

COLITA ULCEROASĂ LA COPIL

Protocol clinic instituțional

PCI - 28

Chișinău, 2012

CUPRINS:

ABREVIERILE FOLOSITE ÎN DOCUMENT	3
PREFAȚĂ	3
A. PARTEA ÎNTRDUCTIVĂ	3
A.1. Codul bolii	3
A.2. Utilizatorii	3
A.3. Scopurile protocolului	4
A.4. Data elaborării protocolului	4
A.5. Data reviziei următoare	4
A.6. Definițiile folosite în document	4
B. PARTEA GENERALĂ	5
B.1. Nivel de asistență medicală spitalicească IMSP ICȘDOSMșiC	5
C. 1. ALGORITMI DE CONDUITĂ	6
C.1.1. Algoritmul de conduită a copiilor cu Colita ulcerosă	6
C.2. DESCRIEREA METODELOR, TEHNICILOR ȘI PROCEDURILOR	7
C.2.1. Clasificarea Colitei ulcerose	7
C.2.2. Factori de risc	8
C.2.3. Conduita pacientului	8
C.2.3.1. Anamneza	8
C.2.3.2. Examenul clinic	9
C.2.3.3. Investigații paraclinice	11
C.2.3.4. Diagnosticul diferențial	15
C.2.4. Tratamentul Colitei ulcerose	15
C.2.4.1. Tratamentul nemedicamentos	16
C.2.4.2. Tratamentul medicamentos	16
C.2.4.3. Tratamentul chirurgical	17
C.2.5. Complicațiile	18
D. RESURSE UMANE ȘI MATERIALE NECESARE PENTRU IMPLEMENTAREA PREVEDERILOR PROTOCOLULUI	18
E. INDICATORII DE MONITORIZARE A IMPLIMENTĂRII PROTOCOLULUI	19
F. ASPECTELE MEDICO-ORGANIZAȚIONALE	19
Anexa 1. Ghidul pacientului cu Colită ulcerosă	21
BIBLIOGRAFIA	18

Aprobat prin ordinul IMSP ICȘDOSMșiC nr. _____ din _____

ABREVIERILE FOLOSITE ÎN DOCUMENT

AINS	– antiinflamatoare nesteroidiene
ANA	– anticorpi antinucleari
ANCA	– anticorpi anticitoplasmă neutrofilă
ASCA	– anticorpi anti- <i>Sacharomices cerevisiae</i>
BC	– boala Crohn
BII	– boala inflamatorie a intestinului
CU	– colita ulceroasă
DS	– deviere standard
EGDFS	– esofagogastroduodenofibroscopie
IBD	– boala inflamatorie a intestinului
GP	– gastroenterolog pediatru
IMSP ICȘOSMC	– Institutia Medico-Sanitară Publică Institutul de Cercetări Științifice în Domeniul Ocrotirii Sanatării Mamei și Copilului.
I.v.	– intravenous
MF	– medic de familie
N	– rezultat în limite fiziologice în evaluări clinice, de laborator și instrumentale
p.o.	– <i>per os</i>
P	– pediatru
TGI	– tubul digestiv inferior
TGS	– tubul digestiv superior
VSH	– viteza de sedimentare a hematiilor
↑	– valori crescute, comparativ cu limitele fiziologice
↓	– valori reduse, comparativ cu limitele fiziologice

PREFAȚĂ

Protocolul clinic instituțional nr.28 „Colita ulceroasă la copil” a fost elaborat în baza Protocolului clinic național nr.92 „Colita ulceroasă la copil” de către grupul de lucru în componența: Dr.Ion Mihu, dr. hab. med., prof. univ., șef secție gastroenterologie, IMSP ICȘDOSMșiC; Dr. Olga Tighineanu, medic pediatru, doctorand secția gastroenterologie, IMSP ICȘDOSMșiC. Protocolul a fost discutat și aprobat la ședința grupului de lucru pentru elaborarea și implementarea protocoalelor clinice, Consiliul Calității din cadrul ICȘDOSMșiC, președinte Mihai Rotaru.

A. PARTEA ÎNTRODUCTIVĂ

A.1. Diagnosticul:

Exemple de formulare a diagnosticului clinic:

1. Colita ulceroasă de severitate medie (S2), localizare de stînga (E2), activitate moderată. Deficit de masă, gr. 1. Acrodermatită enteropatică. Anemie deficitară, gr. I.
2. Colita ulceroasă cu severitate ușoară (S1), proctita (E1), activitate ușoară. Anemie deficitară, gr.I.
3. Colită ulceroasă în remisiune clinică (S0). Talie joasă.

A.2. Codul bolii (CIM 10): K51- K51.9

A.3. Utilizatorii: IMSP ICȘDOSMșiC:

- secția internare,
- secția gastroenterologie,
- secțiile reanimare și terapie intensivă,
- secțiile chirurgie urgentă și septică,
- laboratorul clinic,
- laboratorul bacteriologic,
- secția radiologie,

- secția diagnostic funcțional,
- farmacia spitalului.

A.4. Scopurile protocolului

1. Depistarea precoce (în primul an de la apariția semnelor clinice) a pacienților cu CU.
2. Ameliorarea examinării pacienților cu CU.
3. Ameliorarea calității tratamentului pacienților cu CU.
4. Creșterea numărului de pacienți cu CU, supravegheați conform recomandărilor din Protocolul clinic național.
5. Creșterea numărului de pacienți cu CU, cărora li se vor monitoriza posibile efecte adverse la tratamentul continuu cu preparate remisive.
6. Creșterea numărului de pacienți cu CU, cu inducerea remisiunii complete.
7. Creșterea numărului de pacienți cu CU, cu menținerea remisiunii complete.
8. Ameliorarea screening-ului cancerului de colon la pacienții cu CU.
9. Ameliorarea psihosocială a copilului cu CU și a familiei lui.

A.5. Data elaborării protocolului: decembrie 2012

A.6. Data reviziei următoare: concomitent cu reactualizarea PCN.

A.7. Definițiile folosite în document

Colită ulceroasă – afecțiune inflamatorie cronică a intestinului, caracterizată prin leziuni ulcerohemoragice, localizate la nivelul mucoasei colonului, preponderent al rectului.

Boala inflamatorie cronică a intestinului – denumire generică a 2 entități, caracterizate prin inflamația peretelui intestinal, de etiologie neprecizată și cu o evoluție cronică.

Colangita sclerozantă primară – afecțiune inflamatorie, fibrozantă primară a căilor biliare, intra- și extrahepatice cu evoluție în ciroză biliară și insuficiență hepatică.

Tenesme – contracturi spastice, dureroase ale sfincterului anal sau ale colului vezicii urinare.

Rectoragie – prezența sîngelui în scaun.

Rectoragie cronică – prezența sîngelui în scaun > 4 săptămîni.

Rectoragie recurentă – diaree cu sînge > 2 epizoade în ultimele 6 luni.

Diaree cronică – diaree > 4 săptămîni.

Diaree recurentă – > 2 epizoade diareice în ultimele 6 luni.

Incontinența de fecale – pierderea controlului sfincterului anal, incapacitatea de reținere a scaunelor.

Pancolita – afectarea tuturor segmentelor colonului, de la cec pînă la rect.

Spatiul presacrat – distanța sacru - lumen rectal în cadrul examenului radiologic baritat.

Ileita de reflux – complex de modificări decelate în examenul radiologic baritat, care include: dilatarea ileonului terminal, mucoasă ileală granulară, valvula ileocecală deschisă, deformată.

Ingroșarea pereților intestinali – creșterea grosimii peretelui intestinal peste 3-4 mm.

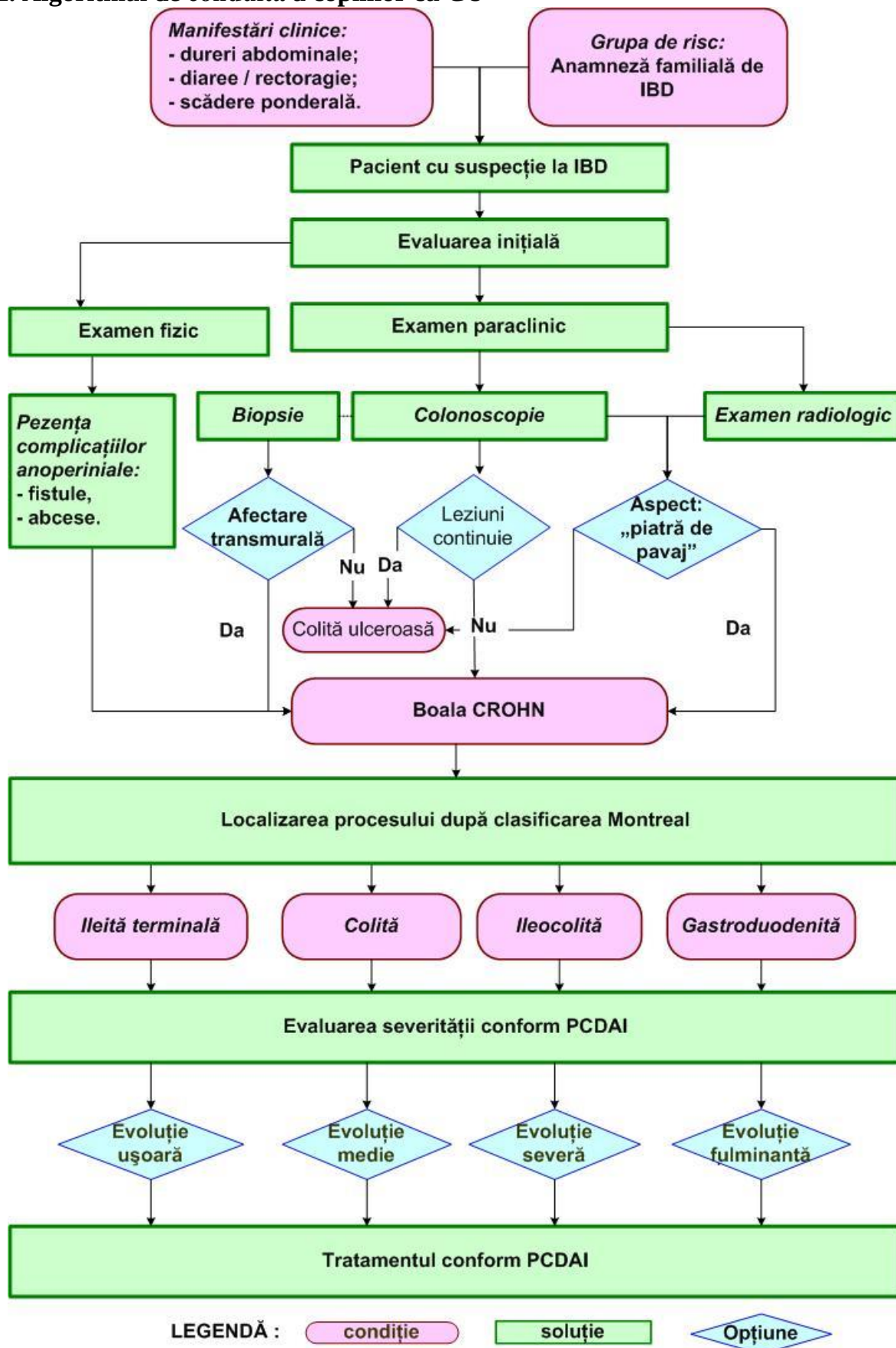
Anticorpi monoclonali – produse biologice, care se absorb de către anumiți antigeni de pe suprafața celulelor-țintă și pot acționa prin mecanism direct, prin stimularea sistemului imun al gazdei, pot bloca receptorii pentru factorii de creștere sau pot fi ca „purtători” de substanțe citotoxice, pe care o atașează direct de celula malignă sau virală (celule-țintă).

B.PARTEA GENERALĂ**B.1. Nivel de asistență medicală spitalicească ICȘDOSMșiC**

Descriere (măsuri)	Motive (repere)	Pași (modalități și condiții de realizare)
I	II	III
1. Spitalizare	➤ Copiii și adolescenții (sub 16-18 ani) trebuie examinați endoscopic de către un specialist cu experiență în gastroenterologia pediatrică și IBD (spital cu profil pediatric, acces la anestezie generală).	Spitalizarea în secția gastroenterologie și/sau în SRTI a ICȘDOSMșiC conform criteriilor de spitalizare (vezi caseta 14).
2. Diagnosticul		
2.1. Confirmarea diagnosticului de CU	➤ Standartul de aur în diagnosticul CU nu este elaborat. Diagnosticul trebuie stabilit în combinație cu istoricul bolii, evaluarea clinică, tabloul endoscopic și histologic. ➤ Pentru stabilirea diagnosticului și extinderii CU se recomandă efectuarea colonoscopiei, preferabil cu ileoscopie cu biopsie segmentară cu includerea rectului. ➤ Pacienților cu forme severe se recomandă efectuarea radiografiei abdominale, și confirmarea activității bolii prin intermediul sigmoidoscopiei, ca primă linie de diagnostic.	Obligatoriu: • Anamneza (vezi caseta 2); • Examenul clinic (vezi casețele 3, 4); • Investigații paraclinice obligatorii (vezi casețele 5, 6, 7; tabelele 5, 6) • Efectuarea diagnosticului diferențial cu alte patologii (caseta 8); • Aprecierea activității bolii (tabelul 4);
3. Tratamentul CU		
3.1. Tratamentul nemedamentos	➤ Produsele alimentare pot să nu prezinte cauza bolii, dar utilizarea lor în perioadele acute pot agrava evoluția puseului și amîna vindecarea.	Obligatoriu: • Modificarea regimului igienodietetic (vezi caseta 10).
3.2. Tratamentul medicamentos	➤ Aminosalicilații se administrează în inducerea inițială a terapiei la copii și adolescenții cu forme ușoare și moderate a CU. ➤ Steroizii (oral) se folosesc ca prima linie de tratament în pancolita severă sau cînd răspunsul la tratament este insuficient, iar la răspuns insuficient de tratament se recomandă ciclosporină intravenoasă sau infliximab. Altă opțiune poate fi colectomia. ➤ Evaluarea nutrițională este esențială și suportul nutrițional trebuie prescris în caz de necesitate.	Obligatoriu: • Aprecierea activității bolii (vezi tabelul 4); • Inducerea și menținerea remisiei cu: - Aminosalicilați; - Corticosteroizi; - Imunomodulatori; - Acid folic.
3.3. Tratamentul chirurgical	➤ Colectomia este indicată în colitele severe cu complicații acute ce nu răspund la tratament medicamentos; forme active, persistente cu toxicitate la tratament cu corticosteroizi și imunosupresivi, retard fizic sau pubertar, în pofida tratamentului medicamentos.	Obligatoriu: ○ Tratamentul chirurgical în caz de necesitate (vezi caseta 16).
4. Externarea	➤ Durata aflării în staționar poate fi 7-14-21 zile, în funcție de evoluția bolii, complicații și de eficacitatea tratamentului.	Extrasul obligatoriu va conține: -diagnosticul precizat desfășurat; -rezultatele investigațiilor și tratamentului efectuat; -recomandări explicite pentru pacient; -recomandări pentru medicul de familie; -elaborarea planului de supraveghere.

C. 1. ALGORITMI DE CONDUITĂ

C.1.1. Algoritmul de conduită a copiilor cu CU



C.2. DESCRIEREA METODELOR, TEHNICILOR ȘI PROCEDURILOR

C.2.1. Clasificarea Colitei ulcerose

Tabelul 1. Clasificarea Colitei ulcerose după severitate (Montreal), 2005

Severitatea		Caracteristici
S0	<i>remisiune clinică</i>	- fără semne clinice, de laborator sau instrumentale
S1	<i>Ușoară</i>	- < 4 scaune în zi (cu sau fără sânge) - fără semne clinice de afectare sistemică - absența markerilor de inflamație
S2	<i>Medie</i>	- > 4 scaune în zi - semne clinice de afectare sistemică
S3	<i>Severă</i>	- diaree (> 6 scaune în zi) cu rectoragie - pulsul > 90 bătă/min - temperatura > 37,5 °C - Hb < 105 g/l - VSH > 30 mm/oră

Tabelul 2. Clasificarea Colitei ulcerose după localizare (Montreal), 2005

Extinderea	Localizarea	Caracteristici
E1	<i>Proctită</i>	Limitarea inflamației la rect (Extinderea inflamației distal de joncțiunea rectosigmoidiană)
E2	<i>Colită de stînga (colită distală)</i>	Extinderea inflamației distal de flexura lienală
E3	<i>Colită extensivă (pancolită)</i>	Implicare extinsă a colonului, răspîndirea inflamației proximal de flexura lienală

Tabelul 3. Clasificarea Colitei ulcerose în funcție de evoluție și de localizare

Parametri <i>Evoluția bolii</i>	Evoluție ușoară	Evoluție medie	Evoluție gravă
<i>Răspîndirea afectării</i>	proctita, proctosigmoidită	colita de stînga (afectare subtotală)	colita de dreapta (afectare totală)/afectare subtotală
<i>Frecvența scaunului</i>	< 4 în zi	5-6 în zi	> 6 în zi
<i>Rectoragie</i>	striuri de sânge	sânge în cantități considerabile, amestecat cu mase fecale	detrit hemoragic-tisular fără scaun; cheaguri de sânge
<i>Examen endoscopic</i>	- edem nesemnificativ al mucoasei - lipsa desenului vascular - hemoragie neînsemnata de contact - lipsa de sânge și de puroi în lumen	- edem moderat al mucoasei - lipsa desenului vascular - ulceratii superficiale acoperite cu fibrină - eroziuni - polipi inflamatori - hemoragie pronunțată de contact - în lumen - mucus și puroi în cantități moderate	- edem pronunțat al mucoasei - desen vascular pronunțat - hemoragie de contact - granulație pronunțată - mucoasa cu ulcere și cu eroziuni - în lumen - conținut hemoragic-purulent abundent
<i>Scăderea masei corpului</i>	< 10%	10-20%	> 20%
<i>Temperatura</i>	< 37°C	37-38°C	> 38°C
<i>Pulsul (bătă/min)</i>	< 80	80-100	> 100
<i>Manifestările sistemice</i>	Lipsesc	Posibile	Prezente
<i>Complicațiile locale</i>	Lipsesc	Lipsesc	Prezente
<i>Proteina totala (g/l)</i>	> 65	65-60	< 60
<i>VSH (mm/oră)</i>	< 26	26-30	< 30
<i>Hemoglobina (g/l)</i>	> 111	105-111	< 105
<i>Hematocritul</i>	> 0,35	0,25-0,34	< 0,25

C.2.2. Factori de risc

Caseta 1. Factorii de risc pentru instalarea și/sau acutizarea Colitei ulcerose

- **Factorii genetici:**
 - antecedente familiale la 15-40% dintre afectați;
 - rudele de gradul I - în 15% din cazuri;
 - rudele de gradul II - în 6-10% din cazuri.
- **Apartenența rasială și cea etnica** (mai frecvent afectează):
 - rasa albă;
 - populația nord-europeană.
- **Vârsta:**
 - copii > 5 ani (fiecare al 5-lea copil cu CU)
- **Locul de trai:**
 - zone urbane, înalt industrializate;
 - zone cu o ecologie precară.
- **Factorii infecțioși:**
 - bacterii (Chlamidia, Yersinia, Proteus, Micoplasma etc.);
 - viruși (virusul citomegalic, retroviriții);
 - paraziti (Giardia, Entamoeba);
 - microflora condiționat patogenă (în anumite condiții).
- **Factorii imuni:**
 - răspuns imun aberant al factorilor prezenți în lumenul intestinal (alimentari, infecțioși, parazitari, alergici etc.).
- **Factorii alimentari:**
 - alimentarea artificială în perioada sugarilor;
 - utilizarea laptelui de vaci;
 - prezența aditivilor alimentari (conservanți);
 - excesul de glucide ușor asimilabile;
 - deficitul de fibre alimentare;
 - deficitul acizilor grași polinesaturați;
 - utilizarea alimentelor de tip fast food > 2 ori în săptămână.
- **Factorii medicamentoși:**
 - AINS;
 - antibiotice.
- **Factorii psihoemoționali:**
 - stresul acut, cronic;
 - surmenajul.

C.2.3. Conduita pacientului

C.2.3.1. Anamneza

Caseta 2. Repere anamnestice pentru diagnosticul Colitei ulcerose

- | | |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none">• Istoricul familial de IBD:<ul style="list-style-type: none">- prezența BC, CU la rudele, gr. I, II;- prezența la rude a asocierilor: dureri abdominale, rectoragie, diaree, scădere în pondere, anorexie. <p>Durerile abdominale</p> <ul style="list-style-type: none">- Localizarea și intensitatea;- Afectează activitatea cotidiană a copilului;- Frecvența și caracterul;- Circumstanțele de ameliorare și agravare. <ul style="list-style-type: none">• Preferințele alimentare:<ul style="list-style-type: none">- alimentarea artificială;- alimentarea cu lapte de vaci;- utilizarea aditivilor alimentari;- alimentarea cu glucide ușor asimilabile;- întrebuițarea fibrelor alimentare;- întrebuițarea acizilor grași polinesaturați;- utilizarea alimentelor de tip fast-food. | <ul style="list-style-type: none">• Sîngerările rectale:<ul style="list-style-type: none">- debutul;- frecvența;- caracterul:- sînge sub formă de striuri;- sînge amestecat cu evacuatul intestinal;- sîngele „acoperă” evacuatul intestinal;- detrit hemoragic-intestinal;- cheaguri de sînge;- asocierea cu alte date anamnestice sau clinice.• Tabagismul:<ul style="list-style-type: none">- predispune pentru BC;- este mai rar întâlnit printre persoanele cu CU.• Scăderea în greutate:<ul style="list-style-type: none">- debutul;- rata în timp de pierdere a greutății;- pierdere continuă sau în perioade;- asocierea cu alte repere anamnestice. |
|--|---|

• Diaree - Periodicitatea în timpul zilei; - Prezența în timpul nopții; - Frecvența și volumul; - Aspectul macroscopic; - Asocierea cu rectoragie sau alte semne clinice. • Apendicectomia, tonsilectomia: - diagnostic diferențial în favoarea BC.	• Anorexia: - debutul; - durata; - caracterul (general sau selectiv); - raportarea la activitatea bolii. • Cățătorile recente: - posibilitatea implicării unui agent cauzal infecțios ca factor trigger al bolii; - diferențierea cu infecțiile tractului gastrointestinal.
--	--

C.2.3.2. Examenul clinic

Caseta 3. Manifestările clinice digestive în Colita ulceroasă

- **Manifestări digestive generale**
 - scăderea sau lipsa apetitului.
- **Manifestări abdominale**

Durere abdominală

 - caracter de crampă;
 - accentuată după mese, înaintea evacuării intestinului;
 - localizare periombilical, cadranul stâng inferior.

Palparea abdomenului

 - fără modificări (în forme ușoare, remisiune clinică);
 - sensibilitate crescută;
 - rigiditate musculară ușoară (preponderent în partea stângă);
 - colonul descendent și sigmoid sub aspect de cordon rigid (coardă colică stângă);
 - masa palpabilă poate indica obstrucție sau megacolon;
 - distensie abdominală (frecvent supraombilical);
 - splină mărită (rar) în hipertensie portală asociată cu hepatită autoimună sau colangită sclerozantă primară.

În formele severe

 - „apărare musculară”;
 - semnul Blumberg pozitiv (iminența instalării unei perforații intestinale);
 - exagerarea timpanismului;
 - perceperea mai multor zgomote hidroaerice.
- **Manifestări intestinale**

Diaree

 - scaune de volum mic;
 - frecvente 4-20 în 24 de ore, cu orar diurn și nocturn (criteriu de afecțiune organică).

Rectoragii

 - sînge roșu, proaspăt, pe suprafața scaunului;
 - sînge separat de emisiunea fecală;
 - proctite;
 - proctosigmoidite (caracter pseudohemoroidal).
 - sînge parțial digerat, amestecat cu mase fecale (forme extinse de CU).
 - puroi și sînge (în forme severe și extinse).

Regiunea perianală (inspecția, tușeul rectal)

 - sfînc anal, deseori spastic, datorită în mare parte, durerilor provocate la examinare;
 - sfînc anal relaxat sau chiar beant, în formele severe;
 - eritem perianal;
 - fisuri, hemoroizi.
- **Manifestări hepatice**
 - hepatită autoimună (se întâlnește rar, dar este severă);
 - colangită sclerozantă primitivă (pacienții cu debut asimptomatic, anticorpi p-ANCA pozitivi).

Caseta 4. Manifestările clinice extradigestive în Colita ulceroasă

- **Manifestări generale:**
 - scădere ponderală;
 - reținerea în creștere și în dezvoltare;
 - malnutriție și istovire musculară (în evoluție trenantă și severă);
 - întârzierea dezvoltării sexuale (posibile);
 - febră;

- deshidratare;
- astenie, adinamie;
- **Manifestări osteoarticulare** (dispar în remisiune, fără a lăsa modificări):
 - implicarea mai frecventă a articulațiilor periferice mari;
 - articulația genunchiului;
 - articulația talocrurală;
 - articulația coxofemurală (10%);
 - tumefierea articulațiilor;
 - artrita migratorie (sinovita nedistructivă).
 - spondilita anchilozantă 1%;
 - osteoartropatia hipertrofică (degete de toboșar) - 10%;
 - osteoporoza.
- **Manifestări cutaneomucoase (5%):**
 - piele uscată (hipovitaminoză);
 - piele palidă (în caz de anemie);
 - icter (în afectare hepatică);
 - scăderea turgorului cutanat (în deshidratare);
 - eritem nodos pe suprafețele extensorii (este mai comun pentru BC);
 - piodermii gangrenoase 1% (în evoluții severe);
 - dermatite;
 - erupții urticariene;
 - căderea părului;
 - modificări ale unghiilor (onicodistrofie).
- **Manifestări oculare:**
 - iridociclite;
 - uveite;
 - episclerită;
 - icterul sclerelor (în afectarea ficatului) se întâlnește rar;
 - cataractă, specifică pentru tratamentul îndelungat cu steroizi.
- **Manifestări renale:**
 - litiază urică;
 - hematurie microscopică asimptomatică (6%).

C.2.3.3. *Investigații paraclinice*

Examinările inițiale, obligatorii pentru diagnosticul CU sunt:

1. *Examinarea endoscopică* (colonoscopie), cu multiple biopsii, deoarece prelevarea biopsiilor descoperă circa 11-29% din cazuri care pot fi omise la examenul endoscopic.
2. *Irigografia sau tranzitul baritat.*

Caseta 5. Tabloul colonoscopic în Colita ulcerasă

- **Elemente pentru diagnosticare:**
 - nu există leziuni patognomonice în tabloul endoscopic pentru CU;
 - leziunile se limitează la stratul mucos;
 - leziunile sunt difuze, simetrice, omogene;
 - afectarea este continuă, lipsesc ariile „cruțate”, excepție - perioada de după aplicare a tratamentelor topice;
 - ulcerele sunt secundare inflamației și nu sunt obligatorii pentru diagnostic;
 - sunt posibili polipii inflamatori sau pseudopolipii:
 - cu dimensiuni (cîtiva mm - 1-1,5 cm);
 - forme variate (sesili, pediculați, bizari);
 - moi, friabili.
 - acoperit uneori cu exsudat albicios sau de culoare mai roșie decît mucoasa din jur;
 - dispersia leziunilor debutează din regiunea distală a rectului, cu extindere proximală;
 - stoparea procesului poate debuta la diferit nivel, în rect sau în colon, cu demarcarea netă a mucoasei neafectate.
- **Gradele de severitate endoscopică a CU:**

parametri de bază:

 - friabilitatea mucoasei;
 - tendința spre sîngerare.

scoruri endoscopice în funcție de severitate:

 - scorul endoscopic Baron, Schroeder, Feagan.

• **Tabloul endoscopic în funcție de evoluția clinică:**

Forma ușoară:

- hiperemie difuză a mucoasei;
- lipsă a desenului vascular;
- eroziuni ale mucoasei;
- ulcerații superficiale unice;
- localizare a procesului preponderent în rect.

Forma medie:

- mucoasa intestinului - granulată;
- hemoragii ușoare de contact;
- ulcerații multiple neconfluente, neuniforme, acoperite cu mucus, fibrină, puroi;
- localizarea procesului preponderent în segmentele stîngi ale intestinului gros.

Forma severă:

- mucoasa hiperemiată, friabilă, sîngerîndă, cu inflamație necrotizantă pronunțată;
- exsudat purulent pronunțat;
- hemoragii spontane;
- ulcere de dimensiuni mari, care pot conflua, creînd o „mare de ulcerații”;
- mucoasă restantă care se detașează, lăsînd arii denudate;
- microabcese;
- pseudopolipi;
- procesul patologic cuprinde practic toate porțiunile intestinului gros.

Remisiunea clinică:

- reducerea edemului, congestiei și a inflamației;
- mucoasa își recapătă culoarea normală;
- lipsește tendința de sîngerare;
- desenul vascular începe să se observe, dar rămîne neregulat;
- involuția leziunilor poate fi diferită în diferite regiuni ale intestinului;
- leziunile devin asimetrice, neomogene, cu un fals aspect parcellar.

Tabelul 4. Scorurilor endoscopice utilizate în descrierea severității Colitei ulcerose

Gradul de severitate	Scorul Baron	Scorul Schroeder	Scorul Feagan
0	Mucoasă cu aspect normal, ramificare vasculară cert vizibilă, fără hemoragii spontane sau de contact	În normă: maladie inactivă	Mucoasa normală, lucioasă, nefriabilă, cu pattern vascular vizibil
1	Mucoasă cu aspect anormal, dar nehemoragic, caracteristică intermediară între gradele 0 și 2	Ușor: eritem, desen vascular slab vizibil, friabilitate ușoară	Mucoasa cu aspect granular, hiperemică, nefriabilă, cu desen vascular șters
2	Aspect moderat hemoragic al mucoasei: hemoragii de contact, dar nu spontane	Moderat: eritem marcant, absența desenului vascular, friabilitatea mucoasei, eroziuni	Leziuni endoscopice caracteristice pentru gradul 1, mucoasa friabilă, fără hemoragii de contact
3	Aspect sever hemoragic al mucoasei: hemoragii spontane vizibile la inspecția inițială, hemoragii de contact	Sever: hemoragii spontane, ulcerații	Leziuni endoscopice caracteristice pentru gradul 2, cu hemoragii de contact

Caseta 6. Tabloul histologic în Colita ulcerosă

• **Perioada acută:**

- infiltrat inflamator acut și/sau cronic al mucoasei;
- edem și hiperemie a stratului mucos;
- predominarea neutrofilelor în lamina propria;
- criptita (leziune caracteristică) - prezența neutrofilelor în lumenul criptei glandulare;
- abcesul criptal, cu distorsionarea criptelor;
- producerea de mucus;
- hemoragii focale.

• **Remisiune clinică:**

- infiltrat inflamator cronic limfoplasmocitar mai puțin intens;
- anomalii de arhitectonică epitelială:
 - reducerea numărului de cripte glandulare;
 - atrofie criptală;
 - scurtarea și ramificarea criptelor.
- celule Goblet diminuate;
- metaplazia celulelor Paneth.

Caseta 7. Tabloul radiologic baritat în Colita ulceroasă

- **Semne precoce:**
 - edemare și îngroșare a mucoasei ce cauzează un aspect neregulat, fin granular;
 - ulceratii sub formă de spiculi marginali sau de pete baritate.
- **Semne avansate:**
 - ulcere profunde care penetrează mucoasa și se extind în submucoasă sub formă de ulceratii în „buton de cămașă”;
 - inflamație rectală severă, care determină mărirea spațiului presacrat (> 2 cm);
 - pseudopolipii sau polipii inflamatori, vizualizați sub forma defectelor de umplere de diferite dimensiuni și forme.
 - pancolită asociată cu „ileita de reflux”;
 - colon scurtat, dehaustrat, cu aspect tubular și distensibilitate redusă.

Tabelul 5. Alte examinări instrumentale pentru diagnosticul și monitorizarea Colitei ulceroase

Examinarea paraclinică	Rezultatele scontate
Ecografia organelor abdominale	• Îngroșare segmentară a pereților intestinali, până la 10-15 mm. (norma: 3-4 mm) în zona de inflamație, cu aprecierea extinderii zonei afectate. • Pereți intestinali hipocogeni; • Dispariția stratificării parietale (direct proporțională cu avansarea bolii); • Ulcerații hiperecogene; • Lumen ileal dilatat în fazele inițiale, apoi poate fi îngustat, stenoizat sau fibrozat. Sclerolipomatoză în jurul ansei afectate; • Uneori poate fi hiperemia peretelui intestinal (vizibilă în regim Power-Doppler); • Circulație hiperdinamică în artera mezenterică (vizibilă în regim Power-Doppler).
Radiografia panoramică a abdomenului	• Vizualizarea ariilor segmentelor implicate și gradul stenozei; • Identificarea constipațiilor în sectoarele proximale în colita distală; • Monitorizarea pacienților cu colită fulminantă, ce prezintă risc majorat în dezvoltarea megacolonului toxic.
Enterocapsula	• Reprezintă cea mai nouă achiziție diagnostică pentru cercetarea intestinului subțire. • Reprezintă o metodă endoscopică non-invazivă. • Fiind de dimensiunile unei capsule de medicament, se înghite și transmite imagini din tubul digestiv cu ajutorul unui sistem „cordless”. • Prețul unei singure capsule de unică folosință este mare, dar fidelitatea imaginilor achiziționate este foarte bună. • Examinarea este contraindicată în suspiciunea stenozei digestive.
Osteodensitometria	Normal >1 DS; Osteopenie: între -1 și -2,5; Osteoporoză: < -2,5; Osteoporoză severă: < -2,5 cu una sau mai multe fracturi.

Tabelul 6. Examinări de laborator pentru diagnosticarea și monitorizarea Colitei ulceroase

Examinarea paraclinică	Rezultatele scontate
Testele biochimice	- Albumina – ↓ (25 – 80%); - Proteina totală – N, disproteinemie cu majorarea fracțiilor α₂ și γ - globulinelor; - Fosfataza alcalină – N, ↑; - ALT, AST – N, ↑; - Bilirubina – N, ↑; - Ureea – N, ↑;

	- Creatinina – N, ↑; - Fierul seric – N, ↓; - Vitamina B 12 – N, ↓; - Transferina– N, ↓; - Acidul folic– N, ↓; - Zinc – ↓(42 – 92%); - Calciul – N, ↓; - Fosfor – ↓(20 – 60%); - Magneziu – ↓(30 – 68%); - Glucoza – pentru diferențiere diagnostică; - Timpul de coagulare; - Fibrinogenul; - Protrombina; - Colesterol; - Caliu; - Natriu.
Examenul sumar de sânge	- Hematocritul – ↓; - Hemoglobina – ↓(în 25 – 85%); - Leucocite – ↑, cu deviere accentuată spre stînga; - Eozinofile – ↑; - VSH – ↑; - Trombocite – N, ↑; - Reticulocite – pentru diferențiere diagnostică.
Examenul coprologic	- pH acid; - Resturi alimentare nedigerate; - Leucocite: +, ++, +++; - Mucus: +, ++, +++; - Mai rar – hematii, puroi.
Examenul coproparazitologic	Vizualizarea ouălor de helminți.
Coprocultura	<i>Diagnostic diferențial cu:</i> - Clostridium Difficile; - Salmonella; - Schigella; - Entamoeba hystolitica; - Campylobacter; - Giardia; - Escherichia coli;
Examenul sumar al urinii	- Oxalați– N, ↑; - Urați– N, ↑; - Fosfați– N, ↑; - Hematii– N, ↑.
Testele serologice	<i>Diagnostic diferențial cu:</i> - anticorpi Yersinia; - anticorpi E. Coli; - anticorpi Chlamidia etc. - aprecierea invaziilor parazitare (Ascaride, Toxocara, Giardia Lamblia). Hepatită virală B - HBsAg, HBeAg, Anti- HBcor sumar, ADN-HBV. Hepatită virală C - Anti-HCV, ARN-HCV. Hepatita virală D - ARN-HVD. Citomegalovirus - Anti-CMV Ig M, Anti-CMV Ig G. Herpes simplex tip 1 și tip 2 - IgM și IgG, PCR.
Testele imunologice	- proteina C-reactivă – ↑; - complexe imuno-circulante (CIC) – N, ↑; - factorul reumatoid – N, ↑;

	- ANA – poate fi pozitiv; - p-ANCA– 6% pozitiv; - ASCA – 50-60% pozitiv.
Hormonii	- <i>hormoni de creștere și dezvoltare</i> (somatotropina, LH, FSH); - <i>hormoni tiroidieni</i> (T3, T4, TSH).

C.2.3.4. Diagnosticul diferențial

Caseta 8. Maladiile cu care se diferențiază Colita ulceroasă

- | | |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • Boala Crohn • Infecții (Salmonella, Campylobacter, Yersinia) • Fisură anală • Hemoroizi • Polipoză intestinală • Colon iritabil; colita ischemică • Enterocolită pseudomembranoasă • Ulcer solitar al rectului • Invaginație intestinală • Diverticulul Meckel • Sindromul intestinului iritabil | <ul style="list-style-type: none"> • Boala celiacă • Intoleranță la lactoză • Boli maligne, limfoame • Colită postiradiantă • Purpura Schonlein-Henoch • Sindrom hemoliticouremic • Chist ovarian • Endocrinopatii • Colageloze • Artrite infectioase • Hepatite cronice • Anorexie nervoasă |
|--|--|

C.2.4. Tratamentul Colitei ulcerose

Caseta 9. Tipurile de tratament în Colita ulceroasă

- Tratament nemedicamentos;
- Tratament medicamentos:
 - *tratamentul de baza;*
 - *tratamentul deficientilor instalate;*
 - *tratamentul complicațiilor.*
- Tratament chirurgical.

C.2.4.1. Tratamentul nemedicamentos

Caseta 10 . Obiectivele regimului igienodietetic

- Asigurarea unui aport caloric și proteic crescut (*pierderi proteice pe cale digestivă*);
 - calorii – 40-50 pe kg/corp;
 - rația proteică – 2-3 gr. proteine pe kg corp/zi;
 - glucidele – 1/2 din necesarul de calorii.
- Înlăturarea semnelor de maldigestie, malabsorbție și malnutriție;
- Asigurarea un aport alimentar echilibrat;
 - Cantități suficiente de săruri minerale, în special fier;
 - Vitaminele grupelor C, B₁₂, A, D, K;
- Evitarea iritației mecanice și excitație chimice a peretelui intestinal.

C.2.4.2. Tratamentul medicamentos

Caseta 11. Obiectivele tratamentului medicamentos

- Atenuarea manifestările gastrointestinale și sistemice cu cel mai mic grad posibil de efecte adverse;
- Inducerea remisiei clinice;
- Menținerea remisiei clinice;
- Preîntâmpinarea complicațiilor și restabilirea densității osoase normale;
- Restabilirea și menținerea curbei ponderale normale/maturarea sexuală;
- Prevenirea sau colectarea deficiențelor nutriționale;
- Promovarea valorilor psihologice, emoționale, sociale (prezanța și performanțele școlare și sportive);
- Promovarea suportului familial.

Notă: Tratamentul se aplică în funcție de tipul bolii, severitatea simptomelor și de prezenta sau de

<i>absenta deficitului ponderal și a complicațiilor.</i>	
Caseta 12. Tratament medicamentos <u>Derivații aminosalicilici</u> • Mesalazină - 50-100 mg/kgc/zi, <i>per os</i>, 3 prize; - doza maximă - 2,4-4,8 gr/zi • Sulfasalazina - < 2 ani – contraindicat; - ≥ 2 ani: - doza inițială: – 6,7-10 mg/kgc, la fiecare 4 ore sau – 10-15 mg/kgc la 6h sau – 13,3-20 mg/kgc la 8h. - doza maximă de tratament - 6g/zi. - doza de menținere: 50-75mg/kgc/zi, 3-4prize. - doza maximă de menținere - 2g/zi. - cura de tratament – 6 luni	<u>Glucocorticosteroizi</u> • Prednisolon: - 1 mg/kg corp/zi; - doza maximă – 40-60 mg/zi. <i>Schema de administrare:</i> - doza zilnică se împarte în 3 prize: - ora 7.00 - ½ din doza zilnică; - ora 10.00 - ¼ din doza zilnică; - ora 13.00 - ¼ din doza zilnică; - scădere la 4-6 săptămîni - scăderea dozei se face treptat, cu cîte 2,5 mg la 5-7 zile, dar numai degrabă decît 3 zile. • Metilprednisolon - 1 mg/kgc/zi, doza maximă – 48 mg/zi.
<u>Remediile Imunosupresive</u> • 6 –Mercaptopurina: - 0,75-1,5 mg/kgc/zi, <i>per os</i>. • Azatioprină: - 2-3 mg/kgc/zi, <i>per os</i>. • Ciclosporină: - 2,5-5 mg/kgc/zi, <i>per os</i>.	<u>Terapia cu anticorpi monoclonali</u> • Infliximab: - 3-5 mg/kg (IV). - se administrează în ziua 0 și apoi la 2 și 6 săptămîni, ulterior la fiecare 8 săptămîni. - în caz de răspuns incomplet: - se poate crește treptat pînă la 10 mg/kg corp/zi; - intervalul dintre adminstrări se poate reduce pînă la 4 săptămîni.
<u>Remediile antibacteriene</u>	
• Ciprofloxacina: - copii 14 ani: 250-750 mg, <i>per os</i>, 2 prize.	• Metronidazol: - 10-20 mg/kgc/zi, <i>per os</i>, 2 prize.
<u>Terapia cu Acid folic</u> - 1-5 mg, 3 prize, 20-30 zile.	<u>Bifi-form</u> - 2 -6 luni: 0,5 caps., 2 prize; - >6 luni: 1 caps., 2 prize.

Caseta 13. Evaluarea eficacității tratamentului

Scopul: obținerea remisiei clinice, de laborator și endoscopice;

- Eficacitatea aminosalicilaților se apreciază la 14-21 zile de tratament;
- Eficacitatea corticosteroizilor: la 7-21 zile de tratament;
- Eficacitatea Azatioprinei și 6-mercaptopurinei: peste 2-3 luni de tratament;
- Eficacitatea Ciclosporinei: peste 7-10 zile;
- Eficacitatea Infliximabului*: peste 14 zile.

Caseta 14. Criteriile de spitalizare a copiilor cu Colită ulceroasă

- rectoragie cronică și recurentă;
- inducerea remisiunii;
- faza activă a bolii.

Caseta 15. Criteriile de externare și durata aflării în staționar a copiilor cu Colita ulceroasă

➤ **Criterii de externare din staționar:**

- ameliorarea stării generale;
- dispariția asteniei;
- micșorarea durerilor abdominale;

- normalizarea scaunului;
- normalizarea totală sau parțială a indicilor de laborator: VSH, albumina, proteina C - reactivă etc.
- **Durata aflării în staționar:**
 - este în dependență de gravitatea bolii și prezența complicațiilor (3-6-8 săptăm.);
 - inducerea remisiei a CU la copii are loc în condiții de staționar;
 - pacienții suspecți cu CU se află în staționar în mediu 7 zile, pentru precizarea diagnosticului.

C.2.4.3. Tratamentul chirurgical

Caseta 16. Recomandările tratamentului chirurgical

- **Indicații majore și de urgență:**
 - perforații;
 - hemoragie persistentă;
 - megacolon toxic;
 - ocluzie intestinală etc;
 - forme fulminante ale bolii.
- **Indicații recomandabile:**
 - evoluție severă cu durată de peste 3 ani;
 - deficit sever de creștere;
 - lipsa răspunsului la tratamentul medicamentos;
 - prezența complicațiilor locale: abcese pericoliche, fistule anorectale, rectovaginale, rectovezicale;
 - prezența stenozele rectale;
 - severitatea bolii și frecvența recidivelor alterează profund starea psihică și calitatea vieții;
 - preadolescenții cu deficit de creștere.

C.2.6. Complicațiile

Caseta 17. Complicațiile Colitei ulcerose

- Pseudopolipoza
- Hemoroizii și prolapsul rectal
- Hemoragie digestivă, uneori masivă
- Stenoza colorectală
- Perforabile și fistulizarea
- Malignizarea
- Denuțria și dezechilibru hidroelectrolitic
- Megacolonul toxic
- Complicațiile sistemice
- Scăderea mineralizării osoase

D. RESURSE UMANE ȘI MATERIALE NECESARE PENTRU IMPLEMENTAREA PREVEDERILOR PROTOCOLULUI

D.1. Secția gastroenterologie, Institutul de Cercetări Științifice în domeniul Ocrotirii Sănătății Mamei și Copilului	Personal: • medic gastroenterolog pediatru; • medic-funcționalist; • asistente medicale; • acces la consultațiile calificate: reumatolog, oftalmolog, dermatolog, neurolog, hematolog, nefrolog, endocrinolog, pulmonolog, ortoped, kinetoterapeut, fizioterapeut, psiholog.
	Dispozitive medicale: • cântar pentru sugari; • cântar pentru copii mari; • taliometru; • panglica-centimetru; • tonometru; • fonendoscop; • oftalmoscop; • laborator clinic standard pentru determinare de: hemoleucogramei, ALT, AST, Bilirubină totală și fracțiile ei, proteina generală, Calciul, proteina-C reactivă și realizarea de sumar al urinei.

	• ultrasonograf; • cabinet radiologic; • cabinet de diagnostic funcțional; • tomograf computerizat; • rezonanța magnetică nucleară; • laborator radioizotopic; • densitometru prin raze X; • ultrasonograf articular; • laborator imunologic; • laborator virusologic; • laborator bacteriologic.
	Medicamente: • Aminosalicilați (Sulfasalazină, Mesalazină, Olsalazină); • Glucocorticosteroizi (Prednizolon, Metlprednizolon, Budesonid); • 6-Mercaptopurină, Azatioprină, Ciclosporină; • Ciprofloxacina; • Metronidazol; • Acid folic; • Bifi-form.

E. INDICATORII DE MONITORIZARE A IMPLIMENTĂRII PROTOCOLULUI

Nr. d/o	Scopurile protocolului	Măsurarea atingerii scopului	Metoda de calculare a indicatorului	
			Numărător	Numitor
1.	Depistarea precoce (în primul an de la apariția semnelor clinice)	1. Proporția pacienților cu diagnosticul stabilit de CU în primul an de la apariția semnelor clinice	Numărul pacienților cu diagnosticul stabilit de CU în primul an de la apariția semnelor clinice, pe parcursul unui an x 100	Numărul total de pacienți cu diagnoza de CU, care s-au aflat la tratament de staționar în secția gastroenterologie
2.	Ameliorarea calității examinării și tratamentului pacienților cu CU	2. Proporția pacienților cu diagnoza de CU, cărora li sa efectuat examenul clinic și paraclinic și tratamentul obligatoriu conform recomandărilor Protocolului clinic instituțional „Colita ulcerasă la copii” în condiții de staționar	Numărul pacienților cu diagnoza de CU, cărora li sa efectuat examenul clinic, paraclinic și tratamentul obligatoriu conform recomandărilor Protocolului clinic instituțional „Colita ulcerasă la copii” în condiții de staționar, pe parcursul ultimului an x 100	Numărul total de pacienți cu CU spitalizați pe parcursul ultimului an.
3	Ameliorarea screening-ului cancerului de colon la pacienții cu CU	3. Proporția pacienților cu CU, care au beneficiat de colonoscopia anuală	Numărul pacienților cu CU, care au beneficiat de colonoscopia anuală, pe parcursul ultimului an x 100	Numărul total de copii cu CU, pe parcursul ultimului an, care au fost internați în secția gastroenterologie.

F. ASPECTELE MEDICO-ORGANIZAȚIONALE

1. Indicațiile (sau criteriile) de trimitere a pacientului cu CU.

Tabelul 1. Transferul în alte secții (transfer intern și transfer extern) a pacienților cu CU conform indicațiilor

Indicații (criterii) de transfer	Transferul (destinația)	Persoanele de contact
Complicațiile CU	Secția chirurgie septică, sau secția reanimare și terapie intensivă chirurgicală	Șef secție - Larisa Boiștean Nr. telefon: 523-782; 2-33, 5-48 Șef secție - Tatiana Pasicovchi Nr. telefon: 55-96-59; 5-43, 2-39
Agravarea stării pacientului cu CU	Secția de reanimare și terapie intensivă pediatrică	Șef secție – Ana Oglindă Nr. telefon: 523-613; 3-38, 4-14

Abdomen acut sau alte stări chirurgicale urgente la pacienții cu CU	Secția chirurgie urgentă Secția chirurgie septică	Șef secție - Mihai Seu Nr.telefon:55-96-58;5-63,6-19 Șef secție - Larisa Boiștean Nr.telefon: 523-782; 2-33, 5-48
Prezența manifestărilor articulare	Secția reumatologie	Șef secție - Ninel Revenco Nr.telefon: 52-37-21; 5-08
Prezența manifestărilor oftalmologice	SCR pentru copii „Em. Coțaga”, Secția oftalmologie	Nr.telefon:72-77-76
Caz suspectat/confirmat oncologic	IMSP Institutul Oncologic str. N.Testemițanu, 30	Secția internare Nr. telefon: 72-55-88

Procedura generală de transfer a pacientului:

1. Medicul curant informează șeful secției despre: complicațiile/patologia concomitentă/agravarea stării, parvenite la pacientul cu CU.
2. Șeful secției consultă pacientul în comun cu medicul curant.
3. Pacientul este obligatoriu consultat de șeful clinicii sau conferențiarii catedrei, responsabili de secția respectivă.
4. În caz de transfer intern, șeful secției invită consultant din secția respectivă și se i-a decizia respectivă.
5. În caz de transfer în altă instituție, prin intermediul șefului secției se informează vicedirectorul de profil respectiv despre cazul respectiv.
6. Vicedirectorul de profil respectiv invită consultant din instituția competentă externă pentru determinarea tacticii ulterioare de tratament sau transfer în altă instituție, la necesitate.
7. Se convoacă Consiliul medical în componența: vicedirectorul de profil, șeful clinicii, șeful secției, medicul curant, consultant invitat și alți specialiști de profil (la necesitate).
8. Medicul curant perfectează epicriza de transfer (pentru transfer intern - forma 003e; pentru transfer extern - f 027e), care va include obligatoriu: datele de pașaport, diagnosticul, starea pacientului, date despre evoluția bolii, rezultatele investigațiilor, tratamentul administrat, concluzia consiliului cu argumentarea necesității transferului, recomandări.
9. Pentru transportarea pacientului în altă instituție medicală (transfer extern) va fi utilizat transportul IMSP ICȘOSMșiC.

2. Cerințele fata de conținutul, perfectarea si transmiterea documentației medicale pentru trimiterea pacientului și/sau a probelor de laborator

1. Pentru efectuarea investigațiilor în altă instituție (care necesită prezența pacientului), se eliberează, de către medicul curant îndreptare, care va include obligatoriu diagnosticul, argumentarea procedurii și numărul poliței de asigurare (forma 027e).
2. Pentru efectuarea investigațiilor în alte instituții (care nu necesită prezența pacientului) materialul biologic va fi însoțit de forma standardă de întreprtare și transportat de către IMSP ICȘOSMșiC.
3. Pentru consultații în alte instituții, medicul curant argumentează necesitatea efectuării consultației în forma 003e. Consultația preventiv se coordonează prin șeful secției sau vicedirector medical. Pacientul este însoțit de către personalul medical, care este responsabil și de documentația medicală.

3. Ordinea de asigurare a circulației documentației medicale, inclusiv întoarcerea în instituție la locul de observare sau investigare

1. În contract cu instituțiile subcontractate este menționat modalitatea de expediere și recepționare a rezultatelor.

4. Ordinea instruirii pacientului cu privire la scopul transferului la alt nivel de asistență medicală

1. Pacientul este informat de către medicul curant despre necesitatea transferului la alt nivel de asistență medicală (transfer extern sau intern). Transferul se efectuează cu acordul informat al pacientului.

5. Ordinea instruirii pacientului cu privire la acțiunile necesare la întoarcere pentru evidenta ulterioara (de exemplu: după externarea din staționar etc.)

1. Extrasul (forma 027e) obligatoriu va include recomandări pentru pacient.

Ghidul pacientului cu Colită ulceroasă

Ce este Colita ulceroasă?

Colita ulceroasă face parte dintr-un grup de boli, care provoacă inflamația tubului digestiv. Inflamația și este cauza durerilor, a disconfortului, a febrei, a sîngerărilor rectale, a nervozității. Asta este și cauza de ce tu ai diaree, crampe abdominale și alte semne. Diareea este cel mai comun semn pentru CU, uneori te poate face să mergi la WC de 20 de ori pe zi. Sunt cazuri, cînd concomitent cu inflamația, se formează și ulcere pe suprafața internă a intestinelor, din care cauză pot fi sîngerări și din nou dureri în burtă.

Ce se întîmplă în Colita ulceroasă ?

Colita ulceroasă se mai numește colita hemoragică, afectează cel mai des intestinul gros și rectul. Asume la acest nivel se localizează inflamația și ulcerările. Inflamația îngreuează absorbția apei din intestin în țesuturi și din această cauză apare diareea.

Dacă ești diagnosticat cu colita ulceroasă, s-ar putea să prezinți următoarele simptome:

- Diaree (mai frecvent cu sînge).
- Dureri în burtă.
- Necesitate urgentă de a merge la WC (tenesme).

Inflamația și ulcerările sunt cauza hemoragiilor intestinale (sîngerărilor), care sunt, de obicei, concomitent cu diareea - „diaree cu sînge”.

Uneori vei fi obosit, va fi scăzut apetitul, cîte odată poti avea grețuri, pierderi în greutate. În colita ulceroasă simptomele sunt foarte variate și depind de acea parte a intestinului gros care a fost afectată. Toată suprafața colonului este inflamată și ulcerată. Medicii denumesc colita ulceroasă în funcție de localizare, deci dacă este afectat doar rectul se va numi proctită, afectarea părții stîngi a colonului - colită stîngă, iar de va fi afectat colonul în întregime - pancolită.

Alte simptome

Artrita: articulațiile pot fi inflamate și dureroase. Artrita se întîlnește la 5% din cei cu colita ulceroasă. Te pot ajuta medicamentele, dar, de obicei, problema se rezolvă atunci cînd se ține sub control inflamația din intestin.

Ulcerări bucale (în gură): de obicei, apar și dispar concomitent cu inflamația intestinală.

Febra: este un indicator al inflamației intestinale. Cu toate acestea febra poate apărea cu săptămîni sau luni înainte de apariția simptomelor și, la fel ca artrita sau ca ulcerările bucale, febra trece după vindecarea inflamației intestinale.

Simptome oculare: ochii pot fi inflamați, înroșiți, sensibili la lumină, pot lăcrima.

Simptome cutanate (piele): tratamentul aplicat pentru inflamarea intestinului va trata concomitent și semnele cutanate.

Cum se testează Colita ulceroasă?

Sunt situații medicale similare cu simptomele colitei ulcerose, deci medicul trebuie să precizeze cauza îmbolnăvirii tale. Cînd te adresezi la medic vei fi întrebat de lucrurile care te deranjează, despre sănătatea familiei tale. După aceasta vei da analize de laborator. Analiza sîngelui arată despre prezența semnelor de inflamație în corpul tău, dacă ai sau nu anemie (va fi scăzută hemoglobina). Apoi vei da analiza maselor fecale, care va arăta sau nu prezența sîngerărilor intestinale.

Medicul îți va recomanda să faci și cîteva investigații, printre care endoscopia inferioară (colonoscopia) - o metodă foarte eficientă, care permite vizualizarea colonului în interior, dacă ai sîngerări, ulcere sau pereți intestinali inflamați. Pentru aceasta este nevoie de colonoscop - un tub îngust, introdus prin anus. La moment, endoscopul reprezintă un tip de cameră video atașată la monitorul TV. Înainte de colonoscopie vei lua o doză mică de sedative și nu vei simți disconfort sau durere. În timpul acestei proceduri medicul s-ar putea să-ți colecteze o bucățică foarte, foarte mică de țesut din peretele intestinal. Această procedură se numește biopsie. Ea absolut nu este dureroasă, dar aproape întotdeauna decisivă pentru diagnostic. Țesutul colectat se transmite la laborator unde este examinat amănunțit cu ajutorul microscopului.

Alt test se numește examinarea radiografică baritată. Înainte de această procedură ți se va propune să bei o soluție specială numită bariu, care ulterior se vizualizează perfect pe pelicula radiografică. Bariul trece prin tot tractul digestiv și „vopsește ” pereții intestinali. Între timp se vor efectua mai multe pelicule radiografice în funcție de timpul trecut de la administrarea bariului. Astfel, medicul tău, împreună cu tine și părinții tăi pot vedea relieful intestinelor tale, foarte necesar pentru aprecierea complicațiilor și uneori a evoluției bolii.

Cum se tratează Colita ulceroasă?

Tipul de medicamente depinde de cât de severă este boala ta, care parte a intestinului este afectată, și dacă ai sau nu complicații. Scopul tratamentului este micșorarea sau controlul inflamației. Sunt folosite mai multe tipuri de medicamente pentru tratamentul colitei ulcerose. Niciunul nu înlătură sau nu vindecă cauza, în schimb medicamentele țin sub control modificările ce au loc în cadrul acestor boli. Când maladia este sub control, simptomele dispar. Această perioadă se numește remisiune. Remisiunea poate dura luni sau chiar ani. În majoritatea cazurilor tu ești cel care va regla această durată.

Sunt două etape majore în tratamentul bolii tale:

- De a aduce boala activă sub control (inducerea remisiunii)
- De a menține remisiunea.

De obicei, pentru tratamentul colitei ulcerose se folosesc șase grupe mari de preparate (medicamente). Careva dintre ele aduc boala sub control; altele mențin controlul (remisiunea). Uneori unele medicamente se folosesc în ambele cazuri.

SUCCESE!

BIBLIOGRAFIE

1. BALDASSANO R.N., PICCOLI D.A. Inflammatory bowel disease in pediatric and adolescent patients. *Gastroenterol. Clin. North. Am.*, 1999, vol. 28, pag. 445-458.
2. BOOT A.M., BOUQUET J., KRENNING E. P. Bone mineral density and nutritional status in children with chronic inflammatory bowel disease, *Gut*, 1998, vol. 42, p. 188-194.
3. BORODY T.J., WARREN E.F., LEIS S. ET AL. Treatment of ulcerative colitis using fecal bacteriotherapy. *J. Clin. Gastroenterol.* 2003 vol. 37, pag. 42-47.
4. BORODY T.J., WARREN E.F., LEIS S.M. et all. Bacteriotherapy using fecal flora: toying with human motions. *J. Clin. Gastroenterol.* 2004, vol. 38, pag.475-483.
5. CARTER M J, LOBO A J, TRAVIS S P L, on behalf of the IBD Section of the British Society of Gastroenterology. Guidelines for the management of inflammatory bowel disease in adults. *Gut* 2004, vol. 53 (Suppl V), pag. 1-16.
6. Clasificarea Internațională a Maladiilor, revizia a X-a, București, 1993, vol. 1, 1086 p.
7. Clinical Review Treatment of Inflammatory Bowel Disease in Childhood: Best Available Evidence, *Inflammatory Bowel Diseases*, 2003, vol. 9, nr. 1, p. 34-58
8. Differentiating Ulcerative Colitis from Crohn Disease in Children and Young Adults: Report of a Working Group of the North American Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology, and Nutrition and the Crohn-s and Colitis Foundation of America. *J. Pediatr Gastroenterol Nutr* 2007, vol. 44, pag. 653-674.
9. EIDELWEIN AP, CUFFARI C, ABADOM V, OLIVA-HEMKER M. Infliximab efficacy in pediatric ulcerative colitis. *Inflamm Bowel Dis.* Mar 2005, vol. 11(3) pag. 213-8.
10. GRIGORESCU MIRCEA. *Tratat de Gastroenterologie*. Editura Medicală Națională. București 2001, vol. 2.
11. HYAMS JEFFREY S.. Inflammatory Bowel Disease. *Pediatr.Rev.* 2005, vol. 26, pag. 314-320.
12. Inflammatory Bowel Disease Working Group of ESPGHAN. Inflammatory Bowel Disease in children and Adolescents: recommendations for diagnosis- the Porto criteria. *J. Pediatr Gastroenterol Nutr* 2005, vol. 41, pag. 1-7.
13. LLOYD-STILL J AND GREEN OC: A clinical scoring system for chronic inflammatory bowel disease in children. *Dig. Dis. Sci* 1979, vol. 24, pag. 620-4.
14. MAMULA P., MARKOWITZ J.E., BROWN K.A. ET AL. Infliximab as a novel therapy for pediatric ulcerative colitis. *J. Pediatr. Gastroenterol. Nutr.*, 2002, vol. 34, pag. 307-311.
15. MARKOWITZ J. E.Ulcerative Colitis <http://emedicine.medscape.com/article/930146-overview> Updated: Mar 27, 2008.
16. MATCOVSCHI C., PROCOPIȘIN V., PARII B.. *Ghid farmacoterapeutic*, Chișinău, 2004, 1248 p.
17. MIHU I., PLEȘCA V. *Gastroenterologie pediatrică. Ghid practic*, Chișinău 2007, 218 p.
18. WEINSTEIN T.A., LEVINE M., PETTEI M.J. et all. Age and family history at presentation of pediatric inflammatory bowel disease. *J. Pediatr. Gastroenterol. Nutr.*, 2003, vol.37, pag. 609-613.
19. National Guideline Clearinghouse. IBD Guideline Team, Cincinnati Children's Hospital Medical Center: Evidence-based care guideline for Management of Pediatric Moderate/Severe Inflammatory Bowel Disease (IBD), 2007, Guideline 29, pag. 1-29.
20. POPESCU V. *Algoritm diagnostic și terapeutic în pediatrie*. București, Almatea 2003, vol.II, 800 p.
21. RAJWAL S.R., PUNTIS J.W., MCCLEAN P. et all. Endoscopic rectal sparing in children with untreated ulcerative colitis. *J. Pediatr. Gastroenterol. Nutr.*, 2004, vol. 38, pag. 66-69. Protocol clinic național „Colita ulceroasă la copil”, Chișinău 2009 63

22. RUTGEERTS P, SANDBORN W, FEAGAN B et al. Infliximab for induction and maintenance therapy for ulcerative colitis. *N Engl J Med* 2005, 353 (23) pag. 2462–76.
23. SATSANGI J, SILVERBERG M S, VERMEIRE S, COLOMBEL J-F. The Montreal classification of inflammatory bowel disease: controversies, consensus, and implications. *Gut* 2006, vol. 55, pag. 749–753.
24. SCHWARTZ M WILLIAM. Consultul pediatric în 5 minute. Editura Callisto, ediția a IV-a.
25. SILVERBERG MS, SATSANGI J, AHMAD T, et al. Toward an integrated clinical, molecular and serological classification of inflammatory bowel disease: report of a working party of the 2005 Montreal World Congress of Gastroenterology. *Can J Gastroenterol*, 2005, vol. 19 (Suppl A), pag. 5–36.
26. SPOREA I., POPESCU A. Rolul ultrasonografiei în diagnosticul bolilor inflamatorii intestinale și al complicațiilor acestora, *Clinica de Gastroenterologie, Universitatea de Medicină și Farmacie Timișoara*.
27. STANGE E.F., TRAVIS S.P.L., VERMEIRE S.. et al. for the European Crohn's and Colitis Organisation (ECCO). European evidence-based Consensus on the diagnosis and management of ulcerative colitis. *Jurnal of Crohn and Colitis*, 2008, vol.2.
28. Ulcerative colitis. National Digestive Diseases Information Clearinghouse. <http://digestive.niddk.nih.gov/ddiseases/pubs/colitis/UlcerativeColitis.pdf> Accessed March 6, 2006.
29. WALKER-SMITH J A Chronic inflammatory bowel disease in children: a complex problem in management, *Postgrad. Med. J.* 2000, vol. 76, p. 469-472.