

MALATTIA DI CROHN CON LOCALIZZAZIONE CUTANEA E ARTRITE ENTEROPATICA IN UNA PAZIENTE DIFFICILE

Daniele Bellafante, Cristiano Pagnini, Maria Carla Di Paolo, Mario Alessandro Vitale, Simona Vandalo, Federica Torcolacci, Maria Giovanna Graziani

Azienda Ospedaliera S. Giovanni Addolorata, Roma
Università Sapienza, Roma



Introduzione (1)

- La malattia di Crohn è una patologia che può presentarsi con varie manifestazioni extraintestinali.
- Tra queste sono comprese le manifestazioni cutanee:
 - SPECIFICHE: causate dal diffondersi del processo infiammatorio gastrointestinale alla cute (fistole, ragadi)
 - ASPECIFICHE: eritema nodoso, pioderma gangrenoso, aftosi orale, Crohn metastatico
 - CAUSATE DA FARMACI: reazioni cutanee allergiche (flushing, reazioni pomfoidi)
- Lesioni cutanee sono presenti nel 9-19% dei pazienti con malattia di Crohn.

Introduzione (2)

- Altre manifestazioni extraintestinali sono quelle reumatologiche, come le artriti enteropatiche.
- Le manifestazioni articolari compaiono in circa il 10-39% dei pazienti con IBD, essendo la più comune manifestazione extraintestinale
- La gestione terapeutica di pazienti con malattia di Crohn complicata e manifestazioni extraintestinali richiede collaborazione tra medico e paziente

CASE REPORT

- A.M., donna, 51 anni
- Diagnosi di malattia di Crohn nel 2016, presso altro centro, in seguito alla comparsa di dolore addominale ed alterazioni dell'alvo. RSCS: mucosa con aspetto ad «acciottolato» a partire da 25 cm dall'ano fino al cieco.
- La paziente si è recata presso più centri prima di venire in visita da noi e non ha mostrato adeguata aderenza alle terapie impostate: scarsa compliance
- Trattata con CS (Deltacortene 25 mg 1cp + ½ cp). Malattia steroideo-dipendente (riacutizzazione entro 3 mesi dalla sospensione della terapia steroidea)
- In anamnesi: poliallergie (mesalazina, lattosio), fumatrice, distiroidismo, sindrome ansioso-depressiva

Anamnesi gastroenterologica (1)

- Ricovero a fine 2019 per riacutizzazione della malattia di Crohn. Ha eseguito TC addominale con mdc che ha evidenziato ispessimento delle pareti del colon. Esegue RSCS: pancolite. MONTREAL A3, L2, B1.
- Nel Dicembre 2020 giunge al nostro ambulatorio, presentando estese ulcerazioni cutanee al livello della cute dei glutei e del solco intergluteo, che la paziente ha riferito essere comparsa circa 3 mesi prima.

Anamnesi gastroenterologica (2)

- Nuovo ricovero nel Gennaio 2021 per riacutizzazione malattia di Crohn. Nel corso della degenza è stata ristadiata la patologia gastrointestinale ed è stato eseguito un inquadramento diagnostico della lesione cutanea:
 - **RM con mdc:** tramite fistoloso che si estende dalla plica interglutea con aspetto ramificato, interessando il canale anale.
 - **Entero-TC:** multipli segmenti intestinali caratterizzati da parete ispessita con potenziamento trasmurale dopo mdc ed irregolarità ulcerative del profilo mucoso compatibilmente con malattia di Crohn localizzata a livello dell'ileo terminale per 15 cm ed a livello di multipli segmenti colici (cieco, trasverso, colon sinistro retto e regione perianale).
 - **RSCS:** pancolite e ileite terminale.

Anamnesi gastroenterologica (3)

- Dunque, la paziente è stata nuovamente stadiata: MONTREAL A3, L3, B1p.
CDAI > 220.
- IPOSTESI DIAGNOSTICHE LESIONI CUTANEE:
 1. Pioderma gangrenoso in sede atipica
 2. Malattia di Crohn metastatica
 3. Flogosi e ulcerazione cutanea da fistola enterocutanea
- E' stata eseguita biopsia della lesioni cutanee: «losanga di cute e sottocute, ulcerata, sede nel derma e nel tessuto adiposo sottostante di infiltrato cronico attivo associato a *granulomi non necrotizzanti con presenza di cellule giganti multinucleate*, compatibile con coinvolgimento cutaneo di malattia di Crohn».
- Ha eseguito screening infettivologico per iniziare terapia biologica

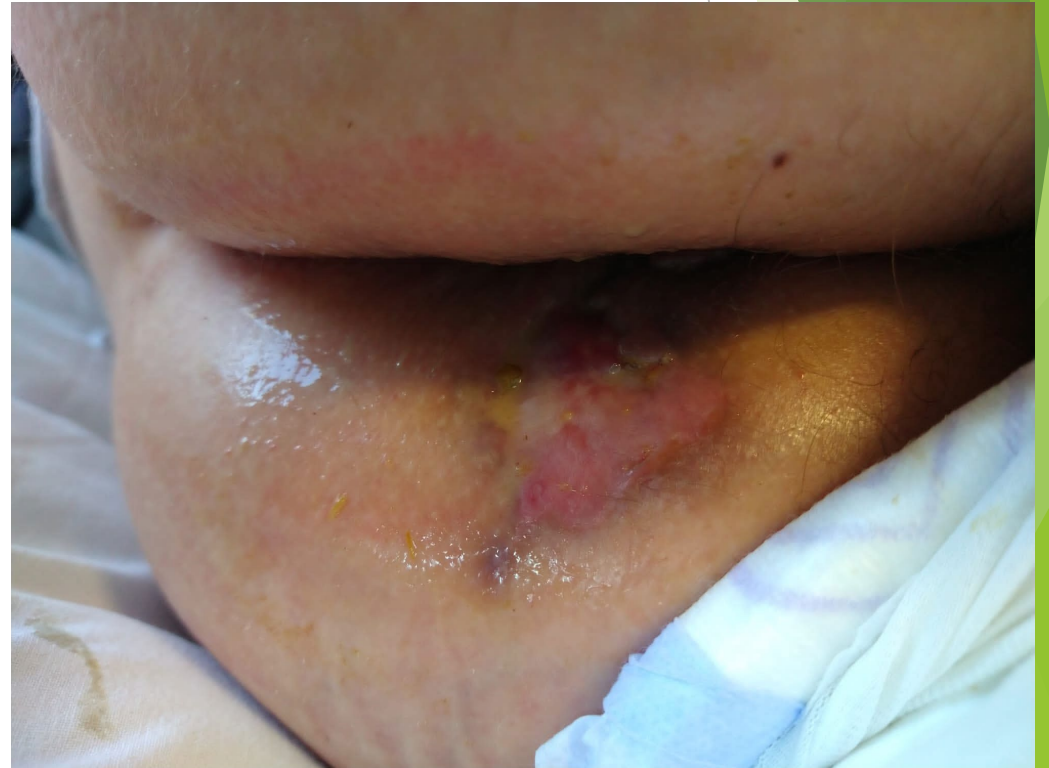
Prima proposta terapeutica



Infliximab ev 5 mg/kg a 0, 2 e 6 settimane (FASE DI INDUZIONE)



Miglioramento della sintomatologia gastrointestinale (riduzione del numero di evacuazioni al giorno e scomparsa di dolore addominale) e riepitelializzazione della lesione cutanea



All'inizio della FASE DI MANTENIMENTO, alla 4° infusione di IFX, la paziente ha manifestato una reazione allergica (flushing e difficoltà respiratoria), gestita con corticosteroidi ed antistaminici



SOSPENSIONE TERAPIA CON IFX



Alla sospensione comparsa di artralgia alle mani, rigidità mattutina, gonalgia e rachialgia, associate ad un peggioramento della sintomatologia gastrointestinale (5-6 evacuazione di feci liquide/semiliquide al giorno, senza presenza di sangue)

Visita reumatologica

- Articolazioni dolenti: ginocchia, spalle, II-III MCF bilateralmente, polsi
- Articolazioni tumefatte: II MCF dx, polso dx
- Eco: sinovite radiocarpica moderata a dx e sinovite lieve II MCF con tenosinovite proliferativa del tendine del m. flessore
- RM non eseguita poiché la paziente non si è presentata all'esame



Quadro compatibile con possibile artrite enteropatica (tutt'ora in corso di definizione diagnostica)

Seconda proposta terapeutica



ADALIMUMAB sc 160 mg a t 0, 80 mg dopo 2 settimane, poi 40 mg ogni 2 settimane.



Parziale risposta clinica: lieve e parziale miglioramento della sintomatologia gastrointestinale-cutanea; persistenza della sintomatologia articolare.

NB: paziente con ridotta compliance terapeutica. Non costante nelle visite ambulatoriali di controllo.

Conclusioni

- Gli anti-TNFa sono una valida scelta terapeutica nel trattamento della malattia di Crohn cutanea, come dimostrato dall'ottima e repentina riepitelializzazione delle lesioni della paziente.
- Gli anti-TNFa sono il gold standard terapeutico nel trattamento dei pazienti con CD ed artrite enteropatica. Attualmente, nel nostro caso, essendo ancora nella fase terapeutica dell'induzione, è troppo presto per valutare la risposta alla terapia, maggiormente alla luce della ridotta compliance della paziente.
- La gestione ed il trattamento dei pazienti con malattia di Crohn complicata e con manifestazioni extraintestinali sono complessi e richiedono una stretta collaborazione tra medico e paziente.
- La malattia complicata (cutanea e articolare), le comorbidità (poliallergie, sindrome ansioso-depressiva) e la scarsa compliance influenzano enormemente la scelta ed il successo della terapia e aumentano il rischio di avere terapie poco efficaci

Grazie per l'attenzione!

