



MALATTIE INFIAMMATORIE CRONICHE INTESTINALE (MICI)

Il materiale disponibile gratuitamente fa parte di una serie di appunti resi fruibili alla condivisione. Non deve essere preso come testo sacro della medicina né prontuario terapeutico. I materiali vanno visionati da un punto di vista didattico con lo scopo di criticare ed approfondire gli argomenti trattati.

MALATTIE INFIAMMATORIE CRONICHE INTESTINALI (MICI)

Perché è importante parlarne?

Incidenza in costante aumento

- ✓ Presentazione clinica spesso aspecifica (i sintomi extra-intestinali precedono anche di anni i sintomi intestinali)
- ✓ Sovente vi è un ritardo diagnostico
- ✓ Diagnosi precoce essenziale per recuperare un ritardo / arresto di crescita che è la regola
- ✓ Utilizzo di indagini screening poco o nulla invasive come l'ecografia e/o la scintigrafia con leucociti marcati
- ✓ Importanza della terapia nutrizionale

Quando sospettiamo la M.I.C.I. in un bambino o in un ragazzo ?

Storia di **diarrea cronica** con muco e sangue, con dolori addominali, premiti, tenesmo

Ritardo di crescita ponderale e/o lineare, non spiegato, specie se associato a segni bioumorali di malnutrizione o di attività

Diarrea cronica non spiegata, anche senza muco e sangue, specie se ad insorgenza notturna e associata a segni bioumorali di malnutrizione o di attività

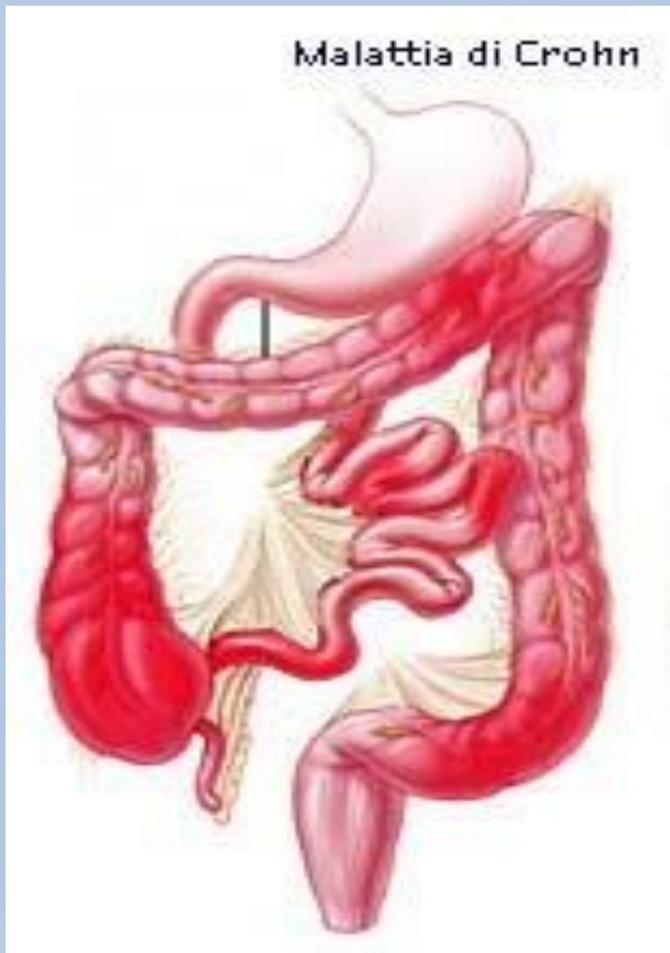
Dolore addominale importante, invalidante, specie se associato a malnutrizione, insorgenza notturna, e associato a segni bioumorali di malnutrizione o di attività

I segni e sintomi precedenti in associazione a **manifestazioni extraintestinali** (epatopatia cronica, artrite, uveite, eritema nodoso, pioderma gangrenoso)

MALATTIE INFIAMMATORIE CRONICHE INTESTINALI (MICI)

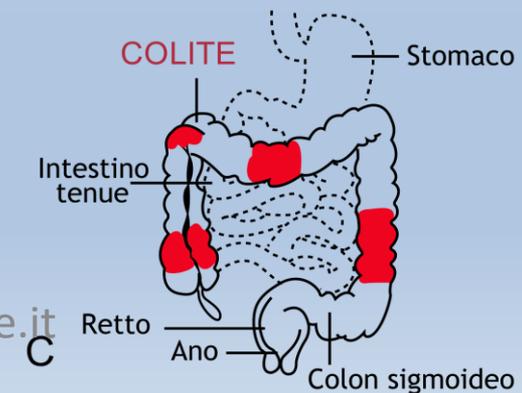
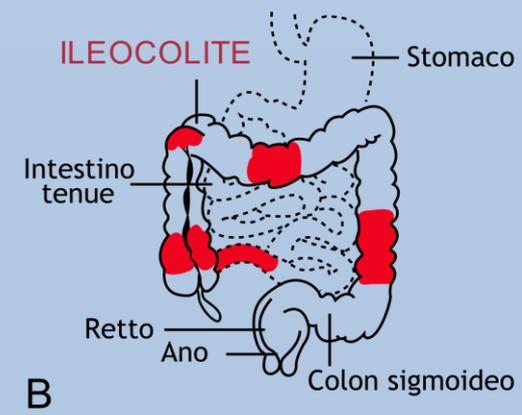
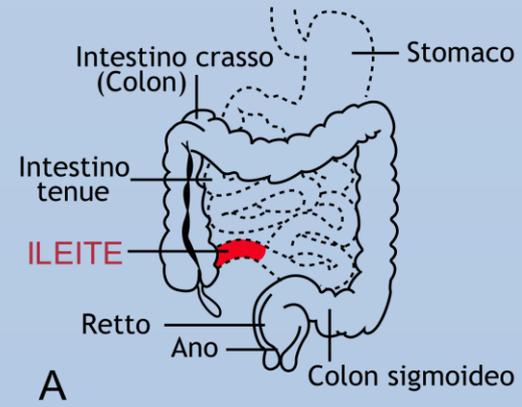
- ✓ MORBO DI CROHN
- ✓ COLITE ULCEROSA
- ✓ COLITE INDETERMINATA

MORBO DI CHRON (MC)



- ✓ Flogosi a tutto spessore della parete intestinale
- ✓ Istologicamente caratterizzato da flogosi cronica granulomatosa con granulomi non caseificanti, infiammazione discontinua transmurale, aggregati linfocitari
- ✓ Interessa il tubo digerente in maniera segmentaria
- ✓ Può colpire qualsiasi tratto dell'apparato gastro-enterico (dalla bocca all'ano)

✓ Localizzazione più frequente ileo terminale



COLITE ULCEROSA (CU)



- ✓ Flogosi confinata alla **mucosa** e alla **sottomucosa**
- ✓ Istologicamente caratterizzata da un infiltrato infiammatorio leucocitario, dilatazione delle cripte di Lieberkuhn, a s c e s s i c r i p t i c i , a l t e r a z i o n e dell'architettura ghiandolare
- ✓ Le lesioni sono di tipo **continuo** e si estendono dal retto verso l'intestino cieco
- ✓ Localizzazione esclusiva nel **colon a partenza dal retto** (che è sempre interessato)

COLITE ULCEROSA (CU)



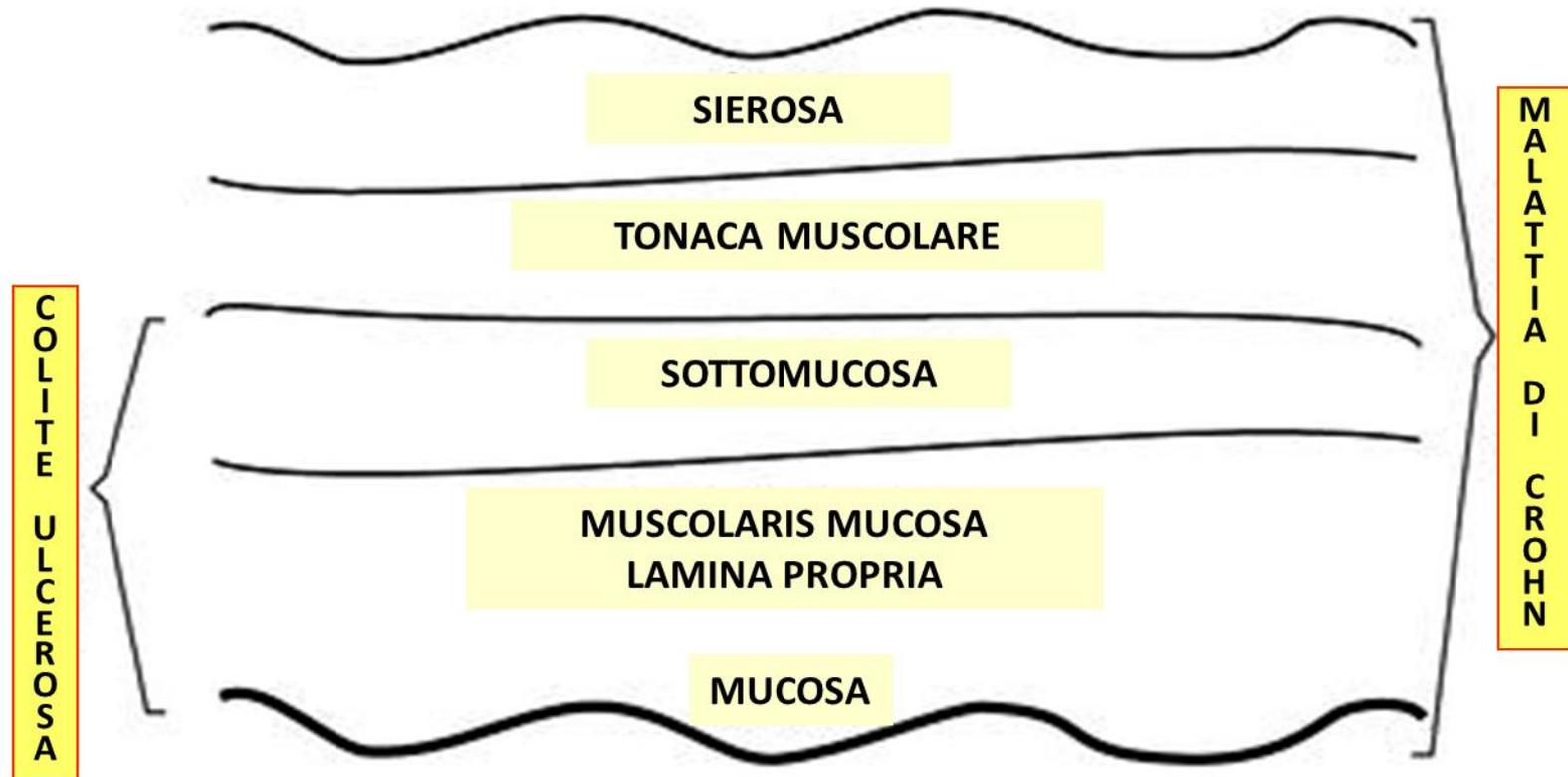
- ✓ Denominazione diversa a seconda dell'estensione della malattia (proctite ulcerosa, colite distale, pancolite)
- ✓ Distribuzione anatomica in età pediatrica
 - 41% Pancolite
 - 34% Colon sinistro
 - 26% Proctosigmoidite

COLITE INDETERMINATA (CI)

- ✓ Nel 15% dei casi la flogosi del colon è aspecifica
- ✓ Istologicamente non è possibile una distinzione tra CU e MC
- ✓ Solo l'evoluzione nel tempo consente la distinzione tra le due forme

SCHEMA DELLA PARETE INTESTINALE

PROFONDITÀ DELL'INFIAMMAZIONE



INCIDENZA IN ETÀ PEDIATRICA

- ✓ Storicamente maggior prevalenza nel Nord Europa
- ✓ Attualmente notevole diffusione anche nell'Europa Mediterranea (miglioramento delle condizioni socio-economiche)
- ✓ Negli ultimi 5 anni progressivo aumento dei casi ad esordio in età pediatrica (25% dei nuovi casi della popolazione generale ha meno di 20 anni)
- ✓ Attualmente l'incidenza <16 anni di età è di 6 casi /100.000 per anno
- ✓ L'età media di diagnosi è compresa fra 10 – 12 anni di età

INCIDENZA IN ETÀ PEDIATRICA

Registro Italiano Pediatrico MICI

- ✓ 52 % Retto Colite Ulcerosa
- ✓ 40 % Malattia di Crohn
- ✓ 8 % Colite Indeterminata

PECULIARI FORME DI MICI NEL LATTANTE

- ✓ Alcune forme di enterocolite intrattabile del lattante possono essere assimilate alle due forme cliniche di MICI
- ✓ Forma precoce (anche neonatale) caratterizzata da colite emorragica, simile alla RCU
- ✓ Forma caratterizzata da enterocolite, malattia perianale (fistole -ascessi) e orale (afte -ulcere granulomatose) simile alla MC
- ✓ Rarissime, molto gravi, difficili da trattare

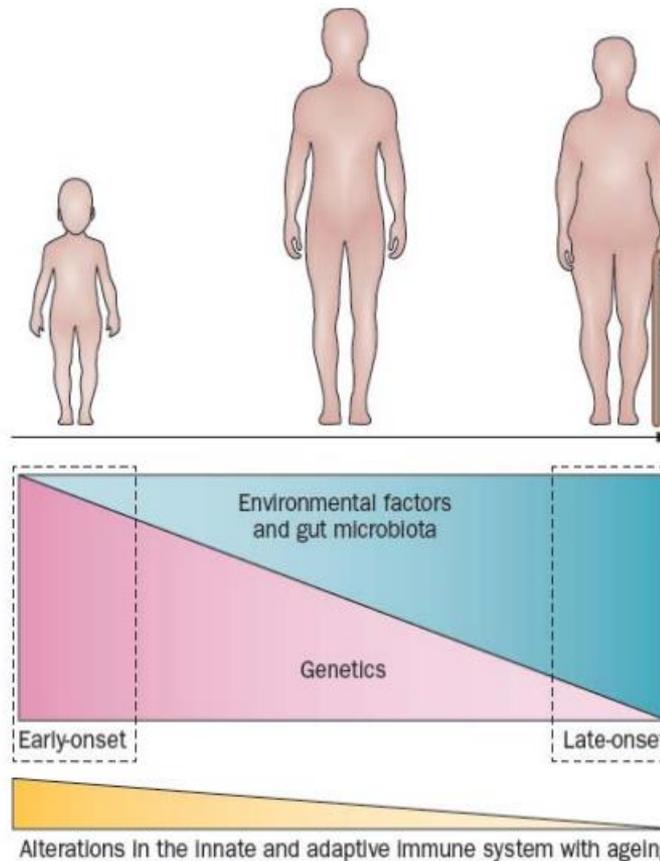


EZIOLOGIA

Attualmente sconosciuta, possibile eziologia multifattoriale:

- 1. Suscettibilità genetica**
- 2. Eventi scatenanti**
- 3. Fattori ambientali**

IBD across the age spectrum—is it the same disease?



Ruel J et al. 2013

nature
REVIEWS GASTROENTEROLOGY
& HEPATOLOGY

EZIOLOGIA: SUSCETTIBILITÀ GENETICA

- ✓ **Predisposizione genetica a sviluppare MICI: associazione con determinati aplotipi del sistema HLA (Morbo di Crohn: DR7, DRB3, DQ4; Retto Colite Ulcerosa: DR2, DR15, DR9, DR 103)**
- ✓ **Presenza di una particolare variante del gene NOD2/CARD15 e predisposizione al Morbo di Crohn (determinante una abnorme risposta immunologica dell'organismo verso antigeni presenti normalmente nel lume intestinale)**

EZIOLOGIA: FATTORI AMBIENTALI

- ✓ **Cambiamento nell' alimentazione**
- ✓ **Mutamenti nell' epidemiologia delle infezioni**
- ✓ **Migliorate condizioni igieniche**
- ✓ **Cambiamenti della flora batterica commensale**



Il sistema immunitario dell' organismo risulta incapace di adattarsi alle nuove condizioni

PATOGENESI

Morbo di Crohn (MC)

Iperattivazione dell'immunità cellulo--mediata mucosale. Ruolo centrale svolto dal Linfocita T CD4 di tipo Th1 che produce interferon gamma

Retto Colite Ulcerosa (RCU)

Predomina l'immunità umorale con deposizione a livello mucosale di immunocomplessi lesivi e formazione di auto-anticorpi

ASPETTI CLINICI DEL MORBO DI CROHN

Sintomi classici della malattia

- ✓ **Diarrea**
- ✓ **Dolori addominali**
- ✓ **Calo ponderale**

ASPETTI CLINICI DEL MORBO DI CROHN

A differenza dell'adulto in età pediatrica la malattia è subdola
Esordio con sintomi extra intestinali che possono precedere anche di anni l'insorgenza della sintomatologia gastro--intestinale

Febbre

Anoressia

Ritardo e/o arresto di crescita

Artrite

Eritema nodoso

Pubertà ritardata

Anemia

Affaticabilità

Epatopatia

Stomatiti ricorrenti

Malattia perianale

ASPETTI CLINICI DEL MORBO DI CROHN

Sintomi gastro--intestinali



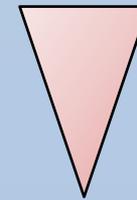
Localizzazione intestino tenue

Nausea

Dolori addominali

Diarrea protratta

Massa addominale palpabile



Localizzazione colica

Diarrea muco--ematica

Tenesmo

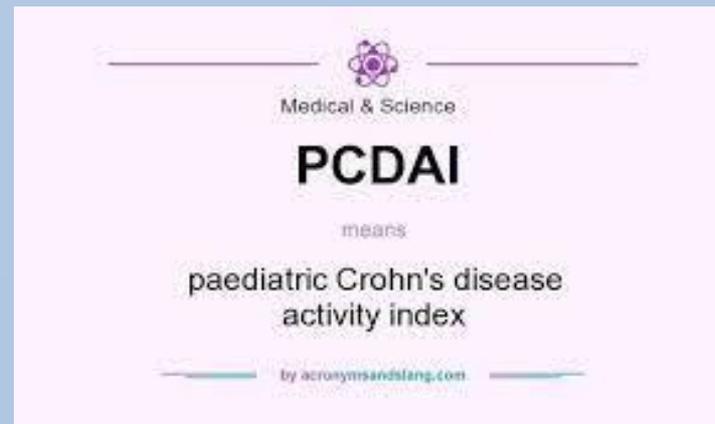
Fistole

Ragadi

Ascessi perianali

Il Pediatric Crohn's Disease Activity Index (PCDAI) è stato sviluppato per stratificare la gravità della malattia di Crohn nei pazienti pediatrici.

Il punteggio massimo possibile è 100 e ogni diminuzione del punteggio di 12,5 punti indica una risposta clinicamente significativa alla terapia.



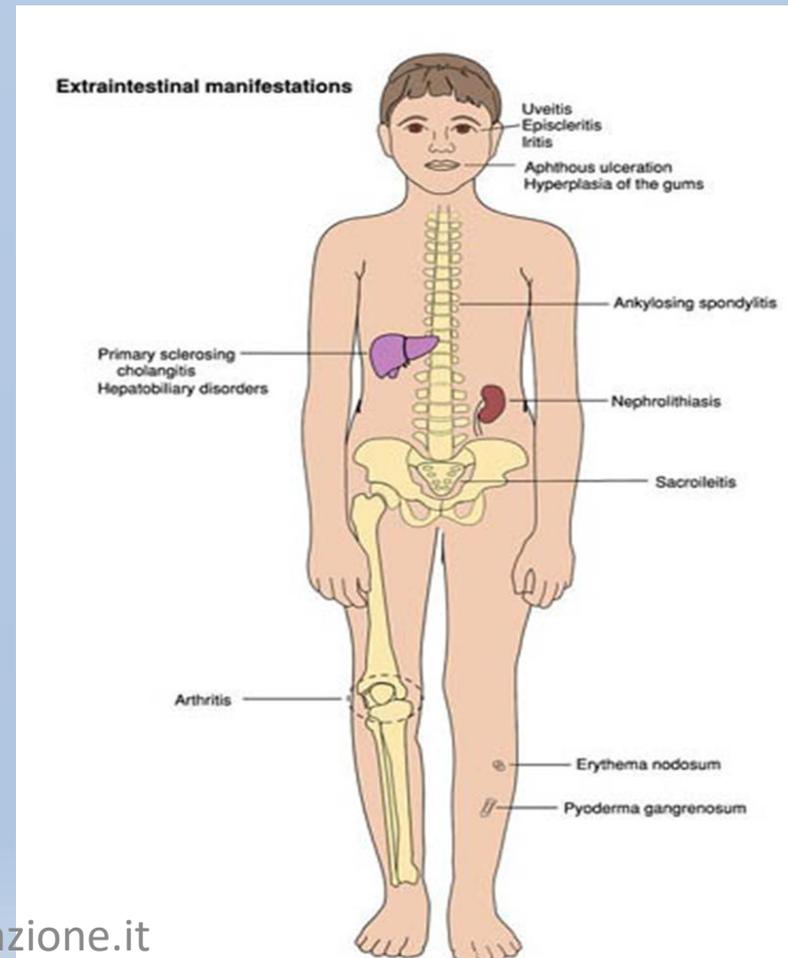
PCDAI (Paediatric Crohn's Disease Activity Index)

Score clinico di attività di malattia

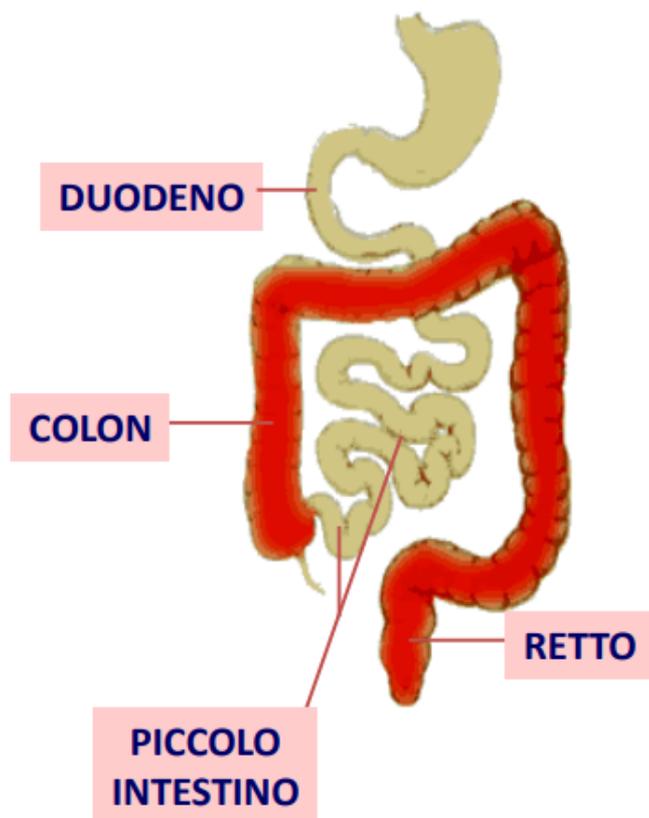
- 1. Dolore addominale**
- 2. Numero di scariche/die**
- 3. Funzioni generali**
- 4. Peso**
- 5. Altezza (alla diagnosi)**
- 6. Velocità di crescita (ultimi 6-12 mesi)**
- 7. Presenza di fistole perianali**
- 8. Manifestazioni extra-intestinali**
- 9. HTC**
- 10. VES**
- 11. Albuminemia**

MALATTIE AUTOIMMUNI CLINICAMENTE ASSOCIATE AL MORBO DI CROHN

- ✓ Eritema nodoso
- ✓ Spondilite
- ✓ Uveite
- ✓ Oligoartrite



UNA PATOLOGIA COLITE ULCEROSA



- **50% Pancolite**
- **Acute severe colitis: 25%–30% over 3–4 years**
- **Colectomy: 30%–40% in 10-year follow-up**

Aloi M, J Crohns Colitis. 2013

Turner D, J Pediatr Gastroenterol Nutr. 2018

Levine A, Inflamm Bowel Dis. 2011

ASPETTI CLINICI DELLA COLITE ULCEROSA

Fase prodromica (< 5% dei casi)

- ✓ **Artrite**
- ✓ **Alvo irregolare**
- ✓ **Sangue occulto nelle feci**
- ✓ **Pioderma gangrenoso**
- ✓ **Dolori addominali**

ASPETTI CLINICI DELLA COLITE ULCEROSA

Forme lievi (50-60% dei casi)

- ✓ Diarrea protratta (< 4 evacuazioni/die)
- ✓ Tracce di sangue e muco nelle feci
- ✓ Dolori addominali
- ✓ Non febbre
- ✓ Non anemia
- ✓ Non calo ponderale

ASPETTI CLINICI DELLA COLITE ULCEROSA

Forme moderate (30% dei casi)

- ✓ Diarrea muco--ematica (> 4 evacuazioni/die)
- ✓ Coliche addominali
- ✓ Tenesmo
- ✓ Anoressia
- ✓ Calo ponderale
- ✓ Febbricola
- ✓ Anemia lieve

ASPETTI CLINICI DELLA COLITE ULCEROSA

Forme gravi--fulminanti (5% dei casi)

- ✓ > 6 scariche ematiche al giorno
 - ✓ Dolore addominale importante
 - ✓ Febbre
 - ✓ Tachicardia
 - ✓ Calo ponderale
 - ✓ Anemia importante
 - ✓ Leucocitosi
 - ✓ Ipoalbuminemia
- www.pediatrainformazione.it

PUCAI (Paediatric Ulcerative Colitis Disease Activity Index)

Score clinico di attività di malattia

1. Dolore addominale
2. Sanguinamento rettale
3. Consistenza evacuazioni
4. Numero evacuazioni/die
5. Evacuazioni notturne
6. Livello attività del paziente

PUCAI Score as a Predictive Tool

PUCAI Score	On Day #	Outcome Expected
<45	3	94% complete response
35-60	5	67% will respond
>65	5	All require salvage therapy

GLI STRUMENTI DEL MESTIERE: il PUCAI

TABLE 1. Paediatric Ulcerative Colitis Activity Index

Item	Points
(1) Abdominal pain ←	
No pain	0
Pain can be ignored	5
Pain cannot be ignored	10
(2) Rectal bleeding ←	
None	0
Small amount only, in <50% of stools	10
Small amount with most stools	20
Large amount (>50% of the stool content)	30
(3) Stool consistency of most stools ←	
Formed	0
Partially formed	5
Completely unformed	10
(4) Number of stools per 24 hours ←	
0-2	0
3-5	5
6-8	10
>8	15
(5) Nocturnal stools (any episode causing waking) ←	
No	0
Yes	10
(6) Activity level ←	
No limitation of activity	0
Occasional limitation of activity	5
Severe restricted activity	10
Sum of PUCAI (0-85)	

- Remission < 10 points
- Mild disease 10 to 34 points
- Moderate disease 35 to 64 points
- Severe disease >65 points

MALATTIE AUTOIMMUNI CLINICAMENTE ASSOCIATE ALLA COLITE ULCEROSA

- ✓ Pioderma gangrenoso
- ✓ Colangite sclerosante
- ✓ Artrite
- ✓ Tiroidite
- ✓ Fibroalveolite

SOMIGLIANZE E DIFFERENZE NELLA CLINICA

Sintomi	MC	CU
Dolore addominale	Frequente, periappendicolare	Limitato all' evacuazione, tenesmo
Diarrea	Frequente	Sempre
Sangue macroscopico nelle feci	Raro	Sempre
Megacolon tossico	Rarissimo	Raro
Febbre	Frequente	Possibile
Perdita di peso	Di regola	Rara

SOMIGLIANZE E DIFFERENZE NELLA CLINICA

sintomi	MC	RCU
Rallentamento / arresto crescita	Di regola	Raro
Anoressia	Di regola	Possibile
Fistole / malattia perianale	Frequente	Molto rara
Ulcere / afte orali	Frequente	Molto rare
Elevazione indici di flogosi	Di regola, molto marcata	Frequente, non necessariamente molto marcata
Localizzazione extraintestinale	Possibile	Non possibile

COMPLICANZE

Morbo di Crohn (MC)

Locali: stenosi e fistole

Sistemiche: malnutrizione, calcolosi biliare, uveite, spondilite, localizzazione epatica, cutanea, polmonare, pancreatica

Colite Ulcerosa (CU)

Locali: perforazione del colon, megacolon tossico

Sistemiche: febbre, astenia, iporessia, artrite, colangite autoimmune, eritema nodoso, iridociclite, pioderma gangrenoso

DIAGNOSI

ESAMI DI LABORATORIO	Anemia	<ul style="list-style-type: none"> ▪ da sanguinamento intestinale acuto ▪ da sanguinamento cronico ▪ da carenza di vitamina B12 per scarso assorbimento ▪ da infiammazione cronica
	Piastrinosi	da infiammazione cronica
	Aumento indici infiammatori	VES PCR Fibrinogeno
	P-ANCA	Anticorpi anti-citoplasma dei granulociti neutrofili (associati nel 60--70% a CU)
	ASCA	Anticorpi anti <i>Saccaromyces cervisiae</i> (associati nel 50--60% a MC)
ESAMI FECALI	Indagini microbiologiche	Identificano patogeni che possono mimare una MICI
	Sangue occulto fecale	
	Alfa1-antitripsina	Indica proteino dispersione intestinale

DIAGNOSI

ESAMI STRUMENTALI	Ecografia (ripetibile, non invasiva, di facile esecuzione)	Evidenzia segni di infiammazione delle anse intestinali rilevabili come <ul style="list-style-type: none">▪ ispessimento parietale
	Endoscopia (+ esame istologico)	<ul style="list-style-type: none">▪ permette di esplorare l'intero colon e, attraverso il passaggio dello strumento nella valvola ileocecale, fino a 20--30 cm dell'ileo terminale▪ permette di eseguire il prelievo di campione per l'esame istologico

DIAGNOSI

ESAMI STRUMENTALI	Ecografia (ripetibile, non invasiva, di facile esecuzione)	Evidenza segni di infiammazione delle anse intestinali rilevabili come <ul style="list-style-type: none">▪ ispessimento parietale
	Endoscopia (+ esame istologico)	<ul style="list-style-type: none">▪ permette di esplorare l'intero colon e, attraverso il passaggio dello strumento nella valvola ileocecale, fino a 20-30 cm dell'ileo terminale▪ permette di eseguire il prelievo di campione per l'esame istologico

Morbo di Crohn

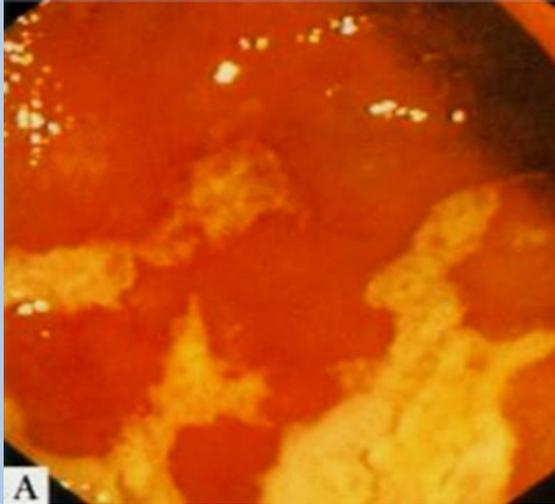
Flogosi discontinua
Ulcere aftoidi e lineari su mucosa sana
Aspetto ad acciottolato romano
Coinvolgimento ileale

Colite Ulcerosa

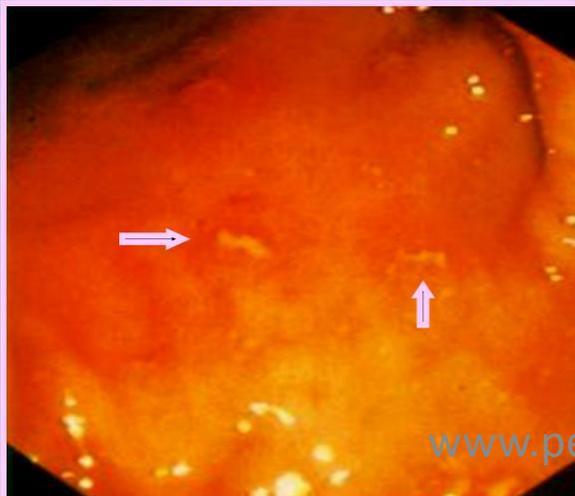
Flogosi diffusa
Perdita del reticolo vascolare
Friabilità e facile sanguinamento della mucosa, ulcerazioni multiple su mucosa alterata
Pseudopolipi

DIAGNOSI

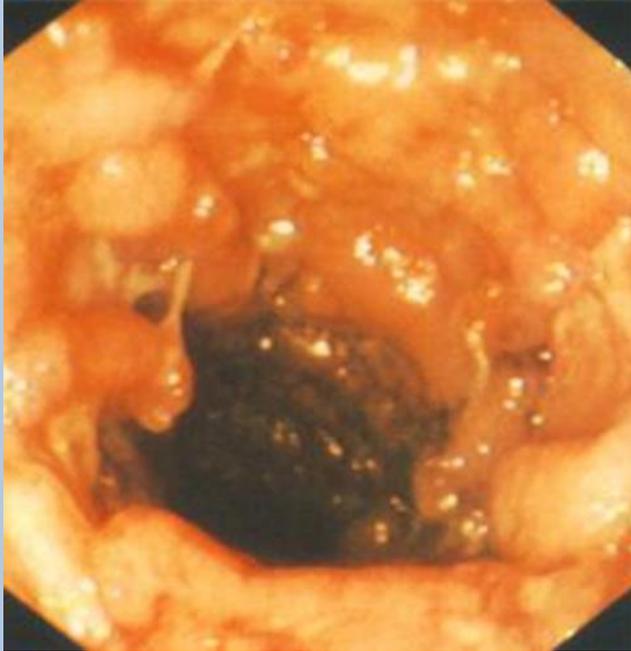
ESAMI STRUMENTALI	Entero--RMN con clisma ad acqua	<ul style="list-style-type: none">▪ Di recente introduzione definisce: ispessimento della parete intestinale, presenza di fistole, ascessi, stenosi, stadiazione di malattia
	Videocapsula	<ul style="list-style-type: none">▪ Microtelecamera contenuta in una capsula (dimensione di una compressa di antibiotico)▪ Viene ingerita, percorre il tubo digerente spinta dalla peristalsi e viene espulsa per via naturale▪ Durante il percorso trasmette immagini video prestandosi in maniera ottimale all' esplorazione dell' intestino tenue▪ Sotto i 10 anni di età viene introdotta liberandola nello stomaco tramite gastroscopio



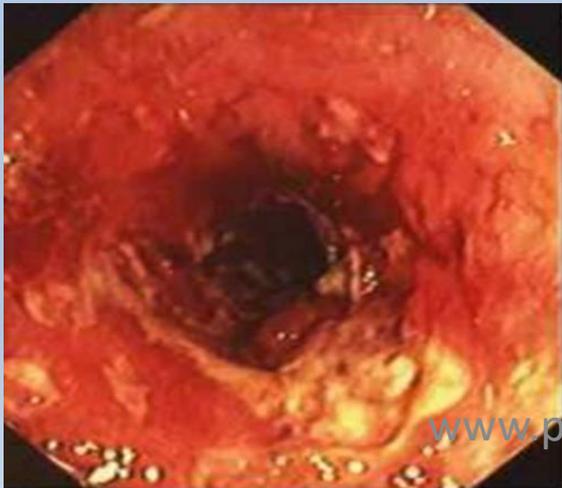
Ulcere serpiginose, tipiche della malattia di Crohn



Ulcere Aftoidi, tipiche della malattia di Crohn precoce



Quadri endoscopici di colite ulcerosa attiva



DIAGNOSI DIFFERENZIALE

- ✓ **Coliti infettive**
- ✓ **Poliposi intestinali**
- ✓ **Enterocolite (pseudomembranosa, autoimmune)**
- ✓ **TBC intestinale**
- ✓ **Linfoma intestinale**
- ✓ **Morbo di Crohn: può essere confuso con anoressia mentale**

TERAPIA

• A breve termine:

- Indurre la remissione clinica
- Normalizzare la qualità di vita
- Guarire la mucosa gastrointestinale

• A lungo termine:

- Prevenire la ricaduta
- Mantenere la guarigione GI
- Prevenire le complicazioni
- Ridurre l'ospedalizzazione/chirurgia

TERAPIA

SCOPI

- ✓ Indurre la remissione della malattia
- ✓ Prevenire le recidive



In età pediatrica obiettivo primario è garantire una crescita adeguata

TERAPIA

Scopo della terapia delle malattie infiammatorie croniche intestinali è quello di indurre la remissione della malattia e di prevenire le recidive che sono spesso molto frequenti.

In età pediatrica inoltre, obiettivo dell' intervento terapeutico è quello di consentire una crescita adeguata.

1.Nutrizionale

2.Farmacologica

3.Chirurgica

TERAPIA NUTRIZIONALE

- ✓ Impiegata in **età pediatrica** per evitare l'uso dei cortisonici
- ✓ Induce e mantiene la remissione, corregge il difetto nutrizionale e permette una normale crescita
- ✓ Determina riposo intestinale, possiede un effetto anti-infiammatorio diretto (TGF- β 2), modifica la flora batterica intestinale
- ✓ Diete elementari o semielementari con uso di sondino nasogastrico.
- ✓ Diete polimeriche (buona palatabilità) somministrate per os

TERAPIA NUTRIZIONALE

DURATA

- ✓ **Induzione della remissione**
 - Dieta polimerica esclusiva per 8 settimane

- ✓ **Mantenimento della remissione**
 - Progressiva liberalizzazione della dieta (4 alimenti al mese)
 - Riduzione progressiva della dose o della frequenza dell'apporto nutrizionale con dieta polimerica (Utilizzata a cicli: 1 mese ogni 3; mantenuta come parziale integrazione per circa 1 anno)

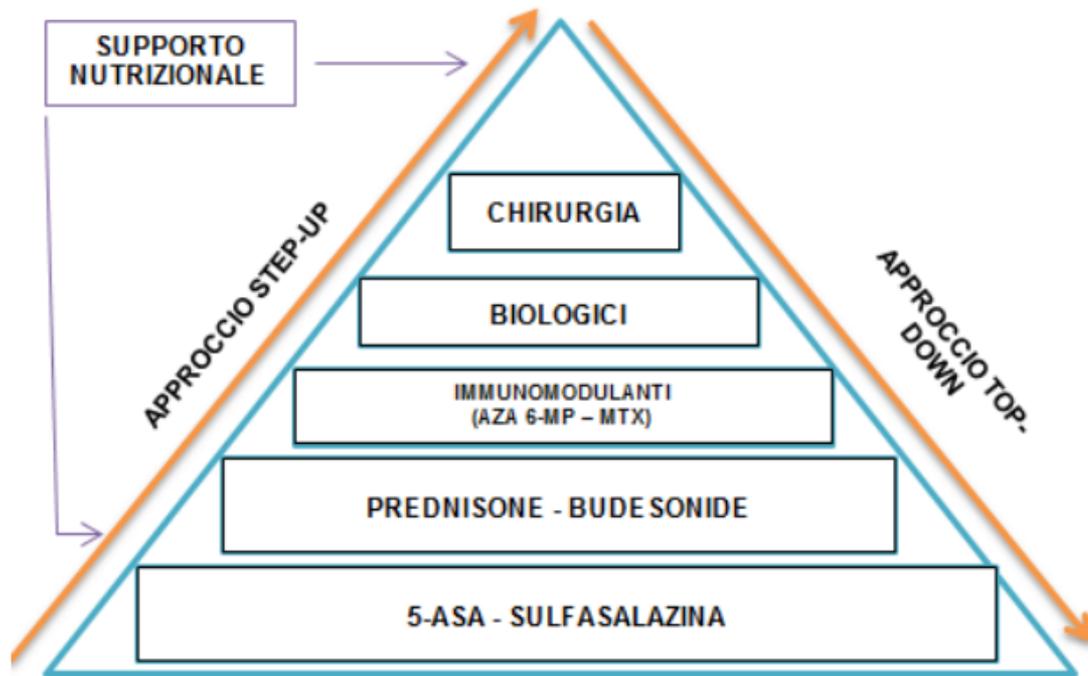
NB: Se comparsa della malattia all'inizio del periodo puberale l'integrazione con la dieta polimerica è da mantenersi sino a pubertà completata per garantire la potenzialità di crescita

TERAPIA FARMACOLOGICA

- ✓ **Corticosteroidi**
- ✓ **Derivati dall' acido 5--aminosalicilico (5--ASA)**
- ✓ **Terapia antibiotica**
- ✓ **Farmaci immunosoppressori**
- ✓ **Ciclosporina**
- ✓ **Metotrexate**
- ✓ **Tacrolimo**
- ✓ **Anticorpo monoclonale umanizzati anti--TNFa.**

Approccio step-up vs top down

La terapia per la malattia di Crohn a stadio lieve è tipicamente somministrata secondo l'approccio sequenziale "step-up"; si inizia con trattamenti meno tossici e aggressivi seguiti da procedure più potenti se la terapia iniziale fallisce (Cucchiara, 2013).



Approccio step-up e top down (Cucchiara, 2013).

TERAPIA FARMACOLOGICA

Corticosteroidi

- Prednisone, metilprednisolone
- ✓ Inducono la remissione della malattia
- ✓ Dosaggio 2 mg / Kg / die (max 60 mg / die)
- ✓ Cicli di 2-4 settimane poi scalo progressivo di 5mg / settimana

Budesonide, cortisonico topico di recente utilizzo grazie ad una preparazione farmacologica che ne consente il rilascio a livello ileo colico con minor frequenza di effetti collaterali (?)

TERAPIA FARMACOLOGICA

Derivati dell' acido 5--aminosalicilico

→ 5-ASA mesalazina

- ✓ Utili nel trattamento dell' infiammazione medio--lieve soprattutto a localizzazione colica per mantenere la remissione della malattia anche per lunghi periodi
- ✓ Possono essere utilizzati localmente nel trattamento delle proctiti e proctosigmoiditi
- ✓ Dosaggio 50 mg / Kg / die in fase acuta, 25 mg /Kg / die in fase di mantenimento

GLI STRUMENTI DEL MESTIERE

5 ASA

- 60-80 mg/kg/die in 1-2 dosi fino a 4.8 gr
- IN MONOTERAPIA per RCU lieve-moderata (senza segni sistemici di gravità)
- MONOTERAPIA RETTALE: proctite/proctosigmoidite (clisteri) lieve moderata
- Valutazione della risposta in 2-3 settimane
- Intolleranza: esacerbazione delle colite con sintomi che regrediscono alla sospensione
- Reazione idiosincrasica: aumento enzimi pancreatici (monitoraggio)

TERAPIA FARMACOLOGICA

Antibiotici

→ Metronidazolo, Ciprofloxacina

- ✓ Usati soprattutto nella terapia del Morbo di Crohn a localizzazione colica e perianale

GLI STRUMENTI DEL MESTIERE

STEROIDI

- Prednisone 1-2 mg/kg (max 40 mg)
- SECONDA LINEA NELLA COLITE LIEVE-MODERATA non responsiva a 5-ASA (orale ± rettale)
- **PRIMA LINEA NELL'INDUZIONE DELLA REMISSIONE NELLA COLITE SEVERA (IV++) E MODERATA CON SEGNI SISTEMICI DI GRAVITA'**
- **2 SETTIMANE A DOSAGGIO PIENO QUINDI DECALAGE FINO 8-10 SETTIMANE**
- NON NEL MANTENIMENTO
- Rischio insufficienza adrenocorticale se terapie di lungo corso

TERAPIA FARMACOLOGICA

Immunomodulatori

- Azatioprina, 6--mercaptopurina, methotrexate, ciclosporina, talidomide
- ✓ Utilizzati in caso di cortico dipendenza e nel trattamento di particolari complicanze come le fistole nel MC
- ✓ Il più utilizzato in età pediatrica è l' azatioprina ed il suo metabolita 6--mercaptopurina
- ✓ Dosaggio 1-25 mg / Kg / die

GLI STRUMENTI DEL MESTIERE

IMMUNOMODULANTI

- MANTENIMENTO DELLA REMISSIONE SE > 2 RECIDIVE/ANNO
- MANTENIMENTO DELLA REMISSIONE SE STEROIDO-DIPENDENZA
- DOPO RISOLUZIONE DI COLITE ACUTA SEVERA
- MONITORAGGIO ENZIMI EPATICI E EMOCROMO OGNI 1-2 SETTIMANE PER IL PRIMO MESE DI TERAPIA, QUINDI OGNI MESE PER 3 MESI, QUINDI OGNI 3 MESI
- PROTEZIONE SOLARE +++

TERAPIA FARMACOLOGICA

Inibitori biologici

- **Infliximab, anticorpo monoclonale anti-TNF-alfa**
- ✓ **Indicato nelle forme molto gravi di MC resistente ad ogni altra terapia farmacologica e nelle forme fistolizzanti**
- ✓ **Dosaggio 5 mg/Kg induzione 0-2-6settimane, mantenimento ogni 8 settimane**

- **Adalimumab, anticorpo monoclonale anti-TNF-alfa privo della componente murina.**
- ✓ **Prodotto umanizzato. Infusione sottocutanea**

GLI STRUMENTI DEL MESTIERE

BIOLOGICI

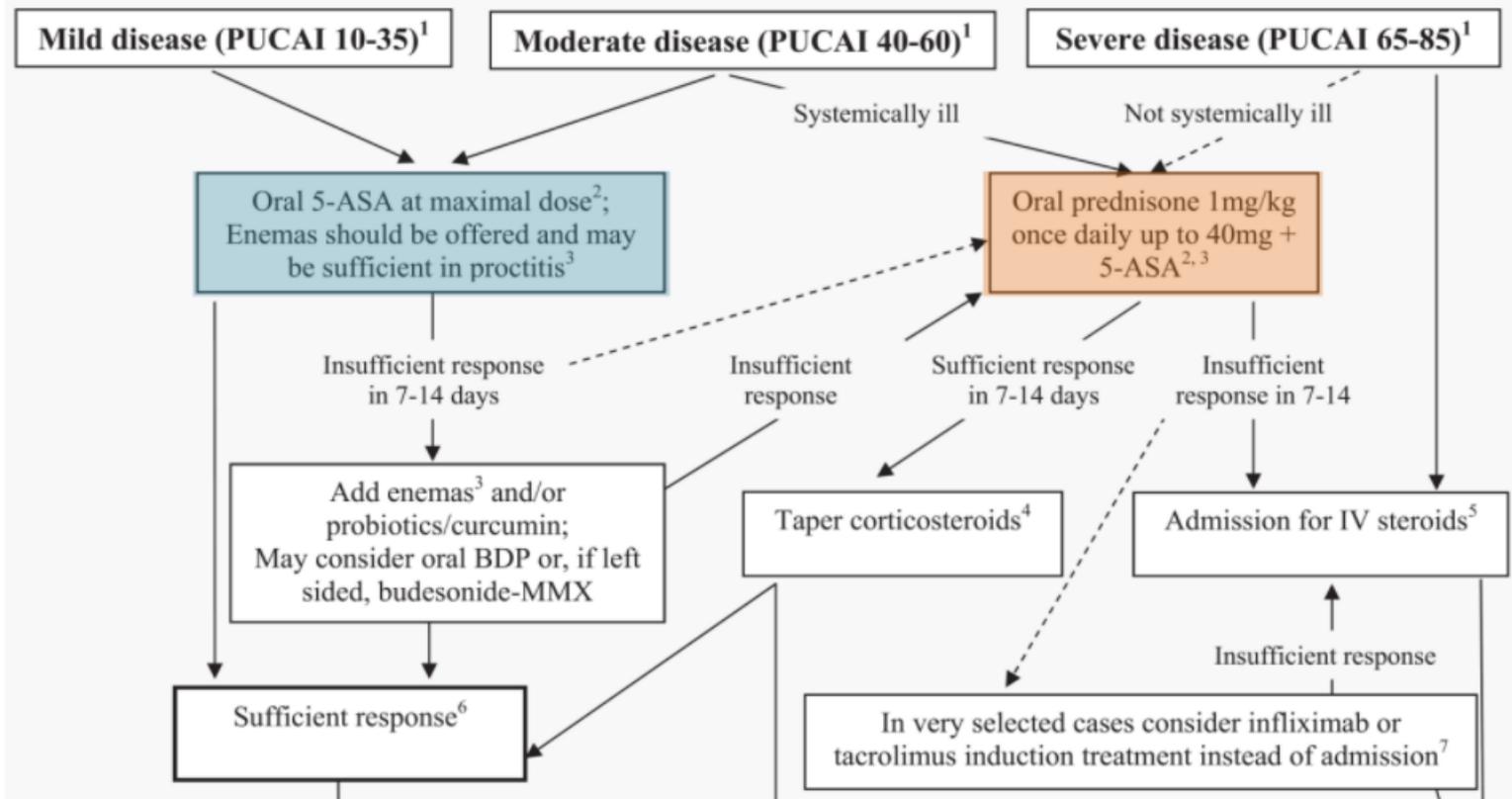
- IFX PER INDUZIONE E MANTENIMENTO della remissione in colite cronicamente attiva nonostante tiopurine o steroido dipendenza
- ADALIMUMAB E GOLIMUMAB: se perdita di risposta a IFX o intolleranza (previo dosaggio AB e livelli di farmaco)
- SECONDA LINEA NELLA COLITE ACUTA SEVERA NON RESPONSIVA A STEROIDI IV
- Screening pre biologico: RX TORACE, IDR o TB-gold (in base a paziente VZ, HBV, HCV, HIV)
- Vedolizumab: dopo fallimento anti-TNF

TERAPIA FARMACOLOGICA

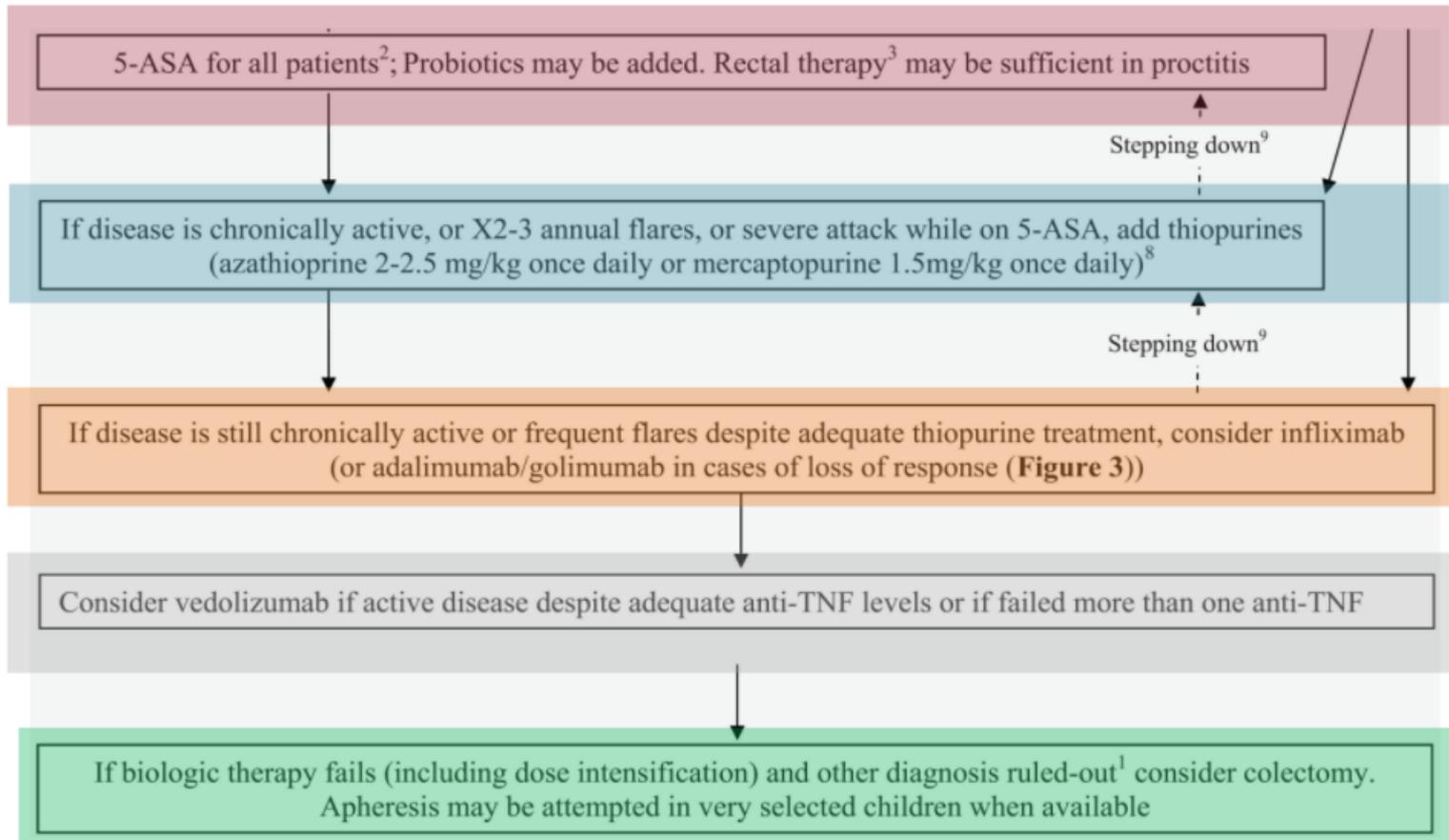
Probiotici e prebiotici

- ✓ Sembrano mantenere una corretta flora saprofitica nell'intestino tenue e nel colon impedendo la proliferazione e l'adesione di batteri patogeni
- ✓ Necessitano ancora di studi clinici e di migliori prove di efficacia

INDUCTION OF REMISSION: Exacerbation or disease onset



MAINTENANCE OF REMISSION



TERAPIA CHIRURGICA

Morbo di Crohn (MC)

- ✓ Solo in caso di complicanze (stenosi e fistole)
- ✓ Se ben localizzato e con grave ritardo della crescita staturale, può consentire lo sviluppo pubere e la crescita

Colite Ulcerosa (CU)

- ✓ Indicata nei casi non responsivi alla terapia medica e nel megacolon tossico
- ✓ Rimozione dell'intero colon

Terapia Chirurgica Malattia di Crohn

Elezione

- fallimento terapia medica
- occlusioni ricorrenti
- fistole
- problemi nutrizionali non responsivi alla terapia nutrizionale

Urgenza

- addome acuto (peritonite, occlusione, perforazione)
- megacolon tossico
- colite grave non responsiva alla terapia medica

Terapia Chirurgica Rettocolite ulcerosa

Elezione

- steroidoresistenza
- steroidodipendenza
- alto grado di displasia
- ritardo di crescita

Urgenza

- colite grave non responsiva alla terapia medica
- emorragie gravi
- perforazione
- megacolon tossico

TERAPIA CHIRURGICA

Morbo di Crohn (MC)

- ✓ Solo in caso di complicanze (stenosi e fistole)
- ✓ Se ben localizzato e con grave ritardo della crescita staturale, può consentire lo sviluppo pubere e la crescita

Colite Ulcerosa (CU)

- ✓ Indicata nei casi non responsivi alla terapia medica e nel megacolon tossico
- ✓ Rimozione dell'intero colon

IL FUTURO DELLA TERAPIA DELLE MICI

Risultati promettenti nelle forme di MICI refrattarie



**Trapianto autologo di cellule staminali
ematopoietiche con selezione delle cellule CD 34+**

Conclusioni

- **La malattia di Crohn e la rettocolite ulcerosa sono patologie rilevanti in pediatria da un punto di vista epidemiologico**
- **Si tratta di patologie diverse, ma che condividono meccanismi infiammatori della mucosa; tale condivisione giustifica le somiglianze nella presentazione clinica e nell'approccio terapeutico**
- **Ampio range di possibili presentazioni cliniche (soprattutto per il Crohn), ma ciò non più giustifica il ritardo della diagnosi**

Conclusioni (2)

- **Nessun test (di laboratorio o strumentale) capace da solo di far porre diagnosi. Questa risulta dalla combinazione e dal confronto dei risultati dei vari esami (laboratorio, radiologia, endoscopia, istologia)**

- **Terapia attuale basata sull'uso di salicilati, steroidi, agenti immunosoppressivi e manipolazioni dietetiche**



MALATTIE INFIAMMATORIE CRONICHE INTESTINALE (MICI)

Il materiale disponibile gratuitamente fa parte di una serie di appunti resi fruibili alla condivisione. Non deve essere preso come testo sacro della medicina né prontuario terapeutico. I materiali vanno visionati da un punto di vista didattico con lo scopo di criticare ed approfondire gli argomenti trattati.