

# Notiziarmic



Anno 2008 n. 1 - APRILE

Bollettino dell'Associazione Romagnola Malattie Intestinali Croniche

*Siamo lieti di invitarla all'incontro*

***“IBD Unit:  
una nuova via per un antico valore  
Medici e pazienti insieme”***

**SABATO 10 MAGGIO**

*ore 8,30 presso la Sala Conferenze Massimo Pieratelli  
Ospedale Morgagni Pierantoni (Via Forlanini, 34 - Forlì)*

~~~~~

L'U.O. di Gastroenterologia ed Endoscopia Digestiva  
e il team multidisciplinare di medici specialisti  
che si occupano del Percorso Assistenziale del paziente  
con Malattia Infiammatoria Cronica Intestinale (Crohn e colite ulcerosa),  
presentano le novità scientifiche e rispondono alle domande dei partecipanti.

~~~~~

*Non mancare!*

*Sarà una occasione di informazione e di aggiornamento,  
di scambio di idee, con la possibilità di formulare domande  
direttamente ai medici e di conoscere anche altre persone dell'Associazione,  
con la possibilità di confrontarsi e parlare insieme di problematiche comuni.*

*In attesa di incontrarvi numerosi.*

DIPARTIMENTO DI MEDICINA SPECIALISTICA  
UNITA' OPERATIVA DI GASTROENTEROLOGIA ED ENDOSCOPIA DIGESTIVA  
Direttore Prof. Enrico Ricci

*Progetto Multidisciplinare di Miglioramento Aziendale  
"IBD UNIT: gestione del Processo Assistenziale del paziente con  
Malattia Infiammatoria Cronica Intestinale"*

Coordinatore: Dott.ssa Daniela Valpiani

**sabato 10 maggio 2008**

ore 8.30 - 12.30 Sala Conferenze Massimo Pieratelli  
Padiglione G.B. Morgagni - Ospedale Morgagni Pierantoni

## ***IBD UNIT: una nuova via per ritrovare un antico valore***

(2004 > 2008)

### **PROGRAMMA**

ore 8.30 Introduzione e Presentazione Saluto delle Autorità

#### **PRIMA SESSIONE**

Presidente E. Ricci

Moderatore D. Garcea

- 9.00 D. Valpiani *"Il team e il governo clinico"*  
9.15 A. Simone, S. Maltoni *"Il Percorso assistenziale del paziente: bilancio a 4  
anni dalla nascita"*  
9.30 E. Ricci *"Novità in tema di diagnosi e terapia endoscopica"*  
9.45 I. Manzi *"Novità in tema di terapia medica"*  
10.00 F. Bazzocchi *"Novità in tema di terapia chirurgica: il Robot Leonardo"*  
  
10.15 Buffet

#### **SECONDA SESSIONE**

Moderatori M. Nizzoli, D. Valpiani

10.30 - 11.40

*"Il team multidisciplinare e il paziente complesso: "I pazienti chiedono, i  
professionisti rispondono"*

L'infermiere professionale, il chirurgo, l'infettivologo, il reumatologo, il der-  
matologo, il radiologo, l'ecografista, il pneumologo, il fisiatra, il ginecologo,  
la dietista, il farmacista, lo psicologo, lo psichiatra, l'anatomopatologo,.....

11.45 Presentazione Opuscolo Informativo per i pazienti

12.00 Conclusioni, Proposte operative: Enrico Ricci, Daniela Valpiani.

# LA MALATTIA DI CROHN (parte prima)

## DEFINIZIONE

La malattia di Crohn (MC) è una patologia cronica infiammatoria dell'apparato digerente ad andamento clinico ricorrente e può interessare qualsiasi parte dello stesso: dalla bocca all'ano.

Al processo patologico possono essere interessati anche lo stomaco, il duodeno, il digiuno, l'appendice vermiforme, il cieco, il colon ascendente e la vescica.

L'infiammazione coinvolge tutta la parete del tratto interessato e spesso si estende al vicino mesentere e ai linfonodi. Più frequentemente interessa il tratto terminale dell'ileo e il colon. Spesso si associa a disturbi auto-immunitari a livello sistemico, come ulcere orali e artriti reumatiche.

## STORIA

Nel 1932 fu descritta per la prima volta l'ileite segmentaria, ritenuta una malattia dell'ileo dal dottor Burrill Bernard Crohn che tenne una conferenza a New Orleans insieme ai suoi collaboratori Leon Ginzburg, e Gordon Oppenheimer al congresso dell'American Medical Association.

Tale malattia era localizzata nella parte finale dell'ileo, tanto da essere chiamata anche ileite terminale.

In seguito alla descrizione di numerosi casi divenne evidente che la localizzazione ileale è preponderante, ma non esclusiva, pertanto la malattia fu ribattezzata in onore del più importante fra gli scopritori.

## EPIDEMIOLOGIA

La prevalenza varia da 10 a 70 casi/100.000 abitanti. La malattia è più comune nei paesi industrializzati e nelle aree urbane. È più frequente nei bianchi europei; alcuni gruppi etnici (come gli ebrei ashkenaziti) hanno tassi di incidenza significativamente più alti della media.

In alcune famiglie è stata notata una maggiore presenza della malattia; ciò suggerisce l'ipotesi di una predisposizione genetica, collegata in special modo all'antigene HLA-B27; ciò non è però purtroppo provato e l'ipotesi risulta dunque ancora incerta.

L'incidenza è drammaticamente aumentata negli ultimi decenni (6,3 casi anno/100.000); questa ha una distribuzione bimodale, con un primo picco di presentazione della malattia poco dopo i 20 anni e un secondo dopo i 50. La malattia si riscontra soprattutto nelle persone comprese tra i 30 e i 50 anni di sesso femminile.

## EZIOPATOGENESI

Ancora non è possibile una esatta definizione eziologica della malattia. Il ruolo dei fattori genetici è suggerito dalla maggiore frequenza della malattia in alcune popolazioni e in individui con particolare aplotipo HLA.

In considerazione delle caratteristiche infiammatorie delle lesioni intestinali, si è cercato di individuare agenti infettivi batterici che potrebbero essere gli stimoli antigenici che fungono da innesco alla flogosi.

Un'alterata risposta immunitaria ritenuta importante nella patogenesi, si basa su alcune osservazioni:

- nella sede del processo infiammatorio sono presenti numerosi linfociti, plasmacellule e mastociti;
- la malattia di Crohn spesso si associa con altre condizioni morbose in cui è evidente un disordine immunologico;
- le numerose localizzazioni extraintestinali indicano che la malattia di Crohn è una malattia sistemica;
- il miglioramento clinico spesso si ottiene con farmaci che sopprimono o modificano il sistema immunitario.

A ogni modo nessuna alterazione immunologica considerata si può ritenere indispensabile per il manifestarsi della malattia.

L'osservazione di un incremento di casi di malattia negli ultimi decenni e la prevalenza relativamente più alta nei paesi industrializzati hanno stimolato numerose ricerche per determinare il ruolo patogenetico dei fattori dietetici, anche se non si è raggiunto alcun risultato apprezzabile. Alcune ricerche fanno presupporre che la malattia sia legata ad un difettoso riassorbimento di materiale lipidico (i grassi), con una conseguente reazione delle strutture linfatiche della parete intestinale.

Il fumo è il fattore di rischio ambientale più ampiamente riconosciuto, dato che aumenta il rischio di contrarre la malattia da 2 a 5 volte.



RITIRA  
L'OPUSCOLO INFORMATIVO  
SUI PROBLEMI  
DEI PAZIENTI  
AFFETTI DA  
MALATTIA DI CROHN E  
RETTOCOLITE ULCEROSA



## Allergie primaverili, è ora di pensarci?

L'allergia respiratoria ai pollini può essere prevenuta efficacemente giocando d'anticipo. Per chi utilizza i vaccini classici, è questo il momento per la profilassi delle allergie alle composite, ma con i nuovi vaccini a bassa dose, siamo ancora in tempo per affrontare tutte le allergie primaverili. Senza trascurare l'aiuto in più che può darci una dieta corretta.

- **Alimentare e nutrizionale:** l'eliminazione temporanea di un alimento (o meglio la sua rotazione nella dieta), o dei cibi ad alto tasso di istamina, può determinare un'attenuazione o la scomparsa della asintomatologia allergica respiratoria, riducendo la quantità di apporti infiammatori di origine dietetica.

- **Neuro-psichica:** diversi la-

vori scientifici nel campo della psiconeuroimmunologia hanno mostrato come sia possibile modulare una risposta allergica o comunque immunomediata attraverso una particolare emozione.

- **Ambientale ecologica:** è ormai noto come l'inquinamento ambientale possa contribuire alla genesi e al mantenimento dei fenomeni infiammatori e allergici. Anche se non è possibile eliminare le cause ambientali di un'inflammatione, conoscerle e imparare a mantenerle al di sotto di un valore di soglia può contribuire a limitarne l'impatto sull'organismo.

Comunque si decida di agire, dà in genere ottimi risultati un trattamento preliminare che

agisca sulle cause infiammatorie di fondo che predispongono l'organismo alla reazione allergica. Agendo su tutti i fattori responsabili dell'allergia, la rieducazione della malattia o la sua guarigione diventano possibili. O almeno si può tentare in molti casi di riportare sotto controllo l'inflammatione allergica e i suoi sintomi percorrendo tutte le vie possibili.

In particolare, la linea guida delle terapie di fondo è quella di recuperare la tolleranza immunologica, e non può quindi limitarsi alla scelta del "vaccino giusto" o del "cortisone più adatto", tutti aspetti certamente importanti ma da inquadrare in una visione più ampia della capacità di adattamento di ogni singolo organismo.



## Telefono Amico

**366 5330016**



### COME ASSOCIARSI per il 2008

Si invitano i soci a rinnovare l'iscrizione all'Associazione per l'anno 2008 pari a € 10,00 tramite conto corrente postale n. 66619404 intestato:

A.R.M.I.C. via Forlanini, 34 - 47100 Forlì; causale "rinnovo quota sociale - anno 2008".

Per i nuovi soci indicare nella causale: "nuovo socio - anno 2008".



A.R.M.I.C. Associazione Romagnola Malattie Intestinali Croniche  
Ospedale G. B. Morgagni Pierantoni - Via Forlanini, 34 - 47100 Forlì  
Telefono sede 0543 733922 - Telefono Amico 366 5330016  
Coordinate bancarie: CIN T ABI 06010 CAB 13200 C/C 000103396616  
Conto corrente postale n. 66619404  
Stampato in proprio ad esclusivo uso dei soci.

