

La malattia di Crohn nell'anziano



Ann. Ital. Chir., 2006; 77: 247-251

Guido Basile, Stefania Chiarenza, Pietro Di Mari, Silvana Leanza, Giuseppe Boscarelli, Antonino Buffone

Università degli Studi di Catania, Dipartimento di Chirurgia (Direttore: Prof. E. Cirino), Sezione di Chirurgia d'Urgenza e Generale.

Crohn's disease in the elderly

AIM OF THE STUDY: *To define the characteristics of Crohn's disease in the elderly, basing on our own and other Authors' experience.*

CASISTIC: *During last 10 years, 46 patients affected by Crohn's disease were observed at Emergency Surgery Unit of "Vittorio Emanuele" Hospital in Catania (Italy). Of these patients, 4 (8,6%) were old: 3 with an ileal location and 1 with a colic location of the disease. This latter patient was cured only by medical treatment because of the paucity of clinical manifestations of the disease. The other 3 patients underwent surgical treatment (2 ileocecal resections and 1 ileal resection).*

RESULTS: *Up to date all 4 patients are alive and in good general conditions. Only one patient had recurrence of disease, but recovered after medical treatment.*

DISCUSSION: *Crohn's disease in the elderly, although usually similar to the adult form, differs for some aspects. Concerning pathology, in the old patient fibro-sclerotic and ulcerative aspects predominate and the colic location is more frequent; clinically, in the elderly the occlusive (two out of our four cases) and haemorrhagic complications are seen more than in young-adults; sometimes the symptoms are poor so that a diagnostic delay occurs, with a possible worsening of prognosis. Regarding the treatment of Crohn's disease it, especially in old patients, must be medical, excluding peculiar situations which need surgical treatment (acute complications, unresponsiveness to drugs). Most frequent operations are segmentary ileal resections and ileocecal resections, as it happened in our experience. Post-operative morbidity and mortality are higher in the elderly, comparing to adult rates, because of more frequent cardiac and respiratory complications, due usually to pre-existing conditions.*

CONCLUSIONS: *Crohn's disease affects old patients in 10-15% of cases. In this age-group it is mandatory to suspect the presence of this disease even if the clinical exam is poor, so that specific diagnostic investigations are carried out in order to avoid lost of time, which can be responsible of an unsuccessful treatment. The treatment is essentially medical; surgery, if necessary, must be as most conservative as possible.*

KEY WORDS: Crohn's disease, Inflammatory bowel disease, Intestinal occlusion.

Introduzione

La malattia di Crohn colpisce gli anziani con una percentuale che varia, a secondo delle casistiche riportate in letteratura, dal 5 al 25% ¹⁻⁵; l'incidenza è di 1 caso ogni 100.000 abitanti ⁶. Proprio per la relativa frequenza della malattia di Crohn negli anziani, si parla di due picchi di incidenza di questa malattia: il primo intorno ai 30 anni di età e il secondo intorno ai 70 anni.

Tale malattia, al di sopra dei 65 anni, è più presente nelle donne, con un rapporto M:F di 0,6. Al contrario dei giovani, negli anziani è stata osservata una bassa percentuale di familiarità della malattia di Crohn: 3% contro il 12% secondo quanto riportato da Wagtmans et al. ⁷. Negli anziani la localizzazione intestinale più comune in assoluto resta quella ileale, anche se con percentuali inferiori (45% circa); decisamente più frequente rispetto ai giovani è la localizzazione colica (30%), e relativamente meno frequente la sede ileo-colica (25%) ^{5,8-11}. Anche la localizzazione ano-perineale è più frequente negli anziani, raggiungendo il 3% circa delle forme di presentazione della malattia ⁵.

Le manifestazioni extra-intestinali più frequenti, così come per i giovani, sono rappresentate da patologie flo-gistiche a carico delle articolazioni.

Pervenuto in Redazione Maggio 2005. Accettato per la pubblicazione Dicembre 2005.

Per la corrispondenza: Prof. Guido Basile, Viale Odorico da Pordenone 5, 95128 Catania (e-mail: gbasile@unict.it).

Casistica

Negli ultimi 10 anni sono stati osservati presso la Divisione Clinicizzata di Chirurgia d'Urgenza dell'Azienda Ospedaliera Universitaria Vittorio Emanuele, Ferrarotto e S. Bambino di Catania, 46 pazienti affetti da malattia di Crohn. Di questi 4 (8,6%) erano anziani, tre di sesso femminile e uno di sesso maschile. Nessuno di questi 4 pazienti aveva familiari con la stessa malattia.

In 3 casi la malattia di Crohn era a sede ileale ed in 1 caso a sede colica. Dal punto di vista clinico, 2 pazienti si sono presentati con un quadro di occlusione intestinale, per cui sono stati sottoposti rispettivamente ad una resezione ileale (Fig. 1) e ad una resezione ileo-ciecale (Fig. 2). Una paziente è stata operata a causa di continui dolori al quadrante addominale inferiore destro; evidenziati intra-operatoriamente gli aspetti macroscopici della malattia di Crohn a livello dell'ultima ansa ileale, questa paziente è stata sottoposta ad una resezione ileo-ciecale (Fig. 3). Il quarto paziente accusava princi-

palmente diarrea e calo ponderale, accompagnati da dolenzia addominale; la colonscopia con biopsia indicava una localizzazione colica della malattia di Crohn, senza riscontrare peraltro segni di particolare attività della stessa (Fig. 4). Per tali motivi quest'ultimo paziente è stato trattato semplicemente con terapia farmacologica a base di mesalazina, per os e per clisma.

Risultati

Sia i 3 pazienti sottoposti a intervento chirurgico che il paziente trattato farmacologicamente sono tuttora in vita, in condizioni generali discrete.

Solo una delle tre pazienti operate ha presentato a distanza di 11 mesi dall'intervento una recidiva della malattia in prossimità dell'anastomosi ileo-colica. Tale paziente tuttavia ha risposto bene alla terapia farmacologica con mesalazina e cortisonici, per cui non è stato necessario un secondo intervento chirurgico.

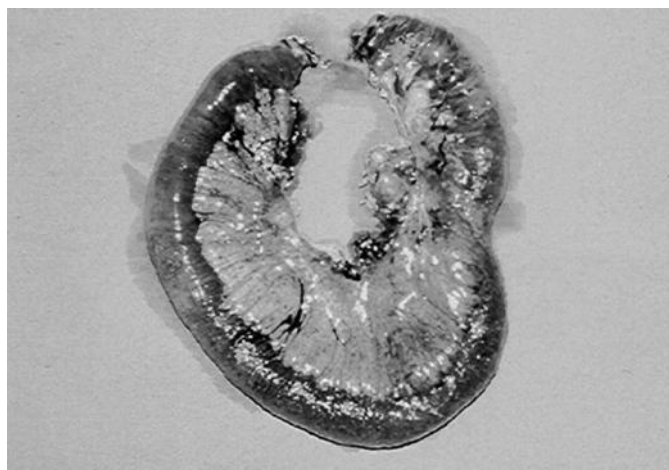


Fig. 1: Resezione ileale (caso n. 1).



Fig. 2: Resezione ileo-ciecale (caso n. 2).

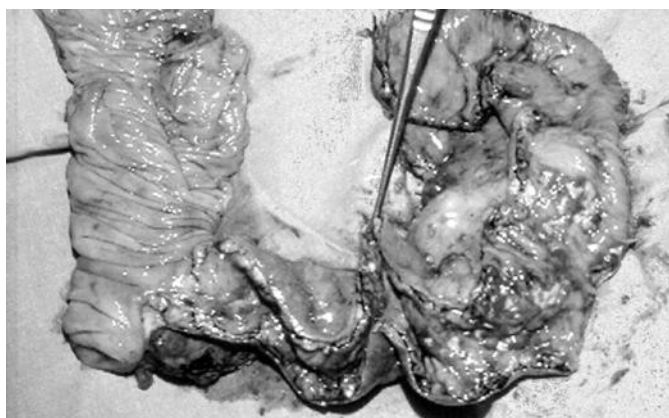


Fig. 3: Resezione ileo-ciecale (caso n. 3).

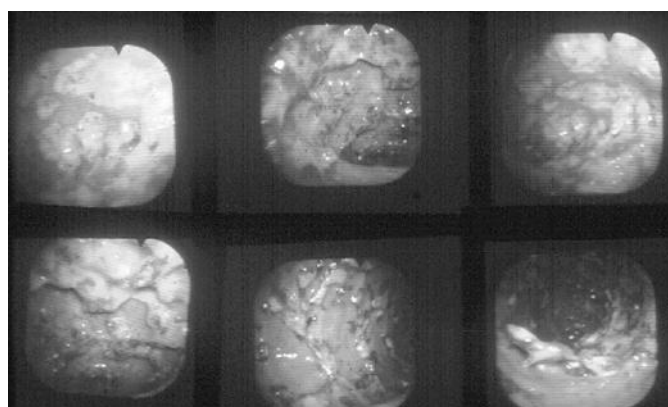


Fig. 4: Colonscopia (caso n. 4).

Discussione

La malattia di Crohn negli anziani, in linee generali, è simile a quella dell'età giovanile. Vi sono tuttavia, oltre a quelli precedentemente accennati, degli aspetti anatomo-patologici, clinici, diagnostici e terapeutici che caratterizzano la forma senile di questa malattia.

Dal punto di vista anatomo-patologico, nell'anziano prevalgono gli aspetti fibro-sclerotici e ulcerativi; la parete intestinale è più rigida; la sierosa è ricoperta spesso da piccoli e multipli noduli linfatici iperplastici, e l'edema interstiziale è più sviluppato. La localizzazione ano-perineale si caratterizza per il colorito violaceo ed il notevole edema cutaneo; la secrezione, quando presente è più sierosa che purulenta, al contrario di quanto avviene nei giovani.

I sintomi più frequenti negli anziani sono, oltre al dolore addominale, la diarrea e il calo ponderale. Per questo motivo, ogni volta che un paziente anziano presenta diarrea persistente associata a dolore addominale è bene sospettare la presenza della malattia di Crohn, che altrimenti può restare misconosciuta. Con percentuali maggiori rispetto ai giovani, si possono manifestare inoltre la complicità occlusiva e quella emorragica, con presenza rispettivamente di stipsi e rettorragia, quest'ultima accompagnata a volte da anemia marcata. La febbre, al contrario, è poco frequente, così come il reperto obiettivo di una massa addominale palpabile, che nei giovani permette spesso di sospettare la malattia di Crohn.

A causa di queste anomalie di presentazione e della possibilità di interpretare i sintomi suddetti come segni di altre malattie (colite infettiva o ischemica, malattia diverticolare, proctite), la diagnosi corretta di malattia di Crohn negli anziani viene purtroppo stabilita tardivamente, in media 18 mesi dopo la comparsa dei primi sintomi, escludendo le forme acute (occlusione, emorragia, perforazione). Stalnikowicz et al.¹² hanno riportato percentuali di diagnosi corrette "ab initio" del 96% nei giovani e del 64% negli anziani.

I mezzi diagnostici a nostra disposizione rimangono, anche nei pazienti anziani, la radiografia tradizionale dell'apparato digerente con mezzo di contrasto, il clisma del tenue, l'ecografia, la T.C., la R.M., la colonscopia con ileoscopia e, ultimamente, anche l'endoscopia capsulare allo scopo di identificare in maniera inequivocabile la presenza della M.C. a livello dell'intestino tenue.

Per quanto riguarda il trattamento della malattia di Crohn, oggi la maggior parte degli Autori in letteratura sono concordi nell'affermare che esso deve essere il più possibile farmacologico, con l'esclusione di situazioni particolari che necessitano dell'intervento chirurgico. Tali situazioni sono rappresentate in primo luogo dalle complicanze acute della M.C., e cioè occlusione intestinale, perforazione intestinale con peritonite, rettorragia inarrestabile, megacolon tossico e ascessi perianali. Altre indicazioni alla chirurgia sono date dalla presenza di fistole complesse (perianali, retto-vescicali o retto-vaginali) e dalla refrattarietà al trattamento farmacologico.

I farmaci maggiormente usati sono i 5-aminosalicilati, in particolare la mesalazina e la sulfasalazina, per via orale e, nei casi di localizzazione colica, anche per clisma. I corticosteroidi vengono utilizzati nelle forme più gravi della malattia o nei casi di episodi ricorrenti. Negli anziani con malattie associate cardio-circolatorie, metaboliche o osteo-articolari si deve prestare particolare attenzione al dosaggio degli steroidi per evitare importanti effetti collaterali, quali ipertensione, edemi, scompensi glicemici, fratture ossee. Quando i pazienti non rispondono alla terapia con cortisonici si possono somministrare dei farmaci che agiscono diminuendo l'attività immunitaria o immuno-soppressori. Tra questi, ricordiamo l'azatioprina, la 6-mercaptopurina e la ciclosporina. Ultimamente in letteratura sono comparse diverse casistiche che riportano buoni risultati con l'infliximab, anticorpo monoclonale anti-TNF. Purtroppo, questo farmaco non raramente comporta effetti collaterali anche gravi, quali comparsa di lupus, polmonite e sepsi. Per questi motivi non è prudente somministrarlo negli anziani. Infine, nei momenti di maggiore prostrazione del paziente, un notevole ausilio può essere apportato dalla nutrizione artificiale. Il trattamento chirurgico viene eseguito, a secondo degli Autori^{3,5-8,13-16}, nel 23-77% dei casi. Polito et al. hanno osservato una minore incidenza di interventi chirurgici negli anziani, rispetto ai giovani (55,3% vs. 70,6%). È opinione diffusa che l'intervento deve essere il più conservativo possibile, resecando il tratto intestinale più gravemente coinvolto. La stritturoplastica, unica o multipla, è indicata soprattutto nei pazienti già sottoposti a precedenti resezioni intestinali o in quelli con stenosi multiple. Gli interventi più comuni sono rappresentati dalle resezioni ileali o coliche segmentarie e dalle resezioni ileo-ciecali. A volte, a causa della maggiore diffusione della malattia, è necessario tuttavia sottoporre il paziente a resezioni più estese, come l'emicolectomia destra, la colectomia subtotal, la colectomia totale e la colo-proctectomia. Oggi sono sempre più numerosi i centri dove le resezioni intestinali vengono eseguite per via laparoscopica, sebbene in casi ben selezionati. Per quanto riguarda le localizzazioni ano-perineali, gli interventi più comuni sono rappresentati dal drenaggio di ascessi, dal posizionamento del setone (fistole), dalla sfinterotomia interna secondo Parks (ragadi) e dalle dilatazioni (stenosi rettali).

La morbidità post-operatoria è maggiore negli anziani, rispetto ai giovani, a causa delle più frequenti complicanze cardiache (18,2% vs. 0,8%) e respiratorie (18,2% vs. 2,4%), dovute in gran parte a patologie pre-esistenti. La percentuale di deiscenze anastomotiche è invece sovrapponibile nelle due categorie di pazienti, attestandosi intorno al 5%⁵. Le recidive post-operatorie variano, a secondo degli Autori, dal 32 al 50%. In questi casi è opportuno iniziare con un trattamento di tipo farmacologico, spesso risolutivo; solo in caso di insuccesso con quest'ultimo si propone il trattamento chirurgico. La mortalità è maggiore negli anziani, sia per la fre-

quente presenza di malattie associate sia per la necessità, in questi pazienti, di dover ricorrere non raramente a interventi chirurgici in urgenza per una delle complicanze della M.C. (occlusione, perforazione, emorragia). In letteratura le percentuali di mortalità negli anziani affetti da M.C. variano dall'1,3% al 9,5% (0,8-2,6% nei giovani) ^{4,8,17}.

Conclusioni

La malattia di Crohn si manifesta nel 10-15% dei casi in età geriatrica. La localizzazione ileale rimane la più comune, ma negli anziani si osservano più casi di localizzazione colica, rispetto alle altre età. Le forme complicate, soprattutto occlusione ed emorragia, sono più frequenti nella terza età; negli altri casi i sintomi predominanti sono la diarrea, i dolori addominali e il calo ponderale. Proprio per la sintomatologia poco caratteristica e spesso sottovalutata dal paziente stesso, è usuale un ritardo diagnostico che può raggiungere anche i due anni dall'inizio dei disturbi. L'avvento e la diffusione di nuove metodiche diagnostiche, quali R.M. e endoscopia capsulare, dovrebbero nell'immediato futuro abbattere questi tempi.

Il trattamento della M.C., quando possibile, è farmacologico (5-aminosalicilati, corticosteroidi, immunosoppressori); la terapia chirurgica, basata su resezioni intestinali limitate per evitare problemi di malassorbimento, va riservata soprattutto alle complicanze e ai casi di refrattarietà al trattamento farmacologico.

Riassunto

OBIETTIVO: Puntualizzare le caratteristiche della malattia di Crohn negli anziani, basandosi sulla propria esperienza e su quella raccolta in letteratura.

CASISTICA: Negli ultimi 10 anni sono stati osservati presso la Divisione Clinicizzata di Chirurgia d'Urgenza dell'Azienda Ospedaliera Universitaria Vittorio Emanuele, Ferrarotto e S. Bambino di Catania, 46 pazienti affetti da malattia di Crohn. Di questi, 4 (8,6%) erano anziani: 3 con una localizzazione ileale e 1 con localizzazione colica della malattia. Quest'ultimo paziente è stato curato con terapia medica per la scarsa rilevanza clinica della malattia. Gli altri 3 pazienti sono stati sottoposti a intervento chirurgico (2 resezioni ileo-ciecali e 1 resezione ileale).

RISULTATI: A oggi tutti e 4 i pazienti sono vivi ed in condizioni generali discrete. Solo una paziente ha avuto una recidiva, curata con successo con terapia medica.

DISCUSSIONE: La malattia di Crohn negli anziani, pur essendo simile, in linee generali, a quella dell'età giovanile si differenzia per alcuni aspetti. Dal punto di vista anatomico-patologico, nell'anziano prevalgono gli aspetti fibro-sclerotici e ulcerativi e la localizzazione colica è più

frequente; dal punto di vista clinico, negli anziani si manifestano, con percentuali maggiori rispetto ai giovani, la complicanza occlusiva (due dei nostri quattro casi) e quella emorragica; altre volte la sintomatologia è sfumata per cui si verifica un ritardo diagnostico, che può comportare un peggioramento della prognosi. Per quanto riguarda il trattamento della malattia di Crohn, esso, specialmente negli anziani, deve essere il più possibile farmacologico, con l'esclusione di situazioni particolari che necessitano dell'intervento chirurgico (complicanze acute, refrattarietà alla terapia medica). Gli interventi più frequenti sono rappresentati dalle resezioni ileali segmentarie e dalle resezioni ileo-ciecali, così come è avvenuto nella nostra esperienza. La morbidità e la mortalità post-operatorie sono maggiori negli anziani, rispetto ai giovani, a causa delle più frequenti complicanze cardiache e respiratorie, dovute in gran parte a patologie pre-esistenti.

CONCLUSIONI: La malattia di Crohn si manifesta nel 10-15% dei casi in età geriatrica. In questa fascia di età è importante sospettare la presenza di tale malattia anche a fronte di una scarsa sintomatologia subiettiva e obiettiva, in modo tale da sottoporre il paziente ad esami diagnostici specifici per evitare quella perdita di tempo che può determinare l'insuccesso terapeutico. Il trattamento è essenzialmente farmacologico; l'intervento chirurgico, quando necessario, deve essere il più conservativo possibile.

Bibliografia

- 1) Gabrielli F, Di Gioia F, Campanelli G, Pavoni G, Pietri P: *Considerazioni cliniche sulla malattia di Crohn nell'anziano*. Atti VIII Congresso Società Italiana Chirurgia Geriatrica, 1994; 285-91.
- 2) Heresbach D, Alexandre JL, Bretagne JF, Cruchant E, Dabadie A, Dartois-Hoguin M et al: *Crohn's disease in the over-60 age group: a population based study*. Eur J Gastroenterol Hepatol, 2004; 16:657-64.
- 3) Lee FI, Gaffer M: *Crohn's disease of late onset in Blackpool*. Postgrad Med J, 1987; 63:471-73.
- 4) Norris B, Solomon MJ, Evers AA, West RH, Glenn DC, Morgan BP: *Abdominal surgery in the older Crohn's population*. Austr NZ J Surg, 1999; 69:199-204.
- 5) Tersigni R, Giglio LA, Speciale G, Panvain E, Pati M, Prantera C: *Malattia di Crohn nell'anziano*. Atti Arch Soc Ital Chirurgia, 1997; Roma: Edizioni Luigi Pozzi, 1997; 303-8.
- 6) Ranzi T, Bodini P, Zambelli A, Politi P, Lupinacci G, Campanini MC, Dal Lago AL, Lisciandrano D, Bianchi PA: *Epidemiological aspects of inflammatory bowel disease in a north Italian population: A 4-year prospective study*. Eur J Gastroenterol Hepatol, 1996; 8:657-61.
- 7) Wagtmans MJ, Verspaget HW, Lamers CB, Van Hozegand RA: *Crohn's disease in the elderly: A comparison with young adults*. J Clin Gastroenterol, 1988; 27:129-33.
- 8) Shapiro P, Peppercom M, Antonioli DS, et al.: *Crohn's disease in the elderly*. Am J Gastroenterol, 1981; 76:132-37.

- 9) Simi M: *Il morbo di Crohn nell'anziano*. Atti V Congresso Società Italiana Chirurgia Geriatrica, 1991; 172-75.
- 10) Speranza V, Minervini S: *La malattia di Crohn. Un'esperienza chirurgica*. Collana Monografica della Società Italiana di Chirurgia, 1997.
- 11) Triantafyllidis JK, Emmanouilidis A, Nicolakis D, Ifantis T, Cheracakis P, Merikas EG: *Crohn's disease in the elderly: Clinical features and long-term outcome of patients*. Dig Liver Dis, 2000; 32:498-503.
- 12) Stalnikowicz R, Eliakim R, Diab R, Rachmilewitz D: *Crohn's disease in the elderly*. J Clin Gastroenterol, 1989; 11:411-19.
- 13) Maeda Y, Morise K, Kanayama K, Saitoh Y: *An elderly case of Crohn's disease complicated with internal fistula and mass formation with a review of the Japanese literature*. Nippon Ronen Igakkai Zasshi, 1989; 26:638-43.
- 14) Polito JM, Childs B, Mellits ED, Tokayer AZ, Harris ME, Bayless TM: *Crohn's disease: Influence of age at diagnosis on site and clinical types of disease*. Gastroenterology, 1996; 111:813-15.
- 15) Walmsley RS, Gillen CD, Allan RN: *Prognosis and management of Crohn's disease in the over-55 age group*. Postgrad Med J, 1997; 73:225-29.
- 16) Pappo I, Zamir O, Freund HR: *Is Crohn's disease different in the elderly?* Harefuah, 1997; 132:86-88.
- 17) Softley A, Myrem J, Champ E: *Inflammatory bowel disease in the elder patient*. Scand J Gastroenterol, 1988; 144:27-30.

