

I dettagli della

Malattia Infiammatoria Intestinale

Quarta edizione



Nel caso di sintomi di malattia infiammatoria intestinale (IBD), questo opuscolo aiuterà a capire la propria condizione e i trattamenti comunemente utilizzati per gestirla. Il contenuto non è destinato a sostituire i consigli del medico, una diagnosi o terapia professionale. Nel caso di domande sull'IBD o sul trattamento, occorre parlare con il proprio medico o con lo specialista dell'IBD.

Gruppo consultivo di esperti

Professore Associato Emily Wright

Ospedale Pubblico di St Vincent
Dipartimento di Gastroenterologia
35 Victoria Pde
Fitzroy VIC 3065

Sig.ra Sarah Melton

Dietista
Università di Monash, Central Clinical School
Alfred Centre, 99 Commercial Road
Melbourne VIC 3004

Professore Associato George Alex

Primario Gastroenterologo Pediatrico
Capo dell'IBD
Royal Children's Hospital, Parkville VIC



L'educazione è una parte vitale nel percorso del paziente affetto da IBD. Per scoprire come la Crohn's & Colitis Australia supporta la comunità IBD accedere al sito crohnsandcolitis.com.au

Questa brochure educativa è sponsorizzata con orgoglio da:

Dr. Falk Pharma Australia P/L
9 Help Street
Chatswood, NSW 2067
ABN 40 631 091 131

Infoline: 1800 DRFALK (373 255)
Email: admin@drfalkpharma.com.au
www.drfalkpharma.com.au

© 2024 Dr Falk Pharma Australia



Contenuto

Capire la malattia infiammatoria intestinale

Che cos'è l'IBD	4
Quali sono le cause dell'IBD	4
I sintomi dell'IBD	7
Colite ulcerosa	8
Morbo di Crohn	9
Analisi e diagnosi	10
Complicazioni dell'IBD	12
Voi e il team sanitario dell'IBD	13
Salute generale e l'IBD	14

Gestione e trattamento della malattia infiammatoria intestinale

Strategie per il trattamento e l'IBD	15
Terapie mediche per l'IBD	15
Nutrizione enterale esclusiva (EEN)	18
Altri medicinali per trattare i sintomi dell'IBD	19
Chirurgia nell'IBD	20

Convivere con la malattia infiammatoria intestinale

Nutrizione e l'IBD	21
Il fumo e l'IBD	22
Vaccinazioni	23
Viaggiare	24

Situazioni speciali

Gravidanza, fertilità e l'IBD	25
Farmaci	26
FIVET	26
Bambini e adolescenti	27
Salute mentale e benessere	28

Aderire al trattamento

Attenersi al programma di trattamento	29
Mezzi di comunicazione sociale	30

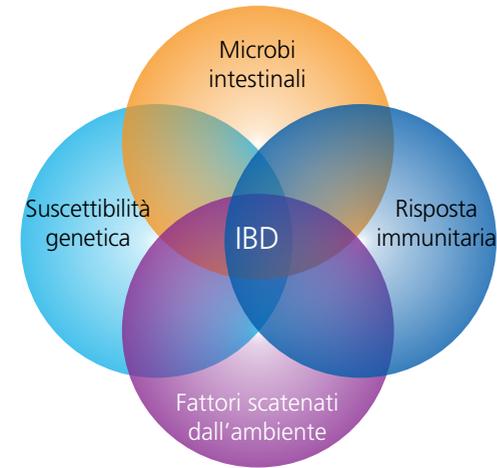
Ulteriori informazioni	30
Riferimenti	31

Cos'è l'IBD

L'IBD è una malattia infiammatoria (nota anche come malattia autoimmune) in cui il sistema immunitario viene attivato in modo inappropriato, che colpisce principalmente la parete intestinale. Questa reazione anomala infiammatoria può coinvolgere anche altre parti del corpo al di fuori dell'intestino, comprese le articolazioni, la pelle, gli occhi e le ossa, portando a disabilità significative e scarsa qualità di vita in alcune persone.

Quali sono le cause dell'IBD

Nonostante i progressi della ricerca medica nell'ultimo decennio, la causa esatta dell'IBD e di altre condizioni infiammatorie immunomediate croniche non è stata stabilita. Sembra essere una complessa combinazione di fattori genetici (ereditari) e ambientali.¹ Una teoria per la causa dell'IBD è che lo strato più interno della parete intestinale (epitelio) sia in qualche modo danneggiato consentendo ai batteri normali intestinali di attraversarla e di interagire direttamente con cellule immunitarie. Le cellule immunitarie riconoscono i batteri fuori dall'intestino come invasori e questo innesca una cascata infiammatoria incontrollata nelle persone con determinate caratteristiche predisponenti ereditarie, portando nel tempo alla distruzione della parete intestinale e allo sviluppo di IBD.²



Lo sviluppo dell'IBD è probabilmente il risultato di una combinazione di questi fattori.

L'IBD era principalmente una malattia nei paesi sviluppati come il Nord Europa, il Nord America, l'Australia e la Nuova Zelanda. L'Australia ha uno dei tassi più alti dell'IBD nel mondo,³ con quasi 85.000 persone afflitte da questa malattia.^{4,5}

Comunque l'incidenza nei paesi in via di sviluppo è in aumento dal momento che le persone adottano uno stile di vita più occidentalizzato, specialmente con il consumo di alimenti altamente trasformati che potrebbero modificare negativamente la composizione dei batteri intestinali, potenzialmente creando un ambiente pro-infiammatorio nell'intestino.⁶

L'IBD è una condizione episodica, che dura tutta la vita. È caratterizzata da periodi di remissione in cui non si presentano sintomi evidenti, sebbene il processo infiammatorio nell'intestino e in altre parti del corpo possa ancora verificarsi, evidenziando l'importanza del trattamento continuo anche in assenza di questi sintomi. Questa situazione può essere intervallata da periodi di ricadute o riacutizzazioni (quando i sintomi ritornano),¹ che potrebbero richiedere trattamento aggiuntivo per gestire questa fase attiva.

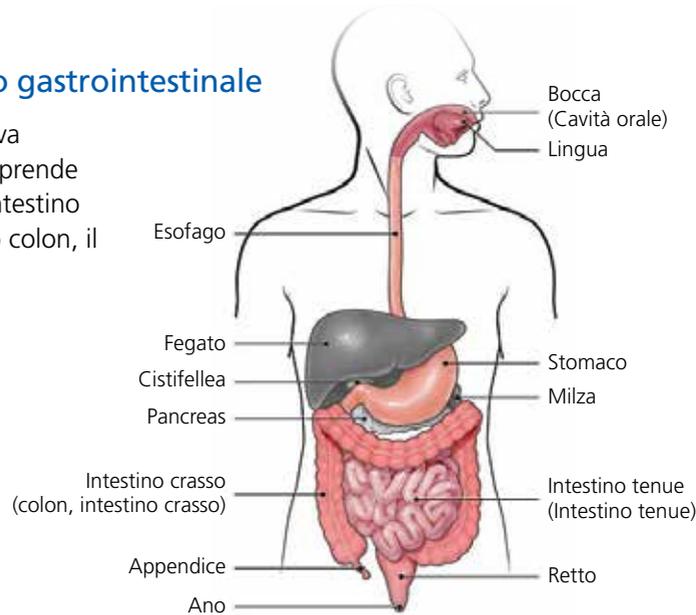
Il rischio di ricadute o riacutizzazioni è sostanzialmente più elevato nelle persone con l'IBD che non assumono i farmaci come prescritti dal loro medico quando sono in remissione clinica (cioè senza sintomi).

Al momento non esiste una cura per l'IBD.⁴ L'obiettivo è ridurre l'infiammazione con farmaci che a loro volta portano al miglioramento dei sintomi e alla qualità di vita.

Si ritiene che vari fattori, tra cui lo stress fisico sul corpo quali un'infezione, trauma o gravidanza, oppure lo stress psicologico giornaliero, possano influire negativamente sul sistema immunitario e possano potenzialmente peggiorare l'IBD.

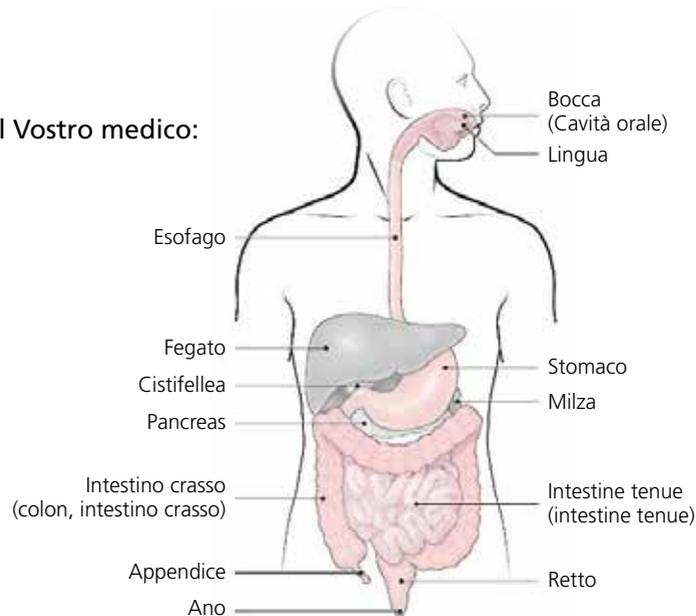
L'intestino o il tratto gastrointestinale

Il tratto gastrointestinale va dalla bocca all'ano e comprende l'esofago, lo stomaco, l'intestino tenue, l'intestino crasso o colon, il retto e l'ano.



La vostra malattia

Da essere compilato dal Vostro medico:



Utilizzato con il permesso dei Centri statunitensi per il Controllo e la Prevenzione delle Malattie

Sintomi dell'IBD

L'IBD descrive due malattie: la colite ulcerosa e il morbo di Crohn, che in entrambe causano infiammazione e ulcerazione dell'intestino.⁷ In entrambe le patologie, si possono avvertire una varietà di sintomi durante una riacutizzazione in base alla propria malattia, il punto nel corpo dove si trova e la gravità dell'infiammazione (vedi sotto). Sia la colite ulcerosa o il morbo di Crohn possono provocare stanchezza, perdita di peso e affaticamento, nonché dei sintomi all'esterno del tratto gastrointestinale.

Sintomi in altre parti del corpo

- Prurito e occhi rossi
- Ulcere in bocca
- Articolazioni gonfie e dolorose
- Granulomi o lesioni della pelle (eritema nodoso e pioderma gangrenoso)
- Assottigliamento delle ossa (osteoporosi)
- Calcoli renali
- Infiammazione dei dotti biliari e del fegato

Nell'IBD, i sintomi variano da lievi a gravi durante le ricadute, ma possono diminuire o sparire durante le remissioni (cioè sintomi minimi o assenti) con la terapia efficace, sebbene l'infiammazione può ancora persistere silenziosamente all'interno della parete intestinale o in altre parti del corpo, sottolineando ancora l'importanza di assumere i farmaci prescritti anche in assenza di sintomi.¹

La differenza principale tra queste due malattie permanenti è l'area della parete intestinale coinvolta e il tipo di danno causato dall'infiammazione.



Colon normale



Colite ulcerosa del colon

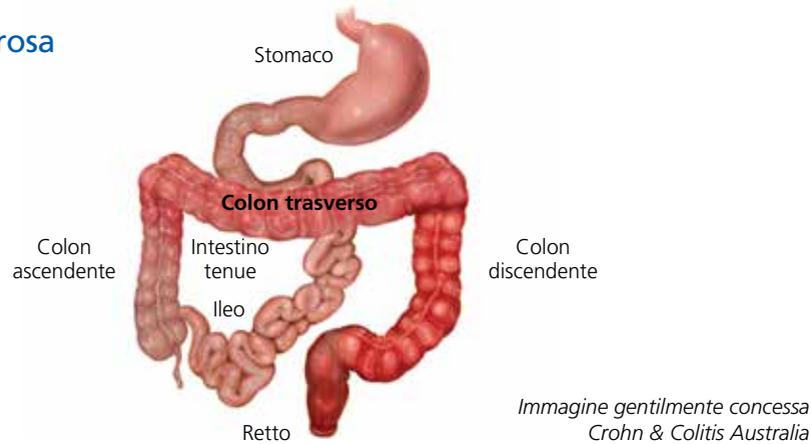


Colon del morbo di Crohn

Colite ulcerosa

L'intestino è costituito da più strati multipli. Generalmente la colite ulcerosa compromette tipicamente solo gli strati superficiali (mucosa) del colon (intestino crasso) e il retto. È caratterizzata da infiammazione (arrossamento) e ulcerazione (piccole piaghe aperte) principalmente nel rivestimento interno della parete intestinale, che si estende comunemente in modo continuo dal retto lungo il colon discendente (o "sinistro") e potenzialmente nel colon trasverso e oltre, a seconda dell'individuo. La colite ulcerosa non compromette l'intestino tenue.

Colite ulcerosa



Sintomi comuni di colite ulcerosa

I sintomi variano da persona a persona e variano da lievi a gravi^{1,8}

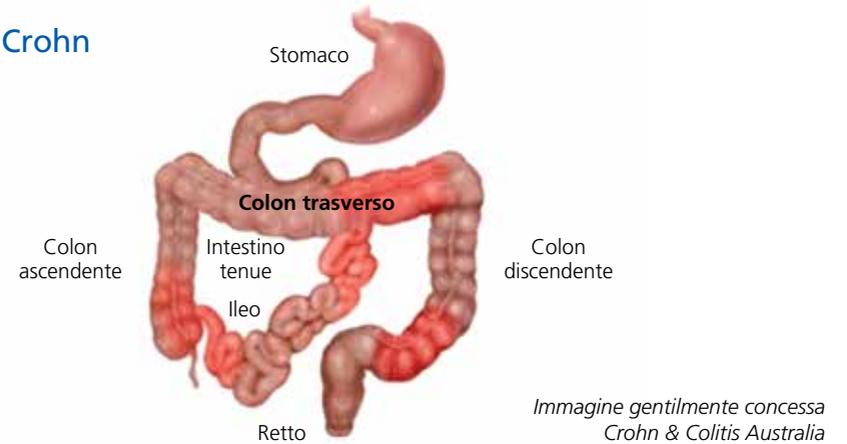
- Diarrea frequente e acquosa, che spesso contiene sangue, muco e pus
- Senso di urgenza di andare di corpo
- Disturbo addominale, crampi e dolori spesso intermittenti nell'andare di corpo
- Stanchezza, affaticamento
- Perdita di appetito
- Perdita di peso (nei soggetti con malattia più grave)

Malattia di Crohn

Nel morbo di Crohn, l'infiammazione può coinvolgere qualsiasi parte dell'intestino, dalla bocca all'ano, sebbene più spesso l'intestino tenue e il colon.¹ L'infiammazione è spesso localizzata in aree separate (a chiazze) lungo la parete intestinale, con aree di intestino sano tra aree di intestino malato. A differenza della colite ulcerosa, l'infiammazione generalmente compromette tutti gli strati della parete intestinale (non solo il rivestimento interno).

Il morbo di Crohn può anche essere associato ad ostruzioni o restringimenti della parete intestinale (stenosi), alla formazione di ascessi (sacchetti di pus) e/o di tratti anomali (fistole) che collegano diverse anse dell'intestino a se stesso o ad altri cappi dell'intestino o ad altri organi del corpo.

Morbo di Crohn



Sintomi comuni del morbo di Crohn

I sintomi dipendono spesso dalla posizione interessata

- Diarrea, con o senza sanguinamento
- Dolori o crampi addominali, spesso continui
- Vomito
- Ostruzione intestinale causata da stenosi
- Fistole o ascessi, particolarmente nella regione perianale
- Febbre durante le fasi attive della malattia
- Carenze nutrizionali
- Perdita di appetito
- Malassorbimento
- Malessere

Indagini e diagnosi

Non esiste un singolo test che si possa utilizzare per diagnosticare l'IBD con certezza. Molti individui richiedono una serie di test prima di poter effettuare una diagnosi precisa. Per ottenere una diagnosi di routine comporta l'esclusione di altre malattie e patologie come la sindrome dell'intestino irritabile, la celiachia o un'infezione intestinale.¹ Per alcuni individui, sebbene sia fatta la diagnosi di IBD, non è possibile distinguere tra la colite ulcerosa e il morbo di Crohn, circa il 5-15% viene diagnosticato come affetto dall'IBD non classificato (IBD-U). Successivamente tale diagnosi può essere modificata in colite ulcerosa o morbo di Crohn col progredire della malattia o dopo aver effettuato ulteriori indagini.

Alcuni o tutti dei seguenti test possono essere effettuati come parte del processo diagnostico.

Indagini	Spiegazioni
Campione delle feci	<ul style="list-style-type: none"> Per escludere un'infezione: campioni di feci regolari, spesso prelevati dal medico di famiglia, specialmente se la persona ha viaggiato di recente o è stata in contatto con altre persone infette. Per misurare l'infiammazione: le feci sono esaminate per una proteina (calprotectina) rilasciata dalle cellule infiammatorie nell'intestino che aiuta a determinare quali persone con sintomi intestinali potrebbero essere afflitte dall'IBD e dovrebbero eseguire una colonscopia per confermare la diagnosi (vedere di seguito).
Analisi del sangue	<ul style="list-style-type: none"> Per verificare la presenza di anemia (basso emocromo) dovuta al sanguinamento intestinale o dallo scarso assorbimento del ferro, legato al processo patologico dell'intestino. Per valutare la gravità dell'infiammazione: i marcatori infiammatori nel sangue (CRP o VES) possono essere elevati quando la malattia è attiva Per individuare carenze di vitamine o minerali, sempre legate al processo patologico dell'intestino Per valutare la gravità dell'IBD: il basso livello di albumina (una proteina) è un indicatore di infiammazione durante la fase attiva della malattia.
Colonscopia o sigmoidoscopia	<ul style="list-style-type: none"> Per esaminare l'intestino con l'uso di un lungo tubo flessibile inserito attraverso l'ano per valutare l'estensione e la posizione dell'infiammazione Per ottenere biopsie tissutali per cercare cambiamenti microscopici nella parete intestinale del colon, del retto o della parte inferiore dell'intestino tenue (ileo) che possano confermare/escludere UC o CD [Colite Ulcerosa o di Crohn], o potenzialmente un altro disturbo simile.
Endoscopia: gastroscopia	<ul style="list-style-type: none"> Per esaminare il tratto gastrointestinale superiore compreso l'esofago e la parte superiore dell'intestino tenue (duodeno) con l'uso di un lungo tubo flessibile inserito attraverso la bocca per cercare segni di infiammazione correlata alla CD Per ottenere biopsie tissutali per cercare cambiamenti microscopici nella parete intestinale del tratto gastrointestinale superiore e nella parte superiore dell'intestino tenue correlate alla CD.
Diagnostica per immagini	<ul style="list-style-type: none"> Un modo non invasivo per determinare l'estensione e la gravità della malattia attraverso la valutazione dei cambiamenti strutturali e funzionali nell'intestino attraverso la tecnologia di scansione, ad esempio la risonanza magnetica (RM), la tomografia computerizzata (TC) e l'ecografia intestinale (IUS) Per evitare i rischi dell'esposizione cumulativa alle radiazioni, quando possibile si dovrebbe utilizzare la risonanza magnetica o l'IUS, piuttosto che la TC.

CU: colite ulcerosa; MC: morbo di Crohn; PCR: proteina C-reattiva; VES: velocità di eritrosedimentazione; IUS: ecografia intestinale

Complicazioni dell'IBD

A volte si possono verificare complicazioni negli individui afflitti dall'IBD, sia all'interno che all'esterno del tratto gastrointestinale (GI) (quest'ultima è nota come manifestazione extraintestinale di IBD). Alcune complicazioni sono più gravi di altre e richiedono il trattamento medico continuo e a volte chirurgico.^{1,2}

Le complicazioni più comuni dell'infiammazione cronica nel tratto GI nel morbo di Crohn includono:

- Restringimento (stenosi) dell'intestino
- Connessione anomala tra l'intestino e altri organi nell'addome o nel bacino o con aperture esterne della pelle (formazione di ascessi; fistole)
- Lacerazioni ulcerate o crepe nel rivestimento del canale anale (ragadi)

Complicazioni più gravi del tratto GI nella colite ulcerosa e/o nel morbo di Crohn includono:

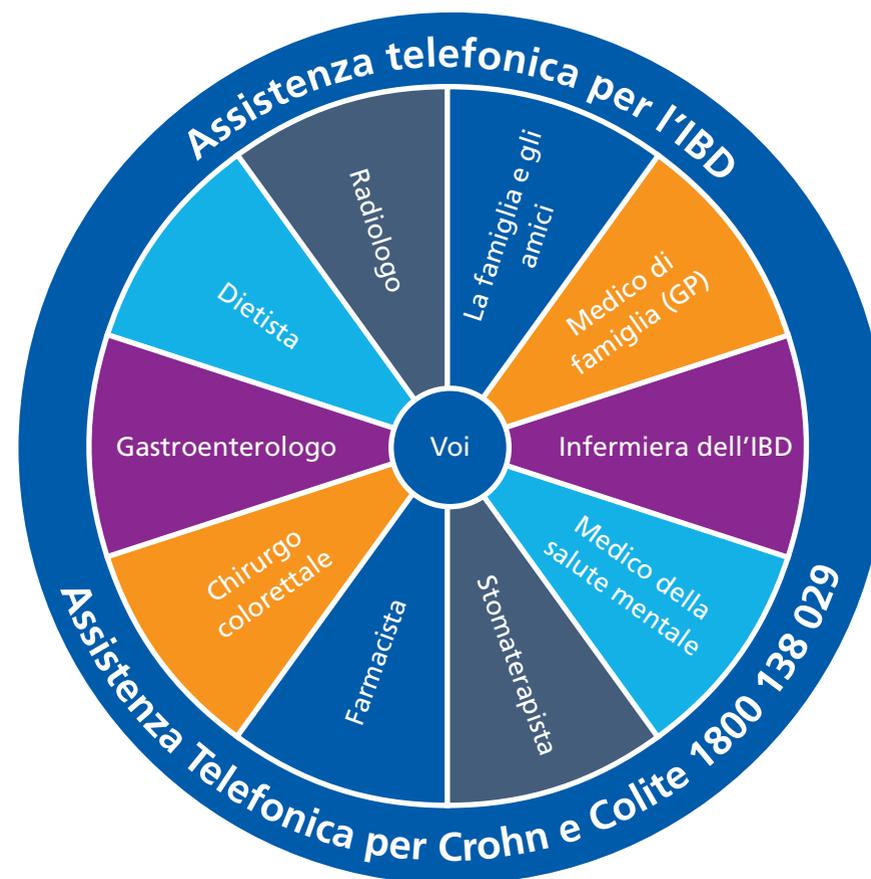
- Sanginamento eccessivo da ulcere profonde
- Perforazione (rottura) della parete intestinale, potenzialmente con contenuto intestinale inclusi batteri riversati nell'addome e causando infezione
- Megacolon tossico: (colite ulcerosa) cessazione parziale o totale delle contrazioni intestinali normali a causa di una grave infiammazione. Se non trattata, tale condizione può portare a un intervento chirurgico in cui viene rimossa una parte o il totale dell'intestino crasso
- Cancro del colonretto (intestino): il rischio di sviluppare il cancro all'intestino dipende da quanto tempo la persona è afflitta dall'IBD e quanto del colon è interessato⁹

Le complicazioni all'esterno del tratto GI nella colite ulcerosa e/o nel morbo di Crohn includono:

- Infiammazione articolare (gonfiore e dolore)
- Condizioni infiammatorie della pelle
- Condizioni infiammatorie degli occhi (arrossamento, dolori e prurito)
- Perdita ossea (osteoporosi)
- Malattia del fegato/del dotto biliare (in particolare colangite sclerosante primitiva o 'PSC')
- Calcoli renali
- Coaguli di sangue nelle vene e nelle arterie

Voi e il vostro team sanitario dell'IBD

L'approccio basato sul team per la gestione dell'IBD è considerato come il modo migliore per ottenere risultati terapeutici ottimali.^{1,9,10} Insieme agli specialisti dell'IBD, il proprio medico svolge un ruolo importante nell'assistere con: una diagnosi precoce, la richiesta di consulenza medica quando necessaria, la prevenzione sanitaria, l'assistenza, l'educazione e il coordinamento dell'assistenza.^{1,11}



Salute generale e l'IBD

L'IBD è una patologia cronica che generalmente inizia nella giovane età adulta e dura per tutta la vita. Le persone con l'IBD sono comprensibilmente preoccupate per l'eventuale impatto della malattia sulla salute generale nel corso della vita e sulla capacità di condurre una vita quotidiana normale.

Quando la malattia è gestita bene, la maggior parte delle persone con l'IBD conduce una vita relativamente normale, anche se è necessario assumere farmaci a lungo termine e di fare alcune modifiche al proprio stile di vita. Quando la malattia è in remissione clinica, le persone si sentono generalmente bene e sono prive di sintomi, anche se i processi che causano l'infiammazione sia all'interno che all'esterno dell'intestino potrebbero verificarsi di nuovo, silenziosamente. La maggior parte delle persone con IBD può condurre una vita normale potendo lavorare, sposarsi, avere figli, praticare attività sportive e ricreative e viaggiare.

Con il trattamento appropriato, l'attento monitoraggio della malattia e i follow-up regolari con un medico IBD, le persone con l'IBD possono aspettarsi la stessa aspettativa di vita come chiunque altro.⁷

Comunque, anche per le persone che sono gestite bene e in remissione, il rischio che i sintomi si ripresentino non scompare mai. L'esperienza di inaspettate riacutizzazioni che possono essere dolorose e scomode/imbarazzanti, influenzando la capacità di svolgere le normali attività della vita quotidiana. Continuare ad assumere i farmaci prescritti per l'IBD, anche nei momenti in cui l'individuo con l'IBD è privo di sintomi, il rischio di una riacutizzazione può essere significativamente ridotto.¹² Vivere con una patologia cronica come l'IBD può essere difficile da comprendere e accettare per la persona, per i familiari e per gli amici, quindi l'educazione di tutte le parti interessate è importante.

Strategie per il trattamento e l'IBD

Finora l'IBD non può essere curata, ma può essere ben gestita con l'uso continuo di farmaci appropriati per prevenire infiammazioni e lesioni, sia all'interno che all'esterno dell'intestino, per consentire una qualità di vita normale, o quasi normale.¹¹ Con un'ampia gamma di terapie mediche sicure ed efficaci per l'IBD e un focus sull'approccio "treat-to-target", l'obiettivo è la guarigione della parete intestinale, per ridurre il rischio di riacutizzazioni e complicazioni a lungo termine.¹

I risultati di questo approccio terapeutico dovrebbero essere anche il miglioramento duraturo dei sintomi associati per la persona con l'IBD e una riduzione della disabilità associata con un associato miglioramento della qualità di vita.

Per alcune persone con l'IBD più grave in cui le terapie mediche non hanno successo, la chirurgia può anche essere un'opzione.

Una strategia terapeutica efficace dovrebbe comportare una diagnosi precoce dell'IBD, farmaci adeguati e continuativi per ridurre il danno intestinale e poi un monitoraggio regolare da parte dello specialista IBD e del gruppo più ampio di esperti nella gestione dell'IBD. Il medico di famiglia e altri medici specializzati dell'IBD personalizzeranno la gestione dell'IBD, compresi i farmaci, per assicurare che l'infiammazione sia controllata a lungo termine, anche quando i sintomi sono in remissione.

Terapie mediche per l'IBD

Esistono diverse terapie mediche sicure ed efficaci che lo specialista IBD può prescrivere, in base a diversi fattori, tra cui la gravità dell'IBD con particolare attenzione all'approccio "treat-to-target", descritto sopra. I medicinali disponibili approvati per il trattamento dell'IBD in Australia sono sintetizzati nella tabella seguente.

Terapie mediche utilizzate comunemente per gestire l'IBD in Australia^{1,11}

Trattamento	Farmaci disponibili	Forma	Indicazione approvata dalla TGA
Malattia da lieve a moderata			
Aminosalicilati	Acido 5-amminosalicilico (5-ASA) (es. sulfasalazina, mesalazina, balsalazide)	Terapia orale e/o rettale	UC: per indurre la remissione (trattare la malattia attiva) e mantenere la remissione CD: (indicato solo per alcuni farmaci) per indurre e mantenere la remissione Disponibile in diverse preparazioni tra cui compresse, granuli, clisteri, schiuma rettale e supposte a seconda della sede della malattia
Corticosteroidi	Budesonide, prednisolone	Terapia orale e/o rettale	UC o CD: per indurre la remissione. Disponibile in diverse preparazioni tra cui capsule, compresse, supposte e schiuma rettale a seconda della sede della malattia Non al trattamento per il mantenimento
Terapia dietetica (include EEN)		Orale/dieta	UC e CD: possono essere considerati in aggiunta alla terapia medica
Malattia da moderata a grave			
Corticosteroidi	Prednisolone	Orale	UC e CD: per indurre la remissione Non per il trattamento di mantenimento ¹³
Nutrizione enterale esclusiva (EEN)	Integratori nutrizionali liquidi come fonte esclusiva di nutrimento	Orale/dieta	CD: per indurre la remissione (soprattutto nei bambini) come alternativa ai corticosteroidi Per fornire supporto nutrizionale
Immunomodulatori	Azatioprina, mercaptopurina (6-MP), metotrexato	Orale	
Agenti biologici	Inibitori del TNF-α Infliximab	Infusione endovenosa, poi iniezione endovenosa oppure sottocutanea	UC: per indurre la remissione in coloro che hanno fallito* la terapia convenzionale [^] CD: per indurre e mantenere la remissione in coloro che hanno fallito* la terapia convenzionale [^]
	Adalimumab	Iniezione sottocutanea	UC e DC: per indurre e mantenere la remissione in coloro che hanno fallito* il trattamento con terapia convenzionale [^] o infliximab
	Golimumab	Iniezione sottocutanea	UC: per indurre la remissione in coloro che hanno fallito* il trattamento con la terapia convenzionale [^]
	Inibitore dell'integrina Vedolizumab	Infusione endovenosa, poi iniezione endovenosa oppure sottocutanea	UC e CD: per indurre e mantenere la remissione in coloro che hanno fallito* il trattamento con la terapia convenzionale [^] o con un antagonista del TNF- α
	Inibitore dell'IL-12/23 Ustekinumab	Infusione endovenosa, poi iniezione sottocutanea	UC: per indurre la remissione CD: per indurre la remissione in coloro che hanno fallito* il trattamento con la terapia convenzionale [^] o con un antagonista del TNF- α
	Inibitori JAK Tofacitinib	Orale	UC: per indurre la remissione in coloro che hanno fallito* con la terapia convenzionale [^] o con una terapia biologica
	Upadacitinib	Orale	UC e DC: per indurre la remissione in coloro che hanno fallito* con la terapia convenzionale [^] o con una terapia biologica
	Modulatore del recettore S1P Ozanimod	Orale	UC: per indurre la remissione in coloro che hanno fallito* con la terapia convenzionale [^] o con una terapia biologica

UC: colite ulcerosa; CD: morbo di Crohn; TNF: fattore di necrosi tumorale; IL: interleuchina; TGA: Amministrazione dei Beni Terapeutici.

[^]terapia convenzionale: può includere 5ASA, corticosteroidi e/o immunomodulatori.

*Fallito: non risponde, intollerante.

Consultare le Informazioni per consumatori sui medicinali (CMI) per tutti i farmaci elencati all'indirizzo <https://www.tga.gov.au/consumer-medicines-information-cmi>

Durante la terapia di mantenimento, è importante che l'individuo con l'IBD continui la terapia anche se potrebbe sentirsi bene senza presentare alcun sintomo. L'individuo con l'IBD corre il rischio maggiore di una ricaduta quando interrompe l'assunzione del medicinale.¹⁴

Nutrizione enterale esclusiva (EEN)

L'EEN è un'opzione di trattamento per il morbo di Crohn attivo (non la colite ulcerosa) per ottenere la remissione o ridurre l'infiammazione nell'intestino prima dell'intervento chirurgico. L'EEN è sicura e per alcune persone può essere una buona alternativa ai farmaci quali i corticosteroidi, a seconda di quanto determinato dallo specialista IBD e dal dietista. Molti bambini affetti dal morbo di Crohn sono sottoposti a questa dieta liquida, nutrizionalmente completa, come trattamento iniziale.^{13,15}

La dieta prevede la sostituzione di tutti gli alimenti con bevande nutrizionali specializzate per migliorare la nutrizione generale e permettere all'intestino di guarire. Tali bevande forniscono tutta l'energia, le proteine, le vitamine e i minerali necessari, e sono disponibili in gusti diversi. La durata di questo programma è di solito 6-8 settimane.¹⁵

L'EEN deve essere avviata e monitorata dallo specialista IBD e da un dietista IBD per garantire che sia appropriata per l'individuo affetto da IBD, che i suoi bisogni nutrizionali siano soddisfatti e che stia raggiungendo gli obiettivi desiderati.

Dieta di esclusione del morbo di Crohn (CDED):

CDED è una dieta sviluppata come alternativa all'EEN. È stato dimostrato che è efficace quanto l'EEN nell'indurre la remissione nei bambini con il morbo di Crohn lievemente attivo. Implica l'utilizzo della formula nutrizionale liquida nell'EEN, in combinazione con un elenco specifico di alimenti. Come l'EEN, la CDED richiede la supervisione di un dietista IBD e di uno specialista IBD per garantire che venga eseguita in modo corretto e sicuro.

Attualmente non ci sono prove sufficienti per raccomandare una terapia dietetica specifica (al di fuori delle linee guida per un'alimentazione sana) per indurre la remissione della colite ulcerosa.

Altri medicinali per trattare i sintomi dell'IBD

Oltre a controllare l'infiammazione, altri farmaci possono aiutare ad alleviare i sintomi associati all'IBD, come la diarrea e i dolori. Il medico IBD dovrebbe essere sempre consultato prima di assumere qualsiasi farmaco acquistato al banco (OTC). La sostituzione del ferro dovrebbe essere sempre intrapresa quando viene confermata una carenza. Il trattamento può essere con ferro per via orale (se tollerato) o ferro per via endovenosa.¹

Esempi di farmaci acquistati al banco utilizzati nell'IBD includono:

- Farmaci antidiarroici
- Leganti del sale biliare: possono alleviare la diarrea rimuovendo il sale biliare che potrebbe accumularsi nel colon
- Analgesici (antidolorifici): il paracetamolo viene talvolta utilizzato per dolori lievi durante una riacutizzazione. Evitare l'uso regolare di farmaci antinfiammatori non steroidei (FANS). L'uso di oppiacei, come codeina e morfina, dovrebbe essere ridotto al minimo poiché l'uso cronico può essere associato a numerosi effetti collaterali, in particolare stitichezza e dipendenza fisica.

Chirurgia nell'IBD

Sebbene la chirurgia potrebbe non essere appropriata per tutti, rappresenta una parte importante della gestione dell'IBD grave quando i farmaci, la dieta e i cambiamenti dello stile di vita non sono più efficaci o non sono tollerati. La chirurgia in casi gravi di IBD viene utilizzata per rimuovere le parti dell'intestino danneggiate se si manifestano complicazioni gravi, come stenosi, ascessi o sanguinamento. Notevolmente, con i recenti progressi nei farmaci per l'IBD e nel modo in cui vengono somministrati, tale intervento chirurgico è ora meno comune rispetto a qualche decennio fa.

Poiché il morbo di Crohn e la colite ulcerosa compromettono parti diverse dell'intestino, le procedure chirurgiche per le due patologie sono differenti. Nel morbo di Crohn, la rimozione di parte dell'intestino infiammato può migliorare i sintomi, ma non è curativa. Di solito la malattia ritorna dopo l'intervento chirurgico, ma la ricorrenza può essere prevenuta o ritardata da farmaci postoperatori. Per le persone con la colite ulcerosa grave, l'intervento chirurgico per rimuovere parte o tutto il colon e il retto può curare la malattia, ma i pazienti dovranno far fronte alle conseguenze sia fisiche che psicologiche di un intervento chirurgico come una sacca ileo-anoale (una sacca interna realizzata dalla fine dell'intestino tenue e attaccata direttamente all'ano) o, più raramente, uno stoma permanente (un'apertura esterna nell'addome alla quale viene attaccato un sacchetto che raccoglie le secrezioni).

Nutrizione e l'IBD

A meno che non sia specificatamente prescritto dallo specialista e dal dietista dell'IBD, la maggior parte dei pazienti con IBD non hanno bisogno di restrizioni dietetiche e dovrebbe seguire una dieta ben bilanciata, per mantenere un peso sano e prevenire carenze nutrizionali, in linea con tutti gli altri australiani.^{11,13} Questo consiglio è particolarmente importante per i bambini con l'IBD per garantire la crescita e lo sviluppo normali. Una dieta di questo tipo dovrebbe includere ogni giorno alimenti appartenenti a ciascuno dei cinque gruppi principali alimentari, per assicurare l'assunzione abbondante di nutrienti; come segue:¹⁶

- Un'abbondanza di verdure, di diversi tipi e colori, e legumi/fagioli
- Frutta
- Alimenti a base di grani (cereali), per lo più varietà integrali e ad alto contenuto di fibre di cereali (con il consiglio dal medico/dietista)
- Carni magre e pollame, pesce, uova, tofu, noci e semi e legumi/fagioli
- Latte, yogurt, formaggio e le loro alternative, per lo più a ridotto contenuto di grassi
- Bere acqua in abbondanza.

Modificare cambiamenti alla dieta può aiutare le persone a mantenere un'alimentazione adeguata. È molto probabile che l'individuo con IBD abbia una riacutizzazione. Durante le riacutizzazioni è comune perdere peso, dovuto a fattori come la riduzione di appetito e dell'aumento di esigenze nutrizionali. Ciò è il caso in particolare nel caso del morbo di Crohn e nella colite ulcerosa grave.

L'assunzione di fibre

Le persone con IBD **non** dovrebbero seguire una dieta povera di fibre a lungo termine, a meno che non sia consigliata dal medico o dal dietista. Si può raccomandare a una persona con IBD di modificare o ridurre l'apporto di fibre nella dieta in caso di restringimento (stenosi) sintomatico dell'intestino, poiché gli alimenti ad alto contenuto di fibre possono causare un blocco.¹³ Un dietista/specialista IBD può fornire consigli in tale circostanza.

Adeguatezza nutrizionale

Raggiungere e mantenere un peso corporeo sano è anche importante per la salute. La denutrizione (o il sottopeso) è più comune nelle persone con IBD rispetto alla popolazione generale ed è associata ad affaticamento,¹⁷ a una ridotta funzionalità del sistema immunitario e a una ridotta qualità di vita.¹⁸ Durante una riacutizzazione, è comune che la persona con IBD senta una riduzione di appetito associata ad un

aumento di esigenza nutrizionale (specialmente nel morbo di Crohn e nella colite ulcerosa grave), che può portare alla perdita di peso. Avere il supporto di un dietista IBD per sviluppare un piano appropriato può aiutare a gestire questo problema.

Le persone con IBD possono soffrire carenza di vitamine e minerali specifici a causa della ridotta assunzione di cibo o da una dieta restrittiva. Ciò è dovuto ai cambiamenti nell'assorbimento di nutrienti o al maggiore utilizzo o alla perdita di nutrienti causati da un'inflammatione attiva nell'intestino. Alcuni esami del sangue possono essere utili per identificare questi problemi e lo specialista e il dietista IBD possono assistere consigliando l'integrazione e dando indicazioni generali sull'assunzione dietetica appropriata.

La sovranutrizione (o sovrappeso e obesità) è in aumento nelle persone con IBD così come nella popolazione generale e può portare ad altri problemi di salute. Il sovrappeso e l'obesità possono anche ridurre l'efficacia di alcuni farmaci per l'IBD.¹⁹ Raggiungere e mantenere il peso ideale è importante per la salute. Consumare cibi dai 5 gruppi alimentari ogni giorno e nelle porzioni consigliate, limitando al contempo gli alimenti discrezionali, può aiutare in questo.

Altre considerazioni

Cambiamenti nella dieta possono essere utili per gestire altri aspetti dell'IBD, tra cui la malnutrizione e/o l'ottimizzazione nutrizionale prima e dopo un intervento chirurgico, dopo la formazione di uno stoma o per gestire i sintomi senza infiammazione (cioè sintomi funzionali quando l'IBD è in remissione²⁰). Questo può essere discusso in modo più dettagliato con lo specialista e il dietista IBD, che sarà in grado di personalizzare qualsiasi consiglio alle esigenze della persona con IBD.

Il fumo e l'IBD

Il fumo di sigarette è associato a un'attività maggiore del morbo di Crohn e più riacutizzazioni. Nella persone con il morbo di Crohn in remissione,^{1,11} smettere di fumare è un modo molto efficace per ridurre il rischio di riacutizzazioni, sebbene ciò non dovrebbe sostituire la buona aderenza ai farmaci prescritti dallo specialista IBD. Il fumo sembra essere un fattore protettivo nello sviluppo della colite ulcerosa, o è in grado di migliorare i risultati nei pazienti con colite ulcerosa attiva. Tuttavia, i numerosi effetti dannosi potenziali del fumo sulla salute, come il cancro e le malattie cardiache, generalmente superano qualsiasi beneficio e quindi il fumo non è raccomandato per le persone affette da colite ulcerosa.⁸ Ancora una volta, l'aderenza ai farmaci prescritti per l'IBD, anche durante i periodi di sintomi scarsi o assenti, è il modo migliore per prevenire le riacutizzazioni dell'IBD.

Vaccinazioni

L'immunizzazione per le persone con IBD segue le linee di guida standard australiane, ad eccezione di coloro che assumono farmaci immunosoppressori (corticosteroidi, immunomodulatori e farmaci biologici).^{1,21}

Le persone con IBD che ricevono farmaci immunosoppressori sono a maggior rischio di infezioni. Subito dopo la diagnosi di IBD e prima che venga iniziato il trattamento immunosoppressivo, lo specialista IBD consiglierà le vaccinazioni per prevenire infezioni. Queste includono, ma non sono limitate a: epatite A e B, tetano, difterite, pertosse, papillomavirus umano, oltre al vaccino antinfluenzale annuale e al vaccino pneumococcico ogni 5 anni. È importante che le persone con IBD mantengano aggiornate le proprie vaccinazioni.

Le persone con IBD che ricevono farmaci immunosoppressori (corticosteroidi, immunomodulatori e farmaci biologici) dovrebbero ricevere consigli sulla necessità di evitare vaccini vivi.²² I vaccini vivi possono essere utilizzati in sicurezza solo se la persona riceve 5-ASA (aminosalicilati).^{1,11}

Tutte le vaccinazioni standard dovrebbero essere somministrate a un neonato, ad eccezione dei bambini nati da una madre che riceve farmaci biologici. Lo specialista IBD dovrebbe avvisare che i bambini di persone con IBD che ricevono farmaci biologici non ricevono vaccini vivi (morbilli, parotite e rosolia [MMR] e il vaccino contro il rotavirus) fino a quando il bambino non ha almeno 12 mesi di età.^{21,23}

Viaggiare

La maggior parte delle persone con IBD può viaggiare, ma dovrebbe pianificare il viaggio bene. È meglio viaggiare quando la persona con IBD è in remissione. È molto importante ottenere un'adeguata assicurazione di viaggio, tutte le vaccinazioni necessarie e una lettera del medico di famiglia e dello specialista IBD che delinea l'anamnesi e tutti i farmaci che il paziente sta assumendo. Per la persona con IBD sarà utile ricercare le destinazioni prima del viaggio, e sono disponibili alcune app che mostrano l'ubicazione dei servizi igienici nei vari paesi.

Tutte le persone affette da IBD dovrebbero portare una scorta adeguata di farmaci e di conservarla secondo le condizioni dettagliate sulla confezione del prodotto. È importante conservare i farmaci nella loro confezione originale nel caso sia necessario mostrarli alla dogana. È anche una buon'idea che le persone con IBD abbiano le ricette per dimostrare che il farmaco è stato prescritto.

Il team IBD può anche consigliare sulle precauzioni alimentari durante il viaggio e sulla gestione dei farmaci, nel caso di diarrea. Gli individui con IBD non sono più a rischio di diarrea del viaggiatore rispetto ad altre persone. Nonostante, è necessario prestare molta attenzione alle precauzioni riguardanti il cibo e l'acqua durante i viaggi. Durante una riacutizzazione della malattia o una possibile infezione gastrointestinale, la persona con IBD **non** deve interrompere i farmaci prescritti per l'IBD.

Prima della partenza, è una buona idea verificare con la linea aerea se è possibile tenere i farmaci per l'IBD nel bagaglio a mano, specialmente quando sono necessarie siringhe per la somministrazione di medicinali.

Gravidanza, fertilità e IBD

Durante gli anni riproduttivi, molti uomini e molte donne con IBD sono preoccupati dell'effetto della malattia sulla fertilità, come i cambiamenti durante la gravidanza potrebbero compromettere i sintomi dell'IBD e se eventuali trattamenti per l'IBD provocherebbero danni al bambino. Con gestione adeguata, la maggior parte delle donne con IBD può godere una gravidanza normale e dare alla luce un bambino sano. Le ricerche mediche hanno dimostrato che il tasso di fertilità per le persone con IBD è simile a quello della popolazione generale, sebbene la fertilità potrebbe diminuire se la donna avesse subito un intervento chirurgico con conseguenti cicatrici e aderenze, o se avesse una malattia attiva mentre cerca di concepire.¹

Idealmente, quando si pianifica una famiglia, sia gli uomini che le donne dovrebbero discutere le loro intenzioni con il proprio specialista IBD ben prima della gravidanza. Per la donna, la remissione della malattia nel periodo di concepimento e durante la gravidanza è associata ai migliori risultati per la madre e il bambino. Ottimizzando il controllo della malattia attraverso cure mediche regolari e aderendo al piano di trattamento darà alla donna la migliore possibilità di una gravidanza sicura e ben riuscita.

L'allattamento materno è generalmente incoraggiato per il bambino nato dalla madre con l'IBD e può essere protettivo.¹ La maggior parte dei farmaci per IBD, compresi i farmaci biologici, sono sicuri per il concepimento, la gravidanza e l'allattamento materno. Attualmente non ci sono prove a sostegno della sicurezza delle piccole molecole (inibitori JAK e modulatori del recettore S1P) per il concepimento, la gravidanza e l'allattamento materno e questi farmaci non dovrebbero essere utilizzati dalle donne che stanno tentando di concepire. Il metotrexato è controindicato anche durante il concepimento, la gravidanza e l'allattamento al seno e non deve essere utilizzato in questi scenari.

Non ci sono problemi di sicurezza con nessuno dei farmaci per l'IBD negli uomini che desiderano avere un figlio.

Il proprio specialista e infermiere IBD consiglierà un piano di gestione appropriato per ciascuno degli scenari descritti sopra.

Farmaci

È importante comprendere il rischio per la gravidanza se i farmaci vengono interrotti ed evitare un'eventuale riacutizzazione. Le donne con l'IBD attiva hanno maggiore probabilità di complicazioni durante la gravidanza rispetto a quelle in remissione.

IVF

Nella popolazione generale, fino al 15% delle donne ha problemi di infertilità²⁴ e molte cercano consulenza professionale per l'assistenza, come la fecondazione in vitro (IVF). Il successo dell'IVF in tutte le donne è influenzato da molti fattori, come l'età, il peso e l'anamnesi del fumo. Attualmente non si sa se l'IBD abbia influenza sull'esito dell'IVF, comunque si sono verificati numerosi casi di gravidanze riuscite per donne con l'IBD le quali sono state sottoposte al trattamento di IVF.²⁵ Per le donne con IBD che hanno difficoltà a rimanere incinta e stanno pianificando un trattamento IVF è importante discutere la propria situazione con lo specialista dell'IBD, per considerare le strategie che offriranno le migliori possibilità per un esito positivo.

Bambini e adolescenti

Circa il 25% delle persone con l'IBD viene diagnosticata prima dei 20 anni di età,^{1,26} mentre l'età più comune per la diagnosi è tra i 15 e 29 anni.²⁷ Più recentemente, il numero di pazienti pediatrici con la diagnosi di IBD è aumentato, per ragioni che attualmente non sono chiare. Per bambini e giovani, la malattia, le complicanze e il trattamento dell'IBD è generalmente simile a quello degli adulti sia per la colite ulcerosa che per il morbo di Crohn. Comunque, per alcuni bambini la malattia può essere più estesa e aggressiva rispetto agli adulti. Inizialmente, a volte può essere difficile distinguere tra la colite ulcerosa o il morbo di Crohn in questi bambini, con una diagnosi iniziale di IBD non classificato (IBD-U) che a volte viene applicato.

L'infanzia e l'adolescenza rappresentano una fase molto importante per lo sviluppo che porta all'età adulta. Essere affetti da una malattia a lungo termine come l'IBD durante l'infanzia può influenzare le fasi fondamentali dello sviluppo come la crescita (raggiungere la statura finale), la pubertà e la salute delle ossa. Se l'IBD viene diagnosticata precocemente, il team IBD sarà in grado di consigliare il trattamento migliore per raggiungere e mantenere la remissione limitando gli esiti negativi dell'IBD sul loro sviluppo.

Mangiare bene è una parte importante della gestione per i giovani affetti da IBD, così come lo è per gli adulti. Una buona alimentazione sostiene la normale attività fisica e la crescita, e aiuta a prevenire carenze caloriche, nutrizionali e vitaminiche. Molti bambini affetti dal morbo di Crohn vengono sottoposti all'EEN come trattamento iniziale e come alternativa ai corticosteroidi.^{1,13}

Il passaggio della cura dal team di gastroenterologia pediatrica a un team di adulti IBD è spesso molto stressante per i giovani con IBD e per le loro famiglie. Un approccio multidisciplinare, che coinvolge specialisti, medici di famiglia, dietisti, infermieri IBD e psicologi, tra gli altri, può sostenere i giovani adulti a diventare partecipanti attivi nella propria gestione sanitaria e rendere questo cambiamento una transizione agevole e ben riuscita.

Salute mentale e benessere

Sebbene lo stress non causa l'IBD, per alcune persone potrebbe essere un fattore scatenante per le riacutizzazioni. Per le persone con IBD, la natura cronica e imprevedibile della malattia può causare una serie di effetti psicologici associati alla paura di perdere il controllo dell'intestino, e comprende l'immagine negativa del corpo, la bassa autostima e l'isolamento sociale.

Come nella maggior parte delle malattie croniche, le persone con l'IBD sono più propense all'ansia e alla depressione rispetto alla popolazione generale,²⁸ ciò tende ad essere più grave durante le riacutizzazioni. Esistono delle prove che la coesistenza di depressione può rendere più difficile la gestione della malattia attiva.

Si riscontrano particolari preoccupazioni durante l'adolescenza, periodo di sfide legate allo sviluppo fisico, alla pubertà, al completamento degli studi, al cambiamento dei social network e al desiderio di sperimentare comportamenti rischiosi. I giovani con l'IBD non sono diversi, anche se, dovuto alla loro malattia, questi problemi potrebbero essere amplificati.

Le persone con IBD e i loro familiari e amici dovrebbero prestare attenzione ai cambiamenti di umore o di ansia. Gestire l'IBD non è sempre semplice come trattare la malattia nell'intestino. Tale gestione richiede un approccio multidisciplinare assieme ad una serie di professionisti sanitari che lavorano insieme con la persona afflitta dall'IBD e i familiari per ottenere l'esito migliore. La consulenza di professionisti sulla salute mentale e/o attraverso gruppi di supporto può essere utile per affrontare l'impatto psicologico dell'IBD.

Cercare aiuto professionale

- Parlare con il team di cura IBD
- La helpline di Crohn e Colitis Australia: 1800 138 029
- BeyondBlue: 1300 224 636
- LifeLine: 13 11 14
- Headspace: 1800 650 890

Attenersi al vostro programma del trattamento

Una buona gestione dell'IBD è finalizzata a due aspetti del trattamento: l'induzione della remissione e il mantenimento di tale remissione.^{1,11} Siccome non esiste una cura medica per l'IBD, è importante gestire la condizione durante le riacutizzazioni e i periodi di remissione. Tale approccio dipende dai farmaci a lungo termine. Attenersi al regime terapeutico concordato con il medico durante i periodi di remissione, anche quando si sta bene, poiché la malattia di base è ancora presente e può svilupparsi silenziosamente fino a diventare sintomatica (riacutizzazione). Le conseguenze della mancata aderenza comprendono l'aumento del rischio di riacutizzazioni con sintomi e complicazioni associati, che potenzialmente aumentano la disabilità e quindi influenzano a lungo termine la qualità di vita.¹

Bisogna parlare con il team di cura IBD il prima possibile se si riscontrano effetti collaterali derivanti dal trattamento.

Tre motivi per continuare a prendere i farmaci

- In caso di malessere, si deve guarire
- Una volta che si sta bene, si deve restare bene
- Si deve pensare ai risultati a lungo termine della malattia

A volte può essere difficile continuare con la terapia raccomandata dal medico. Alcune persone si sentono a disagio all'idea di assumere farmaci a lungo termine. È importante capire la ragione esatta perché si sta assumendo i farmaci prescritti, e poter discutere degli eventuali dubbi sul piano di trattamento e alla condizione stessa con il vostro specialista IBD e il resto del team di cura dell'IBD.

Anche lo stile di vita può rendere difficile l'adesione alla terapia prescritta. Nel caso di una vita sociale o lavorativa intensa, può essere difficile ricordare di portare i farmaci con sé quando è necessario o quando si viaggia. Inoltre, non è sempre conveniente assumere farmaci che devono essere somministrati per via rettale come i clisteri. Queste questioni dovrebbero essere sollevate con il team IBD, in modo che insieme si possano elaborare delle strategie che si adattano meglio al proprio stile di vita.

Social media

I social media sono una parte essenziale della vita di oggi. Può essere un mezzo efficace per le persone con IBD di comunicare tra loro e/o con esperti di IBD, per migliorare la comprensione e la gestione complessiva dell'IBD.

Le informazioni su questi siti Web non dovrebbero mai sostituire quelle fornite dal team IBD. Ogni persona con IBD è diversa, perciò, ogni gestione sarà specificatamente adattata alle esigenze individuali.

Il team di cura IBD può suggerire dei siti accreditati da esplorare online per le persone con IBD, compresi quelli elencati di seguito.

Ulteriori informazioni

Crohn's and Colitis Australia (CCA)

www.crohnsandcolitis.com.au
IBD Telephone Helpline and Nurseline
free call 1800 138 029

The Gastroenterological Society of Australia (GESA)

[www.gesa.org.au/resources/
inflammatory-bowel-disease-ibd/](http://www.gesa.org.au/resources/inflammatory-bowel-disease-ibd/)

The Australian Council of Stoma Associations Inc (ACSA)

www.australianstoma.com.au

Crohn's & Colitis Foundation of America (CCFA)

www.ccfa.org

Crohn's & Colitis UK

www.crohnsandcolitis.org.uk

The J-Pouch Group

www.j-pouch.org

The Gut Foundation

www.gutfoundation.com.au

Mind Over Gut

www.mindovergut.com

The IBD Passport

Comprehensive information about
travel with IBD
www.ibdpassport.com

Australian Government

Travel advice to check specific
country requirements
www.smarttraveller.gov.au

The TGA Health Safety Regulation

For travellers with medicines or medical
devices entering or leaving Australia
[www.tga.gov.au/products/travelling-
medicines-and-medical-devices](http://www.tga.gov.au/products/travelling-medicines-and-medical-devices)

Riferimenti

1. GESA. Clinical update for general practitioners and physicians. Inflammatory bowel disease. 4th edition. Update 2018.
2. Coskun M. Front Medi 2014;1:1.
3. Wilson J, et al. Inflamm Bowel Dis 2010;16:1550.
4. Pricewaterhouse Coopers Australia. Improving inflammatory bowel disease care across Australia. 2013.
5. Mikocka-Walus A, et al. JGH Open 2019;doi:10.1002/jgh3.12236.
6. Ng SC, et al. Lancet 2018;390:2769.
7. GESA. Fact sheet. Inflammatory bowel disease (IBD): Crohn's disease and ulcerative colitis. Update 2018.
8. Crohn's and Colitis Foundation of America (CCFA). The facts about inflammatory bowel diseases. 2014.
9. Koltun WA. Expert Rev Gastroenterol Hepatol 2017;11:491.
10. Crohn's and Colitis Australia. My partner in care. 2019.
11. Wright EK, et al. Med J Aust 2018;209:318.
12. Kane S, et al. Am J Med 2003;114:39.
13. Lamb C, et al. Gut 2019;68(Suppl 3):s1.
14. Testa A, et al. Patient Prefer Adherence 2017;11:297.
15. Day A, et al. JGH Open 2019;doi.org/10.1002/jgh3.12256.
16. National Health and Medical Research Council. Australian Guide to healthy eating. 2017.
17. McGing JJ et al. Aliment Pharmacol Ther. 2021; 54: 368–387.
18. Pulley, J., et al. JGH 2020 Open, 4: 454-460.
19. Dai Z et al. Annals of Pharmacotherapy. 2020;54(8):729-741.
20. Cox SR, et al. Gastroenterology 2020;158:176.
21. ATAGI. Australian Immunisation Handbook [online]. 2018.
22. Greveson K, et al. Frontline Gastroenterol 2016;7:60.
23. Julsgaard M, et al. Gastroenterology 2016;151:110-9.
24. Oza SS, et al. Clin Gastroenterol Hepatol 2015;13:1641.
25. Pan JJ, et al. ACG Case Rep J 2016;3:e199.
26. Kelsen J, et al. Inflamm Bowel Dis 2008;14 Suppl. 2:S9.
27. Grover Z, et al. Aust Fam Physician 2017;46:565.
28. Mikocka-Walus A, et al. Inflamm Bowel Dis 2016;22:752.

Scansionare il codice QR per accedere a questo opuscolo online.
Questo sito Web fornisce i collegamenti sopra indicati per la
convenienza dell'utente.





Questa brochure educativa è orgogliosamente supportata da:

Dr Falk Pharma Australia P/L

9 Help Street

Chatswood, NSW 2067

ABN 40 631 091 131

Infoline: 1800 DRFALK (373 255)

Email: admin@drfalkpharma.com.au

www.drfalkpharma.com.au

Data di preparazione: Aprile 2024. DRF231. IBD-2023-1313.