

Disturbi di crescita associati alla malattia infiammatoria intestinale in età infantile

In quasi 1 paziente su 4 la malattia infiammatoria intestinale si presenta nell'infanzia, la maggior parte intorno all'età dello scatto di crescita puberale. Questo è un periodo di importante transizione fisica e psicologica per i bambini. La crescita e la nutrizione sono le priorità principali nella gestione degli adolescenti e dei giovani adulti con malattia infiammatoria intestinale.

In quasi 1 paziente su 4 la malattia infiammatoria intestinale si presenta nell'infanzia, la maggior parte intorno all'età dello scatto di crescita puberale. Questo è un periodo di importante transizione fisica e psicologica per i bambini. La crescita e la nutrizione sono le priorità principali nella gestione degli adolescenti e dei giovani adulti con malattia infiammatoria intestinale.

La mancata crescita nella malattia infiammatoria intestinale è caratterizzata da un ritardo nella maturazione scheletrica e da un ritardo nell'inizio della pubertà, ed è meglio descritta in termini di deviazione standard per altezza/età (punteggio Z) o di variazione della velocità di crescita nell'arco di 3-4 mesi.

La mancata crescita è comune alla presentazione della malattia di Crohn, mentre è meno comune nella colite ulcerosa.

L'eziologia della mancata crescita è multifattoriale. Il principale determinante è rappresentato dal processo infiammatorio di per sé, con la liberazione di citochine proinfiammatorie (es IL-1beta, IL-6). Inoltre, la scarsa nutrizione e l'uso prolungato dei corticosteroidi contribuiscono alla significativa riduzione dell'altezza in età adulta in quasi un bambino su cinque.

Inizialmente è indicata una rapida induzione della remissione della malattia infiammatoria intestinale, dove possibile senza l'impiego di steroidi. L'ideale è poi mantenere la remissione senza recidive, finché la crescita non sia completata.

Questi obiettivi possono essere raggiunti spesso con una nutrizione esclusivamente enterale e con l'uso prematuro di immunosoppressori.

L'avvento dei farmaci biologici aumenta considerevolmente il range di interventi di risparmio sulla crescita, disponibili per bambini attorno all'età puberale, anche se la chirurgia rimane un altro mezzo altamente efficace per raggiungere la remissione ed una significativa crescita di recupero.

Medici del Royal Free Hampstead NHS Trust, in Gran Bretagna, hanno effettuato una revisione sistematica di pubblicazioni con l'obiettivo di identificare la migliore evidenza per gestire la mancata crescita dei bambini con malattia infiammatoria intestinale.

Nonostante la scarsità di pubblicazioni di alta qualità, sono tuttavia disponibili dati sufficienti per consentire la formulazione di linee guida pratiche.

Anche se esiste chiara evidenza che la nutrizione enterale esclusiva permetta la

guarigione della mucosa, il suo effetto sulla crescita è stata valutato solo a 6 mesi.

Rispetto ai corticosteroidi, la nutrizione enterale esclusiva non ha alcun effetto negativo sulla crescita.

I corticosteroidi rimangono la terapia maggiormente responsabile dell'alterazione della crescita indotta da farmaci, anche se l'uso della Budesonide (Entocort) nei pazienti selezionati potrebbe minimizzare l'effetto steroideo sulla crescita e a livello delle zone di accrescimento dell'osso.

Gli immunosoppressori sono diventati fondamentali nel trattamento dei bambini con malattia infiammatoria intestinale e vengono utilizzati sempre più precocemente.

Tuttavia, attualmente non esistono dati nel lungo termine che riportino migliori outcome di crescita qualora questi farmaci vengano utilizzati subito dopo la diagnosi.

Dati recenti provenienti da un ampio studio prospettico con Infliximab (Remicade) nei bambini con malattia di Crohn da moderata a grave, hanno mostrato un recupero significativo di crescita durante il primo anno di regolari infusioni.

L'altro intervento che ha documentato un chiaro recupero di crescita è stata la resezione chirurgica.

La resezione precoce della malattia di Crohn localizzata, nei bambini resistenti al trattamento, ha prodotto un evidente recupero di crescita nelle 6 settimane successive.

Non ci sono dati disponibili sul fatto che l'ormone della crescita migliori l'altezza finale dei bambini con malattia di Crohn.

Assieme ad un supporto endocrinologico, il ritardo puberale, di riscontro più comune nei bambini di sesso maschile, può essere trattato con Testosterone per via parenterale quando il ritardo sia causa di significativi problemi psicologici. (Fonte Xagena)

Heuschkel R et al, Inflamm Bowel Dis 2008; Epub ahead of print

Ettore Napoleone

**Responsabile Nazionale FIMP Ricerca e Sperimentazione sui Farmaci
Membro Gruppo Multidisciplinare AIFA " Farmaci e Bambini**