

# Casi Clinici

Supplemento a M.D. Medicinae Doctor, XXVI, 1, 2019  
Reg. Trib. di Milano n. 527 del 8/10/1994  
ROC n.4120 - ISSN 1123 8631  
Direttore responsabile: Dario Passoni  
© Passoni Editore srl - Milano



## Esperienze nel trattamento della malattia di Crohn e della colite ulcerosa

## Ottimizzazione di vedolizumab in RCU con perdita di risposta ad infliximab

Laurino Grossi, Valentina Vecchione, Nunzia Russo

Università degli Studi "G d'Annunzio", Chieti - ASL Pescara, Ospedale Spirito Santo



### Anamnesi

Crohn vs RCU	RCU
Sesso	M
Età (anni)	54
Età alla diagnosi (aa)	46
Durata di malattia (aa)	8
Estensione malattia (sec Montreal)	E3
Malattia perianale	No
Fumatore	No
Chirurgia per IBD	No
Manifestazioni extraintestinali	No
Pregressa terapia	1. Salicilati 2. Steroide 3. Anti-TNF alfa (Infliximab)



### Descrizione del caso clinico

ST è un paziente di sesso maschile con diagnosi nel 2010 (all'età di 46 anni) di rettocolite ulcerosa a localizzazione pancolica (E3 sec. Montreal), a seguito di diarrea muco-ematica. Trattato con terapia steroidea già all'esordio, il paziente dopo una prima remissione clinica, nell'arco di pochi mesi ha presentato frequenti recidive alla sospensione dello steroide. Nell'ottobre 2012, dopo adeguato screening, ha intrapreso terapia con Infliximab ev (5 mg/kg). Il trattamento ha portato a una buona risposta clinica e progressiva remissione clinica mantenuta nell'arco dei 18-24

mesi successivi. Nel corso del terzo anno di trattamento, il quadro clinico ha presentato una ripresa di attività, che è stata gestita con aumento della posologia del farmaco (dapprima riduzione degli intervalli di somministrazione, successivamente aumento della dose di farmaco a 10 mg/kg). Tale pratica ha consentito di recuperare una buona risposta clinica, con paziente che è rimasto in remissione per i successivi 12-18 mesi. A fine novembre 2016 la malattia ha presentato una ripresa di attività clinica, confermata da uno stadio endoscopico Mayo 3 (figura 1).

### ▶▶ Esami ematici

Hb (12-16 g/dL)	9.9
GB (4.8-10.8 x 10 <sup>3</sup> )	5.5
PLT (130-400 x 10 <sup>3</sup> )	371
PCR (<0.5 mg/dL)	12
Calprotectina fecale (<100)	1890



### ▶▶ Scelte terapeutiche e considerazioni finali

In considerazione della perdita secondaria di risposta all'anti-TNFalfa e in accordo con il paziente si è optato quindi per uno "swap" terapeutico verso anti-integrina, vedolizumab, che è stato intrapreso nel gennaio 2017. Il quadro clinico è andato lentamente migliorando, ma senza raggiungere una completa remissione, con evacuazioni che restavano 4-5/die e tracce di muco e sangue nel 20-30%. Dopo sei mesi di mantenimento si è pertanto deciso di ottimizzare l'uso dell'anti-integrina infondendo vedolizumab ogni 4 settimane. Già dopo la seconda dose il paziente ha raggiunto una condizione di remissione clinica e laboratoristica, con normalizzazione dell'alvo e dei markers sierologici dell'infiammazione. Un controllo endoscopico eseguito a settembre 2018 documentava un quadro endoscopico pari a Mayo 1 (figura 2).

