



Il morbo di crohn

di [Francesca Brigida](#)
per [Dieta-Dimagrante.com](#)
© Tutti i diritti Riservati



Il morbo di Crohn

§§§googlestart§§§

Il **morbo di Chron** è una patologia infiammatoria cronica che interessa tutto il tratto intestinale con cause ancora non del tutto ben definite. A caratterizzare questa malattia è la possibilità di interessare tutto il tratto gastro-intestinale, la possibilità di formare stenosi e/o fistole, la possibilità di presentare le recidive post-chirurgiche.

Il morbo di Crohn crea lesioni che interessano, nella maggior parte dei casi, la regione ileale, mentre, la zona del colon-retto manifesta lesioni nel 25% dei casi. Con una probabilità pari al 5%, anche una parte dell'intestino può essere intaccata, precisamente l'esofago, lo stomaco, il duodeno e il digiuno.

Diversi sono i **sintomi** che preannunciano l'avanzare del morbo di Crohn, quali acuto dolore addominale cronico ricorrente, diarrea cronica (con o senza la presenza di sangue), occlusione, fistole perianali, manifestazioni extraintestinali, febbre ricorrente. Particolarmente lungo è il tempo tra l'esordio della malattia e la sua diagnosi, tempo che può arrivare anche ad un massimo di 4 anni.



Il morbo di Crohn, come è chiaro capire, è una malattia dal carattere eterogeneo, quindi, la **diagnosi** deve prendere in esame la natura, la sede, l'estensione, il tipo di lesione e l'evolversi della malattia. Il sospetto della

presenza del morbo di Crohn viene fornito dalla manifestazione cronica e frequente dei sintomi sopra citati, che sono quelli più ricorrenti.

Per effettuare una corretta diagnosi, oltre alla presenza dei sintomi, bisogna sottoporre il paziente affetto da tale patologia a particolari esami, quali esami radiologici, endoscopici e istologici. §§§googlemean§§§ Dall'esame ematochimico, risulta che, solitamente, le alterazioni più ricorrenti fanno capo ad una situazione di malassorbimento come [anemia](#) ipocromica sideropenica, anemia macrocitica megaloblastica, ipocolesterolemia e ipotrigliceridemia, ipoalbuminemia, alterazioni





idroelettrolitiche causate dalla diarrea, aumento della VES e [proteina C](#) reattiva, leucocitosi.

Altri esami da fare sono: peso delle feci nelle 24 ore, analisi chimico-fisica delle feci, ricerca di sangue occulto, dosaggio anticorpi anti-Tg ed esame parassitologico delle feci (ricerca di *Yersinia Enterocolitica*).

Il morbo di Crohn si manifesta con alterazioni macroscopiche che interessano il tratto intestinale, con successiva infiammazione discontinua e transmurale, interessante soprattutto la sottomucosa. Si riscontra uno stato di flogosi ridotta negli strati superficiali che si accentua negli strati più profondi; lo stato più comune di infiammazione è dato dalla flogosi granulomatosa, che interessa il 60% dei pazienti affetti dal morbo di Crohn. Lo stato infiammatorio persiste anche negli stadi di remissione della malattia, quindi, nel morbo di Crohn la flogosi tende ad essere stabile.

L'evolversi delle lesioni del tratto intestinale può portare alla fibrosi, causata dalla riparazione delle lesioni ulcerose. Nel morbo di Crohn sono riscontrabili due tipologie ulcerose:

- 1) **ulcere aftoidi**, che interessano gli strati superficiali;
- 2) **ulcere serpiginose**, che si estendono in profondità.

Il morbo di Crohn può presentarsi in diverse forme:

- **fibrostenosante**: stato in cui si rileva la presenza di fibrosi e stenosi, che causano occlusioni, soprattutto nella zona ileale. La cura farmacologica è a base di corticosteroidi, ma si riscontra la necessità di intervenire chirurgicamente;
- **fistolizzante**: stato in cui si rileva la presenza di fistole, che mettono in comunicazione il tratto intestinale colpito con altre zone dell'intestino o della cute. In relazione alla zona colpita, le fistole vengono riconosciute in: entero-enteriche, entero-cutanee, entero-vescicali, retto-vaginali, rettoperitoneali e mesenteriche. La cura farmacologica è a base di immunosoppressori e antibiotici;
- **infiammatorio**: stato caratterizzato dall'assenza di stenosi o fistole, in cui, però, l'infiammazione può evolversi in stenosi o fistole. In questo terzo caso, l'intervento chirurgico può essere anche evitato, a differenza dei due casi precedenti, in cui la soluzione chirurgica diventa necessaria.

Per quanto riguarda gli interventi chirurgici, gli interventi sono di tre tipi:

- 1) **Stricturoplastica**, che prevede il taglio per la lunghezza del tratto di intestino malato e la ricucitura nel senso della larghezza, in modo tale da allargare il lume dell'intestino;
- 2) **abboccamento dell'ileo** con il colon trasverso (ileotraversostomia), con messa a riposo del tratto malato;
- 3) **emicolectomia destra**, ovvero resezione ampia dell'intestino ammalato, con ristabilimento del canale alimentare.

In media, la ripresa da un tale intervento chirurgico, con intensità nella norma, è di circa una o due settimane. Tuttavia, la terapia chirurgica non porta ad una guarigione definitiva, ma, in alcuni casi, è





necessaria per evitare gravi complicazioni quali stenosi, fistole, ascessi, perforazioni.

Da ricordare che il morbo di Crohn non è una malattia con tendenza alla guarigione spontanea.

Francesca Brigida§§§googleend§§§

