

## Esami Diagnostici di Laboratorio in Gastroenterologia

### Erasmus Miele

1. Nel caso vi sia un sospetto di MICI pediatrica l'iter diagnostico prevederà diversi step a partire dall'esame obiettivo, dagli esami ematochimici e dallo studio delle feci fino ad arrivare alle indagini strumentali.
2. La visita
3. I problemi nutrizionali ed un alterato sviluppo staturale-ponderale rappresentano importanti manifestazioni che interessano i pazienti pediatrici con IBD, soprattutto quelli affetti da MC. La velocità di crescita in altezza è il parametro più sensibile per diagnosticare un'alterata crescita e seguire gli effetti di un eventuale terapia. Il ritardo di accrescimento staturale è spesso il primo sintomo di malattia ad esordio precoce. Un'alterata crescita lineare interessa il 35% dei pazienti affetti da MC e da 6-10% dei bambini affetti da CU. Fattori che possono influenzare la crescita includono deficienza di Zn, elevati livelli TNF associati a ridotti livelli di IGF I circolanti con elevati livelli, alterazioni dell'asse IGF, un'alterata attività condrocitica.
4. Gli esami ematochimici
5. Nel caso dovessimo sospettare una MICI, dobbiamo eseguire degli esami di I livello, che comprendono quelli elencati in questa tabella, per mezzo dei quali possiamo svelare per esempio la presenza di anemia, piastrinosi, uno stato infiammatorio, o una ipoalbuminemia, che ci potrebbe indirizzare verso una MC
6. Un aumento della VES è stato riscontrato nel 95% dei pazienti con MICI. Un aumento della VES con <Hb, associati a rettorragia è identificano l'86% dei pazienti MICI
7. Recentemente, una grossa enfasi si è dato allo studio della Proteina C-reattiva. Una proteina prodotta quasi esclusivamente dal fegato come parte della risposta della fase acuta dovuta alla stimolazione di IL-6 e IL 1 Beta, che originano dal sito di infiammazione. Nella MC i livelli di PCR rappresentano un valido marker che correla con l'attività di malattia e con altri marker di Infiammazione, come CDAI, amiloide sierica, IL6 e calprotectina fecale. In pazienti con MICI predice con un alto grado di certezza quelli che necessitano di chirurgia. Inoltre, trials con anti-TNF e molecole anti adesione hanno mostrato che alti livelli di PCR predicono una buona risposta di queste molecole. In contrasto, la CU ha bassi livelli di PCR per cause sconosciute.
8. Test sierologici si sono dimostrati utili nella diagnosi e nel trattamento di molte malattie infiammatorie acute e croniche. Anticorpi specifici sono essenziali nella diagnosi di malattie reumatologiche, infettive ed epatiche. La recente descrizione di anticorpi specifici malattia-correlati per le MICI ha fatto ipotizzare che un simile approccio clinico possa essere applicato per la MC e la RCU. Sebbene la sensibilità e la specificità di queste sierologie è stato definito in popolazioni selezionate di MICI, il loro attuale ruolo clinico deve essere ancora determinato. In questo studio

retrospettivo, di Gupta et al, condotto su 107 bambini sono state analizzate la specificità e la sensibilità degli ASCA e degli pANCA. Come risulta evidente la specificità risulta essere migliore della sensibilità; la sensibilità è leggermente migliore per la colite ulcerativa. La bassa sensibilità, pertanto preclude la possibilità che il panel sierologico per IBD possa sostituire le indagini tradizionali.

9. La raccolta delle feci

10. Come possiamo intuire sintomi clinici GI delle MICI non sono specifici per queste malattie. Circa 1/3 dei pazienti con diarrea ematica e sospetta MICI possono avere una causa infettiva. La diagnosi differenziale con le MICI richiede un'attenta anamnesi, uno studio delle feci, e l'endoscopia con l'istologia. Il decorso clinico delle infezioni generalmente è improvviso e si risolve, generalmente in 2 settimane, anche se vi sono casi in cui la sintomatologia persiste per 6 settimane. Un'assenza di distorsione criptica, di un aumento delle plasmacellule nella lamina propria, o di metaplasia delle cellule di Paneth esclude nella maggior parte dei casi una MICI.