

MeB – Pagine Elettroniche

Volume IV

Maggio 2001

numero 5

CONTRIBUTI ORIGINALI - CASI CONTRIBUTIVI

Eritema nodoso e Morbo di Crohn

M. Mencoboni

*Unità Operativa di Pediatria e Neonatologia . Ospedale civile
Matera****Nodous erythema and crohn's disease*****Keywords:** Crohn's disease, Chronic Inflammatory Bowel Disease, Nodous erythema**Summary** Report of a case of Crohn's disease which appeared with a nodous erythema.**IL CASO**

Chiara è una adolescente di 14 anni che giunge alla nostra osservazione per la comparsa di eritema nodoso agli arti inferiori. Nella anamnesi remota e familiare nulla da segnalare.

Venti giorni prima del ricovero, viene riferita una faringotonsillite febbrile trattata con amoxicillina e risoltasi nel giro di una settimana. Dopo 6-7 giorni di benessere insorge diarrea associata a febbre che il medico curante tratta con Bactrim. Poche ore dopo compaiono elementi cutanei nodulari dolenti, di colorito rosso violaceo agli arti inferiori e alle cosce che portano a ricovero Chiara.

Le nostre ipotesi diagnostiche al momento del ricovero sono state:

- Eritema nodoso parainfettivo
- Eritema nodoso da farmaci
- Eritema nodoso in da altre cause

Volendo escludere le più comuni cause di eritema abbiamo effettuato la radiografia del torace e la intradermoreazione alla tubercolina che sono risultate negative; la coprocultura per *Yersinia*, *Salmonella*, *Shigella* e *Campilobacter*: negativa; indici di flogosi alti con emocromo praticamente nella norma: globuli bianchi nei limiti, non evidenza di anemia. TAS: normale

Chiara sfebbriva in seconda giornata di degenza, la dimettiamo senza terapia e con l'accordo di un controllo dopo 3 settimane.

Dopo 6 giorni Chiara torna perché ha nuovamente febbre, inappetenza e alvo dispeptico con saltuari vaghi dolori addominali. L'eritema è pressoché scomparso.

Che cosa abbiamo fatto?

Abbiamo ripetuto gli indici di flogosi che sono risultati sempre alterati, la coprocultura nuovamente negativa, il TAS normale, ricerca del sangue occulto fecale negativo, ecografia dell'addome (per ricercare i segni di malattia infiammatoria cronica intestinale) negativa, reazione di Vidal positiva 1/100 per tifo O. Non diamo peso alla debole positività della Vidal e dimettiamo Chiara dopo 3 giorni perché sfebbriva e pare stare bene: anche l'alvo si è normalizzato e non ci sono più dolori. Ma dopo 10 giorni circa la mamma ci chiama perché c'è di nuovo febbre e diarrea. Riferisce inoltre che vi sono stati dolori articolari alle caviglie, senza particolare evidenza di artrite, regrediti spontaneamente. Ripetiamo (senza ricoverare la ragazza) la reazione di Vidal che è positiva con titolo aumentato 1/200, cerchiamo nuovamente il sangue occulto fecale che è negativo e decidiamo per una terapia antibiotica con Ciprofloxacina.

Ma la situazione non migliora e durante il terzo ricovero il sospetto di morbo di Crohn (MC), già forte, diventa quasi certezza perché dopo aver nuovamente ricontrollato gli esami, sovrapponibili ai precedenti (indici di flogosi alti, sangue occulto fecale negativo, anticorpi per *Bartonella henselae* negativi, TAS normale, emocromo con iniziale anemia, Vidal pos. 1/50) ripetiamo l'ecografia dell'addome che mette in evidenza un tratto di intestino in regione periombelica destra, presumibilmente l'ultimo dell'ileo, con spessore delle pareti aumentato per circa 3 cm. Programmiamo pertanto un'ileocolonscopia che verrà eseguita in narcosi e nell'attesa del giorno prefissato la dimettiamo senza terapia. Ma alla data prevista Chiara non si presenta, perché è ricoverata presso altro Ospedale Pediatrico dal quale verrà dimessa dopo 12 giorni senza nessuna diagnosi riguardo al suo problema (diagnosi di dimissione: extrasistolia in pregresso eritema nodoso). La perdiamo di vista per un periodo di circa 30 giorni alla fine del quale, spontaneamente la famiglia torna presso la nostra unità operativa per riprendere le indagini lasciate in sospeso. Viene eseguita l'endoscopia con prelievi biotici multipli che conferma la diagnosi di MC, con lesioni localizzate all'ultima ansa dell'ileo. Dall'inizio della storia sono passati due mesi e mezzo durante i quali Chiara ha perso 2.5 kg e non ha mestruazioni da circa 9 mesi.

CONSIDERAZIONI E CONTRIBUTO

Il caso clinico presentato è nel complesso lineare e didattico: le iniziali ipotesi (eritema nodoso da Bactrim o legato a infezione intestinale) hanno lasciato ben presto spazio alla ipotesi di MC grazie alla sintomatologia e al decorso clinico sempre più suggestivi per tale patologia.

Tuttavia il MC può esordire in maniera subdola, talora con scarsi sintomi intestinali e/o con manifestazioni extraintestinali che possono precedere l'esordio conclamato della malattia. La comparsa di eritema nodoso si associa al 3% circa dei

casi. Il dolore addominale frequente, più intenso dopo i pasti e mal localizzabile (come nel nostro caso), può addirittura provocare il risveglio notturno. La negatività della ricerca di sangue occulto fecale (lo abbiamo ricercato più e più volte) è compatibile anche con la fase florida della malattia ; l'alterazione degli indici di flogosi è invece un "marker" costante nel MC. L'ecografia costituisce un approccio diagnostico valido e permette di studiare l'ultima ansa ileale fino al colon discendente ma la certezza diagnostica si ottiene con l'endoscopia e l'istologia, esami che trovano precisa indicazione anche per il follow-up della malattia. Poiché l'ileocolonscopia è una indagine invasiva e alquanto dolorosa per il bambino, va preferibilmente attuata in narcosi.

Recentemente sono stati individuati marcatori bioumorali che consentono di riconoscere con un certo grado di accuratezza una MICI. In particolare , per il MC la ricerca di anticorpi anti-Saccaromices cerevisiae (ASCA) della classe IgG ed IgA: sono esami ancora "costosi" e poco praticati ma la predittività raggiungerebbe il 100 % in presenza di entrambe le classi anticorpali.

Bibliografia

Longo F, Fain S, Lepore L: L'eritema nodoso Medico e bambino 1992;8 :520-525

Maggiore G, Palla G, Massimetti M: La malattia infiammatoria cronica intestinale .Aggiornamenti di fisiopatologia e terapia in Pediatria 1999;9:55-63

Fabiani E: Approfondimenti Bollettino SIGEP 2000:Vol.8 N3

Sferlazzas C, Magazzù G: La malattia cronica intestinale Medico e bambino 2000;19:583-586