

ECCO EFCCA PATIENT GUIDELINES

on Ulcerative Colitis (UC)



Portuguese



ECCO EFCCA PATIENT GUIDELINES



Linhas de Orientação para o Doente ECCO-EFCCA sobre a Colite Ulcerosa (CU)

Salvatore Leone*¹, Alejandro Samhan-Arias*², Itamar Ben-Shachar³, Marc Derieppe⁴, Filiz Dinc⁵, Isabella Grosu⁶, Charlotte Guinea⁷, Jarkko Lignell⁸, Gediminas Smailys⁹, Sigurborg Sturludóttir¹⁰, Seth Squires¹¹, Paolo Gionchetti¹², Rami Eliakim**¹³, Janette Gaarenstroom**¹⁴

* Estes autores contribuíram de modo igual como primeiros autores

** Estes autores contribuíram de modo igual como últimos autores

¹AMICI Onlus - Associazione Nazionale Malattie Infiammatorie Croniche dell'Intestino, Via A. Wildt, 19/4, 20131 Milão, Itália; ²ACCU ESPAÑA - Confederación de Asociaciones de Enfermos de Crohn y Colitis Ulcerosa de España. C/ Enrique Trompeta 6, Bajo 1. C.P. 28045. Madrid, Espanha; ³CCFI - The Israel Foundation for Crohn's Disease and Ulcerative Colitis, POB 39957, Tel Avive 61398; ⁴AFA - Association Francois Aupetit, 32 rue de Cambrai, 75019 Paris, França; ⁵inflatuvar barsak hastalıkları dayanışma ve Yardımlaşma Derneği, Caferağa Mah. Moda Caddesi No: 20 Borucu Han. K:1 Büro No: 103 Kadıköy, Istanbul, Turquia; ⁶ASPIIR - Asociația Persoanelor cu Boli Inflamatorii Intestinale din România (Romanian Association of People with IBD), Calea Mosilor 268, Bucureste, Romênia; ⁷Crohns & Colitis UK - CCUK, 45 Grosvenor Road, St Albans, Hertfordshire AL1 3AW, Reino Unido; ⁸CCAFIN - Crohn ja colitis ry, Kuninkaankatu 24 A, 33210 Tampere, Finlândia; ⁹Klaipeda University Hospital, Department of Pathology, Liepojos g. 41, LT-92288 Klaipeda, Lituânia; ¹⁰Crohn's og Colitis Ulcerosa samtökin á Island, P.o. Box. 5388, 125 Reiquiavique, Islândia; ¹¹Royal Alexandra and Vale of Leven Hospitals, Department of Gastroenterology, Corsebar Road, Paisley, Escócia, Reino Unido, PA2 9PN; ¹²University of Bologna, Department of Medical and Surgical Sciences, Via Massarenti, 9, 40138 Bolonha, Itália; ¹³Gastroenterology and Hepatology, Sheba Medical Center, 52621 Tel Hashomer, Israel; ¹⁴University Medical Center Utrecht, Department of Gastroenterology, Heidelberglaan 100, P.O. Box 85500, 3584 GX Utrecht, Países Baixos (até Setembro 2015)

Sociedades organizadoras e correspondentes: Organização Europeia de Crohn e Colite, Ungargasse 6/13, 1030 Viena, Áustria; Federação Europeia de Associações da Doença de Crohn e Colite Ulcerosa, Rue Des Chartreux, 33-35 Bruxelas B 1000 Bélgica

Agradecimentos

A ECCO e a EFCCA gostariam de agradecer a todos os que contribuíram para as Linhas de Orientação para o Doente ECCO-EFCCA. A ECCO e a EFCCA gostariam ainda de agradecer a colaboração dos autores clínicos, Sanna Lonnfors e Andrew McCombie, que contribuíram significativamente para as Linhas de Orientação para o Doente ECCO-EFCCA.

Política de Divulgação

As Linhas de Orientação para o Doente ECCO-EFCCA baseiam-se nas Linhas de Orientação Clínica ECCO sobre a Doença de Crohn e a Colite Ulcerosa. Para aceder às Linhas de Orientação Clínica ECCO, clicar no link abaixo: <https://www.ecco-ibd.eu/index.php/publications/ecco-guidelines-science.html>

Agradecemos a divulgação das Linhas de Orientação para o Doente ECCO-EFCCA. Note que qualquer tradução das Linhas de Orientação para o Doente ECCO-EFCCA estará sujeita à aprovação da ECCO e da EFCCA.

ECCO EFCCA PATIENT GUIDELINES



Declaração de Exoneração de Responsabilidade

As Linhas de Orientação para o Doente ECCO-EFCCA devem facilitar a instrução e empoderamento do doente e visam servir de orientação sobre as melhores práticas a nível europeu. Neste sentido, algumas recomendações podem variar a nível nacional, uma vez que o tratamento disponível varia de país para país. Quaisquer decisões terapêuticas são assunto do foro clínico individual e não devem basear-se exclusivamente no conteúdo das Linhas de Orientação para o Doente ECCO-EFCCA. A Organização Europeia de Crohn e Colite, a Federação Europeia de Associações da Doença de Crohn e Colite Ulcerosa e/ou qualquer dos seus membros e/ou qualquer indivíduo que tenha contribuído para as linhas de orientação não pode ser responsabilizada/o por qualquer informação publicada de boa fé nas Linhas de Orientação para o Doente ECCO-EFCCA.

ECCO Política de Conflitos de Interesses (CdI)

A ECCO manteve diligentemente uma política de divulgação de potenciais conflitos de interesses (CdI). A declaração de conflitos de interesses baseia-se num formulário usado pelo Comité Internacional de Editores de Revistas Médicas (ICMJE). A declaração de CdI está guardada não só nos escritórios da ECCO e na redação da JCC, mas também aberta ao escrutínio público no website da ECCO (<https://www.ecco-ibd.eu/about-ecco/ecco-disclosures.html>) proporcionando um apanhado abrangente de potenciais conflitos de interesses dos autores.

Introdução

A Organização Europeia de Crohn e Colite é a maior associação mundial de especialistas em matéria de Doença Inflamatória Intestinal (DII). Além da educação e investigação, a geração de conhecimento novo integra a sua lista de objetivos. Através do desenvolvimento de linhas de orientação prática relacionada com a DII, a ECCO congrega as competências dos melhores especialistas em diferentes disciplinas para criar estes documentos de referência de uma forma cooperante e consensual.

Em 2006, a ECCO publicou as primeiras linhas de orientação sobre o diagnóstico e tratamento da Doença de Crohn^{1,2}. Desde então, no seguimento de um interesse contínuo em promover uma perspetiva europeia comum sobre a DII, já foram publicadas, no total, quinze Linhas de Orientação ECCO cobrindo diferentes matérias relacionadas com a Colite Ulcerosa (CU), desde o tratamento geral³ a tópicos muito específicos, como a CU pediátrica⁴.

Paralelamente e desde a sua fundação, o principal objetivo da Federação Europeia de Associações da Doença de Crohn e Colite Ulcerosa (EFCCA) tem sido melhorar a qualidade de vida dos doentes através da divulgação de boas práticas para os doentes e respetivas famílias, incluindo ações de formação, sensibilizar a opinião pública, encorajar a pesquisa e o desenvolvimento de novas ferramentas para tratamento médico.

Através de uma iniciativa para melhorar o impacto que o consenso sobre a DII tem, a ECCO e a EFCCA uniram esforços para elaborar as seguintes linhas de orientação para doentes que sofrem de Colite Ulcerosa.

As recomendações constantes deste documento são um apanhado das afirmações mais valiosas para o diagnóstico e tratamento da CU. O objetivo destas linhas de orientação é proporcionar uma melhor compreensão de como a CU é diagnosticada e tratada. As linhas de orientação foram divididas em 5 blocos temáticos principais: diagnóstico, doença ativa, remissão, cirurgia, cancro colorretal e complicações extraintestinais. No

final do documento encontra um glossário para melhor compreender a terminologia usada. Além disso, para cativar um maior número de leitores afetados pela doença e facilitar a compreensão do texto, estas linhas de orientação foram adaptadas para um formato mais intuitivo.

Diagnóstico da Colite Ulcerosa (CU)

Saber quanto do seu cólon é afetado (isto é, qual a extensão da doença) ajudará a decidir que tratamento instituir. O tipo de tratamento depende do grau de disseminação da doença e ajuda o médico a decidir se o doente deve ser tratado por via oral e/ou tópica. A extensão da doença influencia o início e frequência da vigilância da sua doença. Consequentemente, a sua CU é classificada com base na área do cólon afetada. A maneira preferida de classificar a CU é determinada pela endoscopia que permite confirmar o grau de inflamação dos intestinos. A CU pode ser dividida em proctite, colite esquerda e colite extensa.

Os peritos concordam que o melhor método para classificar a CU é a colonoscopia. A CU deve ser dividida em proctite, colite esquerda e colite extensa (para lá do ângulo esplênico).

Existem duas grandes razões para classificar os doentes com CU de acordo com a extensão da doença; 1ª influencia o tipo de tratamento e 2ª determina a frequência de vigilância a que o doente é submetido. Em termos de tratamento, a primeira linha de tratamento da proctite é muitas vezes a administração de supositórios. Os clisteres são usados na colite esquerda e a terapia oral (muitas vezes combinada com terapia tópica) na colite extensa.

Relativamente à vigilância, a extensão da doença é importante na previsão de quem pode desenvolver cancro colorretal. Os doentes com proctite não precisam de uma colonoscopia de vigilância, ao contrário dos doentes com colite esquerda ou colite extensa.

Para os médicos, é útil a divisão da CU com base na gravidade. Esta classificação ajuda o médico a escolher o melhor tratamento. A gravidade determina o tipo de tratamento (se tópico, sistémico ou cirúrgico) ou se deve começar efetivamente. Os índices de gravidade da doença ainda não foram devidamente validados. Os parâmetros clínicos, laboratoriais, imagiológicos e endoscópicos, incluindo a biópsia, ajudam os médicos a decidir qual o melhor tratamento. Ainda não existe um consenso acerca da definição de remissão. A melhor definição de remissão passa por uma combinação de parâmetros clínicos (isto é, número de evacuações ≤ 3 por dia sem sangue nas fezes) e a ausência de sinais de actividade da doença na endoscopia. Igualmente útil é a ausência de sinais de inflamação aguda na biópsia.

O tratamento do doente é determinado, em parte, pela gravidade da doença. A gravidade da inflamação determina se o doente não recebe qualquer tratamento, tratamento oral, tratamento intravenoso ou cirurgia. Foram propostos muitos índices de gravidade da doença, mas ainda nenhum deles foi validado (isto é, ainda não se demonstrou que é preciso e útil). É do consenso geral que uma combinação de características clínicas, achados laboratoriais (níveis sanguíneos de proteína C reativa ou análise da calprotectina fecal), técnicas imagiológicas (ex: raio X) e achados endoscópicos (incluindo biópsia) ajudam os médicos no tratamento dos doentes.

A definição de remissão ainda carece de consenso entre os peritos. Atualmente, a melhor definição de remissão combina os sintomas do doente e os achados da colonoscopia. Os doentes considerados em remissão precisam de evacuar até três vezes por dia, sem hemorragia, e não apresentam inflamação no exame endoscópico. De preferência, não apresentam qualquer inflamação microscópica nas biópsias.

ECCO EFCCA PATIENT GUIDELINES



Sintomas da CU

Os sintomas da CU dependem da extensão da inflamação no cólon e da gravidade da doença. Os sintomas mais comuns são a presença de sangue nas fezes, diarreia, hemorragia retal, tenesmo e/ou a urgência de evacuar. Os doentes com CU também necessitam muitas vezes de evacuar durante a noite. Uma sensação de desconforto geral, a perda do apetite ou febre são sinais de que está a ter um episódio grave.

Os sintomas da CU grave costumam coincidir com inflamação grave do cólon e com uma extensa área afetada; a inflamação do cólon é avaliada através de uma colonoscopia e biópsia.

O sintoma mais comum apresentado pelos doentes com CU é o sangue visível nas fezes. Mais de 90% dos doentes relata esta situação. Os **doentes com CU extensa e ativa** apresentam diarreia crónica geralmente com hemorragia retal ou, pelo menos, sangue visível nas fezes. Os doentes também se queixam da urgência em evacuar, tenesmo, fezes com muco ou sangue, necessidade de evacuar durante a noite, dor abdominal tipo cólica (muitas vezes no quadrante inferior esquerdo do abdómen) antes de evacuar, o que alivia a dor. Quando o doente tem uma inflamação grave pode apresentar febre, ritmo cardíaco acelerado, perda de peso, inchaço abdominal ou diminuição dos sons intestinais. Pelo contrário, os **doentes com proctite** costumam queixar-se de hemorragia retal, urgência em evacuar, tenesmo e obstipação por vezes grave.

História do doente

Uma história médica completa deve incluir muitas questões. Por exemplo, o seu médico deve perguntar-lhe que sintomas sente e quando começou a senti-los. Estes sintomas incluem:

- sangue nas fezes
- urgência
- consistência e frequência da evacuação
- tenesmo
- dor abdominal
- incontinência
- necessidade de ir constantemente ao quarto de banho
- alguns sintomas não diretamente relacionados com os intestinos (ex: dor articular).

O seu médico deve também perguntar-lhe se:

- viajou recentemente
- esteve em contacto com pessoas com doenças infecciosas que podem afetar os intestinos
- tomou ou toma alguma medicação (ex: antibióticos e medicação para as dores designados por anti-inflamatórios não esteróides AINE)
- fuma
- é sexualmente ativo
- tem um familiar com DC, CU ou cancro intestinal
- foi submetido a uma apendicectomia.

A suspeita de CU deve ser inferida de sintomas clínicos como sangue nas fezes, urgência, frequência, tenesmo, dor abdominal, incontinência e necessidade de ir ao quarto de banho durante a noite. O médico vai questioná-lo acerca de uma eventual história de DII ou cancro intestinal na sua família, bem como acerca de outros sintomas nos olhos, boca, articulações ou pele. Há que considerar e excluir uma colite infecciosa (ex: bactérias de viagens para o estrangeiro) ou induzida por fármacos (ex: AINE como o ibuprofeno).

A apendicectomia por apendicite confirmada demonstrou diminuir o risco de desenvolver CU numa fase tardia da vida. Também torna a CU menos grave se realizada devido a apendicite "verdadeira" em idade mais jovem.

Se tem um familiar com DC ou CU, o risco de desenvolver CU é também maior.

Estudos demonstraram que há menor probabilidade de sofrer de CU quando submetido a apendicectomia por apendicite confirmada numa fase precoce da vida; esta diminuição do risco pode chegar aos 69%. Além disso, se desenvolver CU depois de uma apendicectomia, esta terá menor probabilidade de ser grave. Note-se que a apendicectomia não impede o desenvolvimento de colangite esclerosante primária (CEP), uma complicação hepato-biliar da doença. Atualmente desconhece-se se a realização de uma apendicectomia depois de desenvolver CU afeta o curso da doença.

Os familiares em primeiro grau de pessoas com CU têm uma probabilidade 10-15 vezes superior de desenvolver CU. Contudo, porque o risco é tão baixo, um familiar em primeiro grau tem um risco 2% superior de desenvolver CU. Neste sentido, este risco acrescido não deve influenciar de forma significativa a decisão, por parte do doente com CU, de ter ou não filhos.

Exame físico

A avaliação física deve incluir:

- estado geral
- frequência cardíaca
- temperatura do corpo
- tensão arterial
- peso
- altura
- exame abdominal para deteção de massas anómalas, distensão e dor
- exame anorretal

Quando o médico efectua um exame físico, os achados dependem da gravidade da CU e da extensão da doença. Se a doença tem atividade ligeira ou moderada, o exame não costuma revelar muito além da presença de sangue no exame anorretal. Se a doença for grave, poderá ocorrer febre, ritmo cardíaco acelerado, perda de peso, sensibilidade do cólon, aumento de volume abdominal ou sons intestinais reduzidos.

Testes de diagnóstico

Os testes iniciais devem incluir um hemograma completo, ureia sérica, creatinina, eletrólitos, enzimas hepáticas, níveis de vitamina D, estudo do metabolismo do ferro e PCR. A calprotectina fecal é um marcador preciso da presença de inflamação no cólon. A PCR e a VS são úteis para determinar a resposta ao tratamento na doença grave. O médico deve solicitar análises para despiste de diarreia infecciosa, incluindo infeção por Clostridium difficile. O médico deve descobrir se o doente foi imunizado contra muitas doenças virais e se tem ou teve tuberculose.

Idealmente, no momento do diagnóstico, todos os doentes devem ter efetuado um hemograma completo, marcadores inflamatórios (PCR ou VS), eletrólitos, testes de função hepática e análises a amostras de fezes. A calprotectina fecal, obtida por análise às fezes, determinará com precisão se existe inflamação do cólon. Contudo, os exames para despiste de inflamação podem apresentar valores normais na CU esquerda ligeira ou moderada. O hemograma completo pode revelar (a) níveis elevados de plaquetas como resultado de uma inflamação persistente, (b) anemia e baixos níveis de ferro indicando a

ECCO EFCCA PATIENT GUIDELINES



cronicidade ou gravidade da doença e (c) aumento da contagem de glóbulos brancos, que aumenta a possibilidade de infeção.

Com a exceção da proctite, os níveis de PCR tendem a ser mais elevados quando um doente apresenta sintomas graves. Um nível de PCR elevado costuma coincidir com uma VS elevada, baixos níveis de ferro e de albumina. Estes marcadores também podem ser usados para determinar se uma pessoa com colite aguda grave necessita de cirurgia. Quando elevados, os valores de PCR e VS podem representar ainda a presença de infeção. Isto significa que não devem ser usados isoladamente para distinguir a CU de outras causas de sintomas. Neste sentido, o médico deve também excluir outras causas possíveis para o quadro clínico, como bactérias (ex. *Clostridium difficile*, *Campylobacter* ou *E. coli*) ou parasitas (ex: amebas).

Colonoscopia

Quando se suspeita de CU, a colonoscopia (de preferência com ileoscopia) e biópsias em várias zonas do intestino (incluindo o reto) são os melhores métodos para confirmar o diagnóstico e gravidade. No caso de uma agudização grave deve realizar-se um raio-X abdominal e confirmar a presença da doença ativa através de sigmoidoscopia como método de primeira linha.

O tratamento em regime de internamento deve ser efectuado a todos os doentes que satisfaçam os critérios de colite grave para evitar uma tomada de decisão tardia, que pode conduzir a uma maior morbidade e mortalidade perioperatórias.

A colonoscopia com intubação até ao intestino delgado, com biópsias ao longo do trajeto, é o melhor método para confirmar o diagnóstico de CU. Este procedimento é mais eficaz do que a sigmoidoscopia. Contudo, há que considerar a disponibilidade de recursos e a gravidade da doença. Deve evitar-se a colonoscopia total e a preparação dos intestinos em doentes com colite grave por causa da potencial perda de tempo e do risco de perfuração do cólon.

Quando um doente com suspeita de CU tem uma doença grave, pode usar-se inicialmente uma radiografia abdominal simples, a qual não serve para diagnóstico mas dá indicações da gravidade da doença. Neste caso, pode-se fazer uma sigmoidoscopia, que tem menos riscos que a colonoscopia total, para confirmar o diagnóstico.

Se a CU não estiver numa fase ativa, os achados da endoscopia podem ajudar a prever o futuro da doença. A repetição da endoscopia é útil se, e quando, a CU voltar a tornar-se ativa. É igualmente útil se o doente necessita de tomar corticóides para se manter em remissão ou não consegue entrar em remissão mesmo estando a tomar corticóides. Por último, a endoscopia é útil quando se pondera realizar uma colectomia.

Estudos demonstraram que, na ausência de sinais de inflamação durante a colonoscopia, o doente tem menos probabilidade de recidivar ou de necessitar de colectomia no futuro. Também há maior probabilidade de se manter assintomático durante o primeiro ano pós colonoscopia. A extensão da doença, determinada pela colonoscopia, também é importante para o prognóstico, avaliar o risco de cancro e definir o tratamento a instituir. No entanto, apesar da importância da colonoscopia na determinação da localização da doença, nunca se realizou qualquer estudo que investigasse a relevância da realização de colonoscopias de rotina depois da colonoscopia inicial de diagnóstico.

Na presença de estenose (ou seja, estreitamento) do cólon, o médico deve excluir a presença de cancro como causa dessa estenose. Devem realizar-se múltiplas biópsias do cólon e a cirurgia deve ser ponderada. Por vezes, não é possível proceder à observação

endoscópica de todo o cólon. Nestes casos, pode recorrer-se a processos imagiológicos, como o clister de bário com duplo contraste ou a colonografia por TAC.

Na Colite Ulcerosa prolongada, a estenose colónica (ou seja, uma constrição/um estreitamento) é sinal de alerta para a presença de cancro intestinal e requer uma avaliação cuidada com base numa colonoscopia e biópsias. Se a colonoscopia for incompleta devido a estenose, pode usar-se um clister de bário com contraste duplo ou simples para avaliar a área estreitada e o cólon restante. A colonografia por TC permite avaliar a estenose, bem como a patologia extraintestinal (ou seja, outros órgãos e tecidos externos ao intestino), pelo que se tem tornado o método de investigação mais aconselhado nesta situação.

O termo colite indeterminada (CI) deve ser usado somente após estudo da peça operatória de colectomia. Se o médico não consegue determinar se o doente tem DC ou CU depois de ter esgotado todos os testes possíveis, então deve chamar-se DII não classificada (DIICNC).

DII não classificada é o termo mais adequado para os casos em que não é possível efetuar uma distinção clara entre Colite Ulcerosa, Doença de Crohn ou outras causas de colite. Este termo aplica-se quando a distinção não pode ser efetuada mesmo depois de ter sido considerada a história clínica, endoscopia, estudo histológico de múltiplas biópsias da mucosa e métodos de imagiologia adequados. Colite indeterminada é um termo reservado aos anátomo-patologistas para descrever uma peça de colectomia com características que se sobrepõem às da CU e DC.

Terapêutica médica da Colite Ulcerosa ativa

Proctite

Um supositório de 5-ASA 1g uma vez por dia é o tratamento inicial para a proctite ligeira ou moderada. Também pode usar-se 5-ASA em clisteres ou espuma. Os supositórios garantem maior absorção do fármaco no reto e os doentes parecem preferir supositórios a clisteres. A combinação de 5-ASA tópico com 5-ASA oral ou esteróide tópico é melhor no tratamento da doença do que qualquer um daqueles isoladamente. O 5-ASA oral em monoterapia não é tão bom quanto em combinação para tratar a doença. A proctite mais resistente poderá necessitar de tratamento com imunossupressores e/ou anti-TNF.

Se uma pessoa tem proctite, o 5-ASA tópico é o melhor tratamento; este ficou demonstrado em numerosos estudos em que o 5-ASA reduziu os sintomas e melhorou os achados da colonoscopia e da biópsia. Além disso, os supositórios são mais eficazes que os clisteres, pois concentram-se no local da inflamação e verifica-se que persistem no reto de mais doentes decorridas 4 horas (40% versus 10%). Não se regista um aumento da eficácia do 5-ASA com mais de um grama por dia e a toma diária de um grama é tão eficaz como a toma de várias gramas por dia.

Múltiplos estudos demonstraram que a mesalazina tópica é mais eficaz do que os esteróides tópicos em termos de redução dos sintomas e melhoria dos achados da colonoscopia e biópsia. Os esteróides tópicos devem ser reservados para pessoas intolerantes ao 5-ASA tópico.

O 5-ASA tópico é mais eficaz do que o 5-ASA oral em monoterapia no tratamento da proctite. Entretanto, a combinação de 5-ASA tópico e oral parece ser mais eficaz do que ambos em monoterapia, caso o doente apresente a doença a menos de 50cm da margem anal. A combinação de 5-ASA tópico e corticosteróide tópico também é eficaz. Se a combinação de 5-ASA oral ou tópico com corticosteróide tópico não tratar a doença com

ECCO EFCCA PATIENT GUIDELINES



sucesso, deve acrescentar-se prednisolona oral ou equivalente. Se tudo o resto falhar, deverá recorrer-se a um tratamento com imunossuppressores ou anti-TNF.

Colite esquerda

No início, a colite esquerda com actividade ligeira-moderada deve ser tratada com 5 ASA em clister, na dose de 1g uma vez por dia combinado com 5ASA oral numa dose superior a 2,4 g por dia. O tratamento combinado de 5-ASA oral e tópico é melhor do que usar corticosteróide tópico ou 5 ASA isoladamente. Também é melhor do que 5ASA oral isoladamente. O 5-ASA tópico é melhor no tratamento da doença do que os esteróides tópicos. A toma de uma dose diária de 5-ASA é tão eficaz quanto a toma de 5-ASA em doses parcelares. Podem usar-se corticosteróides sistémicos se o 5-ASA não produzir resultados. Quando a doença é grave, o doente deve ser hospitalizado para tratamento intensivo.

Estudos realizados mostram que tanto o 5-ASA oral como tópico são eficazes na CU esquerda. Neste sentido, o tratamento de primeira linha para a colite esquerda ativa, ligeira a moderada, é a combinação de 5-ASA oral e tópico, que demonstrou ser mais eficaz do que ambos administrados separadamente; o tratamento concomitante oral e tópico é mais eficaz e atua mais rapidamente do que ambos em monoterapia. Resultados de múltiplos estudos demonstraram que o 5-ASA retal é mais eficaz do que os corticosteróides retais, embora diversos estudos tenham demonstrado que o dipropionato de beclometasona retal (um medicamento esteróide) é tão eficaz quanto o 5-ASA retal. Diversos estudos demonstraram que não existe qualquer vantagem em dividir a dose, pelo que os 5-ASA podem ser tomados uma vez por dia. O aumento da dose demonstrou produzir melhores resultados e a dose mínima recomendada para a colite esquerda é 2,4 gramas por dia.

Por vezes, quando o 5-ASA não é eficaz ou bem tolerado pelos doentes com CU esquerda, deve ponderar-se a administração de corticosteróides orais. Estes podem atuar mais rapidamente, mas têm o potencial de produzir mais efeitos secundários. Os 5-ASA demoram em média 9-16 dias para produzir efeitos e a resposta é mais rápida com o tratamento combinado quando comparado com o tratamento oral em monoterapia. Se um doente tratado com 5-ASA piorar em termos de sintomas, apresentar hemorragia retal 10-14 dias depois de iniciar o tratamento ou não sentir alívio de todos os sintomas decorridos 40 dias, deverá ser instituída uma terapia adicional (geralmente, corticosteróides orais).

Colite extensa

No início, a colite extensa de gravidade ligeira-moderada deve ser tratada 5ASA em dose superior a 2,4 g por via oral, por dia. O 5ASA oral poderá ser associado a 5-ASA tópico, se tolerado, para aumentar a probabilidade de sucesso (i.e. remissão). A toma de uma dose diária de 5-ASA é tão eficaz quanto a toma de 5-ASA em doses parcelares. Devem administrar-se corticosteróides sistémicos se não houver resposta ao 5-ASA. A colite extensa grave requer hospitalização para tratamento intensivo.

O 5-ASA oral é eficaz na indução da remissão da colite extensa ativa, ligeira a moderada. Além disso, a combinação de 5-ASA oral e tópico é mais eficaz do que 5-ASA oral em monoterapia; num ensaio clínico, o tratamento concomitante permitiu obter a remissão em 64% dos doentes quando comparado com 43% dos que foram tratados com 5-ASA oral em monoterapia. A toma de 5-ASA uma vez por dia é tão eficaz quanto a toma de doses parcelares em doentes com colite extensa.

Devem instituir-se esteróides orais se a doença com actividade ligeira ou moderada não responder ao 5-ASA. Do mesmo modo, os doentes devem iniciar os esteróides se

ECCO EFCCA PATIENT GUIDELINES



estiverem já a tomar mais de 2 gramas de 5-ASA por dia ou imunomoduladores como terapia de manutenção e apresentarem uma recidiva. Os esteróides demonstraram ser valiosos na indução de remissão em pelo menos dois estudos. Se uma pessoa sofre de colite extensa grave, deve ser hospitalizada porque se trata de uma condição potencialmente fatal.

Colite grave

Na presença de diarreia sanguinolenta com seis ou mais evacuações por dia e quaisquer sinais de toxicidade sistémica (ou seja, um ritmo cardíaco superior a 90 batimentos por minuto, febre superior a 37,8°C, níveis de hemoglobina inferiores a 10,5g/dl ou uma VS superior a 30mm/h ou um nível de PCR superior a 30mg/l), o doente tem CU grave e deve ser hospitalizado para tratamento intensivo.

Cerca de um em cada seis doentes com CU tem uma exacerbação grave em determinado momento do curso da doença. A CU grave tem de ser tratada com seriedade. Apesar dos avanços terapêuticos registados no último século, 2,9% dos doentes internados no Reino Unido com CU grave aguda morrem, embora menos de 1% morra em centros especializados. Devido ao risco de morte por CU grave, é importante detetar a ocorrência de uma exacerbação grave. A exacerbação da CU grave ocorre quando o doente tem seis ou mais evacuações com fezes sanguinolentas por dia, além de um dos seguintes sinais : (a) ritmo cardíaco acelerado (mais de 90 batimentos por minuto), (b) febre, (c) anemia ou (d) VS elevada ou níveis de PCR elevados.

Todos os doentes com uma exacerbação grave necessitam de hospitalização para tratamento intensivo que incluirá inicialmente corticosteróides IV, passando gradualmente para ciclosporina, tacrolimus ou infliximab se o doente não responder aos corticosteróides IV dentro de três dias. É necessária cirurgia nos casos em que o doente não responde ao tratamento médico. As decisões relativas ao tratamento médico muito intensivo e à cirurgia devem ser tomadas rapidamente, mas também com muito cuidado. Se a cirurgia for adiada durante demasiado tempo, podem ocorrer mais complicações durante o procedimento cirúrgico.

A CU ativa grave deve ser tratada com corticosteróides IV. Pode usar-se ciclosporina IV isoladamente. Deve usar-se heparina de baixo peso molecular para reduzir o risco de coágulos sanguíneos. O doente deve ser orientado por uma equipa de gastroenterologistas dedicados à doença inflamatória intestinal e cirurgiões colorretais.

A realização de exames médicos por volta do terceiro dia após o início da terapêutica é a melhor forma de avaliar a resposta aos costicosteróides IV. No caso de CU grave que não responde a esteróides IV, devem ser ponderadas outras opções de tratamento, incluindo a cirurgia. A ciclosporina ou o infliximab ou o tacrolimus podem ser adequados como tratamento de segunda linha. Se não se verificar qualquer melhoria após 4-7 dias de terapia de resgate, recomenda-se a realização de uma colectomia.

Decidir quando recomendar/aconselhar a colectomia a um doente com CU é uma das decisões mais difíceis que um gastroenterologista tem de tomar. Contudo, o gastroenterologista, em colaboração com o cirurgião, tem de ser o mais rigoroso possível e não deixar que o seu poder de decisão seja modificado pela relutância compreensível do doente em adiar a cirurgia. Se a cirurgia for adiada durante demasiado tempo, as hipóteses de complicações, ou até mesmo morte, durante a colectomia podem aumentar. São necessárias medidas objetivas (ou seja, medidas não influenciadas pelas emoções do doente ou do médico) que ajudem o gastroenterologista na importante tomada de decisão

relativamente ao tratamento da CU grave como a introdução de medicação como a ciclosporina, o infliximab ou o tacrolimus, ou, em caso de insucesso, da medicação a realização de colectomia. Os marcadores clínicos (ex: frequência de evacuação), bioquímicos (ex: níveis de PCR elevados) e radiológicos (ex: dilatação colónica) são medidas objetivas usadas na decisão clínica. É igualmente importante considerar as circunstâncias individuais do doente, tais como, a ciclosporina intravenosa deve ser evitada em doentes com baixos níveis de colesterol ou magnésio devido ao maior risco de efeitos secundários neurológicos neste grupo de doentes.

Tratamento médico para manter a remissão

A escolha do tratamento de manutenção é influenciada por muitos fatores:

- quanto do intestino está doente (ou seja, qual a extensão da doença)
- com que frequência ocorrem as exacerbações
- se um tratamento de manutenção prévio falhou
- qual a gravidade da exacerbação mais recente
- qual o tratamento usado para conseguir a remissão durante a exacerbação mais recente
- a segurança do tratamento de manutenção
- prevenção de cancro.

A seleção do tratamento certo para manter os doentes em remissão depende de uma série de fatores. Os doentes com proctite têm maior probabilidade de necessitar apenas de tratamento tópico, enquanto os que sofrem de CU esquerda ou extensa requerem terapia oral. Além disso, se uma pessoa tem história de curtos períodos entre exacerbações, beneficiará mais de uma terapia intensiva porque esta poderá aumentar o período entre exacerbações. Se a medicação não produziu resultados na terapêutica, deverá ser descontinuada. Se uma exacerbação recente foi mais grave, a terapia deverá passar a ser mais intensiva. A gravidade de uma exacerbação atual permite prever a probabilidade de exacerbação futura. Se um doente necessita de esteróides para entrar em remissão, é mais provável que necessite de terapia intensiva para manter a remissão. Os efeitos secundários dos medicamentos devem ser confrontados com as vantagens em termos de exacerbação e prevenção de cancro.

Ácido aminossalicílico

Os 5-ASA orais são o tratamento de manutenção de primeira linha se os doentes respondem ao 5-ASA ou aos esteróides (orais ou retais). O 5-ASA tópico - via retal - é o tratamento de manutenção de primeira linha para a proctite e na colite esquerda. O 5-ASA oral e retal em combinação pode ser usado como tratamento de manutenção de segunda linha.

Muitos estudos demonstraram que os 5-ASA orais são eficazes na manutenção da remissão. Além disso, dois estudos relataram que o uso de 5-ASA retal manteve com sucesso a remissão em doentes com CU esquerda. O tratamento com 5-ASA oral e em clister demonstrou ser mais eficaz do que 5-ASA oral em monoterapia na manutenção da remissão. Num inquérito efetuado a doentes do Reino Unido 80% referiram preferir o tratamento oral em monoterapia; assim, parece que o tratamento oral tem melhor aceitação do que o tratamento retal.

O 5-ASA oral não é eficaz em doses inferiores a 1,2 g por dia. No tratamento retal, 3g por semana em doses separadas é suficiente para manter a remissão. A dose pode ser alterada/modificada com base no grau de eficácia. Nalguns casos, as doses mais elevadas com ou sem 5-ASA tópico produzem melhores resultados. O doente não terá

mais efeitos secundários se tomar 5-ASA uma vez por dia. Outros medicamentos com 5-ASA oral são preferidos face à sulfassalazina (ainda que a sulfassalazina possa ser ligeiramente mais eficaz) porque possui menos efeitos secundários. Todos os 5-ASA orais são eficazes. Não existem provas concludentes de que qualquer 5-ASA é melhor do que os restantes no tratamento de manutenção.

A dose mínima eficaz para o 5-ASA oral é 1,2 g por dia. Dado que não se verifica um aumento dos efeitos secundários com doses mais elevadas de 5-ASA, as doses elevadas devem ser administradas em determinados casos. Também não faz qualquer diferença que 5-ASA seja tomado uma vez por dia ou várias vezes ao dia. Uma vez por dia é a posologia preferida porque aumenta a adesão. Enquanto o 5-ASA oral tem uma eficácia comparável à da sulfassalazina, o 5-ASA é o favorito porque causa menos efeitos secundários. De um modo geral, não existe forte evidência de que qualquer dos 5-ASA é melhor que os restantes.

Recomenda-se o tratamento de manutenção a longo prazo com 5-ASA porque pode diminuir o risco de desenvolver cancro intestinal.

Um estudo demonstrou que o tratamento regular com 5-ASA diminui em 75% o risco de desenvolver cancro intestinal. Neste sentido, deve ser ponderado seriamente como tratamento de manutenção.

Tiopurinas

Se forem necessários esteróides para continuar em remissão, o doente deve ser tratado com uma tiopurina.

A azatioprina é mais eficaz do que o 5-ASA na redução dos sintomas e da inflamação (como observado na colonoscopia) em doentes que necessitam de esteróides para permanecerem em remissão. Adicionalmente, cerca de metade dos doentes dependentes de esteróides que tomam azatioprina manterão remissão livre de esteróides durante três anos. Neste sentido, as pessoas com exacerbações durante o desmame dos esteróides devem iniciar a toma de azatioprina.

Os doentes com CU com actividade moderada que não respondem às tiopurinas devem ser tratados com terapia anti-TNF ou tacrolimus. Os tratamentos que não estejam a produzir resultados devem ser interrompidos e a cirurgia deve ser ponderada.

Os doentes com CU dependente dos corticosteróides que não respondem às tiopurinas devem ser, idealmente, reavaliados por colonoscopia e biópsia para confirmar o diagnóstico e garantir que não ocorrem outras complicações. Uma estratégia terapêutica com o objetivo de fazer o desmame dos esteróides deve ser discutida com o doente e a terapia anti-TNF deve ser ponderada. Não existem provas sólidas de que a terapia anti-TNF é eficaz na CU moderada a grave que não responde a corticosteróides ou imunomoduladores. O tacrolimus é uma alternativa mas os achados deste tratamento são menos convincentes.

Se a CU não responder ou deixar de responder a qualquer destes tratamentos, a cirurgia terá de ser ponderada. Embora não esteja isenta de riscos, a colectomia tem a capacidade de remover o cólon doente e, logo, "curar" a CU. O tratamento com imunossuppressores ou a terapia imunomoduladora é inútil e irracional se a doença não apresentar melhoria por causa do risco acrescido de desenvolver complicações durante e após a cirurgia devido ao atraso.

Todos os doentes devem seguir um tratamento de manutenção. É possível seguir um tratamento baseado nas necessidades individuais apenas se a doença tiver uma extensão limitada (ex: proctite).

É importante continuar a tomar a medicação mesmo que se sinta melhor. Isto porque os doentes que seguem escrupulosamente a terapia farmacológica têm uma probabilidade muito inferior de sofrer uma exacerbação do que os que não o fizerem. De facto, a adesão parece ser o fator mais importante ao determinar se a pessoa se mantém em remissão. Por exemplo, um estudo demonstrou que as pessoas que levantaram menos de 80% das receitas para 5-ASA de manutenção tinham uma probabilidade cinco vezes superior de recidivar do que os que levantaram mais de 80% do receituário.

As tiopurinas podem ser usadas em caso de doença ligeira a moderada com recidiva precoce ou frequente durante a toma de 5-ASA em doses ótimas, em caso de intolerância ao 5-ASA, em caso de necessidade de esteróides para permanecer em remissão ou quando a remissão é conseguida através da ciclosporina (ou tacrolimus). Assim que a resposta ao tratamento com anti-TNF é conseguida, existem duas opções para permanecer em remissão. A primeira consiste em tomar uma das tiopurinas. A segunda opção consiste em manter o tratamento anti-TNF com ou sem tiopurinas. Se tem colite grave que responde aos esteróides IV, à ciclosporina ou ao infliximab, as tiopurinas devem ser ponderadas como tratamento de manutenção. Contudo, se responde ao infliximab é também adequado continuar com este fármaco. Se as tiopurinas não produziram resultados no passado, deverá tenta permanecer em remissão com um tratamento anti-TNF. As tiopurinas são adequadas para manter a remissão nos doentes com colite grave que responde a esteróides, ciclosporina ou tacrolimus.

Diversos estudos demonstraram que as tiopurinas são eficazes a manter os doentes com CU em remissão, embora os achados do seu uso na CU sejam menos consistentes do que na DC. Um estudo recente demonstrou que a azatioprina é melhor a manter a remissão isenta de esteróides aos seis meses do que os 5-ASA (53% permaneceram em remissão com azatioprina versus 21% com 5-ASA). Adicionalmente, as tiopurinas podem ser usadas depois de conseguir a remissão com ciclosporina (ou tacrolimus); desta forma, reduz-se a hipótese de necessitar de colectomia tanto a curto (ou seja, 1 ano) como a longo prazo (ou seja, aos 5 anos).

Existe ainda a opção de seguir um tratamento com anti-TNF. Estudos demonstraram que o uso de infliximab ajuda o doente a conseguir e manter a remissão, bem como a descontinuar os esteróides; é possível que também ajude a prevenir a colectomia. O adalimumab demonstrou ajudar também os doentes com CU moderada a grave a conseguir e manter a remissão, diminuir os sintomas, reduzir a inflamação no cólon e abandonar os esteróides.

Outra opção consiste em combinar as tiopurinas com anti-TNF. Esta terapia pode diminuir a hipótese de uma reação negativa dos anti-TNF ou de estes perderem a sua eficácia quando se produzem anticorpos anti-TNF. Segundo um estudo, a combinação de infliximab e azatioprina foi mais eficaz em conseguir abandonar os esteróides do que o uso de qualquer daqueles fármacos em monoterapia. A combinação dos dois também parece ajudar a prevenir a colectomia. Além disso, é possível que a azatioprina possa ser interrompida depois dos primeiros seis meses de terapia concomitante porque os anticorpos que impedem que o infliximab atue e que são inibidos pelas tiopurinas tendem a ocorrer nos primeiros meses do tratamento com anti-TNF.

Cirurgia na CU

Há maior probabilidade de ocorrerem complicações cirúrgicas quando a cirurgia é adiada.

ECCO EFCCA PATIENT GUIDELINES



Deve realizar-se um procedimento faseado (primeiro colectomia) no caso agudo quando não existe resposta ao tratamento médico ou no caso em que o doente tenha estado a tomar 20mg ou mais de prednisolona por dia durante mais de seis semanas. Se disponível, o doente pode beneficiar de uma operação efetuada por um cirurgião especializado em procedimento laparoscópico.

No caso de CU grave aguda, é importante que os cirurgiões mais experientes e os gastroenterologistas trabalhem em conjunto para garantir uma cirurgia segura. Se bem que seja importante tentar a terapia farmacológica antes de ponderar a cirurgia, é igualmente importante que a decisão não seja adiada de forma desnecessária. O adiamento da cirurgia quando esta é necessária conduz muitas vezes a resultados piores durante e após a cirurgia. Neste sentido, o doente deve seguir para a cirurgia quando a terapia farmacológica falhar.

A cirurgia deve ser realizada em duas ou três fases (ou seja, primeiro colectomia e ileostomia) se o doente tem CU grave aguda ou se recebeu múltiplos tratamentos com. Desta forma, remove-se o cólon e permite-se que o doente recupere a saúde e volte a alimentar-se devidamente. Depois da colectomia, o doente pode ponderar ser submetido a uma anastomose íleo-anal ou prosseguir para a ileostomia. Submeter-se primeiro a colectomia permite excluir o diagnóstico de Doença de Crohn; se for detetada Doença de Crohn na amostra de cólon, isto significa que não é adequado proceder à anastomose íleo-anal. Por último, poderá ser vantajoso efetuar uma colectomia laparoscópica porque pode conduzir a uma recuperação mais rápida e menos complicações.

A anastomose íleo-anal deve ser efetuada em centros especializados de referência, com experiência neste procedimento. Este parece ser o resultado de um menor número de complicações e uma maior capacidade de salvar a anastomose íleo-anal quando surgem complicações.

A anastomose íleo-anal é uma cirurgia muito complexa. Neste sentido, os cirurgiões e hospitais que realizam muitas delas tendem a obter melhores resultados e menos complicações do que os que apenas realizam algumas. Adicionalmente, os cirurgiões e hospitais mais experientes tratam melhor as complicações e têm maior capacidade de "salvar" a anastomose íleo-anal se surgirem complicações graves. Assim sendo, é melhor submeter-se a uma anastomose íleo-anal num centro especializado que realiza muitas destas operações.

As doentes em idade fértil devem debater outras opções cirúrgicas com um gastroenterologista e um cirurgião colorretal, porque existe o risco de não conseguirem engravidar depois de uma anastomose íleo-anal. Essas outras opções incluem colectomia subtotal e ileostomia terminal ou anastomose ileorretal.

Uma em cada duas mulheres submetidas a anastomose íleo-anal deixam de conseguir engravidar e a anastomose triplica o risco de infertilidade quando comparado com o tratamento farmacológico da CU (taxa de infertilidade 48% nas doentes submetidas a anastomose íleo-anal versus 15% em doentes com CU tratada com fármacos). Esta situação deve-se provavelmente ao facto de as trompas de Falópio ficarem com aderências como resultado da cirurgia. Neste sentido, as mulheres que desejam engravidar devem procurar alternativas, como uma ileostomia permanente ou uma anastomose ileorretal. A vantagem da anastomose ileorretal é que não parece diminuir a fertilidade. A desvantagem é que se conserva o cólon inflamado (com o risco associado de desenvolver cancro intestinal).

A anastomose ileorretal deve ser ponderada em casos especiais. Se for realizada, o reto conservado deve ser monitorizado pelo seu gastroenterologista.

ECCO EFCCA PATIENT GUIDELINES



A anastomose ileorretal não costuma ser uma boa opção porque não elimina a CU, pelo que os respetivos sintomas podem continuar a manifestar-se devido à conservação do reto. Contudo, uma em cada duas pessoas submetidas a anastomose ileorretal continuam a ter sintomas decorridos dez anos e a sua qualidade de vida é aceitável quando comparada com a anastomose íleo-anal. Neste sentido, pode ser ponderada por determinados doentes com CU, em particular pelas mulheres que desejam conceber no futuro. No entanto, será necessário monitorizar o reto devido ao risco de desenvolver cancro intestinal no reto conservado.

A toma de 20mg ou mais de prednisolona (ou equivalente) por dia durante mais de seis semanas aumenta o risco de complicações cirúrgicas. Neste sentido, deve fazer-se o desmame da dose de corticosteróides antes da cirurgia, se possível.

Muitos estudos demonstraram que os doentes que tomam 20mg ou mais de prednisolona por dia durante mais de seis semanas têm maior probabilidade de experienciar complicações cirúrgicas. Neste sentido, deve fazer-se o desmame dos corticosteróides antes da cirurgia, se possível.

Além disso, durante o desmame dos corticosteróides pós-cirurgia é importante não parar abruptamente o tratamento com os corticosteróides pois poderão ocorrer alterações graves que se traduzem por pressão arterial baixa e baixos níveis de sódio e glicemia.

A toma de tiopurinas ou ciclosporina antes da cirurgia não aumenta o risco de complicações depois da cirurgia. A toma de infiximab antes da cirurgia pode aumentar o risco de complicações depois da cirurgia.

A toma de tiopurinas ou ciclosporina antes da cirurgia não parece aumentar o risco de complicações pós-operatórias depois da colectomia. Alguns estudos indicaram que o infliximab aumentava o risco de complicações imediatamente após a cirurgia, nomeadamente o risco de infeções, e é provável que estas complicações estejam relacionadas com um risco acrescido de infeção devido à imunossupressão. Por outro lado, muitos outros estudos não demonstraram que o infliximab aumentava o risco de complicações pós-operatórias, pelo que este aspecto continua incerto. Não se sabe se o tacrolimus aumenta o risco de complicações pós-operatórias devido à falta de estudos que investiguem esta situação.

Complicações cirúrgicas - Pouchitis

O diagnóstico de pouchitis inclui sintomas e determinadas anomalias endoscópicas e histológicas. A pouchitis é mais frequente se uma maior área do cólon tiver sido afetada antes da cirurgia ou se a doença estiver presente fora dos intestinos, colangite esclerosante primária (CEP), se o doente não for fumador, apresentar um p-ANCA positivo ou tiver tomado AINE.

Os sintomas relacionados com a pouchitis incluem um aumento da frequência das evacuações, fezes líquidas, dor abdominal tipo cólica, urgência em evacuar, tenesmo e desconforto pélvico. Pode ocorrer perda de sangue pelo reto, febre ou manifestações extraintestinais. Os sintomas não determinam, só por si, que se trata de pouchitis. Por exemplo, a cuffitis, uma inflamação da porção restante do reto, pode provocar sintomas semelhantes. Do mesmo modo, a Doença de Crohn da bolsa e a síndrome de bolsa irritável (que é equivalente à síndrome de cólon irritável) pode provocar sintomas semelhantes. Neste sentido, deve efetuar-se uma pouchoscopia, que é uma endoscopia da anastomose íleo-anal, para confirmar o diagnóstico. A inflamação da pouchitis tem um aspeto diferente da CU porque se trata de uma doença diferente. Devem efetuar-se

biópsias durante a pouchoscopia para garantir que se trata efetivamente de pouchitis e não de algo como a Doença de Crohn ou infecção pelo *Clostridium difficile* (*C. diff*). Determinados fatores de risco estão associados ao desenvolvimento de pouchitis. A presença de CU mais extensa antes da cirurgia, ileíte terminal (ou seja, inflamação do íleon terminal), doença fora do intestino (especialmente CEP), ser não fumador e o uso regular de AINE aumenta a probabilidade de desenvolver pouchitis. Embora estes fatores de risco não devam impedir que se avance com a anastomose íleo-anal, os mesmos devem ser incluídos na discussão pré-cirurgia com o doente.

Os sintomas mais frequentes de pouchitis são um aumento do número de fezes líquidas, a urgência em evacuar, dor abdominal tipo cólica e desconforto pélvico (ou seja, em torno do abdómen inferior e ânus). É rara a presença de febre e hemorragias. A pouchoscopia não é necessária quando não existem sintomas.

Os sintomas de pouchitis incluem um aumento da frequência das evacuações, fezes líquidas, dor abdominal tipo cólica, urgência em evacuar, tenesmo e desconforto pélvico. Pode ocorrer perda de sangue pelo reto, febre ou manifestações extraintestinais. A hemorragia retal está relacionada mais frequentemente com inflamação da porção terminal do reto do que com pouchitis. Pode ocorrer incontinência fecal na ausência de pouchitis depois de anastomose íleo-anal, mas é mais comum nos doentes com pouchitis.

O metronidazol ou a ciprofloxacina são eficazes na maioria dos doentes com pouchitis, embora ainda não seja claro qual o melhor método de tratamento. A ciprofloxacina provoca menos efeitos secundários. Os fármacos antidiarreicos (ex: loperamida) podem diminuir o número de evacuações líquidas (na presença ou ausência de pouchitis).

Os antibióticos são a forma mais eficaz de tratar a pouchitis. O metronidazol e a ciprofloxacina são os antibióticos mais amplamente usados. Parece que a ciprofloxacina é mais eficaz a diminuir os sintomas, melhorar os achados da pouchoscopia e provocar menos efeitos secundários. Os fármacos antidiarreicos (ex: loperamida) também devem ser considerados nos doentes com anastomose íleo-anal porque podem diminuir significativamente o número de evacuações líquidas, independentemente da presença, ou não, de pouchitis.

Quando a remissão da pouchitis é induzida por antibióticos, o VSL#3 pode ajudar a manter a remissão. O VSL#3 também pode prevenir o aparecimento de pouchitis se iniciado assim que a cirurgia para anastomose íleo-anal tiver terminado.

Assim que a pouchitis crónica entra em remissão, o tratamento com a mistura probiótica concentrada VSL#3 ajuda a manter a remissão. Demonstrou-se que o uso preventivo de VSL#3 permite impedir o primeiro surto de pouchitis aguda no primeiro ano pós-cirurgia, com apenas 10% dos doentes que tomaram VSL#3 a desenvolver pouchitis face a 40% que tomaram um placebo. Desconhece-se totalmente a razão pela qual o VSL#3 é eficaz, mas pensa-se que pode atuar aumentando a diversidade bacteriana e diminuindo a diversidade fúngica na anastomose íleo-anal.

Complicações - cancro colorretal

Os doentes com CU prolongada e extensa apresentam maior propensão para desenvolver cancro intestinal.

O risco de um doente com CU desenvolver cancro intestinal é de 2% aos 10 anos, 8% aos 20 anos e 18% aos 30 anos. Além disso, os doentes com pancolite apresentam maior risco, os que sofrem de colite esquerda têm um risco médio e os que sofrem de proctite não têm aumento do risco. Neste sentido, a probabilidade de desenvolver cancro

intestinal é tanto maior quanto mais longo for o período em que sofrem de CU e quanto maior for a área do intestino afetada.

Alguns doentes com CU tendem mais a desenvolver cancro intestinal do que outros:

Doentes com:

- CEP
- pólipos pós-inflamatórios
- familiares que têm ou tiveram cancro intestinal
- inflamação mais grave ou persistente.

Os fatores de risco mais consistentes para o cancro intestinal de que há relato são a colangite esclerosante primária (CEP) e a atividade histológica ou clínica da doença. Os doentes com CEP têm um risco permanente de desenvolver cancro intestinal de até 31%. Os pólipos pós-inflamatórios foram considerados igualmente um fator de risco elevado, embora seja possível que este risco acrescido seja provocado por lesões displásicas que são confundidas com pólipos pós-inflamatórios. Uma história familiar de cancro intestinal está associada a um maior risco, embora não seja consistente em todos os estudos.

O médico deve determinar o risco de cancro intestinal na colonoscopia de rastreio ou na primeira colonoscopia de vigilância seis a oito anos depois dos primeiros sinais de CU. O grau de risco depende principalmente da porção de cólon afetada e da severidade da inflamação.

O grau de risco de cancro intestinal pode ser determinado na colonoscopia de rastreio ou na primeira colonoscopia de vigilância oito anos depois do início da doença. Os fatores de risco são (a) pancolite, (b) inflamação endoscópica e/ou histológica, (c) pseudopólipos e (d) história familiar de cancro colorretal; se uma pessoa tem três ou mais destes fatores de risco, o risco é elevado; se tem dois ou menos, o risco é baixo.

Se a pessoa tem um risco elevado e apresenta CU extensa ou esquerda, deve submeter-se a uma colonoscopia cada 1-2 anos desde o oitavo ano pós diagnóstico, mas se tem um baixo risco, deve submeter-se a colonoscopia cada 3-4 anos. Se não forem detetados sinais microscópicos de cancro ou inflamação endoscópica e/ou histológica em duas colonoscopias de vigilância consecutivas, o intervalo de vigilância pode ser aumentado (ou seja, de cada 1-2 anos para cada 3-4 anos).

Os 5-ASA podem diminuir o risco de desenvolver cancro intestinal. Na presença de CEP, deve ser administrado ácido ursodesoxicólico para diminuir o risco de cancro intestinal. Desconhece-se se as tiopurinas pode ou devem ser usadas para diminuir o risco de cancro intestinal.

Os agentes quimiopreventivos são usados para inibir, atrasar ou inverter a formação e progressão do cancro. Os 5-ASA são um exemplo de agente quimiopreventivo na CU. Múltiplos estudos demonstraram que os 5-ASA diminuem o risco de cancro intestinal nos doentes com CU; o risco pode até diminuir para metade ao tomar 5-ASA. Por outro lado, os suplementos de ácido fólico, cálcio, multivitaminas ou de estatina não diminuem o risco de cancro intestinal na CU, ao mesmo tempo que se desconhece se as tiopurinas são eficazes neste aspeto.

Por vezes, os doentes com CU também apresentam CEP e estes doentes têm um risco muito maior de desenvolver cancro intestinal; nestes doentes, o risco permanente pode chegar aos 31%. Felizmente, o ácido ursodesoxicólico demonstrou diminuir a incidência de cancro intestinal nos doentes com CU e CEP, pelo que deve ser usado rotineiramente neste grupo de doentes

ECCO EFCCA PATIENT GUIDELINES



Outras complicações

O curso da CU pode ser afetado por fatores psicológicos. Os doentes que sofrem de stress ou depressão podem ter um risco acrescido de recidiva da doença. Os que estão deprimidos com frequência possuem uma fraca qualidade de vida relacionada com a saúde e os que sofrem de ansiedade têm menos probabilidade de seguir o seu tratamento.

Múltiplos estudos com doentes com CU demonstraram que o stress psicológico coincide com a atividade da doença. Estudos realizados demonstraram que o stress, ansiedade e depressão altamente percecionados podem precipitar exacerbações, embora um dos estudos tenha demonstrado que os doentes deprimidos não têm maior probabilidade de recidivar. Neste sentido, a evidência deste assunto é de certa forma incerta. No entanto, demonstrou-se que a depressão e o neuroticismo (traço de personalidade caracterizado por instabilidade emocional, ansiedade, medo e preocupação) estão ligados a uma menor qualidade de vida. A ansiedade e as alterações de humor parecem estar associadas ao não cumprimento da terapêutica farmacológica para a CU.

Os efeitos psicológicos da doença e a qualidade de vida relacionada com a saúde devem ser discutidas entre o doente e o médico. Deve ser fornecida informação adequada ao doente (isto é, individualizada) e sobre a sua doença. Uma combinação de autogestão e consultas centradas no doente pode melhorar o controlo da CU.

A perceção da saúde influencia a experiência do doente face à sua doença. Os doentes psicologicamente perturbados podem ter dificuldade em processar informação importante sobre a sua doença. O aumento da consciencialização neste âmbito pode melhorar a comunicação entre o doente e o médico ou enfermeiro/profissional de saúde. É importante que os doentes sejam informados acerca da sua condição individual e que lhes seja dado apoio emocional. Isto porque os doentes com menor conhecimento acerca da sua doença tendem a revelar maior preocupação.

A utilização dos cuidados de saúde está fortemente relacionada com fatores psicossociais. O não cumprimento dos conselhos de um médico foi referido em mais de 40% dos doentes e trata-se de uma situação em que a relação entre o doente e o médico tem um papel chave. Os guias de auto-gestão e consultas centradas no doente melhoram o controlo da doença por parte daquele. Os folhetos informativos não parecem ajudar, por si só, e podem agravar os resultados. Além disso, os programas formativos para os doentes parecem ter pouca ou nenhuma influência sobre o curso da doença ou o bem-estar psicológico.

Complicações extraintestinais - osso e articulações

Na CU, a artrite (ou seja, dor articular com inchaço) pode ocorrer por vezes nas articulações dos braços e pernas (chamada "artrite periférica") ou na região lombar (chamada "artrite axial"). Quando a artrite ocorre nas grandes articulações dos braços e pernas, o tratamento da CU costuma aliviar os sintomas. Se os sintomas persistirem quando os sintomas da CU desaparecerem, pode usar-se AINE a curto prazo. As injeções locais de esteróides e a fisioterapia também são úteis no tratamento da artrite periférica. Se a artrite periférica persistir, pode tomar-se sulfassalazina. Existem achados seguros de que a fisioterapia intensiva associada ao uso de AINE pode ser usada para tratar a artrite da região lombar. Contudo, os AINE devem ser evitados devido à falta de segurança. Na artrite axial, a sulfassalazina, o metotrexato e a azatioprina não costumam produzir resultados ou estes são diminutos. Os anti-TNF são um bom tratamento para a espondilite anquilosante e quando os doentes não toleram ou não respondem aos AINE.

ECCO EFCCA PATIENT GUIDELINES



As recomendações para o tratamento da artropatia (isto é, doença das articulações) relacionada com a CU baseiam-se em estudos sobre espondiloartropatia (isto é, doença das articulações), predominantemente a espondilite anquilosante (isto é, artrite na coluna). Não existem estudos bem desenhados no domínio das DII, pelo que as recomendações nesta área são deduzidas de outras doenças.

Na artrite periférica, o tratamento da CU subjacente com corticosteróides, imunomoduladores e anti-TNF deve combater a doença. Se tratar da CU subjacente não aliviar a dor articular, então o doente deve ponderar tomar AINE durante um curto período; embora os AINE possam agravar a CU subjacente, este parece ser um risco reduzido. A fisioterapia pode proporcionar alívio dos sintomas. O uso de inibidores da COX-2 (isto é, etoricoxib e celecoxib) parece ser mais seguro e com menor risco de exacerbação da doença do que com os AINE convencionais. A sulfassalazina pode ser benéfica na artropatia das grandes articulações. O infliximab também pode ter um efeito benéfico sobre a artrite periférica.

Relativamente à artropatia axial na CU, a maioria dos tratamentos baseia-se em achados de estudos sobre a espondilite anquilosante. Pode recorrer-se à fisioterapia intensiva e aos AINE, embora estes devam ser evitados a longo prazo. Pode ponderar-se a administração tópica de injeções de corticosteróides. A sulfassalazina, o metotrexato e a azatioprina não são eficazes na espondilite anquilosante com sintomas axiais. Nos doentes com espondilite anquilosante ativa que não respondem ou não conseguem tolerar AINE, recomenda-se a administração de agentes anti-TNF. O adalimumab e o infliximab demonstraram ser suficientemente seguros e eficazes no tratamento da espondilite anquilosante.

A osteopenia pode ajudar a prever uma osteoporose futura, mas representa um risco direto baixo. Contudo, se na osteodensitometria a avaliação da massa óssea mostrar um determinado critério (ou seja, o T score é inferior a -1.5), deverá administrar-se cálcio e vitamina D. A osteoporose deve ser tratada em caso de fratura anterior (mesmo que os T scores estejam normais).

O tratamento com 500–1000 mg de cálcio/dia e vitamina D (800–1000 UI/dia) aumenta a densidade óssea em doentes com DII, embora a possibilidade de evitar fraturas em doentes com DII não tenha sido estudada. Consequentemente, não é plausível efetuar uma recomendação geral de tratamento com bifosfonatos com base na diminuição da densidade óssea. Contudo, este tratamento é benéfico para as mulheres posmenopáusicas ou mulheres com osteoporose induzida por esteróides. De um modo geral, o tratamento deve ser ponderado individualmente em doentes com baixa densidade óssea e fatores de risco adicionais.

O maior indicador de fratura futura é uma fratura vertebral anterior, mesmo que se trate de pessoas com densidade óssea normal. Neste sentido, todos os doentes com fraturas anteriores devem ser devidamente tratados.

Pele

O tratamento com anti-TNF pode provocar inflamação cutânea. Esta costuma desaparecer assim que a toma do fármaco é interrompida. Quando não é a clara a origem da inflamação cutânea, o doente deve ser encaminhado para um dermatologista. Neste âmbito, o tratamento a instituir baseia-se principalmente na abordagem de outras doenças crónicas cutâneas. Estes tratamentos podem incluir esteróides tópicos, agentes queratolíticos tópicos, vitamina D, metotrexato ou a mudança ou interrupção do tratamento com anti-TNF.

O tratamento da CU com anti-TNF pode provocar, por vezes, anomalias cutâneas nomeadamente psoríase e eczema; cerca de 22% dos doentes tratados com anti-TNF

ECCO EFCCA PATIENT GUIDELINES



apresentam estas anomalias. As lesões cutâneas não coincidiram com sintomas de DII e foram mais comuns no sexo feminino. A terapia tópica com corticosteróides, queratolíticos (ex: ácido salicílico, ureia), emolientes, análogos da vitamina D e a terapia ultravioleta (UV) (UVA ou UVB de banda estreita) resultou na remissão parcial ou total em quase metade dos doentes. De um modo geral, 34% das pessoas com problemas cutâneos tiveram de acabar por interromper a toma de anti-TNF porque não foi possível controlá-los. Felizmente, as lesões cutâneas costumam desaparecer assim que os anti-TNF são interrompidos.

Olhos

Um doente com problemas oculares deve ser encaminhado para um oftalmologista. A episclerite (ou seja, inflamação no olho) pode não necessitar de tratamento sistémico e costuma responder aos esteróides tópicos ou AINE. A uveíte é tratada com corticosteróides, tópicos ou sistémicos. Os imunomoduladores, incluindo anti-TNF, podem ser úteis nos casos mais persistentes.

A uveíte e a episclerite são os sintomas mais frequentes relacionados com o olho, provocados pela DII. A episclerite pode ser indolor, apresentando apenas os olhos vermelhos, mas pode ocorrer comichão e sensação de ardor. A inflamação pode curar-se espontaneamente, mas costuma responder aos corticosteróides tópicos, AINE ou simples analgésicos a par do tratamento da CU subjacente.

A uveíte (ou seja, inflamação da úvea) é menos comum, mas tem consequências potencialmente mais graves. Quando relacionada com a CU, ocorre frequentemente nos dois olhos, é insidiosa de início e de curso prolongado. Os doentes queixam-se de dor ocular, visão desfocada, sensibilidade à luz e cefaleias. Dado que é grave e pode provocar perda de visão, a pessoa com uveíte deve consultar imediatamente um oftalmologista (ou seja, especialista em problemas dos olhos). O tratamento consiste habitualmente na administração de corticosteróides tópicos e sistémicos. A azatioprina, o metotrexato, o infliximab e o adalimumab foram referidos como valiosos nos casos mais resistentes.

Fígado e vesícula

Por vezes, a CU é acompanhada de perturbações do fígado, vesícula, vias biliares ou da biliar; estas são as chamadas perturbações hepatobiliares. No caso de testes de função hepática irregulares, o médico deve solicitar os devidos exames. A ecografia e serologia são usadas para deteção de causas autoimunes e infecciosas. Uma perturbação hepatobiliar possível é a colangite esclerosante primária (CEP) e a melhor forma de a diagnosticar é a colangiografia por ressonância magnética (CRM). As pessoas com CEP têm maior probabilidade de desenvolver cancro.

As irregularidades dos testes hepáticos são comuns na DII. A CEP é a condição que provoca, com maior frequência, irregularidades hepáticas nos doentes com DII, embora possam ocorrer também outras condições (ex: cirrose, cálculos na vesícula e hepatite crónica). Alguns medicamentos (ex: azatioprina) usados na DII também podem provocar irregularidades nos testes hepáticos. As irregularidades hepáticas costumam aparecer em exames de rotina antes da ocorrência dos sintomas.

Se a ecografia for normal, os efeitos secundários dos fármacos forem excluídos e os testes serológicos de outra doença hepática primária forem negativos, então é provável que a CEP seja a causa de testes hepáticos anómalos. O teste de diagnóstico habitual para despiste da CEP é a CRM; se a CEP estiver presente, o exame mostrará vias biliares irregulares com áreas de estenose e dilatação. Se a CRM continua a não revelar qualquer anomalia, então deverá ser feita uma biópsia ao fígado. É importante certificar-se de que

ECCO EFCCA PATIENT GUIDELINES



a CEP está, ou não, presente porque aumenta o risco de desenvolver cancro intestinal. Nest sentido, os doentes com CEP requerem uma monitorização reforçada.

Sangue e Coagulação

O risco de formar coágulos sanguíneos e a morte relacionada com os coágulos sanguíneos é duas vezes superior em doentes com CU quando comparado com pessoas sem CU. Na presença de risco de coágulos sanguíneos nas veias, a prevenção pode ser feita mecanicamente (ex: meias de compressão) e através da administração de medicamentos (ex: heparina). O tratamento de coágulos sanguíneos na CU deve seguir as opções de tratamento anticoagulante consagradas considerando o risco, potencialmente acrescido, de hemorragia.

Por razões totalmente desconhecidas, os doentes com CU encontram-se sob grande risco de formarem coágulos sanguíneos, o chamado tromboembolismo venoso. É importante tratá-los porque podem conduzir a complicações ou até à morte. Tais coágulos sanguíneos devem ser diagnosticados usando técnicas imagiológicas adequadas, como as ecografias e venografias.

Em termos de tratamento, os medicamentos para fluidificar o sangue (chamados anticoagulantes) devem ser usados para tratar coágulos sanguíneos. Se o doente tiver um segundo episódio de coágulos sanguíneos, deve ponderar submeter-se a um tratamento de longo prazo. Não está claro se os doentes com DII apresentam mais complicações hemorrágicas resultantes dos anticoagulantes do que as pessoas sem DII. Os doentes com CU devem ter cuidado com as viagens longas e os contraceptivos orais, uma vez que estes aumentam o risco de coágulos sanguíneos.

São necessários suplementos de ferro em caso de anemia por deficiência de ferro. Devem ser ponderados igualmente em caso de deficiência de ferro sem anemia. O ferro administrado por IV tem melhores resultados e é melhor tolerado do que os comprimidos de ferro tomados por via oral. O ferro deve ser administrado por IV em caso de anemia grave, intolerância ou ausência de resposta positiva ao ferro oral. Quando são necessários resultados rápidos, poderá usar-se ferro por IV com um agente eritropoiético.

Em caso de anemia e deficiência de ferro comprovada, deverá instituir-se um suplemento de ferro. Perante deficiência de ferro sem anemia, deve analisar-se cada caso individualmente. O objetivo principal do tratamento da anemia por deficiência de ferro é o fornecimento de ferro em quantidade suficiente para aumentar a hemoglobina. Numa situação ideal, os níveis de hemoglobina devem aumentar mais de 2 g/dl ou para valores normais dentro de 4 semanas, as reservas de ferro devem ser recuperadas (saturação da transferrina superior a 30%), os sintomas de anemia devem ser atenuados e a qualidade de vida deve melhorar. Os níveis de saturação da transferrina superiores a 50% e os níveis de ferritina superiores a 800 g/l são considerados tóxicos e devem ser evitados.

Os suplementos de ferro podem ser administrados por via oral, intramuscular ou intravenosa; o método a usar é determinado pelos sintomas, causas, gravidade e a presença, ou não, de outras condições no doente além da CU. A terapia oral, embora seja tradicionalmente preferida pelos gastroenterologistas, conduz muitas vezes a sintomas gastrintestinais como náuseas, flatulência e diarreia. Além disso, 90% do ferro não é absorvido. Neste sentido, as infusões IV de ferro são cada vez mais utilizadas. Estudos recentes provaram que estas são eficazes, permitem obter resultados mais rápidos e que são bem toleradas. De um modo geral, o ferro IV deve ser tomado por doentes intolerantes ou sem resposta ao ferro oral, com anemia grave, com inflamação intensa e que estão a tomar medicação para estimular a produção de glóbulos vermelhos.

ECCO EFCCA PATIENT GUIDELINES



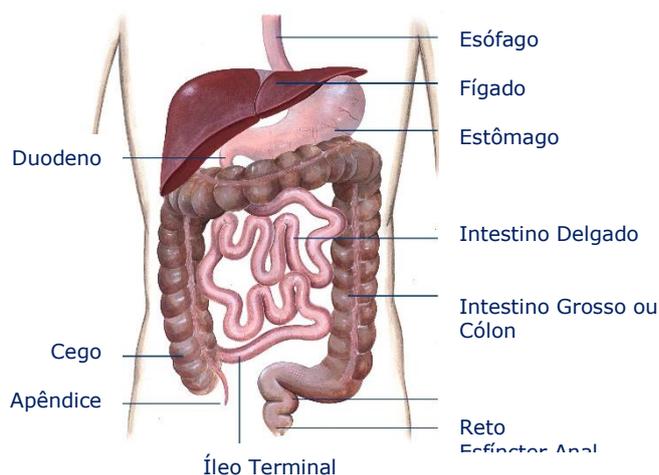
European
Crohn's and Colitis
Organisation



United We Stand

Glossário

Ilustração anatômica do trato gastrintestinal



© Hendrik Jonas para Agentur BAR M Berlim

Termo	O termo está relacionado com	Definição
5-ASA ou ácido 5-aminossalicílico ou mesalazina	Medicamento	Trata-se de um medicamento tópico usado para tratar DII, de preferência a CU e, em determinadas condições, também a DC. Também pode ser denominado mesalazina e pode ser tomado oralmente ou pelo reto, sob a forma de clister, espuma ou supositório.
6-TGN	Medicamento	O metabolito ativo da azatioprina ou da mercaptopurina.
Abcesso	Complicação da DC	Um abcesso é uma acumulação de tecido liquefeito, conhecido como pus, algures no corpo. É o resultado do mecanismo de defesa do corpo a material estranho.
Adalimumab	Medicamento	Medicamentos anti-TNF vulgarmente usados para tratar a DII, pertencentes ao grupo dos fármacos biológicos (produzidos biotecnologicamente). Injetado sob a pele (subcutâneo) pelo doente ou por um /a enfermeiro/a.
Aderências	Complicação da cirurgia	Partes do intestino coladas entre si por reações inflamatórias. Pode provocar obstrução e dor.
Aminossalicilato	Medicamento	Trata-se de um medicamento usado para tratar a DII, também chamado 5-ASA.
Anemia	Doença	Condição em que não possuímos quantidade suficiente de glóbulos vermelhos saudáveis ou

		hemoglobina. A anemia pode provocar cansaço ou fraqueza.
Anemia de doença crónica	Doença relacionada com a DII ou condições inflamatórias	Trata-se da anemia que resulta de uma doença crónica, como a DII ou outros processos inflamatórios.
Espondilite anquilosante	Doença relacionada com a DII	É uma forma de artrite caracterizada por inflamação crónica que afeta principalmente a coluna, provocando dor e rigidez das costas, progredindo para o tórax e pescoço.
Medicamento anti-TNF	Medicamento	Fármacos biológicos (produzidos biotecnologicamente) vulgarmente usados para tratar a Doença Inflamatória Intestinal. Os mais vulgares são infliximab, adalimumab, certolizumab e golimumab.
Antibiótico	Medicamento	Medicamentos usados para tratar infeções provocadas por bactérias. São ineficazes contra vírus.
Antidiarreico	Medicamento	Medicamento que proporciona alívio dos sintomas da diarreia. O mais vulgar é a loperamida.
Apendicectomia	Cirurgia	Remoção do apêndice por um cirurgião. Geralmente devido a apendicite.
Apendicite	Doença	Inflamação do apêndice que é um prolongamento do cólon. Entre outras coisas, a apendicite pode provocar dor, perda de apetite e febre ou perfuração.
Artrite	Doença relacionada com a DII	Inflamação das articulações que provoca dor articular e inchaço.
Artropatia		Qualquer doença ou condição anormal que afeta uma articulação.
Autoimune	Descritor da doença	Uma doença autoimune é uma doença em que o sistema imunitário ataca células saudáveis do corpo.
Artrite axial	Doença relacionada com a DII	Doença das articulações, pode afetar a coluna e ancas.
Azatioprina	Medicamento	Ver Tiopurinas
Fármacos biológicos	Medicamento	Geralmente, proteínas IG (imunoglobulina) que são produzidas por células geneticamente modificadas, ex: agentes anti-TNF ou vedolizumab.
Bário (contraste)	Teste de diagnóstico	Substância usada em determinados estudos radiológicos para potenciar a visualização de estruturas anatómicas.
Biópsia	Teste de diagnóstico	A biópsia é uma amostra de tecido retirada do corpo para a examinar com mais pormenor. Durante a colonoscopia é feita a biópsia da parede

ECCO EFCCA PATIENT GUIDELINES



		intestinal.
Bifosfonatos	Medicament o	Compostos que retardam a perda de osso e aumentam a densidade óssea.
Cancro intestinal	Doença relacionada com a DC/CU ou tratamento.	Também se pode chamar cancro colorretal. É o cancro intestinal que os doentes com DII têm maior risco de desenvolver. Entre outras coisas, pode provocar sintomas como sangue nas fezes, alteração dos hábitos intestinais, dor abdominal, nódulos no abdómen e perda de peso.
Budesonida	Medicament o	Um fármaco que pertence ao grupo dos corticosteróides. A budesonida tem poder anti-inflamatório e é usada para tratar agudizações em doentes com DC ileocecal e, sob a forma de clister, na CU com o envolvimento do segmento terminal do cólon e reto. Os corticosteróides são também a denominação dada a hormonas produzidas naturalmente pelas glândulas suprarrenais do nosso corpo.
Inibidores da calcineurina	Medicament o	Agentes imunossuppressores que são usados para tratar a DII e impedir a rejeição de órgãos nos doentes transplantados.
Displasia do colo do útero	Doença	Desenvolvimento anormal do tecido do colo do útero.
DC ou Doença de Crohn	Descritor da doença	É uma Doença Inflamatória Intestinal. A Doença de Crohn pode afetar todas as partes do trato gastrointestinal, incluindo frequentemente o intestino delgado, ao contrário da CU.
Doenças crónicas	Descritor da doença	São doenças que a pessoa tem durante um longo período (geralmente para a vida). As DII são doenças crónicas.
Ciclosporina	Medicament o relacionado com a CU	Inibidor da calcineurina, ou seja, fármaco usado para abrandar o sistema imunitário, pelo que pode ser usado para tratar a CU.
Ciprofloxacina	Medicament o	Antibiótico também usado para tratar a DII e a pouchitis.
Clostridium difficile	Doença	Uma bactéria que pode provocar sintomas DII-like.
Colectomia	Cirurgia	Remoção do cólon por um cirurgião. Precede a anastomose íleo-anal nos doentes com CU.
Cólon (ver imagem)	Parte do corpo	Também se pode chamar intestino grosso.
Colonografia	Exame	Pode ser efetuada por TC ou por RM. Método que permite visualizar o interior do cólon sem necessitar de usar um endoscópio.
Colonoscopia	Exame	Exame em que um endoscópio com câmara é inserido no reto e passa ao longo de todo o cólon para investigar a atividade da doença e colher amostras de tecido (biópsia).
Cirurgião colorretal	Outros	Cirurgião especializado em cirurgia do reto, ânus e cólon.

ECCO EFCCA PATIENT GUIDELINES



Corticosteróides (ou esteróides)	Medicamento	Grupo de medicamentos que imitam os efeitos das hormonas naturalmente produzidas pelas glândulas suprarrenais e atuam como imunossuppressores. A hidrocortisona e a prednisolona são dois dos mais usados no tratamento da DII.
Inibidores da COX-2	Medicamento	Trata-se de um AINE mais específico, com menos efeitos secundários e melhor tolerância na DII.
Creatinina	Exame	Um exame da creatinina permite apurar o estado de saúde dos rins.
PCR (proteína C-reativa)	Exame	Análise sanguínea para medir a inflamação. É útil para detetar a inflamação; porém, um nível elevado de PCR não significa forçosamente que a inflamação está presente no intestino. Nesse sentido, devem ser efetuados outros exames para verificar se a inflamação tem origem no intestino do doente com DII.
TC (tomografia computadorizada)	Exame	Um tipo de raio X efetuado numa máquina que capta imagens axiais do corpo.
Enteroscopia assistida por dispositivo	Exame	Exame ao intestino delgado com um endoscópio especial.
Extensão da doença	Descritor da doença	Diz respeito à quantidade do cólon afetada pela CU ou DC. Não deve ser confundida com a gravidade, que diz respeito à profundidade e extensão da inflamação. A extensão da doença é útil para dividir a CU em três subtipos: proctite, colite esquerda e colite extensa; do mesmo modo, a DC pode apresentar o envolvimento do intestino delgado, do intestino grosso ou do trato GT superior.
Índice de gravidade da doença	Exame	O índice de gravidade de uma doença é, como o próprio nome indica, uma forma de medir a gravidade da doença com base nos sintomas do doente e em determinados exames (ex: o aspeto do intestino numa endoscopia). Geralmente, uma doença mais grave é representada por valores mais elevados. Exemplo disto é o Índice de Atividade da Colite Ulcerosa (UCDAI) ou o Índice de Atividade da Doença de Crohn (CAI).
Clister de bário com duplo contraste	Exame	Procedimento em que se efetua um raio-X do cólon e do reto depois da inserção, no reto, de um líquido contendo bário. O bário ralça o cólon e o reto num raio-X, ajudando a revelar eventuais anomalias.
Eletrólitos	Exame	Analisados através do sangue, trata-se de minerais (ex: sódio, potássio e cálcio) presentes no sangue e outros fluídos corporais que têm uma carga elétrica. A DII pode provocar níveis de eletrólitos anormais.
Ileostomia terminal	Cirurgia	Quando a porção terminal do intestino delgado é derivada para o exterior através do abdómen e cosida à pele de modo a formar um estoma. A

ECCO EFCCA PATIENT GUIDELINES



		pessoa com ileostomia terminal usa um saco no abdómen para recolha das fezes.
Endoscópico	Exame	Adjetivo, relativo à endoscopia.
Intubação endoscópica	Exame	É a inserção de um tubo endoscópio, que permite observar o trato gastrointestinal.
Endoscopia	Exame	Procedimento em que uma câmara colocada na extremidade de um longo tubo é inserida no corpo para observar diretamente os órgãos em exame. A endoscopia mais comum entre os doentes com DII é a (íleo)colonoscopia.
Clister	Medicamento	Injeção de um fluido no intestino grosso pelo reto. Este procedimento ajuda o médico a efetuar exames ou serve de via de administração medicamentosa.
Eritema nodoso	Doença relacionada com a DII	Condição inflamatória da pele.
Agente eritropoiético	Medicamento	Fármaco que estimula a produção de glóbulos vermelhos.
VS ou velocidade de sedimentação eritrocitária	Exame	Análise ao sangue que mede o grau de inflamação do corpo, semelhante à PCR.
Colite extensa	Descritor da doença	É a CU que afeta todo o cólon.
Extensão (da doença)	Descritor da doença	A extensão da doença diz respeito à área do intestino que é afetada pela DII.
Calprotectina fecal	Exame	Proteína que é libertada no intestino quando está inflamado. Os níveis de calprotectina fecal aumentam apenas em caso de inflamação intestinal, daí que este marcador seja o mais adequado para determinar o grau de inflamação do que a PCR ou a VS. Não é específica da DII. O doente tem de fornecer uma amostra de fezes para a respetiva análise.
Fértil	Outros	Uma pessoa fértil é alguém fisicamente capaz de gerar vida.
Fístula	Complicação da DC	Uma úlcera que atravessa a parede intestinal, criando uma passagem anormal entre o intestino e a pele ou entre o intestino e outro órgão. A fístula simples é constituída por um único canal; a fístula complexa apresenta múltiplos canais. A DC fistulizante é uma forma de DC.
Fistulografia	Exame	Exame de raio-X a uma fístula.
Fistulotomia	Cirurgia	Abertura cirúrgica de uma fístula.
Exacerbação ou recidiva	Descritor da doença	É um estado da doença ativa e é o oposto da doença em remissão. A pessoa com uma exacerbação vivencia os sintomas e tem inflamação ativa.
Fratura	Outros	Quando o osso se parte; pode ser provocada por um único incidente ou por tensão no osso.
Gastrenterologist	Outros	Médico especializado em tratar doenças

ECCO EFCCA PATIENT GUIDELINES



a		gastrointestinais como a DII.
Níveis de hemoglobina	Exame	Os níveis de hemoglobina determinam a quantidade de hemoglobina no sangue. A hemoglobina transporta o oxigénio no sangue. Níveis baixos caracterizam a anemia.
Histológico	Exame	O exame histológico ocorre quando o tecido celular da biópsia é examinado ao microscópio.
DII	Doença	Abreviatura de Doença Inflamatória Intestinal; é um termo geral para a Doença de Crohn e a Colite Ulcerosa.
DIICNC ou DII do Cólon Não Classificada	Descritor da doença	Se não é possível determinar se o doente sofre de DC ou CU depois de terem sido realizados todos os exames, deve usar-se o termo DIICNC.
CI ou Colite Indeterminada	Descritor da doença	Nos casos em que não é possível determinar se o doente sofre de DC ou CU, pode usar-se o termo CI. Contudo, a CI deve ser usada somente para as amostras de colectomia.
Ileocolonoscopia	Exame	Endoscopia para observar o cólon e o íleo.
Anastomose ileorretal	Cirurgia	Cirurgia em que o reto é conservado e o íleo é ligado ao reto. Esta contrasta com a anastomose ileo-anal em que o reto não é conservado.
Ileoscopia	Exame	Neste exame utiliza-se um endoscópio para observar o íleo, o segmento mais baixo do intestino delgado.
Imagiologia	Exame	Produção da imagem de uma parte do corpo através de uma variedade de técnicas, como raio-X, ecografia, TC ou RM. As técnicas imagiológicas são muitas vezes usadas para determinar que parte do corpo é afetada pela DII.
Imunizado	Outros	Diz-se da pessoa que é imune a uma infeção. As imunizações mais comuns são o sarampo, a papeira e o tétano, mas existem muitas outras.
Imunomodulador	Medicamento	Os imunomoduladores enfraquecem ou estimulam a atividade do sistema imunitário. O imunossupressor é um imunomodulador muito usado no tratamento da DII porque se pensa que a DII é provocada, pelo menos parcialmente, por um sistema imunitário hiperativo.
Imunossupressor	Medicamento	Grupo de fármacos usados para abrandar o sistema imunitário, incluindo esteróides, tiopurinas, metotrexato, medicamentos anti-TNF e vedolizumab. Uma vez que a DII pode ser provocada por um sistema imunitário hiperativo, os imunossupressores podem ser úteis no seu tratamento.
Infliximab	Medicamento	Medicamento biológico anti-TNF geralmente usado no tratamento da DII. É administrado diretamente no sistema circulatório do doente por via intravenosa.
IPAA ou anastomose ileo-anal com bolsa	Cirurgia	Cirurgia realizada frequentemente nos doentes com CU em que o segmento terminal do intestino delgado é reestruturado formando uma bolsa e

ECCO EFCCA PATIENT GUIDELINES



ileal		assume as funções que o intestino grosso assumia antes de ser removido.
Deficiência de ferro	Doença	Quando a quantidade de ferro no sangue não é suficiente.
Anemia por deficiência de ferro	Doença	Condição em que o sangue tem falta de glóbulos vermelhos devido à deficiência de ferro.
Deficiência de ferro sem anemia	Doença	Condição em que a quantidade de ferro é reduzida, mas não ao ponto de ocorrer anemia.
Síndrome de Cólon Irritável (SCI)	Doença	Condição vulgar com sintomas DII-like, mas sem inflamação.
IV ou Intravenoso	Medicamento	Administração de um medicamento através das veias.
Agente queratolítico	Medicamento	Medicamento usado para remover verrugas e outras lesões.
Laparoscópica	Cirurgia	A cirurgia laparoscópica é uma técnica cirúrgica que consiste em fazer pequenas incisões no doente e inserir câmaras no seu interior para visualizar o local da cirurgia. Por se tratar de incisões pequenas, o doente costuma recuperar mais rapidamente da cirurgia.
Lactoferrina	Exame	Proteína que é libertada no intestino quando está inflamado. O doente tem de fornecer uma amostra de fezes para a respetiva análise.
Colite esquerda	Descritor da doença	CU que ocorre até ao, mas nunca para lá do, lado esquerdo do cólon e que pode ser tratada eficazmente a nível tópico.
Loperamida	Medicamento	Fármaco antidiarreico típico, ver Antidiarreico.
Heparina com baixo peso molecular.	Medicamento	É um medicamento usado geralmente para evitar coágulos sanguíneos.
Doença localizada	Descritor da doença	Doença confinada a um sistema orgânico ou a uma região específica do intestino.
Doenças linfoproliferativas (DLP)	Doença	Grupo de doenças em que os linfócitos (glóbulos brancos) são produzidos em excesso. As DLP incluem diferentes tipos de leucemia e linfoma.
Tratamento de manutenção	Medicamento	Tratamento usado para manter o doente em remissão.
Malabsorção	Complicação da DC	Absorção inadequada pelo trato gastrointestinal dos nutrientes contidos nos alimentos.
Malnutrição	Complicação da DC	Falta de nutrição adequada que resulta, por exemplo, da incapacidade de comer o suficiente, de não comer quantidade suficiente de alimentos necessários para o organismo ou de malabsorção (ver Malabsorção).
Mesalazina	Medicamento	Fármaco usado para tratar a DII. Pode ser administrado por via oral ou retal.
Metotrexato	Medicamento	Fármaco, pertencente ao grupo dos imunossuppressores, normalmente usado no

ECCO EFCCA PATIENT GUIDELINES



		tratamento da DC. Não é tão eficaz na Colite Ulcerosa.
Metronidazol	Medicamento	Antibiótico normalmente usado para tratar a pouchitis e a DC fistulizante.
Enterografia por RM (Ressonância Magnética)	Exame	Exame em que se utilizam ondas magnéticas para captar imagens de diagnóstico do intestino delgado com a ajuda de um agente de contraste oral. Não é utilizada radiação.
CRM ou Colangiografia por Ressonância Magnética	Exame	Exame especial em que se utiliza um aparelho de RM para detetar perturbações do sistema hepato-biliar.
RM ou Ressonância Magnética	Exame	Exame em que se utilizam ondas magnéticas para captar imagens de diagnóstico de diversas partes do corpo. Não é utilizada radiação.
AINE ou fármacos Anti-Inflamatórios Não Esteróides	Medicamento	Estes fármacos podem proporcionar alívio da dor e diminuir a febre e a inflamação não localizada no tubo digestivo. Os mais vulgares são o ibuprofeno e a aspirina, e são os mais evitados pelos doentes com DII, pois podem aumentar o risco de uma exacerbação.
Obstrução, obstrutiva	Complicação da DC	A obstrução ocorre quando a inflamação da DC engrossa a parede intestinal provocando um estreitamento do intestino ou quando partes do intestino desenvolvem aderências e o fluxo do conteúdo intestinal fica bloqueado.
Oral	Medicamento	A medição oral é aquela que é administrada pela boca.
Osteopenia	Doença	Enfraquecimento dos ossos que não é suficientemente significativo para ser considerado osteoporose.
Osteoporose	Doença	Condição clínica em que os ossos ficam frágeis e o doente tem maior risco de sofrer uma fratura.
p-ANCA	Exame	p-ANCA é a abreviatura de Anticorpos Anti-Citoplasma Perinuclear dos Neutrófilos. São detetados no sangue.
Centrado no doente	Outros	O cuidado centrado no doente implica garantir o respeito e satisfação das necessidades individuais do doente e assegurar que os valores do doente orientam todas as decisões clínicas.
Artrite periférica	Doença	Inflamação articular que afeta geralmente as grandes articulações dos membros.
Pouchitis	Complicação	Inflamação da bolsa ileal (ver IPAA).
Pioderma gangrenoso	Doença	Inflamação da pele que resulta em ulcerações dolorosas provocadas por mecanismos autoimunes e não por infeção, observada por vezes nos doentes com DII.
Retal	Parte do corpo	Algo que é retal está relacionado com o segmento terminal do intestino grosso o chamado reto. Por exemplo, um medicamento que é inserido no reto

ECCO EFCCA PATIENT GUIDELINES



		através do ânus é um medicamento retal.
Reto	Parte do corpo	É a secção final do intestino grosso Termina no ânus.
Recidiva	Descritor da doença	Reativação da doença.
Remissão	Descritor da doença	Remissão é quando a doença não está ativa; esta contrasta com os termos "exacerbação" ou "recidiva", que são usados para descrever a situação em que a doença está ativa.
Ressecção	Cirurgia	Remoção cirúrgica da totalidade ou de parte de um órgão ou de outra estrutural corporal.
Sacroileíte	Doença	Inflamação da articulação entre o osso sacro e o osso ilíaco da pélvis.
Terapia de resgate	Tratamento	Tratamento que é usado como último recurso para controlar a doença quando todos os tratamentos convencionais falharam.
Serológico	Exame	Relativo à serologia. A serologia costuma ser usada para diagnóstico de anticorpos no sangue.
Serologia	Exame	Exame que estuda amostras de sangue ou outros fluídos corporais.
Nível de ferritina no sangue	Exame	Análise que determina a quantidade de reservas de ferro no sangue.
Ureia sérica	Exame	A ureia é uma substância normalmente filtrada pelos rins para a urina. Os níveis de ureia sérica são um exame importante porque um valor irregular pode indicar que os rins foram afetados ou que o doente está desidratado.
Seton	Cirurgia	Fio usado para manter o canal de uma fístula aberto e para evitar a acumulação de pus num abscesso.
Efeitos secundários	Medicamento	Efeitos (prejudiciais) indesejáveis de um medicamento ou intervenção.
Sigmoidoscopia	Exame	Semelhante à colonoscopia, mas só observa a última parte do cólon, em vez de todo o cólon.
Cápsula endoscópica (CE)	Exame	Exame em que o doente engole uma cápsula que contém uma câmara minúscula. A câmara regista imagens do trato gastrointestinal.
Estenose	Doença	Estreitamento suficientemente significativo para provocar desconforto no doente.
Esteróides	Medicamento	Os esteróides costumam ser usados para tratar a DII e atuam por imunossupressão. Podem ser tópicos ou sistémicos. Em virtude dos múltiplos efeitos secundários, o seu uso deve ser o mais limitado possível.
Constricção	Complicação da DC	Estreitamento suficientemente significativo para provocar desconforto no doente.
Fezes	Outros	As fezes são o material restante da digestão expelido pelo intestino.
Colectomia subtotal	Cirurgia	Ao contrário de uma colectomia normal, trata-se de uma colectomia que envolve a remoção de parte do cólon, e não de todo o cólon.

ECCO EFCCA PATIENT GUIDELINES



Sulfassalazina	Medicamento	A sulfassalazina é um fármaco usado para tratar a DII. A sulfassalazina consiste em duas partes: 5-ASA, a parte ativa, e um antibiótico, a sulfapiridina. A sulfassalazina é metabolizada pelas bactérias do cólon libertando a 5-ASA.
Supositórios ou supositório	Medicamento	Fármaco que é inserido no reto e que depois se derrete e cobre a parede intestinal para tratar a inflamação.
Rastreio	Exame	O rastreio acontece quando o médico examina regularmente o doente com DII, muitas vezes com um endoscópio, para ver se desenvolveu cancro intestinal. O rastreio é importante porque os doentes com DII têm um risco acrescido de desenvolver cancro intestinal.
Sistémico	Medicamento	Diz-se do medicamento que se distribui e tem ação em todo o corpo. Contrasta com o fármaco tóxico, que tem ação local.
Índice T	Exame	O índice T é uma medida da densidade óssea.
Tacrolimus	Medicamento	Imunossupressor semelhante à ciclosporina que pode ser usado oralmente para tratar a CU.
Tenesmo	Descritor da doença	Sensação de peso no reto/ânus, geralmente acompanhado de um esforço involuntário e desejo urgente de evacuar embora os intestinos estejam vazios.
Tiopurinas	Medicamento	Fármacos imunossupressores. A azatioprina e a mercaptopurina são as mais usadas para tratar a DII.
Trombocitose	Exame	Aumento do número de plaquetas (trombócitos).
Tóxico	Medicamento	Diz-se do fármaco que trata a inflamação diretamente, sem ser absorvido pelo corpo.
Saturação da transferrina	Exame	É uma medida da capacidade de ligação do ferro no corpo; os níveis inferiores a 16% indicam uma deficiência de ferro.
Tuberculose	Doença	Doença infecciosa que afeta os pulmões e outras partes do corpo provocada pela Mycobacterium Tuberculosis.
CU ou Colite Ulcerosa	Descritor da doença	A CU é uma das Doenças Inflamatórias Intestinais.
Ecografia	Exame	Método imagiológico que usa ondas sonoras para avaliar os órgãos do corpo.
Ácido ursodesoxicólico	Tratamento	Medicamento oral que pode ser administrado a doentes com CEP (Colangite Esclerosante Primária, uma doença hepática crónica caracterizada pela inflamação e fibrose das vias biliares dentro e fora do fígado) para proteger o fígado e prevenir cancro intestinal nos doentes com CEP.
Uveíte	Doença	Inflamação da úvea do olho.
Validado	Exame	Se algo foi validado significa que mostrou ser uma medida precisa do que pretende quantificar. Por exemplo, o índice de gravidade de uma doença é validado assim que demonstrar determinar com

ECCO EFCCA PATIENT GUIDELINES



		precisão a gravidade da dita doença.
Vedolizumab	Medicament o	Fármaco biológico (produzido biotecnologicamente) usado para tratar a DII. É administrado diretamente no sistema circulatório do doente por via intravenosa.
VSL#3	Medicament o	Probiótico (microorganismos vivos que conferem um benefício para a saúde do hospedeiro quando administrados em quantidades adequadas) que mostrou ser promissor no tratamento da pouchitis.
Desmame	Medicament o	Fazer o desmame de um medicamento significa interromper a toma de forma gradual e não repentina. O desmame é algo que tem de ser feito no caso dos esteróides porque a interrupção repentina pode ter efeitos secundários graves.