

SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA
Azienda Unità Sanitaria Locale di Reggio Emilia

Malattie infiammatorie intestinali (MICI)

Inflammatory Bowel Disease (IBD)

Ruolo dell'endoscopia e quadri endoscopici

Dr. Claudia Guatti-Zuliani
Specialista in Gastroenterologia
SOC Endoscopia Digestiva Aziendale
AUSL Reggio Emilia

Ruolo dell'endoscopia nelle Malattie Infiammatorie Intestinali

- Diagnostico
- Prognostico (su evoluzione della malattia e su risposta ai farmaci)
- Gestionale (sulle decisioni terapeutiche)
- Di sorveglianza (per rischio CRC)
- Terapeutico

Ruolo dell'endoscopia nella *diagnosi* delle IBD

Ileo-colonscopia

(Endoscopia tratto superiore, enteroscopia capsulare e device assistita)

Metodica diagnostica necessaria , ancorchè non sufficiente e da integrare con dati clinici , bioumorali, istologici e radiologici, per giungere alla:

- diagnosi di IBD
- diagnosi differenziale tra M. di Crohn e colite ulcerosa
- esclusione di IBD (DD con coliti di altra natura)

-ECCO-

Malattie infiammatorie intestinali (MICI)
Inflammatory Bowel Disease (IBD)

RETTOCOLITE ULCEROSA (RCU)
MORBO DI CROHN (MC)

Se il sospetto nasce dalla clinica, la diagnosi viene fatta con **l'esame endoscopico e l'esame istologico su prelievo biptico**

MALATTIE INFIAMMATORIE INTESTINALI:

la diagnosi endoscopica e la diagnosi differenziale

RETTOCOLITE ULCEROSA

1. Retto interessato
2. Distribuzione continua
3. Perdita reticolo vascolare
4. Eritema diffuso
5. Erosioni e microulcere
6. Ampie ulcerazioni superficiali
7. Granulosità mucosa
8. Fragilità mucosa
9. Assenza di fistole
10. Ileo indenne

MORBO DI CROHN

1. Retto può essere indenne
2. Lesioni discontinue
3. Ulcere aftoidi
4. Ulcere lineari
5. Ulcere serpiginose
6. Ampie ulcerazioni profonde
7. Mucosa "ad acciottolato"
8. Lesioni anali
9. Fistole/stenosi
10. Ileo può essere interessato

Score Diagnostico per D.D. tra IBD

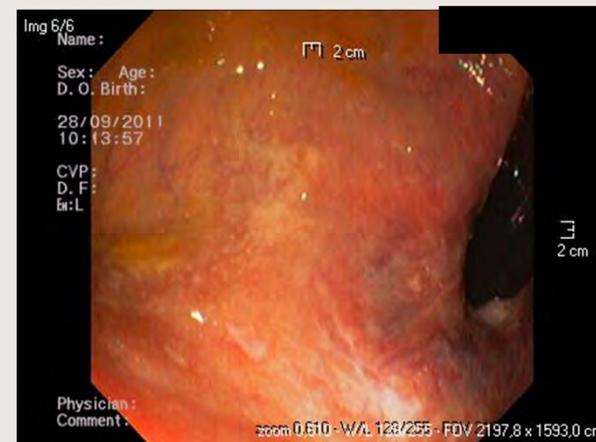
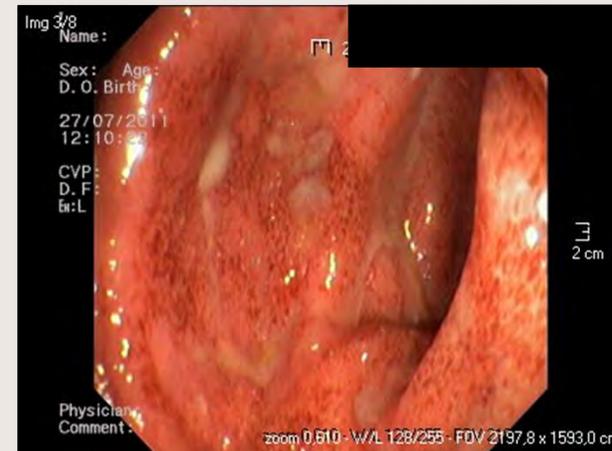
► Tabella 1: caratteristiche endoscopiche suggestive per malattia di Crohn e colite ulcerosa, con peso relativo desunto dalla regressione lineare. Lo score diagnostico è stato sviluppato in uno studio (3) su 606 esami endoscopici, i valori positivi orientano verso malattia di Crohn, quelli negativi verso colite ulcerosa

Segni	Sensibilità (%)	Specificità (%)	Score
CROHN			
Lesioni segmentarie	55%	99%	+55
Acciottolato	34%	96%	+8
Lesioni anali	15%	100%	+15
COLITE ULCEROSA			
Lesioni continue	99%	55%	-2
Mucosa granulosa	88%	72%	-3
Scomparsa reticolo	91%	51%	-2
Erosioni o microulcere	67%	87%	-7
Interessamento del retto	92%	43%	-2

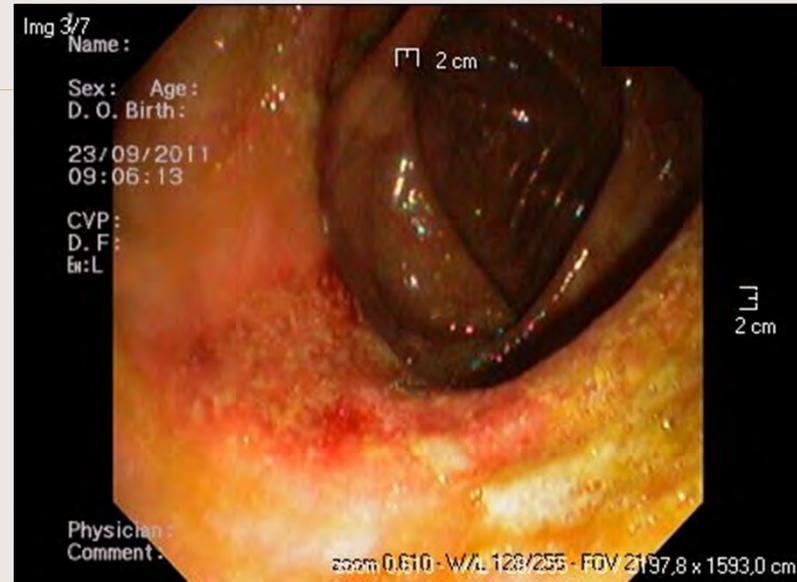
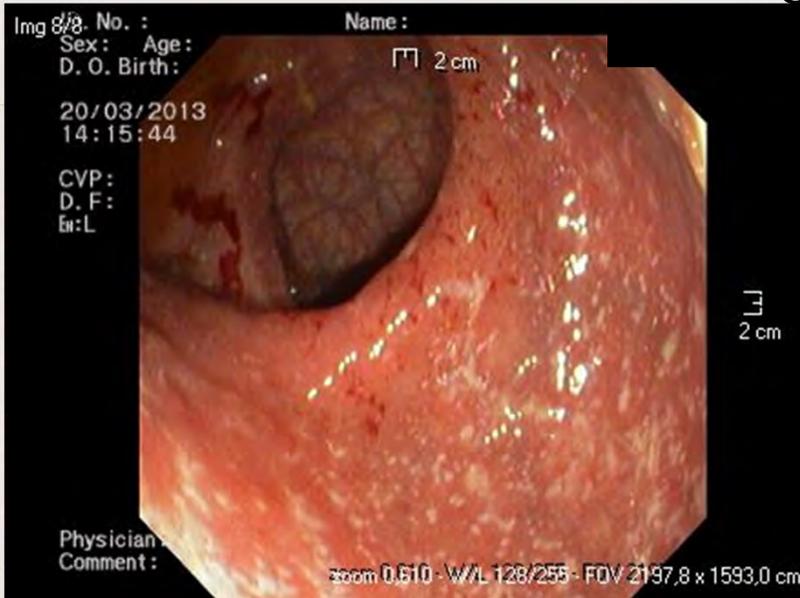
Diagnosi di RCU

Aspetti macroscopici endoscopici

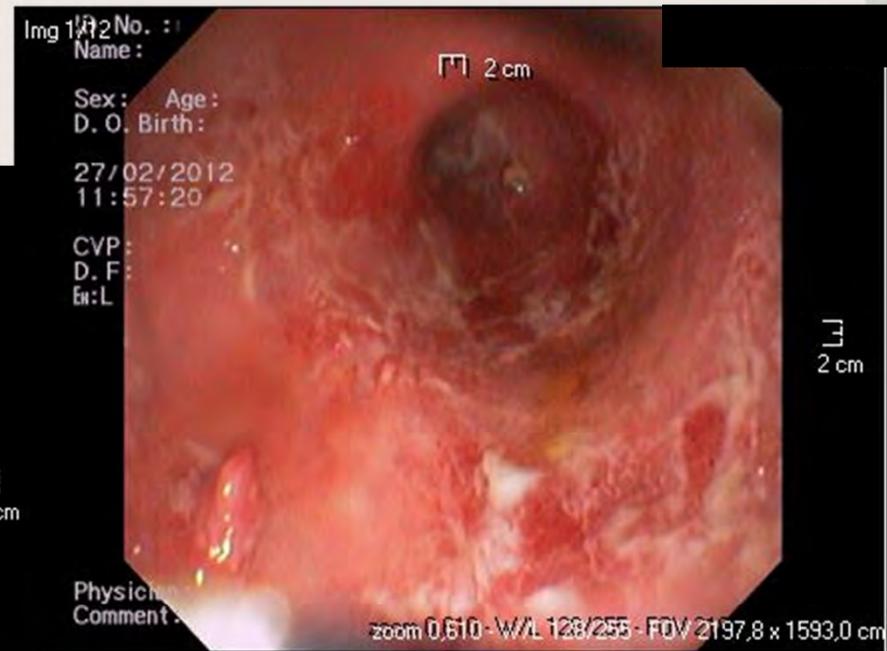
- Iperemia e fragilità
- Erosioni
- Ulcere
- Essudati muco-purulenti
- Pseudopolipi infiammatori
- Atrofia
- Tubularizzazione



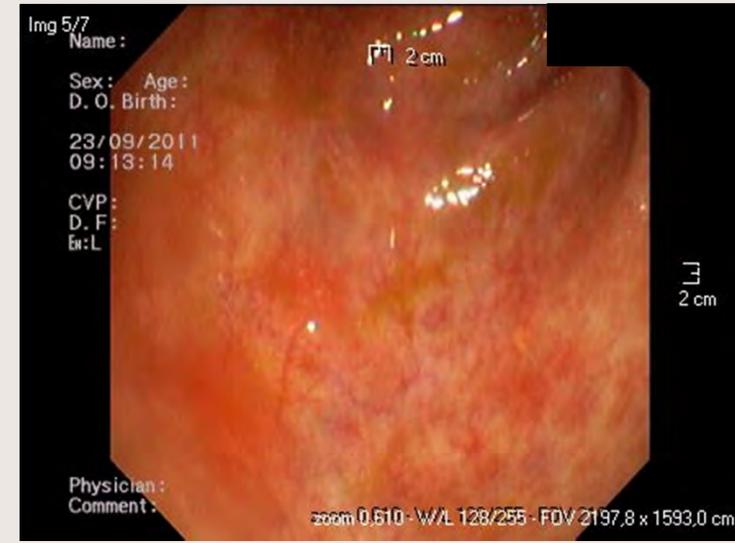
ASPETTI INFIAMMATORI: mucosa granuleggiante , fini erosioni, essudati, fragilità



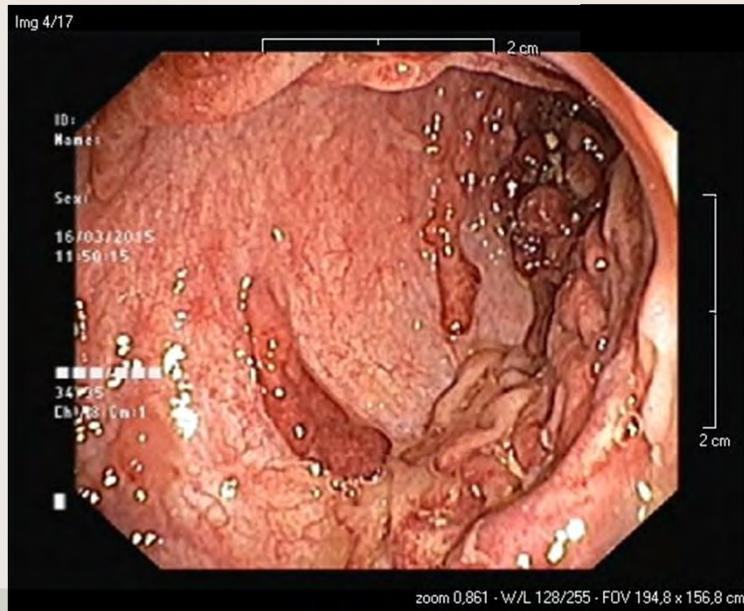
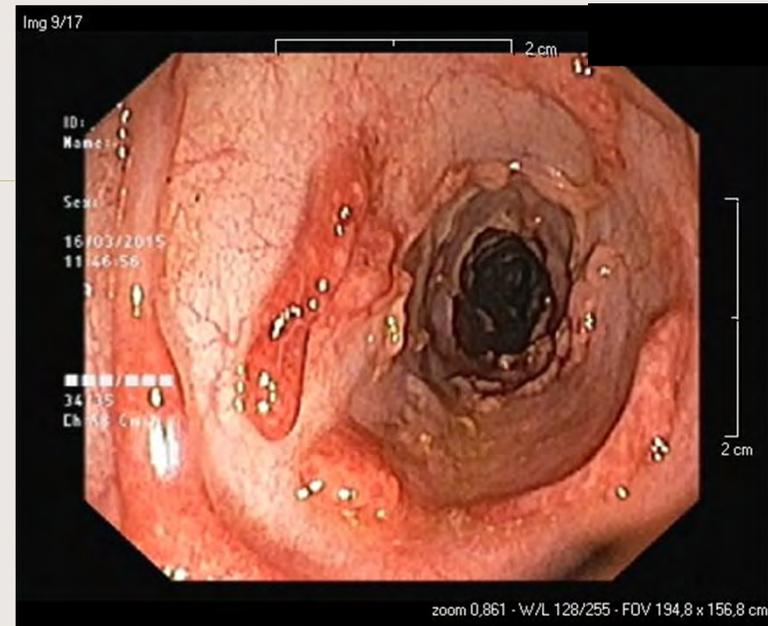
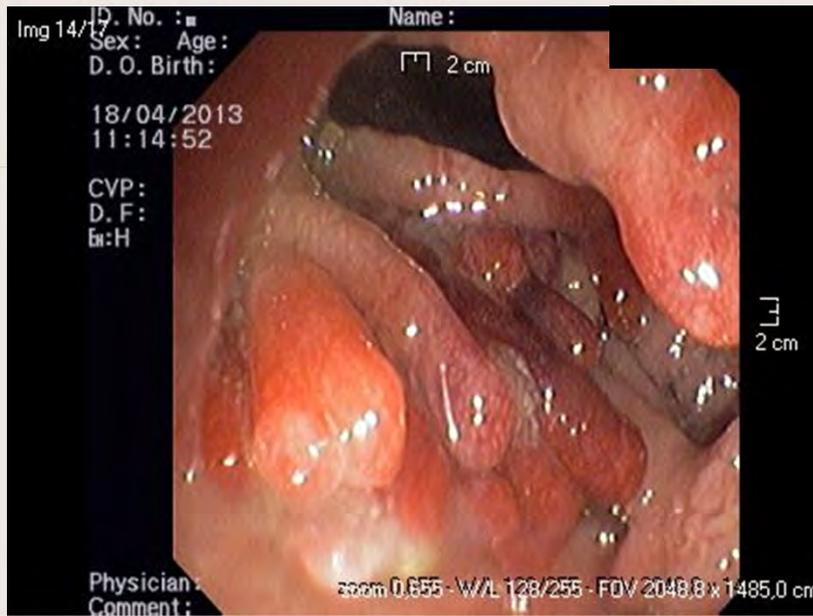
ASPETTI INFIAMMATORI SEVERI: ampie ulcerazioni superficiali, pus-essudati, facile sanguinamento



RCU QUIESCENTE: mucosa atrofica, con cicatrici, colon "tubularizzato"



Pseudopolipi infiammatori

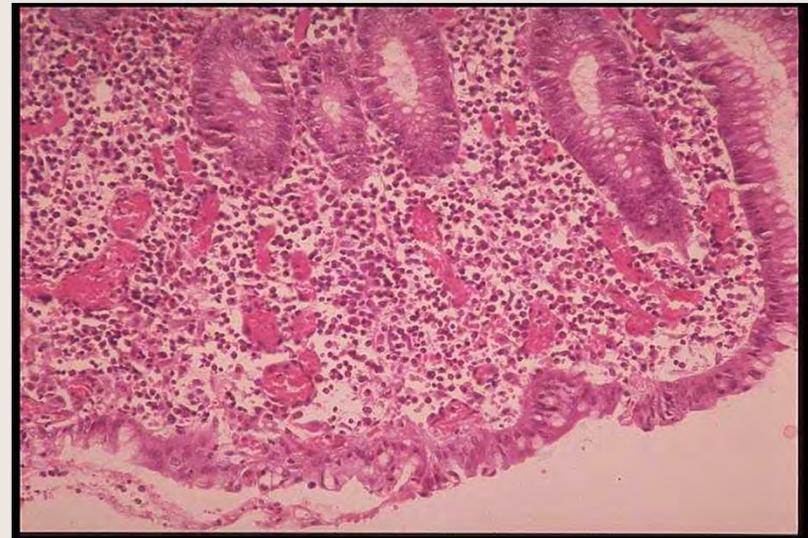


Diagnosi di RCU

Aspetti microscopici istologici

Flogosi superficiale estesa alla mucosa

- Congestione vascolare
- Assottigliamento epitelio
- Deplezione mucipara
- Infiltrato flogistico acuto
- **Ascessi criptici**
- Distruzione ghiandolare



**La rettocolite ulcerosa è una
malattia d'organo:**

**COLPITO SOLO IL
COLON**

MORBO DI CROHN

E' una Malattia Infiammatoria Cronica con evoluzione sclero-cicatriziale (stenosi) e fistolizzante
Può colpire segmentariamente qualsiasi parte del Tubo Digerente

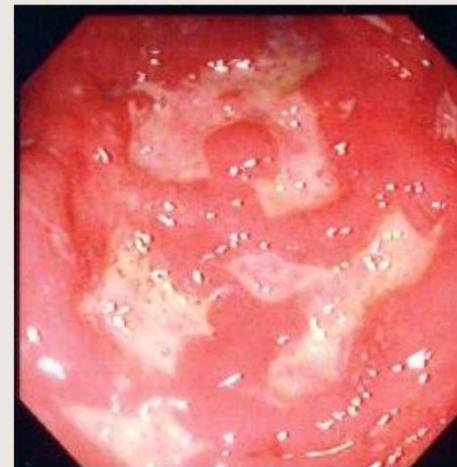
Con la colonscopia noi possiamo studiare le localizzazioni rettocoliche e dell'ileo terminale che sono anche le più frequenti



Diagnosi di M. di Crohn

Aspetti macroscopici endoscopici

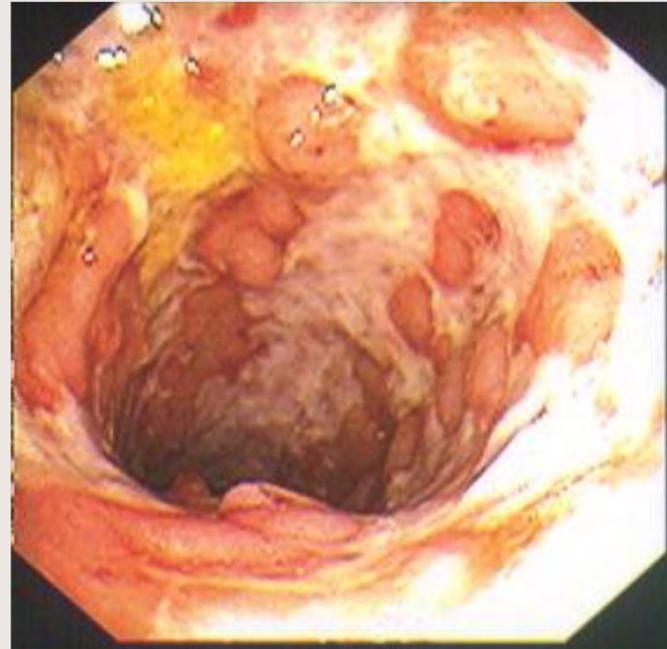
- Distribuzione discontinua
- Aspetto a selciato romano ("ad acciottolato"- "cobblestone")
- Ulcere aftoidi, serpigginose
- Ulcere profonde, transmurali
- Ispessimento parietale
- Stenosi
- Fissurazioni/fistole



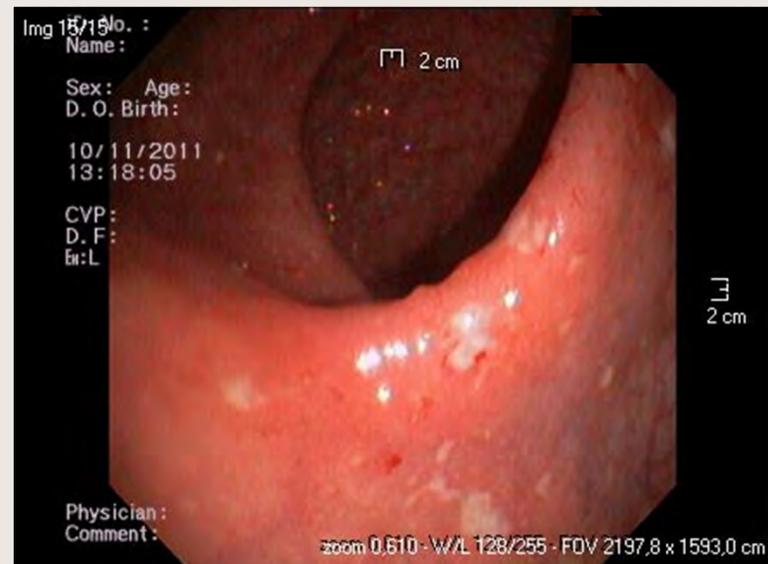
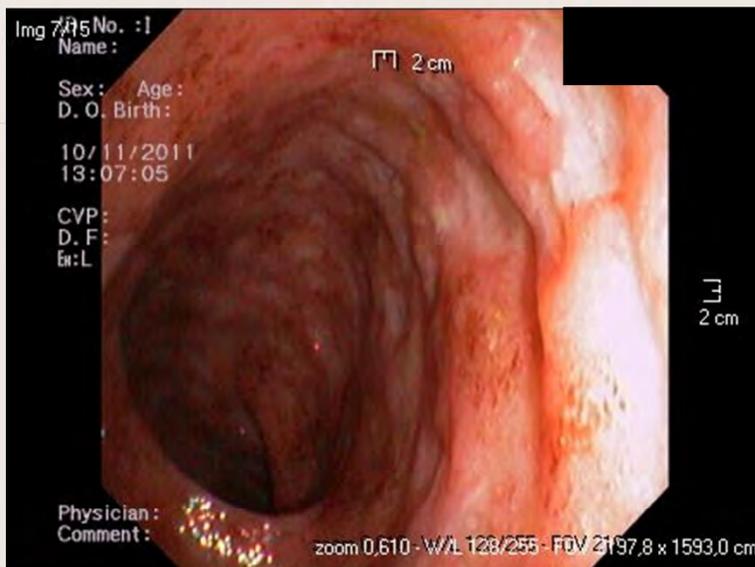
Ulcera aftoide



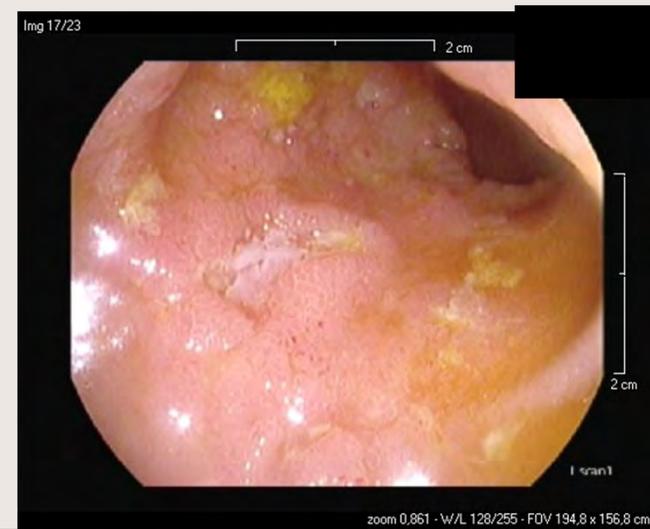
Aspetto Cobblestone



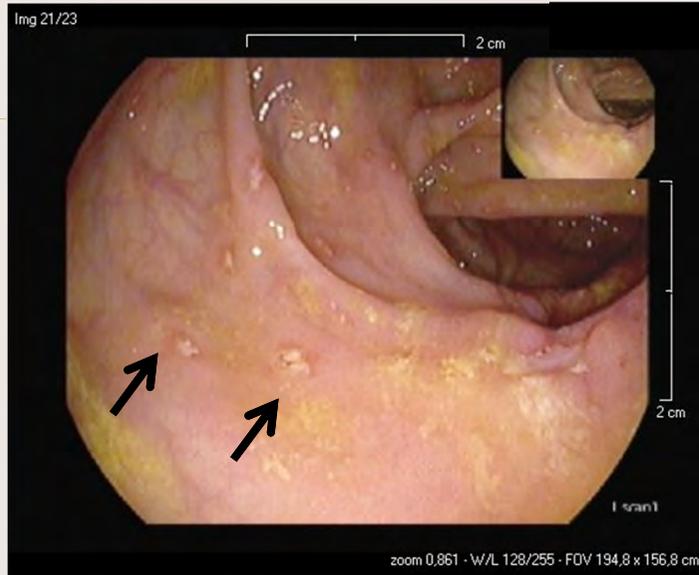
Severo M. di Crohn del colon



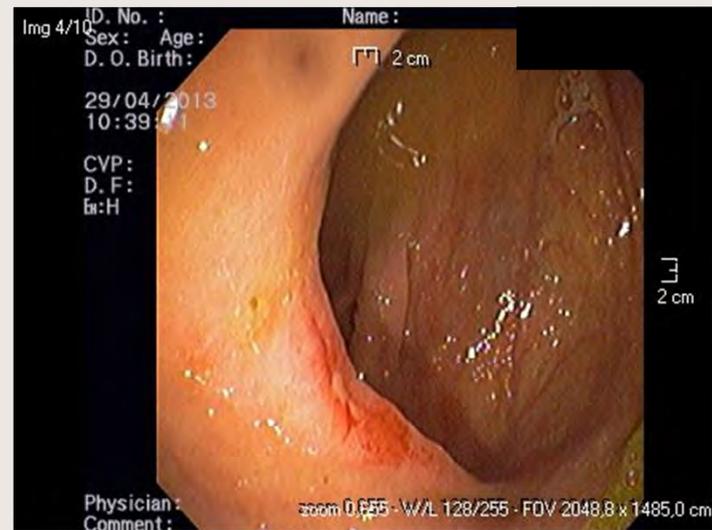
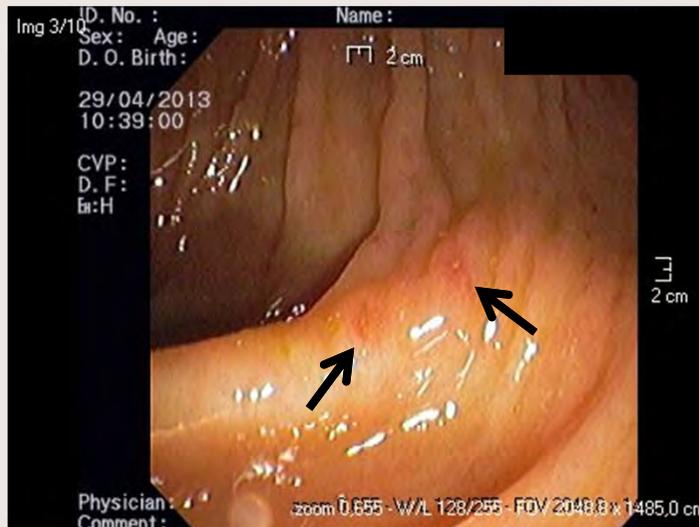
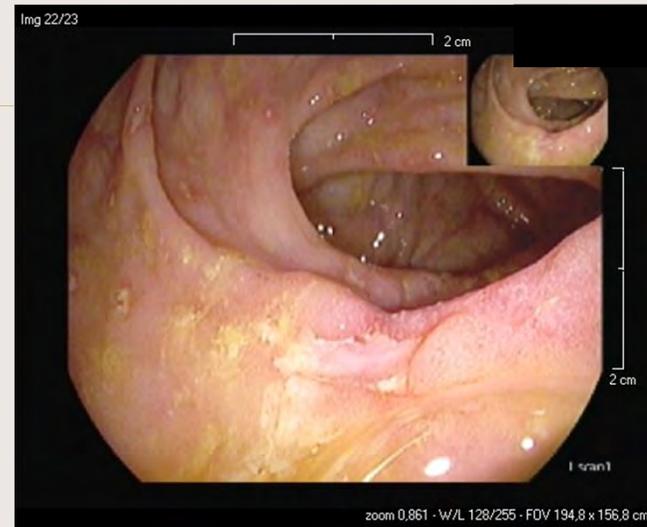
Crohn dell'ileo terminale



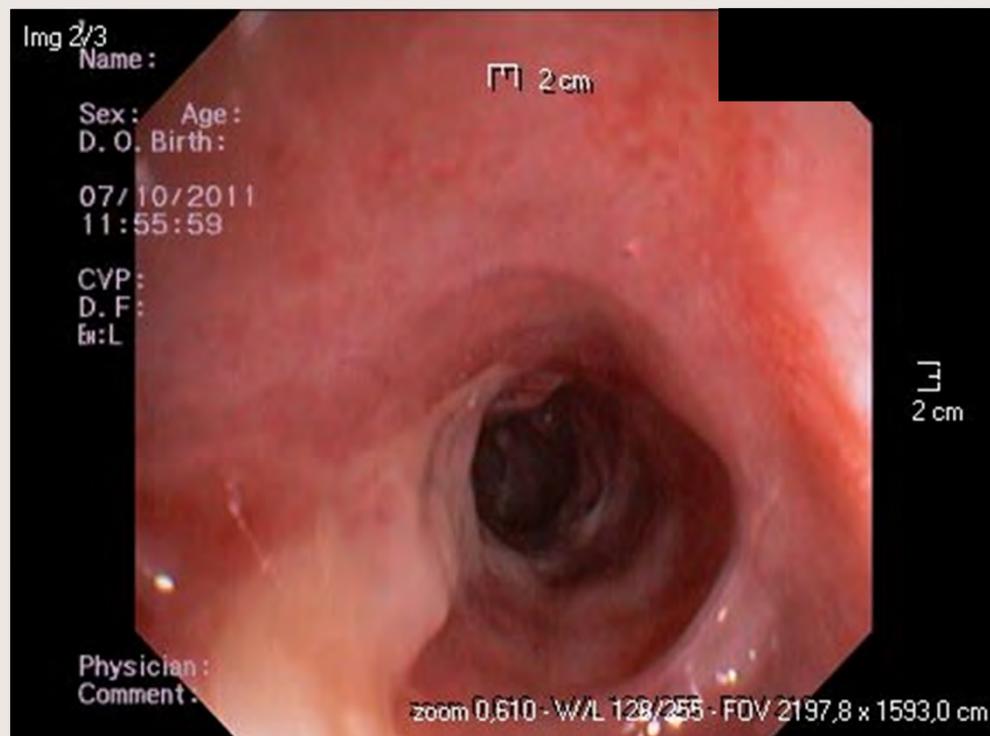
Ulcere aftoidi coliche



Ulcera della valvola ileo-ciecale



Substenosi flogistico_cicatriziale

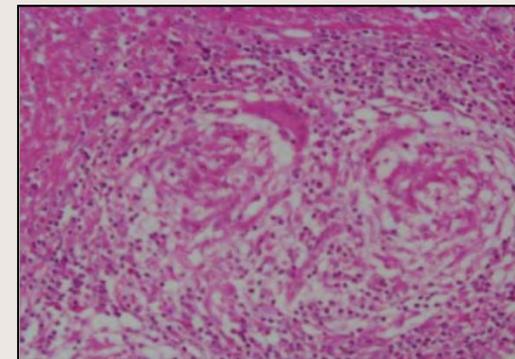


Diagnosi di M. di Crohn

Aspetti microscopici istologici

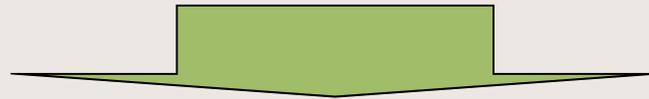
Estensione della flogosi anche a tutto lo spessore della parete

- Infiltrato cronico (linfociti-plasmacellule) focale
- **Granulomi**, irregolarità focale delle cripte
- Edema, ispessimento muscolare, fibrosi
- Impegno infiammatorio di tutte le tuniche
- Infiltrati infiammatori perivascolari
- Fibrosi, edema
- Edema mucosa e sottomucosa
- Ulcere superficiali con aggregati linfocitari-macrofagici focali nella mucosa



Diagnosi Differenziale tra RCU E MC

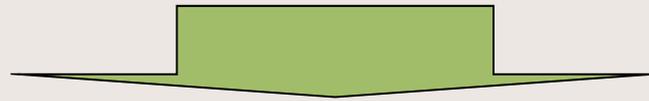
Non sempre rispettate le regole generali, molte eccezioni; quadri endoscopici confondenti, importante la **BIOPSIA**, ma talora anche l'esame istologico può non togliere tutti i dubbi:



COLITI INDETERMINATE

cioè casi in cui neanche gli elementi istologici aiutano a discriminare tra RCU e Crohn.....spesso seguite nel tempo anche queste forme trovano la loro connotazione

Non tutto ciò che endoscopicamente appare come
una flogosi ileo-colica è una MALATTIA
INFIAMMATORIA CRONICA



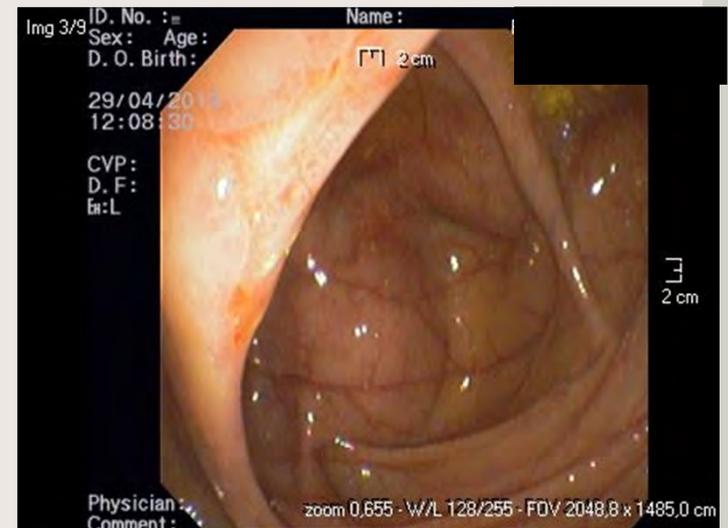
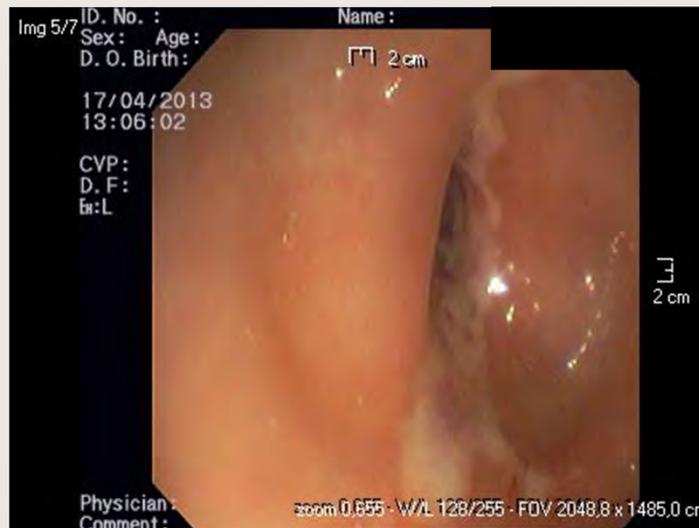
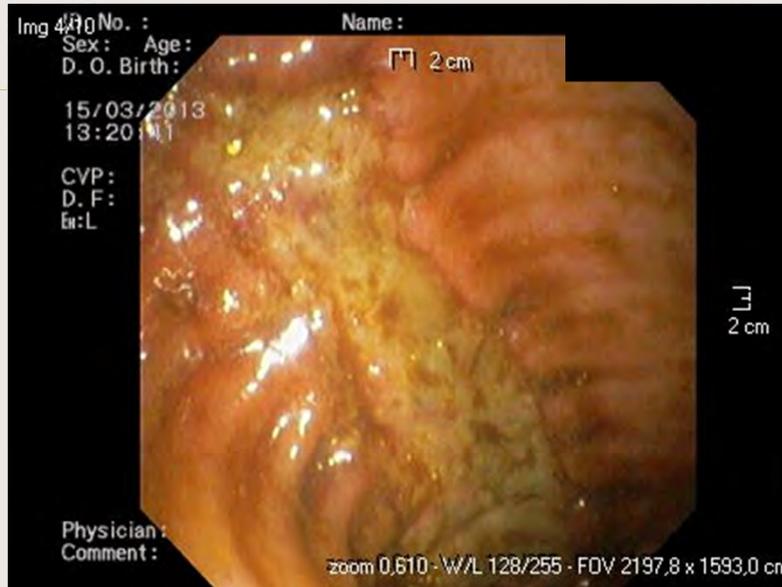
Quadri endoscopici simili ma eziologia diversa

In questi casi le BIOPSIE, quindi gli elementi istologici
aiutano a discriminare tra IBD ed altre ileocoliti

Altre COLITI/ILEITI: *eziopatogenesi*

- ***Infettiva*** (batteri, virus, parassiti)
- ***Iatrogena*** (antibiotici "colite pseudomembranosa da Clostridium Difficile", FANS, chemioterapici, attinica, resine chelanti)
- ***Ischemica***
- ***Aspecifiche***
- ***Altre cause rare*** (amiloidosi colica....)

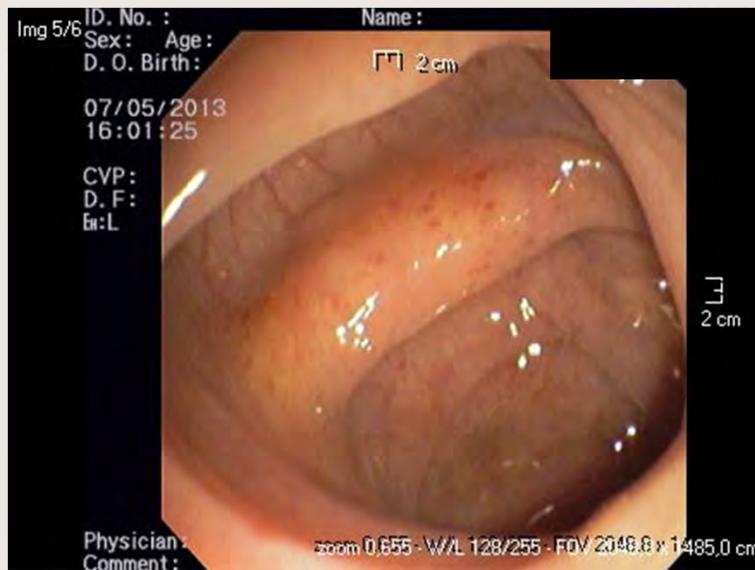
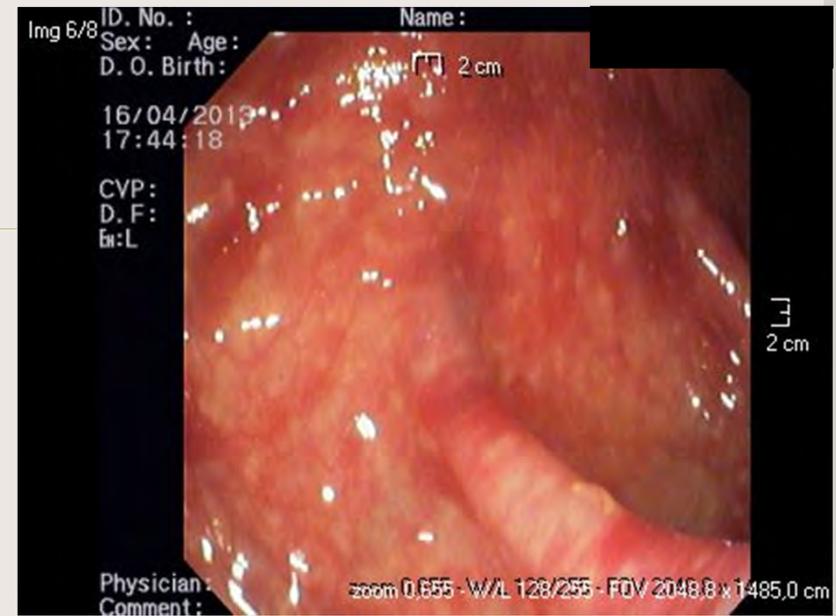
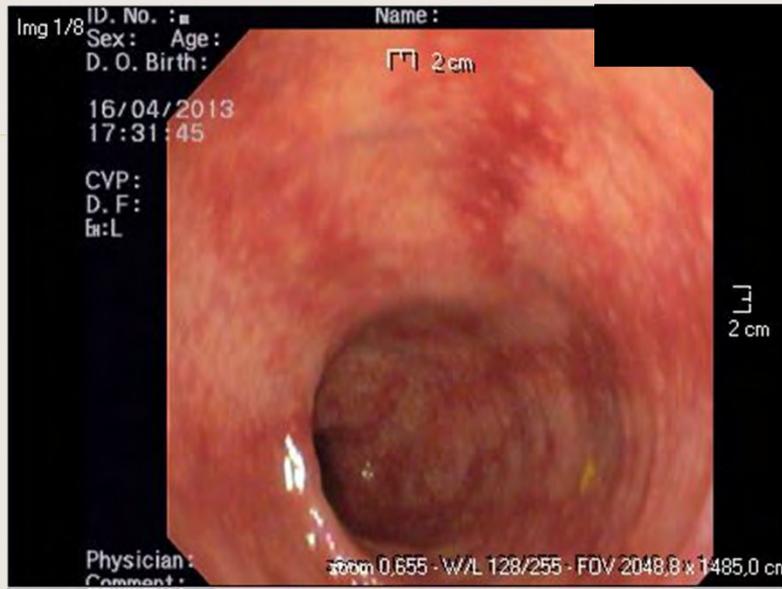
Coliti Ischemiche



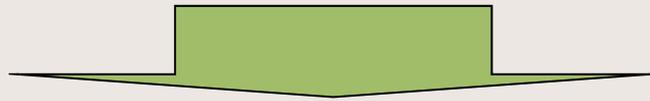
Coliti Eosinofile (parassiti? Farmaci?)



Coliti aspecifiche



....ma bisogna tener presente che vi può essere una colite anche se endoscopicamente non c'è nulla...



Colite microscopica linfocitica o collagenasica

La diagnosi è solo istologica: BIOPSIE guidate dalla CLINICA non dall'aspetto endoscopico

DIAGNOSI DI COLITE MICROSCOPICA (linfocitica/collagenasica)

Storia clinica di diarrea tendenzialmente di tipo acquoso, dopo aver escluso altre cause e della durata > 4 settimane; più frequente in età avanzata e nelle donne



Quadro endoscopico macroscopico negativo
(valutazione sia del colon sia dell'ileo terminale)

Indicazione ad eseguire BIOPSIE coliche seriate
(colon dx-colon sx-retto) per valutazione di eventuale
colite microscopica

Diagnosi istologica: *colite linfocitaria*: linfociti intraepiteliali 20/100 enterociti con architettura colica normale;
colite collagenasica: ispessimento banda collagene subepiteliale > 10 micron + infiltrato linfocitario

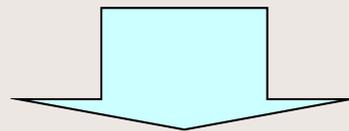
LE BIOPSIE NELLA DIAGNOSI E NEL FOLLOW UP DELLE IBD

- ❖ Al primo riscontro eseguire anche ileo scopia + biopsie (se diagnosi di RCU in futuro non serviranno)
- ❖ Biopsie seriate nei vari tratti colici e tenute in boccetti separati (due prelievi per sito: cieco/ascendente - trasverso – discendente/sigma- retto)
- ❖ Eseguire biopsie anche in tratti con mucosa apparentemente normale



Ruolo Prognostico dell'endoscopia nella gestione delle IBD

- *identificazione di lesioni indicative di peggior prognosi*
- *identificazione di marcatori prognostici favorevoli*



supporto alle scelte cliniche e terapeutiche

Lesioni indicative di peggior prognosi

M. di Crohn con ulcere profonde che interessano >10% di almeno un segmento ileo-colico:

aumento rischio di complicanze specie di interventi chirurgici e sviluppo di malattia fistolizzante

M. di Crohn dopo resezione ileo-colica:

maggior rischio di recidiva clinica e chirurgica se entro un anno da intervento recidiva con > 5 lesioni aftoidi in sede anastomotica/ileo anastomizzato

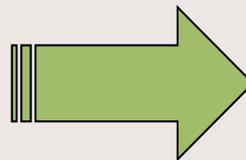
RCU con ulcere profonde e denudamento della sottomucosa:

rischio di mancata risposta alla terapia steroidea in colite acuta grave

Marcatore prognostici favorevoli (scomparsa di lesioni)

*regressione dell'infiammazione presente
all'osservazione basale, si traduce in decorso
di malattia più mite*
(indipendentemente dal trattamento medico adottato
per la remissione clinica)

Healing mucosale



Ruolo dell'endoscopia sulla diagnosi, prognosi e gestione terapeutica delle IBD

Definizione dell'attività di malattia

Retto colite ulcerosa:

Mayo Score per attività:

0 QUIESCENTE

1 LIEVE: iperemia, fragilità mucosa, aspetto granuleggiante, scomparsa del pattern vascolare

2 MODERATA: erosioni, essudati, muco-pus

3 SEVERA: ampie ulcere ed essudati abbondanti, sanguinamento spontaneo

M. di Crohn:

CDEIS e SES-CD:

Score complessi sviluppati per misura della gravità non delle variazioni

M. di Crohn post chirurgico:

Score di Rutgeerts:

i0 (assenza di lesioni)

i1 (mucosa normale con non più di 5 lesioni aftoidi)

i2 (mucosa normale con >5 lesioni aftoidi o una singola ulcera <1 cm relegata alla rima anastomotica)

i3 (ileite aftoide)

i4 (ulcerazioni diffuse, stenosi, noduli)

Ruolo dell'endoscopia sulla diagnosi, prognosi e gestione terapeutica delle IBD

Definizione dell'estensione di malattia

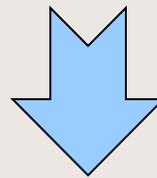
Retto colite ulcerosa:

Classificazione di Montreal per estensione:

Proctite: solo retto

Colite sx: fino fless splenica

Pancolite: oltre fless splenica



è importante definire **attività ed estensione** anche a livello istologico: **biopsie seriate**

SORVEGLIANZA NELLE IBD

Pazienti con rettocolite ulcerosa hanno rischio maggiore della popolazione generale di sviluppare un carcinoma del colon

IL RISCHIO DI SVILUPPARE CRC IN RCU E' ASSOCIATO ALLA DURATA DI MALATTIA E ALLA SUA ESTENSIONE:
pancolite o oltre fless splenica alto rischio, colite sx medio rischio, proctite rischio non aumentato

FATTORI DI RISCHIO ADDIZIONALI:

- CONCOMITANTE COLANGITE SCLEROSANTE PRIMITIVA (PSC)
- PSEUDOPOLIPI INFIAMMATORI
- STORIA FAMILIARE DI CRC
- SEVERA E PERSISTENTE ATTIVITA' INFIAMMATORIA

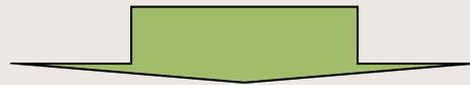
LG Europee-ECCO 2012

Obiettivo della sorveglianza

Riscontro di lesione preneoplastica "displasia":

displasia su mucosa (flat dysplasia) o displasia su lesioni endoscopicamente visibili (RLD) (a loro volta distinte in "adenoma-like" (ALM) e "non adenoma-like" (DALM))

Importanza delle biopsie nella sorveglianza



Protocollo endoscopico bioptico nella sorveglianza:

biopsie random, circa 4 ogni 10 cm di colon, e mirate su lesioni visibili, rilevate etc.

Meglio se con endoscopia potenziata e Cromoendoscopia con biopsie mirate

A spiral-bound notebook with a brown cover and silver metal spiral binding on the left side. The pages are white and feature a horizontal line near the top. The text is written on the page in a bold, purple, sans-serif font with a yellow outline.

Grazie per l'attenzione