

# Una nuova vecchia terapia nelle IBD: case report.

A. Azzarone <sup>1</sup>, D. Conte <sup>1</sup>, M. Scelsi <sup>2</sup>, A. M. Mazzone <sup>2</sup>, M. Dicillo <sup>1</sup>  
<sup>1</sup>U. O. Gastroenterologia, <sup>2</sup>U.O.C. SIMT, - Presidio Ospedaliero San Paolo Bari

## INTRODUZIONE

Le malattie infiammatorie croniche dell'intestino (IBD) comprendono essenzialmente il morbo di Crohn (MC) e la rettocolite ulcerosa (RC) e sono caratterizzate da una flogosi intestinale cronica con tendenza a riacutizzazioni che possono risultare particolarmente invalidanti e non sempre responsive alla terapia. I granulociti neutrofili ed i monociti svolgono un ruolo centrale nell'indurre e sostenere lo stato flogistico che caratterizza l'immunopatogenesi delle IBD.

I farmaci utilizzabili nei casi resistenti alla terapia con mesalazina e cortisonici sono gli immunosoppressori ed i farmaci biologici. Tali terapie mirano a ridurre la flogosi con meccanismi non selettivi come nel caso degli immunosoppressori o utilizzando targets sempre più specifici quali il TNF alfa o le integrine come nel caso dei farmaci biologici. In particolare il più recente dei biologici è un anticorpo monoclonale in grado di bloccare la chemiotassi limitatamente al solo intestino.

In linea con questo principio terapeutico, seppur con meccanismo estremamente diverso, si è provato ad utilizzare anche nelle IBD la leucocitoferesi (LCA), una procedura aferetica di rimozione selettiva dei leucociti (GB) dal sangue.

## OBIETTIVO

Lo scopo del presente studio è stato quello di valutare la sicurezza e l'efficacia di LCA in una paziente affetta da MC.

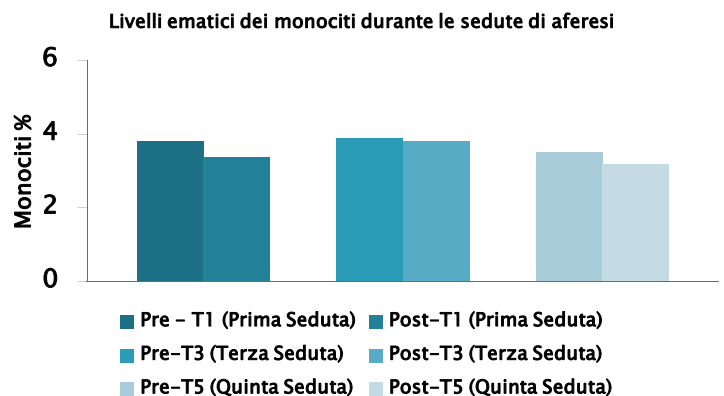
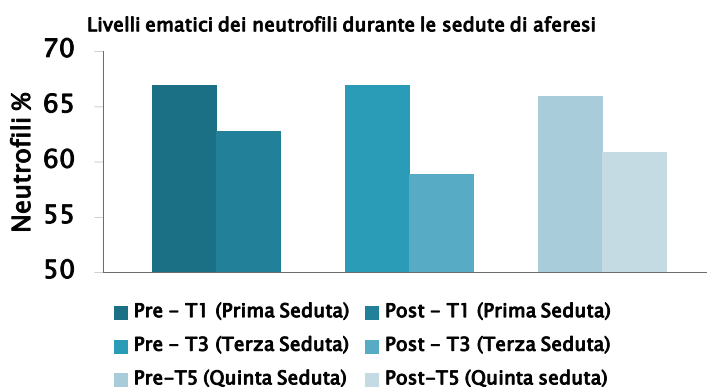
## METODI

Una paziente di 40 anni affetta da MC di attività moderata severa complicata dalla presenza di artralgie, steroidodipendente e non responsiva a terapia biologica con adalimumab, in terapia con Mesalazina e 6-Mercaptopurina (6MP) è stata sottoposta al trattamento di LCA. La procedura standard di LCA attuata prevede un trattamento leucocitoaferetico a settimana per 5 settimane consecutive. Il volume di sangue trattato durante ogni seduta è stato pari a 1,8 L (30 ml/min per 60 minuti). Il protocollo di anticoagulazione seguito è a base di ACD-A, somministrato a 2,5 ml/min. Ogni procedura è stata realizzata con il sistema Leucapher e con cartuccia sorbente monouso Leukocyte Adsorber™, LA 25™.

## RISULTATI

Abbiamo comparato i livelli dei granulociti neutrofili e dei monociti misurati nella prima, terza e quinta seduta di LCA, l'indice di attività della malattia (CAI), la VES, PCR, la calprotectina e lo spessore di parete dell'ultima ansa rispettivamente prima e dopo il trattamento. Il numero di neutrofili mostra una riduzione media sistemica pari a 9,69% per seduta, mentre il numero di monociti si riduce fino al 4,00%. Il CDAI ha mostrato una riduzione significativa di oltre 150 punti, mentre gli indici di flogosi non hanno subito variazioni significative.

La flogosi dell'ultima ansa, valutata ecograficamente sempre dallo stesso operatore, ha mostrato una significativa riduzione dello spessore di parete.



## CONCLUSIONI

Il trattamento leucocitoaferetico è stato ben tollerato e non ha causato effetti collaterali. Al termine della terapia si è osservato un notevole miglioramento clinico peraltro persistente anche nei mesi successivi, mentre non si è ottenuto alcun beneficio della sintomatologia artralgia.

Nel caso clinico riportato la LCA è risultata sicura, ben tollerata ed efficace nel ridurre lo stato di flogosi intestinale e la sintomatologia ad essa correlata.