

Giugno 2015

05

MEDICINA MEDICINA SOCIETÀ SOCIETÀ

Direttore responsabile
Dr. Paolo Diotallevi

Le patologie del colon

- Quali sono
- Cosa fare



Studio Moglioni

studio dentistico



IMPLANTOLOGIA A CARICO IMMEDIATO

Solo Tre Ore
per una
**Masticazione
Perfetta**

Professionalità • Igiene • Qualità
Innovazione • Competenza
Tecnologia • Materiali • Sensibilità

Studio Dentistico Moglioni

Via Cristoforo Colombo, 348 - 00147 Roma

Info Line: 06.51.23.341

Lunedì - Venerdì > 09:30 - 13:00 > 15:30 - 19:00

www.studiomoglioni.it

MEDICINA
MEDICINA SOCIETÀ
 SOCIETÀ

IN QUESTO
 NUMERO

“Presentazione...” di <i>Cristina Patrizi</i>	2
Colon: dal sintomo alla diagnosi di <i>Flavio Bigi</i>	4
La coloscopia a fibre ottiche. Indicazioni e limiti di <i>Stefano Frattaroli</i>	7
La colonscopia virtuale. Quando farla? di <i>Paolo Diotallevi</i>	10
Il colon irritabile. Oltre il “secondo cervello” di <i>Giuseppe Sartiano</i>	13
<i>lo specialista risponde</i> I disturbi del colon in età pediatrica di <i>Domenico Lambiase</i>	15
“...Brevemente” di <i>Paolo Diotallevi</i>	16

MEDICINA SOCIETÀ

Editore **EOSMED®**

Via Prenestina 321 - Tel. 06299391

Direttore responsabile:
Dr. Paolo Diotallevi

Direttore editoriale:
Dr.ssa Elisabetta Diotallevi

Comitato di redazione:
Daniela De Benedictis,
Roberta Di Bona,
Valentina Gallo,
Antonella Fabrizi,
Gloria Ercoli.

Comitato scientifico:
Giuseppe Altomare,
Luigi Altomare,
Vittorio Altomare,
Flavio Bigi,
Laura Boffa,

Pier Leopoldo Borrelli,
Mario Buttinelli,
Raffaele Certomà,
Simone Di Rezze,
Stefano De Santis,
Remo Diotallevi,
Caterina Fragomeli,
Stefano Frattaroli,
Giuseppina Laganà,
Domenico Lambiase,
Laura Liberini,
Marco Liccardo,
Gabriele Mazzetti di Pietralata,
Enrico Moglioni,
Francesco Montella,
Rita Moure Lorenzo,
Eugenio Pezzuti,
Francesco Saverio Pastore,
Marina Rabagliati,
Emanuela Rastelli,
Benedetto Ronci,
Achille Sabatini,

Giuseppe Sartiano,
Tiziana Scaldaferrì,
Piero Siragusa,
Angelo Spagnuolo,
Francesco Suppressa,
Maria Teresa Triglia.

Progetto Grafico: P'artners

Stampa: Ograro - 00153 Roma
Vicolo dei Tabacchi, 1
Tel. 06 5818605
Giugno 2015

Questa rivista non è periodica
ed è pubblicata nel rispetto
delle Leggi n.47 del 8-2-1948, n.689
24.11.1981 e AA 4985 del 12.2.2001
e successive modifiche.

Ufficio Legale: Avv. Mario Chiaverini
Via Basile 15 - 00128 Roma

Presentazione

Le patologie del colon

È noto l'impegno profuso nel costante miglioramento della qualità delle prestazioni professionali diagnostiche e cliniche da parte del comitato scientifico e redazionale di Medicina-Società, coordinato dal Dott. Paolo Diotallevi.

Impegno che si concretizza, in questo numero, in un'ampia disamina ed approfondimento scientifico di alcune tra le più rilevanti situazioni cliniche e di diagnostica strumentale per immagini correlate alla patologia acuta e cronica del tratto gastrointestinale, sia in età pediatrica che nell'adulto.

Le mutazioni nello stile di vita e nelle abitudini alimentari sono strettamente correlati con vari livelli di evidenza, all'insorgenza di quadri patologici a localizzazione gastrointestinale. Anche la precocità dell'interessamento delle fasce di età più giovanili sembra essere correlato alle modificate abitudini (oltre che ad altri fattori).

Molto bene, quindi, un focus specifico su tali argomenti, finalizzato a fornire strumenti adeguati ed appropriati per una gestione e management ottimale del Paziente affetto da tali patologie, nell'ottica della razionalizzazione dei percorsi di presa in cura e follow-up.

Cristina Patrizi

- Responsabile Formazione ECM Ordine Medici Roma
- Segretario nazionale SIAMEG

Colon: dal sintomo alla diagnosi

Dr. Flavio Bigi

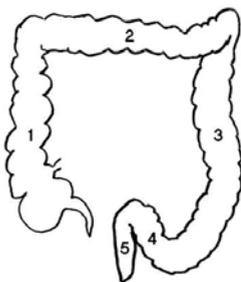
Medico Internista, Responsabile Servizio Medicina Interna Eosmed

Il colon (o intestino crasso) è quella parte del tubo digerente che si estende dalla valvola ileo-cecale all'ano. Il colon è lungo in media circa 130 cm. con diametro variabile nelle sue varie parti: colon destro, colon trasverso, colon sinistro.

Il colon destro (1) è costituito dal cieco e dal colon ascendente che si continua poi nel colon trasverso; dalla faccia mediale (interna) del cieco si distacca l'appendice vermiforme (la cui infiammazione è causa della ben nota appendicite).

Il colon trasverso (2) si estende dall'ipocondrio destro (dove si trova il fegato) a quello sinistro (ove si trova la milza) ed ha una lunghezza di 40-50 cm anche se talvolta può essere più lungo (dolicocolon).

Il colon sinistro si estende poi dalla flessura splenica fino al bacino e si divide in colon discendente (3), sigma (4) e retto (5): quest'ultimo termina con l'ano.



Il colon ha essenzialmente funzione di transito del materiale fecale con riassorbimento di acqua ed elettroliti.

Il riassorbimento dell'acqua è importantissimo se si considera che ogni giorno vengono riversati nel tubo digerente sotto forma di succhi digestivi circa 7 litri di liquidi, oltre l'acqua contenuta negli alimenti ingeriti. Se il materiale fecale progredisce troppo velocemente lungo il colon l'acqua in esso contenuta non potrà essere adeguatamente riassorbita e si produrrà diarrea (più di 3 scariche nelle 24 ore); al contrario, se il transito sarà troppo rallentato, l'acqua verrà riassorbita in eccesso determinando una eccessiva secchezza delle feci e conseguente stipsi (stitichezza: meno di 3 evacuazioni la settimana). Stitichezza e diarrea si associano spesso a dolore.

In estrema sintesi possiamo dire che le patologie del colon si esprimono essenzialmente con tre sintomi: diarrea, stipsi e dolori addominali. A questi va aggiunta l'eventuale presenza di sangue nelle feci, anche occulto.



La diarrea può dipendere da numerose cause tra cui farmaci (es. antibiotici, farmaci antidiabetici, antiacidi.ecc...), patologie infiammatorie croniche intestinali (rettocolite ulcerosa, morbo di Crohn, morbo celiaco...).

Ma la causa più frequente è certamente quella infettiva (circa 900.000 ricoveri anno negli USA) che fortunatamente nel 90% dei casi è autolimitante e si risolve entro 5 giorni con la semplice reidratazione e l'uso di farmaci antidiarroici. Gli agenti che più comunemente risultano in causa nelle diarree infettive sono essenzialmente: Salmonelle, Shighelle, Campylobacter, Yersinia, Escherichia coli, Vibrio, Giardia ed Entamoeba (stafilococco con tossine e Clostridium nella colite da antibiotici); Rotavirus (soprattutto nei bambini).

Come già accennato, la grandissima maggioranza dei quadri diarroici infettivi acuti è autolimitante; quindi nella pratica clinica non

è indispensabile richiedere un esame culturale delle feci per ogni episodio diarroico che verrà subito controllato mediante apporto di liquidi per via orale o per infusione, e anche con un antidiarroico se la frequenza delle scariche è elevata; una terapia antibiotica (Chinolonic e/o Macrolide) sarà prescritta se presente un importante coinvolgimento clinico o se si evidenzieranno sangue e leucociti abbondanti all'esame chimico delle feci. Una diarrea cronica più che a cause infettive deve invece far pensare a quadri infiammatori cronici della mucosa intestinale e del colon in particolare. Tra questi sicuramente quello più frequente e localizzato prevalentemente o esclusivamente al colon è la **rettocolite ulcerosa**, patologia da causa ancora sconosciuta, a verosimile patogenesi autoimmune, che in conseguenza di una flogosi della mucosa del retto-colon determina feci diarroiche e sanguinolente, spesso con dolori

addominali e sintomi sistemici (febbre, anemia, disidratazione) talora associati a quadri patologici non intestinali (dolori articolari, eritema nodoso, steatosi epatica, irite, congiuntivite...). L'andamento di tali sintomi è quanto mai variabile da soggetto a soggetto con quadri acuti intensi, oppure quadri più sfumati e cronici. La diagnosi deve essere la più veloce possibile e si ottiene grazie agli esami ematici di laboratorio (VES, PCR, Emocromo ecc), all'esame chimico-fisico delle feci e soprattutto alla colonscopia con esami biotici della mucosa intestinale. La terapia prevede numerosi farmaci che saranno prescritti spesso in associazione (cortisonici locali e/o per via orale, aminosalicilati, antibiotici, immunosoppressori, inibitori del TNF); il dosaggio, la durata e la associazione dei vari farmaci in terapia sarà funzione dalla gravità e persistenza del quadro clinico addominale e sistemico. Il **morbo di Crohn** si presenta con quadri clinici simili ma più intensi e con andamento clinico tendenzialmente più cronico e grave ed interessa prevalentemente l'intestino tenue oltre il colon e coinvolge la parete intestinale più profondamente rispetto alla colite ulcerosa. Il **morbo celiaco** (che oltre ad una diarrea cronica si può manifestare con i quadri clinici più disparati e sfumati) deriva da una intolleranza alla gliadina contenuta nel glutine del grano, segala, orzo e avena e colpisce la porzione di intestino che precede il colon.

La stipsi viene definita come una frequenza di defecazioni settimanali inferiore a tre. Tale affezione interessa tra il 20-30% della popolazione al di sopra dei 60 anni, in misura maggiore le donne. La

forma più frequente è la **"stipsi cronica abituale funzionale"** dovuta essenzialmente ad una alimentazione povera di fibre, ad una scarsa assunzione di liquidi e ad una ridotta attività fisica; una seconda causa frequente di stipsi è rappresentata dal **colon irritabile**, malattia dovuta a disturbi della motilità intestinale (che può paradossalmente esprimersi anche con diarrea) legata spesso a stress fisici e psichici.

Altre forme di stipsi meno frequenti sono associate all'uso di farmaci (antidepressivi, anticolinergici, antiacidi, oppiacei, verapamil etc...); ad alterazioni neurologiche (neuropatia autonoma diabetica, Parkinson, sclerosi multipla); ad alterazioni endocrine (ipotiroidismo).

La stipsi si può manifestare anche in corso di **affezioni intestinali organiche del colon (adenoma, carcinoma, rettocele, briglie, diverticolite...)** ma in tali situazioni non rappresenta il sintomo unico e/o principale, essendo il quadro clinico spesso dominato dai dolori addominali, associati a sintomi sistemici. Per la diagnosi del Paziente che si presenta con stipsi cronica risulteranno utili: esami di laboratorio ematici e fecali; la colonscopia (virtuale o endoscopica); raramente la manometria anorettale e defecografia.

La terapia della stipsi cronica funzionale si fonda essenzialmente su modifiche dello stile di vita alimentare: aumentando il consumo di cibi ricchi di fibre (frutta, verdure, cereali...) e l'apporto di liquidi (bere 1,5-2 litri di acqua die); altro cardine della terapia è l'aumento della attività fisica. L'uso di alcuni tipi di lassativi: osmotici (Laevolac, Portolac), di massa (Fibrolax, Normacol, Modula ecc...), emollienti

(olio di vaselina, glicerina...) risulta spesso necessario ed utile per periodi anche prolungati in attesa che le modifiche dello stile di vita favoriscano la regolare motilità intestinale (da evitare i lassativi cosiddetti irritanti: senna, cascara ecc...).

Uno dei sintomi che più spesso suggerisce al clinico il sospetto di una patologia del colon è la colica o dolore addominale;

tale sintomo (acuto o ricorrente) può essere associato anche a irregolarità dell'alvo (alternanza tra stipsi e diarrea), a presenza di sangue nelle feci (rettorragia) o a disturbi sistemici (anemizzazione, calo ponderale, astenia, febbre...). Di fronte a tali quadri sintomatologici il medico dovrà immediatamente richiedere estesi esami ematici di laboratorio (compresi markers tumorali), lo studio chimico-fisico-parassitologico delle feci, eventualmente una ecografia e/o TAC addominale ma, soprattutto, una colonscopia. Questo esame (eseguibili in regime ambulatoriale) consentirà di rilevare l'eventuale esistenza di alterazioni anatomiche del colon come diverticolosi, flogosi della mucosa, patologie proliferative benigne

(polipi) e soprattutto maligne (carcinomi); una colonscopia negativa potrà far pensare ad un colon irritabile (colite spastica) od orientare verso altre patologie addominali.

La colonscopia virtuale può risultare particolarmente utile in quei pazienti che necessitino di controlli ripetuti e frequenti (coliti croniche, familiarità per tumori del colon, pregressa patologia neoplastica, coliche ricorrenti).

In conclusione:

dinanzi ad un Paziente che si presenti con uno o più dei seguenti sintomi:

- dolori addominali, diarrea, stipsi, irregolarità dell'alvo, sangue nelle feci soprattutto se associato ad anemia e a perdita di peso

il clinico richiederà al più presto:

- esami ematochimici estesi (generici e specifici); un esame chimico-fisico-parassitologico-culturale delle feci; una ecografia addominale e una colonscopia (virtuale e/o endoscopica) che gli consentiranno di confermare una patologia intestinale e del colon in particolare e dirimere tra patologia funzionale od organica e soprattutto se di pertinenza di tipo medica o chirurgica. ■

La colonscopia a fibre ottiche. Indicazioni e limiti

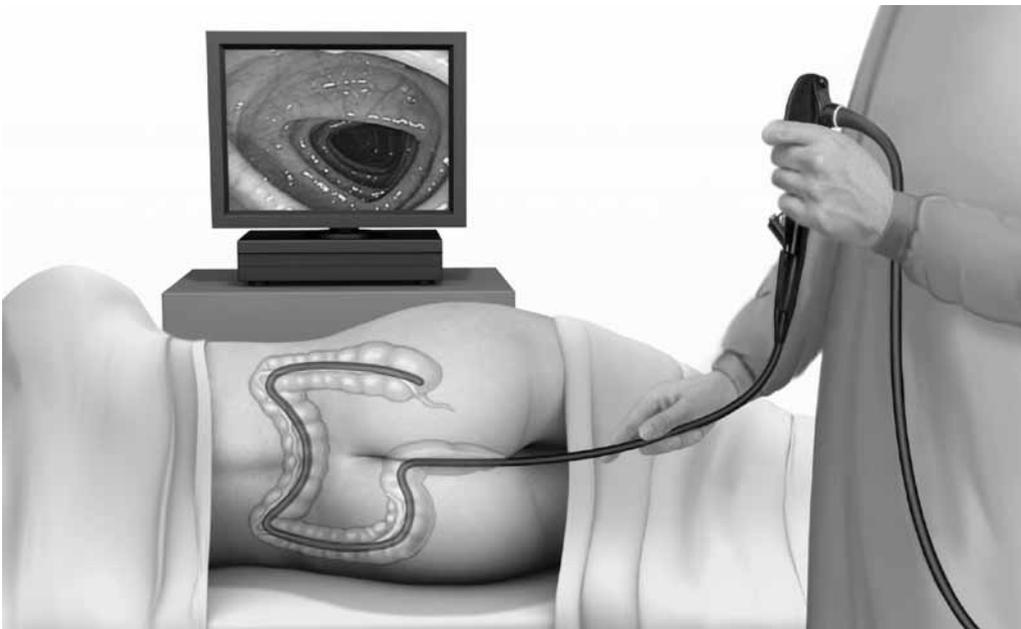
Prof. **Stefano Frattaroli**

Specialista Chirurgo, Clinica Chirurgica Università "Sapienza" Roma

Nell'ambito delle patologie del colon, la colonscopia riveste un ruolo di grande importanza per quanto riguarda la diagnosi, la terapia e gli eventuali follow-up di controllo. L'indagine si svolge mediante l'introduzione attraverso l'ano di un endoscopio a fibre ottiche, che consente di ispezionare direttamente tutto il colon (fig. 1). La preparazione è di fatto la stessa prescritta per la colonscopia virtuale (dieta priva di scorie e assunzione di lassativi in soluzione acquosa il giorno antecedente l'esame).

La colonscopia a fibre ottiche è, allo stato attuale, uno dei mezzi più semplici e diretti che consente di diagnosticare precocemente eventuali patologie del retto-colon (neoplasie), e di prevenire pertanto eventuali gravi evoluzioni.

Fig. 1 _ Colonscopia a fibre ottiche



I limiti diagnostici dell'indagine risiedono nei casi in cui non è possibile esplorare l'intero colon per motivi anatomici (es. dolicocono) e a causa dell'intolleranza del Paziente nei confronti della procedura, che risulta comunque invasiva.

Vari studi internazionali raccomandano di sottoporsi ad un esame endoscopico del colon dopo i 50 anni, in assenza di sintomi precisi, che se invece presenti, dovrebbero indurre subito il Paziente al controllo.

La sintomatologia che caratterizza le patologie del colon può essere non specifica per una singola malattia e deve essere considerata campanello d'allarme al primo insorgere.

I sintomi più comuni che portano il Medico a richiedere una colonscopia, come già riportato nel precedente articolo, sono: rettorragia (emissione di sangue prima dopo o durante la defecazione), alternanza dell'alvo, stitichezza, diarrea, presenza di muco nelle feci, sangue occulto positivo, presenza di anemia con cause imprecise, perdita di peso improvvisa.

Spesso si dà per scontato che l'emissione di sangue, specialmente se di colore rosso vivo, possa dipendere esclusivamente dalla presenza di emorroidi e/o ragadi anali. Questo è quasi sempre vero ma il non sottoporsi ad una visita proctologica e ad un esame diagnostico del colon potrebbe essere una grande occasione mancata per porre diagnosi di una malattia importante del colon.

Le patologie del colon possono essere di origine infiammatoria (acuta o cronica) o tumorale (benigna o maligna).

Patologia infiammatoria

Le malattie infiammatorie acute sono spesso correlate alla presenza di diverticoli (fig. 2), o al riacutizzarsi di una malattia infiammatoria cronica (rettocolite ulcerosa, morbo di Chron, infiammazione cronica aspecifica del colon).

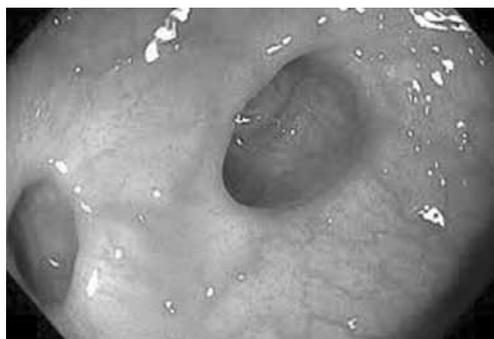


Fig. 2 _ Diverticoli

L'endoscopia è importante per la diagnosi (esplorazione di tutto il colon e parte dell'ileo terminale, per la possibilità di eseguire esame istologico su biopsie (fig. 3), per il ruolo di controllo dell'efficacia terapeutica. Si possono predisporre infatti dei controlli a tempi determinati per constatare l'efficacia della terapia e il conseguente andamento della malattia.



Fig. 3 _ Biopsia

Patologia tumorale

Un esame endoscopico completo permette di esplorare tutto il colon e la parte terminale dell'ileo. Inoltre, durante l'indagine, è possibile effettuare prelievi biotici. Qualora durante l'esame si ponessero in evidenza lesioni benigne (polipi) non voluminose, è possibile asportarle immediatamente mediante tecnica endoscopica.

L'importanza di effettuare la colonscopia è collegata anche all'evidenza che i tumori maligni (adenocarcinomi) spesso sono il risultato di una trasformazione di un polipo benigno (fig. 4).

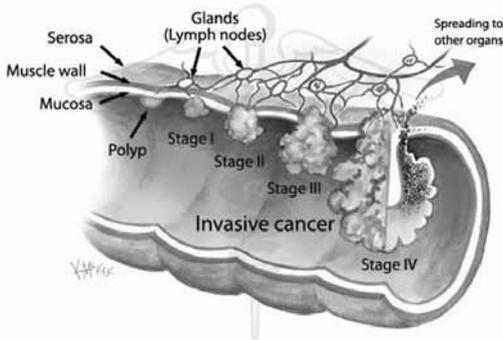


Fig. 4 _ Evoluzione del carcinoma del colon

Terapia endoscopica

Come detto la colonscopia permette di diagnosticare la presenza di polipi: i polipi possono essere sessili o peduncolati e di varie dimensioni. L'asportazione endoscopica del polipo è pressoché sempre possibile (fig. 5). Ovviamente, in caso di polipi di grandi dimensioni, è necessario il ricovero in ambiente protetto per almeno 48 ore.

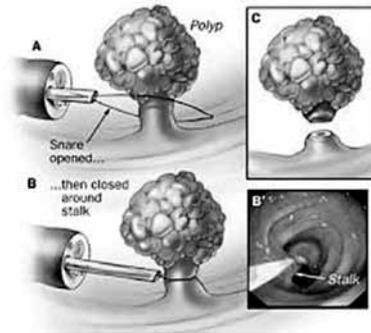


Fig. 5 _ Polipectomia endoscopica

In conclusione, è importante ricordare di non sottovalutare i sintomi riconducibili, anche i più banali.

È bene sottoporsi ad una visita specialistica e ad una eventuale colonscopia intorno ai 50 anni, nonostante l'assenza di sintomi. Va precisato che nei soggetti asintomatici e senza familiarità, negli ultimi anni sta trovando crescente applicazione la colonscopia virtuale, meno dolorosa e quindi agevolmente ripetibile.

In ogni caso la scelta dell'indagine più appropriata (colonscopia virtuale o a fibre ottiche) deve sempre nascere dall'indicazione dello specialista Gastroenterologo, sulla base della valutazione del Paziente.

Va considerato che le lesioni del colon, sia benigne (polipi) che maligne (adenocarcinomi) hanno una alta percentuale legata alla familiarità; quindi è importante sottoporsi ad una esame endoscopico di controllo qualora ad un familiare diretto sia stata diagnosticata una lesione. ■

Colonscopia virtuale. Quando farla?

Dr. **Paolo Diotallevi**

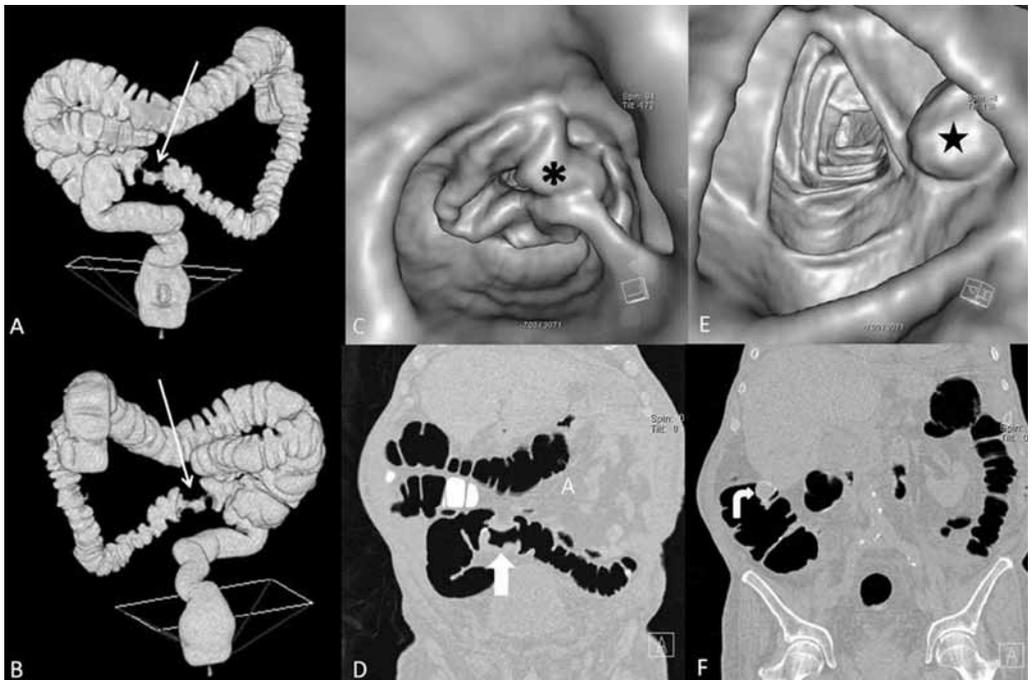
Medico Radiologo, Direttore Sanitario Eosmed

L'avversione dei pazienti nei confronti della colonscopia tradizionale (a fibre ottiche) è motivata soprattutto dal timore del dolore. Ciò ha spinto la ricerca verso sistemi alternativi per lo studio del colon.

La colonscopia virtuale (c.v.) è una metodica radiologica non invasiva, di uso ormai consolidato nella pratica clinica, che consente di studiare la parete del colon simulando la colonscopia tradizionale.

In pratica, si tratta di una ricostruzione simil-endoscopica condotta al computer utilizzando immagini TAC. Essendo una simulazione computerizzata, a differenza della colonscopia tradizionale, la c.v. viene condotta senza l'introduzione in tutto il colon di sonde endoscopiche, ma introducendo nel retto soltanto la punta di un sondino.

Fig. 1 _ Immagini ottenute in colonscopia virtuale



La metodica è pertanto minimamente invasiva, ma riesce tuttavia ad evidenziare bene la superficie mucosa del colon come in una animazione grafica, identica ad una colonscopia tradizionale a fibre ottiche. Per questo motivo, si possono evidenziare le irregolarità della superficie (come nel caso di polipi o tumori), buchi di parete (come nel caso di diverticoli), stenosi e ostruzioni del lume. Non è possibile identificare stati di infiammazione o sanguinamento della superficie mucosa del colon e, soprattutto, **non è possibile eseguire procedure interventive come l'asportazione di polipi**.

L'esame di colonscopia virtuale HA SOSTITUITO completamente il clisma a doppio contrasto, perché presenta una più elevata accuratezza diagnostica, maggiore tollerabilità per il Paziente e minor dose di radiazioni.

L'esame di colonscopia virtuale NON HA SOSTITUITO la colonscopia tradizionale (a fibre ottiche), che in determinate situazioni resta l'indagine di prima scelta.

L'obiettivo fondamentale della colonscopia virtuale è quindi il riconoscimento, con modalità minimamente invasiva, della patologia organica del colon, quali **polipi e tumori**, in quanto essi, sporgendo all'interno del lume, determinano una circoscritta alterazione del profilo dell'organo che viene riconosciuta alla visione endoscopica simulata.

L'accuratezza diagnostica della c.v. è subordinata ad una buona pulizia intestinale, che si ottiene con una dieta priva di scorie e con l'assunzione di lassativi in una soluzione acquosa il giorno antecedente l'esame

Il Paziente viene fatto accomodare sul lettino della sala TC. Attraverso il retto viene introdotta una sonda rettale di piccole dimensioni. Con dispositivo manuale o automatico, viene insufflata aria o anidride carbonica (fig. 2). L'esame è ben tollerato, perché appena il Paziente avverte dolore o tensione addominale la procedura viene interrotta. Per meglio distendere il colon si può talvolta utilizzare un farmaco miorilassante (come Buscopan e.v.), ma raramente è necessario.



Fig. 2 _ Insufflatori di tipo manuale e automatico

Utilizzando una bassa dose di radiazioni vengono quindi effettuate due scansioni, in posizione supina e prona, a respiro trattenuto, della durata media di circa 8 secondi.

In colonscopia virtuale la quantità di radiazioni somministrata al Paziente è bassa ed è notevolmente inferiore rispetto ad un esame TAC dell'addome standard e anche di un clisma a doppio contrasto, perché vengono utilizzati protocolli di riduzione della dose.

La somministrazione di mezzo di contrasto endovenoso non è quasi mai necessaria e viene impiegata solo nei casi in cui venga richiesta una valutazione preoperatoria (stadiazione) di tumori del colon retto già diagnosticati.

L'esame termina con lo svuotamento del colon dal suo contenuto gassoso e con la rimozione della sonda rettale.



La Società di Colonscopia Virtuale inserisce EOSMED nel ristretto gruppo dei centri italiani qualificati per l'esecuzione di tale indagine. Scopri i centri di eccellenza della tua regione su colonscopiavirtuale.it

La colonscopia virtuale consente di individuare i tumori del colon, i polipi (anche di piccole dimensioni), i diverticoli, la presenza di un colon tortuoso (dolico colon) o anomalie anatomiche di vario genere.

Poiché l'esame viene eseguito a dose di radiazioni molto bassa gli organi addominali possono essere valutati, ma in modo più generico rispetto ad una TAC addome propriamente detta. Si possono comunque identificare alcune eventuali grossolane patologie extracoliche con una valutazione grossolana (es. aneurismi dell'aorta addominale, calcoli delle vie urinarie o delle vie biliari, voluminose masse o cisti). Questa possibilità costituisce un vantaggio della colonscopia virtuale.

In conclusione, la colonscopia virtuale affianca ma non sostituisce la colonscopia tradizionale a fibre ottiche.

Il ruolo della c.v. risiede principalmente nello screening delle malattie intestinali, poiché può essere ripetuta senza grandi problematiche ogni 12-24 mesi, e in tutte le situazioni di rifiuto da parte del Paziente della colonscopia tradizionale.

Inoltre la colonscopia virtuale deve essere eseguita come integrazione dopo una colonscopia tradizionale incompleta. ■

La sindrome del colon irritabile Oltre il "secondo cervello"

Dr. **Giuseppe Sartiano**

Psicologo, Direttore Centro di Psicoterapia a Sanità popolare Arianna c/o Eosmed

La sindrome del colon irritabile è tra quei disturbi che più di ogni altro vengano accostati e sono influenzati da caratteristiche ed influenze personali e psicologiche.

Non per niente proprio l'intestino in genere, viene denominato "secondo cervello" a sottolineare come tale parte del corpo sia un veicolo privilegiato per la manifestazione delle emozioni e di conseguenza per le patologie ad esse associate.

Sempre più negli ultimi anni la causa psicogena si è associata ad una predisposizione organica e ad una fragilità dell'organismo, tale da distinguere in alcuni casi patologie psicogene da sintomatologie organiche. Non sempre, infatti è facile individuare un singolo fattore scatenante per questo intreccio tra fattori biologici e fattori psico-sociali. Si è verificato comunque che vivere in situazioni ad alto contenuto stressogeno, ed in ambienti competitivi aumenta di molto la probabilità di un insorgenza di patologia di tale tipo. Spesso tale patologia è associata a disturbi di

tipo ansioso: i pazienti presentano di solito una preoccupazione eccessiva per il futuro, un'autostima da rinforzare e caratteristiche di elevata esigenza nei confronti di se stessi. Ma anche a caratteristiche depressive che spesso portano il Paziente, ad "ingoiare" le emozioni, soprattutto i sentimenti di frustrazione e rabbia.



Entrambi i meccanismi, sommariamente descritti, utilizzano come bersaglio in questo caso una parte del proprio corpo per esprimere ciò che consciamente ed evidentemente la persona non è in grado di manifestare.

A volte in funzione di ciò si ha una buona rispondenza complessiva anche con l'utilizzo di farmaci ansiolitici o anti depressivi, che vengono assunti a seconda dell'anamnesi e della diagnosi non solo rispetto alla sindrome da colon irritabile, ma anche rispetto alle caratteristiche di personalità.

Non mi soffermerò qui su tutte le azioni terapeutiche possibili di tipo medico, ma porrò l'accento sugli approcci psicoterapeutici che possono essere efficaci nella trattazione della sindrome; **va comunque precisato che la cura di tale sindrome risulta particolarmente responsiva ad un approccio integrato farmacologico-psicoterapico.**

Citerò alcuni approcci terapeutici cercando di evidenziare limiti e possibilità degli stessi.

Psicoterapia ad indirizzo cognitivo comportamentale

È una particolare tecnica di psicoterapia che si basa sulla partecipazione attiva da parte del Paziente, che deve lavorare con il proprio terapeuta per una attenta identificazione dei fattori stressanti (riconoscimento dei pensieri che aumentano lo stress e dell'apprendimento di strategie per far fronte agli elementi critici identificati), e procedere ad una rieducazione di alcuni comportamenti ed atteggiamenti; l'approccio è più focalizzato sul sintomo e meno sulla risoluzione profonda del nucleo problematico.

Terapia orientata alla autocomprensione (insight-oriented)

Particolarmente adatta per pazienti già spontaneamente portati all'introspezione, interessati a comprendere la loro reazione allo

stress e a modificare la loro risposta. La vulnerabilità psicologica e la convinzione di soffrire di disturbi psicologici e strutturali sono fortemente correlate a prevalenza e incidenza della sindrome da colon irritabile. Si lavora sul nucleo problematico profondo toccando aspetti relazionali ed emozionali.

Terapia della famiglia o di gruppo

Particolarmente utile nel caso di difficoltà nei rapporti interpersonali. La famiglia rappresenta la "palestra" dove spesso si giocano i sintomi e gli equilibri che influiscono sugli stessi, un lavoro sui miti e ricordi condivisi può aiutare a sciogliere i nodi che stanno alla base dei sintomi stessi. Una collaborazione della famiglia alla risoluzione dei disturbi del Paziente è, in ogni caso, auspicabile e costituisce il miglior supporto per la cura e la risoluzione di molte malattie specie di quelle che, come la sindrome da colon irritabile, sono causate da un disordine di tipo funzionale.

Come ho già detto la teoria del "secondo cervello" rimane una chiave di lettura ancora attuale: ad essa vanno comunque aggiunte alcune precisazioni. L'aspetto medico biologico ha ruolo importante e riconosciuto per cui diventa indispensabile l'effettuazione di una diagnosi differenziale che abbia la forza e la possibilità di evidenziare o escludere una causa organica, per poter così procedere ad un intervento appropriato che tenga conto alternativamente o congiuntamente degli aspetti psicologici e biologici. ■

Lo specialista risponde

Caro Direttore,

sono la mamma di una ragazza di 11 anni che da alcuni mesi lamenta crisi di dolore addominale diffuso. Ho anche notato un evidente cambiamento delle abitudini intestinali (periodi di diarrea, altre volte stitichezza).

La visita effettuata presso il nostro pediatra è risultata nella norma e anche gli esami praticati sulle feci sono negativi.

Io sono comunque molto preoccupata: è utile una colonscopia per comprendere la causa dei disturbi?

A.P. Roma

Risposta a cura di:

Dr. Domenico Lambiase

Specialista in Pediatria

ASLRMF/2 - Dottore di Ricerca in Scienze Pediatriche presso l'Università di Tor Vergata - Roma

Gentile Signora, la colonscopia è un esame diagnostico invasivo che consente di visualizzare interamente il grosso intestino (colon) e, se necessario, gli ultimi centimetri dell'intestino tenue (ileo). Permette inoltre di prelevare in modo indolore alcuni campioni di tessuto (biopsia) da sottoporre ad esame istologico per una diagnosi più completa e di eseguire l'asportazione di polipi o il trattamento di lesioni o sanguinamenti (colonscopia operativa).

La sintomatologia riferita della ragazza necessita di un approfondimento diagnostico, al fine di valutare in prima istanza le patologie con presentazione clinica simile e alta prevalenza quali la sindrome dell'intestino irritabile, la malattia celiaca, le alterazioni tiroidee, le malattie infiammatorie croniche intestinali (morbo di Crohn, retto-colite ulcerosa).

Solo il suo pediatra di fiducia potrà valutare l'opportunità o meno di una endoscopia, naturalmente dopo aver richiesto alcuni necessari esami (emocromo

completo, VES, PCR, ferritine mia, TSH, anticorpi anti-transglutaminasi, ricerca di sangue occulto nelle feci).

In linea di massima comunque, soltanto la presenza di:

1. fattori di rischio (familiarità per neoplasie (tumori) e/o malattie infiammatorie croniche intestinali, malattie sistemiche con possibile coinvolgimento intestinale (quali malattie tiroidee, malattia celiaca, malattie delle vie biliari),
2. segni/sintomi di allarme (dimagrimento, sangue nelle feci, anemia, febbre, tumefazioni addominali, risveglio notturno provocato dai sintomi, variazione recente dei disturbi,
3. alterazioni nelle analisi del sangue,

renderà opportuno effettuare indagini diagnostiche mirate tra cui la colonscopia, esame richiedente un'accurata preparazione intestinale e la sedazione generale (in età pediatrica). ■

Brevemente...

di Paolo Diotallevi

Le patologie del colon possono essere di diverso tipo (neoplastico o infiammatorio) e si esprimono essenzialmente con tre sintomi: diarrea, stipsi e dolori addominali, oltre che con la eventuale presenza di sangue nelle feci.

Alcuni disturbi del colon possono riconoscere una causa psicosomatica: non per niente l'intestino in genere viene denominato "secondo cervello", in quanto sede tipica per la manifestazione delle emozioni.

Nell'ambito delle patologie del colon, la colonscopia a fibre ottiche riveste un ruolo di grande importanza per quanto riguarda la diagnosi, la terapia e gli eventuali follow-up di controllo. È bene sottoporsi ad una visita specialistica intorno ai 50 anni, nonostante l'assenza di sintomi e, se necessario, eventualmente anche a una colonscopia.

Nei soggetti asintomatici e senza familiarità, negli ultimi anni sta trovando crescente applicazione la colonscopia virtuale, meno dolorosa e quindi agevolmente ripetibile.

La colonscopia virtuale affianca ma non sostituisce la colonscopia tradizionale a fibre ottiche: il suo ruolo risiede principalmente nello screening delle malattie intestinali, poiché può essere ripetuta senza grandi problematiche ogni 12-24 mesi, e in tutte le situazioni di rifiuto da parte del Paziente della colonscopia tradizionale. Inoltre deve essere eseguita come integrazione dopo una colonscopia tradizionale incompleta.

Più
Xte!

O₃

OLTRE IL PULITO

SANIFICAZIONE ALL'OZONO

L'ozono è un gas naturale che possiede un grande potere disinfettante. Attivo per la disinfezione dell'acqua e dell'aria, ha una straordinaria efficacia su **batteri, virus, muffe, funghi**, ed ha inoltre un'azione **deodorante**.

PULIZIA E IGIENIZZAZIONE DIRETTAMENTE A CASA!!!

→ MATERASSI → TENDAGGI → TAPPEZZERIE → DIVANI
NON SOLO PER LA CASA, MA ANCHE PER L'AUTO, IL CAMPER, LA BARCA

INOLTRE

LINEA HYGIENE BOX CLEAN LA RIVOLUZIONE DELL'IGIENE ABBIGLIAMENTO E OGGETTI

→ ABITI → CAPPELLI → SCARPE → CASCHI → PASSEGGINI
MA ANCHE PER CUSCINI, COPERTE, TAPPETI E MOLTO ALTRO

L'OZONO ELIMINA
BATTERI
VIRUS
ACARI
MUFFE



E RIMUOVE
TUTTI GLI ODORI

PER I SERVIZI
DI SANIFICAZIONE A DOMICILIO

CHIAMA SUBITO

il numero verde gratuito

800 598627

oppure scrivi una mail a:

info@servizisanificazione.it

WWW.SERVIZISANIFICAZIONE.IT



EOSMED®

DIRETTORE DR. PAOLO DIOTALLEVI

AZIENDA CON SISTEMA DI GESTIONE PER LA QUALITÀ CERTIFICATA UNI EN ISO 9001:2008



LABORATORIO ANALISI CLINICHE

Analisi di routine _ PRIME TEST _ Microbiologia _ Parassitologia _
Infettivologia _ Markers tumorali _ Analisi ormonali _ Monitoraggio farmaci e
droghe _ HIV _ Pap Test



DIAGNOSTICA PER IMMAGINI *

Radiologia interamente digitale _ Ortopanoramica e
Telecranio digitale _ Esami contrastografici _ Mammografia _
Ecografia _ Ecocardiografia _ Color-Doppler _ MOC _ TC _ RM



POLIAMBULATORIO SPECIALISTICO

Medicina interna _ Cardiologia _ ECG _ Angiologia _ Neurologia _
Neurochirurgia _ Elettromiografia _ Elettroencefalografia Endocrinologia _
Gastroenterologia _ Endoscopia _ Ginecologia _ Oculistica _
Otorinolaringoiatria _ Ortopedia _ Dermatologia _ Ginnastica Posturale



RISONANZA MAGNETICA APERTA

TAC SPIRALE - DENTASCAN

CENTRO DI RADIOLOGIA ODONTOIATRICA

Ortopanoramica digitale _ Teleradiografia del cranio digitale _
Esami radiologici occlusali _ Studio diretto e stratigrafico digitale delle ATM _
TAC arcate dentarie _ Dentascan



TAC "CONE BEAM"

OFFERTA FORMATIVA PER OPERATORI SANITARI

Il Centro è la Sede dei Corsi ECM di Radiologia Odontoiatrica dell'ARASS e
della SIAMEG - *Direttore: Dr. Paolo Diotallevi*



00177 Roma - Via Prenestina 321 (Largo Irpinia)
Tel. e Fax 06.299391 - 298286 r.a. - posta@eosmed.it

Orario continuato Lun-Ven 8,00/19,00 - Sabato 8,00/12,30
Convenzioni SSN

www.eosmed.it



Radiologia Dr. Diotallevi Srl
RADIOLOGIA DIGITALE - ECOGRAFIA - MOC -
RM - TAC - DENTASCAN - POLIAMBULATORIO
00177 Roma - Via Prenestina 321 - scala A
Tel. e Fax 06.299391 - 298286 r.a. - posta@eosmed.it
ARCHIVIO FISCAL: 00128 Roma - Via Basile 16



Salus 2000 Srl
LABORATORIO ANALISI CLINICHE
00177 Roma - Via Prenestina 321
Tel. e Fax 06.274241 - posta@eosmed.it
ARCHIVIO FISCAL:
00128 Roma - Via Basile 16
Tel. e Fax 06.27868247



ARASS - No profit
RICERCA E FORMAZIONE IN AMBITO
SANITARIO
Via S. Spirito, 47 - Castel Gandolfo 00040 (Roma)
Tel. 06.89683645
segreteria@arass-noprofit.org