

abbvie



Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico
"Saverio de Bellis"
Ente Ospedaliero Specializzato in Gastroenterologia
via Turi n°27 - 70013 Castellana Grotte - Bari
C.F. – P.IVA: 00565330727
Ente di diritto pubblico D.M. del 31-3-1982



Dasa-Räger
EN ISO 9001:2008
IQ-1208-14



1° Corso teorico-pratico in LIVE IMAGING nelle IBD

AULA MULTIMEDIALE IRCCS "DE BELLIS" - CASTELLANA GROTTA (BA)

13/10/2016

«IBD DARK & LIGHT:DALLA CORRETTA RIVALUTAZIONE ALL' OTTIMIZZAZIONE DELLA TERAPIA»

Ore 09:00

LIVE COLONOSCOPY e LIVE ULTRASONOGRAPHY

a cura del Dr Mastronardi, del Dr Giorgio e dello staff di endoscopia

Segreteria Organizzativa – Ufficio Formazione

Segreteria Provider n. 1534

I.R.C.C.S. "S. de Bellis"

Per schede di iscrizione rivolgersi a:

Ufficio Formazione: Tel: 080.499.41.59 Fax:080.499.43.20

www.irccsdebellis.it - formazione@irccsdebellis.it



E.C.M.
Commissione Nazionale Formazione Continua

agens.

Evento ECM: 1534–168899 ED.1
Per infermieri e medici chirurghi
Crediti nr. 11,3

PROGRAMMA:

9:00 Registrazione

9:30 Leandro - Presentazione del corso

Sessione Crohn

9:40 Buccianti : Rivalutazione laboratoristica e clinica nel Crohn

10:00 Mazzuoli : Rivalutazione basata sull' imaging nel Crohn

10:20 – 10:45 Mastronardi: Ottimizzazione della terapia e Timing del Biologico nel Crohn

Attività interattiva

10.45–11:45 1° Caso clinico: Paziente Crohn in trattamento steroideo

- Briefing di gruppo
- LIVE COLONOSCOPY
- LIVE ULTRASONOGRAPHY
- Discussione di gruppo

11:45-12:45 2° Caso clinico: Paziente Crohn in trattamento con immunosoppressore

- Briefing di gruppo
- LIVE COLONOSCOPY
- LIVE ULTRASONOGRAPHY
- Discussione di gruppo

12:45-13:45 3° Caso clinico: Paziente Crohn in trattamento con biologico

- Briefing di gruppo
- LIVE COLONOSCOPY

- LIVE ULTRASONOGRAPHY

13:45 – 14:15 Pausa pranzo

Sessione RCU (retto colite ulcerosa)

14:15- 14:30 Curlo : Rivalutazione laboratoristica e clinica in RCU

14:30-14:45 Giorgio : Rivalutazione endoscopica in RCU

14:45-15:00 Mastronardi : Ottimizzazione della terapia e Timing del biologico in RCU

15:00–16:00 1° Caso clinico : Paziente RCU in trattamento steroideo

- Briefing di gruppo
- LIVE COLONOSCOPY
- Discussione di gruppo

16:00-17:00 2° Caso clinico : Paziente RCU in trattamento con immunosoppressore

- Briefing di gruppo
- LIVE COLONOSCOPY
- Discussione di gruppo

17:00-18:00 3° Caso clinico : Paziente RCU in trattamento con biologico

- Briefing di gruppo
- LIVE COLONOSCOPY
- Discussione di gruppo

18:00-18:15 Conclusioni - somministrazione questionario ecm

RAZIONALE SCIENTIFICO:

Nella terapia delle malattie infiammatorie intestinali l'obiettivo primario e' ottenere la remissione dei sintomi ed il suo mantenimento, ma gli obiettivi del trattamento negli ultimi 10 anni, sotto la spinta dell'osservazione dei successi clinici e strutturali, determinati dall'introduzione della terapia con biologici, sono decisamente variati. Si e' passati dalla risoluzione dei sintomi ad un controllo profondo della malattia infiammatoria obiettivato dalla guarigione mucosale, con un controllo continuativo clinico e biumorale che imponga ottimizzazione dei trattamenti nel breve termine.

Alla base pero' delle valutazioni cliniche esiste l'esatto inquadramento strutturale delle malattie, in termini di estensione e di gravita' delle lesioni; cio' consente di pianificare una strategia terapeutica sartorializzata sul singolo paziente in relazione alle differenti modalita' di espressione e di estensione della malattia.

Se l'obiettivo del trattamento deve essere il controllo della patologia evitando il più possibile le recidive cliniche di malattia, bisognerebbe procedere come i reumatologi fanno già da qualche anno, ossia secondo il treat to target attraverso la strategia cosiddetta del "tight control". Cercare di arrestare la progressione della malattia che, nel caso delle patologie reumatologiche, e' evitare la comparsa del danno radiografico che diventa irreversibile. Il tight control e il quindi il treat to target nelle IBD consente di evitare tutte quelle complicanze intestinali che porterebbero ad ospedalizzazione, intervento chirurgico e nella peggiore delle ipotesi alla manifestazione di un cancro. Pertanto sarebbe opportuno trattare il paziente ponendosi come obiettivo una risposta clinica continua, una risoluzione sintomatologica ed endoscopica che eviti o minimizzi la percentuale di recidiva di malattia. Il problema che emerge e' che lo stretto controllo della malattia porti ad un over-treatment ed ad un utilizzo eccessivo di procedure diagnostiche invasive (endoscopia e risonanza magnetica); la conoscenza dei parametri predittivi di evoluzione disabilitante, evidenziata da un corretto inquadramento clinico e strutturale, può, però, consentire di evitare un eccessivo trattamento ed utilizzo di procedure diagnostiche invasive.

L'endoscopia riveste un ruolo chiave quindi nell'ottimizzare le strategie terapeutiche; il meeting odierno e' volto ad evidenziare, mediante la successione di diversi casi clinici di colite ulcerosa e malattia di Crohn, differenti situazioni diagnostiche e terapeutiche su cui discutere ed implementare la migliore strategia terapeutica ed ottimizzare il ricorso alla valutazione endoscopica. Si evidenzierà, inoltre, il razionale dell'utilizzo di tecniche diagnostiche non invasive come l'ecografia delle anse intestinali e dei parametri biumorali e fecali (calprotectina, lattoferrina) di attività di malattia.