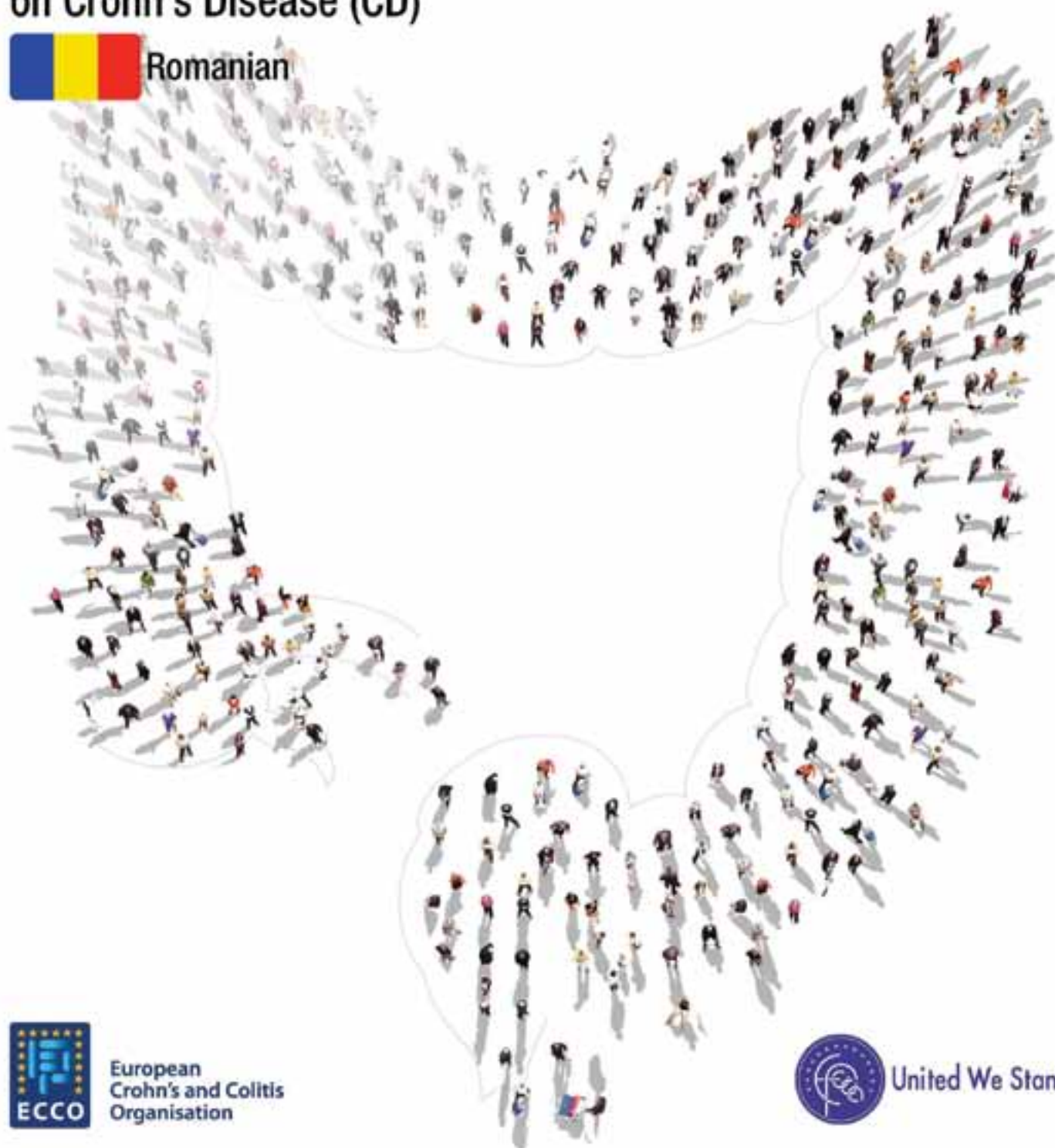


ECCO EFCCA PATIENT GUIDELINES

on Crohn's Disease (CD)



European
Crohn's and Colitis
Organisation



United We Stand



Recomandările ECCO-EFCCA pentru pacienți privind Boala Crohn (BC)

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

* Acești autori au contribuit în mod egal ca primi autori

** Acești autori au contribuit în mod egal ca ultimi autori

¹LMF - Landsforeningen mot fordøyelsessykdommer, Postboks 808 Sentrum, 0104 Oslo, Norvegia; ²Bulgarian Crohn's and Ulcerative Colitis Association, Druzba 2, bl. 212, entr. V, apt. 66 Sofia, 1582 Bulgaria; ³KVCB - Društvo za kronično vnetno črevesno bolezen, Ljubljanska ulica 5, p.p. 640, 2000 Maribor, Slovenia; ⁴A.S.B.L Association Crohn-RCUH, Rue de la Forêt de Soignes 17, 1410 Waterloo, Belgia; ⁵ÖMCCV – Österreichische Morbus Crohn - Colitis ulcerosa Vereinigung, Obere Augartenstraße 26-28, 1020 Viena, Austria; ⁶HELLESCC - Hellenic Society of Crohn's Disease's and Ulcerative Colitis' Patients, Filis 232, Atena, Grecia; ⁷CCUVN - Crohn en Colitis Ulcerosa Vereniging Nederland, Houttuinlaan 4b, 3447 GM Woerden, Țările de Jos; 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 Varșovia, Polonia; ¹⁰UKUKS - Udruzenje obolelih od Kronove bolesti i ulceroznog kolitisa Srbije, Pere Cetkovicca 23, 11060 Belgrad, Serbia; ¹¹DCCV e.V. - Deutsche Morbus Crohn/Colitis Ulcerosa Vereinigung, Inselstraße 1, 10179 Berlin, Germania; ¹²University Hospital Llandough, Penlan Road, Llandough, South Wales, CF64 2XX, Țara Galilor; ¹³Evangelismos Hospital, Department of Gastroenterology, 45-47 Ypsilandou Street, 10676 Atena, Grecia; ¹⁴Department of Medicine I Gastroenterology, Hepatology, Oncology and Nutrition, Agaplesion Markus Hospital, Goethe University, DE 60431 Frankfurt, Germania; ¹⁵Hospital del Mar, Department of Gastroenterology, Passeig Maritim 25-29, 08003 Barcelona, Spania

Societăți organizatoare și corespondente: European Crohn's and Colitis Organisation (Organizația Europeană pentru Boala Crohn și Colita Ulcerativă), Ungargasse 6/13, 1030 Viena, Austria; European Federation of Crohn's and Ulcerative Colitis Associations (Federația Europeană a Asociațiilor pentru Boala Crohn și Colita Ulcerativă), Rue Des Chartreux, 33-35 Bruxelles B 1000 Belgia

Recunoaștere

ECCO și EFCCA ar dori să mulțumească tuturor celor care au contribuit la Recomandările ECCO-EFCCA pentru pacienți. ECCO și EFCCA ar dori să recunoască munca scriitorilor medicali, Sanna Lonnfors și Andrew McCombie, care au contribuit în mod semnificativ la Recomandările ECCO-EFCCA pentru pacienți.



Politica de difuzare

Recomandările ECCO-EFCCA pentru pacienți se bazează pe Recomandările clinice ECCO pentru boala Crohn și colita ulcerativă. Pentru a consulta Recomandările clinice ECCO, vă rugăm să accesați acest link: <https://www.ecco-ibd.eu/index.php/publications/ecco-guidelines-science.html>

Vă rugăm să nu ezitați să difuzați Recomandările ECCO-EFCCA pentru pacienți. Vă rugăm să rețineți că orice traducere a Recomandărilor ECCO-EFCCA pentru pacienți este supusă aprobării ECCO și EFCCA.

Declarație

Recomandările ECCO-EFCCA pentru pacienți au rolul de a facilita educația și capacitarea pacienților, vizând îndrumarea în privința celor mai bune practici la nivel european. Prin urmare, este posibil ca unele recomandări să difere la nivel național, din moment ce tratamentul furnizat variază în funcție de țară. Orice decizii de tratament vizează clinicianul individual și nu trebuie să se bazeze exclusiv pe conținutul Recomandărilor ECCO-EFCCA pentru pacienți. European Crohn's and Colitis Organisation, European Federation of Crohn's and Colitis și/sau oricare din membrii personalului lor și/sau oricare dintre colaboratorii la recomandări nu pot să fie trași la răspundere pentru nicio informație publicată de bună credință în Recomandările ECCO-EFCCA pentru pacienți.

Politica ECCO privind conflictul de interes

ECCO a menținut cu sârguință o politică de divulgare a potențialelor conflicte de interes. Declarația de conflict de interes se bazează pe un formular utilizat de Comitetul internațional al editorilor de jurnale medicale (ICMJE). Declarația de conflict de interes nu este păstrată doar la Biroul ECCO și la biroul editorial al JCC, ci este de asemenea disponibilă în vederea cercetării amănunțite a publicului pe site-ul web ECCO (<https://www.ecco-ibd.eu/about-ecco/ecco-disclosures.html>), oferind o privire de ansamblu cuprinzătoare asupra potențialelor conflicte de interes ale autorilor.

Introducere

Boala Crohn și colita ulcerativă, pe scurt BC și respectiv CU, aparțin unui grup de boli inflamatorii cronice ale intestinului, numite boli inflamatorii intestinale (BII). BII sunt boli mediate imunologic și se dezvoltă la pacienții care au o predispoziție genetică, atunci când sunt expuși la influența factorilor de mediu specifici, dar deocamdată neidentificați.

Aceste recomandări vizează diagnosticul și tratamentul BC. Termenul BC va fi utilizat pe tot parcursul acestor recomandări. Ele provin din recomandările internaționale privind boala Crohn, care au fost dezvoltate printr-un proces temeinic, ce a implicat mari medici europeni cu o vastă experiență și în care s-au evaluat toate probele de la momentul acesta pentru o gestionare cât mai bună a pacienților cu BC, astfel încât aceștia să înțeleagă mai bine care este cea mai bună metodă de diagnosticare și tratare a BC practică de către personalul medical. Mulți termeni sunt subliniați; aceștia sunt termenii care apar în glosar pentru a vă ajuta să înțelegeți mai bine aceste recomandări. Cu

privire la CU, puteți consulta alte recomandări pentru pacienți care au fost întocmite simultan.

BC este o boală care afectează intestinul subțire și intestinul gros, și mai rar alte părți ale tractului gastrointestinal. Poate de asemenea să afecteze diferite organe și țesuturi în afara intestinului, cel mai frecvent pielea, articulațiile și ochii.

Cel mai frecvent, BC afectează partea terminală a intestinului subțire și intestinul gros. Cu toate acestea, BC poate afecta orice segment al întregului tract gastrointestinal, de la gură până la anus. Inflamația intestinului este de obicei „discontinuu” și zonele de inflamație („petice de intestin bolnav”) alternează cu porțiuni de intestin normal („leziuni pe sărite”). În funcție de gravitatea inflamației, stratul cel mai profund al peretelui intestinal („mucoasa”) poate fi roșu („eritematos”) și umflat („edemațiat”) cu ulcere de diferite dimensiuni și forme (aftos, superficial, profund, longitudinal), iar mucoasa poate avea aspect de „pavaj”. Aceste leziuni afectează întreaga grosime a peretelui intestinal și pot duce la complicații, precum stenoza lumenului și/sau penetrarea care conduce la formarea de abcese (difuzarea conținutului lumenului intestinal în cavitatea abdominală) sau fistule (traiecte care comunică și drenează conținutul lumenului intestinal către piele sau către organele adiacente, precum vezica urinară, sau către alte anse intestinale). În plus, la un număr semnificativ de pacienți, BC poate implica diferite părți ale corpului în afara intestinului, cel mai frecvent pielea, articulațiile și ochii. Aceste manifestări extraintestinale pot apărea înainte de dezvoltarea simptomelor intestinale tipice ale BC (vezi mai jos) și uneori sunt mai neplăcute și mai dificil de tratat decât simptomele intestinale.

Întrucât BC este o boală polimorfă, leziunile de la nivelul intestinului trebuie cartografiate prin teste diagnostice corespunzătoare și clasificate în funcție de gravitate în momentul diagnosticului. În plus, deoarece BC este o boală care se manifestă pe tot parcursul vieții, fără un remediu definitiv în acest moment, tratamentul urmărește să amelioreze inflamația din localizările intestinale și extraintestinale (dacă sunt prezente), să păstreze funcția intestinului, să prevină complicațiile și să le ofere pacienților o calitate normală a vieții personale, profesionale și sociale, fără dizabilități. Intervențiile terapeutice includ încetarea fumatului, intervenții dietetice și o varietate de medicamente care sunt utilizate în monoterapie sau în combinații în funcție de localizarea și gravitatea bolii.

Diagnosticul bolii Crohn (BC)

Simptomele BC

Simptomele BC pot fi variate. Acestea includ adesea durere abdominală, pierdere în greutate și diaree ce durează mai mult de patru săptămâni. Dacă aceste simptome se manifestă în special la pacienți tineri, medicul trebuie să aibă în vedere posibilitatea de BC. Sunt des întâlnite și simptomele generale de senzație de disconfort, oboseală, pierderea poftei de mâncare sau febră.

Simptomele pot începe brusc și uneori BC poate fi confundată cu apendicita acută. Simptomele pot de asemenea să fie similare cu cele ale sindromului de intestin iritabil (SII). Cei mai mulți pacienți prezintă durere abdominală și pierdere în greutate înainte de a fi diagnosticați. Sângele și mucusul în scaun apar mai puțin frecvent decât la pacienții cu CU. Simptomele extraintestinale asociate BC, cel mai frecvent la nivelul articulațiilor, pot fi observate înaintea simptomelor intestinale.



Teste diagnostice

BC variază de la pacient la pacient, în funcție de vârsta de debut, localizarea bolii la nivelul intestinului și de manifestarea acesteia.

Nu există un singur test pentru diagnosticul BC. Diagnosticul se stabilește printr-o combinație între evaluarea simptomelor clinice, analizele de sânge, constatările la imagistică, endoscopie și evaluarea histologică a biopsiilor intestinale (vor fi explicate în glosar). Testele genetice nu sunt recomandate în acest moment pentru un diagnostic de rutină al BC.

Istoricul pacientului

Medicul dumneavoastră vă va adresa o serie de întrebări detaliate, cum ar fi când au început simptomele dumneavoastră, dacă ați călătorit recent, dacă aveți intoleranțe alimentare, dacă luați medicamente sau ați luat anterior medicamente (inclusiv antibiotice și AINS, medicamente antiinflamatoare și pentru dureri precum aspirină, ibuprofen sau diclofenac) sau dacă vi s-a făcut o apendicectomie. Medicul trebuie să acorde o atenție deosebită factorilor de risc bine-cunoscuți pentru BC, precum fumatul, existența unui membru al familiei cu BC și infecții recente ale tractului digestiv.

Fumatul, antecedentele familiale de BII și apendicectomia la o vârstă tânără sunt toate factori de risc pentru BC. Infecțiile bacteriene sau virale ale stomacului sau intestinului cresc riscul de a dezvolta BC. Studiile despre AINS ca factor de risc au constatări mai puțin concordante.

Simptome ale BC neasociate intestinului (extraintestinale)

Există multe simptome care pot să apară în BC și nu toate acestea implică în mod direct intestinale. Așa cum s-a menționat anterior, BC poate de asemenea să afecteze diferite organe și țesuturi în afara intestinului.

Medicul dumneavoastră trebuie să vă întrebe despre simptomele din timpul nopții și despre simptomele și/sau semnele din afara intestinului (de exemplu gura, pielea, ochii sau articulațiile), abcese în jurul anusului sau fisura anală (adică o crăpătură a pielii). O examinare generală de rutină trebuie să includă:

- starea generală a pacientului
- frecvența pulsului
- tensiunea arterială
- temperatura
- sensibilitate sau umflare la nivelul abdomenului
- umflături pe care le puteți simți
- perineul (zona dintre anus și organele genitale externe) și gura
- tușeu rectal folosind un deget
- măsurarea indicelui de masă corporală



Examen fizic și analize de laborator

Medicul dumneavoastră trebuie să verifice semnele de inflamație acută și/sau cronică, anemie, deshidratare și semne de malnutriție sau malabsorbție. Verificările precoce de laborator trebuie să includă CRP și hemoleucograma completă. Alți markeri ai inflamației, precum calprotectina fecală sau VSH, pot fi de asemenea utilizați. În anumite situații, medicul dumneavoastră trebuie să efectueze teste pentru diaree infecțioasă, inclusiv Clostridium difficile. Pot fi necesare teste suplimentare din scaun, în special dacă ați călătorit în străinătate.

Anemia și trombocitoza (atunci când corpul produce prea multe trombocite sau plachete) sunt cele mai frecvente constatări ale BC în sânge. CRP și VSH arată dacă inflamația este prezentă; CRP se corelează în linii mari cu activitatea bolii, în timp ce VSH este mai puțin precis. Calprotectina fecală se corelează bine cu activitatea bolii la nivelul intestinelor. Totuși, niciunul din aceste teste nu este suficient de specific pentru a diagnostica BC sau a o diferenția de CU.

Endoscopie

Dacă medicul dumneavoastră crede că ați putea avea BC, pentru a ajunge la un diagnostic sunt necesare ileocolonosopia și biopsiile din partea terminală a intestinului subțire și din fiecare parte a colonului, pentru a căuta dovezi microscopice ale BC. Indiferent care sunt constatările, se recomandă teste suplimentare pentru a afla localizarea și extinderea BC la nivelul intestinului subțire. Este neclar dacă o endoscopie a tractului digestiv superior ar trebui să fie o metodă de rutină pentru pacienții adulți care nu au niciun simptom.

Colonoscopia și biopsiile reprezintă procedura de primă linie pentru a diagnostica inflamația colonului. De cele mai multe ori, în timpul colonoscopiei, se pot recolta și biopsii din intestinul subțire. Semnele endoscopice de BC includ inflamație discontinuă, neuniformă, leziuni anale și aspect de pavaj al peretelui intestinal. Gravitatea BC la nivelul colonului poate fi evaluată bine prin colonoscopie, dar în cazul BC localizată la nivelul părții terminale a intestinului subțire, ileoscopia în combinație cu tehnicile imagistice este mai eficientă pentru diagnostic. Singure, tehnicile imagistice, precum ecografia, scanarea TC sau IRM sunt insuficiente în diagnosticarea BC.

Teste imagistice

Testele imagistice ale intestinului (IRM și TC) și o ecografie abdominală se adaugă la constatările endoscopiei. Acestea ajută la detectarea și determinarea suprafeței inflamației, a obstrucțiilor și fistulelor provocate de BC. Trebuie avute în vedere riscurile expunerii repetate la radiații, mai ales când monitorizarea evoluției bolii dumneavoastră presupune folosirea acestui tip de investigație. Deoarece studiile radiologice convenționale în care este folosit bariul (adică o substanță de contrast) au o calitate mai scăzută și o încărcătură semnificativă de radiații, trebuie alese alte metode, dacă sunt disponibile.

TC și IRM sunt standarde curente pentru evaluarea intestinului subțire. Ambele pot arăta extinderea și activitatea BC pe baza grosimii peretelui intestinal, a edemului și ulcerățiilor. Amândouă sunt la fel de precise, dar TC este mai ușor accesibilă și are o durată mai redusă decât IRM. Cu toate acestea, deoarece TC necesită radiații, RM trebuie avută în vedere acolo unde este posibil.

Ecografia abdominală poate oferi informații despre activitatea bolii și localizare, în special



la nivelul intestinului subțire. În plus, este disponibilă pe scară largă, necostisitoare și nu expune pacientul la radiații. Cu toate acestea, accesul la segmentele intestinale profunde poate fi dificil, iar opinia experților poate să difere în legătură cu imaginile obținute astfel.

Endoscopia intestinului subțire

Endoscopia cu capsulă a intestinului subțire (SBCE) trebuie avută în vedere numai când ileocolonoscoopia și testele imagistice au fost negative, dar medicul dumneavoastră suspectează în continuare extrem de mult prezența BC. Într-un asemenea caz, SBCE poate să fie de ajutor pentru a confirma că nu aveți BC. Enteroscopia asistată de aparat se poate face de către un expert dacă este necesară o biopsie. Se mai poate utiliza atunci când este necesar tratamentul endoscopic, precum dilatarea (lărgirea lumenului) stricturilor, recuperarea unei capsule blocate sau tratamentul sângerărilor.

SBCE este o nouă metodă care îi permite medicului să vadă direct leziunile intestinului subțire care ar putea să nu fie vizibile la examinările colonoscopice sau imagistice. Este un instrument diagnostic eficace pentru BC la nivelul intestinului subțire, dar nu poate fi utilizată dacă pacientul are ocluzii intestinale, stricturi sau fistule, dispozitive medicale electronice implantate (de exemplu, stimulator cardiac) sau tulburări de înghițire.

Biopsii endoscopice

Pentru un diagnostic sigur al BC trebuie recoltate biopsii. Acestea trebuie să includă cel puțin două biopsii din cinci locuri de-a lungul colonului (inclusiv din rect) și din partea terminală a intestinului subțire.

O analiză a unei serii de biopsii din întregul colon produce cel mai sigur diagnostic de BC. Biopsiile trebuie recoltate atât din zone afectate de boală, cât și din zone neafectate. În examinările de control, se poate folosi un număr mai mic de biopsii pentru a confirma diagnosticul, iar în urmărirea după intervenția chirurgicală biopsiile trebuie recoltate atunci când se suspectează recurența bolii. La pacienții cu un rezervor în J, biopsiile trebuie recoltate din ansa intestinală aferentă (adică de la partea intestinului subțire care se termină în rezervor), dacă se suspectează BC. Dacă se suspectează stadii precoce ale cancerului, trebuie recoltate biopsii multiple.

Predicția cursului bolii

Factorii clinici de diagnostic și/sau constatările endoscopice pot prevedea cursul BC. Acest fapt trebuie avut în vedere atunci când se decide ce tratament să se folosească.

Studiile sugerează că următorii factori prevăd o boală mai gravă în interval de cinci ani după diagnostic:

- leziuni perianale,
- boală la nivelul părții terminale a intestinului subțire și la începutul colonului,
- vârsta tânără în momentul diagnosticului și/sau
- nevoia de a trata primul puseu cu steroizi.

Există tot mai multe dovezi că tratamentul intensiv precoce cu imunomodulatori și/sau medicamente biologice poate induce vindecarea mucoasei și remisiune precoce continuă fără steroizi. Cu toate acestea, tratamentul intensiv precoce trebuie să fie avut în vedere numai în cazurile grave, datorită riscurilor tratamentului imunosupresor.



Urmărirea activității bolii și succesului tratamentului

CRP și markerii din scaun (precum calprotectina fecală sau lactoferina) pot fi utilizați pentru a ghida terapia. Aceștia pot fi de asemenea utilizați pentru urmărirea pe termen scurt și pentru a prevedea recidiva. Calprotectina fecală poate, de asemenea, să fie de ajutor pentru a depista dacă aveți BC sau sindromul de intestin iritabil (SII).

Endoscopia este considerată în continuare modalitatea standard de a evalua vindecarea la nivel intestinal, dar este invazivă și costisitoare. Calprotectina fecală și lactoferina sunt mai ușor de măsurat. Amândouă arată inflamația intestinală datorată oricărei cauze, pot prezice foarte bine BC activă și măsoară mai bine inflamația specifică a intestinului decât nivelurile de CRP.

Gestionarea medicală a bolii Crohn active, inclusiv tratamentele alternative

Considerații generale

Prezența inflamației active provocate de BC trebuie să fie confirmată înainte ca tratamentul medical să fie început sau schimbat.

Planul de tratament al BC trebuie să aibă în vedere activitatea bolii, localizarea și comportamentul, iar planul trebuie să fie întotdeauna discutat cu pacientul. Uneori, în special în cazurile grave, poate fi necesar ca deciziile de tratament să fie luate fără a ști distribuția completă a bolii. Este posibil ca medicii să nu poată aprecia de fiecare dată activitatea bolii, iar markerii obiectivi (de exemplu, biopsiile, calprotectina fecală) ai activității bolii trebuie obținuți prin diferite examinări înainte de a începe sau de a schimba tratamentul.

Atunci când se decide asupra unui tratament potrivit, trebuie să se aibă în vedere un echilibru între potența medicamentului și efectele secundare potențiale, răspunsul anterior la tratament și potențialele complicații sau simptome în afara intestinului.

BC moderat activă

BC moderat activă, localizată în partea terminală a intestinului subțire și la începutul colonului, trebuie tratată cu budesonidă sau corticosteroizi sistemici ca prednisolonul sau metil-prednisolonul. Un tratament anti-TNF trebuie utilizat pentru pacienții care nu au răspuns la steroizi în trecut sau care nu îi tolerează. Pentru pacienții cu o boală care recidivează rar, poate fi potrivit să se înceapă steroizii din nou, împreună cu un imunosupresor. La pacienții care nu răspund la steroizi și/sau anti-TNF, vedolizumab este o opțiune potrivită.

Budesonida și prednisolonul sunt tratamente inițiale potrivite pentru BC moderat activă. Prednisolonul este foarte eficace și mai puțin costisitor, dar de obicei provoacă mai multe efecte secundare decât budesonida. Cu toate acestea, expunerea la corticosteroizi trebuie să fie minimizată în tratamentul BC, deoarece nu este eficace în menținerea remisiunii.

Tratamentul cu steroizi poate fi minimizat eficient prin începerea precoce a tratamentului anti-TNF. Anumite grupuri de pacienți, precum cei care sunt dependenți de steroizi sau care nu răspund la aceștia, pot beneficia mai mult de anti-TNF.

La pacienții în stadii precoce de boală, s-a dovedit că o combinație de infliximab și azatioprină este mai eficace decât infliximab în monoterapie pentru atingerea și menținerea remisiunii.

BC sever activă

BC sever activă, localizată în partea terminală a intestinului subțire și la începutul colonului, trebuie să fie tratată la început cu corticosteroizi sistemici. Un tratament anti-TNF este potrivit pentru pacienții care au prezentat recidivă. Pentru pacienții care nu răspund la steroidi și/sau anti-TNF, vedolizumab este o opțiune potrivită. Pentru unii pacienți, care au o boală care recidivează rar, poate fi potrivit să se înceapă steroidii din nou, împreună cu un imunosupresor. Intervenția chirurgicală trebuie discutată cu pacienții care nu răspund la tratamentul medical.

Deși prednisolonul sau hidrocortizonul intravenos sunt încă utilizate ca tratament inițial pentru BC severă la nivelul părții terminale a intestinului subțire, în ultimii ani pragul pentru începerea tratamentului anti-TNF a fost scăzut la pacienții cu un prognostic nefavorabil. Conform studiilor, tratamentul continuu cu agenții anti-TNF infliximab sau adalimumab reduce riscul de intervenție chirurgicală și spitalizare în BC.

Tratamentul anti-TNF este frecvent utilizat pentru pacienții care nu răspund la tratamentul inițial și care nu sunt candidați pentru intervenția chirurgicală. Pragul pentru intervenția chirurgicală este mai scăzut pentru BC localizată în partea terminală a intestinului subțire și la începutul colonului decât pentru boala din alte părți, în special dacă boala este localizată la nivelul intestinului subțire, deoarece pierderea extensivă sau repetată de intestin subțire poate provoca malnutriție. Unii experți preferă intervenția chirurgicală față de tratamentul anti-TNF pentru boala cu această localizare, în timp ce alții preferă intervenția chirurgicală în cazul în care tratamentul medical nu funcționează suficient de repede sau provoacă efecte secundare intolerabile.

BC colonică

BC activă la nivelul colonului trebuie tratată cu corticosteroizi sistemici. Pentru pacienții care au prezentat recidivă, tiopurinele, un tratament cu anti-TNF sau vedolizumab sunt opțiuni potrivite. La pacienții care nu răspund la primul tratament anti-TNF, vedolizumab poate fi potrivit.

BC activă, severă la nivelul colonului este confirmată mai ușor și mai devreme decât BC la nivelul intestinului subțire. Acesta poate fi motivul pentru care BC la nivelul colonului pare să răspundă mai repede la tratamentul anti-TNF decât BC la nivelul intestinului subțire. Corticosteroizii sistemici, precum prednisolonul, sunt eficace, dar budesonida nu are niciun efect în tratarea BC la nivelul colonului.

Dacă pacienții nu răspund sau pierd răspunsul la tratamentul cu anti-TNF sau vedolizumab, se discută de obicei despre intervenția chirurgicală. Cu toate acestea, intervenția chirurgicală trebuie întotdeauna discutată atunci când se inițiază sau se schimbă tratamentul imunosupresor.

BC extensivă

BC extensivă la nivelul intestinului subțire trebuie tratată la început cu corticosteroizi sistemici. Trebuie de asemenea evaluat și tratamentul precoce cu anti-TNF. Pentru pacienții cu o boală severă care a recidivat, un tratament pe bază de anti-TNF este potrivit.

Consecințele inflamației intestinale continue, precum nutriția necorespunzătoare, dezvoltarea stricturilor intestinale și a obstrucției sunt mai mari în BC extensivă, comparativ cu cea localizată la nivelul intestinului subțire. Prin urmare, tratamentul cu steroidi în combinație cu începerea precoce a imunomodulatorilor se consideră adecvat



la acești pacienți.

Tratamentul imunosupresor

Tratamentul precoce cu imunosupresoare pare să se potrivească cel mai bine pacienților care au semne și simptome ce sugerează un rezultat slab. Tratamentul precoce cu anti-TNF trebuie început la pacienții care au o boală foarte activă și semne și simptome ce sugerează un rezultat slab.

Mai multe studii au arătat că anti-TNF este mai eficace atunci când este început precoce în boală, în special la cei care au anumiți factori de risc pentru un rezultat slab. Asemenea factori de risc includ boala extensivă, vârsta tânără la diagnosticare, nevoia inițială de tratament cu steroizi și boala perianală.

Toate tratamentele anti-TNF care sunt disponibile în acest moment par să fie la fel de eficace pentru a trata BC în interiorul intestinului. Ele au de asemenea efecte secundare similare. Alegerea tratamentului depinde de ceea ce este disponibil, de cum este furnizat medicamentul, de ceea ce preferă pacientul și de cost.

Lipsa primară a răspunsului la tratamentul pe bază de anti-TNF trebuie să fie stabilită în interval de 12 săptămâni.

După 12 săptămâni de răspuns insuficient este puțin probabil că va avea loc un efect terapeutic pozitiv și pacienții trebuie să treacă la un nou regim terapeutic care poate fi în măsură să inducă remisiunea.

Există un risc de infecții severe atunci când pacientul este tratat cu imunosupresoare, inclusiv anti-TNF. Acest risc trebuie avut în vedere.

Toate imunosupresoarele, inclusiv steroizii, tiopurinele, metotrexatul și anti-TNF reduc activitatea și competența sistemului imunitar. Aceasta poate crește riscul de a dobândi diferite infecții care pot provoca boli grave și chiar letale. Tratamentul concomitent cu mai mult de un imunosupresor crește semnificativ riscul de infecții. Prin urmare, tratamentul concomitent pe termen lung cu imunosupresoare trebuie evitat ori de câte ori este posibil. Pe de altă parte, s-a demonstrat că tratamentul concomitent cu imunosupresoare este mai potent și poate fi necesar în special pentru boala severă.

Medicina complementară și alternativă

Medicul trebuie să vă întrebe dacă utilizați medicina complementară și alternativă. Nu există nicio dovadă științifică a faptului că aceste produse dau rezultate, există o mare varietate de produse și ele pot fi scumpe. Dacă sunteți foarte interesat(ă) să le încercați, trebuie mai întâi să discutați despre acest lucru cu medicul dumneavoastră.

Utilizarea medicinei complementare și alternative (MCA) este obișnuită în rândul pacienților cu BII. Tratamentele complementare sunt utilizate pe lângă medicina convențională, în timp ce tratamentele alternative sunt utilizate în locul medicinei convenționale. Dovezile științifice privind eficacitatea și siguranța tratamentelor MCA sunt limitate, iar gastroenterologul poate întâmpina dificultăți în ceea ce privește informarea corespunzătoare a pacienților. În plus, există o mare varietate de produse care pot fi costisitoare. Din aceste motive, dacă sunteți foarte interesat(ă) să le încercați sau să abandonați medicina convențională în favoarea MCA, trebuie să vă consultați mai întâi



medicul, pentru consiliere despre utilizarea MCA. Deoarece pacienții cu BII suferă adesea de malnutriție, nutriția poate fi considerată un tratament complementar esențial.

Menținerea remisiunii

Considerații generale

Dacă ați ajuns să nu mai aveți simptome (adică sunteți în remisiune) în urma unei cure de corticosteroizi sistemici, tratamentul cu tiopurine sau metotrexat trebuie avut în vedere. Unii pacienți pot rămâne în remisiune fără niciun tratament.

Deoarece unii pacienți pot rămâne în remisiune fără niciun tratament, lipsa tratamentului este o opțiune pentru unii pacienți.

Steroizii nu trebuie utilizați pentru a menține boala în remisiune, deoarece s-a dovedit că aceștia provoacă numeroase efecte secundare și nu sunt eficienți în menținerea remisiunii cu o doză tolerabilă.

Există numai dovezi limitate că mesalazina este utilă pentru menținerea remisiunii induse medical. Unii consideră că după primul puseu o opțiune ar fi lipsa unui tratament de menținere. Ținând cont de riscul ridicat de recidivă și de dependență de steroizi și rata mai mare de succes atunci când este introdusă precoce, azatioprina este preferată dacă remisiunea a fost atinsă cu steroizi sistemici. Mercaptopurina poate fi încercată la pacienții intoleranți la azatioprină, cu excepția situației în care au prezentat pancreatită sau citopenie (adică o scădere a numărului celulelor sangvine). Metotrexatul poate fi de asemenea utilizat, în special la pacienții intoleranți la tiopurine.

Dacă prezentați o recidivă, trebuie avută în vedere o suplimentare a tratamentului de menținere pentru a nu lăsa boala să se agraveze. Intervenția chirurgicală trebuie întotdeauna avută în vedere la pacienții cu boală localizată.

Dacă survine o recidivă, trebuie avută în vedere administrarea de azatioprina. Corticosteroizii (inclusiv budesonida) nu sunt eficienți sau potriviți pentru a rămâne în remisiune, iar utilizarea pe termen lung a corticosteroizilor provoacă adesea efecte secundare intolerabile, în special osteoporoză (adică pierderea de masă osoasă) și fracturi ulterioare, dar și cataractă și glaucom.

Menținerea în boala extensivă

Dacă aveți boală extensivă, se recomandă tiopurinele pentru a nu lăsa boala să se agraveze. Dacă boala este agresivă sau severă sau dacă rezultatul este probabil să fie slab, trebuie avut în vedere un tratament anti-TNF.

Ținând cont de riscurile de recidivă și rata mai mare de succes atunci când este introdusă precoce, azatioprina se recomandă la pacienții cu boală Crohn extensivă.

BC dependentă de steroizi

Pacienții care nu au fost încă tratați cu imunosupresoare și care au nevoie de corticosteroizi pentru a rămâne fără simptome (adică în remisiune) trebuie să fie tratați cu o tiopurină, cu metotrexat sau cu un agent anti-TNF. Trebuie de asemenea discutat despre intervenția chirurgicală.

Imunosupresoarele (azatioprină/mercaptopurină, metotrexat) sunt eficiente în BC dependentă de steroizi. Rezecția ileală este o alternativă pentru anumiți pacienți cu boală localizată. O abordare foarte eficientă pentru prevenirea nevoii de steroizi este utilizarea

precoce de anti-TNF. Pacienții dependenți de steroizi pot de asemenea să obțină un beneficiu mai mare de la începerea precoce a tratamentului anti-TNF. S-a stabilit deja că tratamentul combinat cu infliximab și azatioprină este mai eficient decât infliximab în monoterapie pentru a menține remisiunea fără steroizi la pacienții într-un stadiu mai precoce de boală. La acești pacienți poate fi utilizat de asemenea și vedolizumab.

Tratamentul de menținere insuficient cu tiopurine (BC refractară la tiopurine)

Dacă sunteți tratat(ă) cu tiopurine și prezentați o recidivă, medicul trebuie să evalueze întâi dacă urmați planul de tratament stabilit. Trebuie de asemenea căutate semnele de inflamație. Optimizarea dozei poate îmbunătăți ratele de răspuns. Dacă este indicat în această situație, tratamentul poate fi schimbat cu metotrexat sau anti-TNF. Intervenția chirurgicală trebuie întotdeauna să fie luată în considerare ca o opțiune în boala localizată.

Pacienților care primesc azatioprină sau mercaptopurină, și care prezintă recidivă în timp ce li se administrează dozele standard de menținere, li se poate crește doza până când analizele de sânge arată că globulele albe au scăzut sau că nivelurile de 6-TGN (un metabolit al tiopurinelor care poate fi măsurat în sânge) au crescut până la un nivel corespunzător. Metotrexatul, tratamentul anti-TNF și vedolizumab sunt, de asemenea, alte opțiuni.

Continuarea tratamentului de menținere

Dacă un pacient care nu a primit niciun tratament anterior a ajuns să nu mai aibă simptome (adică remisiune) cu o combinație de anti-TNF și tiopurină, același plan de medicație este recomandat pentru tratamentul de menținere. Pentru unii pacienți, tiopurinele în monoterapie pot fi o opțiune. Dacă a fost obținută remisiunea cu anti-TNF în monoterapie, acesta poate fi continuat pentru tratamentul de menținere. Dacă remisiunea a fost obținută cu vedolizumab, acesta poate fi continuat pentru tratamentul de menținere.

Durata tratamentului de menținere

Pentru pacienții care sunt în remisiune pe termen lung și care sunt în tratament de menținere cu tiopurine, poate fi avută în vedere încheierea tratamentului dacă nu există semne de inflamație. Nu se poate face nicio recomandare pentru durata tratamentului cu metotrexat. Poate fi avută în vedere utilizarea prelungită de anti-TNF dacă este necesar.

BC este în general o boală ce se manifestă pe tot parcursul vieții, cu episoade de remisiune și diferite grade de activitate. Scopul tratamentului este să obțină și să mențină o remisiune prelungită. Nu există un acord general cu privire la semnificația remisiunii pe termen lung, iar în general, formularea recomandărilor despre oprirea sau schimbarea unui tratament este condiționată de date limitate în acest sens, deoarece majoritatea studiilor clinice controlate nu îi urmăresc pe pacienți mai mult de 1-3 ani.

Un studiu a raportat că întreruperea tratamentului cu azatioprină în cazul pacienților cărora le fusese administrată pentru mai mult de trei ani și jumătate a generat creșterea șansei de recidivă la 18 luni după întreruperea tratamentului, comparativ cu cei care au continuat administrarea (recidivă 21% față de respectiv 8%). Același studiu a desfășurat o urmărire pe termen lung și a raportat că în rândul celor pentru care administrarea de azatioprină a fost întreruptă, 53% au prezentat recidivă după 3 ani și 63% după 5 ani. Din fericire, din cei 23 care au început să ia azatioprină din nou, toți cu excepția unuia au revenit la remisiune (adică 95,7% au revenit la remisiune cu azatioprină).

Pierderea răspunsului la tratamentul anti-TNF

Dacă nu mai răspundeți la tratamentul anti-TNF, medicul dumneavoastră trebuie să încerce întâi să vă optimizeze doza. Creșterea dozei sau scurtarea intervalului de tratament sunt strategii la fel de bune. Dacă optimizarea dozei nu ajută, se recomandă schimbarea cu un alt anti-TNF. Măsurarea nivelurilor anti-TNF din sânge înainte de următoarea doză și, dacă este posibil, a anticorpilor anti-medicament, poate fi de ajutor pentru a decide cum să se optimizeze tratamentul.

Riscul neoplazic și tratamentul imunosupresor

Pacienții care sunt tratați cu tiopurine pot prezenta un risc crescut de limfom, cancer de piele și de displazie cervicală. Pacienții care sunt tratați cu anti-TNF prezintă o probabilitate mai mare de a face un cancer de piele. În acest moment nu se știe dacă este mai probabil ca pacienții care sunt tratați cu anti-TNF în monoterapie să facă tulburări limfoproliferative sau tumori solide, însă administrarea concomitentă de anti-TNF și tiopurine crește riscul de tulburări limfoproliferative. Chiar și cu un risc crescut de cancer, ratele de cancer rămân în continuare foarte scăzute. Prin urmare, riscurile trebuie întotdeauna evaluate în raport cu beneficiile tratamentului și trebuie discutate cu medicul dumneavoastră.

Deși s-a dovedit în mod repetat că azatioprina este un tratament eficace, aceasta este asociată cu un risc ușor crescut de limfom non-Hodgkin, o formă gravă de cancer al sistemului imunitar. Prin urmare, beneficiile și riscurile utilizării sale trebuie să fie atent evaluate. Cu toate acestea, un studiu care a analizat riscurile (inclusiv cel de cancer) și beneficiile (inclusiv reducerea simptomelor) azatioprinei a dus la concluzia că beneficiile depășesc cu mult riscurile, chiar și atunci când riscul de limfom non-Hodgkin este supraestimat în manieră conservatoare; acest fapt a fost adevărat în special în cazul persoanelor tinere, care au de la început o rată redusă de limfom. Au fost observate și alte leziuni canceroase, precum un risc crescut de cancer de piele și de displazie cervicală la femei și de asemenea la pacienții tratați cu agenți anti-TNF. Astfel, supravegherea atentă a tuturor pacienților care urmează aceste tratamente este obligatorie.

Intervenția chirurgicală pentru BC

BC ileocecală obstructivă

Intervenția chirurgicală este opțiunea preferată dacă BC de care suferiți este localizată la nivelul părții terminale a intestinului subțire și la începutul colonului și dacă aveți simptome obstructive, dar fără dovezi semnificative de inflamație activă.

Dacă un pacient (a) are BC limitată la nivelul părții terminale a intestinului subțire și la începutul colonului, (b) nu răspunde la steroizi și (c) are simptome obstructive refractare, acesta trebuie supus unei intervenții chirurgicale. În același fel, pacienții care se prezintă cu obstrucție fără inflamație (de exemplu, niveluri normale ale CRP) pot de asemenea să fie tratați prin intervenție chirurgicală. Dacă totuși pacientul a suferit o rezecție ileocecală anterioară și au apărut stenoze anastomotice (adică îngustarea îmbinării rezecției), poate fi încercată dilatația endoscopică (adică întindere care deschide stenoza) înainte de a trece la efectuarea unei rezecții intestinale.



Abcesul abdominal

BC activă la nivelul intestinului subțire poate fi însoțită de un abces abdominal. Acesta trebuie gestionat inițial cu antibiotice, drenat chirurgical sau printr-o puncție cu ac. Dacă este necesar, acestea pot fi urmate de rezeecție după vindecarea abcesului.

Părerile sunt împărțite în ceea ce privește procedura în care drenajul trebuie să fie urmat întotdeauna de rezeecție.

Factori de prognostic pentru un risc crescut de intervenție chirurgicală primară sau ulterioară pentru BC

Anumiți factori cresc riscul de intervenție chirurgicală pentru BC. Aceștia includ:

- fumatul curent
- comportament fistulizant al bolii și cu formare de stricturi
- utilizarea precoce de steroizi (necesitatea medicală de steroizi pentru tratamentul primului puseu)
- boală la nivelul părții terminale a intestinului subțire (adică ileon)
- boală la nivelul părții mijlocii a intestinului subțire (adică jejun) și
- vârsta tânără în momentul diagnosticării.

Mai multe studii au căutat potențiali factori de risc pentru recurență după intervenția chirurgicală pentru BC. S-a dovedit că fumatul, intervenția chirurgicală abdominală anterioară (inclusiv apendicectomia), comportamentul penetrant al bolii, localizarea perianală și rezeecția extensivă a intestinului subțire prevăd recurența precoce postoperatorie în cele mai multe studii. Tratamentul medical de menținere s-a dovedit a fi eficient în multe studii. Nu se știe dacă vârsta la declanșarea bolii, sexul, durata bolii, marginile de rezeecție sau tipul de intervenție chirurgicală influențează riscul de recurență. Încă nu a fost dezvoltat un sistem de scoruri care să plaseze oamenii în categoriile de risc scăzut-mediu-crescut, deși acesta ar fi extrem de util.

Reducerea riscului de intervenție chirurgicală prin tratament medical

Pacienții care sunt tratați de timpuriu cu tiopurine pot avea o probabilitate mai mică de a suferi o intervenție chirurgicală. Tratamentul cu anti-TNF reduce riscul de intervenție chirurgicală.

Urmărirea după tratamentul chirurgical

Ileocolonosopia este cea mai bună metodă pentru a diagnostica revenirea bolii după intervenția chirurgicală. Ajută pentru a stabili dacă boala a recidivat, cât este de severă și pentru a-i prezice evoluția clinică. Se recomandă efectuarea acesteia în decursul primului an după intervenția chirurgicală, atunci când deciziile terapeutice pot fi influențate.

Ileocolonosopia se recomandă în decursul primului an după intervenția chirurgicală, atunci când deciziile terapeutice pot fi influențate. Aceasta fapt se datorează mai multor studii care au demonstrat că cel mai sensibil instrument pentru a confirma recurența bolii este colonoscopia. Recidiva poate fi detectată utilizând colonoscopia și biopsia într-un interval de câteva săptămâni până la câteva luni după intervenția chirurgicală și trebuie efectuate în decurs de un an după intervenția chirurgicală. Recidiva este de obicei depistată în urma colonoscopiei înainte ca pacientul să dezvolte simptome. Dacă în timpul colonoscopiei constatările sunt grave, tratamentul trebuie intensificat pentru a preveni dezvoltarea de complicații postoperatorii precoce, precum abcesele sau obstrucțiile.

Există metode de diagnostic noi, mai puțin invazive, care ajută la identificarea revenirii bolii după intervenția chirurgicală. Aceste metode includ calprotectina fecală, ecografia abdominală, enterografia RM cu substanță de contrast și endoscopia cu capsulă a intestinului subțire (SBCE).

Radiologia și imagistica (ecografie, RM și TC) sunt evaluate ca metode de diagnostic independent pentru recurența postoperatorie. Endoscopia cu capsulă a intestinului subțire efectuată la 6 sau 12 luni după intervenția chirurgicală pare să fie aproape la fel de precisă ca ileocolonosopia în diagnosticarea recurenței postoperatorii. Cu toate acestea, nu s-a studiat dacă IRM, enterografia prin TC sau endoscopia cu capsulă a intestinului subțire pot diagnostica recidiva la nivelul ileonului sau jejunului.

Prevenirea intervențiilor chirurgicale ulterioare ca urmare a rezecției ileocolice

Pentru pacienții care au cel puțin un factor de risc pentru recurența bolii, tratamentul preventiv se recomandă după rezecția ileocolică (adică îndepărtarea părții terminale a intestinului subțire și a primei părți a colonului). Cel mai bun tratament preventiv îl reprezintă tiopurinele sau anti-TNF. Mesalazina în doze mari este o opțiune pentru pacienții cărora li s-a îndepărtat numai partea terminală a intestinului subțire. Antibioticele sunt eficiente după rezecția ileocolică, dar nu sunt la fel de bine tolerate.

Toți pacienții cu BC trebuie informați de riscul asociat cu fumatul. Oprirea fumatului trebuie încurajată și sprijinită.

Fumatul este unul dintre cei mai importanți factori de risc pentru recidivă și necesitatea crescută pentru rezecție chirurgicală în boala Crohn. Prin urmare, toți pacienții cu boală Crohn trebuie să facă absolut tot posibilul pentru a renunța la fumat.

Gestionarea BC fistulizante

Strategii de diagnostic

IRM pelvină este prima metodă pentru evaluarea fistulei perianale în BC. Dacă strictura (adică îngustarea) rectală este exclusă, ecografia endoscopică a rectului este o opțiune bună. Ambele metode sunt mai precise atunci când sunt combinate cu examinarea sub anestezie (ESA). Fistulografia nu este recomandată. Dacă se găsește o fistulă în regiunea anală, ESA efectuată de un chirurg experimentat este cea mai bună metodă.

Dacă este posibil, IRM trebuie utilizată inițial deoarece are o precizie de 76-100%. Cu toate acestea, dacă IRM nu este disponibilă prompt, o examinare sub anestezie cu drenajul abcesului sau fistulei trebuie efectuată cât mai curând posibil pentru a evita pericolele unei infecții nedrenate; examinarea sub anestezie are o precizie de 90% și îi permite chirurgului să dreneze abcesul în momentul examinării.

Tratamentul chirurgical al fistulei necomplicate

În cazul unei fistule anale joase necomplicate, fistulotomia simplă poate fi discutată. Prezența unui abces în regiunea anală trebuie exclusă și, dacă este prezent, trebuie drenat.

Dacă o persoană are o fistulă anală joasă necomplicată, o fistulotomie (adică deschiderea chirurgicală a traiectului fistulei) poate fi discutată. Cu toate acestea, fistulotomia trebuie

efectuată foarte selectiv, din cauza potențialei complicații de incontinență provocată de aceasta. Dacă există un abces (adică o colecție de puroi) în regiunea anală, este important să fie drenat și tratat în mod corespunzător, deoarece abcesele netratate pot fi dăunătoare pentru țesutul care înconjoară stricturile perianale, inclusiv mușchii care controlează mișcările intestinale.

Tratamentul medical al fistulei simple

Fistulele simple (adică un singur traiect) în regiunea anală care provoacă simptome necesită tratament. Amplasarea unui seton (adică un șnur din mătase sau latex) împreună cu antibiotice (metronidazol și/sau ciprofloxacină) este tratamentul preferat. Dacă boala fistulizantă care provoacă fistule simple revine și nu răspunde la antibiotice, tiopurinele sau medicamentele anti-TNF pot fi utilizate ca a doua linie de tratament.

Dacă o fistulă perianală simplă (adică o fistulă cu un singur traiect) nu provoacă simptome, nu este nevoie să se ia măsuri. Cu toate acestea, dacă provoacă simptome, trebuie acționat printr-o combinație de intervenții medicale și chirurgicale; administrarea de antibiotice, drenajul abcesului și introducerea unui fir seton este planul de tratament preferat.

Dacă fistula recidivează și nu răspunde la antibiotice, tiopurinele sau medicamentele anti-TNF pot fi utilizate ca a doua linie de tratament. Rezultatele cumulate din cinci studii au arătat că tiopurinele sunt eficiente pentru închiderea fistulelor și menținerea lor închise. Între timp studiile au demonstrat că infliximab este eficace pentru închiderea fistulelor, menținerea lor închise și ulterior pentru reducerea nevoii de spitalizare și intervenții chirurgicale.

Gestionarea fistulei perianale complexe

Dacă BC fistulizantă în regiunea anală provoacă fistule complexe (adică având multiple traiecte), infliximab sau adalimumab poate fi utilizat ca tratament de primă linie după ce fistulele au fost drenate chirurgical, dacă este indicat. Tratamentul concomitent cu ciprofloxacină și medicamentele anti-TNF îmbunătățește rezultatul pe termen scurt.

Pentru a îmbunătăți efectul tratamentului anti-TNF pentru BC fistulizantă cu fistule complexe (adică având multiple traiecte), poate fi avută în vedere o combinație de tratament anti-TNF cu tiopurine.

Tratamentul de menținere pentru BC fistulizantă

Tiopurinele, influximabul sau adalimumabul, setonul de drenaj (adică folosirea unui șnur din mătase sau latex) sau o combinație a acestora trebuie utilizată ca tratament de menținere.

Nu există date despre efectul tiopurinelor ca tratament de menținere pentru fistule după inducerea cu infliximab sau în timpul tratamentului de menținere cu infliximab. Reducerea spitalizărilor și a intervențiilor chirurgicale a fost dovedită numai pentru tratamentul de menținere cu infliximab. Adalimumabul pare să funcționeze pentru a menține fistulele închise, dar nu se știe dacă reduce spitalizările și intervențiile chirurgicale.

În general, mai mult de 90% din gastroenterologi sunt de acord că tratamentul de menținere după oprirea cu succes a drenajului fistulei este obligatoriu. Medicamentele



preferate sunt tiopurinele sau anti-TNF și acestea trebuie utilizate timp de cel puțin un an.

Manifestări extraintestinale (MEI, simptome asociate BC în afara intestinului)

Probleme articulare

Diagnosticul bolilor articulare care sunt asociate cu BII se pune în funcție de dovezi clinice, pe baza simptomelor tipice și excluzând alte forme specifice de artrită.

Există două tipuri extinse de boli articulare asociate cu BII, și anume artropatia periferică și axială. Artrita periferică este de două tipuri, și anume tipul 1 și tipul 2. Tipul 1 afectează articulațiile mari (de exemplu, genunchii, coatele și umerii), coincide cu inflamația la nivel intestinal și are loc la 4-17% din pacienții cu BC. Pe de altă parte, tipul 2 afectează articulațiile mici (de exemplu, la nivelul mâinii) și are loc numai la 2,5% din pacienții cu BC.

Diagnosticul de artrită se pune prin observarea articulațiilor dureroase și umflate, iar celelalte boli care trebuie excluse sunt osteoartrita, poliartrita reumatoidă și artrita asociată cu boli ale țesutului conjunctiv (de exemplu, lupus). În plus, cauzele legate de medicamente care trebuie excluse sunt artralgia (adică durerea articulară) provocată de retragerea steroizilor, osteonecroza (adică flux sangvin redus către articulații) provocată de steroizi și lupusul indus de infliximab.

Între timp, artropatia axială include sacroileita (care are loc la 25-50% din pacienții cu BC) și spondilita (care are loc la 4-10%). Spondilita anchilozantă este caracterizată de durere cronică de spate, rigiditate matinală, capacitate limitată de a îndoi coloana și, în stadii mai tardive, expansiune toracică redusă. Regula de aur pentru diagnosticul spondilitei anchilozante este IRM, deoarece poate detecta inflamația înainte să aibă loc leziunile osoase.

Artrita periferică afectează de obicei articulațiile mari ale membrilor. Poate fi tratată cu fizioterapie, AINS pe termen scurt și cu injecții locale cu steroidi. Accentul trebuie să se pună pe tratarea BC de fond. Sulfasalazina poate fi de ajutor pentru tratarea artritei periferice persistente.

Recomandările pentru tratamentul artropatiei (adică boală articulară) asociate BC se bazează pe studiile despre spondilartropatie (adică boală articulară), predominant spondilita anchilozantă (adică artrită a coloanei vertebrale). Nu au fost realizate studii bine concepute în domeniul BII și astfel recomandările în acest domeniu își trag concluziile de la alte boli.

În artrita periferică, tratamentul BC de fond utilizând corticosteroizi, imunomodulatoare și anti-TNF trebuie de asemenea să amelioreze simptomele. Dacă tratarea BC de fond nu calmează durerea articulară, atunci pacientul trebuie să aibă în vedere tratamentul cu AINS pe termen scurt; deși AINS pot în mod potențial să agraveze BC de fond, riscul acesta pare să fie scăzut. Fizioterapia și repausul pot oferi o ușurare a simptomelor. Utilizarea inhibitorilor de COX-2 (de exemplu, etoricoxib și celecoxib) pare mai sigură, cu un risc mai mic de declanșare a unui puseu de boală decât AINS convenționale. Sulfasalazina poate fi benefică pentru artropatia articulațiilor mari. În final, infliximab poate avea un efect foarte benefic asupra artritei periferice.



Artrita axială provoacă durere și rigiditate la nivelul articulațiilor părții inferioare a spatelui. Se recomandă fizioterapia intensă și AINS, dar tratamentul pe termen lung cu AINS trebuie să fie evitat datorită preocupărilor legate de siguranță. Anti-TNF este preferat pentru a trata spondilita anchilozantă dacă pacientul nu tolerează AINS sau nu există răspuns. Sulfasalazina, metotrexatul și tiopurinele sunt ineficiente.

Recomandările pentru tratamentul artritei axiale asociate BC se bazează pe studiile despre spondilita anchilozantă (adică artrita a coloanei vertebrale). Fizioterapia intensă și AINS pot fi utilizate, deși AINS trebuie evitate pe termen lung. Pot fi avute în vedere injecțiile locale cu corticosteroizi. Sulfasalazina, metotrexatul și azatioprina nu sunt eficiente pentru spondilita anchilozantă cu simptome axiale. La pacienții cu spondilită anchilozantă activă care nu răspund la sau nu tolerează AINS, se recomandă agenți anti-TNF. S-a dovedit că atât adalimumab, cât și infliximab sunt suficient de sigure și eficiente pentru tratarea spondilitei anchilozante.

Tulburări osoase

Pacienții cărora li se administrează costicosteroizi sau cei cu densitate osoasă redusă trebuie să primească suplimente cu calciu și vitamina D. Exercițiile de forță musculară și renunțarea la fumat sunt de ajutor. Pacienții cu fracturi trebuie să fie tratați cu bifosonați, dar capacitatea lor de a preveni fracturile este nedovedită. Substituția hormonală de rutină la femeile în postmenopauză nu este recomandată datorită riscului de efecte secundare. Bărbații cu testosteron scăzut pot obține beneficii dacă îl primesc pe cale medicală.

Tratamentul cu calciu 500–1000 mg/zi și vitamina D (800–1000 UI/zi) crește densitatea osoasă la pacienții cu BII, deși nu s-a studiat dacă previne fracturile la pacienții cu BII. Prin urmare, o recomandare generală de tratament cu bifosonați pe baza densității osoase reduse nu este posibilă. Acestea fiind spuse, femeile în postmenopauză sau cele cu osteoporoză indusă de steroizi vor beneficia de pe urma utilizării bifosonaților. În general, la pacienți individuali cu densitate osoasă redusă și factori de risc suplimentari trebuie avut în vedere tratamentul.

Pacienții cu boală activă cronică trebuie tratați cu imunosupresoare, precum azatioprina și anti-TNF, astfel încât să nu utilizeze steroizi și să reducă efectele negative ale inflamației lor asupra densității osoase; s-a demonstrat că mulți pacienți cu BC pot reveni la densitatea osoasă normală după trei ani de remisiune stabilă.

Manifestări cutanate

Tratamentul eritemului nodos se bazează de obicei pe cel al BC de fond. Sunt necesari de obicei steroidi sistemici. Pyoderma gangrenosum este tratat la început cu steroidi sistemici, tratament anti-TNF sau inhibitori de calcineurină.

Eritemul nodos (adică umflături roșii pe pielea gambelor, coapselor și antebrațelor) este de obicei ușor de observat și are loc la aproximativ 5-10% din pacienții cu BC. Are loc de obicei când BC este activă. Diagnosticul poate fi confirmat, de obicei, fără să fie necesare biopsii. Tratarea bolii de fond cu steroizi orali este, de obicei, necesară, iar dacă steroizii nu funcționează sau boala recidivează cu regularitate, pot fi adăugate azatioprină și/sau infiximab; cu toate acestea, nevoia de azatioprină și/sau infliximab este foarte rară.

Pyoderma gangrenosum (adică ulcere mari și dureroase pe piele) poate surveni oriunde în organism, inclusiv la nivelul organelor genitale, dar locurile cele mai obișnuite sunt gambe și lângă stome. De obicei încep prin a fi superficiale, dar devin mai profunde cu timpul. Între 0,6% și 2,1% din pacienții cu BC fac această boală la un moment dat și



acesta poate să coincidă cu activitatea BC sau să nu coincidă cu aceasta deloc. Pyoderma gangrenosum este un diagnostic de excludere, ceea ce înseamnă că se diagnostichează atunci când nu pot fi găsite alte cauze pentru ulcere; biopsia poate ajuta la excluderea altor tulburări ale pielii. Vindecarea rapidă trebuie să fie scopul tratamentului deoarece aceasta poate fi o boală debilitantă. Corticosteroizii trebuie utilizați primii, înainte să se încerce inhibitorii de calcineurină. Infliximabul începe să fie utilizat mai des și s-a dovedit a fi eficace într-un studiu amplu și două studii de caz mici. Niciun studiu nu a comparat până acum între ei steroizii sistemici, tratamentul anti-TNF sau inhibitorii de calcineurină. Este nevoie să se evite intervențiile chirurgicale, la fel ca în alte ulcerări ale pielii.

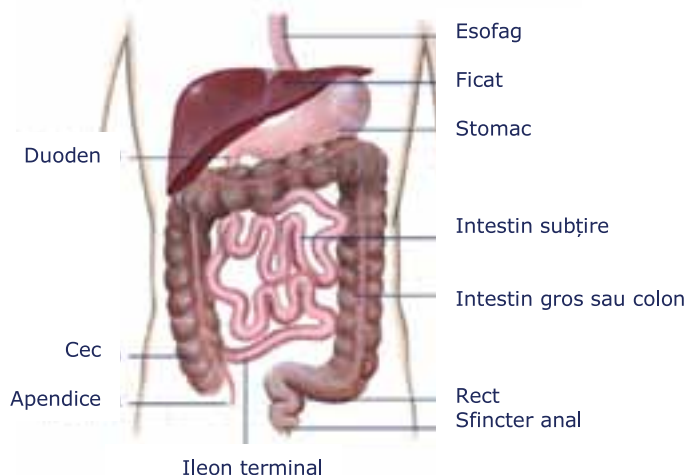
Complicații tromboembolice

Prevenirea trombozei (adică formarea de cheaguri de sânge) trebuie avută în vedere la toți pacienții spitalizați și la cei neinternați cu boală severă. Tratamentul pacienților cu BII și tromboembolism venos (adică un cheag de sânge care blochează o venă) trebuie să urmeze opțiunile terapeutice stabilite împotriva trombozei.

Din motive în mare parte necunoscute, pacienții cu BC au un risc crescut de cheaguri de sânge la nivelul venelor, numit tromboembolism venos. Este important să fie prevenite și tratate, deoarece pot duce la complicații sau chiar la deces. Asemenea cheaguri de sânge trebuie diagnosticate utilizând tehnici imagistice potrivite, precum ecografia și venografia. În ceea ce privește tratamentul, trebuie utilizate medicamente care subțiază sângele (numite anticoagulante) pentru a preveni și de asemenea pentru a trata cheagurile de sânge. Dacă o persoană are un al doilea episod de cheaguri de sânge, trebuie să aibă în vedere urmarea unui tratament pe termen lung. Pacienții cu BII nu par să aibă mai multe complicații hemoragice provocate de medicamentele care subțiază sângele decât persoanele fără BII. În cele din urmă, pacienții cu BC trebuie să fie precauți la călătoriile pe distanțe mari, precum și la contraceptivele orale, deoarece acestea cresc și mai mult riscul de cheaguri de sânge și trebuie să aibă în vedere tratamentul anticoagulant preventiv în anumite circumstanțe.

Glosar

Ilustrație anatomică a tractului gastrointestinal



© Hendrik Jonas für Agentur BAR M Berlin

Termen	La ce se referă termenul	Definiție
5-ASA sau acid 5-aminosalicilic sau mesalazină	Medicație	Acesta este un medicament topic utilizat pentru a trata BII, de preferință CU, și în anumite condiții și BC. Se poate numi de asemenea și mesalazină și poate fi luată pe cale orală sau intrarectal sub formă de clismă, spumă sau supozitor.
6-TGN	Medicație	Metabolitul activ al azatioprinei sau mercaptopurinei.
Abces	Complicație a BC	Un abces este o colecție închisă de țesut lichefiat, cunoscut ca puroi, undeva în corp. Este rezultatul reacției de apărare a organismului la materiale străine.
Acid ursodeoxicolic	Tratament	Acesta este un medicament oral care poate fi administrat pacienților cu CSP (colangită sclerozantă primară, o boală cronică de ficat, caracterizată prin inflamație și fibroză a căilor biliare în interiorul și în exteriorul ficatului) pentru a proteja ficatul și a preveni cancerul intestinal.
Adalimumab	Medicație	Un medicament anti-TNF utilizat în mod obișnuit pentru tratamentul BII, aparținând grupului de medicamente biologice (produse prin biotehnologie). Se injectează sub piele (subcutanat) de către pacient sau de către o asistentă medicală.

Aderențe	Complicații ale intervenției chirurgicale	Părți ale intestinului s-au lipit împreună prin reacții inflamatorii. Pot cauza obstrucție și durere.
Agent eritropoietic	Medicație	Acesta este un medicament care stimulează producția de globule roșii.
Agent keratolitic	Medicație	Acesta este un medicament utilizat pentru a îndepărta negii și alte leziuni.
AINS sau medicamente antiinflamatoare nesteroidiene	Medicație	Aceste medicamente pot asigura o ușurare a durerii și de asemenea reduc febra și inflamația non-intestinală. Cele mai obișnuite sunt ibuprofenul și aspirina, fiind recomandat ca acestea să fie evitate de pacienții cu BII, deoarece ele pot crește riscul unui puseu al bolii.
Aminosalicilat	Medicație	Acesta este un medicament utilizat pentru a trata BII, se mai numește și 5-ASA.
Anastomoză ileorectală	Intervenție chirurgicală	Aceasta este o intervenție chirurgicală în care rectul este păstrat și ileonul este atașat la rect. Aceasta este în contrast cu IPAA, în care rectul nu este păstrat.
Anemie	Boală	O afecțiune în care o persoană nu are suficiente globule roșii sănătoase sau suficientă hemoglobină. O persoană care suferă de anemie se poate simți obosită și slăbită.
Anemie din boala cronică	Boală asociată BII sau afecțiunilor inflamatorii	Aceasta este anemia ce rezultă dintr-o boală cronică precum BII sau alte procese inflamatorii.
Anemie prin carență de fier	Boală	Aceasta este o afecțiune în care globulele roșii lipsesc din sânge din cauza unei carențe de fier.
Antibiotice	Medicație	Medicamente utilizate pentru a trata infecțiile provocate de bacterii. Sunt ineficiente împotriva virusurilor.
Antidiareic	Medicație	Un medicament care oferă o calmare a simptomelor de diaree. Cel mai obișnuit este loperamida.
Apendicectomie	Intervenție chirurgicală	Îndepărtarea apendicelui de către un chirurg. Se practică de obicei pentru apendicită.
Apendicită	Boală	Inflamația apendicelui, care este o extensie a colonului. Printre altele, apendicita poate provoca durere, pierderea poftei de mâncare și febră sau perforație.
Artrită	Boală asociată BII	Inflamația articulației (articulațiilor) care provoacă durere și umflare a articulației.
Artrită axială	Boală asociată BII	Boală a articulației (articulațiilor), poate afecta coloana vertebrală și șoldurile.
Artrită periferică	Boală	Inflamația articulației care afectează de obicei articulațiile mari ale membrelor.
Artropatie		Orice boală sau stare anormală care afectează o



		articulație.
Autoimun	Descriptor al bolii	O boală autoimună este o boală în care sistemul imunitar atacă celulele sănătoase din organism.
Azatioprină	Medicație	Vezi tiopurine
Bariu (contrast)	Test diagnostic	O substanță utilizată în anumite studii radiologice pentru a intensifica vizualizarea structurilor anatomice.
BC sau boala Crohn	Descriptor al bolii	Aceasta este o boală inflamatorie intestinală. Boala Crohn poate afecta orice parte a tractului gastrointestinal, inclusiv, frecvent, intestinul subțire, în timp ce CU nu o face.
Bifosfonați	Medicație	Compuși care încetinesc pierderea osoasă și cresc densitatea osoasă.
BII	Boală	Prescurtarea pentru boală inflamatorie intestinală; acesta este un termen comun pentru boala Crohn și colita ulcerativă.
BIIN sau BII neclasificată	Descriptor al bolii	Dacă nu se poate decide dacă o persoană are BC sau CU după ce au fost efectuate toate testele, trebuie utilizat termenul BIIN.
Biopsie, biopsii	Test diagnostic	O biopsie este o probă de țesut recoltată din organism pentru a o examina mai îndeaproape. Biopsiile sunt recoltate din peretele intestinal în timpul colonoscopiei.
Boală localizată	Descriptor al bolii	Boală limitată la un sistem de organe sau la o zonă localizată a intestinului.
Boli cronice	Descriptor al bolii	Acestea sunt boli pe care o persoană le are pe o perioadă lungă (de obicei toată viața). BII sunt boli cronice.
Budesonidă	Medicație	Un medicament care aparține grupului corticosteroizilor. Budesonida are putere antiinflamatoare și este utilizată pentru a trata izbucnirile acute la pacienții cu BC ileocecală și CU cu implicarea părții terminale a colonului, sub formă de clismă. Corticosteroizii sunt de asemenea hormoni produși în mod natural de către glandele suprarenale ale organismului nostru.
Calprotectină fecală	Test	Proteină care este eliberată în intestin atunci când este inflamă. Nivelurile de calprotectină fecală cresc numai în cazul inflamației intestinale, astfel calprotectina fecală este mai bună decât CRP sau VSH pentru a măsura inflamația. Nu este specifică pentru BII. Pacientul trebuie să furnizeze o probă de scaun pentru ca aceasta să fie măsurată.
Cancer intestinal	Boală asociată BC/CU sau tratamentul ui	Acesta se mai poate numi și cancer colorectal. Cancerul intestinal este cel pe care pacienții cu BII au risc mai mare să îl facă. Printre altele, poate provoca simptome precum sânge în scaun, modificări ale obiceiurilor intestinale, umflături în abdomen și pierdere în greutate.
Carență de fier	Boală	Aceasta se manifestă când nu există suficient fier în sânge.



Carență de fier fără anemie	Boală	Aceasta este o afecțiune în care există depleție de fier, dar nu într-o asemenea măsură încât să aibă loc anemie.
Centrat pe pacient	Altele	Îngrijirea centrată pe pacient implică a se asigura că nevoile individuale ale pacientului sunt respectate și adresate, și că valorile pacientului ghidează toate deciziile clinice.
Chirurg colorectal	Altele	Acesta este un chirurg care se specializează în chirurgia rectului, anusului și colonului.
Ciclosporină	Medicație asociată CU	Inhibitor de calcineurină care este un medicament utilizat pentru a încetini sistemul imunitar și prin urmare poate fi utilizat pentru a trata CU.
Ciprofloxacină	Medicație	Un antibiotic folosit de asemenea pentru a trata BII și pouchita.
Clismă	Medicație	Acesta este un fluid injectat în partea inferioară a intestinului pe calea rectului. Aceasta poate fi făcută pentru a-l ajuta pe medic să efectueze teste sau ca o cale de administrare a medicamentelor.
Clismă baritată cu dublu contrast	Test	Aceasta este o procedură în care sunt făcute radiografiile ale colonului și rectului după ce este introdus în rect un lichid care conține bariu. Bariul trasează conturul colonului și rectului pe o radiografie și astfel ajută la evidențierea anomaliilor.
Clostridium difficile	Boală	O bacterie care poate provoca simptome asemănătoare BII.
CN sau colită nedeterminată	Descriptor al bolii	În cazurile în care nu este posibil să se stabilească dacă o persoană are BC sau CU, poate fi numită CN. Cu toate acestea, CN trebuie să fie folosit numai pentru piesele de rezecție.
Colectomie	Intervenție chirurgicală	Îndepărtarea colonului de către un chirurg. Precede chirurgia IPAA la pacienții cu CU.
Colectomie subtotală	Intervenție chirurgicală	Spre deosebire de o colectomie, aceasta este o colectomie care implică îndepărtarea unei părți a colonului, nu a întregului colon.
Colită extensivă	Descriptor al bolii	Aceasta este o CU care afectează întregul colon.
Colită stângă	Descriptor al bolii	Aceasta este CU care are loc până la, dar nu dincolo de partea stângă a colonului, și care poate fi tratată eficient cu tratament topic.
Colon (vezi imaginea)	Parte a corpului	Acesta poate fi de asemenea numit intestinul gros.
Colonografie	Test	Aceasta se poate efectua utilizând un aparat de TC sau IRM. Este o metodă pentru a obține o imagine a interiorului colonului fără necesitatea de a utiliza un endoscop.
Colonoscopie	Test	Acesta este un test în care un endoscop cu o cameră video este introdus în rect și în întregul colon pentru a investiga activitatea bolii și a recolta biopsii.



Corticosteroizi (sau steroizi)	Medicație	Un grup de medicamente care imită efectele hormonilor produși în mod natural de glandele suprarenale și acționează ca imunosupresoare. Hidrocortizonul și prednisolonul sunt doi steroizi utilizați în mod obișnuit în tratamentul BII.
Creatinină	Test	O analiză de sânge a creatininei ajută la a se stabili cât de bine funcționează rinichii.
CRP (proteina C reactivă)	Test	Analiză de sânge realizată pentru a măsura inflamația din corp. Este utilă pentru a detecta inflamația din corp, cu toate acestea un nivel crescut al CRP nu înseamnă neapărat că inflamația este la nivelul intestinului. Prin urmare, trebuie efectuate și alte teste pentru a vedea dacă originea inflamației este la nivelul intestinului pacientului cu BII.
CU sau colita ulcerativă	Descriptor al bolii	CU este una dintre bolile inflamatorii intestinale.
Displazie cervicală	Boală	Dezvoltarea de țesut anormal la nivelul colului uterin.
Ecografie	Test	O metodă imagistică ce utilizează unde sonore pentru a evalua organele din corp.
Efecte secundare	Medicație	Efecte nedorite (dăunătoare) ale unui medicament sau ale unei intervenții.
Electroliți	Test	Testați prin intermediul sângelui, aceștia sunt mineralele (de exemplu sodiu, potasiu și clor) din sângele dumneavoastră și din alte fluide ale corpului, care poartă o sarcină electrică. BII poate provoca niveluri anormale ale electroliților.
Endoscopic	Test	Acesta este adjectivul pentru endoscopie.
Endoscopie	Test	O procedură în care o cameră video aflată la capătul unui tub lung este introdusă în corp pentru a se uita direct la organele care sunt examinate. Cea mai frecventă endoscopie pentru pacienții cu BII este (ileo)colonoscopia.
Endoscopie cu capsulă a intestinului subțire (SBCE)	Test	Un test în care pacientul înghite o capsulă care conține o cameră video de mici dimensiuni. Camera video înregistrează imagini ale tractului gastrointestinal.
Enterografie RM (prin rezonanță magnetică)	Test	Un test care utilizează undele magnetice pentru a capta imagini diagnostice ale intestinului subțire cu ajutorul unei substanțe de contrast orale. Nu este utilizată radiația.
Enteroscopie asistată de aparat	Test	Examinarea intestinului subțire cu un endoscop special.
Eritem nodos	Boală asociată BII	Afecțiune inflamatorie a pielii.
Extindere (extindere a bolii)	Descriptor al bolii	Extinderea bolii se referă la cât de mult din intestin este afectat de o BII.
Extinderea bolii	Descriptor al bolii	Aceasta se referă la cât de mult din colon este afectat de CU sau BC. Acest termen nu trebuie

		confundat cu gravitatea, care se referă la cât de profundă și extinsă este inflamația. Extinderea bolii este utilă pentru a grupa CU în proctită, colită stângă și colită extensivă, similar pentru BC cu implicare a intestinului subțire, intestinului gros și tractului GI superior.
Fertil	Altele	O persoană fertilă este o persoană care poate, din punct de vedere fizic, să aibă copii.
Fistulă, fistule	Complicație a BC	Un ulcer care se extinde prin peretele intestinal, creând o cale anormală între intestin și piele sau între intestin și alt organ. O fistulă unică constă dintr-un singur traiect; fistulele complexe au traiecte multiple. BC fistulizantă este o formă a BC.
Fistulografie	Test	O examinare radiografică a unei fistule.
Fistulotomie	Intervenție chirurgicală	Deschidere chirurgicală a unei fistule.
Fraktură	Altele	Aceasta este o ruptură în os provocată fie de un eveniment unic, fie de tensiune continuă asupra osului.
Gastroenterolog	Altele	Acesta este un medic care se specializează în tratarea bolilor gastrointestinale ca BII.
Heparină cu greutate moleculară mică	Medicație	Acesta este un medicament utilizat în mod obișnuit pentru a preveni cheagurile de sânge.
Histologic	Test	Examinarea histologică are loc atunci când țesutul celular din biopsii este examinat la microscop.
I.v. sau intravenos	Medicație	Aceasta este medicația administrată prin venă în sistemul circulator.
Ileocolonoscopie	Test	Endoscopie pentru a vedea colonul și ileonul.
Ileoscopie	Test	Aceasta este utilizarea endoscopiei pentru a se uita la ileon, care este partea cea mai joasă a intestinului subțire.
Ileostomie terminală	Intervenție chirurgicală	Aceasta are loc când partea terminală a intestinului subțire este divizată și adusă afară prin abdomen și suturată la piele pentru a forma o stomă. O persoană cu o ileostomie terminală poartă o pungă pe burta sa pentru a colecta scaunul.
Imagistică	Test	Producerea unei fotografii sau imagini a unei părți a corpului utilizând oricare dintr-o varietate de tehnici precum radiografia, ecografia, TC sau IRM. Tehnicile imagistice sunt adesea necesare pentru a evalua ce parte a corpului este afectată de BII.
Imunizat	Altele	O persoană este imunizată dacă a fost făcută să fie imună la o infecție. Imunizările obișnuite sunt pentru pojar, oreion și tetanos, dar există multe altele.
Imunomodulator	Medicație	Imunomoduloarele slăbesc sau stimulează activitatea sistemului imunitar. Imunosupresoarele sunt imunomoduloarele obișnuite utilizate în tratamentul BII, deoarece se crede că BII este cel

		puțin în parte cauzată de un sistem imunitar hiperactiv.
Imunosupresor	Medicație	Un grup de medicamente utilizate pentru a încetini sistemul imunitar, inclusiv steroizi, tiopurine, metotrexat, medicamente anti-TNF și vedolizumab. Întrucât BII poate fi provocată de un sistem imunitar hiperactiv, imunosupresoarele pot fi utile pentru tratamentul său.
Indici de gravitate a bolii	Test	Un indice de gravitate a bolii este o cale de a măsura gravitatea bolii pe baza simptomelor pacienților și a anumitor teste (de exemplu, cum arată intestinul la o endoscopie). De obicei, boala severă este reprezentată de scoruri mai ridicate. Un exemplu este indicele de activitate a bolii pentru colita ulcerativă (UCDAI) sau indicele de activitate a bolii Crohn (CAI).
Infliximab	Medicație	Un medicament biologic anti-TNF utilizat în mod obișnuit pentru tratamentul BII. Este administrat pacientului printr-o perfuzie direct în sistemul circulator.
Inhibitori COX-2	Medicație	Aceștia sunt un grup specific de AINS, cu mai puține efecte secundare și tolerați mai bine în BII.
Inhibitori de calcineurină	Medicație	Agente imunosupresori care sunt utilizați pentru a trata BII și pentru a preveni rejețul de organ la pacienții transplantați.
Intubație endoscopică	Test	Aceasta este introducerea unui tub în corpul dumneavoastră utilizând un endoscop.
IPAA sau anastomoza cu rezervor ileo-anal	Intervenție chirurgicală	Aceasta este o intervenție chirurgicală adesea practică pentru pacienții cu CU, în care partea terminală a intestinului subțire este restructurată ca un rezervor (pungă) și îndeplinește funcția pe care obișnuia să o îndeplinească intestinul gros înainte de a fi îndepărtat.
IRM sau imagistică prin rezonanță magnetică	Test	Un test care utilizează undele magnetice pentru a capta imagini diagnostice ale diferitelor părți ale corpului. Nu este utilizată radiația.
Lactoferină	Test	Proteină care este eliberată în intestin atunci când este inflamată. Pacientul trebuie să furnizeze o probă de scaun pentru ca aceasta să fie măsurată.
Laparoscopic	Intervenție chirurgicală	Chirurgia laparoscopică este o cale de a practica intervenții chirurgicale în care pacientului i se fac incizii mici și sunt introduse camere video pentru a vizualiza câmpul chirurgical. Datorită inciziilor mai mici, recuperarea post-operatorie este de obicei mai rapidă decât în chirurgia obișnuită.
Loperamidă	Medicație	Un medicament antidiareic tipic, vezi antidiareic.
Malabsorbție	Complicație a BC	Absorbția anormală a substanțelor nutritive din alimente la nivelul tractului gastrointestinal.
Malnutriție	Complicație a BC	Lipsa unei nutriții adecvate care decurge, de exemplu, din imposibilitatea de a mânca suficient,

		de a mânca suficiente alimente corecte sau din malabsorbție (vezi Malabsorbție).
Medicamente biologice	Medicație	De obicei proteine de tip IG (imunoglobuline) care sunt obținute din celule modificate genetic, de exemplu agenți anti-TNF sau vedolizumab.
Medicație anti-TNF	Medicație	Medicamente biologice (produse prin biotehnologie) utilizate în mod obișnuit pentru a trata boala inflamatorie intestinală. Cele mai obișnuite sunt infliximab, adalimumab, certolizumab și golimumab.
Mesalazină	Medicație	Un medicament utilizat pentru a trata BII. Se poate lua pe cale orală sau rectală.
Metotrexat	Medicație	Medicament care aparține grupului imunosupresoarelor, utilizat în mod obișnuit pentru tratamentul BC. Nu este la fel de eficient pentru colita ulcerativă.
Metronidazol	Medicație	Acesta este un antibiotic utilizat în mod obișnuit pentru a trata pouchita și BC fistulizantă.
MRCP sau colangiografie prin rezonanță magnetică	Test	Acesta este un test special care utilizează un aparat de IRM pentru a verifica tulburările hepatobiliare.
Nivelul de feritină serică	Test	Aceasta este o analiză care măsoară cantitatea de fier stocată în corp.
Niveluri de hemoglobină	Test	Nivelurile de hemoglobină măsoară cât de multă hemoglobină este în sângele dumneavoastră. Hemoglobina transportă oxigenul în sânge. Nivelurile scăzute indică anemia.
Obstrucție, obstructiv	Complicație a BC	O obstrucție are loc atunci când inflamația asociată BC îngroașă peretele intestinal, provocând îngustarea intestinului sau atunci când porțiuni ale intestinului dezvoltă aderențe și fluxul conținutului intestinal este blocat.
Oral	Medicație	Medicația orală este o medicație care se ia pe gură.
Osteopenie	Boală	Aceasta este slăbirea oaselor care nu este suficient de însemnată pentru a fi considerată osteoporoză.
Osteoporoză	Boală	Aceasta este o afecțiune medicală în care oasele devin slabe și expun persoana la un risc mai mare de a suferi fracturi.
p-ANCA	Test	p-ANCA înseamnă anticorpi perinucleari anti-citoplasma neutrofilelor. Aceștia sunt detectați în sânge.
Pouchită	Complicație	Inflamația rezervorului ileal (vezi IPAA).
Puseu sau recidivă	Descriptor al bolii	Aceasta este o stare a bolii active și este opusul bolii care este în remisiune. O persoană care se află într-un puseu de boală va avea simptome și inflamație.
Pyoderma gangrenosum	Boală	Inflamație a pielii care duce la ulceratii dureroase provocate de mecanisme autoimune și nu de o infecție, observată uneori la pacienții cu BII.

Recidivă	Descriptor al bolii	Reactivarea bolii.
Rect	Parte a corpului	Aceasta este partea finală a colonului. Se termină la nivelul anusului.
Rectal	Parte a corpului	Ceva care este rectal are legătură cu partea terminală a colonului, care se numește rect. De exemplu, un medicament care este introdus în rect prin anus se numește medicament rectal.
Reducere treptată	Medicație	Dacă un medicament este redus treptat, întreruperea administrării are loc în mod gradual, și nu brusc. Acest lucru trebuie făcut în cazul steroizilor, deoarece oprirea bruscă a administrării steroizilor poate avea efecte secundare grave.
Remisiune	Descriptor al bolii	Remisiunea are loc atunci când o persoană nu are boala activă; aceasta este în contrast cu termenii „puseu” sau „recidivă” care sunt folosiți pentru a descrie situația în care o persoană are boala activă.
Rezecție	Intervenție chirurgicală	Îndepărtarea chirurgicală în întregime sau a unei părți a unui organ sau a altei structuri a corpului.
Sacroileită	Boală	Inflamație a articulației dintre osul sacru și oasele iliace pelvine.
Saturația transferinei	Test	Aceasta este o măsură a capacității de legare a fierului din organism, iar nivelurile mai mici de 16% indică o carență de fier.
Scaun sau scaune	Altele	Un scaun este o mișcare intestinală sau fecale.
Scor T	Test	Scorul T este o măsurare a densității osoase.
Serologic	Test	Serologia studiază serul și alte fluide ale corpului. De obicei este folosit pentru a diagnostica anticorpii din ser.
Serologie	Test	Aceasta reprezintă testarea serului sau a altor fluide ale corpului.
Seton	Intervenție chirurgicală	Un fir care este utilizat pentru a menține deschis traiectul fistulei și a evita colectarea de puroi într-un abces.
Sigmoidoscopie	Test	Aceasta este similară cu o colonoscopie, cu excepția faptului că examinează numai ultima parte a colonului, spre deosebire de întregul colon.
Sindromul de intestin iritabil (SII)	Boală	O afecțiune obișnuită cu simptome asemănătoare BII, dar fără inflamație.
Sistemic	Medicație	Un medicament sistemic care afectează întregul organism. Acesta este în contrast cu un medicament topic care nu circulă peste tot în corp.
Spondilită anchilozantă	Boală asociată BII	Este o formă de artrită caracterizată de inflamație cronică ce afectează în primul rând coloana vertebrală, provocând durere și rigiditate a spatelui, care progresează la torace și gât.
Stenoză	Boală	Aceasta este o îngustare care este suficient de semnificativă încât să provoace disconfort pacientului.

Steroizi	Medicație	Steroizii sunt utilizați în mod obișnuit pentru a trata BII și acționează prin imunosupresie. Aceștia pot să fie topici sau sistemici. Datorită multiplelor lor efecte secundare, utilizarea lor trebuie limitată cât mai mult posibil.
Strictură	Boală a BC	Aceasta este o îngustare care este suficient de semnificativă încât să provoace disconfort pacientului.
Sulfasalazină	Medicație	Sulfasalazina este un medicament utilizat pentru a trata BII. Sulfasalazina constă în două părți, 5-ASA, partea activă, și un antibiotic, sulfapiridina. Sulfasalazina este divizată de către bacteriile din colon și eliberează 5-ASA.
Supozitoare sau supozitor	Medicație	Acesta este un medicament care este introdus în rect și apoi se topește și acoperă mucoasa intestinală pentru a trata inflamația.
Supraveghere	Test	Supravegherea are loc atunci când medicul examinează în mod regulat pacientul cu BII, adesea cu un endoscop, pentru a vedea dacă s-a dezvoltat cancerul intestinal. Supravegherea este importantă deoarece pacienții cu BII au un risc crescut de a face cancer intestinal.
Tacrolimus	Medicație	Acesta este un imunosupresor similar cu ciclosporina, care poate fi utilizat pe cale orală pentru a trata CU.
TC (tomografie computerizată)	Test	Aceasta este o formă de radiografie efectuată într-un aparat de scanare.
Tenesme	Descriptor al bolii	Spasme sau crampe dureroase la nivelul rectului/anusului, de obicei însoțite de eforturi involuntare de încordare și nevoia urgentă de a evacua, fără produs real.
Terapie de salvare	Tratament	Terapia de salvare este un tratament care se utilizează atunci când toate tratamentele convenționale au eșuat și este utilizată ca un ultim efort de a ține boala sub control.
Tiopurine	Medicație	Aceste medicamente sunt imunosupresoare. Azatioprina și mercaptopurina sunt cel mai frecvent utilizate pentru tratamentul BII.
Topic	Medicație	Acesta este un medicament care tratează inflamația direct, fără să fie absorbit de către organism.
Tratament de menținere	Medicație	Acesta este un tratament utilizat pentru a menține pacientul în remisiune.
Trombocitoză	Test	Număr crescut de plachete (trombocite).
Tuberculoză	Boală	Aceasta este o boală infecțioasă care afectează plămânii și alte părți ale organismului, provocată de mycobacterium tuberculosis.
Tulburări limfoproliferative (TLP)	Boală	Un grup de boli în care limfocitele (globule albe) sunt produse excesiv. TLP includ diferite leucemii și limfoame.



Uree serică	Test	Ureea este o substanță care este în mod normal îndepărtată din sânge de către rinichi, în urină. Este important să fie testate nivelurile de uree serică deoarece valorile anormale pot indica dacă rinichii sunt afectați sau dacă pacientul este deshidratat.
Uveită	Boală	Aceasta este o inflamație a uveei la nivelul ochiului.
Validat	Test	Dacă ceva a fost validat, înseamnă că s-a dovedit a fi o măsură precisă a ceea ce pretinde că măsoară. De exemplu, un indice de gravitate a bolii va fi validat de îndată ce se dovedește că măsoară gravitatea bolii cu precizie.
Vedolizumab	Medicație	Un medicament biologic (produs prin biotehnologie) utilizat pentru a trata BII. Este administrat pacientului printr-o perfuzie direct în sistemul circulator.
VSH sau viteza de sedimentare a hematiilor (eritrocitelor)	Test	O analiză de sânge utilizată pentru a măsura gradul de inflamație din organism, similară cu CRP.
VSL#3	Medicație	Acesta este un probiotic (microorganisme vii care, atunci când sunt administrate într-o cantitate adecvată, conferă gazdei un beneficiu pentru sănătate) care s-a dovedit promițător pentru tratarea pouchitei.

ASPIIR

#worldibdday2016

#unitedwestand2016

IBD Day 2016
19 May, Bucharest



IBD Day 2017
19 May, Bucharest

ASOCIAȚIA PERSOANELOR CU BOLI INFLAMATORII INTESTINALE DIN ROMÂNIA

Calea Moșilor, nr.268, Bl. 12, Ap.17, 020891, București, Sector 2,
CIF 26753819, IBAN RO30RNCB0073115953500001, BCR Sector 2, București

Număr de înregistrare MJ 12506/A/2010 din 03.01.2011

www.aspiir.ro, info@aspiir.ro



