

Studio osservazionale sull'utilizzo dell'Idrocolonterapia nel "Colon Irritabile"

R. Giuberti

Introduzione

Da circa 10 anni, evidenze cliniche hanno ormai portato alla luce come il concetto di un corretto "lavaggio" del colon possa rappresentare, in pazienti correttamente selezionati, un valido strumento terapeutico soprattutto per quanto riguarda le disfunzioni del transito generalmente indicate sotto il nome di "stipsi" o "colon irritabile".

È stimabile intorno al 14% la presenza di "discomfort" intestinale" (BIBLIOGRAFIA), che, come noto, rappresenta uno tra i sintomi cardinali del "colon irritabile": il dato appare di impressionante entità, anche considerando le notevoli componenti negative sulla qualità della vita soggettiva e relazionale.

Al contrario della stipsi, il "colon irritabile" non sembra aumentare in modo esponenziale con l'età (Stewart, R.B: Am. J. Gastroenterology, 87; 859-864, 1992).

In accordo invece con la stipsi, anche il "colon irritabile" sembra prediligere nettamente il sesso femminile, e questa correlazione aprirebbe, sotto l'aspetto speculativo, nuove vie di ricerca a carico del ruolo degli ormoni in età fertile (a sua volta prediletta dalla patologia funzionale).

Ad oggi, più di 5000 pazienti hanno ricevuto, almeno per un ciclo di 5 sedute, un trattamento con idrocolonterapia in Centri Medici Italiani.

Purtuttavia, ad oggi non esistono, in Letteratura, dati inerenti tale terapia nei Paesi della Comunità Europea od altro, anche se la metodica è ampiamente diffusa in Germania (ad opera di "High Practicers") e nel Nord America, eseguita soprattutto da Personale paramedico (peraltro altamente qualificato e specializzato).

Tale discrasia (apparente solo per i non addetti ai lavori) potrebbe essere verosimilmente legata alla "dispersione" dei dati clinici osservazionali sia in Italia che non, con la conseguente mancanza di un flusso di notizie cliniche riguardanti la metodica. In aggiunta, l'importanza di aspetti comuni alla medesima metodica terapeutica potrebbe portare, sotto l'aspetto metodologico, ad uniformare meglio e più correttamente l'identificazione dei pazienti mediante appositi criteri di inclusione ed esclusione, per ottimizzare i risultati clinici.

Materiali e metodi

Sulla base di queste considerazioni sia di ordine metodologico che di risultati clinici, ed alla luce delle Linee Guida presentate e discussi nel "II° Congresso Di Gastroenterologia Roma II" (1992) (1) BIBLIOGRAFIA... sulle patologie definibili come "colon irritabile", abbiamo voluto valutare le evidenze cliniche dell'idrocolonterapia (ICT) (Hydromat® - Herrmann) in 107 pazienti di ambo i sessi (maschi: 17; femmine: 90 di età media compresa tra 18 e 65 con sintomi di "colon irritabile").

Dopo il Consenso Informato, tutti i pazienti sono stati sottoposti a visita medica completa mirata ad evidenziare l'eventuale presenza di patologie di ordine infiammatorio acuto a carico del tratto GI, nonché eventuali componenti ostruttivo-riduttivo-proliferative a carico del tratto terminale del grosso intestino.

Abbiamo stabilito i seguenti Criteri di Esclusione:

a) presenza di processi infiammatori acuti e sub-acuti a carico del colon con “discomfort intestinale”

comprendenti anche diverticoliti in atto o negli ultimi 15 giorni (diagnosi clinica);

b) stato gravidico accertato (diagnosi clinica);

c) insufficienza cardiaca congestizia (NYHA grado II ~~o~~ diagnosi clinica)

d) poliposi e sospetta poliposi (diagnosi anamnestica e successiva conferma strumentale).

Al termine della visita medica, a tutti i pazienti venne richiesto di compilare un Questionario mirato a sistematizzare, sulla base dei disturbi soggettivi, i sintomi causati dalla patologia in studio prendendo in considerazione l'insieme delle caratteristiche organolettiche, della quantità, del tipo e della morfologia delle feci, nonché dei sintomi pre-terapia, del numero e tipo di scariche dell'alvo, del dolore addominale come evidenziato ad approvato (1).

TABELLA 1: Tabella sinottica delle caratteristiche basali dei 107 pazienti dello studio clinico

DOLORE PRE-EV.	FREQ. ALVO	CONSIS. FECI	PRES. MUCO	DEFECAZIONE	METEORISMO
					SCALA DI PUNTEGGIO: 1-10
59 (55%)	>3: 5 (5%)	Molle: 83 (76%)	20 (19%)	Dolorosa: 7 (7%)	75 (70%) Sporad: 1-2 : 7 (6,6%) Intermit: 3-4 : 12 (11%) Ingrav: 5-7 : 31 (29%) Costante: 7-10 : 25 (23%)
	<3: 102 (95%)	Normale: 24 (23%)		Incompleta: 24 (22%)	
				Normale: 76 (71%)	

In tutti i 107 pazienti la durata dei sintomi era presente da più di 3 mesi (limite di inclusione protocollare).

Come riassunto nella *Tabella*, in 59 pazienti (55,1%) veniva riferita la presenza di concomitante dolore addominale pre-evacuativo che si autorisolveva con l'evacuazione.

Su 107 pazienti, 5 riferirono una frequenza di scariche superiore a 3 /die.

83 pazienti riferirono la presenza di feci con consistenza molle, mentre 24 pazienti riferirono una consistenza normale (“dura”) delle medesime.

20 pazienti riferirono la concomitante presenza di “muco” ad ogni defecazione.

Per quanto riguarda le caratteristiche della defecazione, 7 pazienti riferirono la presenza di defecazione “dolorosa”, 24 “incompleta”, mentre i restanti 76 non riferirono alcuna alterazione delle caratteristiche della defecazione.

Per quanto riguarda il meteorismo intestinale, i dati riportati riguardano la valutazione soggettiva del “disagio” presente prima dell'evacuazione: la scala di valutazione usata è quella proposta dal Congresso “Roma 2” (1).

Tutti i 107 pazienti sono stati trattati mediante idrocolonterapia da un minimo di 1 seduta ad un massimo di 9 sedute (limite arbitrario protocollare; sedute successive alla prima intervallate da almeno 7 +/- 3 giorni).

Risultati

La *Tabella 2* riassume i dati relativi al trattamento eseguito in tutti i pazienti.

TABELLA 2: Dati relativi al trattamento in tutti i 107 pazienti dello studio clinico.

NUMERO SEDUTE	INTERVALLO TRA SEDUTE	SOLO ICT	FARMACI CONCOMITANTI	RIDUZIONE METEORISMO	DROP-OUT
			“Ricolonizzatori” “Antiinfiammatori”		
Min:4 Max: 10			Probiotici (P)* Eurobiotici (E)**		*: causa
4: 83 (78%) 10: 24 (22%)	7 7 (+/-3) gg.	65 (61%)	42 (39%) 26 (24%)	SI: 55 (73%) Dalla 4a seduta NO: 20 (27%) entro la 4a seduta	0 (zero) 0 (zero)

Come riassunto, tra quelli che hanno ricevuto il trattamento con idrocolonterapia, 68 sono stati concomitantemente trattati con farmaci ad assunzione orale.

I risultati osservazionali dello studio clinico pilota si possono così riassumere.

In tutti i pazienti che hanno ricevuto il solo trattamento mediante idrocolonterapia, si è notato una netta riduzione del meteorismo passando da valori medi basali di 7-10 a valori medi a fine trattamento di 1-3.

In particolare, al termine della quarta seduta si è notato un miglioramento medio soggettivo dei sintomi riportati nel questionario pari al 73% dei pazienti per quanto concerne la riduzione del meteorismo nelle sue differenti classificazioni (v. *Tabella 2*).

Degno di menzione appare il riscontro di contemporanea riduzione di patologie e disturbi funzionali concomitanti già presenti all'inizio dello studio clinico (cistiti, intolleranze alimentari).

Altrettanto degno di menzione appare il fatto che, in presenza di candida e muco la cui evidenziazione appare in corso di seduta, al termine delle sedute di ICT è stato ottenuto un netto miglioramento dell'attività peristaltica, anche se non completamente riportata nella norma, ed il superamento dei dolori alla defecazione.

I dati dello studio clinico aprono la strada ad alcune considerazioni di tipo speculativo.

Una prima riflessione andrebbe eseguita sulla base di una certa qual “difformità” dei sintomi soggettivi durante il corso di “colon irritabile” prendendo in esame le diverse variabili: la notevole variazione inter-individuale verosimilmente agisce in senso “dispersivo” sulla evidenziazione soggettiva del sintomo, facendo in modo che un paziente focalizzi maggiormente sulla frequenza dell'alvo senza meteorismo ed un altro sul meteorismo e non sulla frequenza, mentre comune accordo pare trovi la presenza di dolore precedente alla defecazione.

In altre parole, non tutti i pazienti verosimilmente pongono la medesima attenzione ai medesimi sintomi della medesima condizione patologica.

In aggiunta, sembra opportuno riflettere sulla presenza di un "grading-scale" soggettivo dei singoli sintomi, in grado di "ridurre" ad esempio il dolore pre-evacuativo nel paziente con elevata soglia al dolore nei confronti di un altro con soglia più ridotta. E tale aspetto appare, a nostro avviso, maggiormente applicabile al meteorismo, che peggio si presta ad una effettiva valutazione scalare.

Altro aspetto da considerare appare quello della frequenza dell'alvo.

La presenza di 2 scariche/die non dovrebbe essere confusa dal paziente con l'alvo diarroico, poiché esiste la "fisiologica" tendenza a considerare diarroico un alvo frequente con o senza alterazione fecale: è quindi importante chiarire al paziente che deve essere trattato con ICT tali differenze funzionali prima di iniziare il ciclo terapeutico.

Un dato di estremo interesse speculativo appare quello che deriva dalla alterazione delle feci: più della metà dei pazienti non ha ritenuto opportuno segnalarne l'esistenza.

Le ragioni potrebbero essere molteplici, a partire dalla scarsa attenzione del paziente al problema, dalla assenza, ai giorni nostri, di una "scala" valutativa di tale parametro, oppure dal fatto che tale concetto di "alterazione" sia estremamente soggettivo, e tutti questi aspetti sono fondamentali per un corretto approccio sia diagnostico che terapeutico.

Importantissimo, inoltre, appare il concetto della quantità delle feci: questo dato, soggetto ad amplissima variazione individuale, non sembra facilmente approcciabile e codificabile mediante apposite scale parametriche in grado, obiettivamente, di definire una corretta valutazione del parametro in questione.

Ancora, appare difficile inquadrare in termini obiettivabili il concetto di defecazione difficoltosa: occorrerebbe indagare meglio sulla necessità o meno di aumento dello sforzo del torchio addominale pre- evacuativo oltre che sulla presenza di stimolo alla defecazione che necessita però di modestissimo incremento della pressione diaframmatica senza effettiva compartecipazione del torchio per dare inizio alla defecazione.

Ancora, il dato della presenza di dolore addominale aspecifico (non irradiato ad alcun punto di reperi semeiologico ben preciso) presente in circa metà dei pazienti trattati richiede più di una riflessione: tra tutte citiamo qui, per motivi di brevità, quella della estrema variabilità intersoggettiva della scala del dolore cui tiene dietro una altrettanto ampia variabilità di espressione clinica del colon irritabile, verosimilmente secondaria non solo alla durata temporale del medesimo ma anche alla componente neurovegetativa coinvolta, a sua volta basata sulla responsività soggettiva di ogni paziente a stimoli soglia. In quest'ottica appare lecito formulare nuove proposte di ricerca e di studio mirate alla miglior caratterizzazione di questo sintomo che oggi è ritenuto come cardinale nella diagnosi del colon irritabile.

Da ultimo, non certo per ragioni di importanza, vale la pena di soffermarci sull'aspetto della consistenza delle feci, aspetto soggettivo che se da un lato può essere scambiato dal paziente come alvo diarroico, dall'altro ricopre, per il medico, un ruolo di fondamentale importanza.

Nella nostra casistica, più due terzi dei pazienti hanno riferito tale caratteristica.

Appare fondamentale qui prendere in considerazione il ruolo del riflesso gastro-colico anche non accompagnato da dolori veri e propri ma solo da borborigmi e senso ingravescente di meteorismo pre-evacuativi: tale aspetto aprirebbe la porta, sotto l'aspetto speculativo, al ruolo svolto dalle amilasi e dai succhi biliari nel colon irritabile.

Al di là dei dati clinici ottenuti nella nostra casistica, che hanno evidenziato come il trattamento con l'ICT possa rappresentare un valido trattamento terapeutico per questa complessa sindrome plurifattoriale, ci sembra opportuno ribadire l'importanza delle considerazioni precedenti utilizzandole come punto di partenza per studi clinici mirati a meglio codificare, ad esempio, i criteri di inclusione e di esclusione dei pazienti da trattare, a tentare di uniformare le "scale" di valutazione sia soggettive che obiettive dei sintomi, a meglio comprendere il ruolo dei fisiologici riflessi neuro-vegetativi che enorme coinvolgimento hanno a livello funzionale.

Siamo sicuri che questo sforzo concettuale, che richiede ovviamente la collaborazione non solo dei pazienti ma anche di altri colleghi mediante evidenze sperimentali e cliniche, di sicuro non rappresenterà una facile via da percorrere ma ci aiuterà, in misura sempre maggiore, ad ottenere una migliore "sistematizzazione" della metodica a tutto vantaggio del paziente.

Bibliografia

- 1) J:B: Vollmer - "L'intestino: base della salute" - Ed. F. Kaiser Verlag
- 2) M.A. Ullrich - "Idrocolonterapia" - Ed. W.L. Verlag.
- 3) Atti del I st. international congress functional syndromes - Milan gennarj 25/27 2001
- 4) G. Gasbarrini, G.R. Corazza, in coll. con: M. Frisoni, A. Strocchi, M. Sorge, G. Benati, F. Miglio, A. Di Saria, E.A. Treggiani, R.A. Valentini, F. Bonvicini, V. Mazzeo. *Intestinal malabsorption and related clinical syndromes*. Annuali Italiani di Medicina Interna, 8:185, 1993.
- 5) Balsari A., Ceccarelli A., Dubini F., et al. *The fecal microbial population in the irritable bowel syndrome*. Microbiologica 1982; 5: 185-94.
- 6) Kordecki H., Niedzielin K. *New possibility in the treatment of irritable bowel syndrome. Probiotics as a modification of the microflora of the colon*. Gastroenterology 1998; 114:a402.
- 7) DeVrese M., Stegelmann A., Richter B., et al. *Probiotics-compensation for lactase insufficiency*. Am J Clin Nutr 2001; 73:421S9S.
- 8) Bazzocchi G., Ellis J., Villanueva-Meyer J., et al. *Effect of eating on colonic motility and transit in patients with functional diarrhea. Simultaneous scintigraphic and manometric evaluations*. Gastroenterology 1991; 101:1298-306.
- 9) Bassotti G., Gaburri M., Imbimbo BP., et al. *Distension-Stimulated Propagated Contractions in Human Colon*. Dig Dis Sci 1994; 9:1955-60.
- 10) Hardcastle JD., Mann CV. *Physical factors in the simulation of colonic peristalsis*. Gut 1970; 11:41-6.
- 11) Badiali D., Corazziari E., Dipart. di Scienze Cliniche Università "La Sapienza" - Roma. *La sindrome dell'intestino irritabile Inquadramento clinico-diagnostico e terapia medica*.