

■ GASTROENTEROLOGIA

Ottimizzazione della terapia nella colite ulcerosa

Gli aminosalicilati rappresentano il trattamento di prima scelta nella colite ulcerosa (CU) lieve-moderata e risultano efficaci nell'induzione e nel mantenimento della remissione. Oltre alla loro attività antinfiammatoria, alcune evidenze suggeriscono anche un loro possibile ruolo nella chemioprevenzione del cancro del colon-retto su colite ulcerosa. Si può affermare che almeno il 50-60% dei pazienti con colite ulcerosa vengano trattati solo con salicilati nel corso della loro malattia. I pazienti non responsivi al trattamento con salicilati sono candidati a trattamenti con altre categorie di farmaci (steroidi, immunomodulatori, biologici).

“Tuttavia di fronte a un paziente ‘non responsivo’ al trattamento con salicilati il clinico dovrebbe accertarsi che il trattamento sia stato ottimizzato - spiega **Claudio Papi**, UOC Gastroenterologia ed Epato-logia, San Filippo Neri di Roma. In particolare andrebbero valutati con attenzione tre aspetti: aderenza al trattamento, adeguatezza della dose orale e il corretto utilizzo della terapia combinata per os e per via rettale”.

La mancata aderenza al trattamen-

to farmacologico è un fenomeno frequente nella pratica clinica e rappresenta una delle principali cause di mancata efficacia della terapia con risvolti negativi sul decorso della malattia.

“Vi sono ampie evidenze che dimostrano che i pazienti con CU non aderenti alla terapia di mantenimento hanno un maggior rischio di riaccensione clinica rispetto ai pazienti che assumono regolarmente i salicilati. Tra i fattori responsabili di una ridotta aderenza al trattamento a lungo termine, la necessità di dover assumere i farmaci frazionati in diverse dosi giornaliere gioca un ruolo molto importante. Una soluzione a questo problema è l'assunzione dei farmaci in monosomministrazione. Oggi è ampiamente dimostrato che la somministrazione di salicilati in dose unica giornaliera è altrettanto efficace della somministrazione in dosi frazionate, ma può migliorare l'aderenza al trattamento. L'ottimizzazione della dose orale è il secondo aspetto da valutare: è ormai ampiamente dimostrato che la dose standard di salicilati per os è ≥ 2 g: dosi più elevate (fino a 4.0 o 4.8 g) possono fornire un ulteriore beneficio, specialmente

nelle forme moderate e in alcuni sottogruppi di pazienti con malattia più difficile da trattare. Il terzo aspetto da considerare è la terapia combinata. Oggi tutte le linee guida raccomandano che nella terapia di attacco della colite ulcerosa lieve-moderata, indipendentemente dall'estensione di malattia, venga utilizzato il trattamento combinato orale e rettale, in quanto vi sono ampie evidenze che questa strategia è più efficace rispetto alla sola terapia orale o per via rettale”.

In conclusione, la non ottimizzazione della terapia con salicilati nella CU rappresenta una perdita di opportunità sia per il paziente sia per il medico, e si rischia di ricorrere ad altre strategie quando probabilmente non è necessario. Pertanto la terapia con salicilati non dovrebbe mai essere considerata inefficace prima di aver considerato attentamente tutte le strategie di ottimizzazione di cui abbiamo parlato.

Bibliografia

- Taylor K. Na. Rev Gastroenterol Hepatol 2011; 8: 646-656.
- Ford AC. Am J Gastroenterol 2012; 107: 167-76.
- Sandborn W. Gastroenterology 2009; 137: 1934-43.e1-3.



Attraverso il presente QR-Code è possibile visualizzare con tablet/smartphone un video di approfondimento sull'argomento