

## **IBD Journal Club 12 Aprile 2023**

**Dott.ssa CHIARA LONGO**

**Gaslini, Genova**

**R. Mahmood et al**

**Complete Endoscopic Healing Is Associated With Lower Relapse Risk After Anti-TNF Withdrawal in Inflammatory Bowel Disease.**

**Clin Gastroenterol Hepatol. 2023 Mar;21(3):750-760.e4.**

In pazienti adulti affetti da IBD in remissione clinica, bioumorale ed endoscopica (completa o parziale), la sospensione della terapia con anti-TNFalfa è associata a un alto rischio di riacutizzazione di malattia (40% a un anno) senza differenze statisticamente significative in base al tipo di malattia (RCU, IBDU, MC) o di anti-TNF (infliximab vs adalimumab). La terapia con mesalazina in pazienti con RCU/IBDU e un quadro endoscopico di remissione completa (Mayo / SES-CD 0-2) sono associati a un ridotto rischio di recidiva; al contrario, né l'utilizzo di immunomodulatori, né livelli subterapeutici di anti-TNF si sono dimostrati protettivi. In seguito alla riacutizzazione di malattia, la reintroduzione dell'anti-TNF (lo stesso farmaco nella maggior parte dei casi) si è dimostrata efficace, portando alla remissione nel 73% dei pazienti entro 3 mesi e nel 90% entro un anno con livelli di farmaco sovrapponibili a quelli pre-sospensione.

Limite principale dello studio è rappresentato dall'inclusione di pazienti in remissione endoscopica parziale (Mayo 1, SES-CD 3-4).

**Jess L. Kaplan et al.**

**Use, Durability, and Risks for Discontinuation of Initial and Subsequent Biologics in a Large Pediatric-Onset IBD Cohort.**

**J Pediatr Gastroenterol Nutr. 2023 May 1;76(5):566-575**

In una coorte di pazienti pediatrici con IBD sono stati analizzati i dati del periodo 2006- 2016 per evidenziare eventuali fattori di rischio per l'interruzione della terapia con anti-TNF.

Nei pazienti affetti da M. di Crohn, in cui la terapia con anti-TNF è avviata più precocemente e mantenuta più a lungo (rispetto ai pazienti con RCU), gli indici di malattia più severa sono risultati associati a maggior rischio di interruzione dell'anti-TNF: localizzazione colica, terapia steroidea all'avvio ed elevato sPCDAI per il primo anti-TNF; indici bioumorali di attività di malattia (aumento PCR, bassi valori di albumina ed ematocrito) e interessamento del tratto GI superiore per il secondo anti-TNF. Tutti gli altri fattori analizzati (ad es. fenotipo di malattia, malattia perianale, tempo intercorso tra la diagnosi e l'avvio della terapia..) non sono risultati significativi. Nei pazienti con RCU, in cui è più frequente una mancata risposta all'anti-TNF, non è stato individuato alcun fattore statisticamente correlato al rischio di interruzione della terapia.

Limiti principali dello studio: nessuna valutazione di efficacia della terapia ma solo della durata, ridotto numero di farmaci disponibili negli anni in cui è stato condotto lo studio (vedolizumab approvato solo per adulti, tofacitinib e ustekinumab non ancora approvati per IBD), nessun dato su immunogenicità/ livelli ematici degli anti-TNF.

**Dott.ssa Francesca Tarani**  
**La Sapienza, Roma**

**Salguero MV et al.**

**Growth after menarche in pediatric inflammatory bowel disease**

**J Pediatr Gastroenterol Nutr. 2023 Feb 1;76(2):183-190.**

Un menarca precoce, intorno ai 12 anni e mezzo di vita, è associato ad una crescita lineare maggiore rispetto a chi lo presenta in epoca tardiva. Tra i fattori di rischio per un ritardo di crescita vi sono: una malattia digiunale per la malattia di Crohn (MC), l'uso di corticosteroidi, un'attività severa di malattia per numero di ospedalizzazioni e interventi chirurgici prima del menarca per la MC ed infine la pubertà ritardata materna.

**Louis E et al.**

**Withdrawal of infliximab or concomitant immunosuppressant therapy in patients with Crohn's disease on combination therapy (SPARE): a multicentre, open-label, randomised controlled trial**

**Lancet Gastroenterol Hepatol. 2023 Mar;8(3):215-227.**

Esiste un rischio maggiore a 2 anni di ricaduta nei pazienti con MC che sospendono la terapia con infliximab (IFX) rispetto a chi prosegue la terapia combinata o a chi sospende l'immunosoppressore proseguendo IFX in monoterapia. Infatti la sospensione dell'IM non aumenta il rischio di ricaduta. Inoltre tra i pazienti che sospendono IFX e presentano una riacutizzazione, la risposta successiva all'IFX è quasi sempre ottima e rapida senza effetti avversi maggiori. Tra i fattori di rischio per ricaduta vi è una MC più severa con calprotectina maggiore di 300 mcg/g e PCR maggiore di 5 mg/L al baseline, ma anche un esordio sotto i 18 anni e l'abitudine tabagica.