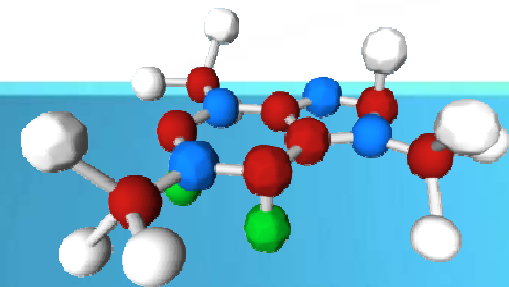


*Corso di Perfezionamento Universitario in  
Gastroenterologia Pediatrica*

*Napoli, 18-23 Novembre 2007*

**Malattie Infiammatorie Croniche  
Intestinali:  
CASI CLINICI**

***Dott.ssa F. Pascarella***



**Elisa, 7 anni e 4/12**



**Anamnesi familiare: padre affetto da RCU**

**Anamnesi personale:** fenomeni perinatali e neonatali nella norma

- All'età di 6 aa 10m comparsa di **diarrea mucoematica** frequenza evacuativa 3-4 volte/die.
- **Dolore addominale** periombelicale, anche notturno
- Riferito **CALO PONDERALE** di circa **2 Kg** nelle ultime 3 settimane

**SI RICOVERA**

## Esami praticati durante il ricovero:

- **Emocromo:** Hb 9.5 g/dl, GB 18.000/ $\mu$ l
- **VES:** 15 mm (v.n. < 10) **PCR:** 0.56 mg/dl (v.n. <0.31)
- **Coprocoltura allargata (Adenovirus e Rotavirus):** negativa per enterobatteri e per germi enteropatogeni
- **Parassitologico:** ricerca di uova di elminti e cisti di protozoi negative
- **Clostridium Difficile:** negativo
- **Vidal-Wright:** negativa



## Esami praticati durante il ricovero:

- **Calprotectina fecale:** > 300µgr/gr di feci (v.n. < 100)
- **Test di permeabilità intestinale:** 0.17 (v.n. < 0.023)
- **Eco addome:** ...ispessimento ed ipervascolarizzazione della anse coliche a livello del discendente sigma, a livello del trasverso e della flessura splenica. Spessore variabile da 5 a 7 mm.
- **Tenue seriato:** ...l'ultima ansa ileale appare leggermente distonica e mostra iniziali segni di ipertrofia linfoide



- **Colonoscopia:** a livello del retto, sigma, colon ascendente e trasverso presenza di iperemia, edema e friabilità della mucosa con erosioni diffuse.
- **Istologia:** *trasverso, discendente e retto mucosa colonica con modesta deplezione di goblet-cells, infiltrato infiammatorio misto di grado lieve-moderato nella lamina propria, criptite, qualche isolato microascesso criptico, lieve distorsione criptica. Presenza di follicoli linfoidi iperplastici.*

Quadro morfologico consistente con **malattia infiammatoria cronica intestinale tipo rettocolite ulcerosa**

# CONSIDERAZIONI

Segnali d'allarme che presentava Elisa:

- **Familiarità per MICI**
- **Insorgenza di diarrea mucoematica associata a dolore addominale invalidante e notturno**
- **Calo ponderale**
- **Ipoemoglobinemia**
- **Aumento degli indici di flogosi**
- **Test di permeabilità intestinale e calprotectina alterati**



## La storia di Gianni, 5 anni

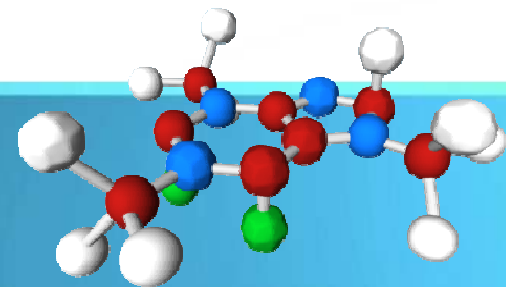
**Anamnesi familiare:** zia materna affetta da LES,  
padre e nonna paterna affetti da psoriasi

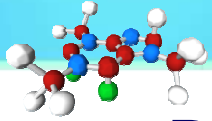
**Anamnesi personale:** fenomeni perinatali e neonatali  
nella norma

Nessun problema degno di nota fino ad **aprile 2007**  
(età 5 anni)



**ZOPPIA**





Dopo pochi giorni dall'esordio della zoppia  
comparsa di dolore al dorso del piede destro, poi  
edema della caviglia destra e quindi bilateralmente



**Febbricola serotina: TC 37.7 (max 38°C)**



**ERITEMA NODOSO gamba sinistra**

Pratica esami di laboratorio:

VES 86

Emocromo: Hb 11.9 g/dl, Plt 528.000/ $\mu$ l

PCR 51.5



Viene inviato presso  
il nostro Dipartimento



**All'ingresso:** Età 5 anni 1/12

P Kg 16.6 (10-25<sup>o</sup>pct); H cm 106 (10-25<sup>o</sup>pct)

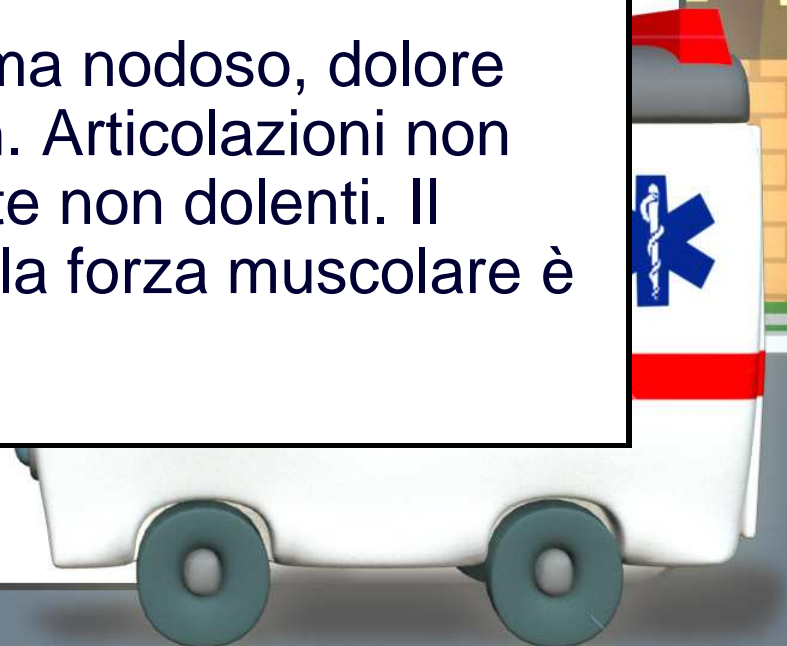
Facies sofferente, colorito cutaneo pallido, zoppia, eritema nodoso alla gamba sin, edema, turgore e iperemia delle caviglie, bilaterale

- VES: 40mm (vn<10)
- PCR: 14.2 mg/dl (vn <0.3)
- Fibrinogeno: 629 mg/dl (vn <350)
- Sideremia: 17 µg/dl
- Emocromo: GB 13.600/µl (N 77.5%), Hb 11 g/dl, Plt 686.000/µl
- Calprotectina fecale: 230 µg/gr feci (vn <100)
- Test di permeabilità intestinale: 0.105 (vn <0.023)

**Eco addome:** .....l'ultima ansa ileale, valutata in fossa iliaca destra, **presenta uno spessore ai limiti superiori (circa 4mm)**, con peristalsi valida. Visibilità di significativa falda fluida perivescerale

**Clisma del tenue con doppio mdc:** .... l'ultima ansa ileale appare normodistensibile e mostra **segni di iperplasia linfoide**

**Consulenza reumatologica:** eritema nodoso, dolore persistente al dorso del piede sin. Articolazioni non tumefatte, mobili, apparentemente non dolenti. Il piccolo rifiuta la deambulazione, la forza muscolare è conservata.



**EGDS:** .....nella norma

*Istologia: mucosa priva di alterazioni degne di nota*

**Ileocolonoscopia:** esame eseguito fino all'ileo terminale, a tale livello presenza di lieve iperemia. A livello colonico presenza di ulcerazioni della mucosa di tipo aftoide circondata da mucosa sana. **Il quadro sembra compatibile con una Malattia Infiammatoria Cronica Intestinale tipo Malattia di Crohn.**

*Istologia: nel campione di colon discendente si osserva, profondamente nella tunica propria e nelle vicinanze di un follicolo linfoide, un aggregato di cellule istioidei con aspetto epitelioide, che può essere riferito ad un granuloma.*

## **Viene posta diagnosi si malattia di Crohn:**

- Inizia terapia con steroidi per os
- Inizia terapia antiinfiammatoria topica sulle lesioni agli arti inferiori



Alla dimissione, dopo circa 15 giorni, Gianni deambula autonomamente e presenta buone condizioni cliniche generali



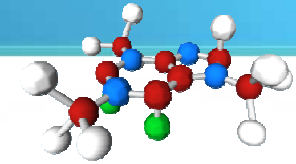
# CONSIDERAZIONI



**Segnali d'allarme che presentava Gianni:**

- **Familiarità per LES e Psoriasi**
- **Zoppia e dolore al dorso del piede, eritema nodoso**
- **Febbricola (Importante!!)**
- **Aumento degli **indici di flogosi****
- **Test di permeabilità intestinale e calprotectina alterati**

# Alberto, 15 anni



**Anamnesi familiare:** non contributoria

**Anamnesi personale:** fenomeni perinatali e neonatali  
nella norma

Nessun problema degno di nota (tranne episodi di asma e orticaria nei primi 4 anni di vita) fino a **luglio 2006 (età 14 anni 2/12)**



**RETTORRAGIA**

Alberto riferisce: feci di consistenza aumentata

Per circa 1 mese diversi episodi di rettorragia con emissione di sangue rosso vivo e feci di consistenza variabile

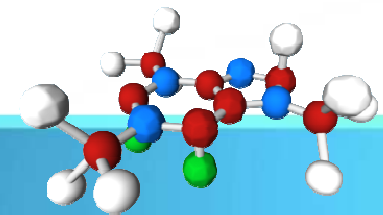


**CONSULENZA CHIRURGICA**



**EMORROIDI** consigli dietetici

**Benessere per circa 2 mesi**



Ottobre 2006 *(dopo 3 mesi dall'episodio di rettorragia)* :

- ✓ Dolore addominale (epigastrico, invalidante, notturno)
- ✓ Sazietà precoce
- ✓ Pirosi
- ✓ Vomito
- ✓ Alvo: feci di consistenza aumentata

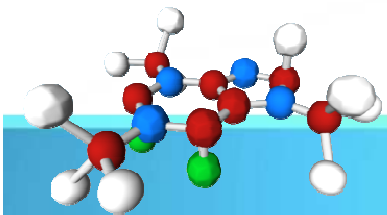
Esami ematochimici:

- ✓ VES 30
- ✓ PCR 38.5
- ✓ GB 10.500

**NO rettorragia**



**CALO PONDERALE CIRCA 6 Kg!**





- Viene prescritta terapia con antiacidi
- Consigliata dieta ricca di fibre

## Persiste

- dolore epigastrico
- calo ponderale
- astenia e malessere
- indici di flogosi aumentati



**Dopo circa un anno dall'inizio della sintomatologia si ricovera presso il nostro Dipartimento**



## Ricovero a maggio 2007, età 15 anni

Peso Kg 68.5 (75-90<sup>o</sup>pct), calo ponderale di **12 Kg in 1 anno**

VES **25 mm**

PCR **5.8 mg/dl**

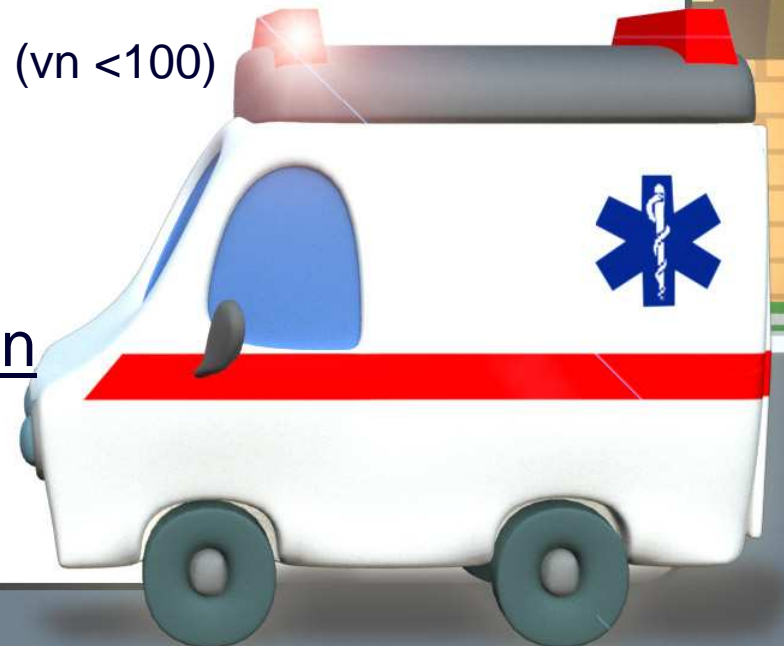
Sideremia **24 µg/dl**

Fibrinogeno **683.97 mg/dl** (vn <350)

Emocromo: Hb 12.7 g/dl; GB 8780/µl; Plt **431.000/µl**

Calprotectina fecale **>500µg/gr feci** (vn <100)

Inoltre, da circa un mese, Alberto lamenta dolore al dorso del piede sn



**Eco addome:** .....in fossa iliaca destra e nello scavo pelvico **modico ispessimento delle ultime anse ileali** che presentano uno spessore variabile da 3.8 a 4.4mm

**Clisma del tenue con doppio mdc:** .... l'ultima ansa ileale per una lunghezza di circa 60mm presenta un **aspetto rigido tubuliforme e scarsamente opacizzabile**. Piccoli difetti di riempimento parietali



**EGDS:**.....lieve iperemia del III esofageo distale

*Istologia: campione esofageo inadeguato per la processazione;  
mucosa tipo corpo e antro priva di alterazioni degne di nota*

**Colonoscopia:** esame eseguito fino all'ileo distale, a tale livello lieve iperemia con note di iperplasia linfoide. Tutti i segmenti colonici esplorati appaiono macroscopicamente indenni.

*Istologia: in tutti i prelievi esaminati assenza di alterazioni morfologiche degne di nota*

**....Alberto continua a lamentare  
dolore addominale!**

## Angio RM addome superiore *(previa preparazione con PEG)*

....alcune anse dell'ileo pelvico e distale, pur mostrando conservata distensibilità, presentano lieve ispessimento delle pareti, con iperemia delle stesse in fase contrastografica. Ultima ansa regolare per decorso, calibro e spessore parietale con conservata distensibilità del lume.

### Riflessioni:

- Persistenza del dolore addominale
- Indici di flogosi aumentati (in più occasioni durante il ricovero)
- EGDS e Colonoscopia: negativi
- Eco addome, Tenue seriato e RM addome con segni di interessamento intestinale

**CHE FARE?**

# VIDEOCAPSULA ENDOSCOPICA

04:09:31  
UD

13 Jul 07



PillCam™ SB

06:36:27  
UD

13 Jul 07



PillCam™ SB

04:46:28  
UD

13 Jul



PillCam™ SB

## DIAGNOSI

# MALATTIA DI CROHN

Dimesso con **terapia nutrizionale**, attualmente è in buone condizioni cliniche generali e, in occasione dell'ultimo controllo, circa 15 gg fa, presentava incremento ponderale di circa 8 kg (in 4 mesi circa) ed esami laboratoristici nella norma

## ANNA, 13 anni

Diagnosi di **Retocolite Ulcerosa** all'età di 6 anni (luglio 2000)



Remissione dopo ciclo di steroidi



Dopo 8 mesi: **ricaduta** e inizio terapia con **Azatioprina**



Diverse riacutizzazioni.

Nel 2005 (11 anni), dopo aver praticato colonoscopia,  
viene posta indicazione **all'intervento chirurgico**



## **ANNA, 13 anni**

**Ottobre 2005:** intervento di colectomia con confezionamento del pouch ed ileostomia, seguito, dopo 2 mesi, da intervento di anastomosi e chiusura della stomia

**Benessere clinico per circa 1 anno**

**Settembre 2006:** febbre ricorrente (TC fino a 39-40°C), con episodi febbrili ogni 15 giorni e della durata di 24-48h, con rapida defervescenza dopo terapia con Ciprofloxacina

**Febbraio 2007:** RICOVERO C/O IL NOSTRO DIPARTIMENTO

## Durante il ricovero:

Condizioni cliniche generali mediocri

Mialgie agli arti inferiori (da rendere difficile la stazione eretta)

Riferito calo ponderale di circa 3Kg in 2 mesi e mezzo

Età: 12 anni 4 mesi

Peso: Kg 29.5 (<5<sup>o</sup>pct); H: cm 143.5 (10-25<sup>o</sup>pct)

-VES: 28 mm

-PCR: 11.5 mg/dl

-Fibrinogeno: 762 mg/dl

-Sideremia 31 µg/dl

-Emocromo: GB 9900, Hb 11.5, Plt 439.000

-Calprotectina fecale: >500 µg/gr feci

ANNA, 13 anni

**“Pouch”scopia:** pouch di normale volume di circa 15 cm di lunghezza con ansa cieca di circa 5 cm che si distende all’insufflazione di aria. Lieve iperemia della mucosa della pouch. Anastomosi pouch retto-distale di normale calibro. Retto residuo lievemente iperemico.

*Istologia: in tutti i prelievi si osserva mucosa intestinale tenue con appiattimento dei villi (metaplasia colica), infiltrati flogistici misti di grado moderato-severo con fenomeni di criptite ed infiltrazione dell’epitelio superficiale. Rari follicoli linfoidi. Alterazioni dell’architettura ghiandolare di grado lieve.*

**Diagnosi: pouchite di grado lieve-moderato**

**ANNA, 13 anni**

Si dimette con la seguente terapia:

- **Ciproxin** per 10 giorni e, dopo 7 giorni libera da terapia,
- **Metronidazolo** per 3 settimane

con progressivo miglioramento clinico, assenza di febbre e graduale ripresa ponderale

**Dopo un mese e mezzo ricomparsa  
di dolore addominale e artralgia**



**GASTROENTEROLOGO dell'adulto di Bologna che  
consiglia **terapia con Infliximab****

ANNA, 13 anni

Pratica la prima dose di Infliximab



**LEUCOPENIA**

Pertanto sospende la terapia con INFLIXIMAB con ricomparsa di dolore addominale e febbre dopo 2 settimane

Giunge nuovamente alla nostra osservazione:

**TERAPIA STEROIDEA + ANTIBIOTICO**

con progressivo miglioramento clinico

## PER RIASSUMERE.....

- ELISA:** esordio classico, terapia steroidea alla dimissione, remissione
- GIANNI:** esordio con manifestazioni extraintestinali, terapia steroidea e antiinfiammatoria topica, remissione
- ALBERTO:** diagnosi difficile e solo dopo indagini di III livello
- ANNA:** terapia chirurgica, pouchite

