

Immagini nella malattia di Crohn: un'analisi ragionata

O. GEATTI¹, P. GUASTALLA¹, L. HAMMAR¹, A. VENTURA², F. ZENARO¹

¹Servizio di Radiologia e Clinica Pediatria, IRCCS "Burlo Garofolo", Trieste

²Servizio di Medicina Nucleare, Ospedali Riuniti di Trieste

La storia

G. ha 12 anni, maschio; dopo l'estate, all'epoca del ritorno a scuola, accusa astenia e calo dell'appetito.

Inizialmente il problema non viene più di tanto valorizzato, in considerazione delle possibili implicazioni della ripresa degli impegni scolastici.

A Natale, però, il ragazzo ha perso quasi 3 kg, e accusa vaghi dolori articolari. Anzi, a gennaio, un ginocchio si presenta proprio gonfio, e c'è febbrecola (37.5-38 °C).

Viene consultato un ortopedico, che valorizza un recente trauma e prescrive immobilizzazione e terapia antinfiammatoria/antidolorifica con salicilati.

La tumefazione al ginocchio si fa invece più importante; la febbre rimane stabile; le condizioni generali del bambino sono di sempre maggior deperimento.

Il ricovero. Il significato delle immagini

All'ingresso nel nostro Ospedale il bambino appare in condizioni nutrizionali particolarmente scadenti. Il calo ponderale negli ultimi sei mesi è stato di 4 kg e mezzo. La crescita staturale risulta ferma da un anno. È presente inoltre una tumefazione importante al ginocchio destro. L'articolazione viene punta e vengono estratti 20 ml di liquido corpuscolato di tipo reattivo (300-400 cellule/mm³). Viene anche eseguita, essendo posta diagnosi di artrite cronica pauciarticolare, terapia locale con iniezione endoarticolare di 25 mg di triamcinolone esacetone.

Contemporaneamente, peraltro, considerata la storia caratte-

rizzata da calo ponderale e anoressia, e soprattutto l'arresto della crescita staturale e la nota associazione tra artrite pauciarticolare come manifestazione extraintestinale della malattia di Crohn, viene eseguita, come test di screening non invasivo, una ecotomografia addominale che documenta il tipico reperto di marcato ispessimento della parete dell'ultima ansa ileale (Figure 1 e 2).

Il clisma del tenue (Figura 3) evidenzia effettivamente una stenosi dell'ultima ansa ileale (A), che presenta margini finemente irregolari, e il coinvolgimento del cieco (B). È interessante notare come l'ansa ileale malata appaia ben distanziata (C) dalla matassa delle altre anse intestinali. Questo per effetto dell'ispessimento della parete e della flogosi del meso corrispondente (proprio quelle alterazioni che permettono all'ecografia di rilevare degli spessori anomali).

L'immunoscintigrafia (eseguita con la tecnica degli anticorpi monoclonali anti-leucocita, marcati con tecnezio-99) conferma un'ipercaptazione compatibile con la flogosi della valvola ileociecale, ma anche con un'estensione della malattia a tutto il colon ascendente e al tratto distale del trasverso. In effetti, la colonscopia, eseguita per la necessaria conferma diretta e istologica della diagnosi, rileva l'estensione della flogosi (afte mucose, iperemia zonale) anche al colon ascendente e trasverso, dimostrando come l'immunoscintigrafia sia effettivamente l'esame più correlato alla lesione istologica (infiltrato leucocitario).

Evoluzione e altre immagini

Il ragazzo ha avuto una pronta risposta clinica con la terapia nutrizionale (dieta elementare per sondino naso-gastrico), inizialmente utilizzata come unico apporto alimentare (60 gg), poi lentamente ridotta e mantenuta come supplementazione notturna fino a pubertà completata (14 anni). Il ragazzo ha recuperato prontamente peso, e fu accelerata notevolmente la crescita staturale, permettendo al ragazzo di recuperare il 50° centile, da cui si era allontanato significativamente nell'anno in cui si era ammalato e durante il quale la crescita staturale si era arrestata.

All'età di 15 anni, peraltro, G. ripresentò una sintomatologia

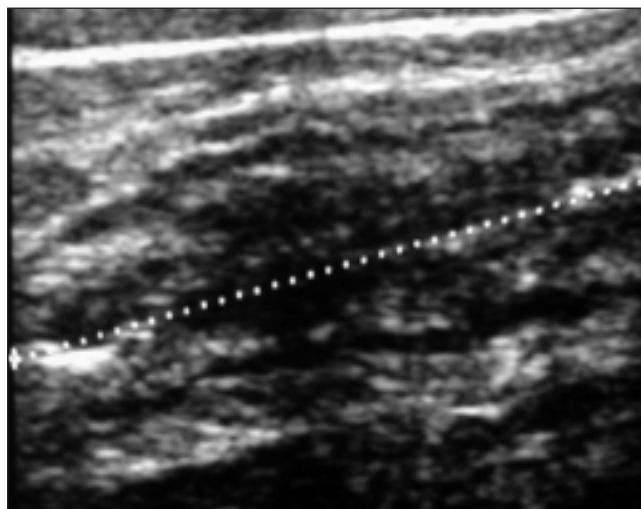
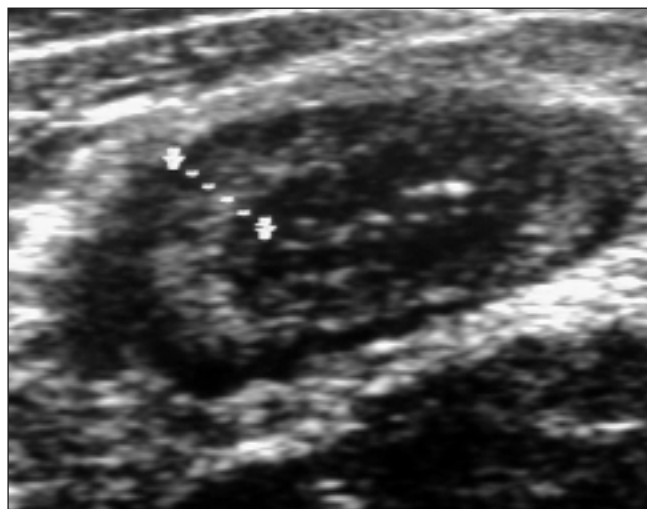


Figure 1 e 2. G, 12 anni. Ecografie dell'ultima ansa del tenue al ricovero.

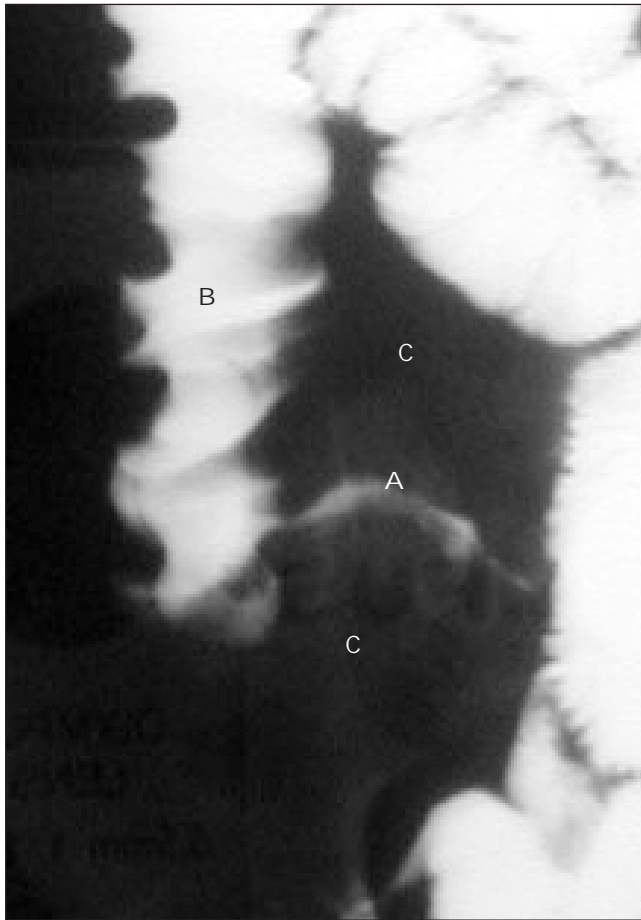


Figura 3. G, 12 anni. Clisma del tenue, al ricovero.



Figura 4. G, 15 anni. TAC addome, a 3 anni dal primo ricovero.

compatibile con la ricaduta (febbricola, astenia) e particolarmente, questa volta, caratterizzata dal dolore con crisi subocclusive. Ricomparve anche tumefazione del ginocchio destro, accompagnata questa volta da artrite bilaterale al gomito.

Fu eseguita in questo caso una TAC spirale con la tecnica del triplo contrasto, da noi messa a punto (soluzione osmotica per bocca per distendere le anse ileali e valutare meglio le anomalie di calibro e plasticità e la loro eventuale sede; clisma d'acqua del colon per rendere possibile lo stesso tipo di valutazione sul colon; contrasto endovenoso per magnificare gli spessori e la lunghezza e importanza delle eventuali stenosi e la vascolarizzazione e le masse anomale).

L'esame (Figura 4) ha evidenziato l'ispessimento della parete dell'ultima ansa ileale con un'importante stenosi (A), associato all'incremento di vascolarizzazione mesenterica (immagine a raggiera) (B) e iperplasia del tessuto adiposo adiacente (elementi questi deponenti per una stenosi con elevata attività infiammatoria). Un significativo miglioramento della situazione clinica (risoluzione del dolore addominale e delle crisi subocclusive; risoluzione dell'artrite) si ottenne con un breve ciclo di steroidi, associato a terapia con methotrexate (15 mg/settimana), lasciata poi come terapia di mantenimento (ancora in atto dopo circa 9 mesi).

Elementi istruttivi

Aspetti clinici e terapia

□ Associazione tra artrite pauciarticolare e malattia di Crohn. Questo tipo di artrite ha una evoluzione parallela al decorso della malattia intestinale. Più di uno studio dimostra l'utilità di eseguire uno screening della malattia infiammatoria cronica intestinale (ecografia, immunoscintigrafia) in tutti i casi di artrite pauciarticolare. Questo è senz'altro indicato quando sono presenti segni di ordine sistemico (decadimento generale, febbre, indici di flogosi elevati e, ancor più, naturalmente, se sono presenti dolori addominali o turbe dell'alvo).

□ Utilità della dieta elementare per ottenere la remissione della malattia di Crohn e, qualora protratta nel tempo anche come semplice supplementazione notturna a giorni alterni, per garantire un normale sviluppo staturale e puberale.

□ Possibile utilità del methotrexate a dose "immunologica" (bassa dose utile, ad esempio, anche nell'artrite reumatoide) come farmaco immunosoppressore, risparmiatore di steroidi nella terapia della malattia di Crohn.

Diagnosi per immagini

□ Utilità dell'ecografia nello screening della malattia di Crohn, anche quando la presentazione può considerarsi atipica (assenza di segni addominali).

□ Elevata sensibilità dell'immunoscintigrafia, in particolare per la definizione dell'estensione della flogosi istologica.

□ Lettura ragionata dell'Rx-clisma del tenue che permette di capire in maniera indiretta rispetto all'ecografia ("ansa" isolata e distanziata dal resto della matassa) la presenza di ispessimento di parete e di una reazione flogistica circostante; ma ridimensionamento di questo esame, almeno in prima battuta, rispetto ad altri meno invasivi (ecografia, scintigrafia).

□ Sensibilità e precisione della descrizione delle lesioni, della loro estensione e della loro vascolarizzazione (= flogosi attiva), della TAC a triplo contrasto da noi ideata (tecnica di Guastalla), specie nelle ricostruzioni bidimensionali.