

MALALTIES INFLAMATÒRIES INTESTINALS:

COLITIS ULCEROSA I MALALTIA DE CROHN:

TRACTAMENT

Té la dieta algun paper en el tractament?

En la malaltia inflamatòria intestinal no existeix cap aliment prohibit, no hi ha cap aliment que desfermi, perpetui o empitjori l'activitat inflamatòria. L'objectiu de la dieta és prevenir i corregir la desnutrició. La dieta ha de ser el més variada possible i incloure aliments rics en calci, proteïnes i ferro, per la qual cosa la llet i els seus derivats, que ajuden a prevenir l'osteoporosi, són recomanables. Alguns pacients amb brots greus de la malaltia poden presentar desnutrició i, en aquests casos, s'hauran de realitzar dietes especials augmentant la ingesta de calories i suplementes dietètics. En pacients ingressats pot caldre l'alimentació directament per sonda al tub digestiu (alimentació enteral), o l'alimentació a través d'una vena (nutrició parenteral).

Quina és la primera opció de tractament en la colitis ulcerosa?

El tractament s'ha d'adaptar a les característiques i la situació de cada pacient, no hi ha una "primera opció" vàlida per a tots els casos. Els factors que guien l'elecció del tractament són, fonamentalment, l'extensió de les lesions inflamatòries i la gravetat del brot.

Quan l'extensió es limita a la part "distal" del còlon –únicament es veuen afectats el recte o el recte i el sigma (fins a 35-40 cm. de l'anús)– se sol elegir l'administració local de medicaments mitjançant supositoris o ènemes. S'empren habitualment mesalazina o corticoides. Administrats de forma local,

tots dos compostos tenen una eficàcia similar i s'aconsegueix un benefici addicional amb l'administració combinada. L'elecció d'una o altra presentació depèn molts cops de les preferències i destresa del pacient i de l'experiència en brots previs.

En las formes més esteses de colitis s'ha de recórrer a l'administració de mesalazina per via oral, ja que els supositoris o ènemes no arriben a tota la zona inflamada. La resposta a aquest tractament pot ser lenta i, de vegades, la remissió completa s'aconsegueix en 4-6 setmanes. Quan no hi ha resposta al tractament amb mesalazina, o bé en els brots moderats i greus de colitis ulcerosa, s'administren els corticoides orals. En casos greus, el pacient pot necessitar que l'hospitalitzin per administrar corticoides per via endovenosa. Els corticoides solen produir una desaparició o millora ràpida dels símptomes en la colitis ulcerosa. Així, quan després d'una setmana de tractament amb corticoides no s'ha produït una millora evident, cal recórrer a altres alternatives de tractament.

Quina és la primera opció de tractament en la malaltia de Crohn?

A l'igual que en la colitis ulcerosa, l'elecció del tractament vindrà condicionada per la localització de lesions inflamatòries i per la gravetat. En els casos amb afectació lleu, tant de l'intestí prim com del còlon, la mesalazina en dosis altes pot resultar eficaç. En pacients amb lesions localitzades a la porció final de l'ílium i/o porció inicial del còlon (cec / còlon ascendent), sol resultar més eficaç la budesonida, un preparat de corticoides que té una acció local intensa però poc efecte en la resta de l'organisme. En pacients amb afectació limitada al còlon, es pot intentar basar el tractament inicial en l'antibiòtic metronidazole,

que a banda del seu efecte antibiòtic, també exerceix una acció antiinflamatòria.

En els pacients que no responen a aquesta primera línia de tractament i en aquells amb una malaltia més greu, s'utilitzen els corticoides d'acció general via oral. Els casos greus requereixen hospitalització i el tractament amb corticoides administrats per via endovenosa.

La resposta de la malaltia de Crohn al tractament amb corticoides sol ser més lenta que en la colitis ulcerosa. Si, al cap d'unes setmanes de tractament, no s'ha produït cap millora, o si el pacient empitjora malgrat el tractament amb corticoides, s'han de considerar altres opcions terapèutiques.

Existeixen alternatives si fracassa el tractament inicial?

Quan en la fase inicial s'ha hagut de recorre als corticoides, es pot produir un fracàs en el control de la malaltia en dues situacions diferents:

a) *corticodependència*: el pacient respon inicialment però, en reduir la dosi o interrompre el tractament, reapareix l'activitat de la malaltia.

b) *corticoresistència*: el pacient no respon al tractament amb corticoides. En aquesta situació, cal iniciar el tractament amb fàrmacs alternatius. En l'actualitat, aquests fàrmacs són, bàsicament, de 2 tipus:

1. **Immunomoduladors**, com, per exemple, l'azatioprina, mercaptopurina, metotrexat. Els immunomoduladors permeten la retirada dels corticoides i el manteniment de la remissió en el 50-60% dels pacients amb corticoresistència. Aquest tractament, un cop introduït, s'ha de mantenir durant períodes de temps perllongats (generalment, molts anys). Aquests medicaments triguen diverses setmanes a fer efecte, per la qual

cosa en els pacients amb brots greus que tenen resistència als corticoides es poden utilitzar immunomoduladors d'inici ràpid com la ciclosporina per, un cop controlat el brot, iniciar l'azatioprina com a fàrmac per mantenir la remissió.

- 2. Anticossos contra els mediadors de la inflamació.** En els darrers anys, s'han desenvolupat medicaments que bloquegen el TNF (factor de necrosi tumoral), una substància amb un efecte inflamatori potent en la mucosa de l'intestí. Actualment, es poden utilitzar dos medicaments d'aquest tipus: l'infliximab i l'adalimumab. L'infliximab s'administra de forma endovenosa, generalment en unitats d'hospital de dia, i l'adalimumab s'administra de forma subcutània; ho pot fer el mateix pacient en el seu domicili mitjançant plomes precarregades. Aquests fàrmacs són útils en aquells pacients que presenten activitat de la malaltia a pesar de trobar-se ja sota tractament immunomodulador, o aquells que no toleren aquests fàrmacs. En tots dos casos, si després d'un tractament d'inducció s'aconsegueix la remissió, es realitza un tractament de manteniment a llarg termini.

Cal fer un tractament de manteniment?

La colitis ulcerosa i la malaltia de Crohn són processos crònics que cursen a brots per la qual cosa, un cop que hem aconseguit controlar-ne els símptomes, és aconsellable realitzar un tractament per prevenir els futurs brots i, per tant, les complicacions. En la colitis ulcerosa, l'administració de mesalazina a llarg termini és eficaç per reduir el nombre de brots. En la malaltia de Crohn, l'eficàcia del tractament de manteniment amb mesalazina s'ha posat en dubte.

És possible que tingui un efecte beneficiós en aquells pacients amb formes lleus en els quals els preparats de mesalazina son suficients per induir la remissió. En els pacients corticodepenents (la malaltia reapareix en deixar la cortisona), es poden utilitzar els immunomoduladors o els fàrmacs antiTNF per mantenir la remissió. Un concepte important és que els corticoides no son útils per mantenir la remissió, per la qual cosa sempre caldrà intentar retirar-los un cop s'hagi aconseguit la remissió.

Quin risc tenen els medicaments emprats en aquesta patologia?

Els preparats de mesalazina són fàrmacs molt segurs. L'efecte advers més freqüent és el mal de cap (cefalea). En un percentatge molt reduït de pacients es pot produir una inflamació lleu del pàncrees o del fetge, la qual es resol amb la interrupció de la medicació.

Els efectes adversos més notables dels corticoides inclouen la inflamació de la cara, l'aparició de pèl facial, estries, acne, canvis en l'estat d'ànim, insomni, diabetis, augment de pes, hipertensió, augment de la pressió intraocular, cataractes, risc d'infecció i pèrdua de massa òssia. L'aparició i intensitat de cadascun d'aquests efectes adversos depenen de la susceptibilitat de cada individu, de la dosi i de la durada del tractament. No existeixen mesures de prevenció contra aquests efectes adversos a excepció de la pèrdua de massa òssia, mitjançant la presa simultània de suplementos orals de calci i de vitamina D.

El risc principal associat al tractament amb fàrmacs immunomoduladors és la infecció. L'aparició d'una infecció no suposa que s'hagi de deixar de prendre el fàrmac en tots els casos, sinó que el metge considerarà el tractament idoni per a

cada cas concret. Aquests fàrmacs poden produir una supressió de la medul·la òssia, per la qual cosa es realitzen controls de forma habitual amb anàlisis de sang durant el tractament. Hi ha alguns pacients que no poden prendre el fàrmac perquè el metabolitzen molt a poc a poc. Altres efectes adversos que poden produir són hepatitis, pancreatitis, dolors articulars i caiguda del cabell. Tots aquests efectes es resolen fàcilment amb la retirada del fàrmac. Quan s'administra metotrexat, cal controlar la xifra de transaminases i prendre àcid fòlic per detectar i prevenir efectes secundaris.

El principal risc del tractament amb anticossos antiTNF són les infeccions i, especialment, la tuberculosi. Per aquest motiu, abans d'iniciar el tractament es realitzen un seguit de proves per descartar tuberculosi latent. Els pacients en tractament amb aquests fàrmacs que presenten febre o signes d'infecció els ha de valorar ràpidament el seu metge.

Quan cal recórrer a la cirurgia?

La decisió d'operar s'ha de prendre conjuntament entre el gastroenteròleg, el cirurgià i el pacient. En la colitis ulcerosa, la cirurgia s'aconsella en els casos de colitis greu en els quals no s'aconsegueix la remissió amb tractament mèdic, en els pacients que presenten efectes secundaris intolerables i en els casos de displàsia i càncer. La cirurgia en la colitis ulcerosa consisteix en la resecció del còlon, amb la qual cosa elimina la malaltia. Aquesta intervenció consisteix en l'extirpació (resecció) de tot el còlon i del recte i, posteriorment, la construcció d'una bossa a partir de l'intestí prim, que es fixarà en un dels seus extrems a l'anús i que realitzarà la funció del recte.

En la malaltia de Crohn la indicació més freqüent de cirurgia és l'estenosi (estretor de la llum), que produeix símptomes de dolor, distensió de l'abdomen, nàusees i vòmits per obstrucció del trànsit intestinal. Altres indicacions poden ser la malaltia crònicament activa i la malaltia fistulitzant que no ha respòs als tractaments mèdics disponibles.

Cal tenir en compte que en la malaltia de Crohn la cirurgia no és curativa sinó que únicament elimina un problema concret, per la qual cosa la cirurgia sempre és conservadora: només es fa la resecció del tram d'intestí que està afectat i es torna a unir en els seus dos extrems (anastomosi).

Generalment, es programa la cirurgia però de vegades es requereix una cirurgia d'urgència per complicacions de la malaltia.

Què és la malaltia de Crohn perianal?

L'afectació de la regió perianal en la malaltia de Crohn és habitual i en fins a un 5-9% dels pacients és la primera manifestació de la malaltia. Consisteix en l'aparició en la zona de l'anús i del recte de fissures, fístules, abscessos (col·leccions de pus), replecs cutanis i maceració perianal. Les més importants per la seva gravetat i pel deteriorament que ocasiona en la qualitat de vida són les fístules, les quals són trajectes que comuniquen l'anús o el recte amb la pell de la zona perineal i de vegades amb els glutis o els genitals. Les fístules poden ser recurrents. El seu tractament és individualitzat. Es pot intentar, en primer lloc, el tractament antibiòtic amb metronidazol i ciprofloxacina. Quan això falla o quan les fístules reapareixen amb freqüència, s'iniciarà un tractament immunomodulador amb azatioprina o mercaptopurina. Una alternativa a aquest tractament quan tampoc no és eficaç, és la combinació d'infliximab amb cirurgia

(per exemple, col·locació de drenatges). La cirurgia també s'utilitza quan les fístules no responen al tractament. Els abscessos perianals requereixen desbridament quirúrgic.