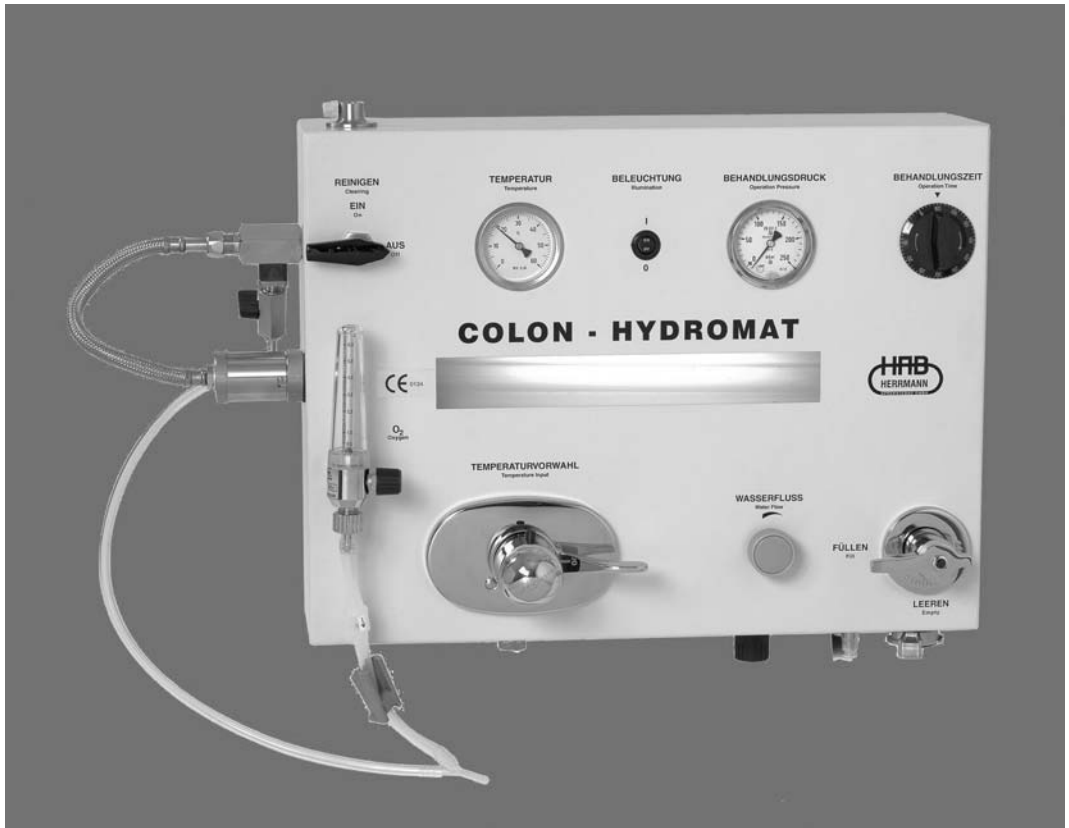


# Idrocolontèrapia

STUDI CLINICI



*Apparecchiatura per idrocolonerapia*



*Colon Hydromat comfort*  
*Apparecchiatura per idrocolonterapia e cromoterapia*

Le alterazioni della "funzione barriera" della flora eubiotica, presente nel canale intestinale, portano progressivamente:

**Microflorana®-F** ristabilisce il dinamico equilibrio dell'eco-sistema intestinale e ne sostiene l'immunità:

**1** ■ **Neo-colonizzazioni da Insufficienza Intestinale Batterica**  
(Colon irritabile, stipsi, ecc.)

**2** ■ **Aumento della permeabilità della mucosa; Traslocazione Batterica e passaggio in circolo di endotossine**  
(eventi spesso secondari ad antibiotici, chemioterapici e lassativi, presenza di gram-negativi nel canale intestinale, insufficiente captazione endotossinica a livello epatico)

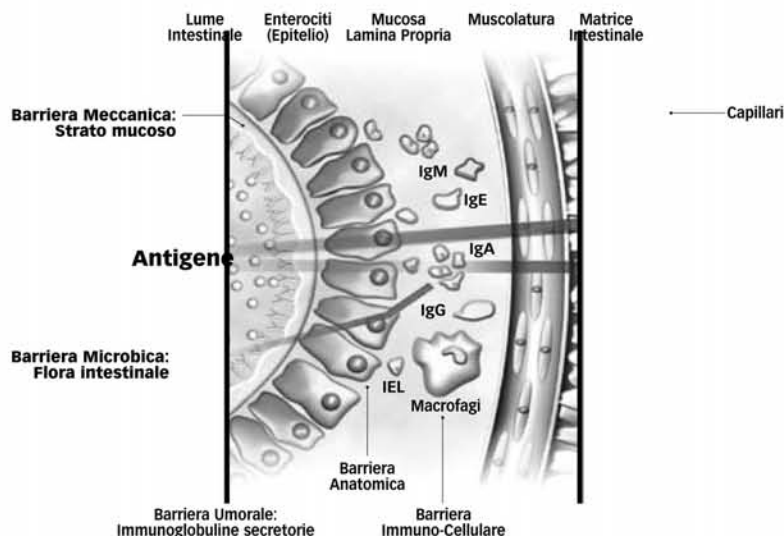
**3** ■ **Sindrome di Disfunzione Multi-Organo (MODS) dell'Apparato Gastro-enterico**  
(alterazioni della funzionalità epatica, pancreatica e delle vie biliari).

■ **CONTRASTA** la proliferazione dei patogeni potenziali  
R. Barreto et al., Intern Med J 2001, 8:101-107  
P. Hotten et al., Chin J Dig Dis 2003, 4:13-18

■ **RIPRISTINA** la "funzione barriera", inattivando le endotossine batteriche, modulando la risposta immunitaria cellulo-mediata e umorale.  
R. Barreto et al., J Food Sci Nutr, 1998:3:31-37  
R. Barreto et al., Intern Med J 2000, 7:37-42

■ **PROTEGGE** l'integrità strutturale epatica, opponendosi ai processi infiammatori responsabili del danno epatico (MODS).  
R. Barreto et al., Intern Med J 2000, 7:121:128  
F. Marotta et al., Chin J Dig Dis 2004, 5, (4), 169-174

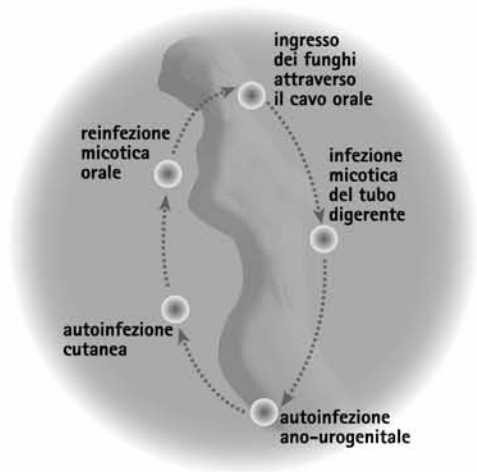
Schema delle funzioni barriera



### TOTAL CARE

#### IL CIRCOLO "VIZIOSO" DELLA CANDIDA

Le infezioni da Candida sono l'espressione di uno squilibrio nei componenti della flora batterica saprofitica. La candidosi, infatti, oltre a coinvolgere il tratto genitale, con manifestazioni cliniche più o meno evidenti, interessa anche il tratto gastro-intestinale, il quale rappresenta sia l'origine dell'infezione primaria, sia il serbatoio per le infezioni ricidivanti successive<sup>(1)</sup>.

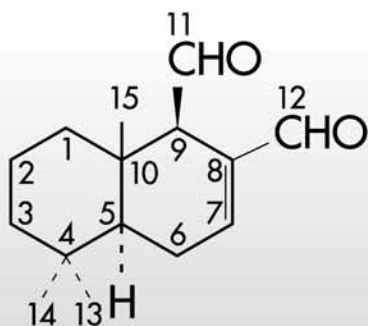


#### CONSEGUENZE DELLE CANDIDOSI CRONICO-RECIDIVANTI

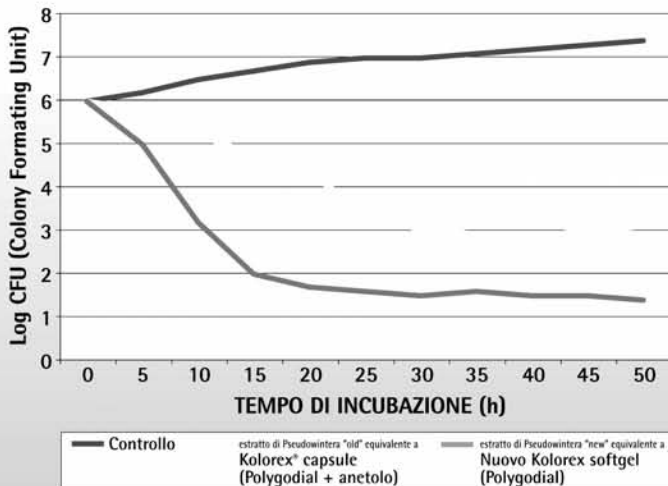
<b>GASTRO-INTESTINALI E GENITO-URINARIE</b>	Dispepsia – Gastrite – Colon irritabile Vulvovaginite – Balanite – Cistite
<b>ALLERGICHE</b>	Prurito generalizzato – Orticaria cronica Dermatosi – Rinite allergica – Asma
<b>PSICOSOMATICHE E NERVOSE</b>	Sindrome da stanchezza cronica Depressione – Perdita di concentrazione
<b>ALTRE</b>	Cefalea – Acne – Afte Lesioni cutanee e del cuoio capelluto

#### CHE COS'È KOLOREX®

Il Polygodial, principio attivo di Kolorex® - sesquiterpene biciclico dialdeidico -isolato dalle foglie della pianta neozelandese Pseudowintera colorata, ha una dimostrata attività antimicotica<sup>(2)</sup>.



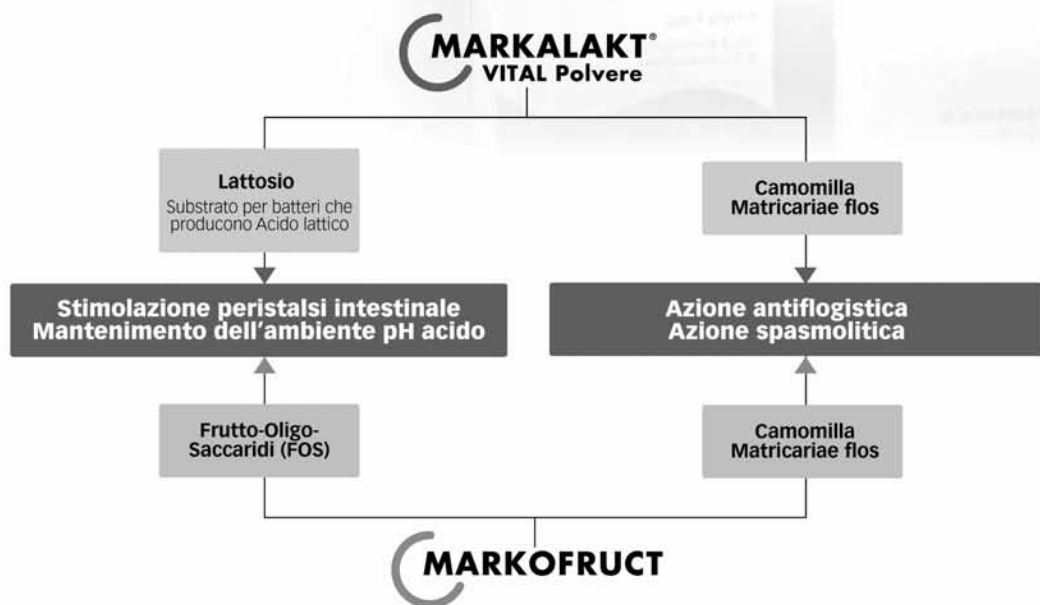
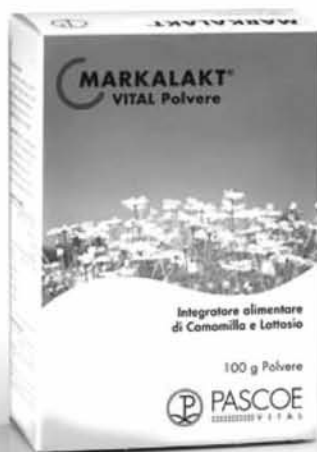
Polygodial  
9-Deoxymuxigadial  
(aldeide sesquiterpenica)



**MARKALAKT®**  
VITAL Polvere

**MARKOFRUCT**

**Markalakt® prebiotico prepara l'ambiente intestinale prima della colonizzazione da parte di simbionti intestinali; è inoltre indicato nel trattamento delle disbiosi medio-gravi dopo riduzione della flora batterica anaerobica.**



**In caso di intolleranza al lattosio Markofruct estratto solubile prebiotico di Frutto-Oligo-Saccaridi (FOS) e Matricariae flos (Extr. sicc.)**

I FOS (Frutto-Oligo-Saccaridi) sono fibre solubili, ad azione prebiotica, in grado di stimolare, in maniera selettiva, la crescita e l'attività della flora batterica benefica.

# Indice

<b>1</b>	<b>Idro-colon-terapia</b> <i>N. Scholz</i> . . . . .	9
<b>2</b>	<b>Effetto dell'idrocolon-terapia sul sintomo stipsi</b> <i>F. Cavallari, G. Dodi</i> . . . . .	21
<b>3</b>	<b>Matrice interstiziale e idrocolonerapia</b> <i>R. Barsi</i> . . . . .	27
<b>4</b>	<b>Idrocolonerapia</b> <i>S. Orcano, S. La Manna, S. Abate</i> . . . . .	31
<b>5</b>	<b>Sindrome del Colon irritabile. Valutazione della efficacia e tollerabilità della tecnica "Idrocolonerapia"</b> <i>R. Giuberti</i> . . . . .	35
<b>6</b>	<b>L'idrocolonerapia nella preparazione agli esami endoscopici del grosso intestino</b> <i>De Masi E., Lamazza A., Kobylak A. (I.P.), Docimo M., Stagno B., Fiori E.</i> . . . . .	39
<b>7</b>	<b>Studio aperto sugli effetti dell'idrocolonerapia su 80 portatori di IBS (Irritable Bowel Syndrome)</b> <i>Arrigo Dianin</i> . . . . .	45
<b>8</b>	<b>Studio osservazionale sull'utilizzo dell'Idrocolonerapia nel "Colon Irritabile"</b> <i>R. Giuberti</i> . . . . .	47
<b>9</b>	<b>Utilizzo dell'idrocolonerapia nel "Colon Irritabile": studio osservazionale Caso-Campione</b> <i>R. Giuberti</i> . . . . .	53
<b>10</b>	<b>Idrocolonerapia e stipsi severa: potenzialità e validità</b> <i>S. La Manna, S. Orcano, S. Abate</i> . . . . .	59
<b>11</b>	<b>Ruolo dell'idrocolonerapia nel trattamento della stipsi da ostruita defecazione o sindrome dell'iceberg</b> <i>Mario Pescatori, Riccardo Annibali</i> . . . . .	61
<b>12</b>	<b>L'uso dell'idrocolonerapia nella riabilitazione delle incontinenze</b> <i>Orcano S., La Manna S., Pellegrino C. e Abate S.</i> . . . . .	69





# 1 Idro-colon-terapia

N. Scholz

La stipsi cronica non solo causa dolori acuti, ma aumenta anche il rischio di un'autointossicazione e pone le basi per molte altre malattie. L'idro-colon-terapia contrasta efficacemente tutto questo senza comportare al paziente un grande disturbo. Con questo lavaggio si possono trattare anche i calcoli renali e all'uretere. Questo lavoro presenta la storia della nascita di questa pulizia intestinale, ne spiega l'azione terapeutica, le indicazioni e controindicazioni, si occupa dei risultati degli studi fatti nel merito e descrive i diversi tipi d'apparecchi.

*Parole chiave:* idro-colon-terapia, enteroclisma subacqueo, stipsi, autointossicazione

## ■ Introduzione

L'idro-colon-terapia è un lavaggio prolungato dell'intestino per mezzo di un apparecchio e quindi, considerato come un semplice clistere, fa parte dei procedimenti escretori ed in quanto tale richiama alla mente una lunga storia. I lavaggi dell'intestino, già da migliaia di anni, sono usati sia a livello terapeutico sia per un alleviamento della stipsi ed anche come rito di "purificazione". Oggi gli enteroclistmi trovano posto nella preparazione ad interventi endoscopici od operatori nella regione gastrointestinale. L'azione dell'irrigazione prolungata che si consegue con l'idrocolonterapia è stata elaborata empiricamente soltanto negli ultimi decenni. Il meccanismo d'azione di questa terapia si spiega attraverso l'influsso sul sistema linfatico intestinale, il sistema nervoso intestinale e la "disintossicazione". La medicina ufficiale rifiuta il concetto dell'autointossicazione intestinale. Le ricerche, tuttavia, dimostrano che, se il fegato è già danneggiato o sovraccarico, il riassorbimento di sostanze nocive, soprattutto dell' $\text{NH}_3$ , causa manifestazioni di avvelenamento. Determinanti per questo tipo di avvelenamenti sono soprattutto il tempo di transito del contenuto intestinale e la qualità microbica nell'intestino crasso.

## ■ Tutto cominciò con il clistere

I popoli primitivi conoscevano l'azione benefica dei clisteri e degli enteroclistmi. Usavano tagliare le punte delle corna del toro ed inserirne la parte più sottile nell'ano. Tenevano poi l'apertura più grande del corno sotto la corrente di un corso d'acqua in modo che quest'ultima fluisse nell'intestino in modo naturale. Quando la pressione nell'intestino diventava spiacevole, si giravano e vuotavano il contenuto intestinale nella direzione della corrente. Molto presto furono usati a questo stesso scopo anche imbuti, cerbottane, vesciche animali e borse di pelle. Ippocrate (460-377 a.C.) prescriveva clisteri con latte d'asino e miele, con vino dolce o olio d'oliva con un po' di "nitron", probabilmente soda. Nell'antico Egitto c'erano specialisti del clistere che somministravano farmaci, erbe e succhi per via rettale con la cerbottana. La peretta per clistere fu scoperta nel Medioevo ed insieme al salasso, alle coppette e alla sanguisuga, godé di gran popolarità per la cura della stipsi e di molti altri disturbi.

## ■ L'enteroclistma subacqueo

Il patologo e libero docente viennese Anton Brosch è considerato il pioniere dell'enteroclistma subacqueo. Egli considerava la stipsi cronica una causa fondamentale di gravi malattie e perfino della morte, quindi nel 1910 incominciò con detersioni terapeutiche dell'intestino per mezzo di primitivi tepidari. Somministrava il liquido per l'irrigazione attraverso un tubo che inseriva nell'intestino del malato prima che questi entrasse nella vasca. Nel bagno stesso l'acqua corrente calda portava via gli escrementi che uscivano vicino al tubo. In seguito Brosch installò un tubo di scarico direttamente vicino all'ano perché assorbisse la maggior parte degli escrementi. Nel 1922 il dottor Gottfried Olpp imparò il metodo da Brosch e trasformò quell'apparecchio che a livello igienico era insoddisfacente. Da quel momento si chiamò enteroclistma subacqueo. Nel nuovo apparecchio il tubo intestinale e l'imbutito per le feci erano già forniti di anelli di tenuta, quindi nell'acqua del bagno rimanevano molte meno feci. Siccome il tubo intestinale era alloggiato in una valvola sferica, diminuì anche il pericolo di perforazione.

## ■ Dal bagno fecale asciutto all'idro-colon-terapia

Alla fine degli anni venti una ditta di Pforzheim produsse il precursore degli attuali apparecchi per l'idro-colon-terapia: il primo enteroclistma asciutto, di tipo passivo con afflusso e scarico senza la necessità del bagno. Così la terapia divenne più igienica, significò minore sovraccarico cardiaco e un esercizio per l'intestino attraverso il riempimento e la dilatazione ripetuti. Nell'idro-colon-terapia attuale sono a disposizione sonde rettali di tutte le grandezze, perciò è possibile trattare anche i bambini senza alcun problema. Le sonde chiudono completamente l'ano, quindi non insorgono più problemi pratici per quanto riguarda l'igiene. Attualmente in Germania si conoscono circa 600 terapeuti, che fanno enteroclistmi con l'aiuto di apparecchi.

## ■ Ampio spettro d'indicazioni

L'ambito d'applicazione terapeutica dell'idro-colon-terapia è molto vasto (si veda l'elenco alla fine di questo paragrafo), ma assolutamente giustificato. È comprensibile, infatti, se si apprendono le nozioni di F. X. Mayr e si considerano quelle più nuove riguardanti il modo di azione ed il significato del sistema linfatico e del sistema nervoso intestinale. I cambiamenti della postura che F. X. Mayr otteneva attraverso la sua dieta di latte e pane insieme a metodi per la pulizia dell'intestino, si ottengono anche con l'idro-colon-terapia ed un cambiamento dell'alimentazione. Il sovraccarico del tratto gastrointestinale dovuto a residui fecali si ripercuote anche sulla postura della colonna vertebrale e sul restante apparato motorio. Un intestino crasso sovraccarico esercita una trazione permanente sulla rachide lombare attraverso il peritoneo e inoltre impedisce la corrente reflua venosa che parte dalle estremità inferiori e causa una continua pressione sulla vescica, l'utero o la prostata. Nella Repubblica Federale Tedesca circa 27 milioni di cittadini soffrono di stipsi cronica, le cui conseguenze sono riconosciute a livello scientifico. Esse comprendono:

- diverticolite
- depressioni
- cefalee
- disturbi cardiaci d'origine gastrica
- meteorismo
- senso di flatulenza
- carcinoma del colon

## ■ Come agisce l'idro-colon-terapia

Dal punto di vista puramente meccanico l'enteroclisma, insieme alla peristalsi naturale, porta ad un immediato e completo svuotamento dell'intestino crasso, con il quale si eliminano anche i vecchi residui fecali, ricchi di tossine. Si possono migliorare la disinfezione e la pulizia attraverso l'aggiunta di ozono o sali ed il massaggio manuale del colon sulla parete addominale. Attraverso l'effetto di diluizione dell'acqua riassorbita, il lavaggio aumenta l'irrorazione sanguigna, esercita un'azione diuretica ed un effetto training sui muscoli longitudinali e gli sfinteri della parete intestinale. Con questa terapia si massaggiano anche gli ureteri. L'effetto fisico e termico dell'acqua che entra ed esce a diverse temperature ha un'azione positiva sull'intero intestino. La fase dell'irrigazione a 40 gradi esercita un effetto iperemizzante sul polo inferiore dei reni. Inoltre l'accompagnamento verbale e la sensazione soggettiva di essere puliti interiormente scaricano e rilassano il paziente. Nel trattamento conservativo dei calcoli all'uretra agiscono soprattutto l'aumento della diuresi, l'azione spasmolitica dell'acqua calda e l'effetto sull'uretere di stimolazione della peristalsi.

## ■ Autointossicazione intestinale

Già i nostri antenati temevano di avvelenarsi internamente se non avessero pulito regolarmente il tratto gastrointestinale. Per questa ragione sottoponevano il loro corpo a lavaggi rego-

lari, infusioni e clisteri a carbottana o a borsa. Le flatulenze puzzolenti erano considerate dei demoni, che bisognava far uscire. Durante il Medioevo per un certo periodo fu invalsa l'idea che con mezzi evacuanti si potessero guarire tutte le malattie o almeno sostenere il processo di guarigione. Probabilmente lo zelante impiego di purghe e clisteri di quel periodo indebolì talmente molti ammalati da farli morire.

All'inizio di questo secolo i ricercatori tentarono di consolidare scientificamente la teoria che attraverso l'intestino sia possibile eliminare i veleni, ma sempre attraverso l'intestino essi possano ritornare nel corpo. Oggi è certo che esiste una circolazione enteroepatica delle sostanze proprie del corpo (acidi biliari e loro cataboliti) e dei farmaci (ad esempio i preparati digitali e altri). Inoltre, attraverso il metabolismo batterico, nell'intestino si formano un gran numero di tossine. Tra queste si annoverano gli alcol metanolo, etanolo, propanolo e butanolo, l'ammoniaca che si forma nella proteolisi, il gas delle paludi o gas delle miniere di metano, lo scatolo responsabile dell'odore delle feci, le tossine cadaveriche putrescina e cadaverina, così come l'indolo.

Normalmente il corpo dispone di meccanismi di disintossicazione talmente buoni da non poter essere danneggiato da queste sostanze. In situazioni eccezionali però si può avere un'intossicazione di ritorno con queste sostanze, che, insieme ad altre, possono contribuire all'insorgere di un carcinoma dell'intestino crasso. Secondo le conoscenze della medicina naturale queste sostanze causano o favoriscono numerose malattie.

### **Fattori che influiscono sull'autointossicazione**

- combinazioni alimentari
- tempo di passaggio del contenuto intestinale
- tempo d'azione dei batteri intestinali sul contenuto intestinale
- tipo di colonia batterica intestinale
- alterazioni flogistiche della membrana mucosa intestinale
- rendimento metabolico del fegato
- eventuale colonizzazione di miceti nel tratto gastrointestinale

I pazienti con stipsi cronica hanno intervalli tra una defecazione e l'altra che durano fino a 14 giorni, arrivando quasi a stati di occlusione intestinale. In questi pazienti il riassorbimento delle tossine soggiace probabilmente alle stesse leggi fisiche dell'occlusione intestinale.

### **Indicazioni dell'idro-colon-terapia**

- malattie locali
- stipsi cronica
- meteorismo
- diarrea cronica
- colon atonico
- colon irritabile
- emorroidi
- colon spastico
- diverticolite
- morbo di Crohn
- calcoli dell'uretere

- infezioni parassitarie (vermi)
- micosi intestinali (miceti intestinali)
- proctoplegia e paraplegia

### **Conseguenze dell'autointossicazione**

- poliartrite cronica
- affezioni allergiche
- dermatosi
- emicrania e cefalea
- prostatite cronica
- asma bronchiale
- iper- e ipotensione
- disintossicazione generale

### **Preparazione all'esame dell'intestino crasso**

- colonscopia
- clisma opaco (prima e dopo)
- preparazione che precede l'operazione
- rettoscopia
- sigmoidoscopia

### **Preparazione alla terapia del digiuno**

- regime di digiuno modificato a base di succhi secondo Buchinger
- cura di Mayr
- dieta con riduzione delle calorie per la diminuzione del peso

L'“encefalopatia minimale epatica” descrive danni cerebrali, che derivano da un'insufficiente disintossicazione dall'ammoniaca. Un fegato già disturbato o sovraccarico di altre sostanze tossiche non riesce a detossicare sufficientemente l'ammoniaca che vi è affluita. Siccome l'ammoniaca è in grado di penetrare nel cervello attraverso la barriera encefalo-ematica, si avranno danni tardivi. Una parte del sangue che dall'intestino crasso ritorna nella grande circolazione scorre accanto al fegato e mette a confronto con le tossine l'intero organismo. La quantità delle tossine dipende dal tempo di contatto delle feci con la parete intestinale, dalle alterazioni flogistiche e dalle capacità disintossicanti degli altri organi emuntori quali la pelle, i polmoni e i reni. Mentre alcuni ricercatori ritengono che danni attraverso queste tossine siano possibili solo quando gli organi sono già danneggiati, altri credono invece che una stipsi cronica, una colite ulcerosa, il morbo di Crohn ed un fegato sovraccarico per l'eccesso di farmaci possano portare all'autointossicazione.

## **■ Preparazione del paziente**

La defecazione e tutto quello che concerne l'escrezione dell'uomo costituisce un tabù per molte persone. Simili paure e scrupoli devono essere messi in luce prima della terapia per mez-

zo di colloqui personali ed informazioni scritte. La vera e propria terapia necessita di almeno un'ora o un'ora e un quarto per il lavoro nello studio e di circa due ore per il paziente, che deve prendersi tutto il tempo di cui a bisogno. Se arriva nello studio stressato, pieno di paure e sotto la pressione del tempo, non riuscirà a rilassarsi. Prima e dopo l'intervento si misurano il peso, la circonferenza addominale, la pressione del sangue, e la pulsazione e si vuota la vescica in modo che non insorga tenesmo vescicale. Il corpo raccoglie una parte dell'acqua per il lavaggio e così è stimolata l'attività renale. Prima della terapia il paziente può spogliarsi ed indossare un paio di pantaloni specifici per l'idro-colon-terapia o un camice. In tal modo è preservata la sfera intima del paziente. Sul lettino coperto da un lenzuolo nuovo e con il materiale medico pulito, il terapeuta esamina ancora una volta l'addome e l'intestino caudale, mentre il paziente tiene le gambe piegate nella zona del ginocchio e dell'anca.

### **Controindicazioni dell'idro-colon-terapia**

- aneurisma
- anemia
- infiammazioni intestinali acute
- ernie interstiziali
- recenti operazioni all'intestino crasso
- recenti operazioni al colon / al retto
- ragadi e fistole
- emorragie gastrointestinali
- perforazioni
- gravidanza dal 3° mese in poi
- grave astenia miocardica

### **■ Decorso della terapia**

Il tubo intestinale usato per il lavaggio ha un afflusso d'acqua di circa cinque millimetri di diametro che sfocia direttamente nello scarico. Il lavaggio è inodore. Il tubo è rivestito di vaselina o di uno specifico gel e viene inserito con attenzione nell'intestino caudale mentre il paziente, che indossa i pantaloni, sta sdraiato su un fianco. Bisogna poi collegare il tubo per lo scarico e infine il paziente con grande attenzione si sdraia sulla schiena e si rilassa. Perché possa fuoriuscire l'aria che si trova nell'intestino si deve spostare il lettino ad un livello inferiore a quello dell'apparecchio. Il trattamento comincia con l'acqua calda a 40 gradi. La velocità del flusso e la pressione si regolano in modo tale che l'acqua entri con lentezza e continuamente nell'intestino e che solo lentamente ne derivi un senso di pressione. Un leggero massaggio dell'addome in senso antiorario aiuta l'afflusso dell'acqua e lo dirige anche nelle zone problematiche. Il terapeuta esperto sente gli indurimenti e gli spasmi e li scioglie con uno specifico massaggio del colon (ad esempio il massaggio del colon di Vogler). Dopo l'apertura della valvola dello scarico il massaggio deve essere fatto in senso orario per sostenere lo svuotamento dell'intestino. Secondo le reazioni del paziente si può cambiare più volte la temperatura dell'acqua. Se la pressione intestinale interna diviene troppo forte, bisogna bloccare l'apporto d'acqua ed aprire la valvola di scarico. Il paziente può osservare il contenuto dell'intestino che

fuoriesce. Per eliminare completamente i gas e i residui fecali bloccati, il paziente deve eventualmente girarsi più volte sul lato sinistro o destro. Dopo 30 minuti di pulizia intensa dell'intestino, si sposta il lettino ad un livello superiore a quello dell'apparecchio, perché tutto il liquido possa uscire dall'intestino. Se richiesto, la musica e l'aromaterapia possono accompagnare il trattamento, perché la situazione e l'atmosfera siano armoniose e in consonanza con il paziente.

### **I. Preparazione:**

In tutti i casi di pazienti che assumono farmaci salvavita, prima della terapia bisogna accordarsi individualmente sulla loro assunzione. Si raccomanda una particolare attenzione con pazienti che assumono farmaci che agiscono sulla coagulazione ematica, come ad esempio Marcumar, ASS o eparina.

PRIMA DI TUTTO BISOGNEREBBE ESAMINARE:

- cuore e polmoni
- pressione sanguigna
- polso
- temperatura del corpo
- addome
- ritenzione idrica nelle gambe
- regione dell'intestino caudale
- feci secondo le indicazioni del paziente (consistenza, colore, forma, vermi, corpi estranei, resti di alimenti non digeriti, escrezione mucosa, test delle feci occulte prima della prima idrocolon-terapia)
- emogramma, velocità di sedimentazione delle emazie, eventualmente CEA (antigene carcinoembrionario).

RACCOLTA DEI REFERTI PRECEDENTI:

- affezioni cardiache e polmonari
- diatesi emorragica conosciuta
- pressione alta
- rettoscopie
- colonscopie
- esame radiologico dell'intestino crasso
- operazioni

INFORMAZIONI PER IL PAZIENTE:

- spiegazione dell'andamento della terapia
- misure per la preparazione alla terapia
- consegna di informazioni scritte

### **II. Regole comportamentali nel giorno del trattamento:**

- prima della terapia il paziente deve vuotare la vescica
- i trattamenti del mattino devono essere fatti a digiuno
- per i trattamenti pomeridiani il paziente deve presentarsi senza avere pranzato

- i farmaci salvavita devono essere assunti dal paziente da due a tre ore prima della terapia
- per la tutela della sfera intima: camice o pantaloni per la terapia

*Indicazione:* i diabetici rappresentano un'eccezione. Bisogna decidere di caso in caso l'assunzione dei cibi prima e dopo la terapia. Tra le bevande sono adatte la tisana al finocchio, i succhi di frutta, l'acqua minerale o un miscuglio di tre parti d'acqua e una parte di sciroppo di acero.

24 ore prima della terapia bisogna evitare l'assunzione dei seguenti alimenti:

- latte
- yogurt
- frutti
- verdura cruda

### **III. Dopo il trattamento:**

- apporto di sostanze minerali per riequilibrare la perdita
- tenere un diario della terapia: giorno corrente, data, ora, dati personali, numero dei lavaggi, età, altezza, peso, peso precedente la prima terapia, peso dopo l'ultima terapia

### **IV. Temperatura indicativa del liquido per la terapia :**

- in estate non meno di 36 gradi
- in inverno non meno di 38 gradi
- temperatura massima: 40 gradi
- in determinati casi il terapeuta può selezionare temperature più basse per stimolare la peristalsi (20-22 gradi)

### **V. Numero e durata delle applicazioni:**

- negli stati acuti da uno a tre lavaggi (parassiti, stipsi acuta dopo farmaci oppiacei o codeina)
- nelle affezioni croniche da 10 a 15 lavaggi
- in casi eccezionali sono consigliabili lavaggi regolari per un lungo periodo. Per ottenere l'effetto training per l'intestino sono consigliabili almeno due lavaggi alla settimana
- durata della terapia per ogni seduta: almeno 30 minuti e al massimo 45-60.

### **VI. Massaggio concomitante:**

Durante la terapia bisognerebbe fare un massaggio del colon per sciogliere i vecchi residui fecali e stimolare la peristalsi intestinale. A questo scopo è adatto il massaggio del colon secondo Vogler. Specifiche tecniche di massaggio, inoltre, sono state sviluppate per l'idrocolon-terapia.

### **VII. Condizioni tecniche e ambientali:**

Poiché con l'idro-colon-terapia si interviene nella sfera intima del paziente, bisogna fare il trattamento in un ambiente adatto ed arredato proprio a questo scopo. Durante la terapia il terapeuta dovrebbe occuparsi esclusivamente di quel paziente. Dopo la terapia verrà lasciato al paziente tutto il tempo di cui ha bisogno per riprendersi in tranquillità. L'ambiente specifico per l'idro-colon-terapia e l'apparecchio dovrebbero soddisfare i seguenti presupposti:



- pavimento in pietra o linoleum (per ragioni igieniche)
- pareti con mattonelle
- grandezza di 3,5 per 4,5 metri
- apporto dell'acqua calda e fredda
- condotta delle acque nere chiusa
- impiego di materiali monouso
- disinfezione dell'apparecchio dopo ogni applicazione
- attaccapanni (per gli abiti del paziente)
- sedia
- lettino che si possa alzare ed abbassare
- sgabello per il terapeuta
- sull'apparecchio un indicatore della pressione all'interno dell'intestino crasso
- disinnesto automatico dell'apporto d'acqua oltre 100 millibar
- apertura automatica della valvola di scarico a 120 millibar
- apparecchio certificato CE ed ISO 9001

## ■ Difficoltà

Anche nell'idro-colon-terapia possono insorgere sintomi concomitanti indesiderati, che però sono facili da governare e non pericolosi. Se l'apparecchio è usato in modo corretto non possono esserci complicazioni.

**Dolori addominali:** in casi isolati durante il trattamento è possibile insorgano dolori addominali spasmodici che possono essere alleviati prima del trattamento somministrando farmaci omeopatici o rimedi fitoterapici, oppure durante il lavaggio aumentando la temperatura dell'acqua. Altrimenti bisogna interrompere la terapia. Spesso i dolori di questo tipo insorgono quando vecchi residui fecali si staccano dalle pareti addominali. Quando tutte queste incrostazioni sono eliminate, spariscono anche i disturbi.

**Farmaci:** per evitare complicanze pesanti il paziente deve assumere i farmaci salvavita almeno 2-3 ore prima della terapia o circa un'ora dopo la terapia, anche se la maggior parte dei farmaci sono riassorbiti dallo stomaco o dall'intestino tenue. Siccome dopo la terapia lo svuotamento dell'intestino prosegue spesso per un'altra ora, l'effetto del farmaco assunto potrebbe essere ridotto. Questo vale anche per i contraccettivi delle donne in età fertile.

**Feci troppo dure:** con i pazienti aventi feci molto dure, in casi del tutto eccezionali, il tubo intestinale può intasarsi. Bisogna allora estrarre lo speculum e pulirlo oppure sostituirlo con uno nuovo.

**Nausea e stimolo emetizzante:** se il paziente prima della terapia, contrariamente a quanto raccomandatogli, ha fatto colazione o pranzato, potrà accusare nausea o sforzi di vomito. Simili problemi possono insorgere nei casi di forte meteorismo intestinale o di un'eccessiva velocità del flusso dell'acqua in entrata. Nel caso di meteorismo si può ottenere una fuoriuscita dei gas cambiando posizione o alzando il livello del lettino oppure combinando le due cose.

**Attenzione alla stenosi:** se dopo 30-40 minuti l'acqua del lavaggio scorre ancora chiara, il terapeuta dovrebbe pensare ad una stenosi, che deve sicuramente venire risolta, nel qual caso si può proseguire la terapia qualche giorno dopo. Nei pazienti contratti la causa può risiedere

anche in uno spasmo continuo di un segmento dell'intestino crasso, che impedisce all'acqua del lavaggio di raggiungere la massa fecale situata subito dietro. Gli spasmi cessano per lo più quando il paziente si abitua alla situazione e riesce a rilassarsi.

**Perforazioni:** nel periodo dal 1912 al 1954 su circa 600.000 lavaggi sono state registrate dieci perforazioni dell'intestino crasso a causa dell'applicazione dell'enteroclisma subacqueo, cinque delle quali con esito mortale. Tre delle applicazioni erano dovute ad un errato uso dell'apparecchio o a tubi intestinali tecnicamente obsoleti. Per quanto riguarda l'idro-colon-terapia moderna non si conoscono complicanze di questo tipo. Gli speculum di tipo nuovo si introducono dolcemente come un rettoscopio con un otturatore quale testimone della direzione.

Perforazioni dovute alla pressione dell'acqua sono pressoché impossibili se si osservano le controindicazioni della terapia. Anche danni termici causati dall'idro-colon-terapia non sono ancora stati osservati. Non compaiono neppure gravi perdite di elettroliti. Considerando le condizioni fisiologiche ed i valori della pressione che si presentano come di consueto, non c'è da aspettarsi, né augurarsi, che il lavaggio superi la valvola di Bauhin, quindi si può escludere una colonizzazione dell'intestino tenue da parte della flora dell'intestino crasso.

## ■ Effetto dell'idro-colon-terapia

L'efficacia dell'idro-colon-terapia è controversa da parte della medicina ufficiale, perché non esistono studi controllati. Gli inventori dell'enteroclisma subacqueo Brosch e Lobewein hanno fatto insieme circa 100.000 enteroclistmi. Purtroppo su questo materiale non sono stati fatti studi che siano utilizzabili. Uno studio retrospettivo in forma di tesi di dottorato è stato presentato nel 1932 da Junghans, che ha esaminato il modo d'azione e l'effetto dell'enteroclisma su 5.207 lavaggi che erano stati prescritti all'università di Lipsia tra il 1925 e il 1929. Le indicazioni erano soprattutto stipsi, affezioni intestinali senza dati precisi, disturbi da aderenze ed enteroptosi. Il resto era ripartito tra affezioni biliari, ernie, saturnismo cronico, corpi estranei nell'intestino, morbo di Payr, vermi, meteorismo e affezioni dell'apparato urinario. L'88 % dei pazienti furono trattati con successo. Nel 34,6% di loro l'effetto fu così persistente da poterli considerare guariti. Il 36,5 si erano liberati dalla maggior parte dei loro disturbi, il 17,3% rimase senza disturbi per 6-7 mesi. Di 87 pazienti che soffrivano di stipsi atonica il 68,9% fu trattato con successo, così come il 76,1% di 67 pazienti che accusavano disturbi da aderenza.

Alla clinica universitaria di Lipsia fino al 1931, inoltre, vennero trattati con enteroclistmi subacquei 95 casi di calcoli renali e all'uretere.

Goldmann riferisce del trattamento di 136 casi di calcoli renali e all'uretere, dei quali 57 erano spariti spontaneamente e 29 attraverso il Su-Da-Bad. Volkmenn riferisce di 79 casi di calcoli all'uretere, 21 dei quali sparirono spontaneamente e 33 dopo l'enteroclisma subacqueo. 22 di essi furono trattati con successo esclusivamente con l'enteroclisma subacqueo. Anche oggi i concrementi sminuzzati dal litotribo devono andarsene per via naturale. Un'idro-colon-terapia d'accompagnamento potrebbe accelerare sensibilmente l'uscita dei concrementi e rendere il processo più piacevole per il paziente. In base agli studi retrospettivi menzionati prima ed al gran numero di relazioni di singoli casi riguardanti le più varie malattie, la terapia con il clistere può essere vista come efficace e poco invasiva per il paziente, soprattutto nella forma realizzata oggi, moderna e sostenuta da apparecchi idonei. Negli Stati Uniti si conosce un procedimento si-

mile chiamato PIEE (Pulsed Irrigation Enhance Evacuation). Sono stati redatti degli studi scientifici che dimostrano l'efficacia nei casi di stipsi cronica. L'idro-colon-terapia è stata impiegata efficacemente perfino per le oftalmopatie infiammatorie. Forse i meccanismi d'azione arrivano ancora più lontano di quanto si conosce fino ad oggi.

## ■ **Apparecchi e differenze tecniche**

In linea di massima tutti gli apparecchi presenti sul mercato sono idonei e sicuri a livello tecnico. Gli apparecchi meccanici lavorano con batterie di miscelazione sulle quali si può regolare la temperatura del lavaggio desiderata. Un meccanismo di sicurezza impedisce che la temperatura dell'acqua superi i 40 gradi. Un riduttore di pressione regola la velocità del flusso e la pressione con le quali l'acqua entra nell'intestino. Attraverso un tubo di vetro illuminato, il contenuto intestinale viene condotto lungo l'apparecchio direttamente nello scarico. L'apertura e la chiusura della valvola di scarico devono essere regolate a mano. Questi apparecchi hanno bisogno per lo più di un serbatoio della pressione in cui si possa riscaldare la quantità d'acqua necessaria e richiamare le miscele della temperatura desiderata.

Da un serbatoio supplementare esterno è possibile inserire liquidi per il lavaggio con minerali o farmaci. Si possono ricevere anche generatori di ozono integrati. È possibile portare alla temperatura desiderata tra 20 e 40 gradi il liquido separato per il lavaggio.

Tra gli apparecchi che lavorano in modo meccanico non ci sono quasi differenze. In parte dispongono di una doppia protezione della temperatura con disinnesco dell'afflusso d'acqua non appena essa supera i 40-43 gradi. L'apparecchio della ditta CEDETEC interrompe l'apporto d'acqua quando la temperatura si allontana di +/- un grado da quella impostata. La ditta Herrmann Apparatebau offre due apparecchi. La versione migliorata dispone di un indicatore della quantità di lavaggio. Gli apparecchi di Meditech e H&K possono essere forniti insieme ad una cromo terapia ed una terapia di biorisonanza integrate quale accessorio aggiuntivo. I prezzi di tutto ciò che serve per l'idro-colon-terapia vanno da 5.000 a 29.000 marchi, a seconda del tipo di fabbricazione e dell'equipaggiamento tecnico.



# 2 Effetto dell'idrocolon-terapia sul sintomo stipsi

F. Cavallari, G. Dodi

*Dipartimento di Scienze Oncologiche e Chirurgiche, Sezione di Clinica Chirurgica 2 (Dir. M. Lise) - Università di Padova.*

## ■ Riassunto

Introduzione - La stipsi intesa come insoddisfacente defecazione con tendenza alla ritenzione è difficilmente oggettivabile. Utilizzando un punteggio complesso che tiene conto anche dell'impatto che tale disturbo ha nella qualità della vita, si è cercato di valutare l'efficacia dell'idrocolonterapia pulsante (ICTP) nel migliorare i vari sintomi che caratterizzano la stipsi.

Materiali e metodi - Da maggio 2001 a marzo del 2002 abbiamo reclutato tra i pazienti affetti per defecazione difficile/insoddisfacente all'ambulatorio di Malattie del Pavimento Pelvico della Clinica Chirurgica 2 (Università di Padova), 12 donne (età media 50,3 aa.) che, previa valutazione strumentale e anamnestica mediante punteggio CONSTIPAQ (CSS modificato per qualità della vita), sono state sottoposte a 4 sedute di ICTP nell'arco di 1 mese.

Risultati - Abbiamo osservato un miglioramento statisticamente significativo al termine dei 4 cicli di ICTP per tutte le pazienti (1 drop-out). Tale miglioramento si è ridotto ai successivi controlli fino ad avere un punteggio CONSTIPAQ riallineato a quello pretrattamento a distanza di 6 mesi.

Conclusioni - L'ICTP migliora il comfort espulsivo nei pazienti con defecazione insoddisfacente in senso ritentivo, tuttavia l'effetto benefico si riduce con il tempo. Sarebbero pertanto necessarie sedute a scadenza costante per mantenere l'effetto benefico che condiziona il rapporto costo/beneficio. È pertanto opportuna un'attenta valutazione dell'effettivo impatto che il disturbo stipsi ha sulla qualità della vita, come è sempre necessario prima di attuare qualunque terapia medica o chirurgica.

*Parole chiave:* stipsi, idrocolon-terapia, qualità di vita, terapia medica

## ■ Introduzione

È stimato che il 2% della popolazione fino ai 65 anni sia affetta da stipsi; tale frequenza aumenterebbe in modo esponenziale con l'età<sup>(1)</sup> fino ad arrivare ad una prevalenza del 41% registrata nei pazienti ricoverati nei reparti per acuti della geriatria<sup>(2)</sup>.

Nella popolazione di assistiti dei medici di base il sintomo stipsi è più frequente nel sesso femminile (34% vs 22%) e nei soggetti sottopeso<sup>(3)</sup>.

I pazienti si considerano stiptici perché insoddisfatti del modo con cui avviene la loro defecazione che presenta una o più aspetti tendenti alla ritenzione: un numero ritenuto inadeguato di evacuazioni, la necessità di eccessivo ponzamento, il passaggio di feci dure, la sensazione di incompleta defecazione, la necessità di defecazioni frazionate (pollacochezia), un'eccessiva tensione addominale, la necessità di assistenza (lassativi, perette, supposte, clisteri, digitazioni anali e vaginali o manovre varie<sup>(4)</sup>). La stipsi riconosce forme dovute a scarso apporto di fibre per errata igiene alimentare (pseudo stipsi), forme da ostruita defecazione e da rallentato transito di tipo organico o funzionale<sup>(5,6)</sup>. Tutte sono comunque caratterizzate da un più o meno marcato impatto sulla qualità della vita, indipendentemente dall'eziologia e dalle manifestazioni cliniche<sup>(7)</sup>. La valutazione dei risultati ottenuti mediante l'uso di una qualsiasi terapia per la stipsi deve pertanto considerare sia la regolarizzazione delle scariche alvine che il miglioramento della qualità della vita con riduzione della sintomatologia espulsiva e non solo il numero delle defecazioni<sup>(8,9)</sup>.

Scopo del presente lavoro è di valutare l'efficacia a breve e medio termine dell'idrocolonte-terapia pulsante nel migliorare il comfort espulsivo nei pazienti con defecazione insoddisfacente.

## ■ Materiali e metodi

Da maggio 2001 a marzo del 2002 sono stati reclutati 12 pazienti con età media: 50,3 anni (range: 22-67 aa) afferenti per la prima volta presso l'ambulatorio delle malattie del pavimento pelvico della Clinica Chirurgica 2 (Università di Padova) riferendo come disturbo principale la stipsi intesa come difficoltosa/insoddisfacente defecazione. I criteri di inclusione, oltre alla maggiore età e all'adesione allo studio, erano sostanzialmente rappresentati dal sintomo stipsi insorto da almeno 5 anni. Quest'ultimo è stato valutato in base ai parametri del Constipation Score System - CSS<sup>(10)</sup> modificato secondo l'IPGH - CONSTIPAQ<sup>(11, 12)</sup> per la valutazione generica sulla qualità della vita (QdV). Il punteggio CSS doveva essere maggiore o uguale a 10 (**Tabella 1**). I criteri di esclusione erano rappresentati dalle malattie infiammatorie croniche dell'intestino, patologia oncologica presente o pregressa, disendocrinopatie e uso di antidepressivi.

Tutte le pazienti sono state studiate prima del trattamento da un punto di vista morfologico e funzionale per un migliore inquadramento della loro patologia mediante anoscopia, rettoscopia, pancoloscopia o clisma opaco a doppio contrasto per escludere importanti quadri procologici (ragade, emorroidi, neoplasie) tali da giustificare le alterazioni dell'alvo.

Una volta reclutate, le pazienti sono state sottoposte a quattro sedute di idrocolon-terapia pulsante (ICTP) una ogni settimana della durata ciascuna di 50 minuti, utilizzando lo strumento Hydromat® della Herrmann\*. Tale metodica era eseguita da un infermiere professionale esperto di tecniche evacuative intestinali.

\* distribuito in Italia da Named srl (via Lega Lombarda, 33 - 20050 Lesmo -Milano)

La paziente, in posizione laterale sinistra, avendo preventivamente fatto un microclisma di pulizia, veniva sottoposta ad una seduta della durata di 50' durante la quale, previa introduzione di uno speculum nel retto si infondeva acqua con pulsazioni a pressione non superiore ai 2 psi.

Le pazienti sono state rivalutate anamnesticamente a distanza di uno, tre e sei mesi ripropo-  
nendo loro il questionario CONSTIPAQ (**Tabella 1**). Il confronto statistico è stato realizzato applicando una significatività calcolata con test non parametrico di Wilcoxon  $<0,01$ .

## ■ Risultati

Non sono stati osservati importanti effetti collaterali: una paziente è uscita dallo studio dopo la prima seduta terapeutica lamentando un'importante tensione addominale. Tale disturbo è stato ricondotto ad un problema non tanto dell'apparecchio quanto dell'impianto idraulico dell'edificio. Le restanti 11 pazienti sono tutte significativamente ( $p<0,05$ ; W) migliorate al termine delle 4 sedute di ICTP (Tabella 2). La significatività è stata calcolata sul punteggio CONSTIPAQ (CSS e QdV), mentre il punteggio CSS considerato isolatamente è migliorato ma in modo non significativo. Durante il trattamento le pazienti hanno continuato a seguire le normali abitudini alimentari. A distanza di 3 mesi si è osservato un generale deterioramento del risultato ottenuto con la ICTP anche se 5 delle 11 pazienti continuavano a presentare un punteggio CONSTIPAQ inferiore al 50% di quello iniziale. L'ulteriore valutazione anamnestica a distanza di 6 mesi ha evidenziato un punteggio CONSTIPAQ sovrapponibile a quello pretrattamento (**Figura 1**).

## ■ Conclusioni

Una volta esclusa una stipsi da causa organica le pazienti sono state reclutate sulla base del solo disturbo anamnestico. Si è volutamente esclusa la valutazione strumentale della stipsi mediante lo studio dei tempi di transito intestinale. Tale indagine per quanto oggettiva non permette di classificare quelle pazienti che, a fronte di un transito normale si ritengono comunque insoddisfatte della loro evacuazione. Con l'ICTP infatti non si mira a correggere il difetto alla base del disturbo, quanto a modificare la stipsi intesa proprio come disturbo.

La percezione del disturbo è stato da noi misurata attraverso il punteggio genericamente definito come qualità della vita (QdV). Tale valutazione tiene conto di come il disturbo limita le quotidiane attività e del numero di specialisti consultati nel tentativo di risolvere tale disturbo (espressione di nevroticismo). Il prodotto di tali parametri è stato sommato al punteggio CSS insieme al numero di parametri aventi punteggio  $>2$  (**Tabella 1**). Tale calcolo permette di amplificare i sintomi più importanti legati alla stipsi e valutare come tali sintomi incidano sulle attività quotidiane<sup>(12, 13)</sup>. L'ICTP migliora, pur non risolvendolo, il disturbo stipsi, e permette comunque una migliore accettazione dei sintomi.

L'ICTP è stata generalmente ben tollerata, non abbiamo osservato particolari effetti collaterali. L'unico drop-out osservato è da ricondurre alla scarsa dimestichezza con l'apparecchio.

L'ICTP si è dimostrata utile nel miglioramento del sintomo stipsi in tutte le pazienti che hanno terminato il ciclo terapeutico. Tale miglioramento può essere considerato effimero in termini temporali se si mira ad una cura definitiva del problema, portando ad un ripristino della sintomatologia in una buona parte delle pazienti già a tre mesi dal trattamento. Però non solo 3 pazienti (CC, VP e AMG) si sono distinte per il perdurare del miglioramento oltre i 3 mesi, ma probabilmente il significato da attribuire alla ICTP è unicamente quello di un rimedio sintomatico ripetibile. Queste 3 pazienti al controllo dei 6 mesi descrivevano comunque un'evacuazione meno insoddisfacente rispetto a quella a cui erano normalmente abituate, anche se peggiorato rispetto al controllo precedente. Esse sostenevano inoltre l'opportunità di riprendere il trattamento in modo da non inficiarne l'efficacia iniziale. Viceversa le altre pazienti, all'ultimo controllo, escludevano la necessità di un ulteriore ciclo alla luce del fallimento del primo. Questa distinzione anche se solo indicativa vista la scarsa numerosità, forse è legata ad una diversa percezione del disturbo stipsi, infatti queste pazienti erano tra quelle in cui i disturbi della defecazione meno sembravano incidere sulla qualità della vita. Probabilmente una più accurata selezione dei pazienti potrebbe permettere di identificare una precisa indicazione.

Si raccomanda un'accurata verifica dell'impianto idraulico e della portata degli scarichi nelle strutture in cui viene effettuata l'ICTP.

Il costo del trattamento comporta dei dubbi sul rapporto costo/beneficio in ragione della limitata durevolezza dell'efficacia e conseguentemente della necessità di ripetere il trattamento. Resta inderogabile ovviamente un'adeguata valutazione medica allo scopo di escludere cause organiche di stipsi o la concomitante presenza di altre ben più gravi patologie.

## ■ Iconografia

**TABELLA 1: Parametri anamnestici di valutazione della stipsi sec. questionario CONSTIPAQ (CSS-modificato).**

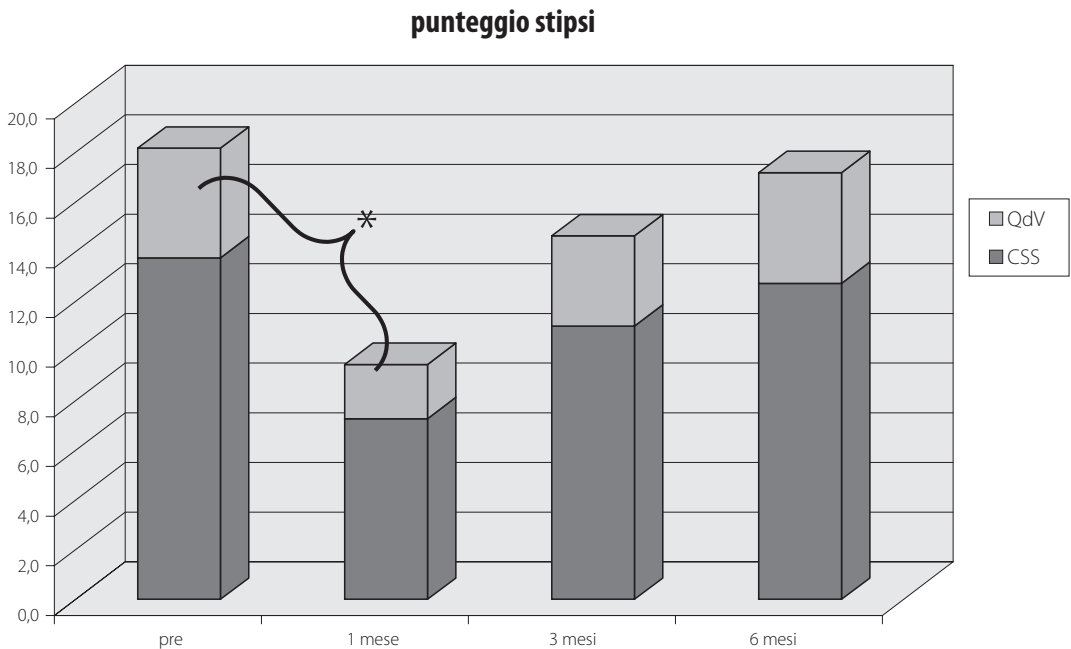
PARAMETRO (0..4)	FREQUENZA /GRAVITÀ				
	0	1	2	3	4
Numero di defecazioni	>2/sett.	2/sett.	1/sett.	<1/sett.	<1/mese
Defecazione difficile	mai	<1/mese	1..4/mese	1..2/sett.	>2/sett.
Evacuazione incompleta	mai	<1/mese	1..4/mese	1..2/sett.	>2/sett.
Dolore addominale	mai	<1/mese	1..4/mese	1..2/sett.	>2/sett.
Minuti in WC/defecazione	<5	5..10	10..20	20..30	>30
Assistenza alla defecazione	>1/sett.	lassativi / perette		clisteri / digitazioni	
Tentativi di defecazione	nessuno	1..3/die	4..6/die	7..9/die	>9/die
Durata stipsi	0	1..5 anni	6..10 anni	11..20 anni	>20 anni
Influenza sulla qualità della vita	nessuna	modesta	lieve	moderata	grave



**TABELLA 2: Popolazione in studio e relativi punteggi CSS (C) e CONSTIPAQ (Q) pretrattamento (pre) e relativo follow/up (1, 2 e 3 mesi).**

INIZIALI	ETÀ	PRE		1 MESE		3 MESI		6 MESI	
		C	Q	C	Q	C	Q	C	Q
CC	40	14	18	8	10	6	8	6	8
TD	48	13	14	D R O P O U T					
DLD	45	9	10	6	6	8	9	8	9
OL	60	13	18	7	10	13	18	14	19
MA	63	5	10	2	6	7	12	5	10
PM	52	16	21	4	5	15	19	14	22
PS	22	16	21	13	15	15	19	15	20
ME	60	19	29	10	16	17	28	18	28
VP	36	18	23	9	11	14	16	17	20
AMG	67	16	21	5	6	5	6	13	18
PE	65	13	18	8	10	12	15	16	19
DL	45	13	15	8	9	9	11	14	16

**FIGURA 1: Valutazione dell'efficacia dell'ICTP mediante confronto del punteggio CONSTIPAQ (CSS e impatto sulla qualità della vita: QdV); \*  $p < 0,01$ ; W).**



## Bibliografia

- 1) Steward RB, Moore MT, Markas RG, Hale WE. *Correlates of constipation in an ambulatorial elderly population.* AM J Gastroenterol 1992; 87: 859-864
- 2) Read A, Celik F, Katsinelos P. *Constipation and incontinence in the elderly.* Clin Gastroenterol 1995; 20: 61-70
- 3) Dodi G, Cavallari F, Masin A, Melega E, Migliori G, Lise M. *Studio sulla prevalenza dei sintomi delle malattie del pavimento pelvico e sulle loro associazioni in una popolazione di assistiti da medici di base.* It J Coloproct 2002; 1:13-16
- 4) Talley NJ, Fleming KC, Evans JM. *Constipation in an elderly community: a study of prevalence and potential risk factors.* Am J Gastroenterol:1996: 91:19-25
- 5) Talley NJ, Weaver L, Zinsmeister AR. *Functional constipation and outlet delay: a population-based study.* Gastroenterology: 1993; 105: 781- 790
- 6) Harvey RF, Pomare EW, Heaton KW. *Effects of increased dietary fibre on intestinal transit.* Lancet 1973; 1: 764-6
- 7) Talley NK, O'Keefe EA, Zinsmeister AR, Melton LJ. *Prevalence of gastrointestinal symptoms in the elderly: a population based study.* Gastroenterology 1992: 102: 895-901
- 8) Dodi G, Cavallari F. *Efficacia della terapia con psyllium nella stipsi e nella incontinenza anale.* It J Coloproct 2002; 3: 67-69
- 9) Scabini S, Reggiani L, Di Brita N, Bertolini L, Frascio M, Reboa G. *La idroterapia del colon nel trattamento della stipsi cronica funzionale: esperienza personale e risultati preliminari.* Il Gastroenterologo 2002; 2-3: 41-45
- 10) Agachan F, Chen T, Pfeifer J, Reissman P, Wexner SD. *A constipation scoring system to simplify evaluation and management of constipated patients.* Dis Colon Rectum 1996; 39: 681-685
- 11) Artibani W, Benvenuti F, Di Benedetto P, Dodi G, Milani R. *Manuale per la stadiazione della incontinenza urinaria femminile e delle disfunzioni del pavimento pelvico. Proposta di un nuovo strumento classificativo denominato IPGH.* A cura della Società Interdisciplinare del Pavimento Pelvico (SIPP), Via Contarini 7, Milano, 2a edizione, ottobre 1998.
- 12) Dodi G, Lucio PL, Masin A, Melega E, Cavallari F. *Anamnesi ed esame obiettivo nelle malattie del pavimento pelvico. Punteggi ed automatismi per lo studio informatico delle casistiche.* It J Coloproct 2001; 3: 87-98
- 13) Sandler RS, Drossman DA, Nathan HP, McKee DC. *Symptom complaints and health care seeking behavior in subjects with bowel dysfunction.* Gastroenterology 1984; 87: 314-318

# 3. Matrice interstiziale e idrocolonterapia

Dr. Roberto Barsi

## ■ Riassunto

I rapporti anatomico-funzionali tra mesenchima e intestino migliorano grazie all'attuazione di tutta una serie di terapie detossicanti, tra queste l'idrocolonterapia riveste un ruolo primario. Terapia che arriva al cuore del serbatoio tossico rappresentato spesso dal colon, ripristinando una corretta eubiosi intestinale, e rimuovendo il campo di disturbo più importante per il sistema di regolazione.

Metodica semplice, priva di rischi, riproducibile ed efficace se inserita nel contesto di una terapia biologica, e nella consapevolezza di produrre un cambiamento profondo nelle abitudini di vita dei pazienti.

*Parola chiave:* Idrocolonterapia, Terapia antiaging, Microflora batterica.

La matrice interstiziale è stata spesso definita come un "campo di battaglia" in cui si svolgono numerosissime reazioni biochimiche; uno straordinario sistema di comunicazione tra i vari organi e apparati, l'interfaccia posta a difesa dell'organismo e allo scambio di "informazioni" col mondo esterno. All'interno del sistema generale della matrice esiste un sistema così detto "specifico", rappresentato dalla mucosa dell'apparato digerente, dalle sue strutture linforeticolari molli (peritoneo-omento-mesentere), e dai linfatici e linfonodi addominali.

Questa particolare sezione del mesenchima rappresenta probabilmente il "momento" fisiopatologico più importante dell'intero organismo vivente, sia per l'enorme estensione e, quindi, capacità di assorbimento dell'epitelio intestinale, sia per la cospicua quantità di tessuto immunocompetente presente nell'intera struttura. Possiamo affermare, dunque, che per la complessità anatomico-funzionale, per la straordinaria quantità di reazioni metabolico-immunitarie-endocrino, e, soprattutto per l'estrema possibilità di "aggressioni" dal mondo esterno, il sistema di regolazione specifico intestinale, più di altri, necessita di una attenzione particolare da parte del medico

“biologico”, che deve sapere quanto sia difficile la cura e la guarigione di un paziente, laddove esista un “blocco” parziale o totale delle funzioni intestinali. Nel campo della Medicina Funzionale le problematiche che più spesso ci troviamo ad affrontare sono le patologie di tipo cronico-degenerativo, che si configurano quasi sempre in un quadro clinico in cui le funzioni intestinali, o come “primum movens”, o in seconda battuta come “bersaglio patologico”, sono alterate. Vengono così meno le funzioni di barriera immunologica, di grande fucina metabolica e di capacità di smaltimento di rifiuti tossici vari che rappresentano i presupposti indispensabili, non solo al mantenimento dello stato di salute del paziente, ma evidentemente anche alla possibilità di dirigere la terapia verso la guarigione, in tempi ragionevoli e in modo permanente. Proprio dalla Medicina Biologica ci vengono tutta una serie di tests diagnostici e terapie associate mirate alla rimozione di “foci” patologici e al conseguente drenaggio delle tossine specifiche; terapie che, in una più ampia visione, vanno a stimolare, a potenziare quella risposta immunitaria, troppo spesso latitante, a volte esasperata e auto-aggressiva dell'organismo. A questo punto la doverosa considerazione riguarda lo stato di salute dell'interlocutore d'eccellenza della risposta immuno-difensiva, e cioè del mesenchima, che, viste le sue molteplici funzioni, risulta incapace di “reagire” e coordinare una efficace risposta alla noxa patogena. E allora diventa primaria l'esigenza di detossicare profondamente l'organismo, a costo di rimandare di qualche settimana o mese una vera e propria terapia d'attacco causale, cercando “solamente” di liberare la matrice interstiziale dall'accumulo tossico, attuando metodiche di drenaggio “mesenchimale” e cercando di potenziare l'eliminazione diretta di scorie e tossine dai sistemi specifici della matrice. L'idrocolonterapia rappresenta uno di questi sistemi “diretti” di eliminazione, in quanto riesce a rimuovere dal colon scorie e feci stagnanti attraverso un'irrigazione con acqua filtrata introdotta per mezzo di una specula rettale. Un sistema tramandato da millenni, e trasmesso ai tempi moderni attraverso un percorso tortuoso, fatto di repentini “innamoramenti”, con successivi periodi di disillusione per tale metodica.

Metodica che, opportunamente modificata e resa priva di rischi, consente l'eliminazione di scorie tossiche presenti nel colon da anni, in quanto l'intestino, “grazie” alla contaminazione degli alimenti e allo stile di vita dettato dalla così detta “civilizzazione”, è diventato incapace di liberarsi totalmente del suo contenuto tossico. Le popolazioni aborigene defecano ogni volta che mangiano, per l'uomo “civilizzato” è un lusso evacuare almeno una volta al dì, e si porta nella tomba, invece che oro e preziosi come i faraoni, circa 4-5 Kg di residui fecali!

La verità è che nel nostro colon il transito dovrebbe essere regolare, senza che i prodotti di rifiuto permangano a lungo a contatto con la mucosa ed invece patologie come la stipsi e/o il gonfiore addominale colpiscono almeno una persona su due. L'idrocolonterapia appare quindi come un presidio fondamentale quando ci troviamo di fronte a sindromi croniche, associate a problematiche più o meno recenti di stitichezza, o quantomeno di riferite “coliti” di vario genere. A seconda dei casi il numero delle sedute può variare da un minimo di dieci fino ad un massimo di trenta, e, comunque, il ciclo lo si stabilisce mentre si effettuano i lavaggi, perchè, avendo la possibilità di controllare direttamente la natura delle scorie che fuoriescono, viene facile una definizione del grado di intossicazione, e, volta per volta, si osserva il graduale cambiamento nella eliminazione di scorie e feci. L'apparecchio è concepito a circuito chiuso, con una specula a doppia via che permette all'acqua di entrare e uscire contemporaneamente, con possibilità, per brevi momenti, di interrompere l'uscita dell'acqua, e di far progredire l'acqua stessa verso i tratti più profondi del colon, con conseguente liberazione massiva di acqua, scorie e feci nel momento in cui si ripristina la fuoriuscita dell'acqua stessa. È l'operatore che, con esperienza e sen-

sibilità, deve riuscire a lavorare in sintonia col paziente, che si trova supino su un comune lettino, e partecipa alla seduta anche massaggiando l'addome per facilitare la fuoriuscita di materiale fecale, ma anche, e soprattutto, dalla cospicua quantità di aria che spesso si annida, formando vere e proprie nicchie, che difficilmente il paziente riesce a rimuovere autonomamente. La durata del trattamento è, in genere di circa 45 minuti; durante il lavaggio possiamo controllare la temperatura e la pressione dell'acqua, nonché la quantità di acqua che stiamo introducendo; in qualsiasi momento possiamo interrompere la seduta, avendo cura di disporre di un bagno nella stanza, ma casistiche tedesche di circa diecimila lavaggi, e la mia personale di più di mille lavaggi, parlano di nessun incidente durante la seduta, e di scarsissimi effetti collaterali come lieve ipotensione e dolenzia addominale, peraltro sintomi, come quest'ultimo, con cui i pazienti spesso convivono da anni.

L'indicazione più importante alla idrocolonterapia è rappresentata, ovviamente, dalla disbiosi intestinale, nei suoi vari gradi di gravità (tab. 1); soprattutto in caso di parassitosi, micosi, ed intossicazione da metalli pesanti, il ricorso alla idrocolonterapia come integrazione alla terapia biologica è fondamentale. Non di meno, le patologie cronic-degenerative, come i reumatismi articolari, le sindromi autoimmunitarie e le neoplasie (escluso quelle del colon), rappresentano una sicura indicazione all'Idrocolonterapia, proprio per il deciso impulso autodetossicante dell'Idrocolonterapia, premessa necessaria per un riequilibrio dell'intero sistema di regolazione.

Ancora, la stipsi, le così dette "coliti", alcuni tipi di cefalea, le sindromi asteniche, molte patologie dermatologiche, i disturbi della circolazione linfatica degli arti inferiori, molti casi di obesità, definite "difficili" trovano grande giovamento dalle sedute di Idrocolonterapia. In ogni caso, se il medico si rende conto clinicamente, o dai test funzionali, che l'intestino lavora al 50% delle sue possibilità, che organi vitali come fegato e reni sono bersagliati da tossine e lavorano al limite del loro "budget" funzionale previsto, che precedenti terapie, biologiche e non, hanno fallito, o migliorato di poco lo stato di salute del paziente, allora il ricorso alla Idrocolonterapia si rende indispensabile. Oltretutto ci sono veramente poche controindicazioni al "lavaggio intestinale" (tab 2), di cui le più importanti sono le patologie intestinali in fase acuta, l'insufficienza cardiaca grave, le neoplasie del colon e la cirrosi epatica in fase di scompenso. Per il resto rimando sempre alla competenza e alla prudenza dell'operatore, che dosa e configura la seduta di Idrocolonterapia a misura del paziente in questione.

In definitiva cosa avviene dopo aver eseguito un intero ciclo di Idrocolonterapia, e quali parametri abbiamo di valutazione dell'effettiva efficacia di tali trattamenti?

Risposte certe, come spesso avviene, non ne abbiamo, ma è importante fare alcune considerazioni. Innanzitutto, possiamo affermare che l'Idrocolonterapia contribuisce in modo determinante all'eliminazione degli eventuali "foci" patologici intestinali, cioè, sradicare una delle interferenze più grandi al corretto funzionamento del sistema di regolazione. Inoltre, si attua una vera e propria bonifica intestinale, con eliminazione di ceppi batterici patogeni, miceti, parassiti, e ripristino, con opportuna terapia eubiotica, di una efficiente flora batterica, capace di ridare all'organismo una buona sorveglianza immunitaria, di riattivare processi metabolici fondamentali e noti a tutti, di correggere l'acidosi che spesso aggrava il quadro clinico. Altro effetto evidente è una facilitazione alla complicata funzione di assorbimento dei linfatici dell'intestino, liberati da un sovraccarico funzionale cronico, con conseguente miglioramento della circolazione linfatica dell'addome e degli arti inferiori.

La valutazione dell'efficacia dell'Idrocolonterapia sta sicuramente al medico, che constata l'e-

ventuale miglioramento attraverso parametri clinici e funzionali; chi utilizza metodiche come l'EAV o il Vega o altre ancora, in grado di fornire un indice biologico attendibile, può sicuramente confermare che l'idrocolonterapia contribuisce all'innalzamento dello stato energetico generale, riportando a valori equilibrati organi come il fegato, il pancreas, i reni, e altri, abbassando gli indici di stress e di degenerazione dei tessuti. Per chi non utilizza apparecchiature simili, e per i medici che con garbo e professionalità si avvalgono della terapia e della diagnostica convenzionale, non stupisca la verifica di eventuali miglioramenti di parametri ematochimici e/o radiologici, e comunque la constatazione dei benefici dell'idrocolonterapia, dall'esame clinico del paziente e dal suo riferire soggettivo.

In conclusione, un giudizio definitivo sull'idrocolonterapia è prematuro, mancando studi accurati, verifiche con ricerche statistiche, e l'esperienza di anni e anni di terapie. Nella mia casistica personale di circa tre anni di lavoro ritengo l'idrocolonterapia un ottimo presidio, a volte "l'ultima spiaggia", per arrivare il più vicino possibile al concetto di guarigione, anzi alla guarigione vera e propria dei pazienti, curati spesso molto bene, ma poche volte "guariti". L'idrocolonterapia si deve integrare in un complesso di eventi terapeutici, dalla medicina convenzionale fino alle nostre più "sottili" terapie biologiche, dalla rimozione chirurgica di foci patologici fino al trattamento ayurvedico con olii e alla terapia dei chakra. Si cura un organismo intero, e non il fegato o l'intestino e tale organismo è fatto sia di sistemi biochimici altamente specializzati, sia di vissuti emotivi che ne permeano e ne condizionano il funzionamento ideale. Abbiamo allungato la durata media della vita delle persone ma troppo spesso non siamo capaci di migliorarne la qualità di vita, compito più difficile vivendo nell'epoca del consumismo, delle esasperate competizioni, e soprattutto dell'ottimizzazione cinica del tempo, che, usando un luogo comune, è denaro! Questa metodica, dalle origini così antiche, riflette forse il desiderio profondo di liberarsi da tutti i tipi di scorie, materiali e non; risponde all'esigenza di aria e cibi non contaminati, di ritmi di vita meno caotici; perché non avrebbe senso disintossicarsi, e quindi, curarsi, se dentro ogni individuo non cambiassero i progetti di vita, per invertire il senso di marcia di tipo autodistruttivo imboccato da molti di noi.

#### **TABELLA 1: IDROCOLONTERAPIA - indicazioni**

- disbiosi intestinali di vario grado (micosi, parassitosi, intossicazioni da metalli pesanti, etc.)
- malattie cronico-degenerative (diabete, m. autoimmunitarie, tumori)
- diatesi allergica (dermatiti, asma, etc.)
- sindromi infiammatorie e non dell'apparato gastroenterico
- disturbi del sistema linfatico (linfedema, cellulite, obesità "difficili", etc.)

#### **TABELLA 2: IDROCOLONTERAPIA - controindicazioni**

- patologie intestinali in fase acuta
- cirrosi epatica scompensata
- interventi chirurgici addominali recenti
- gravidanza
- tumori intestinali
- insufficienza cardiaca grave
- anemia grave

# 4 Idrocolonterapia

S. Orcano, S. La Manna, S. Abate

*Università degli Studi di Napoli "Federico II"*

*Dipartimento Clinico Assistenziale di Patologia Sistemica*

*Direttore: Prof. S. Abate*

*Area Funzionale di Fisiopatologia e Riabilitazione pre e post operatoria di pertinenza chirurgica*

*Direttore: Prof. S. Abate*

## ■ Idrocolonterapia

L'idrocolonterapia (ICT) è un trattamento medico che rientra nell'iter terapeutico della riabilitazione gastroenterologica. Inoltre la sua peculiare caratteristica di "lavaggio del colon" rende l'ICT utile nella preparazione intestinale sia pre operatoria che per indagini radiologiche contrastografiche ed endoscopiche.

Consta di diversi momenti operativi ognuno dei quali di essenziale importanza ai fini del risultato finale.

Distinguiamo queste fasi o momenti operativi.

- a) Fase diagnostica**, in cui il paziente viene sottoposto ad un protocollo semeiologico allo scopo di individuare l'esistenza di patologie organiche e/o funzionali per una precisa diagnosi e la conseguente strategia terapeutica (medica-chirurgica-riabilitativa).
- b) Fase preparatoria**, consiste nell'attuazione di tutti quei presidi riabilitativi (elettrostimolazione, bio-feedback, fkt ecc.) che possono o devono (in taluni casi) precedere l'ICT. Inoltre tecnicamente è preferibile, alla luce della nostra esperienza, una utile preparazione farmacologica e dietetica per rendere il colon in condizioni ottimali per l'approccio al "lavaggio".
- c) Idrocolonterapia**, è la fase centrale del percorso terapeutico che si basa sul lavaggio completo del colon in più sedute (4-8) a seconda dei casi. Si propone non solo di "svuotare" il colon di tutto il materiale fecale ma, anche, di eliminare i prodotti della fermentazione putrefattiva determinata dalle feci stagnanti e la flora batterica intestinale disbiotica.

## ■ Fase diagnostica

Essa è sostanzialmente rivolta alla formulazione di una diagnosi che richieda l'applicazione

dell'ICT sia come unico momento terapeutico o in un contesto terapeutico più vasto. Il primo approccio sarà quello clinico-anamnestico con l'esecuzione di esami emato-chimici di routine ed ECG. Seguirà un clisma opaco o una indagine endoscopica tendente ad escludere patologie organiche. Di importanza fondamentale è un esame fisico-chimico delle feci, coprologico e parassitologico con ricerca per miceti. Per quanto concerne lo stato patologico della stipsi severa l'attuazione di uno studio dei tempi di transito o, ove è possibile, una manometria colica, è utile per una corretta diagnosi. Per le outlet-sindrome, dischezie o difficoltà alla espulsione, la manometria ano-rettale, la defecografia, la pelvigrafia con TAC o RNM, ecografia endoanale, EMG, PNTL, sono tutte indagini che possono, a discrezione del medico, essere attuate per una corretta diagnosi. A volte si riterrà necessario (soprattutto nei casi di stipsi severa) un approccio psicoterapeutico sinergico.

La fase diagnostica è di fondamentale importanza per trattare i pazienti che risultano affetti da tutte quelle patologie che possono trarre giovamento dall'ICT.

Le controindicazioni sono, oltre naturalmente a patologie squisitamente organiche, anche le stenosi anali gravi (che controindicano l'introduzione della specula per la esecuzione dell'ICT), uno stato di gravidanza (dopo il IV mese), gravi patologie cardiache, rettocolite ulcerosa in fase attiva, morbo di crohn in stato avanzato, recenti interventi chirurgici sul colon o sul retto-ano, diverticolite, infarto intestinale.

## ■ Fase preparatoria

L'ICT deve essere considerato imprescindibile da altri presidi terapeutici riabilitativi del colon. Risulta chiaro che la fkt, l'elettrostimolazione, il bio-feedback, l'uso di pre e/o probiotici, approccio riabilitativo psicoemozionale, possono precedere, essere contemporanei o posticiparsi alla tecnica.

Risulta chiaro, e da tenere in debita considerazione ai fini della applicazione della tecnica, che l'ICT non può e non deve essere avulsa da precisi e rigidi protocolli sia diagnostici che terapeutici da noi ampiamente sperimentati.

Da quanto scritto risulta evidente l'attuale ruolo dell'ICT che deve essere sempre presente in ogni centro di riabilitazione gastroenterologico e rappresenta un grande supporto terapeutico nelle stasi intestinali coliche. Non vi sono grosse controindicazioni né particolari rischi (in mani esperte); non si richiede una fase preparatoria intestinale anzi, l'ICT, come già accennato, è stato utilizzato con successo nella preparazione alle indagini endoscopiche e radiologiche dove venga richiesta la completa ed accurata pulizia del colon. Chiaramente ed a maggior ragione si può applicare l'ICT anche in preparazione ad interventi chirurgici.

## ■ Idrocolonterapia

Il paziente viene fatto stendere su un comune lettino da ambulatorio in decubito laterale sinistro e collegato all'apparecchio attraverso una piccola specula rettale monouso introdotta per via naturale alla quale si raccordano un tubo afferente, più piccolo, ed uno efferente, più grande destinato a raccogliere i detriti fecali e l'acqua.



Viene introdotta acqua prefiltrata a diversa pressione (1/4 - 1/8 Atm) e a diversa temperatura (30° - 38° C) peraltro sempre sotto costante controllo dell'operatore.

L'alternarsi di una breve pressione interna e il successivo svuotamento provvede alla frammentazione e allo scollamento dei detriti fecali esistenti nel colon e la loro successiva fuoriuscita attraverso il tubo efferente.

Sinergicamente va eseguito un massaggio addominale opportuno: antiperistaltico nella fase di riempimento e peristaltico in quella di svuotamento.

Nel corso del trattamento il colon viene irrorato da circa 30 L di acqua quantificata in circa 1-3 L ad ogni intervallo di trattamento.

È da tener presente che la quantizzazione dell'acqua in operatività è relativa in quanto direttamente modulata dalle condizioni delle anse coliche e dalla loro risposta peristaltica.

La durata del trattamento è di circa 45 minuti, esso è condizionato da diversi fattori quali il grado di tollerabilità del paziente, la risposta peristaltica intestinale, le condizioni delle anse, la patologia che si sta approcciando etc.

La tecnica è ben accettata dal paziente in quanto incruenta; è cura dell'operatore salvaguardare il senso del pudore del paziente durante l'esecuzione tecnica e nella fase del post-lavaggio.

Il numero di sedute va da 4 a 8 con frequenza settimanale o bisettimanale; è chiaro che il tutto è in rapporto alla patologia da trattare, alla risposta peristaltica del colon nonché alla risposta riabilitativa del colon. Per una adeguata restitutio ad integrum il paziente va monitorato e seguito nel tempo.

## ■ Reimpianto probiotico

Con l'ICT noi abbiamo effettuato un "lavaggio" completo del colon andando ad eliminare quella flora batterica proteolitica, anaerobiotica, responsabile della putrefazione fermentativa ma, una volta "pulito" il tutto per una restitutio ad integrum dell'ambiente biotico intestinale è indispensabile operare un reimpianto della flora batterica eubiotica attraverso l'utilizzo di opportuni integratori dietetici che offrono anche il mantenimento di uno status quo ottimale per il proliferarsi della flora stessa.

Unitamente all'assunzione di preparati probiotici, vitaminici, oligomineralici, è chiaro che il paziente dovrà osservare un regime dietetico che il medico, in base alla propria esperienza, suggerirà di volta in volta.

Nel tempo il paziente dovrà modificare anche quelle condizioni di vita errate correggendo il proprio modus vivendi per migliorare la propria qualità di vita.



# 5 **Sindrome del Colon irritabile Valutazione della efficacia e tollerabilità della tecnica “Idrocolonterapia”**

R. Giuberti

## ■ **Riassunto**

Nelle patologie funzionali, l'intestino gioca un ruolo che, secondo la letteratura internazionale, è ritenuto tra i più importanti nel causare gravi sintomi e disturbi per pazienti soprattutto di sesso femminile e di età non avanzata.

Da più di 30 anni la tecnica dell'idrocolonterapia è entrata a far parte del bagaglio terapeutico per le patologie del tratto gastro-intestinale con maggiore rilevanza per sintomi quali meteorismo, stipsi e colon irritabile.

Anche se ovviamente sono necessari ulteriori evidenze sperimentali e clinico osservazionali i nostri dati mettono in evidenza che l'ICT rappresenta oggi un metodo terapeutico efficace e ben tollerato nelle disfunzioni vegetative a carico del complesso apparato gastro-enterico che può manifestare una sofferenza funzionale pur in evidente assenza di “patologia” vera e propria.

*Parole chiave:* Sindrome del Colon irritabile, Idro-colonterapia.

## ■ **Abstract**

Accordingly to International Medical Literature regarding Functional Syndromes, bowel plays an important and sometimes vital role in global health and it can therefore produce severe disorders especially in female young patients. Hydro-Colon Therapy (HCT). During the last 30 yrs., HCT has been widely use especially in Germany and U.S.A., and it resulted particularly effective in treatment of symptoms such as inflammatory bowel diseases, meteorism and spastic constipation.

Even if new experimental, observational and clinical evidences are obviously requested, our clinical data suggest HCT is an effective and well-tolerated method to take care of vegetative disorders due to functional alterations: so, we may assume HCT, at present, may be proposed as an useful therapeutic method in all patients suffering from functional syndromes without a clear, diagnosed bowel disease.

*Key words:* Irritable Bowel Syndromes, HCT.

Per "Idrocolon Terapia" si intende la metodica terapeutica sul tratto terminale del colon, resa possibile tramite un'apposita **apparecchiatura che permette di effettuare il lavaggio del colon con metodo non traumatico e senza creare particolari disagi al paziente che, attraverso il costante dialogo con l'operatore, "monitora" la propria terapia rendendo immediatamente noto il proprio senso di benessere o malessere allo specialista che esegue la procedura. In tal modo è oggi possibile, anche in virtù dei sofisticati controlli elettronici computerizzati, raggiungere uno stato ottimale, sia di accettazione del metodo terapeutico, con miglioramento della compliance del paziente, che un risultato terapeutico privo di disagi sia per il paziente medesimo che per l'operatore.**

Ad oggi la Letteratura riporta oltre 40.000 pazienti trattati con questa metodica (1-2-3) ed i più comuni e frequenti effetti indesiderati riscontrati sono rappresentati da lievissimo senso di nausea e "senso di gonfiore" durante la prima/seconda seduta.

Sulla base della nostra esperienza, che consta di più di 1000 sedute terapeutiche, i pazienti che si sottopongono ad ITC devono essere opportunamente selezionati dallo Specialista secondo Criteri di Inclusione/Esclusione ben precisi da stabilire sulla base delle differenti patologie, in modo da poter ottenere un campione omogeneo di pazienti in grado di fornire risultati sperimentali e clinici standardizzati e riproducibili tali da consentire conclusioni valide e quindi accettabili in ambito scientifico.

Abbiamo pertanto arruolato, utilizzando uno Studio Clinico Osservazionale, 57 pazienti di sesso femminile, di età media di 32 (+/- 5) anni, con diagnosi di "**colon irritabile**": di queste 45/57 avevano in precedenza consultato altri Medici Specialisti ed era stata formulata la diagnosi di "colon irritabile".

In accordo con i Criteri Classificativi del *I Congresso di Roma, 1997*, abbiamo raccolto e classificato i sintomi specifici per quanto riguarda la Sindrome del Colon Irritabile, con durata superiore a tre mesi. Abbiamo quindi sottoposto tutte le pazienti ad un totale di 4 sedute ITC per ogni singolo paziente, distanziate di 7 giorni l'una dall'altra, per un totale di 280 sedute. Uno tra i Criteri di Inclusione del Protocollo Clinico Osservazionale prevedeva l'assenza, alla visita medica specialistica, di segni clinici di patologie intestinali occlusive o sub-occlusive, infiammatorie acute e sub-acute (Murphy, Lanz, Morris, Giordano, tutti negativi contemporaneamente). Durante tutte le sedute, ogni paziente ha ricevuto un dosaggio di infusione di H<sub>2</sub>O a temperatura fisiologica alla velocità di infusione di 1 litro/minuto e con una pressione massimale di 70mBar per un tempo continuativo di 30 minuti. A tutte le pazienti venne richiesto di riportare, perinfusionalmente, ogni sensazione di disagio/dolore non solo a livello intestinale ma generico; 4/57 pazienti riferirono un iniziale, modesto senso di nausea insorto dopo il 15° minuto di perfusione comunque autorisoltosi mediamente in ca. 120 minuti, le medesime pazienti riferirono un "senso di gonfiore" addominale non doloroso, risolto spontaneamente dopo 48

ore dal termine della seduta terapeutica. A tutte le pazienti venne richiesto di ritornare 7 giorni dopo per ripetere, nelle medesime condizioni ambientali ed operative e con lo stesso Specialista, una seconda seduta di ITC. Durante tale seduta, nessuna paziente riferì l'insorgenza di reazioni avverse alla terapia. Di nuovo, a tutte venne richiesto di ripresentarsi per altre 2 sedute terapeutiche distanziate ciascuna da 7 giorni. Durante tale periodo, nessuna paziente riportò reazioni avverse alla ITC.

## ■ Risultati

Il 23% delle pazienti ha riferito un miglioramento della sintomatologia soggettiva e dei disturbi oggettivi e soggettivi dopo il primo ciclo.

Il 28,1% un miglioramento della sintomatologia soggettiva e dei disturbi oggettivi dopo il secondo ciclo.

Il 26,3 % ha avvertito un miglioramento dopo il terzo ciclo ed il 22,8% dopo il quarto ciclo.

Degno di nota è il fatto che nessuna paziente abbia deciso di sospendere autonomamente la terapia.

Parimenti le sedute terapeutiche 2 e 3 sono risultate quelle con il miglior indice di miglioramento e tale dato potrebbe essere interpretato come la "risposta funzionale" dell'intestino di fronte ad una verosimile "restitutio ad functionem" della componente neurovegetativa.

Parimenti ci sembra speculativamente lecito il supporre che la prima seduta terapeutica debba rappresentare una seduta per così dire "pilota" nell'interpretazione dei sintomi soggettivi e di quelli oggettivi riferiti dal paziente; in altri termini, la prima ITC potrebbe fornire al Medico utili informazioni sullo stato neurovegetativo della peristalsi intestinale e della sua capacità di adattamento alle sollecitazioni terapeutiche mirate alla rinormalizzazione della progressione dell'onda contrattile.

Ciò potrebbe trovare plausibile spiegazione nella rinormalizzazione dell'attività neurovegetativa dei plessi di Messner ed Auerbach che si ritroverebbero ad agire in un intestino più fisiologicamente rispondente alle sollecitazioni dilatativo-compressive operate dall'infusione di H<sub>2</sub>O.

Questo fatto, inoltre, potrebbe spiegare la quasi totale assenza di effetti collaterali della ITC sia a breve che a lungo termine del "colon irritabile" riportati da diversi Autori e concordi, infine, con la nostra esperienza.

L'importanza del "veicolo" usato per questa terapia è attualmente allo studio mediante 2 altri protocolli clinici in corso sulla medesima patologia; i dati preliminari parrebbero dimostrare che di fronte ad una isotonia del mezzo (soluzione fisiologica) si potrebbe correre il rischio di un eccessivo passaggio dell'acqua in ambiente matriciale extracellulare a causa dello stato di cronica infiammazione del colon conducente ad una alterazione della permeabilità cellulare: rimane pertanto aperta tale suggestiva ed affascinante ipotesi sperimentale.

## ■ Conclusioni

Poiché il dato osservazionale si è arbitrariamente limitato a 4 sedute globali, alla luce di questi dati clinici riteniamo che questo numero possa tuttavia essere incrementato sulla base sia del-

la compliance del paziente che della risposta terapeutica ottenuta, sempre ovviamente tenendo presente l'importanza della situazione clinica globale del paziente medesimo.

Anche se ulteriori evidenze sperimentali, osservazionali e cliniche sono ovviamente necessarie, questi dati clinici ci consentono di affermare, in accordo con quelli della Letteratura esistente, che l'ITC rappresenta oggi un metodo terapeutico affidabile e sicuro nel trattamento del "colon irritabile" a condizione di una corretta metodologia esecutiva e di precisi Criteri di Inclusione dei Pazienti.

## ■ 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*. *Annali 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*. *Did 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*.

# 6 L'idrocolonterapia nella preparazione agli esami endoscopici del grosso intestino

*Congresso Medicina Complementare  
Milano 2003*

De Masi E., Lamazza A., Kobylak A. (I.P.), Docimo M., Stagno B., Fiori E.

Una perfetta preparazione-pulizia intestinale è la premessa indispensabile all'esecuzione di un esame endoscopico completo, affidabile e in linea con le possibilità diagnostiche e terapeutiche della metodica<sup>1</sup>.

Dalla fine degli anni '60 ad oggi ci sono stati molti miglioramenti sia da un punto di vista strumentale che delle tecniche endoscopiche al fine di visualizzare al meglio la mucosa colica, ma nonostante l'enorme progresso strumentale-tecnologico la colonscopia continua ad avere dei limiti proprio legati alla pulizia del colon<sup>2</sup>.

Una scarsa o incompleta pulizia intestinale comporta infatti l'impossibilità di raggiungere il cieco o, anche se esso viene raggiunto, ne impedisce la corretta visualizzazione della mucosa con il rischio di falsi negativi e falsi positivi, ma soprattutto con l'obbligo per il paziente a sottoporsi o a un nuovo esame endoscopico o ad un esame radiologico<sup>3</sup>.

In particolare, una scarsa preparazione del colon impedisce alla procedura endoscopica di essere il momento diagnostico unico e principale della patologia del grosso intestino soprattutto nell'ambito della prevenzione oncologica, oggi tanto attuale e necessaria.

È superfluo ricordare l'aumento di costi a carico del Sistema Sanitario e i nuovi disagi per il paziente, in caso di ripetizione delle procedure diagnostiche.

Una scarsa preparazione intestinale, inoltre, aumenta notevolmente i rischi di complicanze significative: l'endoscopio può essere inavvertitamente introdotto in orifizi diverticolari nascosti da residui fecali, causando perforazioni, rese ancor più gravi dal rischio di contaminazione fecale peritoneale.

È peraltro impossibile effettuare atti terapeutici come la polipectomia in caso di residui fecali aderenti alla lesione da asportare. È stato inoltre storicamente osservato che l'uso di elettrocoagulatori durante una colonscopia in presenza di residui fecali può essere rischioso perché i gas intestinali possono causare una reazione "esplosiva".

La qualità della preparazione può essere così classificata:

1. Eccellente (adeguata visualizzazione dell'intero colon, senza necessità di effettuare lavaggi o aspirazioni: procedura completata)
2. Buona (adeguata visualizzazione dell'intero colon con necessità di effettuare lavaggi o aspirazioni: procedura completata)
3. Parziale o discreta (insoddisfacente visualizzazione di tutto o di parte del grosso intestino con necessità di effettuare lavaggi o aspirazioni: procedura completata)
4. Scarsa o nulla (insoddisfacente visualizzazione di tutto o di parte del grosso intestino con feci solide, non rimosibili: procedura incompleta o interrotta)<sup>4</sup>

Nella preparazione 3 e 4 ovviamente si configura l'impossibilità di escludere diagnosi di lesioni patologiche sia neoplastiche che pre-neoplastiche.

La percentuale di cancro "missed" varia nelle diverse casistiche dal 5,9% al 13% per quanto riguarda i cancro, e dal 6% al 27% per quanto riguarda i polipi: in un'alta percentuale di queste lesioni "missed", la causa è la scarsa preparazione del colon<sup>5,6</sup>.

Non per niente le procedure endoscopiche diagnostiche e operative sono dipendenti da questi 4 fattori

- |              |                   |
|--------------|-------------------|
| 1. Operatore | 2. Strumento      |
| 3. Tempo     | 4. Organizzazione |

È quindi evidente che il fattore preparazione è strettamente correlato ad almeno 3 di queste variabili.

La preparazione intestinale ideale dovrebbe essere semplice, efficace, applicabile a tutti, ben tollerata, poco costosa, rapida e non dovrebbe falsare i risultati dell'esame<sup>7</sup>.

Nel corso di 50 anni di storia dell'endoscopia colica, sono stati utilizzati vari metodi che spaziavano dal digiuno protratto ad una dieta priva di scorie, dall'uso di lassativi e di purganti ai clisteri di pulizia con acqua, camomilla, fino ad arrivare all'integrazione di alcune di queste metodiche.

Attualmente i metodi più usati nella pratica clinica sono 2:

1. i lavaggi intestinali assumendo per via orale una soluzione elettrolitica contenente polietilenglicole<sup>8</sup>
2. la somministrazione per os di una soluzione a base di sodio fosfato<sup>9</sup>.

La compliance del paziente però è bassissima sia perché la quantità di soluzione da assumere è ingente (4 litri), sia perché il sapore di queste sostanze è estremamente sgradevole, nonostante i pessimi - falliti tentativi di aromatizzarle.

È ancora alta, quindi, la quota di pazienti che, nonostante le varie combinazioni-integrazioni di prodotti, nonostante i tentativi di aromatizzazione, nonostante la combinazione con dieta-digiuno ferreo, sospende la preparazione intestinale presentandosi all'esame con il colon "sporco" o peggio non si sottopone più alla procedura programmata (il 5% si perde per la preparazione).

Si evince, quindi, che non esiste una singola preparazione intestinale ideale che da sola risolva lo scottante problema.

Esistono, invece, numerose opportunità, che integrate in maniera adeguata e intelligente, consentono di diminuire o di ridurre al minimo il volume di PEG ingerito con buoni risultati sia dal punto di vista tecnico, sia dal punto di vista della compliance del paziente<sup>10,11</sup>.

Nel mondo variegato e fantasioso delle preparazioni intestinali, esiste a pieno titolo da sempre il lavaggio intestinale con acqua o clisteri di vario tipo<sup>12</sup>.

Da circa 20 anni il perfezionamento tecnologico e strumentale ha portato alla realizzazione di macchinari che consentono un lavaggio idraulico "intelligente", potendo modulare velocità di



flusso, temperatura, scarico, con possibilità di aggiunta di sostanze medicamentose, realizzando così un lavaggio completo dell'intero colon, anche senza alcuna precedente preparazione farmacologica.

Nella nostra esperienza, pur non avendo ancora risolto il problema, stiamo sperimentando varie combinazioni e possibilità tra le quali la più efficace sembra essere la dieta più l'assunzione di mezza dose di peg più il lavaggio con Idrocolonterapia.

Per Idrocolonterapia intendiamo un'irrigazione-lavaggio-perfusione continua dell'intero colon a circuito chiuso che, insieme alla fisiologica peristalsi intestinale, porta ad una pulizia radicale del grosso intestino e nello stesso tempo ad una riabilitazione-riattivazione dei movimenti intestinali/della dinamica intestinale.

L'ICT è indolore, inodore ed è a circuito chiuso. Viene eseguita attraverso le seguenti tappe:

1. il paziente, dopo aver svuotato la vescica, viene posizionato sul fianco sinistro;
2. viene eseguita l'esplorazione rettale con abbondante lubrificante (se è possibile con l'anestetico locale);
3. viene inserito lo speculum, con opportuna lubrificazione e con il tubo di introduzione acqua-lavaggio già inserito;
4. tolto il mandrino dallo speculum, si collega il tubo di scarico ed il paziente assume la posizione supina;
5. viene attivata l'immissione di acqua a temperatura idonea (37-38° C) per circa 10 minuti tenendo aperta la valvola di scarico;
6. nella posizione descritta viene eseguito un massaggio addominale in senso peristaltico, quando è aperto lo scarico dell'acqua e successivamente, in senso antiperistaltico per favorire la progressione dell'acqua verso il colon destro o nelle porzioni più distali del colon;
7. viene eseguito un ripetuto cambiamento tra una lieve pressione interna calibrata e regolata e un rapido ed energico lavaggio con costante alternanza caldo-freddo.

Nello schema che segue sono riportati i risultati su 200 colonscopie consecutive preparate secondo quattro diverse possibilità.

Dieta + PEG	Dieta + 1 CI + PEG	Dieta + 1/2 PEG + ICT	Dieta + ICT
Buona o Eccellente Preparazione 85%	Buona o Eccellente Preparazione 92%	Buona o Eccellente Preparazione 98%	Buona o Eccellente Preparazione 70%
Interruzione della assunzione del PEG 10%	Interruzione della assunzione del PEG 10%	Nessuna interruzione della assunzione di PEG	
Intestino sporco con feci solide 15%	Intestino sporco con feci solide 8%	Intestino sporco con feci semiliquide 2%	Intestino sporco con feci semiliquide 30% (in particolare nei soggetti stitici)
Esame non efficace* 10%	Esame non efficace* 5%	Nessun esame incompleto	Esame non efficace* 15%
Esame rinviato dal paziente o dal medico 5%	Esame rinviato dal paziente o dal medico 3%	Nessun rinvio dell'esame	Nessun rinvio dell'esame

\* non efficace = non completato fino al cieco o non affidabile per feci

NB: PEG = 4 litri di acqua, 1/2 PEG = 2 litri di acqua

Dall'analisi della nostra esperienza è evidente che la preparazione alla colonscopia che fornisce i risultati ottimali è quella che prevede la dieta nelle 48 ore che precedono l'esame endoscopico in aggiunta a mezza dose di PEG (in 2 litri di acqua) il giorno prima dell'esame da assumere nell'arco di 3-4 ore e ad una seduta di idrocolonterapia da eseguire un'ora prima dell'esame. Tale preparazione fornisce una pulizia intestinale buona o eccellente nel 98% dei pazienti; nessun paziente ha dovuto interrompere l'assunzione di PEG a dosaggio dimezzato e in tempi prolungati; soltanto nel colon del 2% dei pazienti sono state rinvenute feci semiliquide, asportabili con l'aspirazione durante l'esame endoscopico, che non hanno provocato l'interruzione o il mancato completamento dell'indagine né il rinvio da parte del medico per mancata preparazione o del paziente per preparazione non tollerata.

L'altro schema di preparazione che ha fornito risultati apprezzabili, ma inferiori rispetto al precedente, è quello che prevede la dieta di 48 ore in aggiunta all'assunzione di PEG in dose completa (in 4 litri di acqua) e ad un clistere di pulizia di 2 litri di acqua, che pur consentendo una preparazione buona o eccellente nel 92% dei pazienti ha evidenziato la presenza di feci solide, non aspirabili, nell'8% dei pazienti, l'interruzione dell'assunzione di PEG nel 10% dei pazienti, l'innattendibilità per scarsa preparazione nel 5% e il rinvio da parte del medico o del paziente nel 3% dei casi.

Nello schema di preparazione che prevede Dieta + PEG abbiamo constatato preparazione buona o eccellente nell'85% dei pazienti, interruzione dell'assunzione di PEG nel 10%, intestino sporco con feci solide nel 15%, esame non efficace nel 10% e rinviato dal medico o dal paziente nel 5%.

Infine lo schema che prevede Dieta + ICT, senza purgante, ha determinato una buona o eccellente preparazione intestinale nel 70% dei pazienti, intestino sporco con feci semiliquide nel colon destro nel 30% (in particolare nei soggetti stitici), esame non completamente attendibile nel 15% e nessun rinvio dell'esame né da parte del medico né da parte del paziente.

Dalla nostra esperienza pertanto abbiamo potuto constatare che la dieta non crea problemi al paziente, mezza dose di PEG assunta in tempi più lunghi di quelli normalmente previsti è decisamente meglio tollerata da tutti i pazienti; l'idrocolonterapia, eseguita dopo la fluidificazione delle feci da parte di mezza dose di PEG, da personale professionalmente valido, addestrato adeguatamente e "dedicato", permette la completa e ottimale pulizia del colon con il minor disagio per il paziente e il maggior consenso da parte dell'endoscopista.

Abbiamo inoltre progettato uno studio multicentrico confrontando un gruppo Dieta + PEG con un gruppo Dieta + 1/2 dose di PEG + Idrocolonterapia.

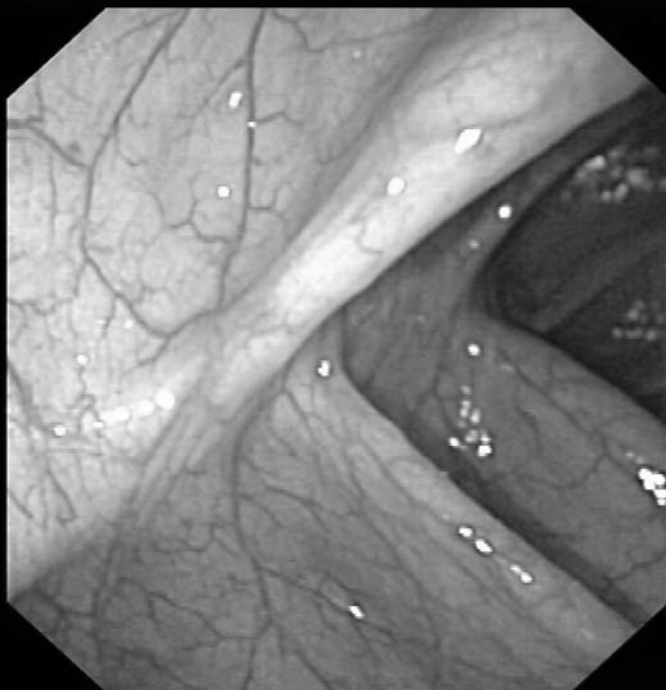
Name :

Sex : Age :  
D. O. Birth :

29/01/2003  
17:31:16

CVP :  
D. F :  
Et:5 Gr:N

Physician :  
Comment :



Name :

Sex : Age :  
D. O. Birth :

18/12/2002  
15:30:25

CVP :  
D. F :  
Et:5 Gr:N

Physician :  
Comment :



*Effetti dell'idrocolonterapia sul colon*

## ■ Bibliografia

- 1) ADAMS WJ , MEAGHER AP, LUBOWSKI DZ, KING DW . *Bisacodil reduces the volume of polyethylene glycol solution required for bowel preparation*. Dis. Colon Rectum 1994 Mar.; 37(3):229
- 2) EL SAYED AM, KANAFANI ZA, MOURAD FH, SOWEID AM, BARADA KA, ADORIAN CS, NASREDDINE WA, SHARARA AI. *A randomized single-blind trial of whole versus split-dose polyethylene glycol-electrolyte solution for colonoscopy preparation*. Gastrointestinal Endosc. 2003 Jul; 58(1):36
- 3) SHARMA VK, CHOCKALINGHAM SK, UGHEOKE EA, KAPUR A, LING PH, VASUDEVA R, HOWDEN CW. *Prospective, randomized, controlled comparison of the use of polyethylene glycol electrolyte lavage solution in four liter versus two liter volumes and pretreatment with either magnesium citrate or bisacodyl for colonoscopy preparation*. Gastrointest. Endosc. 1998 Feb. ;47(2) :167.
- 4) BERRY MA, DI PALMA JA. *Review article: orthograde gut lavage for colonoscopy*. Aliment Pharmacol Ther. 1994; 8:391
- 5) LEAPER M, JOHNSTON MJ, BARCLAY M, DOBBS BR, FRIZELLE FA. *Reasons for failure to diagnose colorectal carcinoma at colonoscopy*. Endoscopy 2004; 36 (6): 499
- 6) BECK DE, HARFORD FJ, DI PALMA JA., *Comparison of cleansing methods in preparation for colonic surgery*. Dis. Colon Rectum 1985; 28 :491.
- 7) LEVY AG, BENSON JW, HEWLWTT HL, HERDT JR, DOPPMAN JL, GORDON RS, Jr. *Saline lavage: a rapid effective and acceptable method for cleansing the gastrointestinal tract*. Gastroenterology 1976;70:157.
- 8) ADLER M , QUENON M, EVEN-ABIN D, JEANMART J, VANGOSSUM A, BOURGEOIS N, *Wall gut lavage for colonoscopy-a comparison between two solutions*. Gastrointest.Endosc. 1984; 30:65.
- 9) SKUCAS J, CUTCLIFF W, FISCHER HW. *Whole-gut irrigation as a means of cleaning the colon*. Radiology 1976; 121: 303
- 10) GOLUB RW, KERNER BA, WISE WE jr, MEESING DM, HARTMANN RF, KHANDUJA KS. *Colonoscopy bowel preparation-which one. A blinded prospective randomized trial*. Dis. Colonrectum 1995; 38: 594.
- 11) DINELLI M, LOMAZZI A, PAPERLINI S, MILESI F, CESARI P, REDAELLI A, BUFFOLI F, BERETTA L, FOSSATI D, LOVERA M, ROLFI F, PEREGO MR, SALVIONI F. *Preparazione alla colonscopia. Studio di confronto fra tre regimi diversi*. Relazione congresso FIM@D Torino marzo 2004
- 12) ROSTOM A, JOLICOEUR E. *Validation of a new scale for the assessment of bowel preparation quality*. Gastrointest. Endosc. 2004; 59 (4): 482

# 7 Studio aperto sugli effetti dell'idrocolonterapia su 80 portatori di IBS (Irritable Bowel Syndrome)

Arrigo Dianin

*Medico Chirurgo, Fitoterapeuta*

La IBS rappresenta un'entità patologica dai contorni sfumati che il curante spesso non riconosce o che sa valutare con approssimazione. Spesso si trova quindi in difficoltà nel gestire questo particolare paziente che sfugge ad un razionale intervento dietologico, farmacologico e psicologico. Si propone quindi la ICT condotta da un medico esperto in questa terapia che sappia trarre dalla sua esecuzione le molteplici informazioni sullo stato funzionale del colon, le quali fanno dell'ICT uno strumento insostituibile per il monitoraggio dello stato del paziente e che suggeriscono di volta in volta i cambiamenti da fare in sede terapeutica. In questo studio si vuole, inoltre, porre l'attenzione degli esperti di ICT su alcuni parametri che nel corso di una pratica di oltre duemila sedute di ICT sono stati individuati come importanti per analizzare il confine tra un buono ed un cattivo funzionamento dell'intestino. In questo studio sono stati individuati circa ottanta individui che rispondono alle caratteristiche di portatori di IBS secondo la classificazione della Consensus Conference (Roma 1988). A tutti è stato proposto un regime dietetico vegetariano dissociato. Sono stati sottoposti a tre sedute di ICT con apparecchi HYDROMAT della ditta Herrmann, a distanza di una settimana una dall'altra. Si sono adottati per ogni paziente i seguenti parametri: integratori, lassativi, fitoterapici, ecc., facilità nell'introduzione della specula, presenza di disturbi legati alla presenza della specula stessa nel retto, presenza dell'onda nel tubo di deflusso (onda provocata da una leggera pressione del ventre da parte dell'operatore), durata media del carico d'acqua, presenza o meno di scariche spontanee, caratteristiche delle feci, presenza di muco, tratto di intestino raggiunto dall'acqua, sintomi manifestati durante la terapia, entità e caratteristiche della scarica effettuata dopo la terapia, cause dell'eventuale interruzione della terapia, impressioni soggettive del paziente. Si sono valutate alla distanza di circa tre settimane dalla fine del ciclo di ICT le condizioni del paziente. Si è considerato come miglioramento il cambiamento in positivo della funzionalità dell'alvo, lo stato soggettivo riferito dal paziente e la diminuzione dell'uso di lassativi o integratori. Alla fine dello studio è stato rilevato un miglioramento, a diversi livelli, sul 93% del gruppo di pazienti sotto osservazione. Concludendo, si ri-

tiene che la ICT sia un ottimo metodo curativo e di monitorizzazione per i pazienti affetti da IBS e si propone un maggior sviluppo della standardizzazione della metodologia, così che il medico esperto in ICT, possa essere un riferimento e valido partner per il medico di medicina generale, nella cura di alcune delle più comuni patologie intestinali.

# 8 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'idrocolonerapia (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 →: 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	CONSIG. 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: <b>4</b> Max: <b>10</b>			Probiotici (P) * Eubiotici (E) **		*: causa
<b>4:</b> 83 (78%) <b>10:</b> 24 (22%)	7 7 (+/- 3) gg.	65 (61%)	42 (39%)  26 (24%)	<b>SI:</b> 55 (73%) dalla 4.a seduta  <b>NO:</b> 20 (27%) entro la 4.a 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 idrocolonerapia, 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 responsabilità 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 -*"Idrocolonerapia"* - Ed. W.L.Verlag.
- 3) Atti del I st. international congress functional syndromes - Milan genuarj 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*. *Annali 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*.

# 9 Utilizzo dell'Idrocolonterapia nel "Colon Irritabile": studio osservazionale Caso-Campione

R. Giuberti

## ■ Introduzione

Il "colon irritabile" rappresenta una tra le più complicate sindromi funzionali affrontabili sia dallo Specialista che dal Medico di medicina generica.

Tale situazione, specie se cronicizzata, comporta severe modificazioni della qualità della vita del soggetto affetto e spesso ne condiziona, in senso letterale del termine, l'intera esistenza.

Alcuni concetti nella definizione di colon irritabile rinvenibili in Letteratura concordano su alcuni concetti comuni di estrema importanza: tra essi citiamo qui, per brevità, la netta tendenza al sesso femminile, all'elevato grado di stress sia professionale che personale ed alla concomitante presenza di senso di impellenza alla emissione di feci a tempi variabili dall'evento scatenante. Quest'ultimo, dal suo canto, può essere rappresentato dai più svariati stimoli sia esogeni che endogeni, e la sistematizzazione di tali stimoli causanti l'effetto si scontra con inevitabili complicazioni di tipo classificativo.

Di certo si concorda sull'opinione comune della incidenza del colon irritabile nella popolazione studiata, ed il dato ufficiale del 14% sembra essere forse stimato per difetto quando si consideri che molto frequentemente il soggetto non si presenta al medico e tanto meno allo Specialista se non dopo un lungo periodo di tempo.

Ciò comporta un ritardo nella diagnosi ed un conseguente ritardo nella impostazione terapeutica, quasi sempre effettuata mediante sostanze farmacologiche in grado di modificare la periodicità dei meccanismi isoperistaltici a carico dell'intestino tenue.

Accanto alle terapie per così dire "tradizionali", da circa un decennio numerose evidenze cliniche (BIBLIOGRAFIA: 1-2 voci) ed osservazionali hanno permesso di valutare con maggiore attenzione, nei pazienti correttamente selezionati, il ruolo svolto dal "lavaggio" del tratto terminale del colon portandolo alla sua valutazione come un efficace e valido strumento in corso di colon irritabile.

In realtà, tali dati osservazionali si applicano anche alla stipsi, e sono sempre maggiori le evi-

denze cliniche che indicano il razionale dell'utilizzo del corretto lavaggio del colon anche in questa condizione che affligge una percentuale sempre maggiore di popolazione non solo in Italia ma nel mondo intero.

Curiosamente, il colon irritabile non sembra aumentare in modo esponenziale con il progredire dell'età, e questo concetto non concede ampi spazi interpretativi alle teorie "dell'invecchiamento" sulle funzioni della motilità involontaria intestinale, come spesso riportato od opinione comune.

Secondo La Società Italiana di Idrocolonerapia, ad oggi più di 5000 soggetti hanno ricevuto, almeno per un ciclo di 5 sedute (limite arbitrario protocollare) un trattamento di idrocolonerapia in centri medici italiani.

Anche se tale procedura terapeutica gode di ampia diffusione soprattutto nel Nord America ed in Germania (dove viene eseguito da personale paramedico altamente qualificato e specializzato), non sono rinvenibili in Letteratura dati inerenti tale utilizzo a scopi terapeutici nei Paesi Europei, Italia compresa.

Un primo tentativo di sistematizzazione ed inquadramento di tali dati provenienti da situazioni funzionali definibili come colon irritabile è stato eseguito nel 1992 (BIBLIOGRAFIA ROMA II CONGRESSO SIGE): sono emersi dati concordi sulla necessità di migliorare i criteri di inclusione ed esclusione dei futuri protocolli sperimentali e clinici, al fine di migliorare sia la popolazione che i risultati clinici ottenibili con questa metodica.

Tali considerazioni metodologiche hanno, senza alcun dubbio, il pregio di ottenere criteri standardizzati da applicare ai futuri protocolli terapeutici, oltre al fatto di evitare, come purtroppo accade ancora oggi, un'inutile "dispersione" dei casi clinici ottenibili e pubblicabili, a tutto vantaggio non solo del paziente ma anche della tecnica medesima.

## ■ Materiali e metodi

È stato valutato il miglioramento clinico dell'idrocolonerapia (ICT) (Hydromat - Herrmann) in 66 pazienti di ambo i sessi (maschi: 8; femmine: 58 di età media compresa tra 18 e 65 anni con sintomi di "colon irritabile" da almeno 3 mesi - limite arbitrario protocollare).

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 Æ: diagnosi clinica)
- d) poliposi e/o sospetta poliposi rettale (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 scari-  
che dell'alvo, del dolore addominale come evidenziato ed approvato (1).

**TABELLA 1: Tabella sinottica delle caratteristiche basali dei 66 pazienti dello studio clinico**

DOLORE PRE-EV.	FREQ. ALVO	CONSIG. FECI	PRES. MUCO	DEFECAZIONE	METEORISMO
					SCALA DI PUNTEGGIO: 1-10
28 / 66	>3/die: 45/66	Molli: 27/66 Dure: 10/66	NO: 33/66 SI: 12/66	Incompleta: 14/66 Impellente: 16/66 Difficoltosa:	tot. 49/66 Sporad: 1-2: 4/49 Intermit: 3-4: 10/49 Ingrav: 5-7: 17/49 Costante: 7-10: 18/49

In 30/66 pazienti era presente un concomitante dolore addominale pre-evacuativo che si autorisolveva al termine della evacuazione.

19/66 pazienti riferirono la presenza di feci scarse, mentre 42/66 la presenza di feci abbondanti.

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 66 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, limite protocollare arbitrario).

## ■ Risultati

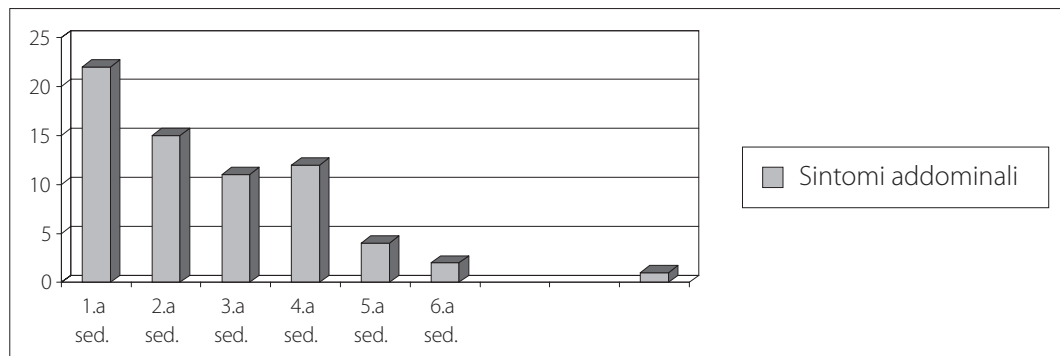
La *Tabella 2* riassume i dati relativi al trattamento eseguito in tutti i pazienti.

**TABELLA 2: Dati relativi al trattamento in tutti i 66 pazienti dello studio clinico.**

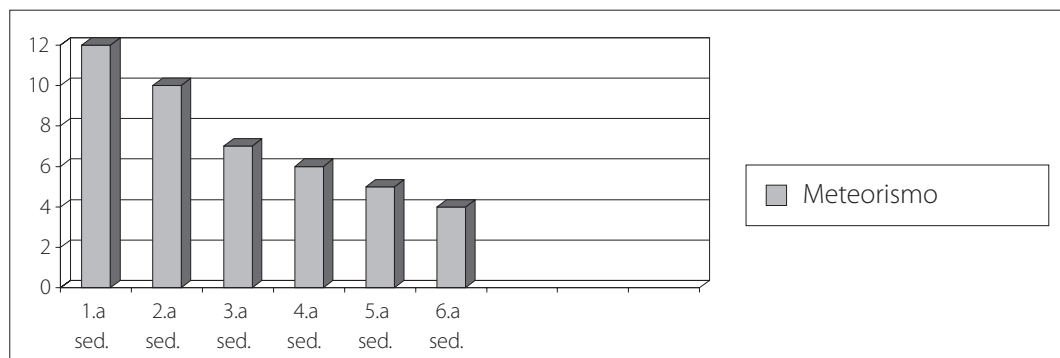
NUMERO SEDUTE IDROCOLONTERAPIA	INTERVALLO TRA SEDUTE	RIDUZIONE METEORISMO	DROP-OUT
Min:1 Max: 7	*: causa		
1: 22/66 2: 15/66 3: 11/66 4: 12/66 5: 4/66 6: 2/66	7 (+/- 3) gg.  NON RIFERITO: 8	SI: 40/66  NO: 18/66	0 (zero)  0 (zero)

I risultati dello studio clinico pilota si possono così riassumere.

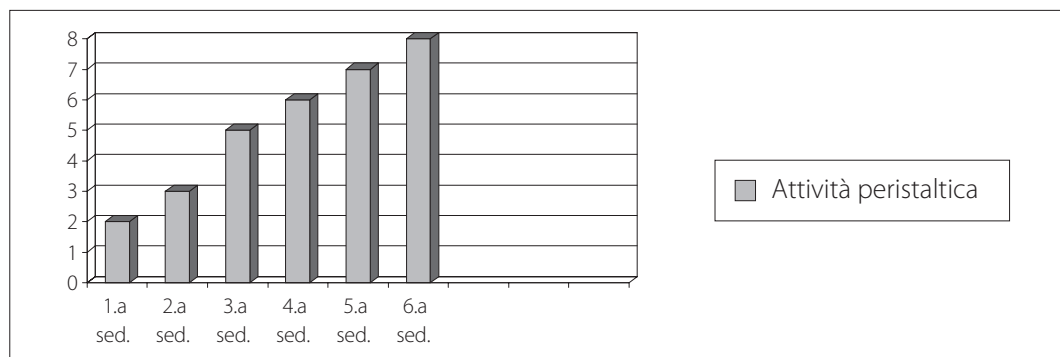
Tra i 66 pazienti che hanno ricevuto il trattamento con idrocolonerapia, 60 hanno riferito un netto miglioramento entro la quarta seduta di trattamento, come riassunto nel grafico seguente.



40/66 riferirono un miglioramento del meteorismo tra la quinta e la settima seduta, come evidente dal Grafico seguente.



51/66 riferirono un miglioramento soggettivo dell'attività peristaltica ed il superamento dei dolori alla defecazione, come riassunto dal Grafico seguente.





Anche se ulteriori dati sperimentali e clinici sono ovviamente necessari, i dati di questo studio clinico mettono quindi in evidenza l'utilità del trattamento con idrocolon terapia nel colon irritabile ponendolo come un valido strumento terapeutico privo di effetti collaterali ed efficace sia nel meteorismo che nella riduzione dei sintomi soggettivi legati ai dolori pre-peri- e postevacuativi tipici del colon irritabile.

## ■ 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*. *Annali 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*. *Did 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., Corazzari E., Dipart. di Scienze Cliniche Università "La Sapienza" - Roma. *La sindrome dell'intestino irritabile Inquadramento clinico-diagnostico e terapia medica*.



# 10. Idrocolonterapia e stipsi severa: potenzialità e validità

*(Short report di articolo in pubblicazione su rivista internazionale)*

S. La Manna, S. Orcano, S. Abate

*Università degli Studi di Napoli "Federico II" Facoltà di Medicina e Chirurgia- Dipartimento di Patologia Sistemica (Dir. Prof. S. Abate)*

*Area funzionale di Fisiopatologia e riabilitazione pre e post operatoria chirurgica (Prof. S. Abate)*

**Aim:** Valutare l'efficacia dell'idrocolonterapia nel trattamento delle stipsi severe mediante un rigoroso protocollo di studio.

Sono stati presi in considerazione dal Dicembre 1999 al Dicembre 2000, 28 pazienti selezionati (23 femmine età media 41 anni) portatori di stipsi severa in assenza di patologie diverticolari, IBD, outlet-sindrome etc. Tutti i pazienti sono stati sottoposti ad un protocollo semeiologico: anamnesi computerizzata, clisma opaco, colonscopia, tempi di transito, manometria ano-retto-colica, defecografia. A tutti i pazienti veniva valutata la qualità di vita mediante compilazione del SF-36 e la stipsi valutata mediante scala di Wexner. Tutti i pazienti risultarono affetti da stipsi severa da rallentato transito e refrattari alle comuni terapie dietetiche, farmacologiche e al Bio-feedback colico. I pazienti furono indirizzati presso un centro dove veniva eseguita l'idrocolonterapia.

Il trattamento prevedeva un numero di 4 sedute (una a settimana) ed una terapia fitoterapica e probiotica per 45 gg. Quest'ultima era articolata nella somministrazione 4 gg prima del trattamento di perossido di magnesio (Ozovit polvere Pascoe) 10 gr pro die. Dopo la prima seduta si somministrava un probiotico (Dysbiosan cp Pascoe) 1 cp die per 7 gg. Infine dopo il secondo trattamento si somministrava un altro probiotico (Microflorana-F BDS) 5 ml pro die per una settimana, 10 ml per due settimane 20 ml per l'ultima settimana. Tutti i pazienti furono valutati alla fine del trattamento presso il centro di arruolamento con il seguente schema: SF-36 e scala di Wexner a 15 gg dall'ultima somministrazione probiotica; tempi di transito e manometria ano-retto-colica ad un mese; SF-36 e scala di Wexner a sei mesi; tempi di transito, manometria ano-retto-colica SF-36 e scala di Wexner ad un anno. La manometria ano-retto-colica era eseguita mediante sonde MUI in linea con un poligrafo computerizzato Poligraf (Medtronic) con trasduttori Spectramed e pompa pneumoidraulica MUI. Le metodiche per quanto riguarda gli esami funzionali radiologici furono le convenzionali. L'idrocolonterapia fu effettuata mediante appa-

recchio Colon-Hydromat (Herrmann) Named con set di esecuzione sterile monouso dedicato. I risultati furono valutati statisticamente con t di Student. Tutti i pazienti portarono a termine il protocollo terapeutico e nessuno di essi presentò effetti indesiderati o collaterali.

I risultati clinici dimostrano che solo 4 pazienti (14.29%) non presentarono notevoli miglioramenti mentre 7 pazienti (25%) si dimostrarono soddisfatti del trattamento con un numero di tre defecazioni in media a settimana, i restanti 17 rientrarono in una normale attività defecatoria (60.71%). Per quanto concerne sia SF-36, sia la scala di Wexner, la valutazione in % dei tempi di transito, l'indice di motilità (MI) della manometria ano-retto-colica dimostravano notevoli differenze tra prima e dopo il trattamento con una netta ripresa delle attività propulsive coliche nonché un significativo miglioramento della qualità della vita ( $p < 0,001$ ).

In conclusione, ci pare di poter affermare che l'idrocolonterapia è da considerarsi oramai un valido presidio terapeutico nelle forme di stipsi severe. È nostra intenzione continuare l'esperienza iniziata onde non solo valutare l'idrocolonterapia in altre patologie coliche, ma anche inserirlo in protocolli riabilitativi. Per quanto riguarda infine l'associazione con prodotti fitoterapici e probiotici non vi è un rapporto diretto con i risultati ottenuti in quanto altri pazienti portatori di stipsi severe non hanno ottenuto gli stessi benefici se non con l'idrocolonterapia.

# 11. Ruolo dell'idrocolonterapia nel trattamento della stipsi da ostruita defecazione o sindrome dell'iceberg

Mario Pescatori, Riccardo Annibali°

*Unità di Colonproctologia di Roma Villa Flaminia e di Milano Nord*

## ■ Riassunto

La Idrocolonterapia (HCT) viene impiegata per il trattamento della stipsi, ma non vi sono in letteratura studi comparativi con le terapie convenzionali (TC), basati su un punteggio dei sintomi e delle patologie associate. Scopo di questo studio prospettico è di confrontare l'effetto della HCT e delle TC in due gruppi di pazienti con stipsi da ostruita defecazione, definita anche sindrome dell'iceberg per il fatto che il terapeuta si trova a dover curare lesioni (scogli) evidenti, mentre spesso la vera causa di disturbi è legata a lesioni occulte (sommerse).

Un gruppo di 10 pazienti è stato sottoposto a HCT, un gruppo di 10 pazienti a TC, ovvero lassativi, fibre, riabilitazione e chirurgia. Tutti i soggetti sono stati valutati con lo score di Wexner modificato, da 1 a 20, per i sintomi, e con lo score dell'iceberg, da 1 a 12, per le lesioni associate, sia funzionali che organiche. Il follow up medio è stato rispettivamente di 1 mese e 3 mesi. Per quanto riguarda le patologie occulte associate, la percentuale di anismo e ansia/depressione nei due gruppi era simile.

Dopo HCT il punteggio della stipsi si è ridotto del 44%, dopo TC solo del 19%: Sia dopo HCT che dopo TC vi sono state recidive della stipsi, rispettivamente del 40% e del 60%. Durante o dopo HCT non abbiamo osservato complicanze o sequele negative, mentre nel gruppo trattato con TC vi sono stati 2 casi di complicanze importanti, pari al 20%, entrambe dopo intervento chirurgico, entrambe in pazienti con anismo e con ansia/depressione.

In conclusione, la HCT sembra essere discretamente efficace nella cura dei pazienti con stipsi da ostruita defecazione e non ha fatto rilevare complicanze o sequele, a differenza delle TC. Per dimostrare una eventuale superiorità della HCT rispetto alle TC sono necessari studi randomizzati su più ampie casistiche con più lungo follow-up, tuttavia si può affermare che la HCT ha un ruolo positivo nel trattamento di questi pazienti.

## ■ Introduzione

La pratica di irrigare il colon è molto diffusa e vi sono degli articoli nella letteratura internazionale che dimostrano che essa è in grado di curare oltre il 50% dei pazienti affetti da incontinenza fecale (Schouten e collaboratori, Rotterdam, Diseases of the Colon and Rectum 1992) e stipsi cronica (Bartolo e collaboratori, Edinburgo, Colorectal Disease 2004) senza i rischi connessi con un intervento chirurgico. La idrocolonterapia (HCT) rappresenta una evoluzione tecnologica del semplice classico clistere o della irrigazione con set disposable di plastica, poiché si serve di un dispositivo con pressione, flusso e temperatura controllati.

La HCT è largamente praticata sia in Italia che all'estero. Ad esempio in Inghilterra un HCTerapista ne esegue circa 70 al mese, secondo quanto riferito da Taffinder e colleghi su Colorectal Disease 2004, con soddisfazione della maggior parte dei pazienti e senza effetti collaterali di rilievo.

Tuttavia vi è scetticismo da parte dei chirurghi coloretali e della comunità scientifica in genere nei confronti della HCT. Ciò è dovuto anche alla carenza di pubblicazioni su riviste internazionali, in parte per l'apparente disinteresse da parte di chi esegue la HCT a proporre trials prospettici controllati. Di conseguenza le indicazioni e gli effetti della HCT non sembrano essere sufficientemente documentati. In particolare non è stato valutato il suo ruolo, rispetto alle terapie convenzionali, nella cura della stipsi cronica con dati quantitativi, che prendano in considerazione sia i sintomi che le patologie riferite dal paziente.

D'altra parte i pazienti con stipsi cronica (inclusa la sua variante ostruita defecazione - metà dei casi -) sono molto numerosi e destinati ad aumentare per lo stress e l'errata alimentazione e rischiano terapie più traumatizzanti, in genere chirurgiche, costose e gravate da complicanze anche mortali (Boccasanta e collaboratori, Milano, Techniques in Coloproctology 2002) e recidive, fino al 40-50% a 3-5 anni (Finley e collaboratori, Glasgow, Colorectal Disease 2004; Pietroletti e collaboratori, L'Aquila e Roma, Rivista Italiana di Chirurgia, 2004).

Ben venga quindi qualsiasi tentativo di dare dignità clinica e scientifica alla HCT e ad altri metodi non invasivi, purchè efficaci.

Scopo di questo studio prospettico è confrontare l'effetto a breve termine della HCT e della terapia convenzionale medica/chirurgica e le complicanze legate al trattamento, in due gruppi di pazienti con stipsi da ostruita defecazione, con valutazione numerica dei sintomi e delle patologie associate, evidenti e occulte.

## ■ Pazienti e metodi

Due gruppi, di 10 pazienti consecutivi ciascuno, sono stati sottoposti, il primo a Milano a un breve ciclo di HCT (con apparecchio NAMED, Milano, Italia e con 5 sessioni a paziente), il secondo a Roma a terapia convenzionale (TC). Questa è stata di 3 tipi: medica con lassativi e fibre (n=10) riabilitativa con fisioterapia, elettrostimolazione, biofeedback (n=3) e chirurgica, con prolassectomia e/o plastica di rettocele (n=3). I pazienti hanno firmato il consenso informato.

Sono stati trattati fra gennaio e luglio 2004, sono stati tutti valutati prima e dopo la terapia.

Nessun paziente è stato perso al follow-up. Questo è durato 1 mese (tempo medio) a Milano; 3 mesi a Roma. La discrepanza è dovuta ai diversi tempi di inizio nelle diverse sedi.

Abbiamo usato lo score di Wexner, da noi modificato per semplificarlo. Il punteggio quantifica da 1 a 20 i sintomi legati alla stipsi ed è basato su un questionario con 5 domande, ognuna con 5 possibili risposte, ciascuna delle quali vale da 0 a 4 punti: esse vertono sulla frequenza dell'alvo, la necessità di sforzo eccessivo nel ponzamento, il senso di incompleta evacuazione, la durata della defecazione e la frequenza di dolori addominali. Ovviamente 20 corrisponde alla massima gravità dei sintomi.

Paragoniamo la ostruita defecazione ad un iceberg (Pescatori, Urodinamica 2003 e Congresso Europeo EACP, Ginevra 2004). Contro di esso rischia di naufragare la nave del chirurgo, perché vi sono sì degli scogli (= patologie) emersi (= evidenti), ma ve ne sono altri sommersi e meno riconoscibili, dunque più rischiosi per il paziente. In tutti i soggetti è stata quindi indagata la presenza delle lesioni evidenti, come il rettocele, ma anche di quelle occulte, come l'anismo, ovvero il mancato rilasciamento del muscolo pubo-rettale in ponzamento. In tal modo a ogni paziente è stato attribuito un punteggio da 1 a 12 (score dell'iceberg) basato sulle lesioni associate, sia funzionali (rallentato transito o colon irritabile, iposensibilità rettale, neuropatia del pudendo, ansia/depressione) che organiche (rettocele, prolasso mucoso interno del retto, intussuscezione rettale, enterocele, prostatite o prolasso genitale, cistocele, ulcera solitaria del retto).

Il risultato della HCT nei pazienti milanesi è stato valutato dallo stesso dr Annibali, il risultato della TC nei pazienti romani è stato invece valutato da un osservatrice indipendente, che, a differenza che il medico da compiacere, era una infermiera ignota a molti dei pazienti, che ha registrato le risposte al questionario per telefono.

Attualmente lo studio prosegue su altri pazienti, sia a Milano che a Roma, ad opera di altri collaboratori.

Non è stato eseguito un confronto statistico dei dati a causa della esiguità del campione osservato, per cui lo studio ha carattere preliminare.

In entrambi i gruppi (HCT e TC) 8 pazienti erano di sesso femminile e 2 maschile.

L'età era di 42 anni, compresa tra i 24 e i 72 anni. I moduli di raccolta dati per le lesioni associate (schema dell'iceberg) e il questionario per i sintomi (Wexner modificato) era ovviamente lo stesso nella UCP di Milano e in quella di Roma.

Tutti i pazienti si erano rivolti alla nostra osservazione per stipsi da ostruita defecazione, ovvero riferivano difficoltà all'evacuazione (con sforzo e frazionata), senso di peso o fastidio perineale, incompleta espulsione delle feci. Alcuni erano già stati sottoposti a trattamento con lassativi e fibre, più di rado clisteri, senza esito.

Per la valutazione delle lesioni associate sono stati impiegati, quando clinicamente indicato, i seguenti esami: proctoscopia, manometria anorettale, ecografia anale, defecografia, studio dei tempi indicati, colonscopia, emg degli sfinteri anali e studio della latenza del nervo pudendo. Ovviamente tutti i pazienti sono stati sottoposti ad approfondita anamnesi ed esame obiettivo, con palpazione dell'addome e esplorazione rettale (e, se necessario vaginale) o bimanuale in posizione di Sims sul fianco sinistro o, quando indicato, col paziente in posizione accovacciata e durante il ponzamento.

## ■ Risultati

### Gruppo HCT

In base alle lesioni associate lo score dell'iceberg, calcolato prima dell'HCT, era di 4 (media) con un range da 3 a 5.

Tra le patologie occulte era presente anismo in 7 pazienti su 10. Ansia o depressione in 7 su 10.

In base alla gravità della stipsi lo score di Wexner modificato era di 8 (media) con un range da 2 a 14, prima del trattamento. Dopo la HCT lo score è sceso a 4.5 (media) con un range da 1 a 8.

Il punteggio dei sintomi si è perciò ridotto del 44% dopo il trattamento.

Non si sono verificate complicanze di rilievo legate alla HCT.

Quattro dei 10 pazienti si definivano ancora stitici un mese dopo il trattamento. Quindi la recidiva della stipsi è stata del 40%.

### Gruppo TC

In base alle lesioni associate lo score dell'iceberg era 5.2 (media) con un range da 3 a 7 prima della TC.

Tra le lesioni occulte funzionali era presente anismo in 5 pazienti su 10. Ansia o depressione in 6 su 10.

In base alla gravità della stipsi lo score pre-trattamento era di 11.2 (media) con un range da 6 a 18.

Dopo la TC lo score è sceso a 9.2 (media) con un range da 1 a 16.

Il punteggio dei sintomi si è perciò ridotto del 19%.

Si sono verificate 2 complicanze di rilievo, entrambe dopo intervento chirurgico: 1) fistola rettovaginale e stomia dopo rettotomia con doppiostapler o STARR (Boccasanta e collaboratori, International Journal of Colorectal Disease 2004) 2) rettorragia tenesmo e prolassectomia in un'altra paziente sottoposta a diatermoplicatura di prolasso rettale (Shafik, Techniques in Coloproctology 2002). Complicanze postoperatorie quindi 2, reinterventi richiesti 20%.

Entrambe le pazienti soffrivano di anismo, ansia e depressione, una era ex-tossicodipendente.

Tutti gli altri pazienti, tranne tre, si definivano ancora stitici. Recidiva della stipsi: 60% (incluso una delle pazienti rioperate).

## ■ Discussione

Appare confermato che sono più i soggetti di sesso femminile che non i maschi a soffrire di stipsi, anche a causa di fattori psicogeni e ormonali, specie connessi con la gravidanza e sono più le donne a ricorrere alla HCT, forse perché viene anche commercializzata per conferire benessere e migliorare il trofismo cutaneo, fattori più ricercati, per motivi estetici, dal sesso femminile.

Ma in questo lavoro preliminare vi sono lacune che il lettore deve conoscere per meglio valutarlo.

La casistica piccola e perciò mancante di confronti statistici; la mancata randomizzazione; il gruppo HCT non valutato da un osservatore indipendente; il follow-up più breve nei pazienti trattati con HCT; il mancato impiego dei test diagnostici più raffinati in tutti i soggetti; la minore



gravità dei pazienti milanesi pre- HCT rispetto al gruppo romano pre- TC. rappresentano i punti deboli, e quindi dei potenziali bias, di questa indagine.

Tuttavia gli spunti interessanti non mancano. Ad una prima osservazione, la HCT si è mostrata più efficace della TC, sia in termini di minori recidive della stipsi, 40 vs. 60%; che di percentuale di miglioramento dello score relativo ai sintomi, 44 vs. 19%; che di più rare complicanze, 0 vs. 20%.

Ciò sembra confermare quanto emerso dall'intervista ai pazienti in HCT, condotta dai HCterapisti e chirurghi coloretali inglesi già citati: quasi tutti i pazienti ritenevano che la HCT fosse superiore alle varie terapie convenzionali che avevano già sperimentato senza successo.

Un altro punto controverso è che la durata del follow-up, maggiore dopo TC, può aver giocato in favore della HCT: in genere le recidive aumentano col tempo. In tal senso il proseguimento del nostro studio prospettico potrà, avendo più lunghi follow-up, chiarire questo punto.

La nostra esperienza con HCT per stipsi cronica a Roma, valutata retrospettivamente dalla collega Pizzetti (dati non pubblicati) riporta 65 casi. Di questi 34 sono migliorati con 3 lavaggi, mentre 18 hanno avuto bisogno di 6 sedute. Di questi ultimi: 9 (50%) sono migliorati, ma 9 hanno avuto una recidiva della stipsi. Gli ultimi 13 pazienti dei 65 che hanno fatto la HCT per stipsi a Roma non sono ben valutabili, perché hanno eseguito in contemporanea altre TC.

Se però osserviamo in particolare due lesioni occulte degli stitici: l'anismo, o discinesia addomino-pelvica, e la presenza di ansia/depressione, ebbene notiamo che queste patologie funzionali si equivalgono nei due gruppi. E si sa dalla letteratura (Dodi e collaboratori, *Techniques in Coloproctology*, 2003) che queste due condizioni sono fattori prognostici negativi dopo chirurgia per ostruita defecazione. A conferma di ciò, le due pazienti rioperate dopo TC chirurgica erano affette da problemi psicologici.

Possiamo ipotizzare quindi che la HCT possa avere un effetto positivo su anismo e ansia/depressione. I meccanismi con cui ciò potrebbe avvenire sono ignoti: forse l'ambiente soft in cui si svolge la HCT, con il terapeuta a disposizione del paziente che può esporre con calma i suoi problemi, la musica, l'effetto "massaggio" della colonna d'acqua endoluminale. Tutti fattori che possono rilassare la tensione della psiche e del muscolo pubo-rettale.

Nel già citato studio inglese sull'HCT solo il 19% dei pazienti riferivano depressione, ma i test di funzione sociale, mentale, emotiva eseguiti su di essi davano, nell'insieme, punteggi inferiori (ovvero meno normali) rispetto ai controlli, come a far presumere che chi si affida alla HCT, spesso possa avere disturbi psichici.

Per questo chi sottopone i pazienti all'HCT dovrebbe avere una capacità particolare nel saperli gestire dal punto di vista anche psichico e l'ambiente in cui si svolge la HCT dovrebbe essere molto tranquillo e riservato. La presenza di una psicologa nell'equipe può essere importante.

Per quanto riguarda gli effetti collaterali severi, non ne sono stati riportati né nel nostro studio prospettico, né nella inchiesta inglese, né nel gruppo di stitici valutati retrospettivamente a Roma. Qui la collega Pizzetti riferisce solo 5 interruzioni volontarie della HCT dopo 10 minuti, per ansia o dolori addominali, e 3 casi di meteorismo.

Questo della sicurezza e non invasività è indubbiamente un punto a favore della HCT.

Nei pazienti con stipsi non sono rare patologie proctologiche, come ragadi o emorroidi. Occorre perciò cautela nella introduzione della cannula per non provocare rettorragia. Questi pa-

zienti possono anche avere una diverticolosi del colon, che li pone a rischio di perforazione se si inserisce acqua ad eccessiva pressione. Chi esegue la HCT dovrà fare attenzione nei pazienti con pregressa diverticolite, nei quali l'irrigazione potrebbe essere controindicata. Tali soggetti hanno nell'anamnesi episodi di dolore addominale acuto, in genere nei quadranti di sinistra, accompagnato da chiusura dell'alvo, febbre, leucocitosi neutrofila e aumento della VES. Il quadro obiettivo dell'addome potrebbe mostrare alla palpazione resistenza, dolorabilità e peritonismo nei quadranti di sinistra.

Un altro fattore che emerge dal nostro studio è la validazione dello score dell'iceberg come metodo per valutare le lesioni associate alla stipsi, comprese quelle occulte, più difficilmente diagnosticabili, e quelle funzionali, verso le quali pone meno attenzione il diagnosta con impostazione organicista, quale spesso è il chirurgo. Infatti vi è una corrispondenza tra lo score 1-12 dell'iceberg (punteggio delle lesioni) e quello 0-20 di Wexner modificato (punteggio dei sintomi) in entrambi i gruppi. Meno lesioni= meno sintomi, nei pazienti milanesi; più lesioni= più sintomi, nei pazienti romani.

## ■ Conclusione

In base a questo studio preliminare possiamo concludere che la idrocolonterapia, a breve termine, sembra un metodo poco rischioso e piuttosto promettente per il trattamento della stipsi con ostruita defecazione e si confronta positivamente con il trattamento convenzionale, incluso quello chirurgico. Tuttavia quasi metà dei pazienti trattati con HCT sono ancora stitici a 1 mese dalla cura, pertanto si può ipotizzare la necessità di HCT periodica, con più sedute, per migliorare ulteriormente i risultati.

Altri studi, se possibile randomizzati e su più ampie casistiche e con una analisi dei costi, occorrono per eventualmente confermarne, rispetto alla terapia convenzionale, la superiorità e la maggior economicità. Tali studi comparativi andrebbero condotti su gruppi di stitici clinicamente omogenei.

L'anismo e l'ansia/depressione, che costituiscono una relativa controindicazione alla TC chirurgica, non sembrano invece controindicare la HCT, anzi paiono da questa positivamente controllati, sia pur in osservazioni sporadiche e limitate nel tempo.

## ■ Ringraziamenti

A Giusy Iasenza e Daniela Pizzetti della UCP di Roma, che hanno valutato i risultati della HCT e TC A Villa Flaminia; a Paola De Nardi e Rosanna Giuberti di Milano e a Corrado Bottini di Gallarate, che partecipano allo studio in corso su più ampia casistica.

## ■ Bibliografia

Non è numerosa sulle riviste indexate; è stata comunque riportata nel testo.

## ■ Supporti

Lo studio è stato supportato da un finanziamento della NAMED, distributrice dell'apparecchiatura per HCT, al fondo ricerca delle Unità di Colonproctologia di Roma Villa Flaminia e di Milano Nord. La NAMED ha in parte supportato la trasferta del Prof. Pescatori al Convegno di Milano del 18 settembre 2004 sulla Idrocolonterapia.

## ■ Nota degli autori

Il linguaggio dell'articolo ha un carattere lievemente divulgativo poiché indirizzato anche ad un pubblico di non specialisti idrocolonterapisti. La HCT è infatti praticata solo in minor misura da gastroenterologi, chirurghi e fisiatri, ma più spesso da medici generali, microbiologi, fisioterapisti e infermieri, che hanno minore dimestichezza con la patogenesi, le basi anatomico-fisiologiche, la diagnosi strumentale e lo score clinico della stipsi cronica.

*Corrispondenza*

*Prof. M. Pescatori, UCP di Villa Flaminia, Via Bodio 58, 00191 Roma*

*Email: [ucpclub@virgilio.it](mailto:ucpclub@virgilio.it) - Telefax: 06 329 5353 - Website: [www.ucp-club.com](http://www.ucp-club.com)*



# 12. L'uso dell'idrocolonterapia nella riabilitazione delle incontinenze

Orcano S., La Manna S., Pellegrino C. e Abate S.

*Università degli Studi di Napoli "Federico II" Facoltà di Medicina e Chirurgia  
Dipartimento di Patologia Sistemica (Dir. Prof. S. Abate)  
Area Funzionale di Chirurgia Generale e Riabilitazione pre e post Operatoria  
(Dir. Prof. S. Abate)*

Una delle cause di incontinenza fecale è costituita dalle perdite di feci liquide in soggetti portatori di colon irritabile, affetti da sindrome da discesa del pavimento perineale. Abbiamo preso in considerazione 25 pazienti selezionati (assenza di rilevanti turbe psichiche) con colon irritabile e incontinenza fecale di età compresa fra i 36-71 anni (media 54, 18 femmine) già sottoposti ad un protocollo diagnostico che comprendeva: esame completo delle feci, clisma opaco, endoscopia, manometria rettale, ecografia endoanale, defecografia. Tutti i pazienti lamentavano algie addominali, tenesmo, meteorismo, incontinenza ai gas e alle feci liquide (Wexner 12). Il quadro semeiologico rileva colon irritabile, ipotonia dello sfintere esterno, lieve ipertono dello sfintere interno, ipoprofilometria sfinterinale, con alterazioni dei riflessi retto anali inibitori (soggettivo RRAIS 20-30cc - Oggettivo RRAIO 30-40cc). Nessun paziente presentava lesioni sfinteriali o rilevanti alterazioni infiammatorie a carico della mucosa. La defecografia mostrava una discreta discesa del pavimento perineale. In assenza di somministrazione di farmaci o di accorgimenti dietetici, i pazienti venivano sottoposti a 4 sedute (1 a settimana) di Idrocolonterapia con accorgimenti tecnici riferiti soprattutto alla gestione delle pressioni endocavitarie durante le fasi di "riempimento" e di "svuotamento". A distanza di 1, 3, 6 mesi dall'inizio del trattamento, i pazienti venivano controllati con visita e manometria rettale. I risultati sono stati sovrapponibili nei controlli con indice di Wexner pari a 2 e con presenza costante alla manometria di tutti i valori precedentemente rilevati con unico miglioramento dei valori dei riflessi retto-ale inibitori che rientravano nella norma (RRAIS 40cc - RRAIO 60cc). Tale esperienza, anche se eseguita su un numero esiguo di pazienti, ci porta a pensare che l'idrocolonterapia naturalmente non agisce, come palesemente intuibile, sulle strutture muscolari perineali, ma sicuramente sull'attività peristaltica colica e sui riflessi retto-anali inibitori che migliorano notevolmente. Questi dati presumibilmente sono legati ad un ripristino della flora intestinale con conseguente rientro dei valori fisiologici dell'attività riflessologica e motoria del colon. È nostra intenzione continuare l'esperienza intrapresa negli ultimi mesi con studi manometrici colici per una più razionale e attendibile dimostrazione dei dati preliminari presentati.

