Gestione del paziente ricoverato per una malattia infiammatoria cronica intestinale riacutizzata

Data 23 aprile 2026
Categoria gastroenterologia

Gastroenterology pubblica un utile framework per la gestione ottimale del paziente ricoverato per una MICI riacutizzata.

Le malattie infiammatorie croniche intestinali (MICI) - morbo di Crohn e colite ulcerosa - possono richiedere ricovero ospedaliero per esempio in caso di riacutizzazioni severe, complicanze (ascessi, occlusione, perforazione), fallimento della terapia ambulatoriale. Un articolo pubblicato su Gastroenterology passa in rassegna le raccomandazioni per ottimizzarne la gestione.
Di seguito una sintesi.

1. Valutazione iniziale (prime 24 ore). Anzitutto escludere infezioni che possono simulare una riacutizzazione o peggiorarla: Test per Clostridioides difficile CMV nei casi selezionati

2) Valutare severità e complicanze. Esami: PCR, emocromo, albumina; imaging/endoscopia se indicato

3) Valutazione nutrizionale. Screening precoce e correzione delle eventuali carenze (ferro, B12, vitamina D)

4) Supporto generale. Durante il ricovero: Fluidi ev ed elettroliti

5) Profilassi tromboembolismo venoso. Obbligatoria salvo presenza di controindicazioni

6) Gestione del dolore. Quando possibile evitare gli oppioidi quando possibile e cautela con i FANS

7) Terapia specifica per la colite ulcerosa severa: corticosteroidi ev come trattamento di prima linea; rivalutazione a 3–7 giorni; se mancata risposta: infliximab, ciclosporina, JAK-inibitori. Nei asi non responsivi alla terapia medica valutare opzione chirurgica (colectomia)

8) Terapia specifica per il morbo di Crohn: se occlusione intestinale raccomandati il riposo intestinale, l'uso di sondino nasogaxtrico, eventuali steroidi o chirurgia; se ascessi la terapia si basa su antibiotici ed eventuale drenaggio; in caso di malattia perianale: approccio combinato medico e chirurgico (se ascesso o fistola con raccolta: incisione e drenaggio + antibiotici + infliximab o altro anti-TNF; una volta risolta l'infiammazione programmare chirurgia definitiva)

9) Ruolo dell'endoscopia: Utile per confermare l'attività della malattia ed escludere infezioni. Spesso in fase acuta viene preferita la sigmoidoscopia flessibile

10) Necessario un approccio multidisciplinare (gastroenterologo, chirurgo, nutrizionista, infermieri specializzati) perchè associato a migliori outcome clinici

11) Fondamentali per ridurre ri-ospedalizzazioni: un piano terapeutico chiaro, un follow-up precoce, l'educazione del paziente, l'ottimizzazione terapia di mantenimento

Che dire? Queste raccomandazioni hanno lo scopo di ridurre i ritardi terapeutici e la variabilità di gestione tra centri. Riflette un cambio di paradigma. Prima si preferiva un'attesa prolungata per valutare la risposta agli steroidi, ora vengono privilegiate decisioni rapide e aggressive e una escalation precoce (biologici/JAK) in modo da ridurre le colectomie urgenti, le complicanze e la durata dei ricoveri. Il messaggio conclusione è che la gestione ottimale del paziente ricoverato per riacutizzazione di una MICI dipende dalla tempistica, dalla coordinazione del team e dalla standardizzazione dei percorsi.

RenatoRossi

Bibliografia

Cohen-Mekelburg S, Hashash JG, Loftus EV Jr, Rubin DT. AGA Clinical Practice Update on Inpatient Management of Adults With Inflammatory Bowel Disease: Expert Review. Gastroenterology. 2026 Feb;170(2):408-417. doi: 10.1053/j.gastro.2025.08.039. PMID: 41579011.