

Doença Inflamatória Intestinal Pediátrica: cada vez mais comum

João Nascimento¹ , Filipa Neiva¹, Henedina Antunes^{1,2}

¹ Unidade de Gastrenterologia, Hepatologia e Nutrição Pediátrica do Hospital de Braga

³ Instituto de Ciências da Vida e da Saúde(ICVS), Escola de Ciências da Saúde da Universidade do Minho e Laboratório Associado ICVS/3B's, Braga/Guimarães

INTRODUÇÃO

- A doença inflamatória intestinal (DII) pode manifestar-se em idade pediátrica em 25-30% dos casos.¹⁻⁵
- A divulgação da incidência e da clínica da DII em idade pediátrica é essencial para a pediatria do ambulatório.⁶⁻⁹
- A suspeita de DII pediátrica baseia-se por vezes apenas em clínica de dor abdominal e simples exames: hemograma (anemia), PCR (elevada) e ferritina (deficiência), essenciais para encurtar o tempo para o diagnóstico.^{1-3,5,7,10-13}

OBJECTIVO

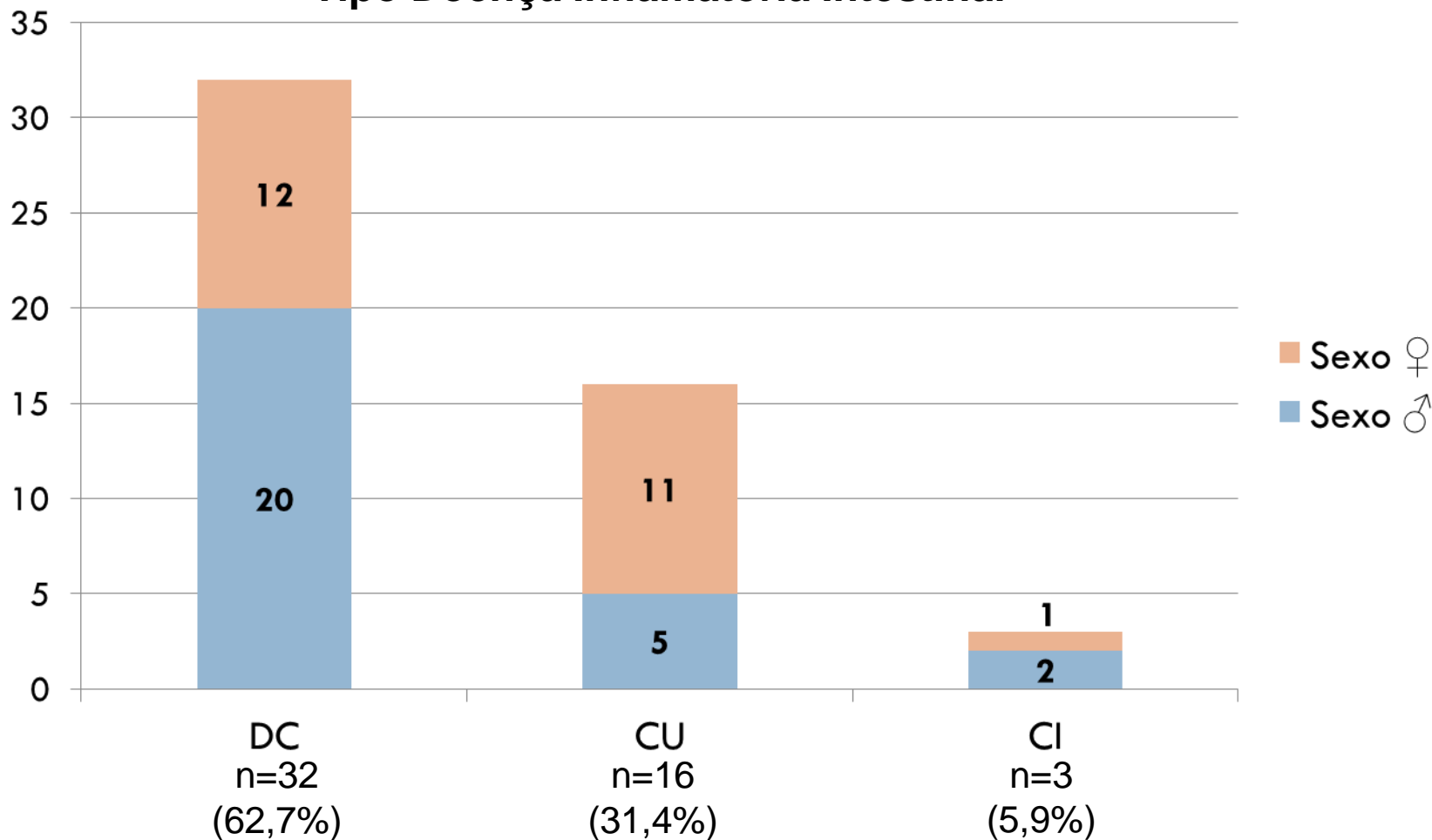
- Caracterização dos doentes pediátricos com diagnóstico de DII, seguidos na unidade de Gastreenterologia Pediátrica do Hospital de Braga (HB) nos últimos 12 anos.

MÉTODOS

- Estudo retrospectivo, mediante consulta dos processos clínicos dos doentes com DII entre 2001-2012.
- Aplicaram-se os “Critérios Porto” para uniformização do diagnóstico de DII.
- Foram comparados quatro intervalos de tempo: 2001-2003 / 2004-2006 / 2007-2009 e 2010-2012.
- Na análise estatística aplicou-se o teste de χ^2 .

n=51 doentes

Tipo Doença Inflammatory Intestinal



RESULTADOS

n=51 doentes

Idade (anos) no momento do diagnóstico

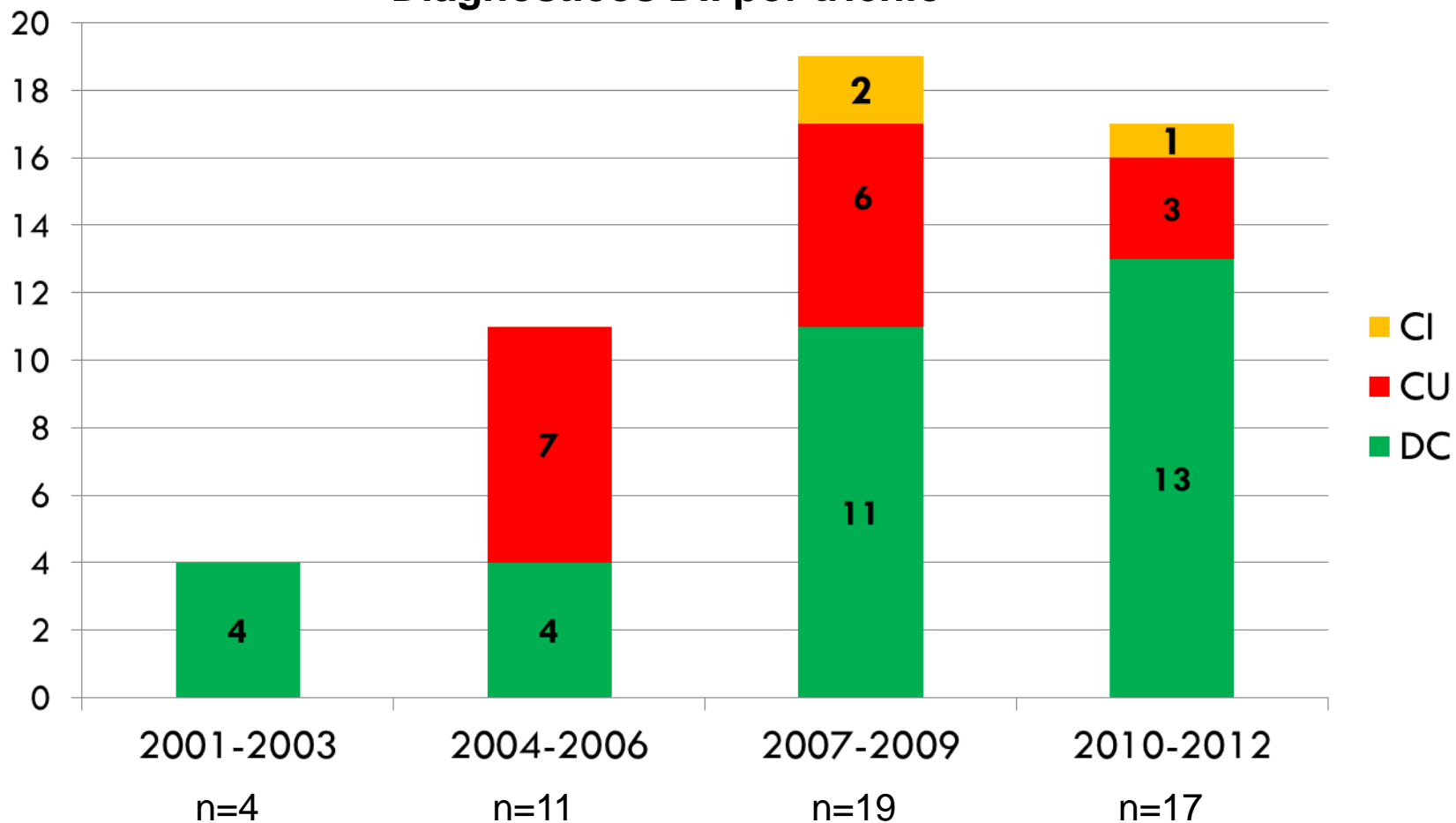
| Idade mínima | Idade máxima | Mediana |
|--------------|--------------|---------|
| 6 | 17 | 14 |

História familiar de DII

| DC | CU | Total |
|----|----|----------------|
| 6 | 3 | n=9 (17,6%) |

n=51 doentes

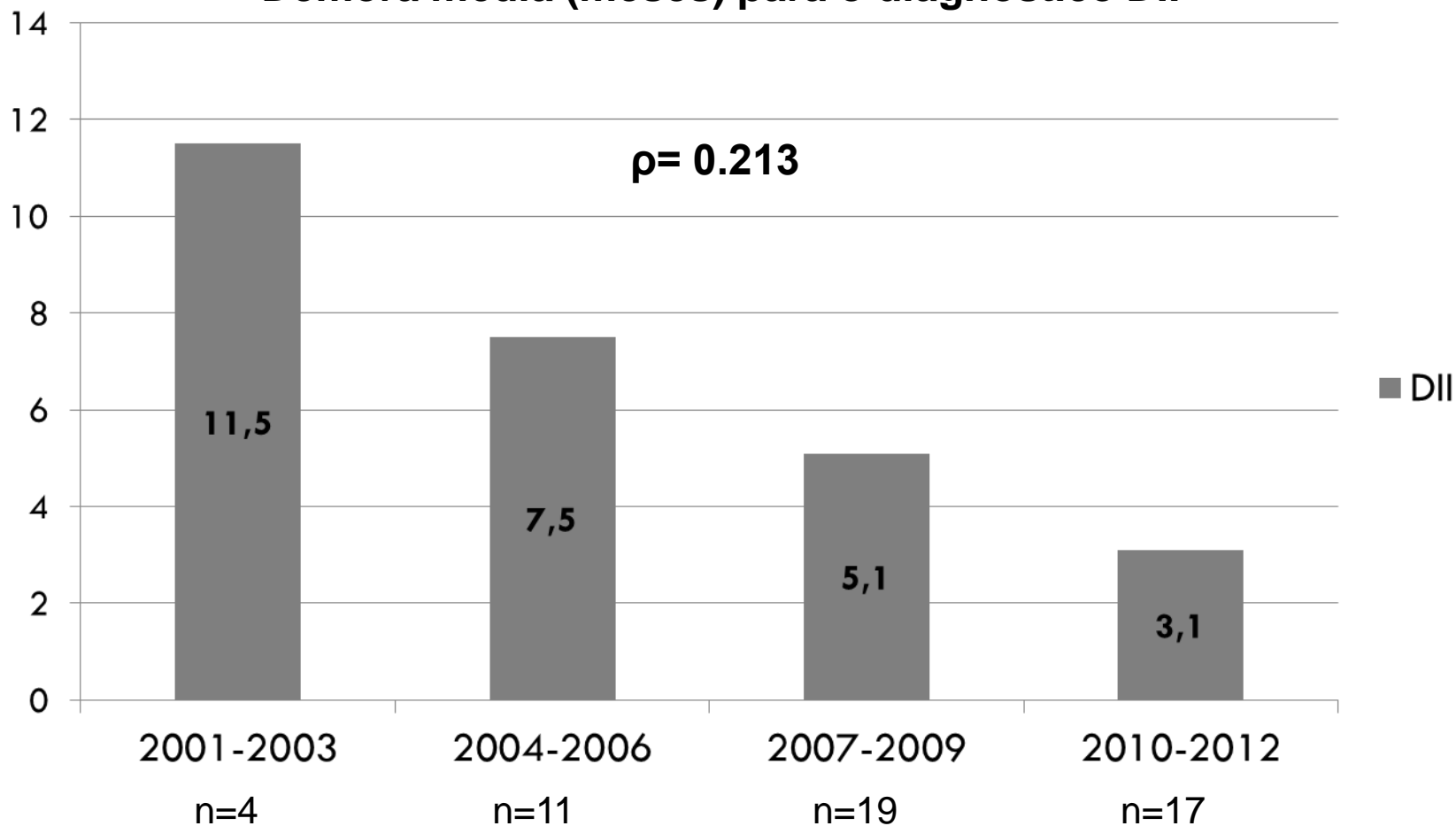
Diagnósticos DII por triénio



RESULTADOS

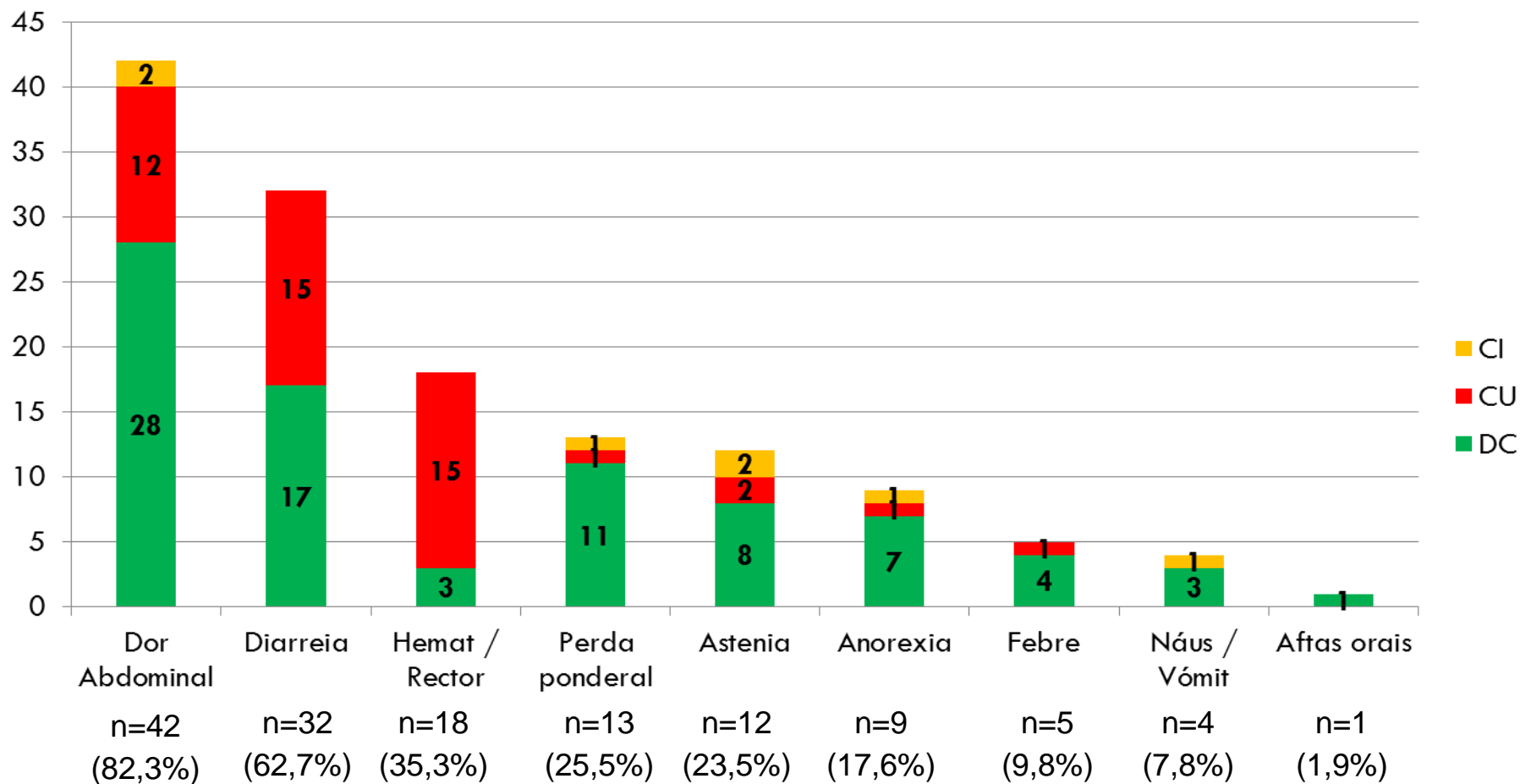
n=51 doentes

Demora média (meses) para o diagnóstico DII



n=51 doentes

Sintomatologia episódio inaugural



RESULTADOS

n=51 doentes

Hemograma / PCR / Ferritina / VS / Serologias Episódio inaugural

| | DC | CU | CI | Total |
|-----------------------|----|----|----|---------------|
| Hb (< 11,5 g/dl) | 11 | 9 | 0 | 20/51 (39,2%) |
| PCR (> 3 mg/L) | 28 | 14 | 2 | 44/51 (86,3%) |
| Ferritina (<15 ng/mL) | 2 | 4 | 1 | 7/29 (24,1%) |
| VS (>20mm/h) | 22 | 5 | 0 | 27/31 (87,1%) |
| ASCA (+) | 15 | 0 | 0 | 15/26 (57,7%) |
| ANCAS (+) | 0 | 1 | 0 | 1/32 (3,1%) |

RESULTADOS

n=51 doentes

Extensão da doença

| Doença de Crohn (n=32) | |
|---------------------------|-------------|
| Íleo terminal (apenas) | 3/32 |
| Colite | 2/32 |
| Ileocolite | 27/ 32 |
| Atingimento do TDS | 5/32 |

| Colite Ulcerosa (n=16) | |
|--------------------------|-------------|
| Proctite | 0/16 |
| Colite distal | 2/16 |
| Pancolite | 14/ 16 |
| “backwash” Ileíte | 3/16 |

| Doença Anal n=9 | DC | CU |
|-------------------|----|----|
| Marisca sentinela | 1 | 0 |
| Fissura | 0 | 1 |
| Fístula / Abcesso | 7 | 0 |

n=51 doentes

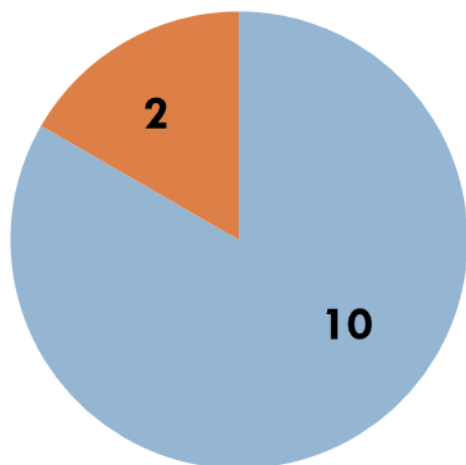
Manifestações Extraintestinais

| Manifestações extraintestinais | n=11 | DC | CU |
|--------------------------------|------|----|----|
| Artralgias/Artrite | | 5 | 1 |
| Colangite esclerosante | | 0 | 1 |
| Hepatite auto-imune | | 0 | 1 |
| Episclerite | | 2 | 0 |
| Tiroidite | | 1 | 0 |

n=51 doentes

Tratamento

anti-TNF α (n=12)



■ Infliximab ■ Adalimumab

Cirurgia

- 1 recessão segmentar intestinal
- 1 fistulectomia

Cirurgia prévia ao diagnóstico

- 2 apendicectomias
- 2 drenagem abcesso / fistulectomia

CONCLUSÃO

- Verificou-se um aumento do número de diagnósticos nos últimos 6 anos → 70,6%
 - ▶ Alargamento da idade pediátrica até aos < 18 anos.
 - ▶ Aumento da incidência da DII, sobretudo da Doença de Crohn.^{1,4-8}

- O tempo que decorreu entre o início dos sintomas e o diagnóstico diminuiu.
 - ▶ Melhor conhecimento desta patologia pelos médicos de Medicina Geral e Familiar, Pediatria e população em geral.

CONCLUSÃO

- ❑ Permaneceram inalteradas:
 - ▶ Tipo de apresentação clínica + frequente: dor abdominal
 - ▶ Idade no momento do diagnóstico
 - ▶ Grau de extensão da doença a nível intestinal: Ileocolite na DC e Pancolite na CU.

1. Inflammatory Bowel Disease in Children and Adolescents: Recommendations for Diagnosis – The Porto Criteria – IBD Working Group of the European Society for Paediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition (ESPGHAN). *J. Pediatr Gastroenterol Nutr* 2005; Vol. 41:1-7.
2. Mamula P, Markowitz JE, Baldassano RN. Inflammatory bowel disease in early childhood and adolescence: special considerations. *Gastroenterol Clin North Am* 2003; 32:967-995.
3. Differentiating Ulcerative Colitis from Crohn Disease in Children and Young Adults: Report of a Working Group of North American Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition and the Crohn's and Colitis Foundation of America. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 2007; Vol. 44:653-674.
4. Carvalho RS, Abadom V, Dilworth HP, et al. Indeterminate colitis: a significant subgroup of pediatric IBD. *Inflamm Bowel Dis* 2006;12:258-262.
5. Neiva F, Pinheiro L, Martinho I, et al: Incidência de Doença Inflamatória Intestinal na região Minho – estudo prospectivo e multicêntrico. Abs XXIII Reunião Secção Gastreenterologia, Hepatologia e Nutrição Pediátrica Sociedade Portuguesa Pediatria 2010;39.
6. Sawczenko A, Sandhu BK, Logan RFA, et al: Prospective survey of childhood inflammatory bowel disease in the British Isles. *Lancet* 2001;357:1093-4
7. Loftus CG, Loftus EV, Harmsen WS, et al: Update on the incidence and Prevalence of Crohn's Disease and Ulcerative Colitis in Olmsted County, Minnesota, 1940-2000. *Inflamm Bowel Dis* 2007; 13:254-261.
8. Jess T, Riis L, Vind I et al: Changes in Clinical Characteristics, Course, and Prognosis of Inflammatory Bowel Disease during the Last 5 Decades: A Population-Based Study from Copenhagen, Denmark. *Inflamm Bowel Dis* 2007;13:481-9.

9. Sewell JL, Velayos FS. Systematic review: The role of race and socioeconomic factors on IBD healthcare delivery and effectiveness. *Inflamm Bowel Dis* 2012; doi: 10.1002/ibd.22986. [Epub ahead of print]
10. Sauer CG, Kugathasan S. Pediatric inflammatory bowel disease: highlighting pediatric differences in IBD. *Medical Clinics of North America*. 2010. Vol 94;1:35-52.
11. Carvalho R, Hyams JS. Diagnosis and management of inflammatory bowel disease in children. *Semin Pediatr Surg*.2007; 16 (3): 164-171.
12. Sandhu BK, Fell JME, Beattie M, et al: Guidelines for the management of Inflammatory Bowel Disease in Children in the United Kingdom. *JPGN* 2010; 50:S1-S13.
13. Duigenan S, Gee MS. Imaging of pediatric patients with inflammatory bowel disease. *AJR Am J Roentgenol*. 2012; 199 (4): 907-15.

RESULTADOS

n=51 doentes

Número médio de consultas da Unidade até diagnóstico

