

IL TRATTAMENTO ENDOSCOPICO DELLE STENOSI INTESTINALI

Armando Gabbrielli, Lucio Petruzzello, Guido Costamagna

La percentuale di pazienti con malattia di Crohn (MC) che necessitano di reintervento chirurgico è pari al 50%, più elevata nei pazienti con malattia perianale e fistolizzante. Nel primo anno dopo l'intervento, oltre il 75% dei pazienti mostra una recidiva anastomotica, sintomatica nel 20% dei casi. A tre anni, la percentuale di recidive endoscopiche è pari all'85%, nel 35% dei casi associata a sintomi specifici. Ripetuti interventi chirurgici o ampie resezioni possono dar luogo allo sviluppo di una sindrome dell'intestino corto. La percentuale di pazienti con MC che necessita di reintervento chirurgico è stimata esser pari al 34% in caso di malattia fistolizzante ed al 17% in corso di malattia fibrostenosante.

In un campo dominato dalla terapia chirurgica l'introduzione di sonde transendoscopiche per dilatazione pneumatica (Through The Scope: TTS) ha consentito lo sviluppo di tecniche endoscopiche per il trattamento delle stenosi legate alla MC. Recentemente sono stati riportati, inoltre, i primi tentativi di trattamento con protesi metalliche autoespandibili rivestite.

Indicazioni

Il trattamento endoscopico è consigliabile in caso di stenosi unica, di lunghezza generalmente non superiore a 10 cm: i palloni attualmente in commercio hanno infatti una lunghezza variabile tra 5 e 8 cm, con un diametro massimo di 20 mm.

La presenza di stenosi multiple, soprattutto ileali, sconsiglia l'approccio endoscopico.

Tecnica endoscopica dilatativa

Condizione necessaria per eseguire la terapia dilatativa è la possibilità di raggiungere la stenosi endoscopicamente. La visualizzazione della stenosi mediante esame radiologico seriato dell'intestino tenue consente di valutarne in modo accurato la morfologia e la lunghezza. L'introduzione ed il passaggio della sonda pneumatica attraverso la stenosi va eseguita con cautela. Spesso, infatti, la stenosi è angolata e la progressione del dilatatore, di consistenza relativamente rigida, non risulta agevole. Recentemente sono stati introdotti in commercio palloni dilatatori dotati di filo guida; quest'ultimo permette un posizionamento più agevole e sicuro, diminuendo il rischio di perforazioni o la creazione di false strade. Dopo il posizionamento del pallone, si esegue la dilatazione sotto controllo radiologico: la sonda viene riempita di acqua e di una piccola quantità di mezzo di contrasto radiopaco che permette di controllare visivamente, sotto scopia, la scomparsa dell'indentatura sul pallone causata dalla stenosi stessa. Durata e numero di dilatazioni eseguibili nel corso della stessa seduta variano in letteratura, anche se normalmente la durata della singola dilatazione è quasi sempre di due minuti, con la possibilità di eseguire anche sei dilatazioni nella stessa seduta. Dopo la avvenuta dilatazione è possibile cercare di superare la stenosi per sincerarsi dell'efficacia della dilatazione (cosa che non è sempre possibile per l'angolatura e l'edema post-dilatazione) e, in caso di successo, fermarsi o eseguire un trattamento con steroidi per diminuire la reazione fibrotica alla dilatazione.

Risultati

Malgrado già da diversi anni i palloni da dilatazione di tipo TTS siano stati introdotti sul mercato, non sono molti gli studi pubblicati in letteratura sui risultati ottenuti nel trattamento delle stenosi crohniane ileocoliche postoperatorie o in pazienti non operati. In particolare, sono pochi gli studi con risultati relativi a lunghi follow-up. Una prima considerazione sul successo tecnico della dilatazione varia dal 90 al 100%. Gli insuccessi sono dati dall'impossibilità da parte dell'endoscopista di posizionare correttamente il pallone dilatatore. Da un punto di vista tecnico, il passaggio della stenosi con i TTS è reso difficile dalla loro consistenza rigida e dalla impossibilità di utilizzarli su guida. Questo può essere un limite in caso di stenosi angolate.

Le metodiche utilizzate in letteratura variano soprattutto nella dimensione del pallone (con diametri che oscillano tra 18 e 20-25 mm) e nella durata della dilatazione (da 15 secondi a 2-4 minuti). Inoltre, alcuni gruppi eseguono il trattamento in forma ambulatoriale senza controllo radiologico. Questo approccio comporta tre possibili limitazioni:

- impossibilità di avere una visione radiologica del corretto posizionamento del pallone;
- assenza di verifica dell'efficacia dilatativa (scomparsa dell'incisione sul pallone dilatatore causata dal cedimento della stenosi);
- impossibilità di diagnosticare in fase precoce una delle complicanze più frequenti e temibili della metodica: la perforazione.

Altra problematica tecnica è legata al tipo di approccio dilatativo da seguire: aggressivo, con dilatazione massimale raggiunta in una sola seduta, o graduale con dilatazioni successive a diametri crescenti, ottenuta in più sedute. Nella maggioranza dei casi gli autori raggiungono la massima dilatazione già dalla prima procedura, ripetendo il trattamento dilatativo sino a sei volte nella stessa seduta.

Complicanze

In nessuno dei lavori pubblicati sono stati riportati casi di decesso legato alla metodica.

La complicanza più frequente è la **perforazione** che, secondo stime attendibili, ha una incidenza pari al 6% dei pazienti e all'8% delle procedure. In quattro

casi (2 retroperitoneali e 2 coperte) la perforazione è stata trattata conservativamente mentre in due casi è stata necessaria la chirurgia. In un lavoro pubblicato solo sotto forma di abstract, ma con una popolazione di ben 85 pazienti, sono state osservate due perforazioni trattate: una con la chirurgia e l'altra conservativamente. In un altro lavoro sono state osservate 2 perforazioni su 137 procedure (1,4%), in tutti e due i casi utilizzando il pallone di 25 mm. Ambedue le perforazioni sono state trattate chirurgicamente con la resezione del tratto malato.

L'altra complicanza relativamente frequente è l'**emorragia**, sempre auto-limitantesi e senza necessità di trasfusioni.

Efficacia

La quasi totalità dei pazienti trattati ha ottenuto la risoluzione dei sintomi a breve termine.

Il vero problema dell'efficacia del trattamento dilatativo endoscopico è quello dei risultati positivi a lungo termine che in letteratura variano tra il 48 ed il 75% dei casi. In una casistica pubblicata, 34/55 pazienti (62%) hanno risposto positivamente al trattamento con un follow-up medio di 33 mesi: di questi, 20 sono stati trattati una volta, 13 due volte ed un paziente tre volte. Ventuno pazienti (38%) sono stati operati per sintomi ostruttivi persistenti o ricorrenti in 19 casi ed in 2 casi per complicanze (perforazioni). Una correlazione statisticamente significativa dell'efficacia a lungo termine della terapia dilatativa è stata rilevata nei pazienti in cui era stato possibile superare la stenosi con il colonscopio dopo la dilatazione ed in quelli con stenosi corte. In un'altra serie pubblicata con un follow-up mediano di 30 mesi, solo nel 48% degli 85 pazienti il trattamento dilatativo è risultato efficace (in 25 pazienti dopo una sola dilatazione) mentre nel 52% dei casi si è dovuto ricorrere alla chirurgia. Per ultimo, in un lavoro svedese, in 18 pazienti su 27 (66%), si sono osservati buoni risultati clinici con un follow-up medio di 19 mesi.

In quest'ottica alcuni autori, considerati i buoni risultati ottenuti con l'iniezione intralesionale di steroidi nei pazienti con stenosi esofagee post caustiche, hanno utilizzato la stessa tecnica nei pazienti con stenosi crohniane. I risultati di uno studio effettuato sull'argomento (previa iniezione di 5 mg di betametasona) sono tuttavia gravati da un elevato numero di ritratta-

menti. Difatti, solo 3 pazienti su 13 sono stati trattati in una sola seduta, mentre la maggioranza ha avuto bisogno di uno o due trattamenti annui. In un altro studio, i risultati sono apparsi molto promettenti, poiché 8 pazienti su 10 sono stati trattati solo una volta ed i rimanenti 2 solo due volte. Da considerare che in questo caso la terapia dilatativa non è stata eseguita con palloni, ma con incisioni della zona stenotica eseguite con aghi da pre-cut e iniezione intralesionale di 40 mg di triamcinolone. In tutti i casi riportati, non sono state osservate morbilità e mortalità specifiche.

Conclusioni

Il trattamento endoscopico dilatativo può, in casi selezionati, essere utilizzato come primo trattamento per ridurre la percentuale di pazienti da sottoporre a resezione chirurgica.

Il trattamento endoscopico deve essere sempre associato ad un'adeguata terapia medica e non considerato alternativo ad essa. Nuovi sviluppi della dilatazione endoscopica delle stenosi secondarie a MC potranno derivare:

- dalla introduzione in commercio di palloni su guida;
- dalla possibilità di associare al trattamento dilatativo una terapia iniettiva nella sede della stenosi;
- dalla possibile utilizzazione di protesi metalliche completamente rivestite, di largo calibro o bioassorbibili.

Bibliografia commentata

Couckuyt H, Gever AM, Coremans G, Hiele M, Rutgeerts P. Efficacy and safety of hydrostatic balloon dilatation of ileocolonic Crohn's strictures: a prospective longterm analysis. *Gut* 1995; 36: 577-80.

Un importante contributo su 55 pazienti con un follow-up medio di 33 mesi. Il 38% dei pazienti è andato incontro a nuovo intervento chirurgico per il fallimento a lungo termine della terapia chirurgica o per le complicanze da essa derivanti.

Blomberg B, Rolny P, Jarnerot G. Endoscopic treatment of anastomotic strictures in Crohn's disease. *Endoscopy* 1991; 23: 195-98.

Il primo lavoro sul trattamento dilatativo in 27 pazienti affetti da stenosi crohniane anastomotiche post-operatorie.

Brooker JC. Endoscopic dilatation of Crohn's strictures: longterm outcome in 85 consecutive patients. *Gut* 2000; 46 (suppl II): A 29.

Una esperienza di un gruppo importante, interessante anche se riportata solo sotto forma di abstract.

Ramboer C, Varhamme M, Dhondt E, Huys S, Van Eygen K, Vermeire L. Endoscopic treatment of stenosis in recurrent Chron's disease with balloon dilation combined with local corticosteroid injection. *Gastrointest Endosc* 1995; 42: 252-55.

L'iniezione di steroidi non sembra in questo lavoro essere efficace nel prevenire la recidiva della stenosi.

Lavy A. Triamcinolone improve outcomes in Crohn's disease strictures. *Dis Colon Rectum* 1997; 40: 184-86.

L'iniezione di steroidi intralesionali migliora l'efficacia del trattamento endoscopico delle stenosi crohniane: la tecnica dilatativa utilizzata viene eseguita con sezioni diatermiche della stenosi mediante aghi da pre-cut.

CONCETTI CHIAVE

L'alta incidenza di reinterventi chirurgici di resezione intestinale in pazienti affetti da MC può favorire lo sviluppo della sindrome del tenue corto



La dilatazione pneumatica endoscopica si è dimostrata efficace nella risoluzione dei sintomi occlusivi a breve e medio termine in pazienti con stenosi crohniane post-chirurgiche



La dilatazione pneumatica associata all'iniezione di steroidi intraparietali all'interno della stenosi appare promettente nel prolungare l'efficacia del trattamento dilatativo