

ADI Flash n. 8

L'INSUFFICIENZA INTESTINALE

A cura di Giuseppe Malfi * - Antonella De Francesco **

** Direttore Medico della S.C. di Dietetica e Nutrizione Clinica - ASO Santa Croce e Carle di Cuneo*

*** Direttore Medico della S.C. di Dietetica e Nutrizione Clinica – Città della Salute e della Scienza di Torino*

Un recente articolo pubblicato su Clinical Nutrition da parte dell'Home Artificial Nutrition and Chronic Intestinal Failure Special Interest Groups dell'ESPEN (European Society for Clinical Nutrition and Metabolism), primo nome Loris Pironi (1), puntualizza in modo chiaro la definizione e la classificazione funzionale e fisiopatologica della insufficienza intestinale ("intestinal failure") sia acuta che cronica nel soggetto adulto.

La definizione di "intestinal failure" fu data per la prima volta nel 1981 da Fleming e Remington (2) come : "riduzione della massa di intestino funzionante al di sotto del minimo necessario per una adeguata digestione e un adeguato assorbimento del cibo".

Seguirono numerosi altri articoli sulla patologia (Irving M. nel 1995 e nel 2000, Jeppesen PB e Mortensen PB nel 1995 e nel 2000 e ancora Nightingale J nel 2001, Goulet nel 2004, Jeejeebhoy KN nel 2005 , Messing B e Joly F, Staun M nel 2009, lo stesso Pironi nel 2012 e per finire Squires RH nel 2012 per i pazienti pediatrici) che ne hanno, in modo diverso, affrontato le cause, le conseguenze fisiopatologiche, i possibili trattamenti (3-10).

In questo articolo si definisce "intestinal failure" la riduzione della funzione intestinale al di sotto del minimo necessario per l'assorbimento di macronutrienti, acqua ed elettroliti.

Il Gruppo di Studio dell'ESPEN fornisce delle "endorsed recommendations" particolarmente utili, non solo per chi già si occupa abitualmente della patologia, ma anche per tutti coloro che, nell'ambito della professione, possono imbattersi in pazienti con vari livelli di deficit della funzione intestinale.

Un primo distinguo, riguardo la definizione, è quello tra le forme di "intestinal failure", che si riferisce ad una vera e propria necessità di sostituzione funzionale d'organo costituita dalla nutrizione e idratazione parenterale (nella definizione italiana Insufficienza Intestinale Cronica Benigna o IICB) e la "intestinal insufficiency" o "intestinal deficiency" caratterizzata invece dalla possibilità di compenso senza supporto venoso.

Sulla base dell'esordio e della evoluzione clinica l'intestinal failure si può distinguere in 3 Tipi:

- Tipo I: acuta, di breve durata e generalmente auto-limitantesi
- Tipo II: acuta prolungata, spesso presente in pazienti metabolicamente instabili che necessitano cure multidisciplinari e una supplementazione per via venosa di settimane o mesi
- Tipo III: cronica, in pazienti metabolicamente ed emodinamicamente stabili ma che richiede una supplementazione venosa per mesi/anni e che può essere reversibile o irreversibile. Tale forma si presta a un'ulteriore classificazione, più complessa, sulla base dell'entità del fabbisogno idrico e calorico

Dal punto di vista **fisiopatologico** si può classificare in 5 principali condizioni che possono avere origine da malattie gastroenterologiche o sistemiche:

- Intestino corto (short bowel)
- Fistole intestinali
- Dismotilità intestinale
- Ostruzione meccanica
- Estesa malattia della mucosa intestinale

La definizione di "intestinal failure" vera e propria indica che 2 criteri devono essere presenti per la diagnosi di insufficienza intestinale:

- 1) un ridotto assorbimento di macronutrienti e/o acqua ed elettroliti dovuta a una perdita di funzione intestinale
- 2) la necessità di una supplementazione endovenosa

escludendo pertanto quelle situazioni cliniche in cui sia presente solo un criterio (scarso introito ma normale funzione intestinale come l'ipofagia correlata a malattia, l'anoressia nervosa o altri disturbi psichiatrici, la disfagia presente in pazienti neurologici o neoplastici che tuttavia presentano un normale assorbimento intestinale, il rifiuto della nutrizione enterale)

E' implicito che la valutazione dei due criteri deve essere basata su studi di bilancio tra fabbisogni e residue capacità di assorbimento che solo Centri particolarmente attrezzati e qualificati sono in grado di effettuare.

Credo che sia importante soffermarsi sulla classificazione fisiopatologica per sottolineare come i termini utilizzati per definirla comprendano un'ampia serie di malattie che hanno in comune la malnutrizione proteico-calorica progressiva, la disidratazione, la comparsa di sindromi carenziali più o meno facilmente diagnosticabili, cioè problematiche clinico-nutrizionali la cui conoscenza da parte dello specialista è opportuna e necessaria.

La condizione clinica associata a un intestino residuo inferiore a 200 cm è definita sindrome da intestino corto (short bowel syndrome) (11) ed è la principale causa di "chronic intestinal failure" di tipo III responsabile del trattamento di Nutrizione Parenterale Domiciliare nel 75% degli adulti e del 50% dei bambini in Europa.

La situazione di short bowel può seguire ad ampie resezioni intestinali o essere presente in malattie congenite intestinali.

Le patologie che più frequentemente portano a un'ampia resezione intestinale sono:

- le vasculopatie intestinali con trombosi mesenterica e conseguente infarto del territorio splancnico irrorato
- la malattia di Crohn
- le enteriti attiniche
- le complicanze chirurgiche
- il volvolo intestinale
- i traumi addominali, la poliposi intestinale, l'enterite necrotizzante, l'angiomatosi intestinale

Meno frequenti dell'intestino corto e talora di difficile diagnosi eziopatogenetica sono le forme di dismotilità intestinale come la pseudostruzione intestinale cronica (12) primitiva e secondaria di origine neuropatica, miopatica o mesenchimopatica e le estese malattie della mucosa intestinale che possono colpire adulti e bambini (13).

In tutti i casi, l'attenta anamnesi clinica, la conoscenza della funzionalità e della lunghezza intestinale residua costituiscono fattori imprescindibili per decidere il tipo di nutrizione da intraprendere sia per quanto riguarda l'alimentazione orale, sia per quanto riguarda l'eventuale possibilità e opportunità di una nutrizione artificiale enterale o parenterale.

Sono inoltre cardini del trattamento dell'IICB un'adeguata terapia farmacologica e la valutazione di eventuali possibilità di chirurgia correttiva.

La decisione di intraprendere una nutrizione parenterale di lunga durata e quindi domiciliare, considerando le complicanze associate a medio-lungo termine, dovrebbe essere sempre presa presso Centri altamente specializzati, che siano in grado di garantire nel tempo l'opportuno monitoraggio clinico, nutrizionale e laboratoristico.

In conclusione, se il trattamento dell'intestinal failure (ICB) costituisce un impegno clinico nutrizionale altamente specialistico, il suo sospetto clinico deve essere posto da tutti i professionisti della nutrizione, al fine di poter indirizzare tempestivamente i pazienti verso i Centri più importanti di riferimento.

Le risorse nutrizionali e farmacologiche per il trattamento della "intestinal insufficiency" o "intestinal deficiency" devono essere invece patrimonio di tutti.

BIBLIOGRAFIA

1. Pironi L. et al, The Home Artificial Nutrition and Chronic Intestinal Failure and the Acute Intestinal Failure Special Interest Groups of ESPEN
ESPEN endorsed recommendations. Definition and classification of intestinal failure in adults
Clin Nutr 2015;34:171-180
 2. Fleming CR, Remington M. Intestinal failure In :Hill GI, editor. Nutrition and the surgical patient. Edinburgh: Churchill Livingstone: 1981. p 219-35.
 3. Irving M. Spectrum and epidemiology of intestinal failure. Clin Nutr 1995;14(Suppl.1):10-1
 4. Jeppesen PB., Mortensen PB. Intestinal failure defined by measurements of intestinal energy and wet weight absorption. Gut 2000;46:701-6.
 5. Nightingale J. Definition and classification of intestinal failure. In : Nightingale J editor. Intestinal failure. London Greenwich Medical Media Limited; 2001. xix-xx.
 6. Goulet O., Ruemmele F, Lacaille F.,Colomb V. Irreversible intestinal failure. J Pediatr Gastroenterol Nutr 2004;38:250-69.
 7. Jeejeebhoy KN, The etiology and mechanisms of intestinal failure. In: Matarese LE, Steiger E, Seidner DL, editors. Intestinal failure and rehabilitation: a clinical guide. New York: CRC Press:2005. p 25-37.
 8. Messing B., Joly F. Guidelines for management of Home parenteral support in adult chronic intestinal failure patients. Gastroenterology 2006;130:S43-51.
 9. Staun M, Pironi L, Bozzetti F, Baxter J, Forbes A, Joly F, et al ESPEN guidelines on parenteral nutrition: home parenteral nutrition (HPN) in adult patients. Clin Nutr 2009;28:467-79.
 10. Squires RH, Duggan C, Teitelbaum DH, Wales PW, Balint J, Venick R, et al Pediatric Intestinal Failure Consortium. Natural history of pediatric intestinal failure: initial report from the Pediatric Intestinal Failure Consortium. J Pediatr 2012; 161:723-8.
 11. Nightingale J, Woodward JM. Guidelines for management of patients with a short bowel. Gut 2006;55:iv 1-12.
 12. Gabbard SI, Lacy BE. Chronic intestinal pseudo-obstruction. Nutr Clin Pract 2013;28:307-13.
- D'Antiga L, Goulet O. Intestinal failure in children: the European view. J Pediatr Gastroenterol Nutr 2013;56:118-26.