



ALMA MATER STUDIORUM  
UNIVERSITÀ DI BOLOGNA

# IBD: diagnosi e percorsi terapeutici

**Dott.ssa Marta Serrani**

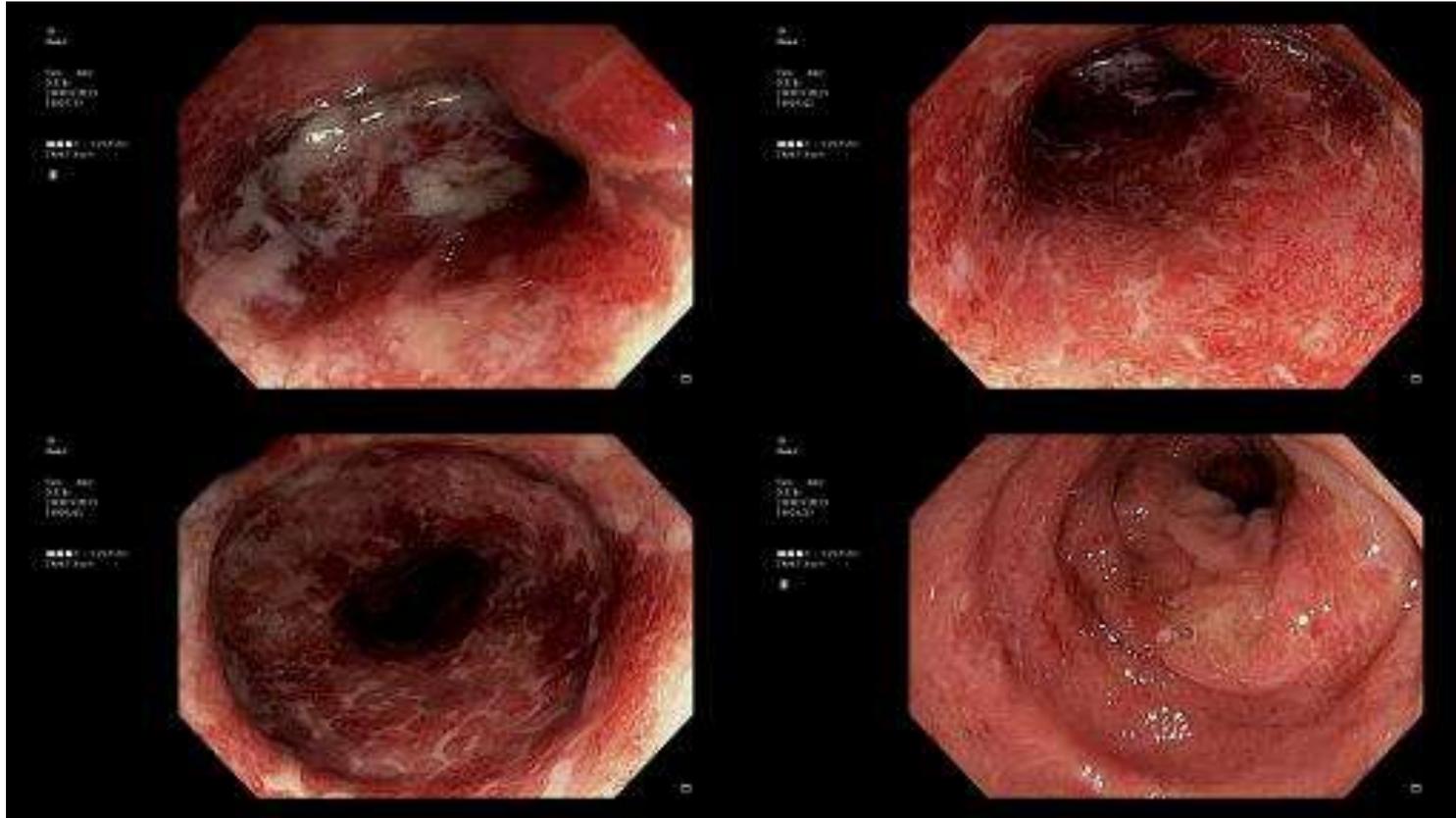
Gastroenterologia AUSL di Imola

# Definizione

La **Colite Ulcerosa (CU)** viene definita come una malattia infiammatoria cronica che interessa la mucosa rettale e può estendersi, senza soluzione di continuo, fino a coinvolgere l'intero colon, con un decorso clinico caratterizzato da remissioni e riaccensioni.

Colpisce senza preferenza entrambi i sessi, con un picco di incidenza tra i 15 ed i 20 anni, anche se può essere diagnosticata in qualsiasi fascia di età.

Poiché la sua estensione ne influenza significativamente la prognosi e la terapia, il GdL ha deciso di utilizzare la classificazione di Montreal che la suddivide in tre forme: proctite ulcerosa, CU sinistra ed CU estesa



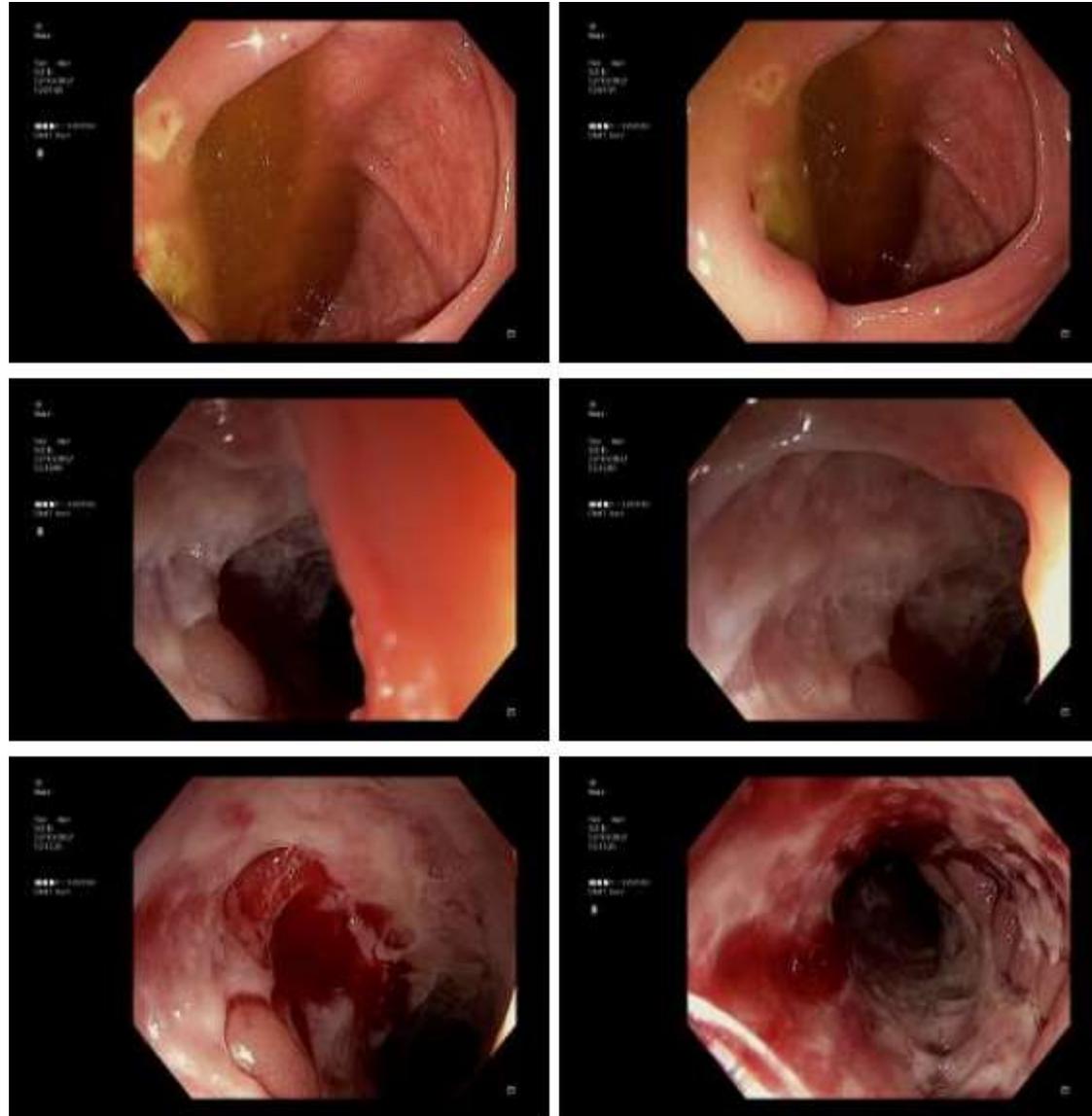
# Definizione

La **Malattia di Crohn** è definita come una malattia infiammatoria cronica progressiva che può colpire qualsiasi segmento del tratto gastrointestinale in modo discontinuo con lesioni transmurali della parete.

Il suo decorso clinico è caratterizzato da fasi di attività di malattia intervallate da periodi di remissione, con un rischio di complicanze nel corso del tempo per la formazione di stenosi, ascessi e fistole intra-addominali o perianali.

Si presenta prevalentemente in età giovanile e non sono rari i casi pediatrici.

I GdL ha concordato di recepire la classificazione di malattia di Montreal in quanto è quella più largamente condivisa dalla letteratura ed utilizzata. Essa considera l'età d'insorgenza, la localizzazione e il comportamento della malattia.



# Diagnosi

Non esiste un unico esame di riferimento per formulare una diagnosi di malattia di Crohn [CD] o colite ulcerosa [RCU].

La diagnosi di CD o RCU si basa sulla combinazione di

- clinica
- esami ematici
- delle feci
- endoscopici
- istologici
- radiologici.

Per la RCU la sintomatologia cardine è la **diarrea con sangue**.

La sintomatologia del Crohn è subdola e mutevole (dolore addominale, diarrea, calo ponderale, stipsi)

Gli esami ematici più significativi da eseguire sono: emocromo, VES, PCR, creatinina, sodio, potassio, ferro.

Gli accertamenti sulle feci in genere sono: calprotectina fecale, coprocultura e parassitologico.



# Diagnosi Endoscopica

Per una diagnosi di CD o RCU è necessaria una ileo-colonosopia con biopsie dalle aree infiammate e non.

## **Non esistono caratteristiche endoscopiche specifiche che definiscano CD o UC.**

Le caratteristiche endoscopiche ritenute più indicative per la RCU sono l'infiammazione continua del colon (senza tratti di mucosa sana interposta) a partire dal retto e una chiara demarcazione dell'area infiammata vs mucosa sana.

Le caratteristiche endoscopiche ritenute più indicative per il CD sono invece la presenza di lesioni discontinue, stenosi e/o fistole ed il coinvolgimento perianale.

La diagnosi differenziale delle IBD si pone in primis con la colite infettiva, la colite segmentaria associata a diverticoli (SCAD) e colite ischemica.

L'esame istologico permetterà di evidenziare alcune caratteristiche maggiormente suggestive per le diverse diagnosi. La colite infettiva ad esempio presenta conservata architettura delle cripte al contrario della maggior parte dei casi di IBD. (fanno eccezione le IBD ad uno stadio molto iniziale)

# Diagnosi

Pazienti con sospetto clinico di CD ed endoscopia normale dovrebbero eseguire uno studio con videocapsula (VC) (attenzione ad eventuali stenosi) o indagini radiologiche.

Tutte le nuove diagnosi di CD dovrebbero eseguire uno studio del piccolo intestino (eco anse, entero RM, VC)

I pazienti con ascessi perianali o fistole inspiegate dovrebbero essere indagati per escludere una malattia di Crohn.

# Terapia

Linee guida regionali RCU.....Risalgono al 2017

Linee guida regionali CD.....Risalgono al 2020



Prima Linea

**terapia convenzionale**  
(Aminosalicilati, e/o steroidi e/o immunosoppressori.

Seconda Linea

**Vedolizumab**  
antagonista  
integrina  $\alpha 4\beta 7$

**Anti TNF**  
Adalimumab,  
golimumab,  
infiximab

**Ustekinumab**  
anti IL 12/23

Terza Linea

**Jaki**  
filgotinib,  
tofacitinib,  
upadacitinib

**Ustekinumab,  
Vedolizumab**

Risankizumab (anti IL-23)  
Mirikizumab(anti IL-23)  
Upadacitinib (Jaki)



# RCU Controllo

La risposta al trattamento della RCU attiva dovrebbe essere determinato in base alla combinazione di valutazione clinica, endoscopia e markers di laboratorio come PCR e calprotectina fecale.

I pazienti con RCU che rispondono alla terapia medica , la guarigione mucosale dovrebbe essere determinata endoscopicamente o mediante calprotectina fecale a 3/6 mesi dall'inizio del trattamento.

La rivalutazione endoscopica dovrebbe essere considerata in caso di recidiva severa, attività persistente, comparsa di nuovi sintomi inspiegati o prima di un cambio di terapia . La rettosigmoidoscopia è sufficiente nella maggior parte dei pazienti.

# CD Controllo

La risposta clinica e biochimica al trattamento del Crohn dovrebbe essere valutata a 12 settimane dall'inizio del trattamento.

La risposta endoscopica o trans murale dovrebbe essere valutata entro 6 mesi dall'inizio della terapia.

La rivalutazione endoscopica o radiologica può essere considerata in caso di recidiva, persistenza di malattia attiva, comparsa di nuovi sintomi inspiegati e prima di un cambio di terapia.

# Monitoraggio

In pazienti affetti da IBD che hanno raggiunto la remissione clinica e biochimica il monitoraggio è volto alla diagnosi precoce di una riacutizzazione di malattia.

L'intervallo tra le visite di controllo dipende dalla durata della remissione e dalla terapia in atto.

**La recidiva può essere rilevata tramite la calprotectina (CF) fecale prima della comparsa dei sintomi.**

# Calprotectina e PCR

Recenti studi hanno valutato l'utilità della **CF** nel monitoraggio della malattia quiescente. Due valutazioni consecutive di valori elevati di CF sembrano essere predittori di recidiva clinica. Sembra che i valori di CF inizino ad alzarsi circa 3 mesi prima della recidiva clinica.

La PCR è una proteina di fase acuta presente nel sangue che viene utilizzata come indicatore generico di infiammazione.

Alcuni studi hanno dimostrato che un aumento della PCR  $\geq 5$  mg/L in pazienti IBD sintomatici è specifica nell'indicare attività endoscopica di malattia. Tuttavia la **sensibilità** della PCR è bassa ed il riscontro di una PCR negativa **non esclude una recidiva**.

Circa  $\frac{2}{3}$  dei pazienti asintomatici con una PCR rientrata nella norma hanno ancora lesioni attive all'endoscopia. Un calo della PCR non è quindi sufficiente a garantire la remissione endoscopica.

Ripetute misurazioni della PCR sono meno significative che ripetute misurazioni della PCR.

# Calprotectina

La calprotectina è una proteina rilasciata dai neutrofili.

In caso di infiammazione, i neutrofili vengono richiamati nell'intestino e rilasciano calprotectina, la cui concentrazione nelle feci aumenta.

Si tratta quindi di un **indice di infiammazione specifico per l'intestino ma non per le IBD** poiché le malattie infiammatorie croniche non sono le uniche condizioni in cui può aumentare il livello di neutrofili nell'intestino.

Non serve quindi per la diagnosi differenziale con diverticoliti o gastroenteriti.

Può essere un utile marcatore per la diagnosi differenziale tra patologie intestinali infiammatorie e non infiammatorie.

**Un aumento della calprotectina non è quindi diagnostico per IBD**



# Gruppo IBD, chi siamo?

Dott.ssa  
Simona  
Guglielmo



Dott.ssa Maria  
Cristina D'Ercole

Dott.ssa  
Marta Serrani



# Gruppo IBD, cosa facciamo?

- visita ambulatoriale (diagnosi/diagnosi differenziale/**presa in carico con controlli periodici**)
- esami endoscopici (strumenti ad alta definizione, cromoendoscopia virtuale)
- ecografia delle anse
- terapia convenzionale
- terapia con farmaco biologico
  - per os
  - sottocute (training presso i nostri ambulatori, poi autosomministrazione al domicilio)
  - endovena presso il Day Hospital
- collaborazione con il centro di III livello , ambulatorio MICI c/o Policlinico S.Orsola



# Come è organizzato l'accesso all'ambulatorio?

L'ambulatorio **NON** ha un accesso diretto da CUP.

I pazienti già presi in carico ci contattano tramite telefono sia per i controlli periodici programmati che in caso di riacutizzazione di malattia.

Un membro del gruppo IBD è sempre in servizio (...vabbé quasi sempre...) per garantire una pronta risposta in caso di necessità



Per i pazienti senza un forte sospetto clinico di IBD ma con necessità di visita per problemi gastroenterologici è opportuno seguire i normali canali di prenotazione (visita CUP)

In caso di forte sospetto di IBD potete contattarmi direttamente per un consulto ed una eventuale presa in carico diretta:

e-mail:

[m.serrani@ausl.imola.bo.it](mailto:m.serrani@ausl.imola.bo.it)

telefono in caso di urgenza:

0542 662406





ALMA MATER STUDIORUM  
UNIVERSITÀ DI BOLOGNA

grazie per l'attenzione

[m.serrani@ausl.imola.bo.it](mailto:m.serrani@ausl.imola.bo.it)

[www.unibo.it](http://www.unibo.it)