

ECCO EFCCA PATIENT GUIDELINES

on Crohn's Disease (CD)



Portuguese



ECCO EFCCA PATIENT GUIDELINES



Linhas de Orientação para o Doente ECCO-EFCCA sobre a Doença de Crohn (DC)

Marc Dudley*¹, Martin Kojinkov*², Dusan Baraga³, Xavier Donnet⁴, Evelyn Groß⁵, Sofia Lantzanaki⁶, Tineke Markus de Kwaadsteniet⁷, Tricia McArdle⁸, Malgorzata Mossakowska⁹, Marko Perovic¹⁰, Cornelia Sander¹¹, Helen Ludlow¹², Gerassimos J Mantzaris¹³, Axel Dignass**¹⁴, Francisca Murciano**¹⁵

* Estes autores contribuíram de modo igual como primeiros autores

** Estes autores contribuíram de modo igual como últimos autores

¹LMF - Landsforeningen mot fordøyelsessykdommer, Postboks 808 Sentrum, 0104 Oslo, Noruega; ²Bulgarian Crohn's and Ulcerative Colitis Association, Druzba 2, bl. 212, entr. V, apt. 66 Sofia, 1582 Bulgária; ³KVCB - Društvo za kronično vnetno črevesno bolezen, Ljubljanska ulica 5, p.p. 640, 2000 Maribor, Eslovénia; ⁴A.S.B.L Association Crohn-RCUH, Rue de la Forêt de Soignes 17, 1410 Waterloo, Bélgica; ⁵ÖMCCV - Österreichische Morbus Crohn - Colitis ulcerosa Vereinigung, Obere Augartenstraße 26-28, 1020 Viena, Áustria; ⁶HELLESCC - Hellenic Society of Crohn's Disease's and Ulcerative Colitis' Patients, Filis 232, Atenas, Grécia; ⁷CCUVN - Crohn en Colitis Ulcerosa Vereniging Nederland, Houttuinlaan 4b, 3447 GM Woerden, Países Baixos; ⁸ISCC - Irish Society for Colitis and Crohn's Disease, Carmichael Centre for Voluntary Groups, North Brunswick Street, Dublin 7, Irlanda; ⁹Polish Association Supporting People with Inflammatory Bowel Disease "J-elita", ul. Ks. Trojdena 4, 02 109 Varsóvia, Polónia; ¹⁰UKUKS - Udruzenje obolelih od Kronove bolesti i ulceroznog kolitisa Srbije, Pere Cetkovicica 23, 11060 Belgrado, Sérvia; ¹¹DCCV e.V. - Deutsche Morbus Crohn/Colitis Ulcerosa Vereinigung, Inselstraße 1, 10179 Berlim, Alemanha; ¹²University Hospital Llandough, Penlan Road, Llandough, South Wales, CF64 2XX, Escócia; ¹³Evangelismos Hospital, Department of Gastroenterology, 45-47 Ypsilandou Street, 10676 Atenas, Grécia; ¹⁴Department of Medicine I Gastroenterology, Hepatology, Oncology and Nutrition, Agaplesion Markus Hospital, Goethe University, DE 60431 Frankfurt, Alemanha; ¹⁵Hospital del Mar, Department of Gastroenterology, Passeig Maritim 25-29, 08003 Barcelona, Espanha

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>

ECCO EFCCA PATIENT GUIDELINES



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.

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 Doença de Crohn e a Colite Ulcerosa, abreviado DC e CU, respetivamente, pertencem a um grupo de doenças inflamatórias crónicas do trato intestinal denominado Doenças Inflamatórias Intestinais (DII). As DII são doenças imunomediadas que se desenvolvem em doentes com predisposição genética quando expostos à influência de fatores ambientais pertinentes, mas ainda não identificados.

Este documento serve de linha de orientação sobre o diagnóstico e tratamento da DC. O termo DC será usado ao longo do documento. Deriva de uma diretiva internacional sobre a Doença de Crohn que foi desenvolvida através de um processo minucioso envolvendo os mais proeminentes especialistas europeus e avaliando todos os dados atuais para o melhor tratamento dos doentes com DC, para que possam compreender melhor como a DC é diagnosticada e tratada. Muitos termos estão sublinhados; são termos que aparecem no glossário para o ajudar a compreender melhor estas linhas de orientação. No que diz respeito à CU, pode consultar um outro documento criado em paralelo.

A DC é uma doença que afeta o intestino grosso e o intestino delgado e, com menos frequência, outras partes do trato gastrointestinal. Pode afetar igualmente diversos órgãos e tecidos fora do tubo digestivo, mais frequentemente a pele, articulações e olhos. A DC afeta habitualmente o segmento terminal do intestino delgado e o intestino grosso.

ECCO EFCCA PATIENT GUIDELINES



Contudo, a DC pode afetar qualquer parte de todo o trato gastrointestinal, desde a boca até ao ânus. A inflamação do intestino costuma ser "descontínua" e as zonas de inflamação ("segmentos de intestino doente") alternam com partes normais do intestino ("segmentos saudáveis" - "skip lesions"). Dependendo da gravidade da inflamação, a camada mais interna da parede intestinal ("mucosa") pode ficar vermelha ("eritematosa") e inchada ("edematosa") com úlceras de diversos tamanhos e formatos (aftosa, superficial, profunda, longitudinal) e a mucosa pode adquirir o aspeto de "pedra de calçada". Estas lesões afetam toda a espessura da parede intestinal e podem provocar complicações, como estenose do lúmen e/ou penetração resultando na formação de abscessos (difusão do conteúdo do lúmen intestinal na cavidade abdominal) ou fístulas (canais que ligam e drenam o conteúdo do lúmen intestinal à pele ou a órgãos adjacentes, como a bexiga, ou outras partes do intestino). Acresce ainda que, numa percentagem significativa de doentes, a DC pode comprometer muitas outras partes do corpo fora do tubo digestivo, mais frequentemente a pele, articulações e olhos. Estas manifestações extraintestinais podem surgir antes do desenvolvimento dos sintomas típicos da DC (ver mais à frente) e por vezes são mais problemáticos e mais difíceis de tratar que os sintomas intestinais.

Porque a DC é uma doença polimórfica, as lesões no tubo digestivo devem ser identificadas através de testes de diagnóstico adequados e avaliadas consoante a sua gravidade no momento do diagnóstico. Além disso, como a DC é uma doença para toda a vida sem cura definitiva atual, a terapia visa reduzir a inflamação no tubo digestivo e zonas extraintestinais (se afetadas), preservar a função intestinal, evitar complicações e proporcionar ao doente uma qualidade de vida normal a nível pessoal, profissional e social, sem o incapacitar. As intervenções terapêuticas incluem deixar de fumar, intervenções dietéticas e uma variedade de medicamentos que são tomados isoladamente ou em combinação, de acordo com a localização e gravidade da doença.

Diagnóstico da Doença de Crohn (DC)

Sintomas da DC

A DC pode apresentar diversos sintomas. Estes incluem muitas vezes dor abdominal, perda de peso e diarreia durante mais de quatro semanas. Se estes sintomas ocorrerem especialmente em doentes jovens, o médico deve considerar a possibilidade de DC. Uma sensação geral de desconforto, fadiga, perda de apetite ou febre são sintomas comuns da doença.

Os sintomas podem começar de forma repentina e, por vezes, a DC pode ser confundida com uma apendicite aguda. Os sintomas podem também ser semelhantes aos da síndrome do cólon irritável (SCI). A maioria dos doentes queixa-se de dor abdominal e perda de peso antes do diagnóstico. A presença de sangue e muco nas fezes é menos frequente do que nos doentes com CU. Os sintomas relacionados com a DC fora do intestino, habitualmente nas articulações, podem surgir antes dos sintomas intestinais.

Testes de diagnóstico

A DC varia entre os doentes, dependendo da idade em que surge, da localização da doença nos intestinos e da forma como progride.

ECCO EFCCA PATIENT GUIDELINES



Não existe um único teste de diagnóstico da DC. O diagnóstico resulta de uma combinação da avaliação de sintomas clínicos, análises ao sangue, achados da imagiologia, endoscopia e avaliação histológica da biópsia intestinal (explicado no glossário). Atualmente, não se recomenda a execução de testes genéticos para um diagnóstico de rotina da DC.

História do doente

O seu médico deve colocar-lhe muitas questões detalhadas, nomeadamente sobre quando começaram os sintomas, se viajou recentemente, se sofre de intolerância a algum alimento, se toma medicação ou já tomou (incluindo antibióticos e AINE, anti-inflamatórios e analgésicos, como aspirina, ibuprofeno ou diclofenaco) ou se foi submetido a uma apendicectomia. O médico deve prestar uma atenção particular a fatores de risco da DC bem conhecidos, como o tabagismo, a existência de um membro da família com DC e uma infeção recente do trato digestivo.

O tabagismo, uma história familiar de DII e a apendicectomia numa fase precoce da vida são todos fatores de risco da DC. Uma infeção bacteriana ou viral do estômago ou intestino aumenta o risco de vir a desenvolver DC. Os estudos dos AINE como fator de risco têm resultados menos consistentes.

Sintomas da DC não relacionados com o tubo digestivo (extraintestinais)

Existem muitos sintomas que podem ocorrer com a DC e nem todos envolvem diretamente os intestinos. Como referido anteriormente, a DC também pode afetar diversos órgãos e tecidos fora do trato digestivo.

O seu médico deve colocar-lhe questões sobre sintomas que surgem à noite e sintomas e/ou sinais noutras partes do corpo (por exemplo, na boca, pele, olhos ou articulações), abscessos em volta do ânus ou fissuras anais (isto é, gretas na pele). A avaliação física deve incluir:

- estado geral
- frequência cardíaca
- tensão arterial
- temperatura
- sensibilidade ou inchaço no abdómen
- massas anómalas palpáveis
- períneo (a área entre o ânus e os órgãos genitais) e a boca
- exame retal com um dedo
- determinação do índice de massa corporal

Exame físico e análises laboratoriais

O seu médico deve procurar sinais de inflamação aguda e/ou crónica, anemia, desidratação e sinais de malnutrição ou malabsorção. As primeiras análises laboratoriais devem incluir a análise da PCR e um hemograma completo. Também podem ser usados outros marcadores de inflamação, como a calprotectina fecal ou a VS. Nalgumas situações, o médico deve solicitar análises para despiste de diarreia infecciosa, incluindo infeção por Clostridium difficile. Poderão ser necessários outros exames das fezes, em particular se viajou para o estrangeiro.

A anemia e a trombocitose (quando o corpo produz demasiados trombócitos ou plaquetas) são os achados mais frequentes da DC no sangue. A PCR e a VS mostram se existe inflamação; a PCR correlaciona-se amplamente com a

ECCO EFCCA PATIENT GUIDELINES



atividade da doença, enquanto a VS é menos precisa. A calprotectina fecal correlaciona-se bem com a atividade da doença nos intestinos.

Porém, nenhuma destas análises é suficientemente específica para diagnosticar a DC ou para a diferenciar da CU.

Endoscopia

Se o seu médico suspeita de DC, será necessário efetuar uma ileocolonosopia e biópsia do íleo terminal e de cada segmento do cólon para procurar evidência microscópica de DC e fazer o diagnóstico. Quaisquer que sejam os achados, recomenda-se a realização de mais exames para determinar a localização e extensão da DC no intestino delgado. Não está claro se a endoscopia digestiva alta deve ser um método rotineiro em doentes adultos que não apresentam sintomas.

A colonoscopia e biópsia é o procedimento de primeira linha para diagnosticar a inflamação do cólon. Na maioria das colonoscopias, também podem ser retiradas amostras do intestino delgado para biópsia. Os sinais endoscópicos de DC incluem inflamação descontínua, lesões anais e a parede intestinal com aspeto de "pedra de calçada". A gravidade da DC no cólon pode ser avaliada por colonoscopia, mas no caso da DC localizada no íleo terminal, parte terminal do intestino delgado, a ileoscopia, (observação do íleon durante a colonoscopia) em combinação com técnicas imagiológicas é mais eficaz na precisão do diagnóstico. As técnicas imagiológicas como a ecografia, TC ou RM não são suficientes, por si só, para diagnosticar a DC.

Exames imagiológicos

Os exames imagiológicos do intestino (RM e TC) e a ecografia transabdominal complementam os achados da endoscopia. Ajudam a detetar e determinar a extensão da inflamação, obstruções e fístulas provocadas pela DC. A exposição à radiação deve ser igualmente considerada, especialmente quando são selecionadas técnicas para monitorizar o curso da sua doença. Uma vez que os estudos radiológicos convencionais em que se usa bário (um meio de contraste) possuem uma qualidade reduzida e constituem uma carga significativa devido à radiação, devem ser escolhidos outros métodos, se disponíveis.

A TC e a RM são atualmente os exames de excelência para avaliação do intestino delgado. Ambas podem revelar a extensão e atividade da DC com base na espessura da parede intestinal, edemas e ulcerações. Ambas possuem o mesmo grau de precisão, mas a TC está mais facilmente disponível e é menos morosa que a RM. Uma vez que a TC recorre à radiação, a RM deve ser preferida sempre que possível.

A ecografia abdominal pode fornecer informações acerca da atividade e localização da doença, em especial ao nível do intestino delgado. Além disso, está amplamente disponível e é menos dispendiosa, não expondo o doente a radiação. Contudo, poderá ser difícil observar os segmentos intestinais mais profundos e o parecer da equipa médica poderá não ser consensual quanto à imagem observada.



Endoscopia do intestino delgado

A cápsula endoscópica (CE) só deve ser ponderada quando a ileocolonosopia e os exames imagiológicos tiverem sido negativos e o seu médico continuar a suspeitar de DC. Neste caso, a CE pode ajudar a confirmar que não sofre de DC. A enteroscopia assistida por dispositivo pode ser efetuada por um perito em caso de necessidade de uma biópsia. Pode também ser usada quando o doente necessita de uma terapia endoscópica, como a dilatação (alargamento do lúmen) de constricções, remoção de uma cápsula retida ou o tratamento de uma hemorragia.

A CE é um método novo que permite ao médico ver diretamente as lesões do intestino delgado que podem não ser observadas através dos exames colonoscópicos ou imagiológicos. É uma ferramenta de diagnóstico eficaz na DC do intestino delgado, mas não pode ser usada se o doente apresentar obstruções, constricções ou fístulas intestinais, dispositivos eletromédicos implantados (como os pacemakers) ou distúrbios da deglutição.

Biópsia endoscópica

É necessário efetuar uma biópsia para um diagnóstico fiável de DC. Este deve incluir pelo menos duas biópsias de cinco zonas ao longo do cólon (incluindo o reto) e o segmento terminal do intestino delgado.

A análise de uma série de biópsias de todo o cólon produz o diagnóstico mais fiável da DC. Devem ser efetuadas biópsias tanto de áreas afetadas como de áreas não afetadas pela doença. Nos exames de acompanhamento, o médico pode usar um pequeno número de biópsias para confirmar o diagnóstico e, nas consultas de acompanhamento pós-cirurgia, devem ser efetuadas biópsias de tecido quando se suspeita de recorrência. Nos doentes com bolsa ileo-anal em J, devem ser efetuadas biópsias da ansa intestinal aferente (isto é, da parte do intestino delgado que termina na bolsa), em caso de suspeita de DC. Se o médico suspeita de uma fase precoce de cancro, devem ser efetuadas múltiplas biópsias.

Prognóstico da doença

Os fatores clínicos do diagnóstico e/ou os achados endoscópicos permitem prever o curso da DC. Estes devem ser considerados na decisão terapêutica.

Estudos sugerem que os seguintes fatores são preditivos do agravamento da doença nos cinco anos pós-diagnóstico:

- lesões perianais,
- doença no segmento terminal do intestino delgado e início do cólon,
- idade jovem no momento do diagnóstico e/ou
- a necessidade de tratar a primeira exacerbação com esteróides.

Existem provas crescentes de que a terapia intensiva precoce com imunomoduladores e/ou agentes biológicos pode induzir cicatrização das lesões da mucosa e a remissão contínua precoce sem esteróides. Porém, a terapia intensiva precoce deve ser considerada somente nos casos mais graves devido aos riscos associados à terapia imunossupressora.



Acompanhamento da atividade da doença e sucesso do tratamento

A PCR e os marcadores fecais (como a calprotectina fecal ou a lactoferrina) podem ser usados na orientação da terapia. Podem ser usados, ainda, no acompanhamento de curto prazo e no prognóstico de recidiva. A calprotectina fecal também ajuda a distinguir entre a DC ou a síndrome de cólon irritável (SCI).

A endoscopia continua a ser a técnica padrão para avaliar a cicatrização intestinal, mas é invasiva e dispendiosa. Os marcadores fecais, calprotectina fecal e lactoferrina, são métodos de diagnóstico mais simples. Ambos mostram a inflamação intestinal de qualquer etiologia, permitem prever muito bem a DC ativa e são mais adequados para determinar uma inflamação específica do trato digestivo do que os níveis de PCR.

Tratamento Médico da Doença de Crohn Ativa incluindo Terapias Alternativas

Considerações gerais

A presença de uma inflamação ativa provocada pela DC deve ser confirmada antes de iniciar ou alterar o tratamento médico.

O plano de tratamento da DC deve tomar em consideração a atividade da doença, a localização e comportamento, e este plano deve ser sempre discutido com o doente. Por vezes, em especial nos casos graves, as decisões terapêuticas podem ter de ser tomadas sem se conhecer a distribuição total da doença. Os médicos nem sempre conseguem avaliar a atividade da doença e devem ser feitos marcadores objetivos (como a biópsia e a calprotectina fecal) da atividade patológica através de diversos exames antes de iniciar ou alterar o tratamento.

Na escolha da terapia adequada, deve ser considerado um equilíbrio entre a potência do fármaco e eventuais efeitos secundários, resposta anterior ao tratamento e potenciais complicações ou sintomas fora do intestino.

DC com atividade moderada

A DC com atividade moderada, que está localizada no segmento terminal do intestino delgado e início do cólon, deve ser tratada com budesonida ou corticosteróides sistémicos, como a prednisolona ou a metilprednisolona. Deve recorrer-se a um tratamento com anti-TNF nos doentes que não responderam aos esteróides no passado ou que não os toleram. No caso dos doentes com doença que raramente recidiva, poderá ser adequado voltar aos esteróides e iniciar um imunossupressor. Nos doentes que não respondem aos esteróides e/ou anti-TNF, o vedolizumab é a opção adequada.

A budesonida e a prednisolona são terapias iniciais adequadas para a DC com atividade moderada. A prednisolona é muito eficaz e menos dispendiosa, mas costuma provocar mais efeitos secundários do que a budesonida. A exposição aos corticosteróides deve, contudo, ser minimizada no tratamento da DC porque não é eficaz na manutenção da remissão.

A terapia com esteróides pode ser minimizada efetivamente ao iniciar a terapia com anti-TNF numa fase precoce da doença. Certos grupos de doentes, como os que dependem de esteróides ou não respondem aos mesmos, podem beneficiar mais dos anti-TNF.

Nos doentes com a doença em fase inicial, a combinação de infliximab e azatioprina mostrou ser mais eficaz do que o infliximab em monoterapia na tentativa e manutenção da remissão.



DC com atividade grave

A DC com atividade grave, que está localizada no segmento terminal do intestino delgado e início do cólon, deve ser tratada inicialmente com corticosteróides sistêmicos. Um tratamento com anti-TNF é adequado para os doentes que apresentam recidiva. Nos doentes que não respondem aos esteróides e/ou anti-TNF, o vedolizumab é a opção adequada. Para alguns doentes com uma doença que raramente recidiva, poderá ser adequado voltar aos esteróides e associar um imunossupressor. A cirurgia deve ser discutida com doentes que não respondem ao tratamento médico.

Embora a prednisolona ou a hidrocortisona endovenosa ainda sejam usadas como tratamento inicial da DC grave no segmento terminal do intestino delgado, nos últimos anos, o limiar para iniciar a terapia com anti-TNF tem vindo a diminuir nos doentes com mau prognóstico. De acordo com estudos efetuados, o tratamento contínuo com os agentes anti-TNF infliximab ou adalimumab reduz o risco de cirurgia e hospitalização na DC.

A terapia com anti-TNF é usada com frequência nos doentes que não respondem à terapia inicial e que não são candidatos à cirurgia. O limiar da cirurgia é inferior na DC localizada no segmento terminal do intestino delgado e início do cólon quando comparada com a doença noutras partes do intestino, em particular se estiver localizada no intestino delgado, uma vez que a perda de grande parte ou a perda repetida do intestino delgado pode provocar malnutrição. Alguns peritos preferem a cirurgia à terapia com anti-TNF para a doença nesta zona do intestino, enquanto outros preferem a cirurgia se a terapia médica não atuar de forma suficientemente rápida ou provocar efeitos secundários intoleráveis.

DC colónica

A DC ativa no cólon deve ser tratada com corticosteróides sistêmicos. Para os que sofrem uma recidiva, as tiopurinas, um tratamento com anti-TNF ou vedolizumab são as opções adequadas. O vedolizumab pode ser adequado nos doentes que não respondem ao primeiro tratamento com anti-TNF.

A DC ativa grave no cólon pode ser confirmada mais facilmente e em fase mais precoce do que a DC do intestino delgado. Esta poderá ser a razão pela qual a DC do cólon parece responder melhor à terapia com anti-TNF do que a DC do intestino delgado. Os corticosteróides sistêmicos, como a prednisolona, são eficazes, mas a budesonida não exerce qualquer efeito no tratamento da DC colónica.

A cirurgia costuma ser considerada se os doentes não respondem ou deixam de responder à terapia com anti-TNF ou ao vedolizumab. Contudo, a cirurgia deve ser sempre ponderada ao iniciar ou alterar uma terapia imunossupressora.

DC extensa do intestino delgado

De início, a DC extensa do intestino delgado deve ser tratada com corticosteróides sistêmicos. O tratamento precoce com anti-TNF deve também ser avaliado. Para os doentes com atividade grave da doença que recidivaram, é adequado instituir um tratamento à base de anti-TNF.

As consequências da inflamação intestinal contínua, como a malnutrição, o desenvolvimento de constrições e obstrução intestinal, são maiores na DC extensa quando comparada com a DC localizada do intestino delgado. Neste sentido, o tratamento com esteróides em combinação com a administração precoce de imunomoduladores é considerado adequado nestes doentes.



Terapia imunossupressora

O tratamento precoce com imunossupressores parece ser mais adequado para os doentes com sinais e sintomas que sugerem mau prognóstico. O tratamento precoce com anti-TNF deve ser instituído em doentes com a doença muito ativa e sinais e sintomas que sugerem mau prognóstico.

Diversos estudos mostraram que os anti-TNF são mais eficazes quando administrados numa fase precoce da doença, em particular nos doentes com fatores de risco de mau prognóstico. Tais fatores de risco incluem uma doença extensa, idade jovem no momento do diagnóstico, necessidade inicial de terapia com esteróides e doença perianal.

Todos os tratamentos com anti-TNF que estão disponíveis atualmente parecem ser igualmente eficazes no tratamento da DC e têm efeitos secundários semelhantes. A escolha do tratamento depende do que estiver disponível, de como o medicamento é administrado, da preferência do doente e do custo.

A falta de resposta a um tratamento à base de anti-TNF deve ser determinada às 12 semanas.

Depois de 12 semanas de uma resposta insuficiente, é improvável que ocorra um efeito terapêutico positivo e os doentes devem mudar para um regime terapêutico novo que consiga induzir a remissão.

Existe o risco de infeções graves quando um doente é tratado com imunossupressores, incluindo anti-TNF. Este risco deve ser tomado em consideração.

Todos os imunossupressores, incluindo os esteróides, as tiopurinas, o metotrexato e anti-TNF diminuem a atividade e competência do sistema imunitário. Esta situação pode aumentar o risco de contrair diversas infeções que podem provocar doenças graves e até letais. A terapia concomitante com mais de um imunossupressor aumenta significativamente o risco de infeção. Assim sendo, deve evitar-se sempre que possível a terapia imunossupressora concomitante de longo prazo. Por outro lado, a terapia imunossupressora concomitante demonstrou ser mais potente e pode ser necessária em particular na doença grave.

Medicina Complementar e Alternativa

O médico deve perguntar-lhe se recorre a medicina complementar e alternativa. Não existem dados científicos que comprovem que estes produtos funcionam; existe uma grande variedade de produtos e estes podem ser caros. Se está muito interessado em experimentá-los, deve primeiro discuti-lo com o seu médico.

O uso de medicina complementar e alternativa (MCA) é habitual entre doentes com DII. Enquanto as terapias complementares são usadas a par da medicina convencional, as terapias alternativas são usadas como substituto da medicina convencional. Existem provas científicas insuficientes/limitadas sobre a eficácia e segurança das terapias MCA e o gastroenterologista poderá ter dificuldade em informar devidamente os seus doentes. Além disso, existe uma grande variedade de produtos que podem ser caros. Por estes motivos, se está muito interessado em experimentá-los ou em abandonar a medicina convencional a favor da MCA, primeiro deve solicitar o conselho do seu médico acerca do uso da MCA. Como os doentes com DII sofrem muitas vezes de malnutrição, a nutrição pode ser considerada uma terapia complementar essencial.



Manutenção da Remissão

Considerações gerais

Se deixou de ter sintomas (isto é, entrou em remissão) com os corticosteróides sistémicos, deve considerar-se o tratamento com tiopurinas ou metotrexato. Alguns doentes podem manter-se em remissão sem qualquer tratamento.

Dado que alguns doentes podem manter-se em remissão sem qualquer tratamento, a ausência de terapia é uma opção para estes doentes.

Os **esteróides não devem ser usados para manter a doença em remissão**, pois mostraram que provocam numerosos efeitos secundários e não têm qualquer eficácia na manutenção da remissão com uma dose tolerável.

Existem provas muito limitadas de que a mesalazina é útil na manutenção da remissão induzida por medicamento. Há quem considere que a ausência de tratamento de manutenção é uma opção depois da primeira exacerbação. Considerando o elevado risco de recidiva e de dependência de esteróides, e a maior taxa de sucesso quando introduzida precocemente, a azatioprina é preferida se a remissão tiver sido alcançada com esteróides sistémicos. A mercaptopurina pode ser testada em doentes intolerantes à azatioprina, exceto se tiverem sofrido de pancreatite ou citopenia (isto é, uma diminuição do número de células presentes no sangue). O metotrexato também pode ser usado, particularmente em doentes intolerantes às tiopurinas.

Em caso de recidiva, deverá considerar-se um aumento do tratamento de manutenção para impedir o agravamento da doença. A cirurgia deve ser sempre ponderada nos doentes com doença localizada.

Em caso de recidiva, deve ponderar-se a administração de azatioprina. Os corticosteróides (incluindo a budesonida) não são eficazes ou adequados na manutenção da remissão e o uso prolongado de corticosteróides provoca muitas vezes efeitos secundários inaceitáveis, especialmente osteoporose (isto é, perda de massa óssea) e subsequentes fraturas, mas também cataratas e glaucoma.

Manutenção na doença extensa

Se tem a doença em estado avançado, recomenda-se as tiopurinas para impedir o agravamento da doença. Se a doença for agressiva ou grave, ou se é provável que o prognóstico seja mau, deverá considerar-se um tratamento com anti-TNF.

Considerando o elevado risco de recidiva e a maior taxa de sucesso quando introduzida precocemente, a azatioprina é recomendável nos doentes com Doença de Crohn extensa.

DC esteróide-dependente

Os doentes que ainda não tenham sido tratados com imunossuppressores e que necessitam de corticosteróides para se manterem sem sintomas (isto é, em remissão) devem ser tratados com uma tiopurina, metotrexato ou um agente anti-TNF. A cirurgia também deve ser ponderada.

Os imunossuppressores (azatioprina/mercaptopurina, metotrexato) são eficazes na DC esteróide-dependente. A ressecção ileal é uma alternativa para determinados doentes com doença localizada. Uma abordagem muito eficaz para evitar a necessidade de esteróides consiste na administração precoce de anti-TNF. Os doentes esteróide-dependentes também pode beneficiar grandemente de um início precoce da terapia com

ECCO EFCCA PATIENT GUIDELINES



anti-TNF. Estabeleceu-se que o tratamento combinado com infliximab e azatioprina é mais eficaz que o infliximab em monoterapia na manutenção da remissão sem esteróides em doentes com a doença em fase precoce. O vedolizumab também pode ser usado nestes doentes.

Terapia de manutenção inadequada com tiopurinas (DC refratária às tiopurinas)

Se estiver a ser tratado com tiopurinas e sofrer uma recidiva, o médico deve verificar se está a seguir o plano de tratamento acordado. Deve procurar também sinais de inflamação. A otimização da dose pode melhorar as taxas de resposta. Se apropriado, o tratamento deve ser alterado para metotrexato ou anti-TNF. A cirurgia deve ser sempre considerada como uma opção na doença localizada.

Nos doentes que recebem azatioprina ou mercaptopurina e recidivam durante a administração de doses de manutenção padrão, a dose pode ser aumentada até que as análises ao sangue mostrem uma diminuição dos leucócitos ou um aumento dos níveis de 6-TGN (um metabolito das tiopurinas que pode ser quantificado no sangue) até valores adequados. O metotrexato, a terapia com anti-TNF e o vedolizumab são também opções a considerar.

Continuação da terapia de manutenção

Se um doente que nunca foi submetido tratamento deixar de ter sintomas (isto é, estiver em remissão) com a combinação de anti-TNF e tiopurina, recomenda-se o mesmo plano terapêutico para o tratamento de manutenção. Para alguns doentes, as tiopurinas em monoterapia poderá ser uma opção. Se o doente entrar em remissão com anti-TNF em monoterapia, esta pode prosseguir como tratamento de manutenção. Se o doente entrar em remissão com vedolizumab, a administração deste pode prosseguir como tratamento de manutenção.

Duração do tratamento de manutenção

Para os doentes que se encontram em remissão de longo prazo e que seguem um tratamento de manutenção com tiopurinas, poderá considerar-se terminar o tratamento se não se registarem sinais de inflamação. Não é possível apresentar qualquer recomendação sobre a duração do tratamento com metotrexato. O uso prolongado do tratamento com anti-TNF pode ser considerado, se necessário.

A DC costuma ser uma doença crónica com episódios de remissão e vários graus de atividade. A terapia visa alcançar e manter uma remissão prolongada. Não existe consenso quanto ao significado de remissão prolongada e, de um modo geral, os dados são limitados para se emitirem recomendações sobre quando parar ou alterar um tratamento, pois a maioria dos estudos clínicos controlados não seguem os doentes durante mais de 1-3 anos.

Segundo um estudo, descontinuar azatioprina depois de ter sido administrada durante mais de três anos e meio aumenta a hipótese de recidiva aos 18 meses quando comparado com os doentes que continuaram a tomar o fármaco (21% de recidiva versus 8%, respetivamente). O mesmo estudo acompanhou os doentes durante um longo período e registou, entre os que descontinuaram a azatioprina, 53% de recidiva aos 3 anos e 63% de recidiva decorridos 5 anos. Felizmente, dos 23 que retomaram a administração de azatioprina, todos menos um voltaram a entrar em remissão (isto é: 95,7% voltaram a entrar em remissão com a azatioprina).



Perda da resposta à terapia com anti-TNF

Se o doente já não responde ao tratamento com anti-TNF, o seu médico deve começar por tentar otimizar a dose. O aumento da dose ou diminuição do intervalo de tratamento são estratégias igualmente boas. Se a otimização da dose não ajudar, recomenda-se mudar para outro anti-TNF. A medição dos níveis de anti-TNF no sangue antes da dose seguinte e dos anticorpos anti-fármaco, se possível, pode ajudar a decidir como otimizar o tratamento.

Risco de neoplasia e terapia imunossupressora

Os doentes tratados com tiopurinas podem apresentar maior risco de linfoma, cancro cutâneo e displasia do colo do útero. Os doentes tratados com anti-TNF têm maior probabilidade de desenvolver cancro cutâneo. De momento, desconhece-se se os doentes tratados com anti-TNF em monoterapia têm maior probabilidade de desenvolver perturbações linfoproliferativas ou tumores sólidos, mas a combinação de anti-TNF e tiopurinas aumenta o risco de perturbações linfoproliferativas. Mesmo com o risco elevado de cancro, as taxas de desenvolvimento da doença continuam muito baixas. Neste sentido, os riscos devem ser sempre ponderados face aos benefícios do tratamento e deve conversar com o seu médico sobre este assunto.

Embora a azatioprina tenha mostrado repetidamente ser um tratamento eficaz, está associada a um risco ligeiramente superior de linfoma não-Hodgkin, que é um tipo grave de cancro do sistema imunitário. Neste sentido, há que ponderar os benefícios e riscos da sua utilização. Contudo, um estudo efetuado para analisar os riscos (incluindo cancro) e benefícios (incluindo redução de sintomas) da azatioprina permitiu concluir que os benefícios suplantam, em muito, os riscos, mesmo quando o risco de desenvolver linfoma não-Hodgkin é sobrestimado de forma conservadora; esta situação aplica-se particularmente aos jovens com uma taxa reduzida de linfoma. Observaram-se igualmente outras lesões cancerígenas como um maior risco de cancro cutâneo e displasia do colo do útero nas mulheres e também em doentes tratados com agentes anti-TNF. Assim, é imperativo uma vigilância rigorosa de todos os doentes submetidos a tais terapias.

Cirurgia na DC

DC Ileocecal Obstrutiva

A cirurgia é a opção de eleição se a sua DC estiver localizada no segmento terminal do intestino delgado e início do cólon e se apresentar sintomas obstrutivos, mas sem evidência significativa de inflamação ativa.

Se um doente (a) tiver a DC confinada ao segmento terminal do intestino delgado e início do cólon, (b) não responder a esteróides e (c) tiver sintomas obstrutivos persistentes, então deverá submeter-se a cirurgia. Do mesmo modo, os doentes que apresentem obstruções sem inflamação (isto é, níveis de PCR normais) também podem ser tratados através de cirurgia. Contudo, se o doente tiver sido previamente submetido a ressecção ileocecal e tiver ocorrido uma estenose da anastomose (isto é, estreitamento da zona de ressecção), poder-se-á tentar proceder a uma dilatação endoscópica (isto é, distensão para abertura da estenose) antes de passar para uma ressecção intestinal.



Abcesso Abdominal

A DC ativa do intestino delgado pode ser acompanhada por um abcesso abdominal. Deve ser primeiro tratado com antibióticos, drenado cirurgicamente ou através de punção por agulha. Se necessário, este pode ser seguido de ressecção após a cura do abcesso.

As opiniões variam quanto ao facto de a drenagem do abcesso ser sempre seguida de ressecção.

Fatores preditivos de um risco acrescido de primeira cirurgia ou cirurgia subsequente na DC

Determinados fatores aumentam o risco de cirurgia na DC. Estes incluem:

- hábitos tabágicos atuais
- comportamento fistulizante e estenótico da doença
- utilização precoce de esteróides (necessidade médica de esteróides para tratamento da primeira exacerbação)
- doença no segmento terminal do intestino delgado (isto é, no íleo)
- doença no segmento intermédio do intestino delgado (isto é, no jejuno) e
- idade jovem no momento do diagnóstico.

Diversos estudos procuraram potenciais fatores de risco de recorrência após cirurgia por DC. Na maioria dos estudos, o tabagismo, uma cirurgia intestinal prévia (incluindo apendicectomia), o comportamento penetrante da doença, a localização perianal e a ressecção extensa do intestino delgado permitiram antecipar uma recorrência pós-operatória precoce. A terapia médica de manutenção mostrou ser eficaz em múltiplos estudos. Desconhece-se se a idade aquando do início da doença, o sexo, a duração da doença, as margens de ressecção ou o tipo de cirurgia influenciam o risco de recorrência. Até à data, não se desenvolveu qualquer sistema de categorização das pessoas em risco baixo-médio-elevado, embora este pudesse ser bastante útil.

Diminuição do risco de cirurgia através do tratamento médico

Os doentes que são tratados precocemente com tiopurinas podem ter menor probabilidade de necessitar de cirurgia. O tratamento com anti-TNF reduz o risco de cirurgia.

Seguimento após tratamento cirúrgico

A ileocolonosopia é o melhor método para diagnosticar a recorrência da doença após cirurgia. Ajuda a definir se a doença recorreu, qual o nível de gravidade e a prever o seu curso clínico. Deve ser efetuada no primeiro ano pós cirurgia e o seu resultado pode determinar a decisão terapêutica.

A ileocolonosopia é recomendável no primeiro ano pós cirurgia pois o resultado pode determinar a atitude terapêutica. Tal deve-se ao facto de diversos estudos terem demonstrado que a colonoscopia é a ferramenta mais sensível para documentar a recorrência da doença. A recidiva pode ser detetada através de colonoscopia e biopsia algumas semanas ou meses após a cirurgia e deve ser efetuada no primeiro ano pós cirurgia. A recidiva costuma manifestar-se na colonoscopia antes de o doente apresentar sintomas. Se os achados da colonoscopia forem graves, o tratamento deve ser intensificado para evitar o desenvolvimento de complicações precoces, como abscessos ou obstruções.



Existem métodos de diagnóstico novos, menos invasivos, que ajudam a identificar a recorrência da doença depois da cirurgia. Estes métodos incluem a calprotectina fecal, ecografia abdominal, enterografia por RM com meio de contraste e a cápsula endoscópica (CE).

A radiologia e a imagiologia (ecografia, RM, e TC) estão a ser avaliadas como métodos de diagnóstico independentes da recorrência pós-operatória. A endoscopia por cápsula efetuada 6 ou 12 meses depois da cirurgia parece ser tão precisa quanto a ileocolonosopia no diagnóstico da recorrência pós-operatória. Contudo, não se estudou ainda a capacidade que exames como a RM, enterografia por TC ou a cápsula endoscópica têm de diagnosticar a recidiva no íleo ou jejuno.

Prevenção de cirurgia subsequente após ressecção ileocólica

Nos doentes que têm pelo menos um fator de risco de recorrência da doença, recomenda-se o tratamento preventivo após ressecção ileocólica (isto é, remoção do segmento terminal do intestino delgado e da primeira parte do cólon). O melhor tratamento preventivo é a administração de tiopurinas ou anti-TNF. A mesalazina em doses elevadas é uma opção para doentes a quem foi removido apenas o segmento terminal do intestino delgado. Os antibióticos são eficazes após a ressecção ileocólica, mas não são tão bem tolerados.

Todos os doentes com DC devem ser informados acerca do risco associado com o tabaco. A cessação de fumar deve ser encorajada e apoiada.

O tabagismo é um dos maiores fatores de risco de recidiva e da necessidade aumentada de ressecção cirúrgica na Doença de Crohn. Neste sentido, todos os doentes com Doença de Crohn devem esforçar-se o mais possível por deixar de fumar.

Tratamento da DC Fistulizante

Estratégias de Diagnóstico

A RM pélvica é o primeiro método para avaliação de fístulas perianais na DC. Se for excluída uma constrição retal, a ecografia endoscópica do reto é uma boa opção. Os dois métodos são mais precisos quando combinados com o exame sob anestesia. Não se recomenda a fistulografia. Se for descoberta uma fístula na região anal, o exame sob anestesia efetuado por um cirurgião experiente é o melhor método.

Se possível, deve recorrer-se inicialmente à RM porque possui uma precisão de 76-100%. Contudo, se a RM não estiver imediatamente disponível, deve realizar-se, assim que possível, um exame sob anestesia com drenagem do abscesso ou fístula para evitar os perigos de uma infeção não drenada; o exame sob anestesia é 90% preciso e permite que o cirurgião drene o abscesso no momento do exame.

Tratamento cirúrgico de fístula não complicada

Em caso de fístula anal baixa, não complicada, poderá ponderar-se uma simples fistulotomia. A presença de um abscesso na zona anal deve ser excluída e, se presente, deve ser drenado.

Se o doente apresentar uma fístula anal baixa, não complicada, pode ponderar-se uma



fistulotomia (isto é, a abertura cirúrgica do canal da fístula). Contudo, a fistulotomia deve ser efetuada muito seletivamente por causa da complicação potencial de incontinência que provoca. Face a um abcesso (isto é, acumulação de pus) na região anal, é importante drenar e tratar devidamente, pois os abscessos mal tratados podem ser prejudiciais para o tecido que circunda as constrições perianais, incluindo os músculos que controlam os movimentos peristálticos.

Tratamento médico de fístula simples

As fístulas simples (isto é, de um só canal) na região anal que causam sintomas requerem tratamento. A colocação de um seton (isto é, fio de seda ou látex) combinado com a administração de antibióticos (metronidazol e/ou ciprofloxacina) é o tratamento de eleição. Se uma doença fistulizante que provoca fístulas simples recorre e não responde a antibióticos, podem usar-se tiopurinas ou medicação anti-TNF como tratamento de segunda linha.

Se uma fístula anal simples (isto é, uma fístula com um só canal) não provoca sintomas, não existe necessidade de intervir. Contudo, se provoca sintomas, deve recorrer-se a uma combinação de intervenção médica e cirúrgica; o plano terapêutico de eleição são os antibióticos, drenagem do abcesso e a inserção de um fio de seton.

Se a fístula recorre e não responde a antibióticos, podem usar-se tiopurinas ou medicação anti-TNF como tratamento de segunda linha. Os resultados obtidos em cinco estudos demonstraram que as tiopurinas são eficazes na oclusão de fístulas e na manutenção desta oclusão. Entretanto, estudos demonstraram que o infliximab é eficaz na oclusão de fístulas, na manutenção da oclusão e na subsequente diminuição da necessidade de hospitalização e cirurgia.

Tratamento de fístula perianal complexa

Se a DC fistulizante na região anal estiver a provocar fístulas complexas (isto é, com múltiplos trajetos), pode usar-se infliximab ou adalimumab como tratamento de primeira linha depois da drenagem cirúrgica das fístulas, se indicada. O tratamento com ciprofloxacina e medicação anti-TNF em combinação melhoram o resultado de curto prazo.

Para melhorar o efeito do tratamento com anti-TNF na DC fistulizante com fístulas complexas (isto é, com múltiplos canais), poderá considerar-se uma combinação de tratamento com anti-TNF e tiopurinas.

Tratamento de manutenção na DC fistulizante

As tiopurinas, o infliximab ou o adalimumab, a drenagem com seton (isto é, com um fio de seda ou látex) ou uma combinação de todas deve ser usado como tratamento de manutenção.

Não existem dados sobre o efeito das tiopurinas como terapia de manutenção para as fístulas depois da indução com infliximab ou durante a terapia de manutenção com infliximab. A terapia de manutenção com infliximab foi a única que mostrou diminuir a taxa de hospitalização e cirurgia. O adalimumab parece manter as fístulas fechadas, mas não se sabe se diminui a taxa de hospitalização e cirurgia.

De um modo geral, mais de 90% dos gastroenterologistas concorda que é imperativo



proceder a uma terapia de manutenção depois da cessação bem-sucedida da drenagem das fístulas. Os fármacos de eleição são as tiopurinas ou os anti-TNF e devem ser usados durante pelo menos um ano.

Manifestações extraintestinais (MEI, Sintomas Relacionados com a DC Fora do Intestino)

Problemas nas articulações

Os diagnósticos de doenças articulares que estão associadas a DII são feitos por motivos clínicos com base em sintomas típicos e excluindo outras formas específicas de artrite.

Existem dois tipos gerais de doença articular associada a DII, nomeadamente artropatia periférica e axial. A artrite periférica subdivide-se em dois tipos: tipo 1 e tipo 2. O tipo 1 afeta as grandes articulações (ex: joelhos, cotovelos e ombros), coincide com a inflamação intestinal e ocorre em 4-17% dos doentes com DC. Por outro lado, o tipo 2 afeta as pequenas articulações (ex: da mão) e ocorre apenas em 2,5% dos doentes com DC.

O diagnóstico da artrite é feito com base na observação de articulações inchadas dolorosas e as outras doenças que precisam de ser excluídas são a osteoartrite, a artrite reumatóide e a artrite associada a doenças do tecido conjuntivo (ex: lúpus). Além disso, as causas a excluir relacionadas com a medicação são a artralgia (isto é, dor nas articulações) provocada pela suspensão dos esteróides, osteonecrose (isto é, diminuição do fluxo sanguíneo às articulações) provocada por esteróides e lúpus induzido pelo infliximab.

Entretanto, a artropatia axial inclui sacroileíte (que ocorre em 25-50% dos doentes com DC) e a espondilite (que ocorre em 4-10%). A espondilite anquilosante é caracterizada por uma dor crónica nas costas, rigidez matinal, capacidade limitada para dobrar a coluna e, em fases avançadas, diminuição da expansão do tórax. O método de eleição para diagnóstico da espondilite anquilosante é a RM porque permite detetar a inflamação antes da ocorrência de lesões ósseas.

A artrite periférica afeta geralmente as grandes articulações dos membros. Pode ser tratada com fisioterapia, AINE durante um curto período e injeções tópicas de esteróides. Deve dar-se a ênfase ao tratamento da DC subjacente. A sulfassalazina pode ajudar a tratar a artrite periférica persistente.

As recomendações para o tratamento da artropatia (isto é, doença das articulações) relacionada com a DC 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 DC subjacente com corticosteróides, imunomoduladores e anti-TNF também deve proporcionar um alívio dos sintomas. Se tratar da DC subjacente não aliviar a dor articular, então o doente deve ponderar tomar AINE durante um curto período; embora os AINE possam agravar a DC subjacente, este parece ser um risco reduzido. A fisioterapia e o repouso podem 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. Por fim, o infliximab pode ter um efeito muito benéfico sobre a artrite periférica.



A artrite axial provoca dor e rigidez nas articulações da região lombar. A fisioterapia intensiva e os AINE são recomendados, mas o tratamento de longo prazo com AINE deve ser evitado por questões de segurança. É preferível administrar anti-TNF para tratar a espondilite anquilosante se o doente não tolerar AINE ou se não apresentar qualquer resposta. A sulfassalazina, o metotrexato e as tiopurinas são ineficazes.

As recomendações para o tratamento da artrite axial relacionada com a DC baseiam-se em estudos sobre a espondilite anquilosante (isto é, artrite na coluna). 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.

Perturbações ósseas

Os doentes que tomam corticosteróides ou os doentes com densidade óssea reduzida devem tomar suplementos de cálcio e vitamina D. É igualmente importante o treino de resistência muscular e o abandono do tabaco. Os doentes com fraturas devem ser tratados com bifosfonatos, mas a sua capacidade de evitar fraturas continua por provar. A terapia hormonal de substituição nas mulheres pós-menopáusicas não é recomendada devido ao risco de efeitos secundários. Os homens com baixos níveis de testosterona podem beneficiar da respetiva toma artificial.

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 pós-menopáusicas ou mulheres com osteoporose induzida por esteróides. De um modo geral, o tratamento deve ser ponderado em doentes individuais com baixa densidade óssea e fatores de risco adicionais.

Os doentes com doença ativa crónica devem ser tratados com imunossuppressores, como a azatioprina e anti-TNF, para que possam evitar os esteróides e reduzir os efeitos negativos da sua inflamação na densidade óssea; demonstrou-se que muitos doentes com DC conseguem recuperar a densidade óssea normal depois de três anos de remissão estável.

Manifestações cutâneas

O tratamento do eritema nodoso baseia-se geralmente no da DC subjacente. Geralmente, são necessários esteróides sistémicos. O pododerma gangrenoso começa por ser tratado com esteróides sistémicos, anti-TNF ou inibidores da calcineurina.

O eritema nodoso (isto é, nódulos vermelhos sob a pele das face anterior da perna, ancas e antebraços) costuma ser facilmente perceptível e ocorre em cerca de 5-10% dos doentes com DC. Costuma ocorrer quando a DC está ativa. Geralmente, o diagnóstico pode ser confirmado sem recorrer a biópsia. Costuma ser necessário tratar a doença subjacente com esteróides orais e, se estes não produzirem resultados ou se o doente recidivar regularmente, poderá acrescentar-se a azatioprina e/ou o infliximab; contudo, a necessidade de azatioprina ou infliximab é muito rara.

ECCO EFCCA PATIENT GUIDELINES



O pioderma gangrenoso (isto é, grandes úlceras dolorosas na pele) pode ocorrer em qualquer parte do corpo, incluindo nos órgãos genitais, mas as regiões mais comuns são face anterior da perna e próximo de estomas. Geralmente começam por ser superficiais, mas tornam-se mais profundas ao longo do tempo. Entre 0,6% e 2,1% dos doentes com DC acaba por exibir tais úlceras e estas podem coincidir, ou não, com a atividade da DC. O pioderma gangrenoso é um diagnóstico de exclusão, o que significa que é diagnosticado quando não se descobrem outras causas para as úlceras; uma biópsia pode ajudar a excluir outras perturbações cutâneas. A cura rápida deve ser o objetivo do tratamento porque esta doença pode ser debilitante. Deve usar-se corticosteróides antes de tentar a administração de inibidores da calcineurina. O infliximab começa a ser usado com maior frequência e demonstrou ser eficaz num amplo estudo e dois estudos de pequenas dimensões. Ainda não existem estudos que comparem, entre si, os esteróides sistémicos, o tratamento com anti-TNF ou os inibidores da calcineurina. Há que evitar intervenções cirúrgicas como as que são efetuadas noutras ulcerações cutâneas.

Complicações tromboembólicas

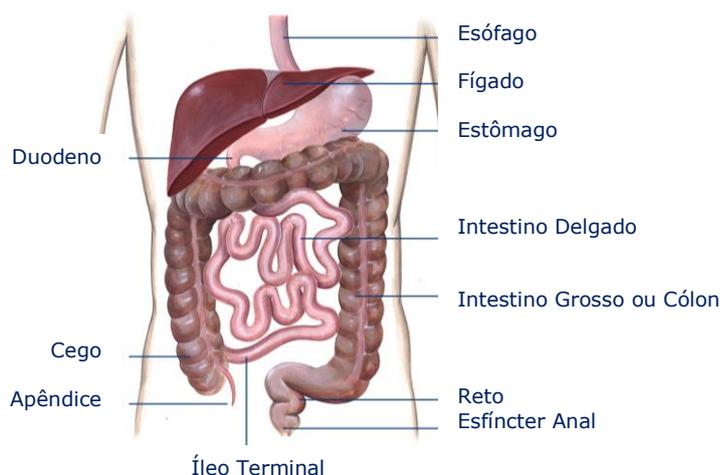
A prevenção da trombose (isto é, formação de coágulos sanguíneos) deve ser ponderada em todos os doentes com doença grave hospitalizados ou tratados em regime ambulatorio. O tratamento de doentes com DII e tromboembolismo venoso (isto é, coágulo sanguíneo que bloqueia uma veia) deve seguir as opções terapêuticas consagradas contra a trombose.

Por razões totalmente desconhecidas, os doentes com DC encontram-se sob grande risco de formarem coágulos sanguíneos, o chamado tromboembolismo venoso. É importante evitá-los e 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 evitar e também tratar coágulos sanguíneos. Se o doente tiver um segundo episódio de coágulos sanguíneos, deve ponderar submeter-se a um tratamento de longo prazo. Os doentes com DII não parecem ter mais complicações hemorrágicas provocadas pelos anticoagulantes do que as pessoas sem DII. Por último, os doentes com CD devem ter cuidado com as viagens longas e os contraceptivos orais, uma vez que estes aumentam o risco de coágulos sanguíneos e devem, em determinadas circunstâncias, ponderar uma terapêutica anticoagulação preventiva.

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.
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.
Adalimumab	Medicamento	Medicamentos anti-TNF geralmente usados para tratar a DII, pertencentes ao grupo dos fármacos biológicos (produzidos biotecnologicamente). Injetado sob a pele (subcutâneo) pelo doente ou

ECCO EFCCA PATIENT GUIDELINES



		por um /a enfermeiro/a.
Aderências	Complicação da cirurgia	Partes do intestino coladas entre si por reações inflamatórias. Pode provocar obstrução e dor.
Agente eritropoiético	Medicamento	Fármaco que estimula a produção de glóbulos vermelhos.
Agente queratolítico	Medicamento	Medicamento usado para remover verrugas e outras lesões.
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.
Aminossalicilato	Medicamento	Trata-se de um medicamento usado para tratar a DII, também chamado 5-ASA.
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.
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.
Anemia por deficiência de ferro	Doença	Condição em que o sangue tem falta de glóbulos vermelhos devido à deficiência de ferro.
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 DII	Inflamação das articulações que provoca dor articular e inchaço.
Artrite axial	Doença relacionada com a DII	Doença das articulações, pode afetar a coluna e ancas.

ECCO EFCCA PATIENT GUIDELINES



Artrite periférica	Doença	Inflamação articular que afeta geralmente as grandes articulações dos membros.
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.
Azatioprina	Medicamento	Ver Tiopurinas
Bário (contraste)	Teste de diagnóstico	Substância usada em determinados estudos radiológicos para potenciar a visualização de estruturas anatómicas.
Bifosfonatos	Medicamento	Compostos que retardam a perda de osso e aumentam a densidade óssea.
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 intestinal.
Budesonida	Medicamento	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 na CU com envolvimento do segmento terminal do cólon e reto, sob a forma de clister. Os corticosteróides são também a denominação dada a hormonas produzidas naturalmente pelas glândulas suprarrenais do nosso corpo.
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 específica da DII. O doente tem de fornecer uma amostra de fezes para a respetiva análise.
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.
Cápsula endoscópica (CE)	Exame	Exame em que o doente engole uma cápsula que contém uma câmara minúscula. A câmara regista imagens do trato gastrointestinal.
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.
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

ECCO EFCCA PATIENT GUIDELINES



		amostras de ressecção.
Ciclosporina	Medicamento 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	Medicamento	Antibiótico também usado para tratar a DII e a pouchitis.
Cirurgião colorretal	Outros	Cirurgião especializado em cirurgia do reto, ânus e cólon.
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.
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 realça o cólon e o reto num raio-X, ajudando a revelar eventuais anomalias.
Clostridium difficile	Doença	Uma bactéria que pode provocar sintomas DII-like.
Colectomia	Cirurgia	Remoção do cólon por um cirurgião. Precede a anastomose ileo-anal com bolsa ileal (IPAA) nos doentes com CU.
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.
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.
Colite extensa	Descritor da doença	É a CU que afeta todo o cólon.
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).
Constricção	Complicação da DC	Estreitamento suficientemente significativo para provocar desconforto no doente.
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.
Creatinina	Exame	Um exame da creatinina permite apurar o estado de saúde dos rins.
CRM ou	Exame	Exame especial em que se utiliza um aparelho de

ECCO EFCCA PATIENT GUIDELINES



Colangiografia por Ressonância Magnética		RM para detetar perturbações do sistema hepatobiliar.
CU ou Colite Ulcerosa	Descritor da doença	A CU é uma das Doenças Inflamatórias Intestinais.
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.
Deficiência de ferro	Doença	Quando a quantidade de ferro no sangue não é suficiente.
Deficiência de ferro sem anemia	Doença	Condição em que a quantidade de ferro é reduzida, mas não ao ponto de ocorrer anemia.
Desmame	Medicamento	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.
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.
Displasia do colo do útero	Doença	Desenvolvimento anormal do tecido do colo do útero.
Doença localizada	Descritor da doença	Doença confinada a um sistema orgânico ou a uma região específica do intestino.
Doenças crónicas	Descritor da doença	São doenças que a pessoa tem durante um longo período (geralmente para a vida). As DII são doenças crónicas.
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.
Ecografia	Exame	Método imagiológico que usa ondas sonoras para avaliar os órgãos do corpo.
Efeitos secundários	Medicamento	Efeitos (prejudiciais) indesejáveis de um medicamento ou intervenção.
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.
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.
Endoscópico	Exame	Adjetivo, relativo à endoscopia.
Enterografia por	Exame	Exame em que se utilizam ondas magnéticas para

ECCO EFCCA PATIENT GUIDELINES



RM (Ressonância Magnética)		captar imagens de diagnóstico do intestino delgado com a ajuda de um agente de contraste oral. Não é utilizada radiação.
Enteroscopia assistida por dispositivo	Exame	Exame ao intestino delgado com um endoscópio especial.
Eritema nodoso	Doença relacionada com a DII	Condição inflamatória da pele.
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.
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.
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 uma inflamação.
Extensão (da doença)	Descritor da doença	A extensão da doença diz respeito à área do intestino que é afetada pela DII.
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.
Fármacos biológicos	Medicamento	Geralmente, proteínas IG (imunoglobulina) que são produzidas por células geneticamente modificadas, ex: agentes anti-TNF ou vedolizumab.
Fértil	Outros	Uma pessoa fértil é alguém fisicamente capaz de gerar vida.
Fezes	Outros	As fezes são o material restante da digestão expelido pelo intestino.
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.

ECCO EFCCA PATIENT GUIDELINES



Fratura	Outros	Quando o osso se parte; pode ser provocada por um único incidente ou por tensão no osso.
Gastroenterologista	Outros	Médico especializado em tratar doenças gastrintestinais como a DII.
Heparina com baixo peso molecular.	Medicamento	É um medicamento usado geralmente para evitar coágulos sanguíneos.
Histológico	Exame	O exame histológico ocorre quando o tecido celular da biópsia é examinado ao microscópio.
Ileocolonosopia	Exame	Endoscopia para observar o cólon e o íleo.
Ileosopia	Exame	Neste exame utiliza-se um endoscópio para observar o íleo, o segmento mais distal do intestino delgado.
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 pessoa com ileostomia terminal usa um saco no abdómen para recolha das fezes.
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.
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 (CAAI).
Índice T	Exame	O índice T é uma medida da densidade óssea.
Infliximab	Medicamento	Medicamento biológico anti-TNF geralmente usado no tratamento da DII. É administrado diretamente

ECCO EFCCA PATIENT GUIDELINES



		no sistema circulatório do doente por via intravenosa.
Inibidores da calcineurina	Medicamento	Agentes imunossupressores que são usados para tratar a DII e impedir a rejeição de órgãos nos doentes transplantados.
Inibidores da COX-2	Medicamento	Trata-se de um AINE mais específico, com menos efeitos secundários e melhor tolerância na DII.
Intubação endoscópica	Exame	É a inserção de um tubo no corpo com um endoscópio.
IPAA ou anastomose ileo-anal com bolsa ileal	Cirurgia	Cirurgia realizada frequentemente nos doentes com CU em que o segmento terminal do intestino delgado é reestruturado formando uma bolsa e assume as funções que o intestino grosso assumia antes de ser removido.
IV ou Intravenoso	Medicamento	Administração de um medicamento através das veias.
Lactoferrina	Exame	Proteína que é libertada no intestino quando está inflamado. O doente tem de fornecer uma amostra de fezes para a respetiva análise.
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.
Loperamida	Medicamento	Fármaco antidiarreico típico, ver Antidiarreico.
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).
Medicamento anti-TNF	Medicamento	Fármacos biológicos (produzidos biotecnologicamente) geralmente usados para tratar a Doença Inflamatória Intestinal. Os mais vulgares são infliximab, adalimumab, certolizumab e golimumab.
Mesalazina	Medicamento	Fármaco usado para tratar a DII. Pode ser administrado por via oral ou retal.
Metotrexato	Medicamento	Fármaco, pertencente ao grupo dos imunossupressores, normalmente usado no tratamento da DC. Não é tão eficaz na Colite Ulcerosa.
Metronidazol	Medicamento	Antibiótico normalmente usado para tratar a pouchitis e a DC fistulizante.
Níveis de hemoglobina	Exame	Os níveis de hemoglobina determinam a quantidade de hemoglobina no sangue. A hemoglobina transporta o oxigénio no sangue.

ECCO EFCCA PATIENT GUIDELINES



		Níveis baixos caracterizam a anemia.
Nível de ferritina no sangue	Exame	Análise que determina a quantidade de reservas de ferro no sangue.
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.
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.
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.
Pouchitis	Complicação	Inflamação da bolsa ileal (ver IPAA).
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.
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 através do ânus é um medicamento retal.
Reto	Parte do corpo	É a secção final do intestino grosso. Termina no ânus.
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.
Sacroileíte	Doença	Inflamação da articulação entre o osso sacro e o osso ílaco da pélvis.

ECCO EFCCA PATIENT GUIDELINES



Saturação da transferrina	Exame	É uma medida da capacidade de ligação do ferro; os níveis inferiores a 16% indicam uma deficiência de ferro.
Serologia	Exame	Exame que estuda amostras de sangue ou outros fluídos corporais.
Serológico	Exame	Relativo à serologia. A serologia costuma ser usada para diagnóstico de anticorpos no sangue.
Seton	Cirurgia	Fio usado para manter o canal de uma fístula aberto e para evitar a acumulação de pus num abscesso.
Sigmoidoscopia	Exame	Semelhante à colonoscopia, mas só observa a última parte do cólon e o reto, em vez de todo o cólon.
Síndrome de Cólon Irritável (SCI)	Doença	Condição vulgar com sintomas DII-like, mas sem inflamação.
Sistémico	Medicamento	Diz-se do medicamento que se distribui e tem ação em todo o corpo. Contrasta com o fármaco tópico, tem uma ação local .
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.
Tacrolimus	Medicamento	Imunossupressor semelhante à ciclosporina que pode ser usado oralmente para tratar a CU.
TC (tomografia computadorizada)	Exame	Um tipo de raio X efetuado numa máquina que capta imagens axiais do corpo.
Tenesmo	Descritor da doença	Sensação de peso no reto ou ânus, geralmente acompanhado de um esforço involuntário e desejo urgente de evacuar embora os intestinos estejam vazios.
Terapia de resgate	Tratamento	Tratamento que é usado como último recurso para controlar a doença quando todos os tratamentos convencionais falharam.
Tiopurinas	Medicamento	Fármacos imunossupressores. A azatioprina e a mercaptopurina são as mais usadas para tratar a DII.
Tópico	Medicamento	Diz-se do fármaco que trata a inflamação diretamente, sem ser absorvido pelo corpo.
Tratamento de manutenção	Medicamento	Tratamento usado para manter o doente em remissão.
Trombocitose	Exame	Aumento do número de plaquetas (trombócitos).
Tuberculose	Doença	Doença infecciosa que afeta os pulmões e outras partes do corpo provocada pela Mycobacterium Tuberculosis.
Ureia sérica	Exame	A ureia é uma substância normalmente filtrada

ECCO EFCCA PATIENT GUIDELINES



		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.
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 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.
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.
VS ou velocidade de sedimentação eritrocitária	Exame	Análise ao sangue que mede o grau de inflamação, semelhante à PCR.
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.