

¹Ribeiro, Maria Isabel & ²Morgado, Manuel

¹Professora Adjunta do Instituto Politécnico de Bragança, Investigadora do CETRAD e Colaboradora da UDI. xlote@ipb.pt

²Especialista em Farmácia Hospitalar dos Serviços Farmacêuticos do Centro Hospitalar Cova da Beira, E.P.E.

INTRODUÇÃO

A doença de Crohn (DC) é a doença inflamatória do trato gastrointestinal mais prevalente, com elevada incidência e com tendência para crescer sobretudo nos países industrializados^{1,2}. É uma doença crónica, autoimune que afeta todas as partes do tubo digestivo, da boca ao ânus e, embora, frequentemente se localize no segmento ileocólico, todas as camadas do intestino poderão estar envolvidas³⁻⁵.

OBJETIVOS

Este trabalho de investigação teve como objetivos, caracterizar a DC quanto à sua etiologia, sintomatologia e, descrever as terapêuticas utilizadas para o tratamento da doença, fazendo-se especial referência aos agentes biológicos de dispensa hospitalar e às respetivas recomendações a partilhar com o doente sobre os seus possíveis efeitos.

METODOLOGIA

Este estudo consiste numa revisão sistemática. Para a elaboração deste trabalho de investigação foram desenvolvidas pesquisas em bases de dados, nomeadamente, Pubmed, Medline, SCOPUS, Elsevier, RCAAP, SCIELO, bem como, foi consultada legislação em vigor em Portugal sobre os fármacos que são utilizados no tratamento de DC. Foram utilizados com maior frequência, os descritores, Doenças inflamatórias Intestinais, Doença de Crohn, *Infliximab*, *Adalimumab*, Terapêutica farmacológica, Fármacos biológicos, Agentes probióticos, Ensaio clínicos, entre outros. Tal como mostra a figura 1, procura foi centralizada em estudos de Revisão sistemática, Estudos experimentais, Ensaio clínicos (controlados e aleatorizados), Estudos de caso, Estudos observacionais (retrospectivos e prospetivos) e Legislação. A análise compreendeu o período temporal de 1986 a 2014.

RESULTADOS

A causa da DC é desconhecida, no entanto pensa-se que a etiologia é multifatorial resultando da interação entre fatores genéticos, imunológicos e ambientais, microflora intestinal e resposta imune (figura 1). Os sintomas mais comuns da DC são, diarreia, dor abdominal (cólicas), febre, perda de apetite, perda de peso e emagrecimento, são também vulgares os sinais de malnutrição, astenia, anorexia, náuseas e vômitos, embora a diarreia seja o sintoma mais comum (figura 2).



Figura 1 – Etiologia da DC

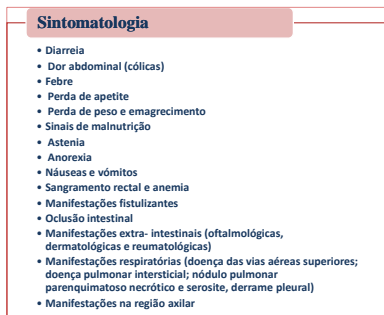


Figura 2 – Sintomatologia da DC

Sendo uma doença crónica, os medicamentos disponíveis atualmente, reduzem a inflamação e habitualmente controlam os sintomas mas não curam. O tratamento da DC visa, aliviar sintomas, induzir ou manter a remissão nos casos de doença ativa, evitar ou reduzir as complicações, designadamente, curar fístulas e evitar cirurgias de emergência, e melhorar a qualidade de vida dos pacientes afetados. O sucesso dos tratamentos depende do diagnóstico preciso, da natureza e extensão da doença, do seu subtipo, localização e severidade. Para além disso, a terapêutica da DC tem que ter em conta a heterogeneidade dos segmentos intestinais envolvidos e a gravidade (figura 3)

CONCLUSÕES

Na última década, a introdução de agentes biológicos no tratamento da DC tornou-se um dos pilares da terapia para pacientes que não respondem ao tratamento convencional, traduzindo-se em melhorias substanciais na qualidade de vida destes pacientes. Os resultados de estudos experimentais bem como da prática clínica sugerem que o uso precoce de imunossuppressores e fármacos biológicos altera a história natural da doença diminuindo a taxa de progressão para complicações estruturais do tubo digestivo. Em Portugal, os fármacos autorizados e dispensados em contexto hospitalar para o tratamento da DC são o *Infliximab* e o *Adalimumab*, comparticipados a 100% desde que prescritos por um médico especialista em gastroenterologia. Apesar do uso de produtos biológicos há mais de uma década, questões sobre a verdadeira eficácia e os melhores regimes de tratamento, ainda permanecem, para além de existir a necessidade de otimizar o tratamento dispendioso, uma vez que existe uma percentagem significativa de doentes com DC que não têm qualquer resposta relevante para os atuais agentes biológicos.

BIBLIOGRAFIA

- [1]. Van Assche, G.; Dignass, A.; Panes, J., et al. (2010). European Crohn's and Colitis Organisation (ECCO). The second European evidencebased consensus on the diagnosis and management of Crohn's disease: definitions and diagnosis. *J Crohns and Colitis*, 4:7-27.
- [2]. Magro, F., Correia, L.; Lago, P., Macedo, G.; Peixe, P.; Portela, F. et al. (2012). Decisões clínicas na doença de Crohn. *GE J Port Gastroenterol*, 19(2):71-88, 2012.
- [3]. Portugal. Direção Geral da Saúde. Administração Central do Sistema de Saúde, I.P. (2009). *Rede de Referência Hospitalar de Gastroenterologia*. - Lisboa: ACS - 64 p. ISBN 978-989-96226-0-9
- [4]. Gomes, C.; Santos, F.; Ferreira, V. (2010). Vivências de Pessoas Ostromizadas com Doença de Crohn. *Revista Referência*, 2 (12): 19-3.
- [5]. Kvist, N.; Jacobsen, P.; Norgaard, H., et al. (1986). Malignancy in Crohn's disease. *Scand J Gastroenterol*, 21: 82-86.

RESULTADOS

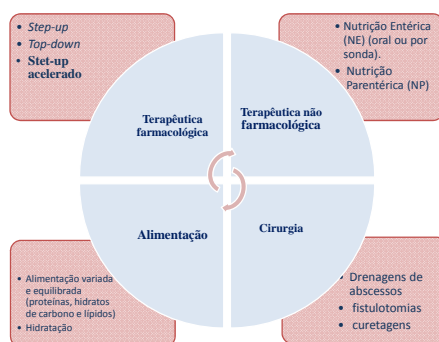


Figura 3 – Terapêuticas na DC

A terapêutica farmacológica da DC dicotomizou-se em 2 estratégias: a tradicional, designada de *step-up*, que se baseia no acréscimo progressivo de medicamentos cada vez mais potentes e com maior possibilidade de efeitos colaterais conforme a não resposta ao tratamento e a *top-down* baseada no uso inicial de imunossuppressores e/ou biológicos. Atualmente também se defende a atitude intermédia, o *step-up* acelerado, que se traduz no uso precoce de imunossuppressores e/ou biológicos (*infliximab* e *adalimumab*) nos doentes com doença inflamatória com fatores de risco de doença estenosante e/ou fistulizante. Na Gastroenterologia, os agentes biológicos estão indicados para o tratamento de doentes com DC em atividade moderada ou grave, que não tenham respondido à terapêutica convencional (imunossuppressores e/ou corticosteróides) ou que tenham sido intolerantes ou apresentem contraindicação a estes fármacos.

A terapia cirúrgica para a realização de procedimentos como drenagens de abscessos, fistulotomias e curetagens. Cerca de 50% dos doentes são submetidos a cirurgia no intervalo de 10 anos pós-diagnóstico.

A terapêutica nutricional tem como objetivo corrigir a desnutrição e a deficiência de nutrientes e reverter as suas consequências metabólicas e patológicas. De acordo com a fase em que a patologia se encontra podem ser utilizadas, a nutrição Entérica (NE) (oral ou por sonda) ou a nutrição Parentérica (NP)

A Nutrição Entérica (NE) (oral ou por sonda)

Terapêutica efetiva na prevenção de crises de agudização e manutenção da remissão da DC em adultos. Em crianças com DC leve a moderada, a NE deve ser a indicada para evitar atrasos no crescimento, bem como para melhorar a qualidade de vida das crianças. Parece ter a mesma eficácia que a NP com a vantagem de lhe estarem associados menores efeitos colaterais e registar menores custos.

Nutrição Parentérica (NP)

Contribui para a cicatrização de fístulas, reduz o índice de atividade da doença, há ganho de peso e aumento dos níveis plasmáticos de albumina sérica. Está restrita à má nutrição severa e suporte nutricional no pré e pós-operatório em pacientes com história de perda de peso e albumina baixa.

Alimentação: os alimentos suaves e tenros, principalmente, quando a doença está na fase ativa. Evitar alimentos ricos em gordura e em fibras, que podem agravar o desconforto intestinal e abdominal. Evitar o consumo de álcool e cafeína que podem intensificar a diarreia. Optar por uma alimentação variada e equilibrada em proteínas, hidratos de carbono e lípidos. Ingerir líquidos em pequenas quantidades dispersas ao longo do dia para assegurar o equilíbrio entre a ingestão e o gasto evitando a desidratação.