



AZIENDA SANITARIA LOCALE VCO Viale Mazzini 117 – 28887 OMEGNA (VB)

Struttura: SOSD ENDOSCOPIA DIGESTIVA	Tipo di documento: Procedura di Processo	Codice: PP 06-END 01	
Redatta da: Dirigente Medico SOSD Endoscopia Digestiva	Approvata da: Direttore SOSD	Revisione: 00	
Titolo documento: Percorso di Cura Gestione Malattie Infiammatorie Croniche Intestinali (MICI)	Emesso il: 26/05/2020	Pagina 1 di 21	
Firma per redazione: Giovanni Comi 	Firma per approvazione: Giuseppe Facciotto 	Firma Responsabile Governo Clinico: Margherita Bianchi 	
Firma per validazione Direzione Generale Angelo Penna 			

## PERCORSO DI CURA PER I PAZIENTI AFFETTI DA MALATTIE INFIAMMATORIE CRONICHE INTESTINALI (MICI)

### INDICE

<b>01. GRUPPO DI LAVORO</b> .....	<b>2</b>
<b>02. LEGENDA</b> .....	<b>3</b>
<b>03. PREMESSA</b> .....	<b>4</b>
<b>04. SCOPO ED OBIETTIVI</b> .....	<b>5</b>
<b>05. CRITERI DI ELEGGIBILITÀ ED ESCLUSIONE</b> .....	<b>6</b>
<b>06. CAMPO DI APPLICAZIONE</b> .....	<b>6</b>
<b>07. MODALITÀ OPERATIVE</b> .....	<b>7</b>
<b>7.1. Il ruolo del Medico di Medicina Generale (MMG)</b> .....	<b>7</b>
<b>7.2. Il ruolo dello Specialista Gastroenterologo (GEL)</b> .....	<b>9</b>
7.2.1 Visita specialistica GEL.....	9
7.2.2 Approfondimento della diagnostica di laboratorio .....	10
7.2.3 Diagnostica strumentale.....	10
7.2.4 Diagnostica per immagini .....	11
7.2.5 Diagnostica isto-patologica.....	12
7.2.6 Terapia medica e definizione dei protocolli.....	12
7.2.7 Visita successiva all'impostazione della terapia.....	15
7.2.8 Terapia chirurgica .....	15
7.2.9 Profilassi della recidiva post-chirurgica in CD .....	15
<b>7.3. Il ruolo degli Specialisti Consulenti</b> .....	<b>16</b>
7.3.1 Consulenza Oculistica.....	16
7.3.2 Consulenza Reumatologica.....	16
7.3.3 Consulenza Dermatologica .....	17
7.3.4 Consulenza Nutrizionale .....	17
<b>7.4. Il ruolo del Medico SOC MCU (DEA)</b> .....	<b>17</b>
<b>7.5. Il ruolo dell'Infermiere</b> .....	<b>18</b>
<b>08. FOLLOW-UP</b> .....	<b>19</b>
<b>09. INDICATORI</b> .....	<b>19</b>
<b>10. ALLEGATI</b> .....	<b>20</b>
<b>11. LISTA DI DISTRIBUZIONE</b> .....	<b>20</b>
<b>12. BIBLIOGRAFIA DI RIFERIMENTO</b> .....	<b>20</b>

Struttura: SOSD Endoscopia Digestiva	Tipo di documento: PROCEDURA OPERATIVA	Codice: PP 06-END 01	
Redatta da: Dirigente Medico SOSD Endoscopia Digestiva	Approvata da: Responsabile SOSD Endoscopia Digestiva	Revisione: 00	
Titolo documento: Percorso di Cura Gestione Affetti da Malattie Infiammatorie Croniche Intestinali (MICI)	Emesso il: 26/05/2020	Pagina 2 di 21	

## 01. GRUPPO DI LAVORO

COGNOME NOME	RUOLO/FUNZIONE	FIRMA
Arnulfo Alberto	Direttore SOC Ostetricia Ginecologia	<i>F.to in originale</i>
Borghesi Cinzia	Coordinatore Attività Ambulatoriale VB	<i>F.to in originale</i>
Borgotti Paolo	Direttore Distretto	<i>F.to in originale</i>
Bozzetti Marcella	Specialista Ambulatoriale Dermatologa	<i>F.to in originale</i>
Brugnani Mauro	Responsabile SOSD Dietologia e Nutrizione Clinica	<i>F.to in originale</i>
Cappuccia Nino	Direttore SOC Laboratorio Analisi	<i>F.to in originale</i>
Centrella Danilo	Direttore SOC Urologia	<i>F.to in originale</i>
Comi Giovanni	Dirigente Medico SOSD Endoscopia Digestiva	<i>F.to in originale</i>
Facciotto Giuseppe	Responsabile SOSD Endoscopia Digestiva	<i>F.to in originale</i>
Filiberti Antonio	Responsabile SOS Psicologia	<i>F.to in originale</i>
Garufi Francesco	Direttore SOC DSPO	<i>F.to in originale</i>
Gramatica Paolo	Direttore SOC MCU (DEA)	<i>F.to in originale</i>
Laudando Franca	Coordinatore DiPSa Qualità Ricerca Accreditamento	<i>F.to in originale</i>
Leutner Monica	Direttore SOC Anatomia Patologica	<i>F.to in originale</i>
Mondino Vincenzo	Responsabile SOSD Malattie Infettive	<i>F.to in originale</i>
Nicolini Roberta	Coordinatore DiPSa Qualità Ricerca Accreditamento	<i>F.to in originale</i>
Protti Romolo	Direttore SOC Oculistica	<i>F.to in originale</i>
Ragazzini Milena	Coordinatore Attività Ambulatoriale DO	<i>F.to in originale</i>
Scotti Antonio	Direttore SOC ORL	<i>F.to in originale</i>
Traballi Gabriella	Dirigente Medico Medicina Interna -Specialista Reumatologia	<i>F.to in originale</i>
Tranchini Roberto	Direttore ff SOC Radiodiagnostica	<i>F.to in originale</i>
Zonta Sandro	Direttore SOC Chirurgia Generale	<i>F.to in originale</i>

Struttura: SOSD Endoscopia Digestiva	Tipo di documento: PROCEDURA OPERATIVA	Codice: PP 06-END 01	
Redatta da: Dirigente Medico SOSD Endoscopia Digestiva	Approvata da: Responsabile SOSD Endoscopia Digestiva	Revisione: 00	
Titolo documento: Percorso di Cura Gestione Affetti da Malattie Infiammatorie Croniche Intestinali (MICI)		Emesso il: 26/05/2020	
		Pagina 3 di 21	

## 02. LEGENDA

- **BMI**      Indice di Massa Corporea
- **BT**      *Breath Test* (test del respiro)
- **CD**      Malattia di Crohn
- **CDAI**    Indice di attività malattia di Crohn
- **CMV**    Cytomegalovirus
- **DEA**    Dipartimento Emergenza Accettazione
- **ECCO**    *European Crohn Colitis Organization*
- **EGDS**    EsofagoGastroDuodenoScopia
- **EnteroRM** Entero Risonanza Magnetica
- **EnteroTC** Entero Tomografia Computerizzata
- **FANS**    Farmaci antinfiammatori non steroidei
- **FC**      Frequenza Cardiaca
- **GEL**    Specialista Gastroenterologo
- **HIV**    Virus della Immunodeficienza Acquisita
- **K colon**   Tumore del colon
- **MICI**    Malattie Infiammatorie Croniche Intestinali
- **MMG**    Medico di Medicina Generale
- **PA**      Pressione Arteriosa
- **PCR**    Proteina C Reattiva
- **PPI**    Inibitori della Pompa Protonica
- **RCU**    Rettocolite Ulcerosa
- **SIBO**    *Bacterial Overgrowth Syndrome*
- **TNF**    Fattore di Necrosi Tumorale
- **TORCH**   Toxoplasma Rosolia Cytomegalovirus Herpes
- **TSH-R**   Ormone Tireostimolante Riflesso



Struttura: SOSD Endoscopia Digestiva	Tipo di documento: PROCEDURA OPERATIVA	Codice: PP 06-END 01
Redatta da: Dirigente Medico SOSD Endoscopia Digestiva	Approvata da: Responsabile SOSD Endoscopia Digestiva	Revisione: 00
Titolo documento: Percorso di Cura Gestione Affetti da Malattie Infiammatorie Croniche Intestinali (MICI)	Emesso il: 26/05/2020	Pagina 4 di 21

### 03. PREMESSA

Con l'acronimo di MICI (Malattie Infiammatorie Croniche Intestinali) si fa riferimento soprattutto alle due patologie note come Malattia di Crohn (CD) e Rettocolite Ulcerosa (RCU), caratterizzate dalla flogosi cronica della mucosa intestinale che può interessare qualunque tratto del canale gastroenterico dalla bocca all'ano nella CD, mentre riguarda un tratto più o meno esteso del colon a partire dal retto in senso ascendente nella RCU.

Queste due patologie sono generalmente accettate come condizioni cliniche distinte, con differenti caratteristiche cliniche, anatomiche e istologiche, come vedremo successivamente.

L'incidenza di queste patologie risulta stimata intorno ai 10-15 casi su 100.000 persone all'anno con un tasso di prevalenza dell'ordine dello 0,2-0,4%.

In Italia non esistono registri di malattia e sono solo disponibili studi di popolazione in piccole aree geografiche per lo più retrospettivi.

Un recente studio prospettico di popolazione condotto dalla ECCO (*European Crohn Colitis Organization*) ha confermato un gradiente di incidenza "Nord>Sud" ed "Occidente>Oriente" con un'incidenza italiana pari a 11,6 casi su 100.000 e rapporto RCU: CD di 1,5:1.

Questi dati suggeriscono un notevole impatto economico il cui costo raggiunge valori rilevanti soprattutto in caso di ritardo diagnostico che comporta persistenza di disturbi invalidanti per il paziente, progressione verso forme più gravi ed estese di malattia con necessità di impiegare terapie più costose sino ad arrivare all'intervento chirurgico con conseguente impatto negativo sulla qualità della vita dei malati.

Sulla base delle Linee Guida nazionali ed internazionali e della Letteratura di riferimento, viene di seguito descritta la pianificazione della sequenza logica e cronologica di tutti gli interventi diagnostici e terapeutici da attuare, nell'ambito della ASL VCO, nei confronti dei pazienti con sospetta diagnosi di MICI.

**La malattia di Crohn (CD)** può interessare qualsiasi tratto del tubo digerente, dalla bocca all'ano. Nella CD le lesioni hanno una distribuzione tipicamente segmentaria, con aree indenni lungo l'intestino ammalato.

Le fistole perirettali, le fissurazioni, gli ascessi e le stenosi sono presenti nel 30% dei pazienti. A differenza di quanto si osserva nella RCU, la CD presenta un'estensione transmurale del processo flogistico.

**La Rettocolite ulcerosa (RCU)** è, invece, una malattia della mucosa e sottomucosa che colpisce solitamente il retto e si estende prossimalmente con coinvolgimento di tutto o parte del colon. In circa il 40-50% dei casi, la malattia è limitata al retto e al sigma, nel 30-40% si estende oltre il sigma e nel 10-20% dei casi colpisce l'intero colon. L'estensione in senso prossimale è continua, senza aree intervallari di mucosa indenne.

La mucosa può assumere un aspetto normale nelle fasi di remissione, mentre nei casi di lunga durata appare atrofica con perdita delle normali caratteristiche.

Le caratteristiche istologiche sono ben correlate con l'aspetto endoscopico ed il decorso clinico.

Il processo flogistico è limitato alla mucosa e alla sottomucosa superficiale, senza estendersi agli strati più profondi, eccetto che nella colite fulminante.

In generale, le principali manifestazioni cliniche sono dolore addominale, diarrea con induzione del risveglio notturno, febbre, astenia e talora calo ponderale ed anemia.

La rettorragia è molto meno frequente nella CD che nella RCU perché il retto è in molti casi indenne.



Struttura: SOSD Endoscopia Digestiva	Tipo di documento: PROCEDURA OPERATIVA	Codice: PP 06-END 01	
Redatta da: Dirigente Medico SOSD Endoscopia Digestiva	Approvata da: Responsabile SOSD Endoscopia Digestiva	Revisione: 00	
Titolo documento: Percorso di Cura Gestione Affetti da Malattie Infiammatorie Croniche Intestinali (MICI)	Emesso il: 26/05/2020	Pagina 5 di 21	

Possono, poi, associarsi varie complicanze ano-rettali, tra cui fistole, ascessi e ragadi, che spesso precedono l'esordio clinico della malattia.

La CD a localizzazione ileale esordisce tipicamente con astenia, perdita di peso, dolore in fossa iliaca destra e diarrea; possono essere presenti febbre, anoressia, nausea e vomito.

Il decorso clinico è variabile, ma la malattia, pur potendo avere lunghi periodi di remissione, ha comunque carattere recidivante.

## Classificazione

### CD

La classificazione di Vienna divide in sottopopolazioni i pazienti con CD, in base a criteri clinici e anamnestici ben definiti. I principali sono l'età alla diagnosi, la localizzazione di malattia e l'andamento di malattia (allegato 1)

### RCU

Per quanto riguarda la RCU si considera la classificazione di Montreal per valutare l'estensione di malattia verificata durante un esame endoscopico (allegato 1).

### Classificazione in base ad attività di malattia

Sia la CD che la RCU vengono poi classificate in base all'attività di malattia. Questa informazione risulterà fondamentale per l'impostazione di una terapia adeguata.

La CD viene valutata in base al **CDAI (Crohn's disease activity index)** od in base allo **score di Harvey-Bradshaw (HBI)**.

Per la RCU si utilizzano varie classificazioni fra cui la **classificazione di Montreal** che classifica il grado di severità in base ad una serie di parametri che comprendono il numero di scariche, la presenza di sangue nelle feci, la frequenza cardiaca, la temperatura corporea, i valori della crasi ematica e della VES oltreché della durata della sintomatologia o mediante la classificazione di **Truelove-Witts modificata (MTWSI)** che valuta il numero delle evacuazioni, la presenza di sangue o di dolore addominale, la presenza di risveglio notturno, la necessità di assumere antidiarroici, lo stato di benessere generale e la presenza di masse palpabili addominali (allegato 2).

La diagnosi di Colite Ulcerosa o di Malattia di Crohn si basa sulla combinazione di dati clinici, endoscopici, istologici e radiologici. Spesso può verificarsi un ritardo nella diagnosi, in particolare nella Malattia di Crohn, perché può presentare una sintomatologia subdola comportando la progressione della malattia verso le complicanze.

## 04. SCOPO ED OBIETTIVI

Scopo del percorso è definire i criteri diagnostici di arruolamento e la modalità di cura dei pazienti con sospetto od affetti da CD e da RCU.

Obiettivo generale del percorso è la presa in carico globale dei pazienti con diagnosi di MICI grazie alla collaborazione tra gli Specialisti dell'ASL VCO e i Medici di Medicina Generale.

Obiettivi specifici sono:

- Garantire una diagnosi precoce
- Integrare gli interventi di diagnosi e cura
- Selezionare e richiedere le prestazioni appropriate
- Migliorare la qualità dell'assistenza

Struttura: SOSD Endoscopia Digestiva	Tipo di documento: PROCEDURA OPERATIVA	Codice: PP 06-END 01	
Redatta da: Dirigente Medico SOSD Endoscopia Digestiva	Approvata da: Responsabile SOSD Endoscopia Digestiva	Revisione: 00	
Titolo documento: Percorso di Cura Gestione Affetti da Malattie Infiammatorie Croniche Intestinali (MICI)	Emesso il: 26/05/2020	Pagina 6 di 21	

- Ridurre le complicanze
- Ottimizzare l'impiego delle risorse

## 05. CRITERI DI ELEGGIBILITÀ ED ESCLUSIONE

### 5.1. Criteri di eleggibilità

I pazienti arruolati nel percorso sono tutti coloro che presentano una sintomatologia suggestiva per malattia di Crohn e di Rettocolite ulcerosa (vedi paragrafo 3 e 7).

### 5.2. Criteri di esclusione

Sono esclusi dal presente PDTA i soggetti che non presentano una sintomatologia suggestiva per MICI a cui potranno essere applicati i criteri del PDTA aziendale sul dolore addominale.

## 06. CAMPO DI APPLICAZIONE

Il percorso si applica a tutti i pazienti con quadro clinico suggestivo per MICI come sopra descritto. Di seguito la matrice con le Sedi delle attività:

Strutture/Attività	Verbania	Domodossola	Stresa	Cannobio	Omegna	Hub Novara
Ambulatorio MMG (Arruolamento)	*	*	*	*	*	
Ambulatorio GEL I Liv. (Endoscopie)	*	*				
Ambulatorio GEL II Liv. (Enteroscopie con videocapsula con uno o due palloni, ecografia transrettale)						*
Laboratorio Analisi (Test Ematochimici)	*	*	*	*	*	*
Anatomia Patologica (Test istologici)	*	*				
Anatomia Patologica (Seconda opinione)						*
Radiodiagnostica I Liv.	*	*				
Radiodiagnostica II Liv. (enteroRMN)						*
Ambulatorio Reumatologia	*	*				
Ambulatorio Dermatologia	*	*				
Ambulatorio Oculistica	*	*	*		*	
Ambulatorio Chirurgia	*	*				
Ambulatorio Malattie Infettive	*	*				
Ambulatorio Dietologo	*	*				
Ambulatorio ORL	*	*	*	*	*	

Struttura: SOSD Endoscopia Digestiva	Tipo di documento: PROCEDURA OPERATIVA	Codice: PP 06-END 01
Redatta da: Dirigente Medico SOSD Endoscopia Digestiva	Approvata da: Responsabile SOSD Endoscopia Digestiva	Revisione: 00
Titolo documento: Percorso di Cura Gestione Affetti da Malattie Infiammatorie Croniche Intestinali (MICI)	Emesso il: 26/05/2020	Pagina 7 di 21

## 07. MODALITÀ OPERATIVE

### 7.1. Il ruolo del Medico di Medicina Generale (MMG)

#### Ipotesi diagnostica di Malattia di Crohn (CD)

I sintomi più comuni che caratterizzano l'esordio della CD sono il dolore addominale, la diarrea cronica (di durata > 6 settimane), il calo ponderale in associazione talora a malessere generalizzato, anemizzazione, ipopressia e febbre.

Più raramente si possono manifestare mucorrea ed ematochezia o comparsa concomitante di manifestazioni extra-digestive (muscolo-scheletriche, cutanee ed oculari).

La comparsa di fistole nella regione perianale può rappresentare l'esordio di malattia in circa il 10% dei pazienti con CD.

In caso di anamnesi positiva rispetto a:

- L'insorgenza dei sintomi caratteristici del CD
- L'induzione di risveglio notturno
- L'effettuazione di recenti viaggi,
- L'assunzione di cibi particolari (ex. Sushi, preparati con uova)
- L'assunzione di farmaci (in particolare FANS ed antibiotici)
- Fattori di rischio: pregressa appendicectomia con persistenza dei disturbi, fumo di sigaretta, familiarità per MICI, episodi di gastroenterite recidivante

ed esame obiettivo positivo per:

- Parametri vitali (PA, FC, temperatura corporea, peso e BMI) alterati
- Presenza di distensione o tensione, dolorabilità, masse palpabili a livello addominale
- Presenza di fistole o ascessi in sede perianale
- Manifestazioni extra-digestive a carico di cute, occhi, cavo orale ed articolazioni

Il MMG deve richiedere tests bioumorali di PRIMO livello che comprendono:

- Emocromo + formula (anemia, leucocitosi o trombocitosi)
- Proteina C Reattiva
- Creatininemia
- Quadro proteico
- Assetto marziale (Sideremia, Ferritinemia, Transferrinemia)
- Calprotectina fecale
- Coprocoltura, Parassitologico feci se viaggi all'estero
- Ricerca Clostridium Difficile se recente assunzione di terapia antibiotica

Se presenti sintomi suggestivi per CD, fattori di rischio, alterazioni all'esame obiettivo o negli esami di Laboratorio di PRIMO livello il MMG richiede una visita con priorità di classe 2 (B) presso l'Ambulatorio di Gastroenterologia dell'Ospedale Multisede del VCO con il quesito clinico di "sospetta MICI".



Struttura: SOSD Endoscopia Digestiva	Tipo di documento: PROCEDURA OPERATIVA	Codice: PP 06-END 01
Redatta da: Dirigente Medico SOSD Endoscopia Digestiva	Approvata da: Responsabile SOSD Endoscopia Digestiva	Revisione: 00
Titolo documento: Percorso di Cura Gestione Affetti da Malattie Infiammatorie Croniche Intestinali (MICI)	Emesso il: 26/05/2020	Pagina 8 di 21

In caso di presentazione clinica acuta di malattia o nel sospetto di essa o di una sua complicanza in particolare:

- Quadro sub occlusione
- Occlusione intestinale
- Sospetta Perforazione
- Addome acuto

Il MMG deve inviare al DEA il Paziente per gli accertamenti in urgenza del caso.

### **Ipotesi diagnostica di Rettocolite Ulcerosa (RCU)**

Sintomi tipici della malattia sono la diarrea e la rettorragia, tenesmo rettale, urgenza evacuativa, defecazione notturna, dolore addominale crampiforme.

Nelle forme più gravi di malattia sono presenti malessere generale, febbre, anemia.

In un 10% di pazienti le manifestazioni intestinali si accompagnano a problematiche extra-intestinali (eritema nodoso, uveite, spondilite anchilosante, colangite sclerosante o cirrosi biliare primitiva).

In caso di anamnesi positiva rispetto a:

- I sintomi sopra descritti suggestivi per RCU
- Recenti viaggi all'estero soprattutto in zone a rischio
- Contatto con soggetti con infezioni intestinali acute
- Uso di farmaci (FANS ed antibiotici)
- Familiarità per MICI e K colon-retto
- Abitudine al fumo (recente sospensione in forti fumatori)

ed esame obiettivo positivo per:

- Parametri vitali (PA, FC, temperatura, peso e BMI) alterati
- Dolorabilità addominale o senso di tensione
- Presenza di sangue rosso vivo alla esplorazione rettale
- Manifestazioni oculari, cutanee, epatiche ed articolari suggestive per manifestazioni extra-digestive

### **Il MMG richiede test biumorali di PRIMO livello:**

- Emocromo + Formula
- Creatininemia
- Elettroliti (Sodiemia, Potassiemia)
- Assetto marziale (Sideremia, Ferritinemia, Tranferrinemia)
- AST, ALT, Bilirubina frazionata, GGT
- Proteina C reattiva

Struttura: SOSD Endoscopia Digestiva	Tipo di documento: PROCEDURA OPERATIVA	Codice: PP 06-END 01	
Redatta da: Dirigente Medico SOSD Endoscopia Digestiva	Approvata da: Responsabile SOSD Endoscopia Digestiva	Revisione: 00	
Titolo documento: Percorso di Cura Gestione Affetti da Malattie Infiammatorie Croniche Intestinali (MICI)	Emesso il: 26/05/2020	Pagina 9 di 21	

- Calprotectina fecale
- Coprocoltura e Parassitologico feci
- Ricerca Clostridium Difficile se terapia antibiotica recente

I pazienti che presentano sintomi suggestivi per RCU, alterazioni all'esame obiettivo o dei tests bioumorali di PRIMO livello devono essere inviati dal MMG in visita con priorità di classe 2 (B) presso l'Ambulatorio di Gastroenterologia dell'Ospedale Multisede del VCO con il quesito clinico di "sospetta MICI".

I pazienti che presentano esordio severo con:

- Evacuazioni ematiche superiori alle 6 al dì
- Tachicardia (FC > 90 bpm)
- Febbre (T > 37,8 gradi Celsius)
- Anemizzazione (Hb < 10,5 gr/dL)
- Flogosi bioumorale (VES > 30 mm/h o PCR > 5 mg/dL)

devono essere inviati dal MMG direttamente in SOC MCU (DEA) per ricovero ospedaliero.

## **7.2. Il ruolo dello Specialista Gastroenterologo (GEL)**

Le attività specifiche dello specialista gastroenterologo sono di seguito dettagliate.

### *7.2.1 Visita specialistica GEL*

La visita specialistica GEL presso l'ambulatorio di Gastroenterologia dell'Ospedale Multi sede ASL VCO si basa in primis su di una approfondita anamnesi in grado di estrapolare:

- Familiarità per patologie digestive in particolare MICI, celiachia e neoplasie, ma anche condizioni di autoimmunità
- Regolarità dello sviluppo e della fertilità
- Comportamenti a rischio (fumo, alcool)
- Co-morbidity rilevanti (tireopatie, diabete mellito)
- Eventuali intolleranze alimentari o farmacologiche
- Patologia perianale pregressa od attiva (fistole, ascessi, ragadi)
- Pregressi interventi chirurgici (appendicectomia)
- Terapie in atto (FANS, antibiotici)
- Recenti viaggi all'estero
- Promiscuità sessuale
- Momento di esordio della sintomatologia
- Caratteristiche del dolore (sede, intensità, durata, risoluzione spontanea o con farmaci, andamento continuo o colico, correlazione con i pasti, emissione gas od evacuazione, risveglio notturno, associazione a nausea/vomito o febbre)
- Calo ponderale superiore al 10% senza restrizione dietetica

Struttura: SOSD Endoscopia Digestiva	Tipo di documento: PROCEDURA OPERATIVA	Codice: PP 06-END 01	
Redatta da: Dirigente Medico SOSD Endoscopia Digestiva	Approvata da: Responsabile SOSD Endoscopia Digestiva	Revisione: 00	
Titolo documento: Percorso di Cura Gestione Affetti da Malattie Infiammatorie Croniche Intestinali (MICI)	Emesso il: 26/05/2020	Pagina 10 di 21	

- Caratteristiche della diarrea (numero evacuazioni al dì, risveglio notturno, consistenza feci, colore, presenza di melena, sangue o muco con particolare attenzione alla sede di rilevamento del sangue: termine della evacuazione, frammisto alle feci, emissione di solo sangue)
- Tenesmo
- Urgenza evacuativa
- Presenza di sintomi extra-digestivi (oculari, cutanei, orali, articolari)

L'esame obiettivo permette di evidenziare eventuali alterazioni dell'organismo suggestive per la presenza di patologia infiammatoria intestinale e dovrebbe pertanto comprendere:

- Valutazione condizioni generali del paziente (magrezza, bassa statura, pallore) per escludere eventuale malassorbimento
- Rilevazione parametri vitali (PA, FC, temperatura)
- Peso e calcolare BMI
- Rilevazione in sede addominale di aree dolenti o dolorabili, distensione, meteorismo o rilevazione di masse palpabili
- Ispezione della regione perianale ed esplorazione rettale se vengono riferiti sintomi correlabili a localizzazione di malattia in tale sede
- Valutazione distretti extra-digestivi se riferiti sintomi di pertinenza

### 7.2.2 Approfondimento della diagnostica di laboratorio

Ad integrazione degli esami ematici e delle feci di PRIMO livello già richiesti dal MMG, lo specialista GEL potrebbe integrarli con esami di SECONDO livello al fine di eseguire una diagnosi differenziale con altre patologie.

In particolare:

- Sierologia per celiachia (IgA totali, anticorpi anti transglutaminasi (TGG) IgA
- Funzionalità tiroidea (TSH-R)
- Dosaggio vitamina B12 e folati nel sospetto di SIBO
- BT al lattosio nel sospetto di intolleranza
- BT al glucosio nel sospetto di SIBO
- Dosaggio LDH, Cupremia e Beta-2-microglobulina nel sospetto di patologia linfoproliferativa
- Ricerca Ab anti CMV IgM

### 7.2.3 Diagnostica strumentale

L'endoscopia digestiva riveste un ruolo fondamentale nella diagnosi e nella gestione delle MICI.

La ileocolonscopia permette, infatti, di visualizzare direttamente la mucosa colica ed ileale e di effettuare un campionamento biptico al fine di effettuare l'esame istologico e confermare il sospetto clinico.

Nel dubbio di lesioni a carico del digiuno -ileo si può effettuare l'enteroscopia mediante video-capsula (VCE) che consente lo studio completo del tenue, ma non permette prelievo biptico e va



Struttura: SOSD Endoscopia Digestiva	Tipo di documento: PROCEDURA OPERATIVA	Codice: PP 06-END 01	
Redatta da: Dirigente Medico SOSD Endoscopia Digestiva	Approvata da: Responsabile SOSD Endoscopia Digestiva	Revisione: 00	
Titolo documento: Percorso di Cura Gestione Affetti da Malattie Infiammatorie Croniche Intestinali (MICI)	Emesso il: 26/05/2020	Pagina 11 di 21	

preceduta da studio radiologico del tenue o studio di pervietà mediante capsula biodegradabile (*Patency*) per escludere ostacoli al transito della microcamera che potrebbero indurre la ritenzione.

Una opzione alternativa per lo studio endoscopico del tenue è rappresentata dall'enteroscopia a singolo o doppio pallone che permette l'esplorazione del piccolo intestino e la possibilità di campionamento biotico.

L'esofagogastroduodenoscopia (EGDS) rappresenta l'indagine diagnostica che identifica eventuali localizzazioni di CD a livello del tratto digestivo superiore.

La gestione di queste procedure e la programmazione delle stesse in tempi appropriati rappresenta il compito dello specialista GEL, una volta acquisiti tramite anamnesi, esame obiettivo ed esami di laboratorio, tutti gli elementi che inducono il sospetto di malattia infiammatoria cronica intestinale.

#### 7.2.4 Diagnostica per immagini

Al fine di valutare in modo adeguato l'estensione di malattia ed eventuali sue complicanze (fistole, stenosi, ascessi), lo specialista GEL può pianificare alcuni accertamenti radiologici ad integrazione delle indagini endoscopiche. Gli accertamenti di seguito riportati sono in linea con quelli proposti dalle ECCO-ESGAR *Evidence Based Consensus Guidelines* pubblicate nel 2013.

L'ecografia delle anse intestinali ha una buona sensibilità e specificità nel rilevare lesioni suggestive per CD e può rientrare fra gli esami di screening per le malattie infiammatorie in particolare al fine di visualizzare le complicanze del CD (stenosi, ascessi, fistole). Questa metodica ha il vantaggio di non essere invasiva, facilmente ripetibile, a basso costo, ma è operatore-dipendente (Evidenza Linea 2 ECCO-ESGAR).

La radiografia diretta dell'addome senza mezzo di contrasto è utile non tanto per far diagnosi di MICI, ma per documentare, in presenza di quadri acuti o di complicanze (occlusione intestinale, megacolon tossico), presenza di livelli idroaerei od eccessiva dilatazione gassosa del colon piuttosto che aria libera intraperitoneale.

L'enteroTC e l'enteroRMN hanno un ruolo nella diagnosi di MICI per la documentazione di malattia localizzata al tenue o nella diagnosi delle complicanze (ascessi, fistole, stenosi). Tra le due metodiche, la RMN sarebbe da preferire in quanto non espone il Paziente al rischio di radiazioni ionizzanti (Evidenza linea 1 secondo ECCO-ESGAR); la TC andrebbe riservata ai soggetti con quadro di urgenza-emergenza (occlusione, sospetta perforazione intestinale - Evidenza linea 2 secondo ECCO-ESGAR).

La RMN pelvica ha un ruolo diagnostico nel documentare eventuali complicanze in sede addominale inferiore e pelvica tipo la presenza di fistole complesse o raccolte ascessuali nei pazienti con CD a localizzazione perianale o rettale (Evidenza linea 1 secondo ECCO-ESGAR).

Una metodica alternativa alla RMN pelvica per studiare la presenza di complicanze perianali è rappresentata dalla ecografia trans-rettale in grado di identificare la presenza di ascessi (Evidenza linea 2 secondo ECCO-ESGAR).

Struttura: SOSD Endoscopia Digestiva	Tipo di documento: PROCEDURA OPERATIVA	Codice: PP 06-END 01
Redatta da: Dirigente Medico SOSD Endoscopia Digestiva	Approvata da: Responsabile SOSD Endoscopia Digestiva	Revisione: 00
Titolo documento: Percorso di Cura Gestione Affetti da Malattie Infiammatorie Croniche Intestinali (MICI)	Emesso il: 26/05/2020	Pagina 12 di 21

Per quanto concerne gli accertamenti strumentali, è possibile effettuare tutti questi presso la Radiologia dell'Ospedale Multisede del VCO ad eccezione della ecografia delle anse intestinali, dell'ecografia trans rettale e della enteroRMN che vengono effettuate rispettivamente presso la gastroenterologia dell'Ospedale Maggiore di Novara e presso la Radiologia dell'Ospedale Maggiore di Novara.

### 7.2.5 Diagnostica isto-patologica

In corso di indagine endoscopica lo specialista GEL provvederà ad effettuare il campionamento biotico dei distretti esplorati.

I criteri biotici sono differenti a seconda che si tratti di una prima diagnosi, di una valutazione in corso di *follow up*, oppure di fasi della malattia con rischio di evoluzione neoplastica.

In casi di sospette lesioni displastiche/neoplastiche può essere valutata l'ipotesi di esame endoscopico ad alta definizione per l'individuazione delle lesioni a rischio.

I prelievi biotici verranno corredati di adeguate indicazioni clinico-anamnestiche.

La diagnosi isto-patologica delle MICI sui campioni biotici ha lo scopo di:

1. Confermare o meno la presenza di infiammazione;
2. Differenziare MICI da altre forme di colite;
3. Differenziare RCU da CD;
4. Identificare eventuali lesioni displastiche o neoplastiche.

Nel caso in cui si richieda conferma diagnostica od in caso di diagnosi iniziale dubbia, un accurato campionamento biotico deve essere ripetuto dopo adeguato intervallo temporale e può essere utile una seconda opinione sul preparato da parte di un altro Anatomo-Patologo esperto di MICI.

### 7.2.6 Terapia medica e definizione dei protocolli

Una volta giunti alla diagnosi di MICI, compito dello specialista GEL sarà quello di impostare la corretta terapia che andrà valutata sulla base del grado di attività, localizzazione ed estensione di malattia nonché sulla presenza di manifestazioni extra-intestinali (allegati 1 e 2).

Le opzioni terapeutiche di seguito riportate si basano sulle linee guida della ECCO (*European Crohn – Colitis Organization*).

La terapia si differenzia a seconda della patologia e del grado di severità della medesima.

#### **Malattia di Crohn (CD)**

Al Paziente con diagnosi di CD andrà fatta la raccomandazione di sospendere l'abitudine al fumo di sigaretta in quanto rappresenta un fattore prognostico negativo per l'evoluzione di malattia e per l'aumentata incidenza di complicanze che possono richiedere il ricorso alla chirurgia.

#### **Malattia di Crohn a localizzazione ileociecale**

In caso di malattia ad attività lieve la mesalazina ha un ruolo, seppur limitato, a dosaggio di almeno 4 grammi al dì; opzione più valida è la **budesonide**, steroide a bassa biodisponibilità, al dosaggio di 9 mg al dì con dosaggio a scalare di 3 mg al dì ogni 6-8 settimane sino alla sospensione.

Struttura: SOSD Endoscopia Digestiva	Tipo di documento: PROCEDURA OPERATIVA	Codice: PP 06-END 01	
Redatta da: Dirigente Medico SOSD Endoscopia Digestiva	Approvata da: Responsabile SOSD Endoscopia Digestiva	Revisione: 00	
Titolo documento: Percorso di Cura Gestione Affetti da Malattie Infiammatorie Croniche Intestinali (MICI)		Emesso il: 26/05/2020 Pagina 13 di 21	

Gli antibiotici rifaximina-isomero-alfa, metronidazolo e ciprofloxacina possono essere utilizzati nel Paziente con attività lieve-moderata per indurre la remissione.

In alcuni Pazienti con sintomi lievi nessuna terapia ad eccezione del solo trattamento sintomatico può essere un'alternativa.

Nelle forme lievi-moderate e moderate la budesonide o gli steroidi sistemici possono essere la terapia di PRIMA scelta.

### **Malattia di Crohn a localizzazione colica ed estesa**

La **salazopirina** può essere utilizzata nelle forme lievi od in presenza di manifestazioni extra-intestinali articolari periferiche.

Gli antibiotici (metronidazolo e ciprofloxacina) vengono considerati per il trattamento delle complicanze settiche.

La nutrizione enterale (NE) viene considerata terapia di supporto nei Pazienti che presentano quadro di grave malassorbimento.

Le forme ad attività severa, quelle con estensione importante al tenue così come quelle a localizzazione al tratto GE superiore vanno trattate in primis con steroidi sistemici al fine di ottenere la remissione clinica della fase acuta e con immunosoppressori (tiopurine, methotrexate) nella fase di mantenimento per ridurre il rischio di riattivazione della malattia.

Nelle forme con interessamento esofageo o gastroduodenale si associa il trattamento con **Inibitori Della Pompa Protonica** (PPI) a dosaggio pieno a quello con steroidi sistemici per la fase acuta ed immunosoppressori per il mantenimento.

La terapia biologica con **anti-TNF-alfa** per via endovenosa o sottocutanea, **anti-integrine** (Vedolizumab) per via endovenosa ed **anti-interleuchine** (Ustekinumab, Anti-JAK 1 e 2 e tofacitinib) per via orale, sottocutanea ed endovenosa è indicata per la malattia che rimane attiva nonostante un trattamento steroideo adeguato per dose e durata (steroido-resistenza) o che si riattiva all'atto della sospensione o della riduzione del dosaggio degli steroidi (steroido-dipendenza) od in corso di terapia con immunosoppressori.

**L'uso precoce dei biologici può essere contemplato in caso di malattia ad esordio severo ed andamento aggressivo, garantendo un buon risultato nel breve e medio termine; andranno valutati nel tempo i benefici a lungo termine.**

La durata del trattamento con Anti-TNF-alfa non è stata definita; dati di utilizzo fino a 10 anni sono stati recentemente pubblicati, confermando il mantenimento dell'efficacia, associato ad un profilo di sicurezza stabile, in questo lasso di tempo.

La terapia COMBO (Anti-TNF-alfa + tiopurine) per uso prolungato andrebbe evitata nei soggetti più giovani per il rischio di aumentata incidenza di linfoma-T-epatosplenico.

### **Malattia di Crohn a localizzazione perianale**

Il trattamento richiede l'uso combinato di terapia chirurgica (drenaggio ascessi e procedure specifiche in relazione alla complessità della malattia perianale) e terapia medica.

La terapia farmacologica è fondamentale nel trattamento delle fistole perianali complesse.

Nella malattia perianale complessa l'utilizzo dei farmaci anti-TNF-alfa rappresenta la terapia di PRIMA scelta previa bonifica chirurgica della sepsi od utilizzo di antibiotici (chinolonici e metronidazolo).

### **Terapia in relazione al decorso e comportamento della malattia**

Per steroidodipendenza: terapia con biologici o con immunosoppressori (tiopurine o metotrexate) prescritta dallo Specialista GEL.



Struttura: SOSD Endoscopia Digestiva	Tipo di documento: PROCEDURA OPERATIVA	Codice: PP 06-END 01	
Redatta da: Dirigente Medico SOSD Endoscopia Digestiva	Approvata da: Responsabile SOSD Endoscopia Digestiva	Revisione: 00	
Titolo documento: Percorso di Cura Gestione Affetti da Malattie Infiammatorie Croniche Intestinali (MICI)	Emesso il: 26/05/2020	Pagina 14 di 21	

Per steroideo-refrattarietà: terapia con biologici preferibile a quella con immunosoppressore.

### **Terapia di mantenimento**

E' dettata dalla storia clinica e dalle caratteristiche della malattia del paziente.

I farmaci che hanno dimostrato efficacia nel mantenimento della remissione clinica sono le tiopurine, il metotrexate, i farmaci biologici.

Il metotrexate rappresenta la terapia di seconda linea nei pazienti intolleranti ai primi due trattamenti precedentemente indicati.

In casi selezionati, anche nessuna terapia di mantenimento può essere usata.

Per quanto concerne il trattamento della malattia di Crohn (CD) in fase di severa attività si rimanda all'allegato 3.

### **Rettocolite ulcerosa (RCU)**

Il trattamento si basa sulla estensione e sull'attività di malattia con l'obiettivo di ottenere la guarigione mucosale (*mucosal healing*) al fine di prevenire le recidive, il trattamento chirurgico e lo sviluppo di cancro colon-rettale.

La malattia viene classificata in relazione alla estensione ed al grado di attività come riportato negli allegati 1 e 2.

### **Proctite ulcerosa**

La terapia topica può rappresentare una opzione valida in caso di attività lieve (mesalazina supposte o gel rettale) oppure in combinazione (mesalazina topica + orale) in caso di attività moderata.

Nelle forme severe andrà valutato l'utilizzo di corticosteroidi, immunosoppressori e terapia biologica con immunomodulatori (anti-TNF-alfa, Vedolizumab ed Ustekinumab).

### **Colite ulcerosa sinistra**

La terapia combinata di mesalazina (topica + os), corticosteroidi a bassa biodisponibilità (beclometasone dipropionato, budesonide MMX per le forme lievi), corticosteroidi sistemici, immunosoppressori e terapia biologica rappresentano le opzioni terapeutiche in relazione al grado di attività di malattia.

### **Pancolite ulcerosa**

Le opzioni terapeutiche di questa forma sono sovrapponibili a quelle della colite sinistra e dipendono dal grado di attività della malattia.

### **Terapia in relazione al decorso e comportamento della malattia**

La rettocolite ulcerosa in fase di attività severa, essendo a rischio di mortalità, richiede l'ospedalizzazione del Paziente per effettuare opportuno regime di trattamento intensivo; per quanto riguarda gli schemi di terapia si rimanda all'allegato 3.

In caso di recidiva precoce è indicata terapia con tiopurine dopo aver indotto remissione con steroidi sistemici.

In caso di steroideo-dipendenza vi è indicazione a trattamento con tiopurine ed in caso di fallimento od intolleranza alle stesse ad introduzione di terapia biologica.

In caso di steroideo-refrattarietà vi è indicazione a terapia biologica con anti-TNF-alfa od anti-integrina (Vedolizumab) od anti-interleucina (Ustekinumab).

Struttura: SOSD Endoscopia Digestiva	Tipo di documento: PROCEDURA OPERATIVA	Codice: PP 06-END 01	
Redatta da: Dirigente Medico SOSD Endoscopia Digestiva	Approvata da: Responsabile SOSD Endoscopia Digestiva	Revisione: 00	
Titolo documento: Percorso di Cura Gestione Affetti da Malattie Infiammatorie Croniche Intestinali (MICI)		Emesso il: 26/05/2020 Pagina 15 di 21	

### **Terapia di mantenimento**

In relazione all'estensione, al decorso, al fallimento od alla intolleranza di precedenti terapie, alla gravità della precedente recidiva ed al trattamento utilizzato per indurre la remissione nella precedente recidiva: mesalazina, tiopurine, biologici.

#### *7.2.7 Visita successiva all'impostazione della terapia*

Entro un mese dall'impostazione della terapia il follow-up prevede una visita specialistica GEL di controllo per valutare l'efficacia della terapia in base alla evoluzione clinica ed all'esito degli esami bioumorali prescritti all'atto della impostazione della terapia di primo livello (Emocromo +Formula, PCR, Calprotectina fecale, Quadro proteico, Creatininemia, Folati, Glicemia se prescritto steroide):

- Buona risposta alla terapia impostata: prescrizione della terapia di mantenimento ed indicazione a visita GEL di controllo a 3/6 mesi con prescrizione degli esami bioumorali di monitoraggio (Emocromo+Formula, PCR, Calprotectina fecale, Quadro proteico, Creatininemia, Folati)
- Fallimento terapia medica di primo livello (mesalazina, steroide): impostazione di screening ematochimico per infezioni latenti (sierologia virus epatite B e C, HIV, VZV, EBV, CMV e Quantiferon), visita dermatologica, visita ginecologica + PAP test; mammografia (se età > 30 aa), PSA (in maschio > 50 aa) ed rx torace; se non controindicazioni, impostazione di terapia medica di secondo livello (immunosoppressore o biologico).

Il timing delle valutazioni successive può essere differente per ogni singolo paziente in relazione alla diagnosi ed al tipo di terapia che viene consigliata.

#### *7.2.8 Terapia chirurgica*

La necessità di un intervento chirurgico nel CD è frequente anche se l'avvento dei biologici pare abbia ritardato, ma non ridotto il ricorso alla chirurgia.

Dal momento che l'opzione chirurgica è considerata non curativa e le recidive ad un anno possono variare dal 20% (clinica) al 70% (endoscopica), questa opzione va riservata a casi selezionati e che sono indicati nell'allegato 4.

L'opzione chirurgica nei pazienti con RCUI può essere, invece, considerata curativa, ma non va proposta indiscriminatamente in quanto si tratta di un intervento altamente demolitivo.

Nell'allegato 4 sono segnalate le indicazioni in urgenza ed in elezione che consigliano l'opzione chirurgica.

#### *7.2.9 Profilassi della recidiva post-chirurgica in CD*

Per prima cosa va effettuato *counselling* al fine di promuovere la sospensione del fumo di sigaretta.

La terapia profilattica va intrapresa precocemente (entro due settimane dall'intervento) e prevede l'uso di mesalazina ad una dose superiore a 3 grammi al dì in associazione od in alternativa al metronidazolo il cui utilizzo potrebbe venire limitato dalla comparsa di effetti collaterali (disgeusia, nausea) nel trattamento a lungo termine per cui non dovrebbe essere assunto oltre i primi 3 mesi dopo l'intervento.

Le tiopurine sono considerate terapia di PRIMA linea nella profilassi post-chirurgica dei pazienti ad alto rischio di recidiva, mentre l'utilizzo dei biologici andrebbe riservato ai pazienti con storia di

Struttura: SOSD Endoscopia Digestiva	Tipo di documento: PROCEDURA OPERATIVA	Codice: PP 06-END 01
Redatta da: Dirigente Medico SOSD Endoscopia Digestiva	Approvata da: Responsabile SOSD Endoscopia Digestiva	Revisione: 00
Titolo documento: Percorso di Cura Gestione Affetti da Malattie Infiammatorie Croniche Intestinali (MICI)	Emesso il: 26/05/2020	Pagina 16 di 21

malattia aggressiva e multipli interventi chirurgici che presentano quadro compatibile con sindrome da intestino corto.

### 7.3. Il ruolo degli Specialisti Consulenti

Nel momento in cui dalla visita presso l'ambulatorio GEL emergano sintomi suggestivi per manifestazioni extra-digestive correlate alle MICI sarà compito dello specialista GEL inviare il Paziente a consulenza specialistica per confermare la diagnosi ed impostare il corretto iter diagnostico-terapeutico. Viceversa, nel momento in cui lo specialista consulente valuta un Paziente che potrebbe presentare una malattia infiammatoria cronica in concomitanza della problematica di sua pertinenza motivo del consulto, deve reinviare al MMG il Paziente con indicazione ad effettuare gli esami bioumorali di PRIMO livello e, se positivi, alla successiva visita con priorità B presso l'ambulatorio MICI.

#### 7.3.1 Consulenza Oculistica

Nei casi di pazienti con iperemia, dolore oculare o calo della acuità visiva è consigliabile una valutazione oculistica. Le manifestazioni più frequenti correlate alle MICI sono:

- L'episclerite (infiammazione del tessuto compreso tra congiuntiva e sclera che si manifesta con arrossamento localizzato ad un singolo occhio e che induce dolore, bruciore ed irritazione)
- La sclerite, più rara, ma più grave, che interessa la sclera che assume sfumatura rosacea
- L'uveite che nei pazienti con MICI si manifesta con arrossamento, dolore e calo della acuità visiva e colpisce l'iride ed il corpo ciliare

#### 7.3.2 Consulenza Reumatologica

Le manifestazioni extra-intestinali di pertinenza reumatologica interessano circa il 17-39% dei pazienti con MICI per cui, in loro presenza o nel loro sospetto, lo specialista GEL deve inviare il Paziente a valutazione Reumatologica.

Le situazioni meritevoli in particolare di valutazione specialistica sono rappresentate da:

- Lombalgia infiammatoria in soggetti di età inferiore ai 40 anni, con esordio insidioso, sintomatologia dolorosa di durata superiore alle 6-8 settimane, che presenta rigidità mattutina, responsiva ai FANS, migliorata dal movimento e con cadenza notturna/mattutina dei disturbi.
- Sacro ileite, dolore alla natica esteso posteriormente fino al cavo popliteo; monolaterale, bilaterale o basculante, ad esordio insidioso, associata a lombalgia infiammatoria e con cadenza prevalentemente notturna/mattutina.
- Sospetta artrite periferica con segni obiettivi di flogosi, dolore notturno od al risveglio, rigidità articolare mattutina di durata superiore ai 30 minuti.
- Sospetta entesite in particolare in sede calcaneare.
- Segni radiologici riferibili a sacro ileite o spondilite



Struttura: SOSD Endoscopia Digestiva	Tipo di documento: PROCEDURA OPERATIVA	Codice: PP 06-END 01
Redatta da: Dirigente Medico SOSD Endoscopia Digestiva	Approvata da: Responsabile SOSD Endoscopia Digestiva	Revisione: 00
Titolo documento: Percorso di Cura Gestione Affetti da Malattie Infiammatorie Croniche Intestinali (MICI)	Emesso il: 26/05/2020	Pagina 17 di 21

### 7.3.3 Consulenza Dermatologica

Le manifestazioni dermatologiche più frequenti nell'ambito delle MICI (1-16%) sono rappresentate dall'eritema nodoso e dal pioderma gangrenoso.

L'eritema nodoso si caratterizza per la comparsa improvvisa di uno o più noduli infiammatori dolorosi, di dimensioni variabili e localizzati generalmente sulla superficie anteriore delle gambe e soggetti a variazioni cromatiche.

Il pioderma gangrenoso interessa prevalentemente gli arti inferiori ed esordisce con una nodosità profonda infiammatoria o con elementi vescico-pustolosi circondati da intenso eritema. L'evoluzione è solitamente ulcerativa con lesioni dolorose.

Più rare manifestazioni cutanee associate alle MICI sono la psoriasi e l'eritema polimorfo.

Compito dello specialista GEL in presenza di manifestazioni cutanee suggestive per queste problematiche è di inviare il Paziente a valutazione Dermatologica.

### 7.3.4 Consulenza Nutrizionale

Frequentemente le MICI si associano alla malnutrizione con percentuali variabili dal 25% all'80% a seconda delle casistiche.

Questa condizione si correla in parte **all'anoressia indotta dall'associazione cibo-sintomi** (dolori addominali, diarrea), ma può anche essere secondaria al **malassorbimento** così come ad un aumentato **dispendio energetico dell'organismo da aumentato catabolismo**.

Lo specialista GEL qualora ravvisi calcolando il BMI del Paziente, una situazione di deficit nutrizionale deve attivare una consulenza Dietologica.

Compito del Nutrizionista sarà quello di monitorare costantemente lo stato nutrizionale mediante la rilevazione del **BMI** (Indice Di Massa Corporea) espresso in kg/h in m<sup>2</sup>.

E' importante inoltre rilevare la Perdita ponderale (PP) ovvero calcolare la riduzione percentuale del peso corporeo abituale o peso in buona salute (PBS) rispetto al peso attuale (PA) secondo la formula:  
**PP = (PBS-PA/PBS) x 100**

Nel caso in cui la perdita ponderale risultasse superiore al 10% potrà essere attivato un intervento specialistico presso l'Ambulatorio di Dietologia e Nutrizione Clinica dell'Ospedale Multisede del VCO con richiesta di visita specialistica in classe B.

## 7.4. Il ruolo del Medico SOC MCU (DEA)

In caso di quadro clinico sospetto per esordio severo di malattia di Crohn, in particolare sotto forma di:

- Sub occlusione
- Occlusione intestinale
- Perforazione
- Addome acuto

e nel caso di pazienti che presentano quadro suggestivo per esordio severo di Rettocolite ulcerosa (RCU) con:

- Evacuazioni ematiche superiori alle 6 al dì

Struttura: SOSD Endoscopia Digestiva	Tipo di documento: PROCEDURA OPERATIVA	Codice: PP 06-END 01	
Redatta da: Dirigente Medico SOSD Endoscopia Digestiva	Approvata da: Responsabile SOSD Endoscopia Digestiva	Revisione: 00	
Titolo documento: Percorso di Cura Gestione Affetti da Malattie Infiammatorie Croniche Intestinali (MICI)	Emesso il: 26/05/2020	Pagina 18 di 21	

- Tachicardia (FC > 90 bpm)
- Febbre (T > 37,8 gradi Celsius)
- Anemizzazione (Hb < 10,5 gr/dL)
- Flogosi bioumorale (VES > 30 mm/h o PCR > 5 mg/dL)

Il MMG predispone l'invio in DEA per gli accertamenti del caso ed il ricovero ospedaliero previa telefonata.

Il compito del medico del DEA è quello di valutare clinicamente il paziente con sintomatologia sospetta per queste situazioni e di impostare gli accertamenti ematochimici (valutazione crasi ematica, funzionalità renale, quadro elettrolitico, indici di citolisi, LDH, equilibrio acido-base) e strumentali (rx addome senza mdc, ecografia addome, TC addome con mdc) al fine di confermare queste ipotesi diagnostiche ed impostare il successivo iter terapeutico (trattamento chirurgico, ricovero in ambito internistico).

Nel caso vengano escluse situazioni di acuzie meritevoli di ricovero ospedaliero o trattamento chirurgico, ma il paziente presenti quadro clinico sospetto per MICI, compito del medico del DEA sarà quello di reinviare al MMG il paziente con indicazione ad effettuare esami bioumorali di primo livello per sospetta MICI e, se positivi, a successiva valutazione con priorità B presso Ambulatorio di Gastroenterologia degli Ospedali dell'ASL VCO.

In caso di accesso diretto del paziente in DEA con quadro suggestivo per MICI il percorso risulta pressoché sovrapponibile.

### **7.5. Il ruolo dell'Infermiere**

1. Triage al DEA secondo flow-chart DOLORE ADDOMINALE;
2. Esecuzione indagini diagnostiche prescritte;
3. Collaborazione nella procedura endoscopica secondo PO 06-END 06.

Una volta effettuata la diagnosi di MICI, gli interventi infermieristici prevedono:

- l'identificazione dei bisogni di informazione sulla patologia, sui trattamenti medici e sugli esami diagnostici (ad esempio le endoscopie);
- la formulazione di un percorso informativo/formativo di educazione alla salute mediante una serie di incontri infermiere-paziente, con particolare riguardo all'importanza dell'assunzione della terapia e ai possibili effetti collaterali;
- la consegna di materiale informativo predisposto dall'equipe ad esempio sulla dieta e sulla presenza reti di supporto;
- l'accompagnamento del paziente nel percorso diagnostico-terapeutico-assistenziale definito dall'equipe multidisciplinare.

L'infermiere deve offrire uno spazio di ascolto, di riflessione, lasciando alla persona la possibilità di esprimere parole ed emozioni, senza sommergerla di informazioni e raccomandazioni, considerando che l'impatto di una malattia varia da persona a persona, in funzione della sua personalità, della situazione familiare, professionale, nella quale si trova.

Struttura: SOSD Endoscopia Digestiva	Tipo di documento: PROCEDURA OPERATIVA	Codice: PP 06-END 01
Redatta da: Dirigente Medico SOSD Endoscopia Digestiva	Approvata da: Responsabile SOSD Endoscopia Digestiva	Revisione: 00
Titolo documento: Percorso di Cura Gestione Affetti da Malattie Infiammatorie Croniche Intestinali (MICI)	Emesso il: 26/05/2020	Pagina 19 di 21

In casi selezionati è possibile accedere alla consulenza psicologica per valutare l'opportunità di un supporto psicologico.

## 08. FOLLOW-UP

Compito dello specialista GEL sarà, quello di definire il corretto calendario delle successive visite di controllo di follow-up e di stabilire un adeguato piano di sorveglianza endoscopica per il cancro coloretale (CCR) come riportato nell'allegato 5.

Il timing delle valutazioni successive può essere differente per ogni singolo paziente in relazione alla diagnosi ed al tipo di terapia che viene consigliata.

- Nel caso di terapia con mesalazina, i controlli clinici comprensivi di esami bioumorali di monitoraggio (Emocromo +Formula, PCR, Calprotectina fecale, Quadro proteico, Creatinemia, Folati) avranno una cadenza trimestrale o semestrale a seconda della evoluzione clinica.
- Nel caso di introduzione dell'immunosoppressore, nelle prime 6 settimane di trattamento si monitorizzeranno, con cadenza quindicinale, Emocromo + Formula, AST, ALT, Lipasemia. Si procederà, quindi, a pianificare con cadenza trimestrale i controlli ematochimici, aggiungendo al monitoraggio della funzionalità epatica e pancreatica, gli esami bioumorali periodici previsti per i pazienti in terapia con mesalazina con concomitante rivalutazione ambulatoriale.
- Nel caso di inizio di terapia biologica, dopo la fase di induzione con infusione a 0,2 e 6 settimane (Infliximab e Vedolizumab), a 0 e 2 settimane (Adalimumab) ed al tempo 0 ed 8 settimane (Ustekinumab), verranno monitorizzati con cadenza bimestrale Emocromo + Formula, PCR, Calprotectina fecale, Quadro proteico, AST, ALT.

In corrispondenza del controllo di follow-up lo specialista GEL valuta anche la necessità di eventuali ulteriori accertamenti in base alla comparsa di novità cliniche ed all'esito degli esami bioumorali di controllo.

## 09. INDICATORI

### Indicatore di processo

- N° pazienti con sospetta diagnosi di MICI e con esami di primo livello effettuati / N° pazienti con sospetta diagnosi di MICI inviati in ambulatorio GEL.
- N° nuove diagnosi MICI / N° pazienti inviati in ambulatorio GEL con sospetta diagnosi di MICI.
- N° pazienti con sospetta diagnosi di MICI con richiesta di visita in classe B / N° pazienti con sospetta diagnosi di MICI inviati in ambulatorio GEL.

### Indicatore di risultato

- Tempo intercorso tra data insorgenza sintomi e data prima diagnosi MICI – Valore atteso 1 semestre 2020 < dati storici attuali

Struttura: SOSD Endoscopia Digestiva	Tipo di documento: PROCEDURA OPERATIVA	Codice: PP 06-END 01	
Redatta da: Dirigente Medico SOSD Endoscopia Digestiva	Approvata da: Responsabile SOSD Endoscopia Digestiva	Revisione: 00	
Titolo documento: Percorso di Cura Gestione Affetti da Malattie Infiammatorie Croniche Intestinali (MICI)	Emesso il: 26/05/2020	Pagina 20 di 21	

## 10. ALLEGATI

- ALLEGATO 01: Classificazione CD e RCU
- ALLEGATO 02: Classificazione della severità
- ALLEGATO 03: Terapia MICI in fase di severa attività
- ALLEGATO 04: Indicazioni chirurgiche nelle MICI
- ALLEGATO 05: Sorveglianza endoscopica del CCR
- ALLEGATO 06: Indicazioni per l'appropriatezza prescrittiva dei farmaci biologici

## 11. LISTA DI DISTRIBUZIONE

Il documento validato è pubblicato nel sito intranet aziendale e trasmesso per e-mail a tutti i Direttori e Coordinatori di SOC-SOSD dell'ASL VCO, segue nota protocollata ai Direttore di Dipartimento-macrostruttura al fine della condivisione con tutti i collaboratori afferenti da parte del Responsabile Governo Clinico, Qualità, Appropriatezza, Rischio Clinico.

Il percorso di cura è distribuito in copia a tutti i medici di Medicina Generale operanti nell'ASL VCO, ai Dirigenti Medici ed agli Operatori del comparto operanti presso la Gastroenterologia ed Endoscopia Digestiva al DEA e presso i Direttori degli altri Reparti di degenza.

## 12. BIBLIOGRAFIA DI RIFERIMENTO

1. J Burisch et al. East–West gradient in the incidence of inflammatory bowel disease in Europe: the ECCO-EpiCom inception cohort. *Gut* 2013 Apr 20. [Epub ahead of print].
2. Van Assche G et al. The second European evidence-based consensus on the diagnosis and management of Crohn's disease: Definitions and diagnosis. *Journal of Crohn's and Colitis* (2010); Feb;4(1):7-27.
3. Dignass A et al. Second European evidence-based Consensus on the diagnosis and management of ulcerative colitis: Definitions and diagnosis. *Journal of Crohn's and Colitis* (2012); Dec;6(10):965-90.
4. Panes J, et al. Imaging techniques for assessment of inflammatory bowel disease: joint ECCO and ESGAR evidence-based consensus guidelines. *J Crohn's Colitis*. 2013 Aug;7(7):556-85
5. Dignass A et al. The second European evidence-based Consensus on the diagnosis and management of Crohn's disease: Current management. *J Crohns Colitis*. 2010 Feb;4(1):28-62
6. Dignass A, et al. Second European evidence-based consensus on the diagnosis and management of ulcerative colitis part 2: current management. *J Crohns Colitis*. 2012, Dec;6(10):991-1030.
7. "Guidelines for the Management of Inflammatory Bowel Disease in Adults", The British Society of Gastroenterology, in *Gut* 2004
8. Strong SA et al. The Standards Practice Task Force, the American Society of Colon and Rectal Surgeons. Practice parameters for the surgical management of Crohn's disease and RCU. *Dis Colon Rectum* 2007; 50: 1735-1746 (National Guidelines Clearinghouse: [www.guideline.gov](http://www.guideline.gov))
9. Donnellan F, Harewood GC, Cagney D, Basri F, Patchett SE, Murray FE. Economic impact of prescreening on gastroenterology outpatient clinic practice. *J Clin Gastroenterol*. 2010 Apr;44(4):e76-9;



Struttura: SOSD Endoscopia Digestiva	Tipo di documento: PROCEDURA OPERATIVA	Codice: PP 06-END 01	
Redatta da: Dirigente Medico SOSD Endoscopia Digestiva	Approvata da: Responsabile SOSD Endoscopia Digestiva	Revisione: 00	
Titolo documento: Percorso di Cura Gestione Affetti da Malattie Infiammatorie Croniche Intestinali (MICI)		Emesso il: 26/05/2020	
		Pagina 21 di 21	

10. Eaden JA, Abrams KR, Mayberry JF The risk of colorectal cancer in ulcerative colitis: a meta-analysis. Gut 2001; 48:526-535.
11. Jess T, Rungoe C, Peyrin-Biroulet L Risk of Colorectal Cancer in Patients with Ulcerative Colitis: a Meta-Analysis of Population-Based Cohort Studies. Clin GastroenterolHepatol. 2012, Jun;10(6):639-45.
12. Annese V et al. European evidence based consensus for endoscopy in inflammatory bowel disease. J Crohn Colitis 2013, Dec; 15; 7(12): 982-1018
13. Il Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA) nelle Malattie Infiammatorie Croniche dell'Intestino, Malattia di Crohn e Colite Ulcerosa, Coordinamento delle Associazioni Nazionali dei Malati Cronici (CnAMC), Cittadinanza Attiva, Marzo 2014
14. Accordo tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano per la promozione di Percorsi Diagnostici Terapeutici Assistenziali (PDTA) nelle Malattie Infiammatorie Croniche dell'Intestino e Malattia di Crohn e Colite Ulcerosa 20 ottobre 2015
15. Cornaggia M et al. Chronic idiopathic inflammatory bowel disease: The histology report. Dig Liver Dis 2011; 43S: S293-S303.

