la maggior parte degli studi non sono qualitativamente buoni. Tuttavia è esperienza comune che essi riducono la sintomatologia dolorosa ma non la stipsi o la diarrea (7).

Alcuni hanno proposto l'uso degli antidepressivi (come la paroxetina) ma il loro uso rimane ancora da definire. Gli SSRI sembrano avere una certa efficacia ma è difficile definire l'entità del beneficio così come la loro superiorità rispetto ai triciclici [11].

Nei casi con sintomatologia diarroica importante si usa la loperamide che può avere un buon controllo sul sintomo.

Alcuni pazienti trovano utile un suo uso "anticipato" in determinate situazioni che potrebbero scatenare la diarrea (un viaggio, un colloquio importante ecc.)

Ressa:

Già fatto per l'ultimo aspetto.

Rossi:

Nei casi in cui la componente principale sia la stipsi si usano lassativi. Sono preferibili i lassativi formanti massa (tipo crusca) oppure quelli osmotici (tipo lattulosio). Bisogna educare il paziente a non abusare dei lassativi correggendo l'idea sbagliata che l'evacuazione deve essere giornaliera. Purtroppo l'abuso di lassativi in questi soggetti è frequente e l'opera del medico risulta alquanto difficile.

Sul meteorismo si usano di solito dimeticone o carbone vegetale ma non ci sono dati che confermano la loro efficacia anche se non è raro trovare pazienti che ne traggono beneficio, magari temporaneo (effetto placebo?).

Recentemente sono entrati in uso alcuni farmaci antagonisti dei recettori della serotonina che riducono il transito intestinale e la sensibilità viscerale. Uno di questi, l'alosetron, si è dimostrato efficace ma gravato da gravi effetti collaterali (soprattutto colite ischemica e stipsi importante) per cui è stato approvato dalla FDA solo per casi molto selezionati. Un altro, il cilansetron, è in fase di sperimentazione.

Un altro versante è quello degli agonisti parziali della serotonina. Attualmente è approvato solo il tegaserod che sembra abbastanza efficace e con un buon profilo di sicurezza (8,9) anche se è ancora presto per trarre conclusioni definitive.

In conclusione il trattamento è spesso scoraggiante sia per il paziente che per il medico. Per questo è importante instaurare già da subito una relazione onesta che chiarisca al paziente che il suo disturbo non è pericoloso per la salute (spesso i pazienti temono di avere una malattia grave dell'intestino), che i disturbi sono ovviamente fastidiosi o anche molto disturbanti e nessuno mette in dubbio la sofferenza che possono produrre, che esistono delle terapie che li possono alleviare ma che con tutta probabilità i sintomi si ripresenteranno ancora nel tempo. Se si riesce a non creare aspettative esagerate nel paziente sarà più facile favorire il "coping" [12], che non vuol dire solo adattarsi a convivere con il disturbo ma anche saperlo affrontare attivamente.

Bibliografia

1. Tolliver BA. Am J Gastroenterol 1994; 98:176
2. Sanders DS et al. Lancet 2001; 358: 1504
3. Owens Dm et a. Ann Intern Med 1995; 122:107
4. Adenij OA et al. Am J Gastroenterol 2002; 97:S273
5. Guthrie E et al. Br J Psychiaty 1993; 162:315
6. Brandt LJ et al. Am J Gastroenterol 2002; 97:S7
7. Jailwala J et al. Ann Intern Med 2000; 133:136.
8. Schoenfeld P et al. Gastroenterology 2002; 112: A1486
9. Nyhlin H, et al.Scand J Gastroenterol 2004;39:119
- 10.Locke III Gr et al. Mayo Clin Proc 2004;79:476
- 11.Tabas G. et al. Am J Gastroenterol May 2004;99:914-20
- 12.Cayley WE. Irritable bowel syndrome. BMJ 2005 Mar 18; 330:632

FOLLOW-UP DELLE MALATTIE GASTROINTESTINALI

Malattia da reflusso gastro-esofageo (GERD)

In caso di esofagite di I° grado (erosione unica) o di II° grado (erosioni multiple) non è necessario un follow-up endoscopico; in caso di esofagite di III° grado (erosioni confluenti) o di IV° grado (stenosi, ulcera) è opportuno un controllo dopo 4-6 mesi onde valutare la guarigione delle lesioni.

Se vi è esofago di Barrett (presenza di epitelio colonnare con metaplasia intestinale nell'esofago distale) bisogna distinguere: se la sostituzione dell'epitelio squamoso con epitelio colonnare è di tipo gastrico (cardiale o fundico) si consiglia una endoscopia dopo 5 anni; se è di tipo intestinale vero e proprio si esegue una EGDS dopo 2 anni se non vi è displasia, in caso di displasia di alto grado il paziente va inviato al chirurgo per ablazione della zona lesa, in caso di displasia di basso grado si controlla dopo 3 mesi e se persistono le lesioni di basso grado si ricontrolla dopo 6 mesi, se al contrario la displasia è scomparsa si ricontrolla dopo un anno.

In caso di recidiva sintomatologica della malattia da reflusso G-E non si ritiene opportuno un controllo endoscopico con l'eccezione dei pazienti con sintomi atipici o di allarme.

Gastriti croniche

Nella gastrite cronica non atrofica il comportamento non è ben codificato. Alcuni consigliano di eseguire un breath test e di eradicare l'*Helicobacter Pylori* (HP) in caso di positività.

In caso di gastrite cronica atrofica l'eradicazione di HP è fortemente consigliata; il successivo follow-up si attua solo nel caso di pazienti giovani, di gravi atrofie, di familiarità positiva per neoplasia gastrica.

Se la gastrite cronica atrofica si associa a metaplasia intestinale diffusa oltre alla eradicazione di HP si consiglia una EGDS con biopsia dopo 2 anni.

Se la gastrite cronica atrofica si accompagna a displasia bisogna distinguere: per displasie di basso grado si eradica l'HP e si esegue una EGDS con biopsia ogni 6 mesi fino a 3 controlli consecutivi negativi, se la displasia è di alto grado va fatta una rivalutazione delle biopsie e se viene riconfermato l'alto grado il paziente va inviato al chirurgo per intervento oppure si esegue una mucosectomia laser endoscopica.

Ulcera peptica

Nell'ulcera duodenale, dopo il trattamento e l'eradicazione di HP, non è consigliato un follow-up endoscopico ma solo la conferma della eradicazione dell'HP tramite breath test (o la ricerca degli antigeni dell'*Helicobacter* nelle feci); tuttavia va valutato l'esame istologico delle biopsie della mucosa gastrica effettuate durante l'endoscopia e in caso di gastrite cronica il comportamento segue quello consigliato per queste.

Nel caso di ulcera gastrica il paziente va trattato ed eradicato e dopo 6-8 settimane va ricontrollato per verificare sia l'eradicazione che la guarigione dell'ulcera. Il comportamento successivo dipende dal controllo endoscopico e dalla valutazione dell'esame istologico delle biopsie effettuate.

In caso di recidiva sintomatologica in un paziente con pregressa diagnosi di ulcera peptica (gastrica e duodenale) va eseguita una EGDS diagnostica.

Nei pazienti con pregressa resezione per ulcera il comportamento circa un eventuale follow-up endoscopico è ancora sub-judice (controllo della zona anastomotica); è indicata comunque la ricerca e l'eradicazione di HP.

Polipi del colon

Nei polipi con scarsa o nulla potenzialità neoplastica (polipi iperplastici, polipi infiammatori, polipi giovanili) non è indicato un follow-up endoscopico.

Nei casi di polipi con potenzialità evolutiva (adenoma tubulare, villosa o misto) è invece consigliato un follow-up endoscopico secondo le seguenti linee guida:

- a. polipo singolo < 1 cm o multipli < 5 mm: colonscopia a 5-10 anni
- b. polipo > 1 cm o polipi multipli: colonscopia a 3 anni (se negativa per adenomi ulteriore controllo a 5 anni, se positiva per adenomi ulteriore controllo a 3 anni)
- c. polipo con carcinoma intramucoso completamente asportato per via endoscopica: colonscopia dopo un anno (se negativa ulteriore controllo dopo 3 anni).

Nella poliposi adenomatosa familiare (FAP) e nella sindrome di Peutz-Jeghers si consiglia un controllo endoscopico ogni anno

Familiarità per cancro del colon

Nel caso si tratti di una familiarità generica per carcinoma sporadico (familiari di primo grado) si consiglia una colonscopia ogni 5 anni a partire dalla quarta decade di vita (se l'insorgenza del cancro del colon nel familiare è avvenuta dopo i 65 anni questo intervallo può essere maggiore).

Nel caso di cancro coloretale ereditario non poliposico (o sindrome di Lynch) si consiglia una colonscopia ogni 1-2 anni a partire dalla seconda decade di vita.

Pazienti operati di cancro gastrointestinale

Il comportamento è diverso a seconda della sede anatomica interessata.

Cancro esofageo: si consiglia una EGDS ogni 2 anni per 5 anni.

Cancro gastrico: in caso si sia trattato di un cancro gastrico avanzato è opportuna una EGDS ogni anno; se si trattava di un "early gastric cancer" si esegue un controllo dopo 6-12 mesi e poi controlli annuali per 10 anni.

Ci si può chiedere se la sorveglianza serva nei gastrectomizzati totali. In altre parole scoprire eventuali recidive locali anticipatamente serve a ridurre la mortalità? In realtà non lo sappiamo. Comunque recidive su moncone sono possibili nel 10-20% dei casi e, anche se le possibilità di intervento sono scarse, le linee guida rimarcano il fatto che esse sono suscettibili di resezione nel 10% dei casi.

Cancro del colon: colonscopia ogni anno per i primi 2 anni e poi ogni 3 anni.

Se il paziente ha più di 80 anni o una limitata aspettativa di vita per presenza di altre patologie gravi la sorveglianza endoscopica va sospesa.

Malattie infiammatorie croniche dell'intestino

Nelle malattie infiammatorie croniche dell'intestino l'endoscopia riveste un ruolo fondamentale in tre momenti:

- a. all'esordio dei sintomi per la diagnosi
- b. in seguito nella gestione clinica della malattia per il monitoraggio dell'evoluzione e dell'efficacia della terapia
- c. a lungo termine nella sorveglianza profilattica: si ritiene infatti che l'esistenza di una

infiammazione cronica costituisca una condizione favorevole per lo sviluppo di neoplasie, correlata all'estensione, alla durata della malattia e alla presenza di displasia (che è considerata l'indicatore più pericoloso di rischio di sviluppo di cancro).

Nella **rettocolite ulcerosa (RCU)** la colonscopia è importante quindi all'inizio per la diagnosi e per valutare l'estensione/gravità della malattia e in seguito nella gestione clinica qualora il paziente non risponda alla terapia per rivalutare severità e progressione (quindi il protocollo di follow-up deve essere flessibile, basato sulla risposta clinica del paziente).

Inoltre 10 anni dopo l'esordio della malattia si consiglia una colonscopia annuale se si tratta di una RCU estesa, mentre il controllo annuale è consigliato 15 anni dopo l'esordio se si tratta di una RCU sinistra; in caso di semplice proctite non è necessaria sorveglianza.

Nel **morbo di Crohn** la colonscopia è importante all'inizio per la diagnosi e in seguito per la gestione clinica (efficacia dei farmaci, complicanze); per la sorveglianza profilattica si consiglia una endoscopia annuale 10 anni dopo l'esordio della malattia.

E' vero che il Crohn classicamente colpisce l'ileo terminale, ma questa localizzazione isolata è presente "solo" nel 35% dei casi, mentre nel 45% dei casi è interessato sia ileo che colon e in ben il 20% dei casi l'interessamento riguarda solo il colon.

Da qui il razionale d'uso dell'endoscopia anche perchè attualmente le tecniche endoscopiche permettono la visualizzazione diretta e la biopsia dell'ileo terminale. Può essere di aiuto per la diagnosi anche il clisma del tenue che mette in evidenza irregolarità, rigidità e restringimento dell'ileo terminale.

E' stata proposta anche l'ecografia addominale con studio dell'ultima ansa ileale ma è necessaria una particolare abilità dell'ecografista e l'utilità maggiore degli ultrasuoni attualmente è quella di differenziare il Crohn da patologie ginecologiche che possono provocare dolore nei quadranti inferiori dell'addome e a livello pelvico e anche nel follow up di pazienti in cui la diagnosi è stata già posta.

La colonscopia virtuale

La colonscopia è utile da un lato a scopo diagnostico e dall'altro per la rimozione di adenomi del colon che, com'è risaputo, costituiscono un'importante lesione precancerosa. Tuttavia la colonscopia è un esame costoso, richiede una preparazione del colon fastidiosa, non è sempre ben sopportata, può portare a complicanze come sanguinamenti e perforazioni.

La **colonscopia virtuale** (detta anche colongrafia eseguita mediante TAC) potrebbe forse sostituire la colonscopia ottica. L'efficacia diagnostica di questa nuova metodica è stata valutata in uno studio di screening in cui i soggetti partecipanti vennero sottoposti, nella stessa giornata, dapprima a colonscopia virtuale e successivamente a colonscopia ottica [1]. I medici colonscopisti erano tenuti all'oscuro dei risultati ottenuti dai radiologici, che venivano comunicati successivamente nel caso fosse necessario eseguire una seconda colonscopia ottica.

La sensibilità della colonscopia virtuale fu del 93.8% per i polipi di almeno 10 mm, del 93.9% per quelli di almeno 8 mm e dell'88.7% per quelli di almeno 6 mm.

La colonscopia virtuale richiede la stessa pulizia del colon necessaria per la colonscopia ottica e l'inserimento di una cannula rettale per l'insufflazione di aria o diossido di carbonio per la distensione del colon. Fattori come la preparazione non ottimale e la limitata esperienza dei radiologici con questa nuova tecnica possono ridurre la performance.

Questo studio preliminare suggerisce comunque che la colonscopia virtuale è in grado di svelare polipi di almeno 6 mm di diametro con la stessa accuratezza dell'endoscopia tradizionale; in più permette di diagnosticare lesioni sconosciute da quest'ultima. Una questione non risolta rimane la dimensione soglia dei polipi oltre la quale inviare il paziente dall'endoscopista: una soglia di 10 mm probabilmente permette di diagnosticare quasi tutti i tumori e riduce la necessità di richiedere un

gran numero di colonscopie ottiche. Tuttavia bisognerà tener conto del fatto che molti pazienti e medici saranno poco propensi a non approfondire gli accertamenti se si troverà un polipo più piccolo, per il timore di ritardare la diagnosi di un cancro iniziale. Ancora, se la colonscopia virtuale dovesse diventare una metodica di screening, bisognerà assicurare una adeguata preparazione dei radiologici e una collaborazione stretta con gli endoscopisti, in quanto l'ideale sarebbe di poter eseguire, in caso di necessità, una colonscopia ottica subito dopo quella virtuale, sfruttando la preparazione dell'intestino. Curioso poi il fatto che, dopo aver eseguito l'esame, solo il 50% dei pazienti arruolati nello studio dichiarò che in futuro avrebbe scelto come test di screening la colonscopia virtuale contro un 41% che sceglieva l'endoscopia ottica. Forse questo dipende dal fatto che per molti è preferibile sottoporsi ad un solo esame che permette anche l'asportazione dei polipi, piuttosto che correre il rischio di due indagini.

D'altra parte è esperienza quotidiana che molti pazienti non vogliono assolutamente sottoporsi ad un esame invasivo come la colonscopia ottica. In questi soggetti la colonscopia virtuale potrebbe avere un ruolo ma bisogna essere chiari e informare che se l'esame dovesse risultare positivo probabilmente si renderà necessario il controllo endoscopico.

In conclusione, sono necessari ulteriori studi e analisi prima che la colonscopia virtuale trovi vasta applicazione.

Alle stesse conclusioni arrivano altri due studi [2,3]. Insomma gli studi raffreddano molto gli entusiasmi.

Bibliografia

1. Pickhardt PJ et al. Computed Tomographic Virtual Colonoscopy to Screen for Colorectal Neoplasia in Asymptomatic Adults. N Engl J Med 2003; 349: 2191-2200
2. Cotton PB et al. Computed Tomographic Colonography (Virtual Colonoscopy). A Multicenter Comparison With Standard Colonoscopy for Detection of Colorectal Neoplasia. JAMA 2004; 291:1713-1719
3. Rockney DC et al. Analysis of air contrast barium enema, computed tomographic colonography, and colonoscopy: prospective comparison. Lancet, Published online December 17, 2004

INDICAZIONI PER LA RICHIESTA DI ESAMI ENDOSCOPICI IN AMBITO GASTROENTEROLOGICO

Colonscopia

La colonscopia è un esame invasivo che richiede tempo, può essere dolorosa e non scevra di complicazioni. A seconda delle casistiche la mortalità si aggira sullo 0.02%-0.06%, la perforazione intestinale può arrivare allo 0.2%-0.5%, il sanguinamento si può verificare nello 0.1%-3%. Sono inoltre possibili complicanze cardio-respiratorie, legate soprattutto alla sedazione, fino all'1.3% dei casi.

E' opportuno quindi richiedere una colonscopia solo nei casi di reale utilità e necessità.

Le controindicazioni alla colonscopia sono la diverticolite acuta, se si sospetta una perforazione intestinale e i pazienti non collaboranti (per esempio psicopatici).

Di seguito riportiamo alcune indicazioni generalmente considerate appropriate, tenendo conto che in casi particolari considerazioni diverse possono giustificare il ricorso all'esame anche per situazioni non codificate.

Anemia sideropenica

E' opportuno richiedere una colonscopia in tutti i soggetti > 50 anni oppure a rischio di cancro colon-rettale (per esempio per adenomi o per familiarità).

Nei soggetti < 50 anni la colonscopia va richiesta se la EGDS è risultata negativa e se non si riesce a scoprire altre cause di anemia. Vanno escluse ovviamente cause di tipo ginecologico (vedi anche capitolo sulle anemie).

Ematochezia

La prevalenza del cancro del colon in soggetti con sanguinamento rettale si aggira attorno al 10-15% a seconda delle casistiche. In tutti i casi è opportuno eseguire una ano-proctoscopia.

Se il soggetto ha meno di 50 anni e viene identificata una fonte di sanguinamento probabilmente non conviene richiedere la colonscopia. Se invece non viene identificata una fonte di sanguinamento oppure se il soggetto ha più di 50 anni o è a rischio aumentato di cancro del colon (familiarità per cancro o adenomi, pregresso riscontro di adenomi) è opportuno far eseguire comunque una colonscopia.

Dolore addominale e stipsi

La colonscopia è indicata nel paziente > 50 anni che presenti alterazioni dell'alvo (soprattutto stipsi), siano queste associate o meno a dolore addominale, qualora non abbia eseguito in precedenza l'endoscopia.

Diarrea

Può essere indicata una colonscopia nei casi in cui la diarrea dura da più di 3 settimane.

Riscontro di sangue occulto nelle feci

In questo caso è generalmente accettato il ricorso alla colonscopia e in seconda istanza, se questa risulta negativa, la EGDS.

Follow-up

Vedi sopra per quanto riguarda il follow-up degli adenomi, del paziente operato di cancro del colon o di quello affetto da malattie croniche intestinali.

Indicazioni non accettate

Non è necessario richiedere una colonscopia nella sindrome del colon irritabile a meno che non vi siano variazioni nella sintomatologia. Il problema è che la diagnosi qualche volta viene fatta per esclusione quindi può essere ammesso richiedere l'endoscopia nei casi in cui la terapia sia inefficace, per escludere una patologia organica.

Inoltre nei casi di sanguinamento del tratto digestivo alto o di melena se è già stata identificata una causa alta non serve richiedere anche una colonscopia.

EGDS

L'esame endoscopico del tratto digestivo superiore è indicato nei casi di **dispepsia** se vi sono segni di allarme (anemia, calo ponderale, sanguinamento, sangue occulto positivo, vomito persistente) o se il paziente riferisce di aver assunto farmaci potenzialmente gastrolesivi. Inoltre dovrebbe essere il primo approccio nei pazienti dispeptici > 45-50 anni.

Nel caso di dispepsia prima dei 45-50 anni è invece indicato un tentativo terapeutico empirico o il cosiddetto test and treat, secondo quanto già detto nel capitolo sulla dispepsia. In alcuni casi però può essere utile richiedere comunque una EGDS, per assicurare il paziente. In effetti è stato visto che una gastroscopia negativa riduce il numero di visita mediche e migliora la qualità di vita. Una EGDS si impone ovviamente nei pazienti dispeptici giovani che non rispondono alla terapia o che mostrano una variazione dei loro disturbi.

Nel caso di **MRGE** l'endoscopia è indicata nei casi che non rispondono alla terapia (ma spesso anche qui si richiede una EGDS a tantum per confermare la diagnosi e per escludere altre patologie). Per il follow-up della MRGE e della esofagite, vedi sopra.

Nell'**ulcera duodenale** senza complicazioni HP positiva non è indicato alcun controllo successivo alla prima EGDS se il paziente risponde bene alla terapia. Invece l'EGDS di controllo diventa necessaria se l'ulcera duodenale è complicata e nel caso di ulcera gastrica (vanno ripetute le biopsie).

Un caso particolare è quello del paziente con pregressa ulcera duodenale trattata con successo che recidiva. In questo caso può essere accettabile far eseguire un test per HP e trattare in seguito con uno schema eradicante diverso, riservando l'endoscopia ai casi che non rispondono. Se però l'HP test è negativo e/o i sintomi appaiono diversi o più gravi è necessario far eseguire una nuova EGDS. Se il paziente ha un'ulcera da FANS può essere utile un controllo dopo 4-6 settimane, soprattutto se la terapia antinfiammatoria deve essere continuata. In questi casi comunque è forse preferibile ricorrere a farmaci alternativi come l'associazione paracetamolo + codeina o il tramadolo.

Nel caso di **polipi gastrici** il controllo endoscopico è necessario solo nei polipi adenomatosi (a distanza di circa 12 mesi) per verificare la comparsa di nuovi polipi oppure l'insorgenza di un adenocarcinoma iniziale nelle mucose adiacenti. I polipi gastrici adenomatosi comportano infatti un aumento del rischio neoplastico.

I pazienti **gastroresecati per ulcera** (se ne vedono sempre meno) hanno un aumento del rischio di comparsa del cancro gastrico a livello del moncone dopo 25 anni dall'intervento, tuttavia si è visto che il follow-up endoscopico non riduce la mortalità per cui bisognerà valutare da caso a caso.

Altre indicazioni approvate della EGDS sono l'ematemesi, la melena, la presenza di sangue occulto fecale (nel caso di colonscopia negativa), la presenza di disfagia o odinofagia, il sospetto di varici esofagee nel paziente epatopatico, l'anemia sideropenica, il dolore toracico (nel caso di accertamenti cardiologici negativi).

Non è in genere considerata appropriata la richiesta di una EGDS nei soggetti inferiori a 45 anni con dispepsia o sintomi di reflusso che non siano stati prima trattati empiricamente. Altre indicazioni non appropriate sono l'ernia iatale asintomatica o senza complicazioni e la deformazione

del bulbo duodenale asintomatica.

Ovviamente anche per la EGDS vale quanto detto per la colonscopia: occasionalmente e per particolari considerazioni di ordine clinico può essere giustificato ricorrere all'esame anche in presenza di condizioni non codificate.

Bibliografia

Per la stesura di questo capitolo sono state consultate le linee guida elaborate dalle società gastroenterologiche del Triveneto (AIGO, SIED, SIGE), a cura di Crestani B. et al. e le linee guida dell'AIGO (Associazione Italiana Gastroenterologi ed endoscopisti ospedalieri) reperibili liberamente al sito <http://aigo.org>.

UN CASO PER CRETINETTI: “QUELLA STRANA TROMBOSI”

La paziente è una signora ultraottantenne logorroica, ipertesa da molti anni, affetta da cardiopatia ischemica, litiasi biliare e urinaria, insufficienza venosa degli arti inferiori; a un controllo ecografico periodico dell'apparato urinario viene casualmente rilevata, oltre alla solita microlitiasi, una massa solida di 2,5 cm di diametro massimo.

La signora chiama Falchetto a casa perché improvvisamente ha accusato dolenzia alla coscia destra; all'esame obiettivo il medico rileva un edema della stessa e un aumento della temperatura della cute sovrastante.

Fa diagnosi di probabile tromboflebite profonda consigliando un ecodoppler di conferma.

La paziente afferma di avere un carissimo amico angiologo e lo consulta: la diagnosi viene confermata; il trattamento prevede inizialmente eparina e anticoagulanti embriati, poi per sei mesi solo cumarinici.

Il vaso si ricanalizza; dopo pochi mesi la sindrome si ripresenta e viene seguita la terapia precedente.

Dopo tutte queste vicissitudini, Falchetto viene chiamato, d'inverno, al domicilio dalla paziente per una febbre di 37,5 gradi; egli tenta di spiegarle che, essendo vaccinata, il decorso potrebbe essere benigno ma, date le insistenze, si reca dalla stessa.

La paziente si scusa per il disturbo affermando di “sentirsi uno straccio”, Falchetto l'accompagna in camera e, visitandola, nota solo un intenso pallore della cute e delle mucose, fa presente questo rilievo alla paziente che però non ammette discussioni, addebitandolo al semidigiuno degli ultimi giorni e all'influenza che l'ha molto debilitata.

Falchetto insiste, pregandola di recarsi in studio una volta guarita, dato che questo pallore non gli era mai saltato agli occhi malgrado le frequenti visite ambulatoriali. Dopo qualche giorno la signora si fa viva e Falchetto prescrive alcuni esami del sangue che rilevano anemia microcitica ipocromica e sideropenia, vorrebbe cercarne la causa, ma la paziente tergiversa.

Dopo un mese di assoluto silenzio, viene in studio la figlia con una richiesta di terapia marziale prescritta dal dottor Cretinetti, primario presso la Clinica Salus Salus. Falchetto chiede spiegazioni ma la donna insiste dicendo che il professore ha visitato la madre a fondo, ha fatto eseguire altre analisi, compresi i marker tumorali – che sono negativi – e che la terapia “va fatta e basta”.

Falchetto si rifiuta di ricopiare la prescrizione, spiega alla paziente una connessione diagnostica che gli si è accesa nel cervello; viene guardato con scetticismo e sufficienza ma, alla fine, la figlia si convince e fa eseguire alla madre un esame strumentale che conferma l'ipotesi diagnostica e i sospetti.

Adenocarcinoma mucoso del cieco moderatamente differenziato con infiltrazione a tutto spessore compresa la sottosierosa; quattro dei linfonodi sono sede di metastasi; stadio T3, N2, Mx G2.

Condiderazioni metodologiche

Faccio alcune considerazioni sulla vicenda. La lesione renale è di 2,5 cm con contorni regolari, non infila e non comprime, è al polo inferiore del rene destro. Il radiologo consiglia controlli seriati nel tempo.

Quando la tromboflebite recidiva dopo pochi mesi, nessuno si chiede perché. Falchetto è stato espropriato del caso dell'amico angiologo, ma in nessuno dei due si accende la lampadina.

L'errore diagnostico diventa pericoloso quando interviene Cretinetti, il luminare si fida solo dei marker tumorali: sono negativi, QUINDI non c'è tumore.

Per fortuna Falchetto unisce i due elementi importanti: TVP recidivanti e anemia sideropenica.

Egli non pensa al rene perché nei suoi ricordi la sindrome paraneoplastica da carcinoma renale dà policitemia, pensa subito al colon e fa eseguire la colonscopia.

Da notare che la paziente ha fatto quasi un anno di terapia anticoagulante, è stata allertata sul fatto di guardare sempre feci e urine e non ha mai notato nulla di anomalo; un anno di anticoagulanti non è bastato a far sanguinare questa paziente, pur portatrice di un cancro colico.

Sottoposta ad emicolectomia destra, si è ripresa, fa la terapia marziale e l'anemia guarisce, la TVP non si presenta più, ma la masserella renale è sempre lì.

Dopo pochi mesi presenta alcuni episodi di fibrillazione atriale parossistica per cui si decide di metterla sotto terapia anticoagulante cronica, ritorna in studio dopo qualche tempo con 8,8 g di emoglobina, cioè punto e a capo. Falchetto è in crisi: rifare la colonscopia? la biopsia del rene? Con quale risvolto pratico dato che la signora ha 84 anni? La paziente ha le idee chiare: "Se mi opero di nuovo ci rimango". Esce dallo studio con la sua ricetta per la terapia marziale e promette di farsi rivedere. Falchetto arrossisce e prova MOLTA vergogna.

Epilogo

Falchetto fa eseguire una colonscopia ed una gastroscopia che non rilevano cause di sanguinamento, il PT INR è però 4.1; il collega endoscopista consiglia una capsuloscopia preceduta da un clisma opaco a d.c. perché la colonscopia non è riuscita a vedere tutto il viscere, causa presenza di feci, e teme che la telecamera si blocchi da qualche parte.

La paziente rifiuta, allora Falchetto prende la decisione di sospendere gli anticoagulanti pur in presenza di F.A., contemporaneamente ha dovuto anche sostenere un contenzioso col collega angiologo Cretinetti che continua a fare ecodoppler venosi agli aa. inferiori (perché probabilmente non crede che sia stata una s. paraneoplastica) e insiste che senza anticoagulanti la TVP tornerà sicuramente con possibili gravi conseguenze.

La paziente è spaventata ma alla fine segue i consigli di Falchetto inimicandosi per sempre Cretinetti; dopo quaranta giorni di terapia marziale l'emoglobina è risalita a 11 g, la paziente è rosea; l'ennesimo ecodoppler è negativo.

Non è la prima volta che si vedono anemie da perdita di ferro sotto anticoagulanti in cui non si riesce a dimostrare la sede del sanguinamento; ricordo una cardiopatica fibrillante che venne in studio con 5 g di emoglobina alla quale vennero eseguite le due endoscopie (gastrica e colica) senza rilevare nulla (forse sanguinava l'ileo?); a distanza di tempo furono riprescritti gli anticoagulanti (la paziente aveva avuto in passato un TIA carotideo ed era comunque fibrillante) e ci fu una recidiva con esami endoscopici di nuovo negativi, a quel punto furono sospesi per sempre.

UN CASO PER CRETINETTI: “QUEL PEL DI CAROTA”

Lei è una venticinquenne, classico “pel di carota”, bellissima, con trucco appariscente, hot pants fissi, sguardo civettuolo e ammiccante; camicette trasparenti con scollature profondissime; è nota per aver fatto perdere la testa a tutti i giovani del quartiere, uno dei quali, si tolse la vita per lei; spesso quando la si vede per strada si sente un “La Roscia, la Roscia!” e i presenti si fermano ad ammirarla.

Un attempato pensionato, vedovo senza figli, con possibilità economiche illimitate, le consente un tenore di vita sfarzoso e non in linea con il suo lavoro di impiegata ministeriale.

La vita, però, all’inizio era stata dura con lei perché la madre era stata abbandonata presto dal marito ed era morta, quando lei era bambina, per cause che la paziente ignora (parla vagamente di tumore, ma dice che sono notizie a lei riferite da amiche della genitrice), fu messa in un orfanotrofio per anni; tutti le dicono che la mamma era la sua fotocopia, non ha parenti.

Cretinetti ha la ventura di averla come paziente, raramente si presenta e le uniche occasioni di incontro sono per alcuni sanguinamenti rettali che Cretinetti addebita, dopo aver fatto alcune domande, a una replezione emorroidaria a cui segue la solita terapia.

Un giorno “La Roscia” torna da Cretinetti perché accusa un’astenia marcata, al medico pare di rilevare un pallore cutaneo ancora più intenso, in una pelle di per sé bianchissima, inoltre le mucose sono pallide; l’ipermenorrea, nota in anamnesi, si è accentuata.

Le analisi confermano un’anemia sideropenica con emoglobina a 8 g, Cretinetti inizia senza indugio una terapia marziale con parziale giovamento; dopo qualche mese, però, la sindrome si ripresenta.

Con molto imbarazzo, Cretinetti controlla la zona anale della paziente che mostra un plesso emorroidario congesto e sanguinante; le dice che l’unico sistema per impedire che questa anemia si ripresenti ciclicamente è fare una bella emorroidectomia ed assumere finalmente la pillola che la paziente ha sempre rifiutato paventando il rischio cancro.

L’operazione viene eseguita, la pillola viene assunta e le cose vanno molto meglio, ma poi l’anemia si ripresenta; la “Roscia” si ripresenta in studio, è stranamente dimessa, senza trucco, molto pallida.

Cretinetti la visita e nota un subittero sclerale che lo porta a consigliare una ecografia epatica, troppo tardi, la paziente morì pochi mesi dopo.

*

L’ecografia rilevò metastasi epatiche multiple, fu eseguita una coloscopia che mostrò il colon pieno di polipi e in più un cancro.

Cretinetti solo allora capì che la “Roscia” non era solo piena di lentiggini, come molte del suo genere ma, sul viso, c’erano ANCHE le chiazze della sindrome di PEUTZ-JEGHERS, infatti erano presenti (oltre nella regione periorale) anche sul prolabbio e sulla mucosa delle guance.

In realtà la paziente copriva quelle “lentiggini”, che detestava, con abbondante uso di cosmetici vari (come specificato nella storia), poi il rossetto rosso fuoco copriva le labbra, ma in bocca c’erano e visibilissime a tutti fuorché a Cretinetti.

Quando la “Roscia” si presentò per l’ultima visita, dimessa e struccata, Cretinetti notò meglio quelle macchie sul viso che però goffamente continuò a classificare come lentiggini.

La fine fu rapida e morì invocando la madre.

L’attempato amante si sparò un colpo di pistola alla tempia lasciando un messaggio “Non è giusto che sia morta prima di me”, questo scritto fu riferito a Cretinetti da un carabiniere della locale stazione, suo paziente.

Il giorno del funerale un lugubre tam tam si sentì nel quartiere, molte persone, saputo per strada l’accaduto, cessarono le proprie occupazioni e si accodarono al fiume di gente che si recava in chiesa, alcuni negozi chiusero le saracinesche.

Il parroco, che aveva conosciuto la madre della paziente, disse, con le parole rotte dalla commozione: “Un crudele destino ha accumulato madre e figlia”; al sentire questo, Cretinetti ebbe un singulto, il prete aveva fatto la diagnosi!

Cretinetti aiutò a portare la bara della giovane, poi seguì, con l’automobile, il corteo funebre fino al

camposanto.

Di pomeriggio aprì lo studio ma i colloqui con i pazienti furono molto scarni perché l'attonito medico si esprimeva a monosillabi, non riusciva a perdonarsi il fatto di non aver formulato in tempo la giusta diagnosi in una giovane che ne aveva inequivocabili segni nella zona più visibile: il VOLTO.

Passò alcune notti insonni, lo scrupolo non lo abbandonò più.

Spera che almeno Dio lo abbia perdonato, la "Roscia", morta a venticinque anni, sicuramente no.
