



Ospedale Pediatrico Bambino Gesù-IRCCS
UOC Chirurgia e Endoscopia Digestiva
Referenti clinici: Paola De Angelis
patologie.eosinofile@opbg.net
Piazza Sant'Onofrio, 4-00165 Roma, tel. 06/68592841-4292



AOU Policlinico Umberto I – Sapienza Università di Roma
UOC di Gastroenterologia ed Epatologia Pediatrica
Referenti clinici: Salvatore Oliva
salvatore.oliva@uniroma1.it
Viale Regina Elena, 324 - 00161 Roma, tel 06/49979326/318

PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE

PDTA- REGIONE LAZIO GASTROENTERITE EOSINOFILA (CODICE ESENZIONE RI0030)

(elaborato nel mese di gennaio 2021 - a cura dei Centri Bambino Gesù-AOU Policlinico Umberto I)

1. Inquadramento della malattia	3
2. Strumenti per la diagnosi	4
3. Terapia	5
4. Controlli di salute	6
5. Modalità di accesso al Centro e servizi offerti	7
6. Collaborazioni del Centro con altri Centri nazionali e internazionali.....	8
7. Rapporti con le Associazioni.....	8

1. Inquadramento della malattia

Le malattie eosinofile dell'apparato gastrointestinale (**EGID**) si dividono in 2 gruppi principali: l'esofagite eosinofila (EoE) e le gastroenteropatie eosinofile (EGE).

L'**EoE**, la più comune delle EGID, è una malattia infiammatoria cronica localizzata all'esofago, di presumibile eziopatogenesi immuno-allergica, che mostra un'alternanza di periodi di remissione clinica e fasi di riacutizzazione.

La diagnosi è endoscopico-biopsica e clinica; l'EoE è caratterizzata, dal punto di vista istologico, dal riscontro di eosinofilia mucosale (> di 15 eosinofili/ad alto potere d'ingrandimento-HPF- in biopsie esofagee prossimali, medie e distali) e da sintomi secondari ad una disfunzione dell'esofago.

Le linee guida pubblicate nel 2011 da Liacouras CA e collaboratori e nel 2014 da Papadopoulou A. e collaboratori hanno introdotto una nuova entità clinica ed istologica, l'eosinofilia esofagea responsiva agli inibitori di pompa protonica (PPI-REE), considerando l'EoE e la malattia da reflusso gastroesofageo (MRGE) come due condizioni distinte. Nel 2018 un consensus di esperti ha identificato il sottogruppo di PPI-REE indistinguibile dall'EoE, definendo gli inibitori di pompa protonica (IPP) un'opzione terapeutica per il trattamento dell'eosinofilia mucosale esofagea.

L' incidenza dell'EoE ha subito un notevole incremento negli ultimi 10 anni e varia da 5 a 10 casi su 100.000 abitanti con una prevalenza che varia da 0,5 a 1 caso ogni 1000.

La presentazione clinica dell'EoE appare diversa a seconda dell'età del paziente: il lattante ed il bambino in età prescolare spesso presentano difficoltà di alimentazione, con sintomi simili a quelli della MRGE, mentre i bambini in età scolare hanno più frequentemente vomito o sintomi dolorosi; la disfagia è un sintomo predominante, invece, negli adolescenti e negli adulti.

L'infiammazione dell'esofago è alla base di una naturale progressione verso la malattia fibrostenosante; la dismotilità esofagea, la rigidità dei tessuti e la formazione di stenosi può determinare disfagia ed impatti del bolo alimentare.

Il 40-90% dei bambini con EoE presenta segni e/o sintomi di atopia (asma, rinite allergica, dermatite atopica) e questo riscontro può essere di ausilio diagnostico, unitamente alla storia familiare di atopia, anch'essa presente in un'elevata percentuale di casi.

Le **EGE** costituiscono, invece, un gruppo di malattie rare, eterogenee e mal definite sia clinicamente sia in termini eziopatogenetici. La diagnosi si basa per lo più su tre criteri diagnostici: presenza di sintomi aspecifici gastrointestinali associati a infiltrazione eosinofila in uno o più tratti dell'apparato gastrointestinale, con esclusione di altre cause di eosinofilia gastrointestinale.

La prevalenza riportata è diversa a seconda delle regioni geografiche, ed è stimata di 2,3 su 100.000 negli adulti e 1,6 su 100.000 nei bambini.

La presentazione clinica della EGE varia in base al tratto gastrointestinale interessato; manifestazioni cliniche più frequenti sono caratterizzate da vomito, diarrea, dolore addominale, calo ponderale, malassorbimento, sanguinamento franco od occulto con anemia ed ittero ostruttivo.

Le EGE vengono anche classificate in base al tratto intestinale coinvolto (gastrite, gastroenterite, colite, proctocolite) o in base alla localizzazione degli eosinofili a livello tissutale (sierosica, mucosale o muscolare).

La forma mucosale è la più frequente e la muscolare la più rara. Se sono coinvolti gli strati muscolari dolori addominali, crampi ed ostruzione intestinale possono essere i sintomi di presentazione e, in rari casi, si può avere una perforazione d'organo. Le forme che coinvolgono le sierose sono associate ad ascite e distensione addominale.

Data la rarità di queste malattie, prima di fare diagnosi di EGE, devono essere escluse cause comuni di eosinofilia tissutale, quali infezioni parassitarie, malattie infiammatorie intestinali, malattie del connettivo, allergia a farmaci, disordini linfoproliferativi.

RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

Updated International Consensus Diagnostic Criteria for Eosinophilic Esophagitis: Proceedings of the AGREE Conference. Dellon ES et al. Gastroenterology 2018; 155:1022.

Epidemiology and Natural History of Eosinophilic Esophagitis. Dellon ES, et al. Gastroenterology. 2018; 154(2):319–332.

Guidelines on eosinophilic esophagitis: evidence-based statements and recommendations for diagnosis and management in children and adults. Lucendo AJ et al. United European Gastroenterol J. 2017; 5(3): 335–358.

Eosinophilic esophagitis is frequently associated with IgE-mediated allergic airway diseases. Simon D et al. *J Allergy Clin Immunol*. 2005; 115(5):1090–2.

Eosinophilic esophagitis: updated consensus recommendations for children and adults Liacouras et al. *J Allergy Clin Immunol Actions*. 2011; 128(1):3-20

Management guidelines of eosinophilic esophagitis in childhood. Papadopoulou A et al. *J Pediatr Gastroenterol Nutr*. 2014; 58(1):107-18.

2. Strumenti per la diagnosi

L'anamnesi e la storia clinica dettagliata rappresentano il primo passo verso una corretta diagnosi di **EoE**.

La sintomatologia clinica può essere variabile a seconda delle varie fasce d'età: nei pazienti più giovani la malattia in genere si presenta come manifestazione di disfunzioni nella motilità esofagea, mentre negli adulti come manifestazione della fibrosi esofagea. Pertanto, i sintomi di presentazione più comuni nel bambino piccolo sono il ritardo di crescita, la difficoltà di alimentazione (ad esempio arresto nella progressiva introduzione di alimenti solidi o rifiuto di determinati alimenti), sintomi aspecifici di reflusso gastro-esofageo. Nei bambini più grandi, si hanno invece dolori addominali e vomito ricorrente, mentre nei giovani adulti le manifestazioni cliniche più comuni sono la disfagia e l'occlusione esofagea da bolo alimentare (*food impaction*). La disfagia tende a diventare ingravescente con l'età e con la durata della malattia ma, in alcuni casi, rappresenta il sintomo di esordio.

L'esofago è l'unico tratto del sistema gastrointestinale a essere classicamente privo di eosinofili in condizioni di normalità. Il gold standard per la diagnosi di EoE è l'esecuzione di una esofagogastroduodenoscopia (EGDS) con riscontro di > 15 eosinofili/HPF in almeno una delle biopsie del tratto esofageo prossimale/medio/distale, in assenza di ipereosinofilia in altre parti del tratto gastrointestinale.

Il quadro endoscopico dell'EoE si caratterizza per il riscontro di esofagite acuta prossimale, media e/o distale, con eritema, edema, friabilità della mucosa, "spot" biancastri (microascessi eosinofili) o immagini attribuibili ad una esofagite cronica come "anelli" esofagei, "striature" longitudinali, stenosi esofagea. Nessuna di queste anomalie è, tuttavia, patognomica dell'EoE, potendo essere riscontrata anche in altre forme di esofagite; pertanto, l'istologia è necessaria per la conferma diagnostica.

La recente introduzione dello score endoscopico "Endoscopic Reference Score (EREFS)" consente la descrizione di essudati, anelli, edema, solchi mediante una classificazione standardizzata, utilizzata per la descrizione macroscopica dell'esofago.

Al momento, l'unico strumento utilizzato oltre che per la diagnosi anche per il follow-up della EoE è rappresentato dalla EGDS con biopsie, in quanto sintomi, biomarcatori o altri elementi apparentemente patognomici non sono sufficientemente specifici o sensibili per il monitoraggio della malattia.

Nel sospetto di **EGE** i sintomi variano in caso di interessamento di stomaco (vomito, piroisi, sazietà precoce), intestino tenue (diarrea, dolore addominale, meteorismo, perdita di peso, sintomi occlusivi) o colon (dolore addominale, diarrea muco-sanguinolenta). Tale sintomatologia può essere associata a segni sistemici quali quelli da malassorbimento, anemia sideropenica, ipoalbuminemia da protidodispersione. Segni quali ipereosinofilia periferica spiccata e comorbidità allergica (dermatite atopica, asma, rinite allergica, etc) aumentano il sospetto diagnostico.

La diagnosi di EGE viene effettuata essenzialmente mediante EGDS e colonscopia con biopsie, che rivelano la presenza di eosinofili in una o più parti dell'apparato gastrointestinale. Uno dei maggiori problemi diagnostici è rappresentato dal fatto che, a differenza dell'esofago, gli eosinofili sono fisiologicamente presenti nella lamina propria dei restanti tratti dell'intestino, in particolare nel ceco e nell'appendice. Diversi autori hanno utilizzato cut-off diversi a seconda dei vari tratti: >50 eosinofili/HPF nel colon destro, >35/HPF nel colon trasverso, >25/HPF nel colon sinistro.

Anche nel caso di EGE, il follow up è esclusivamente clinico/endoscopico/istologico.

RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

Guidelines on eosinophilic esophagitis: evidence-based statements and recommendations for diagnosis and management in children and adults. Alfredo J L. et al. *United European Gastroenterol J*. 2017; 5(3): 335–358.

Updated International Consensus Diagnostic Criteria for Eosinophilic Esophagitis: Proceedings of the AGREE Conference. Dellon ES. et al. *Gastroenterology* 2018; 155:1022.

Natural history of eosinophilic gastroenteritis. Pineton de Chambrun G, et al. *Clin Gastroenterol Hepatol* 2011; 9:950-956.

Eosinophilic Esophagitis and the Eosinophilic Gastrointestinal Diseases: Approach to diagnosis and management. Steinbach E. et al. *J Allergy Clin Immunol Pract*. 2018; 6(5): 1483–1495.

3. Terapia

La gestione terapeutica dell'EGID prevede un approccio multidisciplinare con l'utilizzo della terapia farmacologica e/o della dieta; l'ampio spettro di opportunità terapeutiche è correlato alla diversità e severità di presentazione della patologia e alla risposta terapeutica. Nel caso di perforazione e stenosi, ovviamente, la terapia sarà medica-endoscopica e chirurgica.

Nell'**EoE** l'obiettivo terapeutico principale è la remissione istologica che viene definita da un numero di eosinofili < 15/HPF nell'esofago. Le attuali opzioni terapeutiche sono principalmente rappresentate dall'approccio dietetico e dai farmaci (IPP e steroidi topici), provvedimenti da utilizzarsi da soli o in combinazioni, da attuare in funzione della risposta del singolo paziente.

Le terapie nutrizionali proposte sono essenzialmente di tre tipi:

- la dieta elementare con formula aminoacidica, che ha dimostrato un'ottima efficacia nell'indurre una remissione di malattia; tuttavia, può compromettere notevolmente la qualità di vita, essendo una dieta molto restrittiva che quindi non può essere attuata per lunghi periodi;
- la dieta empirica con l'eliminazione di sei classi di alimenti (latte, soya, uova, grano, arachidi/noccioline e pesce oppure formule idrolisate), considerato che gli allergeni più comunemente implicati nella patogenesi sono le proteine del latte, dell'uovo e del grano;
- la dieta guidata dalla positività delle prove allergometriche (skin prick test, dosaggio delle IgE specifiche e atopy patch test); tuttavia, per questa dieta, non vi sono evidenze conclusive allo stato attuale.

Gli inibitori di pompa protonica (*esomeprazolo, omeprazolo, lansoprazolo, pantoprazolo*), con effetto antiinfiammatorio sull'EoE, vengono prescritti al dosaggio di 2 mg/Kg/die; tale terapia, spesso utilizzata nelle fasi iniziali, è da preferire, in particolare, in caso di sintomi compatibili con MRGE e deve essere eseguita per almeno 8 settimane.

Gli steroidi hanno un'efficacia nella quasi totalità dei pazienti. La terapia steroidea è ormai prevalentemente topica (farmaci OFF-LABEL) con formulazioni orali viscosi di budesonide (da 0,5 mg fino a 2 mg/die, in base all'altezza del paziente) o fluticasone dipropionato deglutito (225 mcg puff deglutiti), per un periodo non inferiore ai 3 mesi. La terapia steroidea sistemica (prednisone-metilprednisolone alla dose di 0,5-1 mg/kg/die) è ormai riservata soltanto ai pazienti molto sintomatici, con stenosi esofagea; la durata consigliata del trattamento va dai 2 ai 14 giorni, con progressivo decalage.

Attualmente, altre terapie sono in fase di studio con trial clinici controllati; particolare attenzione è riservata agli inibitori dei mastociti, gli antileucotrieni, antistamici e anti-interleukina 5.

Nell'**EGE**, i corticosteroidi rappresentano la terapia più utilizzata. In particolare, sono molto efficaci nei pazienti con pattern eosinofilo mucosale. Il prednisone al dosaggio di 0,5-1 mg/kg ha dimostrato risposta clinica in 2-14 giorni; progressivamente, il dosaggio viene scalato fino ad ottenere una dose minima efficace per poi sospendere. In caso di assunzione prolungata di steroidi sistemici è obbligatoria la supplementazione con calcio e vitamina D, lo screening oculistico e l'utilizzo di IPP per prevenire le ulcere gastriche e duodenali. La budesonide orale può essere utilizzata come terapia di mantenimento o per indurre la remissione, considerando i minori effetti collaterali; il dosaggio di attacco è 9 mg al giorno, con una dose di 3-6 mg al giorno nel mantenimento. L'uso di immunosoppressori (es. azatioprina) è spesso considerato per il controllo della malattia a lungo termine.

L'uso di una dieta di eliminazione viene raccomandata in particolare in caso di malassorbimento e scarsa crescita o per ridurre la dose di corticosteroidi. Le formule a base di idrolisato e/o formule elementari vengono fornite al paziente dalle farmacie territoriali della ASL di appartenenza con Piano Terapeutico e sono completamente a carico della famiglia.

Nei centri di riferimento è possibile essere sottoposti a trial clinici con farmaci sperimentali non ancora approvati in Europa per l'uso routinario (Dupilumab, Omalizumab, Reslizumab).

La terapia farmacologica per il trattamento della EoE e della EGE è a carico del Servizio Sanitario (SSR) su ricetta prescritta dal medico di medicina generale/pediatra di libera scelta o disease manager (rappresentato dal gastroenterologo o gastroenterologo pediatra).

Per la gestione dei farmaci off-label, dopo prescrizione del Piano Terapeutico, la distribuzione avviene presso le farmacie territoriali dell'ASL di appartenenza del paziente secondo le modalità previste dall'Azienda Sanitaria.

MISURE DA ADOTTARE IN CASO DI PROLUNGATA TERAPIA CORTICOSTEROIDEA E DIETA DI ELEMENTARE

In caso di uso prolungato di corticosteroidi sistemici e di diete di esclusione è importante la supplementazione di calcio e vitamina D; è raccomandato l'uso di inibitori di pompa protonica per prevenire ulcere gastriche/duodenali; il supporto psicologico ove richiesto; la valutazione endocrinologica con eventuali accertamenti strumentali (Densitometria minerale ossea) per escludere osteopenia/osteoporosi.

VACCINAZIONI

L'uso di immunosoppressori controindicano l'uso di vaccini vivi attenuati. I pazienti che ricevono terapia orale corticosteroidica o immunosoppressiva possono essere vaccinati per l'influenza stagionale, H1N1, Sars-Cov2 se età >16 anni, Tetano e Pneumococco/Meningococco. Il livello di protezione è dubbio durante l'immunosoppressione sistemica.

RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

Eosinophilic gastroenteritis. Memon RJ et Saviwala MN. In:StatPearls. Trespine Island (FL) StatPearls Publishing; 2020
Eosinophilic gastroenteritis and other eosinophilic gut diseases distal to oesophagus. Walker MM et al. Lancet Gastroenterol Hepatol. 2018; 3(4):271-280

Eosinophilic gastroenteritis: Approach to diagnosis and management. Abou Rached A et al World J Gastrointest Pharmacol Ther. 2016; 7(4):513-523

Eosinophilic gastrointestinal disorders. Fahey LM et Liacouras CAI. Pediatr Clin North Am. 2017; 64(3):475-485

4. Controlli di salute

I pazienti affetti da EoE e da EGE vengono seguiti con controlli clinici periodici, sia durante il periodo di terapia, farmacologica o dietetica, sia durante il follow-up successivo alla presa in carico.

I bilanci di salute vengono eseguiti presso uno dei Presidi della Rete (PDR), da parte del disease manager.

La cadenza dei controlli viene decisa dal disease manager in base alla fase di malattia (attività o remissione), e dei fabbisogni individuali del singolo paziente.

Tutti i bilanci di salute sono registrati con l'apposita funzione, nel Registro online delle Malattie Rare Lazio.

Il bilancio di salute viene eseguito con gestione esterna (ambulatoriale) mediante apposita impegnativa, oppure interna (regime di Day Hospital o Ordinario), in caso di necessità di sottoporre il paziente a controlli strumentali di elevata complessità.

Il medico di medicina generale o pediatra di libera scelta deve essere messo a conoscenza dell'esito del bilancio di salute, al fine di rendere attiva la collaborazione fra Centro di Riferimento e medicina del territorio.

Al bilancio di salute potrà essere coinvolto, a discrezione del disease manager, il team multidisciplinare (allergologo, nutrizionista, psicologo, immunologo, endocrinologo, genetista, etc...).

Una volta confermata la diagnosi di patologia, con esecuzione dell'endoscopia del tratto gastrointestinale superiore e/o inferiore completa di biopsie con conferma dell'infiltrato eosinofilo della mucosa intestinale al di sopra dei cut-off diagnostici indicati dal PDTA, avviene la presa in carico presso il Centro.

Alla diagnosi, vengono eseguiti eventuali ulteriori esami di approfondimento a seconda delle necessità individuali del caso.

Il paziente viene, quindi, registrato sulla piattaforma online del sito Malattie Rare Lazio (https://www.regione.lazio.it/servizi/malattie_rare/login.php), da dove potrà essere scaricato il certificato di esenzione (cod. RI0030), utile per l'attivazione della stessa presso lo sportello dedicato della ASL di appartenenza.

Presso il Centro di Riferimento, oltre alla valutazione specialistica gastroenterologica e degli specialisti del team multidisciplinare, sono disponibili tutti gli esami strumentali utili alla diagnosi e al monitoraggio terapeutico e delle complicanze.

Il paziente, recandosi presso l'ASL di appartenenza ed esibendo il certificato rilasciato dal centro prescrittore, può ottenere il codice di esenzione.

I codici di malattia rara garantiscono l'accesso alle prestazioni di assistenza sanitaria, incluse nei livelli essenziali di assistenza, efficaci ed appropriate per il trattamento ed il monitoraggio della malattia dalla quale i pazienti sono affetti e per la prevenzione di ulteriori aggravamenti.

Il follow-up può essere eseguito presso specialisti appartenenti al PDR o presso specialisti di PDR territoriali presenti presso l'area geografica di provenienza del paziente.

TRANSIZIONE AL CENTRO DEGLI ADULTI

Problematica particolarmente rilevante risulta essere quella della transizione dei pazienti pediatrici affetti da EoE ed EGE dai centri pediatrici verso centri dell'adulto, una volta raggiunta la maggiore età.

La necessità di programmi definiti di transizione deriva dal bisogno di evitare ai ragazzi disagio ed ansia secondarie legate al passaggio dall'assistenza pediatrica a quella dell'adulto, con le conseguenti differenze nella gestione clinico-

terapeutica, corrispondenti all'evoluzione dei bisogni medici e psico-fisici. Tale percorso può essere favorito con la creazione di ambulatori condivisi (pediatra-gastroenterologo e gastroenterologo dell'adulto) e dedicati, con l'obiettivo di gestire in maniera comune il follow-up del paziente per il periodo necessario alla transizione definitiva al centro dell'adulto.

5. Modalità di accesso al Centro e servizi offerti

PRESIDI DELLA RETE (PDR)

5.1 OSPEDALE PEDIATRICO BAMBINO GESU', IRCCS, ROMA

UOC di Chirurgia ed Endoscopia Digestiva, UOC di Allergologia
Ambulatorio Malattie Eosinofile
Referenti clinici: Dott.ssa Paola De Angelis, Dott. A. G. Fiocchi

Roma Gianicolo

Piazza Sant'Onofrio, 4
Padiglione Sant'Onofrio 2° piano

Roma San Paolo

Viale di San Paolo, 15
Piano terra - Settore B

Email: patologie.eosinofile@opbg.net

Telefono:

(+39) 06 6859 2345

Tutti i giorni dalle ore 08.00 alle ore 15.00

Fax: (+39) 06 6859 2949

Le visite ambulatoriali vengono effettuate presso la sede di San Paolo ogni mercoledì del mese dalle ore 15:00 alle ore 19:00. L'attività di DH viene effettuata nella sede del Gianicolo presso la UOC di Chirurgia ed Endoscopia Digestiva, Padiglione Sant'Onofrio, 2° piano e presso la sede di San Paolo.

Gli appuntamenti per la prima visita possono essere prenotati al Centro Unico Prenotazioni (**C.U.P.**) oppure tramite il Servizio di Prenotazioni on line con impegnativa del medico curante (per visita di chirurgia endoscopica digestiva e visita allergologica).

Durante la prima visita, dopo la diagnosi di EoE o EGE, viene effettuata una valutazione clinica congiunta gastroenterologico-allergologica con un accurato esame obiettivo, valutazione dello stato nutrizionale (rilevazione del peso corporeo, statura, BMI), esecuzione di prove allergometriche in vivo ed in vitro (Skin Prick test, Atopy Patch test), se presenza di segni e sintomi di allergie alimentari e/o respiratorie concomitanti, esecuzione di esami ematochimici (emocromo, chimica clinica, assetto marziale, funzionalità renale, epatica, dosaggio vitaminico, IgE totali, IgE specifiche per alimenti ed inalanti, indagini di diagnostica molecolare ed eventualmente ISAC-Microarray per component resolved diagnosis); in tale occasione, viene stabilito il programma diagnostico-terapeutico individuale con programmazione degli esami strumentali (**EGDS** con biopsie, manometria esofagea, pH-impedenzometria delle 24 ore, dilatazioni esofagee).

I pazienti vengono accompagnati nelle varie fasi del percorso da personale dedicato medico, infermieristico o amministrativo.

Il follow up ambulatoriale prevede controlli periodici ogni 2-3 mesi, a seconda delle necessità di ogni singolo paziente, sulla base del quale viene stabilito il timing di esecuzione delle indagini strumentali di follow up (EGDS con biopsie, colonscopia con biopsie, pH-impedenzometria, manometria esofagea, etc). Le visite ambulatoriali di follow up necessitano di prescrizione, da parte del curante oppure del disease manager, di visita gastroenterologica endoscopica di controllo.

5.2 AOU POLICLINICO UMBERTO I – SAPIENZA UNIVERSITÀ' DI ROMA

UOC di Gastroenterologia ed Epatologia Pediatrica
Ambulatorio Malattie Eosinofile
Referenti clinici: Dott. Salvatore Oliva

DH di Gastroenterologia Pediatrica

Clinica Pediatrica, Edificio B – Piano terra

Viale Regina Elena, 324 - 00161 Roma

E-mail: gastropediatria@uniroma1.it; salvatore.oliva@uniroma1.it

Telefono:

(+39) 06 49979326/318 - Tutti i giorni dalle ore 08.00 alle ore 15.00

Fax: (+39) 06 49979325

Le visite ambulatoriali vengono effettuate nell'ambito di un ambulatorio dedicato, svolto presso la UOC di Gastroenterologia ed Epatologia Pediatrica, Servizio di Day Hospital, Edificio B della Clinica Pediatrica - piano terra.

Gli appuntamenti per la prima visita possono essere prenotati tramite il Servizio di Prenotazione interno, al numero 0649976916, attivo dal lunedì al venerdì. Le visite di controllo saranno fissate al momento della visita, oppure prenotandole al numero 0649979326 (lun.-ven. 8.00-15.00).

Durante la prima visita viene effettuata una valutazione clinica gastroenterologica con un accurato esame obiettivo e valutazione dello stato nutrizionale (rilevazione del peso corporeo, statura, BMI); in tale occasione viene stabilito il programma diagnostico-terapeutico individuale con programmazione degli esami ematochimici e strumentali (emocromo, chimica clinica, assetto marziale, funzionalità renale, epatica, dosaggio vitaminico, IgE totali, IgE specifiche per alimenti ed inalanti, EGDS con biopsie, manometria esofagea, pH-impedenzometria delle 24 ore, dilatazioni esofagee). In caso di comorbidità con altre manifestazioni allergiche (ad aero- e trofoallergeni), verranno eseguite prove allergometriche *in vivo* (Skin Prick test, Atopy Patch test) ed *in vitro* (dosaggio IgE specifiche) e consulenza allergologica.

I pazienti vengono accompagnati nelle varie fasi del percorso da personale dedicato medico ed infermieristico.

Il follow-up ambulatoriale prevede controlli periodici ogni 2-3 mesi, a seconda delle necessità di ogni singolo paziente.

6. Collaborazioni del Centro con altri centri nazionali ed internazionali

I Centri Bambino Gesù e Sapienza collaborano attivamente con altri centri nazionali ed internazionali che si occupano di Gastroenteropatie Eosinofile.

7. Rapporti con le Associazioni

L'associazione **ESEO ITALIA** persegue esclusivamente finalità di informazione, sensibilizzazione, assistenza sociale e socio sanitaria, ricerca e promozione scientifica soprattutto in relazione all' EoE e alle patologie frequentemente associate ad essa. E' costituita da famiglie con un membro affetto da questa patologia con l'intento di aiutare i bambini e gli adulti nati con queste patologie e le loro famiglie a prevenire o eliminare i problemi di carattere sanitario, sociale e più in generale di disagio che tali patologie comportano, sensibilizzando l'opinione pubblica e contribuendo alla ricerca, anche attraverso la raccolta di fondi.

L'associazione si avvale di un Comitato Tecnico-Scientifico, costituito da esperti della Malattia che operano nei principali ospedali sparsi nel territorio Italiano.

Principali obiettivi:

1. *diffondere la conoscenza dell'Esofagite Eosinofila;*
2. *promuovere momenti di incontro tra le persone con Esofagite Eosinofila e le loro famiglie, per condividere le esperienze e le informazioni relative alle patologie;*
3. *sensibilizzare l'opinione pubblica, attraverso tutti i mezzi di informazione e le istituzioni affinché emergano le problematiche e le esigenze comuni delle persone che sono affette da tali patologie e alle loro famiglie;*
4. *organizzare un servizio informativo al fine di indirizzare i malati e le loro famiglie ai centri di riferimento e sui loro diritti sanitari nell'ambito specifico;*
5. *favorire lo scambio ed il confronto fra medici e/o centri specializzati che si occupano di Esofagite Eosinofila per una maggior diffusione delle conoscenze mediche;*
6. *creare un network informatico al fine di far interagire gli operatori del settore, i malati e le loro famiglie e facilitare la comunicazione e lo scambio di informazioni scientifiche;*
7. *promuovere la ricerca medico-scientifica sulle malattie rare anche tramite l'attività del Comitato Scientifico;*