



Il Manuale di Clinica Pratica

Titolo Colon irritabile
Data 26 febbraio 2006 alle 17:18:00
Autore R. Rossi

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 perchè, 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, neurochinine 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 perché 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, febbricola, 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 riacquazioni o peggioramenti 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. Era stato approvato solo il tegaserod che sembrava abbastanza efficace e con un buon profilo di sicurezza (8,9) ma è stato ritirato dal commercio nel marzo 2007 per i possibili effetti collaterali come l'infarto e l'ictus (<http://www.fda.gov/cder/drug/advisory/tegaserod.htm>).

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.

Per finire ricordo alcune revisioni sistematiche recenti.

Secondo una prima revisione [13], ispagula, joscina e olio essenziale di menta piperita sarebbero i trattamenti che possiedono le migliori evidenze di efficacia nel colon irritabile. Secondo una seconda revisione [14], risulterebbero efficaci sia gli antidepressivi (triciclici e SSRI) che la psicoterapia: è necessario trattare 4 pazienti perché uno ne tragga beneficio.

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 Psychiatry 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
13. Ford AC et al. Effect of fibre, antispasmodics, and peppermint oil in the treatment of irritable bowel syndrome: systematic review and meta-analysis. BMJ 2008;337 Dec 13:a2313
14. Ford AC et al. Efficacy of antidepressants and psychological therapies in irritable bowel syndrome: systematic review and meta-analysis. Gut. 2009 Mar; 58:367-78.