

HESTEETAKO GAIKOTASUN INFLAMATORIOA

Aurkibidea

- ▶ HITZAURREA
- ▶ EPIDEMIOLOGIA, ZEINU KLINIKOAK
ETA DIAGNOSTIKOA
- ▶ HESTEETAKO GAIKOTASUN
INFLAMATORIOAN ZER SENDAGAI
ERABILTZEN DEN
- ▶ KIRURGIA
- ▶ TRATAMENDU-ALGORITMOAK
- ▶ HESTEETAKO GAIKOTASUN
INFLAMATORIOAREN EZAUGARRIAK
PEDIATRIAN
- ▶ BESTELAKO ALDERDI PRAKTIKOAK

Hesteetako gaixotasun inflamatorioak (HGI) hauek hartzen ditu barne: kolitis ultzeraduna (KU), Crohn-en gaixotasuna (CG) eta sailkatu gabeko kolitisa. Kausa ezezaguneko nahasmenduak dira, hestean askotariko sakonera eta hedapeneko lesioak eragiten dituen erantzun immune neurrigabe bati lotuak. Sendatzen ez diren gaixotasunak dira; eboluzio kronikoa dute, agerraldiekin. Erremisio- eta berrerritze-aldiak txandakatu ohi dira¹.

HGIk gehienbat digestio-hodiari erasaten badio ere, digestio-aparatu kanpoko konplikazioak ere ekar ditzake, giltzadura, larruazal, begi edo mukosetan batez ere. Hori dela eta, espezialista edo elkarte askok –GETECCUk (Crohn-en Gaixotasunari eta Kolitis Ultzeradunari buruzko Espainiako Lantaldea), adibidez–, era horretako pazienteentzako arreta diziplina anitzeko ikuspegitik eman beharra nabarmentzen dute; hala bada, HGIko gero eta unitate gehiagotan, gastroenterologoen gain, beste espezialista batzuek ere esku hartzen dute, hala nola erreumatologo, pediatra, ginekologo, oftalmologo edo kirurgialariek, besteak beste. Lehen mailako arretako medikuak zeregin garrantzitsua du diagnostikoaren hasierako susmoan, haren jarraipenean, berriz gaizkitzearen detekzio goiztiarrean zein arrisku-faktoreei buruzko informazioa emateko orduan, bai eta konplikazioak prebenitzeko eta tratamenduarekiko atxikidura egokia eta haren kontrako efektuak zaintzeko orduan ere^{1,2}.

Lehen mailako arretako kontsultan HGIn dagokionez kontuan hartu beharreko alderdiak jorratzea da buletin honen helburua.

EPIDEMIOLOGIA, ZEINU KLINIKOAK ETA DIAGNOSTIKOA^{1,2}

Intzidentzia-tasak hazkunde nabarmena izan du herrialde garatu guztietan, eta goraka ari da oraindik munduko hainbat eskualdetan. Europan CG duten milioi bat pertsona daudela aurreikusten da. Espainian, 6-9 kasu berri diagnostikatzen dira urtero 100.000 biztanleko. KUri dagokionez, 7 kasu berri diagnostikatzen dira urtero 100.000 biztanleko (<http://geteccu.org/>). Intzidentzia handiagoa da bizitzaren 2. eta 4. hamarkaden artean, eta KUri dagokionez, bigarren intzidentzia-gorakada bat dago 50 eta 70 urte bitartean¹.

HGIren diagnostikoa egiteko unean irizpide klinikoak zein aurkikuntza endoskopikoak, erradiologikoak edo histologikoak konbinatu behar dira¹.

HGI hainbat modutara ager daiteke, baina, oro har, haren susmoa izan beharra dago honako hauek era kroniko edo errekorrente batez agertzen badira: errektorragia, abdomeneko mina eta distentsioa, beherako-ger-takariak, tenesmoa edo libratzeko premia eta uzki inguruko lesioak, baita hestez kanpoko edo sistemiko seinaleak ere².

KUK koloni bakarrik erasaten dio, eta mukosa-geruzari etenik gabe kalte egiten, tartean eremu osasuntsurik egon gabe. Sintoma bereizgarri hauek ditu: errektorragia eta beherakoa, mukia isurita sarritan, eta, horrekin batera, libratzeko premia, inkontinentzia eta ondeste-tenesmoa ere egon daiteke. Abdomeneko mina ez da CGn bezain bereizgarria, eta min koliko gisa agertzen da. Hestez kanpoko sintomak ez dira CGn adina agertzen, baina forma larri edo hedatuenetan ager daitezke¹.

CGk digestio-hodiaren segmentu orori erasan diezaiokie, baina ohikoagoa izaten da ileon terminalari eta koloni erasatea; erasan segmentarioa eta transmurala du ezaugarri. Gehienbat 6 aste baino gehiagoko beherako kroniko eta abdomeneko min modura agertzen da. Sintoma sistemikoak sarritan agertzen dira (ondoez orokorra, anorexia, pisu-galera edo sukarra). Uzki inguruko fistulak askoz ohikoagoak dira CGn, baina KUn ere agertzen dira batzuetan. Oso litekeena da sistema osteomuskularrari (artritisa, espondilitis ankilosatzailea), larruazalari (eritema nodularra, psoriasis, pioderma gangrenatsua) eta begiei (ubeitisa) erasatea, eta haren zantzuak dira batzuetan.

HGIak, gaixotasunaren lokalizazioari, larritasunari edo portaerari dagokienez, Montrealgo sailkapenari jarraikiz sailkatzen dira (CG eta KU).

Garrantzitsua da beherakoa, errektorragia edo abdomeneko mina agertzen dituzten beste gaixotasunetatik bereiztea diagnostikoa egiteko orduan. Honako kasu hauetan, adibidez:

- Heste suminkorraren sindromea: ez da alarma-zeinurik antzematen, eta proba analitikoak eta miaketa osagarriak normalak dira. Kalprotektina fekala lotuta dago inflamazio-mailarekin, beraz, erantzun inflamatorioaren markatzaile ona izan daiteke eta baliagarria da HGI digestio-nahasmendu funtzioaletatik bereizteko.
- Jatorri infekziosoko beherakoak: anamnesi eta koprokultibo bidez. Baztertu Clostridium difficile paziente immunodeprimituengan.

- Hainbat sendagaik eragindako beherakoak (AIEE, antibiotikoak, tiklopidina, koltxizina, olmesartana, etab.). Alkoholak edo droga batzuek –kokainak, adibidez– eraginda ere izan daiteke.
- Beste gaixotasun batzuek eragindako beherakoak (kolagenosia, diabetesa, hipertiroidismoa...).
- Malabsortzio-sindromea, kolitis iskemikoa, dibertikulitisa, gaixotasun zeliakoa...
- Koloneko adenokartzinoma eta hesteko linfoma.

“ HGI duten pazienteengan beherako guztiak ez dira agerraldiak ”

HESTEETAKO GAIXOTASUN INFLAMATORIOAN ZER SENDAGAI ERABILTZEN DEN

HGIren tratamenduak helburutzat du, batetik, agerraldietan hilkortasuna eragozte eta erremisioa eragitea –hesteetako inflamazioa geldiaraziz eta kirurgia erabili beharrik gabe ebatziz–, eta bestetik, lortutako erremisioari eustea eta berreritzeak saihestea. Hori guztia pazienteen ahalik eta bizi-kalitate onena lortu nahian eta tratamenduaren nahi gabeko efektuak saihestuta^{1,2}. Ikusi Taula I.

AMINOSALIZILATOAK (SULFASALAZINA ETA MESALAZINA EDO 5-ASA)

KU duten pazienteen tratamendurako farmako nagusiak dira, bai erremisioa eragiteko bai hari eusteko (be-reziki efikazak dira bigarren horretarako). Kolon eta ondesteko kartzinomaren garapenaren profilaxirako efikazak izatea ere frogatu dute HGI eta koloneko erasana dituzten pazienteengan.

Ez dago ebidentzia sendorik CG duten pazienteengan 5-ASA erabil dadin gomendatzeko, baina seguru samarra denez, hainbat gidak CG arina, ileon-koloneko erasan mugatuarekin, duten pazienteengan gomendatzen dute³.

Sulfasalazina bi hauen konbinazioa da: sulfapiridina (5-ASA kolonera eramaten du, eta kontrako efektuen erantzule nagusia ere bada) eta mesalazina (efikaziaren erantzule nagusia).

Dosia:

Ahotik: naiz eta egunean dosi bakar bat emateak terapeutika betetzea errazten duen, izan ahal da gaizki onartzea.

- Sulfasalazina: 4 gramo egunean erremisioa eragiteko, eta 2 gramo egunean horri eusteko.
- Mesalazina: gutxieneko dosia, 2,4 gramo egunean (baliteke hobe izatea 3 gramo egunean) erremisioa eragiteko, eta gutxienez 1,5 gramo eguneko dosia, horri eusteko. Pazienteek, agerraldiak badituzte dosia gutxiagotzean, agian dosi handiagoak behar dituzte erremisioari eusteko. Lehen proktitis-agerraldi batean izan ezik, mugarik gabe eman beharra dago, eta pazien-teari nabarmendu behar zaio oso garrantzitsua dela agindutako tratamendua behar bezala betetzea⁴.

Ondestetik: hainbat formulazio galeniko garatu dira mesalazina koloneko toki zehatzetan askatzeko. Enemak kolon sigmoide proximalera eta kolonaren ezker-angelura iristen dira paziente gai denean horrelakoak atxikitzeke. Apar bezala datozen botikak, aldiz, sigmoide ertainera baino ez dira iristen, eta supositorioak, berriz, ondeste distaleko 5-8 zentimetrotan bakarrik dira eraginkorrak.

“ Hainbat formulazio galeniko garatu dira 5-ASA koloneko toki zehatzetan askatzeko ”

Sendagaiak ahotik eta ondestetik batera ematea efikazagoa da bi bide horiek bereiz erabiltzea baino¹. Ondesteko bidea erabiltzen da agerraldiak dituzten paziente guztiengan, haien hedapena edozein dela: supositorioak, proktitisean; aparra, errektosigmoiditisean, eta enemak, ezkeraldeko edo hedatuko kolitisean. Gutxieneko dosia gramo bat da erremisioa eragiteko, eta gramo bat, astean bizpahiru aldiz, horri eusteko. Garrantzitsua da pazien-teak ondesteko bidearen aurrean izan litzakeen errezeloak gainditzen saiatzea².

Sulfasalazinak azido foliko erreduzitua garrarioa inhibitzen du; horregatik, komeni da azido folikoaren gehigarri bat ere ematea (1 mg egunean). Haurdunaldian eta edoskitzaroan eguneko 2 mg gomendatzen da⁵.

Kontrako efektuak:

- Sulfasalazina: kontrako efektu gehienak tratamenduaren lehen hilabeteetan agertzen dira, eta, modu jarraituan erabiltzekotan, haien intzidentzia txikiagotzen da. Kasuen % 20-25ean tratamendua eten beharra egoten da⁵. Ohikoenak hauexek dira: goragaleak, zefalea, sukarra eta rash. Gizonengan oligospermia eta

ernalezintasuna eragin ditzake, baina itzulgarriak dira tratamendu eten eta 3 hilabeteren buruan. Leukopenia-agerraldi gehienak arinak eta iragankorrak dira, baina, oso gutxitan, agranulozitosa eragin dezake⁵.

- Mesalazina: segurtasun-profil hobea du. Sulfasalazina onartzen ez duten paziente gehienek mesalazina onartzen dute, baina pazienteen % 10ak azken hori ere ez du onartzen. Batzuetan beherako urtsu arina agertzen da tratamenduaren hasieran, baina 4-8 asteren buruan desagertzen da. Gaixotasunaren okerragotze patologikoa ere gerta daiteke, eta tratamendua eten beharra egongo da kasuen % 3an⁵. Oso bakanetan hipersentikortasunagatiko koadroak (pneumonitisa, miokarditisa) eta nefritis interstiziala agertuko dira. Giltzurrun-funtzioa monitorizatu beharra dago aurretiko giltzurrun-gutxiegitasuna duten pazienteei dagokienez.

“ Azpimarratu behar da oso garrantzitsua dela tratamendua behar bezala betetzea erremisioaldietan ”

KORTIKOIDEAK

Lehen aukerako farmakoak dira agerraldi moderatu-larriak kontrolatzeko. Ez dira efikazak erremisioari eusteko⁶. Kortikoide sistemikoak HGIn agerraldi moderatu edo larriak dituzten pazienteek hobera egiteko behar den denboran baino ez dira erabili behar, eta hasieratik zehaztuta egon behar da horiek emateari noiz utziko zaion².

Ahotikako budesonidak ahotik ematen diren ohiko esteriodeak (prednisona, adibidez) baino akzio lokalagoak dauka, lehen igarotzeko efektu handia duelako. Hala, baliagarria izan daiteke CGren agerraldi arinetan, baina ez da erabili behar, ordea, agerraldi moderatu-larrietan. CGn erremisioa eragiteko orduan, budesonida (ahotik edo ondestetik) ez da beste kortikoide sistemiko batzuk bezain efikaza.

Dosia:

Efikazak direla frogatu diren dosietan eman behar dira (1 mg pazientearen kg-ko prednisona edo baliokidea; budesonida: 9 mg egunean; beklometasona dipropionatoa: 5-10 mg egunean), eta, erremisioa lortutakoan, kendu behar dira, beheranzko pauta aplikatuta (kendu 10 mg prednisona edo baliokide astean 20 mg eguneko dosira iritsi arte, eta ondoren, kendu 5 mg astean guztiz kendu arte). Ahotikako budesonidari dagokionez: 9 mg egunean hilabetez; 6 mg egunean beste hilabetez; 3 mg egunean beste hilabetez, eta azkenik, bertan behera utzi. Beklometasona, hasieran 5 mg eguneko dosia eman, bat-batean eten daiteke; dosi handiagoeekin hasiz gero, 5 mg eguneko dosira murriz daiteke hilabetez. Ondestetikako esteroide topikoei dagokienez, erabilitako farmakoaren arabera izango da dosia².

“ Agerraldietan kortikoide sistemikoak erabiltzen direnean, hasieratik zehaztuta egon behar da noiz utziko diren ”

Ez dago justifikatuta, kontrako efektuen intzidentzia murrizteko, dosi txikiekin hasi eta, ondoren, erantzun egokirik ezean, horiek handitzea.

Kontrako efektuak:

Kortikoideen kontrako efektuak ohikoak eta askotarikoak dira, batez ere beharrik gabe haien erabilera luzatzen denean⁶.

IMMUNOMODULATZAILEAK

Tiopurinak dira gehien erabiltzen direnak: **azatioprina** eta **merkaptopurina**. Azatioprina merkaptopurinaren profarmako bat da, eta, in vivo, 6-merkaptopurina metabolizatzen da azkar. Honako immunomodulatzaile hauek ere erabiltzen dira: metotrexatoa, ziklosporina, takrolimusa eta mofetilo mikofenolatoa.

Tiopurinak aholkatuta daude HGI moderatu-larria tratatzeko, betiere kortikoideek ez badute behar besteko eraginik pazientearengan, behar den dosiak kontrako efektu larriak eragin baditzake edo kontraindikaturak badaude. Baliagarriak dira CG eta KUn erremisioa eragiteko eta horri eusteko, baina haien erabilera mugatuta dago, toxikoak dira eta⁷.

Hasieran eragin motela duten medikamentuak dira, eta 6 hilabetera arte itxaron behar izaten da, erantzunik eza baztertzeko. Efektu berantiar hori dela eta, bestalde, ez da komeni agerraldi akutuetan monoterapiaren erabilteza. Aldi horretan pazienteari kortikoideekin tratamendu konkomitantea eman beharra izaten da³. Efektu sinergikoa izaten dute tumorearen nekrosi-faktorearen farmako antagonistekin (TNFren kontrakoa) konbinatzen direnean⁸.

Dosia:

Efektua dosiaren araberakoa da, baina kontrako efektu hematologikoak izateko arriskua dagoenez, tratamendua dosi txikiekin hasi behar da, eta horiek pixkanaka handitu, pisuaren araberako gehieneko dosira iritsi arte. Toxikotasunik ezean, farmakoak porrot egin duenik ez dugu jo behar, dosia ez bada izan, gutxienez ere, 2,5 mg azatioprina, kg eta eguneko, edo 1,5 mg merkaptopurina, kg eta eguneko². Beste estrategia bat da tiopurina S-metiltransferasaren (TPMT) jardueraren araberako dosia ematea. TPMT entzimaren defizit hereditarioa duten gizabanakoek mielozeabapenerako arrisku handia dute. TPMTren jarduera balioesteko, praktika klinikoan ohikoa izaten da analisi genetikoa erabiltzea^{2,7}.

Dosi bakar batean edo egunean zehar berezitateko dosietan eman daitezke, eta ahal bada, elikagaiekin batera, digestio-intolerantzia gutxiagotzeko. Aldeko erantzuna badago –bigarren mailako ondorio garrantzitsurik ezean–, mugarik gabe mantendu ohi dira, bertan behera uztea berreritzearekin lotu izan baita; horregatik, garrantzitsua da tratamenduarekiko atxikidura bultzatzea. Ez dago justifikatuta mantentze-dosia murrizten saiatzea^{2,7}.

Alopurinolak eta tiopurinek elkarri eragiten diote; alopurinolak 6-merkaptopurinaren metabolizazioa blokeatzen du, eta mielotoxikotasuna gertatzeko arriskua handitzen du. Tratamendu konkomitantea beharrezko denean, komeni da immunomodulatuzaileen dosia erdira murriztea^{2,7}.

Kontrako efektuak:

Oso maiz gertatzen dira, eta tratamendua bertan behera uztea eragiten dute pazienteen % 10-20an⁷. Dispepsia eta goragaleak ohikoak dira, baina, konprimatuak otorduen ostean eman ez eta dosia pixkanaka handituz, arindu ahal dira.

Kontrako efektu batzuk dosiaren araberakoak dira; mielozeabatzea, adibidez (% 1-2). Farmako horiekin tratatutako pazienteek (kortikoideekin edo beste immunoezabatzaile batzuekin batera bada batez ere) infekzio biralak, bakterianoak eta fungikoak –mikroorganismo oportunisten eraginezko infekzio larriak barne– pairatzeko arrisku handiagoa izaten dute. Disfuntzio hepatikoa ez da oso ohikoa, eta itzulgarria da farmakoa kendu ondoren. Dosiarekin zerikusirik ez duten efektuak dira pankreatitisa (% 1,4) eta erreakzio alergikoak (sukarra, artritis, rash...). Neoplasien arriskua ere handitzen da (ez-Hodgkin linfoma eta beste nahasmendu linfoproliferatibo batzuk, larruzaleko kartzinoma basozelularra eta umetoki-lepoko kartzinoma).

Kontrako efektu larrien arrisku hori dela eta, komeni da gibela eta hematologia monitorizatzea; astean behin, tratamenduaren hasieran, eta hiruhilekoan behin, gerora. Monitorizazio horrek ezin du beti hezur-muinaren depresioa edo hepatotoxikotasuna prebenitu. Horregatik garrantzitsua da pazienteari azaltzea, ezohiko infekzio-seinaleak edo -sintomak agertzen badira medikuari esan behar diola.

“ Immunomodulatuzaileek hasieran eragin motela dute; beraz, ez dira monoterapiari erabili behar agerraldi akutuetan ”

AGENTE BIOLOGIKOAK

Gehien erabilitako TNFren kontrakoak infliximaba (IFX) eta adalimumaba (ADA) dira. CG eta KU moderatu-larria tratatzeko onartuta daude horiek, bai haurrengan bai helduegan, baldin eta ohiko tratamendurekin erantzuna ez bada nahikoa, intolerantziarik badago edo kontraindikazioak badaude. IFX zain barne-tik ematen da, ospitalean. ADA larruzalpetik ematen da, eta ospitaleko farmaziako zerbitzuetan ematen dute.

TNFren kontrakoen ondorio kaltegarriak eta kontraindikazioak:

Bereziki larria da infekzioak pairatzeko arriskua handitzea, germen oportunisten eraginezkoak barne, bai eta, eramaile asintomatikoengan, B hepatitisa eta tuberkulosi latentea berraktibatzea ere. Arrisku hori handitu egiten da hiru immunoezabatzailearen tratamendu konbinatuekin. Lupus-like sindromea konplikazio bitxia da, eta, oro har, tratamendua eteten denean desagertzen da². TNFren kontrakoen saiakuntza kliniko kontrolatuetan neoplasien kasu gehiago, linfoma barne, egiaztatu dira⁹.

Kontraindikatu daude infekzio aktiboak dituzten pazienteengan; hortaz, tratamenduari ekin aurretik, uzkiaren inguruko edo abdomeneko abzesuak aztertu eta tratatu beharra dago. Bihotz-gutxiegitasuna duten pazienteentzat ere badaude kontraindikatuak (NYHA III/IV).

Farmako horien aurrean erantzuten ez duten pazienteentzat beste agente biologiko batzuk erabiltzen dira, hala nola ustekinumaba, golimumaba edo bedolizumaba.

ANTIBIOTIKOAK

Hauen baliagarritasuna ongi egiaztatuta dago HGIren konplikazio septikoetan (abzesuak, zaurien infekzioak) eta poutxitis edo erreserboritisaren tratamenduan (ileoneko erreserborioaren inflamazioa, kolektomia baten ostean). Gaixotasun primarioaren tratamenduan onurarik duen ez dago ongi egiaztatuta¹⁰. Gehien erabilitakoak hauek dira: ziprofloxazina (500 mg/12 h) eta metronidazola (20 mg/kg/egun, 3 dositan) dira.

Kontrako efektuak:

Gastrointestinalak dira ziprofloxazinoaren kontrako efektu ohikoenak (goragaleak, gorakoak), eta Clostridium difficile bakteriararen ondoriozko beherakoa agertzea ere eragin dezake. Metronidazolaren kontrako efektuen artean honako hauek daude: anorexia, goragaleak, dastamenaren nahasmendua eta dosiaren araberako neuropatia periferikoa, monitorizatu behar dena².

KIRURGIA

KUn baliteke kirurgia beharrezko izatea kortikoideen, ziklosporinaren edo IFXen aurrean erantzuten ez duen agerraldi larrian. Kirurgia erabat indikatuta dago zulaketa, hemorragia masibo edo megakolon toxikorik badago. Baita buxaduraren kasuan eta, maila handiko displasietan, kolon eta ondesteko minbiziaren profilaxi gisa ere.

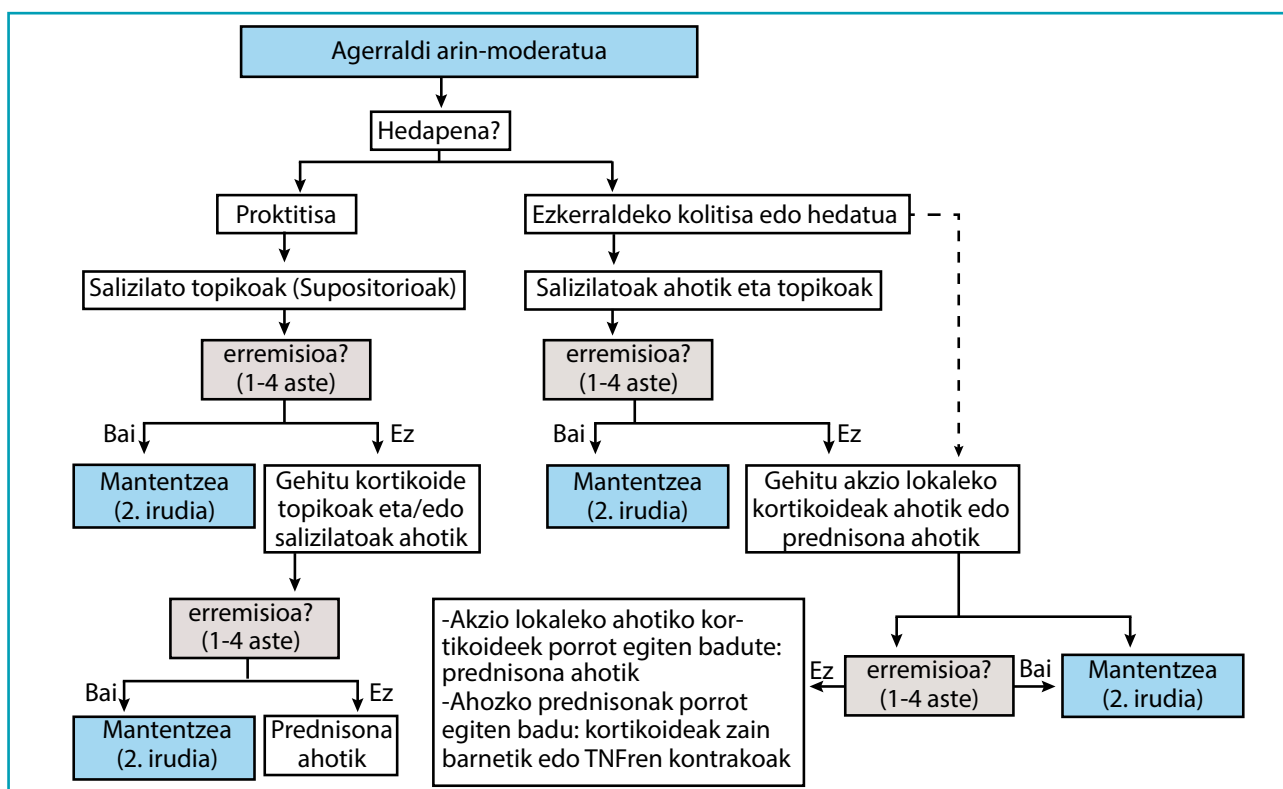
CG duten pazienteek, tratamenduari ez badiote erantzuten, baliteke kirurgia behar izatea, baina horrek ez du ezinbestean eragozten gaixotasunaren errekurrentziak agertzea².

HELDUEN TRATAMENDU-ALGORITMOAK (Eskuliburu praktiko honetatik egokituta: Conductas de actuación en la enfermedad inflamatoria crónica intestinal, 6. edizioa)

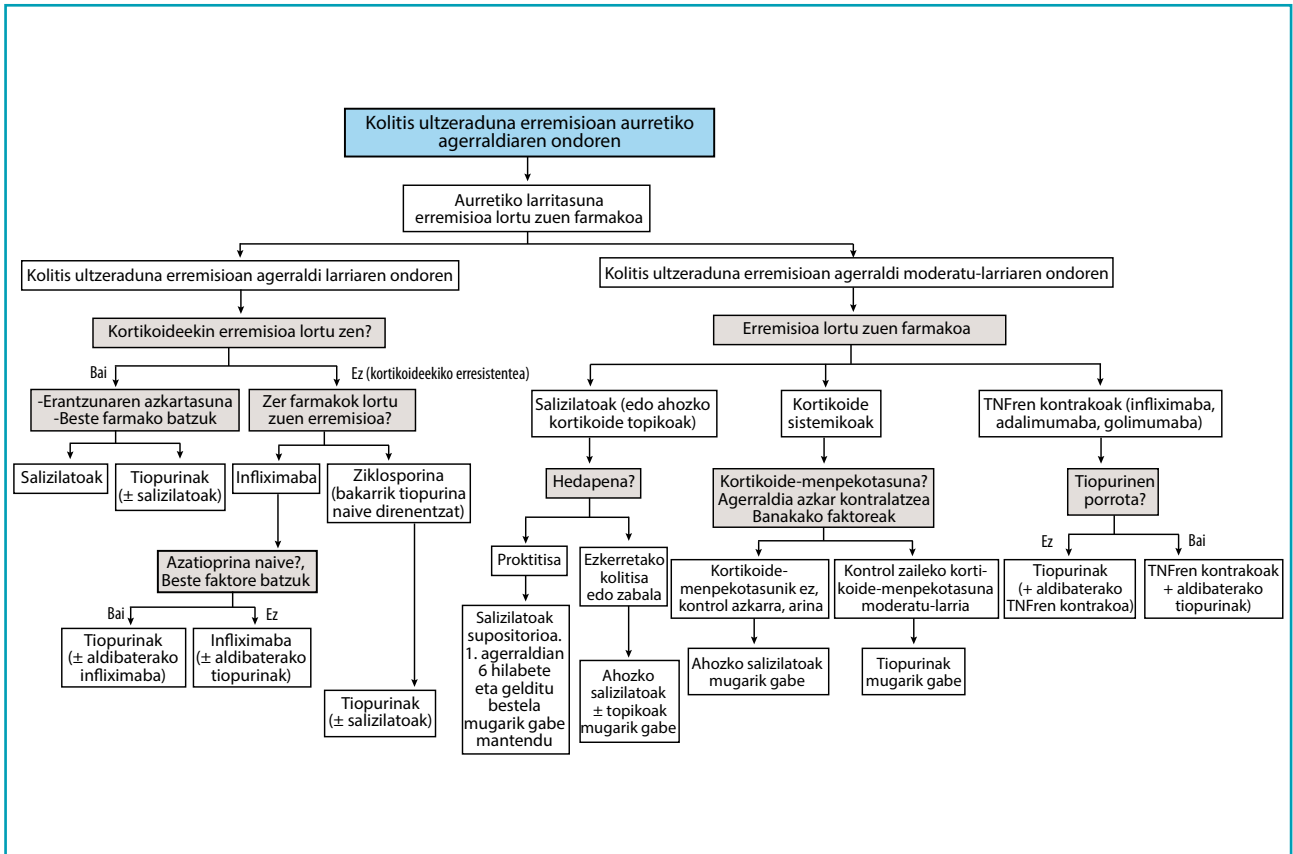
Kolitis ultzeraduna eta Crohn-en gaixotasuna helduengan tratatzeko algoritmoak erakusten dira 1., 2. eta 3. iru-dietan. Lehen mailako arretako ohiko egoerak erakusteko egokitu dugu 1. irudia; hori horrela, agerraldi modera-tu-larrien tratamendua baztertu dugu, espezialistak baloratzea, baita ospitaleratzea ere, behar izango dute eta.

KOLITIS ULZERADUNA

1. irudia. Kolitis ultzeradunaren agerraldi arin-moderatuaren tratamendua

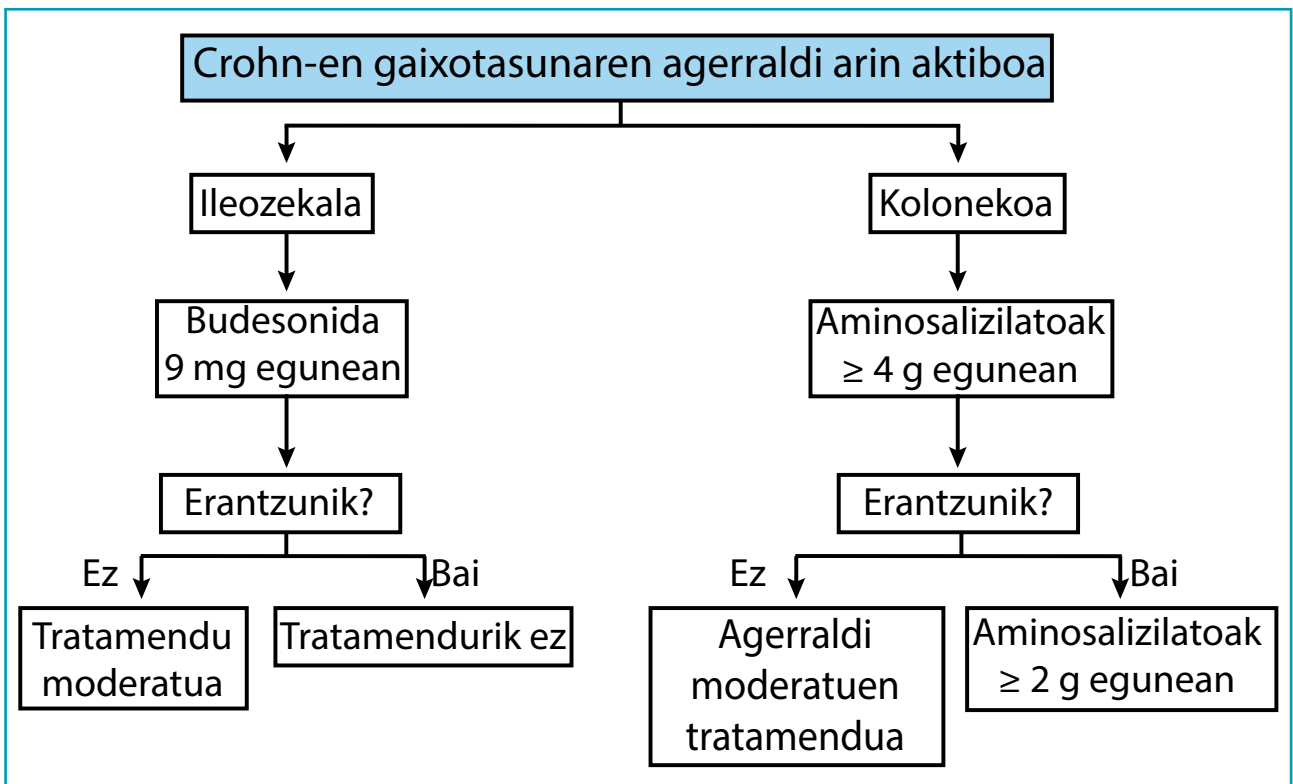


2. irudia. Kolitis ultzeradunaren mantentzeko tratamendua



CROHN-en GAIXOTASUNA

3. irudia. Crohn-en gaixotasunaren agerraldi arinaren tratamendua



Crohn-en gaixotasunaren mantentzeko tratamendua²

- Mesalazinaren onura oso eskasa da, eta, forma arinetan, farmako honekin erremisioa eragitea lortu denean, baino ez legoke adierazita.
- Kortikoideak ez dira efikazak erremisioari epe luzera eusteko, eta haien bigarren mailako ondorioak direla eta (ohikoak eta larriak), ez da gomendatzen kortikoideak erabiltzea. Kortikoideekiko mendekotasunaren kasuan, tiopurinen bidezko tratamenduak aukera ematen du kortikoideak kentzeko eta erremisioari eusteko, pazienteen % 50 inguruan; gutxienez 4 urtez egon behar dira horiek hartzen.
- Metotrexatoa erremisioari eusteko efikaza da farmako honekin erremisioa eragin zaien pazienteengan, eta aholkatuta dago, orobat, tiopurinekiko intoleranteak edo errefraktarioak diren pazienteentzat.
- TNFren kontrako farmakoak efikazak dira, bai erremisioa eragiteko bai horri eusteko, eta aukerakoak dira erremisioa lortzeko haiek erabili beharra izan duten pazienteengan, bereziki alde aurretik tratamendu immunomodulatzailea jada jasotzen bazuten. Tratamendu efikazena dira CGn mukosa senda dadin eragiteko eta horri eusteko, eta, immunomodulatzaileekin batera, aukerakoak dira CG larria duten pazienteengan eta pronostiko txarreko faktoreak dituztenengan. Gainerako pazienteentzat, ikuspegi azkarra gomendatzen da, eskalatze eta monitorizazio estuarekin gaixotasunak aurrera egiteko arriskua ahalik eta txikiena izan dadin.

HESTEETAKO GAIXOTASUN INFLAMATORIOAREN EZAUGARRIAK PEDIATRIAN²

HGIren kasuen heren bat 20 urte bete aurretik agertzen dira (gehienak nerabezaroan); kasu guztien % 5 baino gutxiago bost urte bete baino lehenago^{2,12}.

Garrantzitsua da baloratzeko gaixotasunak zer eragin duen pazienteen pubertaroko hazkunderaren eta garapeneren gainean, batez ere CGn, baita farmakoek epe luzera dituzten bigarren mailako ondorioak minimizatzea ere.

Pediatriako HGIk irizpide diagnostiko espezifikoak ditu: Oporto 2014ko irizpideak. Gaixotasunaren sailkapen fenotipikoa egiteko, Parisko sailkapena erabiltzen da (CG eta KU); Montrealekoaren alderdi batzuk osatzen eta aldatzen ditu horrek.

Lehen mailako arretan (aurreprobarako probabilitatea, oro har, oso txikia da hemen), kalprotektina fekalaren testak baliagarritasun diagnostikoa izan dezake emaitzak 50-100 mcg/g badira. Horri esker gaixotasuna ia bazter daiteke, eta beste espezialista batzuegana beharrik gabe bideratzea saihestuko da¹¹. Kalprotektinak –hesteetako jarduera inflamatorioa eta mukosaren sendatze-maila baloratzeko proba ez-inbaditzaile gisa– duen betekizunari dagokionez, zehazteko dago haren ebakipuntua, baita pediatriako HGIren kudeaketan zer toki duen ere.

HGI duten haurrak txertatzeko oinarrizko pauta osasuntsu daudenen bera da. Tratamendu immunoezabatzailea jada jasotzen ari direnei dagokienez (kortikoideak > 20 mg/egun prednisona edo baliokide 2 astez, tiopurinak, metotrexatoa edo TNFren kontrakoak), berriz, birus edo bakterio bizi edo indargabetuak dituzten txertoak baztertu behar dira horrelako tratamenduak amaitu ondorengo 3 hilabetetara arte.

Kudeaketa terapeutikoa helduarenaren antzekoa da, baina algoritmo espezifikoak ditu, eta haren bereizgarria honako hau da: nutrizio enterala CGren tratamendu primario gisa erabiltzea efikaza egiaztatu da, pediatriako CGren –jarduera arin-moderatukoaren– agerraldien erremisioa eragiteko.

BESTELAKO ALDERDI PRAKTIKOAK

TXERTOAK

HGI duten pazienteek infekzioak pairatzeko arrisku handiagoa dute, gaixotasunagatik, kirurgia-arrisku handiagoa dutelako, malnutrizioagatik edo sendagai immunoezabatzaileak erabiltzeagatik⁴. Garrantzitsua da txertatze-egutegia betetzen dela gainbegiratzea diagnostikoa egiteko unean.

Tratamendu immunoezabatzailea jasotzeko moduan dauden pazienteei dagokienez (batez ere sendagai biologiko eta kortikoideekin eta immunomodulatzaileekin, dosi altuetan), garrantzitsua da txerto-egutegia

ahalik eta lasterren eguneratzea, eta, beharrezkoa bada, txertoak jartzeko pautak bizkortu egingo dira, tratamendu immunoezabatzailea hasi baino lehen (2-3 aste lehenago gutxienez). Mikroorganismo bizi indargabetuak (errubeola; elgorria; parotiditisa; barizela; sukar horia; polioa, ahotik; BCG; kolera, ahotik; tifoidea, ahotik, eta errotabirusa) kontraindikaturik daude tratamendu immunoezabatzailea eman bitartean; aktibatu gabeko txertoek, aldiz, ez dakarte arazorik tratamenduan zehar, baina haien erantzuna baliteke txikiagoa izatea horri ekindakoan.

Gomendatutako txertoak¹³:

- Pneumokokoen kontrakoa pauta mistoarekin (VNC13 +VNP23).
- Gripearren aurkakoa: dosi bat urtean.
- B hepatitis: aurrez txertorik jaso ez duten pazienteei gibelean eragin toxikoa duten terapiak ematekotan. Pauta estandarra erabiliko da. Txertoaren aurreko erantzuna txikiagoa izan daiteke. Komeni da antigorputzen maila aztertzea txertoa hartu eta hilabete edo bi hil pasa ondoren. B hepatitisaren aurkako ≥ 10 U/ml titulurik lortzen ez baldin bada, txertoaren hiru dosi gehiago eman, eta berriro egingo da serologia; halere oraindik ere negatiboa bada, ez da txertoaren bestelako dosirik gomendatuko, eta erantzunik gabea dela ulertuko da.
- A hepatitis: aurrez txertorik jaso ez duten pazienteei gibelean eragin toxikoa duten terapiak (guztiak kortikoideak izan ezik) ematekotan.
- Hirukoitz birikoa (elgorria-errubeola-parotiditisa): horrelakoak harrapatzeko arrisku handiagoa duten pazienteen kasuan, komeni da bi dosi jartzea, tratamendu immunoezabatzaileari ekin aurretik, betiere ez badute gaixotasun hori izan edo ez badute txertorik jaso.
- Barizela: horrelakoak harrapatzeko arrisku handiagoa duten pazienteen kasuan, komeni da bi dosi jartzea, tratamendu immunoezabatzaileari ekin aurretik, betiere ez badute gaixotasun hori izan edo ez badute txertorik jaso eta serologia negatiboa badute.
- Azatioprinarekin tratamendua jasotzen edo jasoko duten emakumeei dagokienez (9-26 urte), giza papi-lomaren birusaren (GPB) kontrako txertoa gomendatzen da.

TABAKOA

Tabakoak eragin handia du HGIren garapenean. Egiaztatuta dago tabakoaren kontsumoa lotuta dagoela CGren eboluzio okerragoarekin, tratamenduaren aurreko erantzun okerragoarekin eta kirurgia behar izateko arrisku handiagoarekin².

“ Crohn-en gaixotasunean bereziki garrantzitsua da tabakoari uztea ”

PROFILAXI TRONBOENBOLIKOA

Hesteetako erasanaren hedapenak zein larritasunak lotura dute konplikazio tronboenbolikoak agertzearekin. CG edo KUren agerraldi bategatik ospitaleratutako pazienteek baliteke molekula-pisu txikiko heparinen bi-dezko profilaxia behar izatea. Oheratuta egoteak, infekzioak, zainetan kateterrak ipintzeak eta prozedura inbaditzaile zein kirurgiak konplikazio tronboenbolikoak are gehiago agertzea eragiten dute².

ANEMIA

HGIren pazienteek hemoglobina-balio txiki samarrak izan ohi dituzte. Garrantzitsua da hori ez gutxiestea, eta anemia behar bezala zuzendu behar da hemoglobinarekin helburu kopuruetara iritsi arte. Ez dago justifikaziorik ahotikako burdinaren ohiko dosiak baino handiagoak erabiltzeko².

HAURDUNALDIA

Haurdunaldiko HGI lotu ohi da jaioberriarentzako arrisku handiagoarekin; horregatik, garrantzitsua da agerraldiak bizkor tratatzea. HGIren tratamendurako erabili ohi diren sendagai gehienak, zorionez, aski segurtasunarekin eman daitezke haurdunaldian. HGIren kontrolik gabeko jardura da ama eta fetuarentzako arrisku handiena².

«El boletín INFAC es una publicación electrónica que se distribuye gratuitamente a las y los profesionales sanitarios de la CAPV. El objetivo de este boletín es la promoción del uso racional del medicamento para obtener un mejor estado de salud de la población».

BIBLIOGRAFIA

1. Redondo Sánchez J. Enfermedad inflamatoria intestinal. Los principales problemas de salud. AMF 2016;12(8):436-444
2. Hinojosa del Val J, Nos Mateu P et al. Manual práctico. Conductas de actuación en la enfermedad inflamatoria crónica intestinal. 6ª edición. Madrid: Ediciones Ergon; 2014.
3. Regueiro M, Al Hashash J. Overview of the medical management of mild (low risk) Crohn disease in adults. UpToDate 2018. [on line]: https://www.uptodate.com/contents/overview-of-the-medical-management-of-mild-to-moderate-crohn-disease-in-adults?source=see_link
4. MacDermott RP, MD. Management of mild to moderate ulcerative colitis in adults. UpToDate 2018. [on line]: <https://www.uptodate.com/contents/management-of-mild-to-moderate-ulcerative-colitis-in-adults>
5. Cheifetz AS, Cullen GJ. Sulfasalazine and 5-aminosalicylates in the treatment of inflammatory bowel disease. UpToDate 2018. [on line]: <https://www.uptodate.com/contents/sulfasalazine-and-5-aminosalicylates-in-the-treatment-of-inflammatory-bowel-disease>
6. Peppercorn MA, Cheifetz AS. Budesonide in the treatment of inflammatory bowel disease in adults. UpToDate 2018. [on line]: https://www.uptodate.com/contents/budesonide-in-the-treatment-of-inflammatory-bowel-disease-in-adults?search=budesonide%20inflammatory%20bowel%20disease&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1
7. A-Rahim YI, J Farrell RJ. Azathioprine and 6-mercaptopurine in inflammatory bowel disease. UpToDate 2018. [on line]: https://www.uptodate.com/contents/azathioprine-and-6-mercaptopurine-in-inflammatory-bowel-disease/print?search=immunomodulator%20inflammatory%20bowel%20disease&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1
8. MacDermott RP, Lichtenstein GR. Overview of tumor necrosis factor-alpha inhibitors for Crohn disease in adults: https://www.uptodate.com/contents/overview-of-tumor-necrosis-factor-alpha-inhibitors-for-crohn-disease-in-adults?search=immunomodulator%20therapy%20Crohn%20disease&source=search_result&selectedTitle=6~150&usage_type=default&display_rank=6 <https://www.uptodate.com/contents/overview-of-tumor-necrosis-factor-alpha-inhibitors-for-crohn-disease-in-adults?search=immunomodulator%20therapy%20Crohn%20disease&source=search_result&selectedTitle=6~150&usage_type=default&display_rank=6>
9. Ficha técnica de Remicade®. Disponible en: https://cima.aemps.es/cima/pdfs/es/ft/99116001/FT_99116001.pdf
10. Sartor RB. Antibiotics for treatment of inflammatory bowel diseases. UpToDate 2018. [on line]: https://www.uptodate.com/contents/antibiotics-for-treatment-of-inflammatory-bowel-diseases?search=antibiotics%20inflammatory%20bowel%20disease&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1
11. Ortega Páez E, Pérez-Moneo Agapito B. ¿Es útil la calprotectina fecal para el diagnóstico de la enfermedad inflamatoria intestinal crónica del niño?. Evid Pediatr 2015;11:55. [on line]: <https://evidenciasenpediatria.es/articulo/6826/es-util-la-calprotectina-fecal-para-el-diagnostico-de-la-enfermedad-inflamatoria-intestinal-cronica-del-nino>
12. Martínez Gómez M.J. Enfermedad inflamatoria intestinal pediátrica. Pediatr Integral 2015; 19(2):119-126
13. Txertaketen eskuliburua. 3.a. Osasun saila. Euskal Autonomia Erkidegoaren Administrazioa. Vitoria-Gasteiz: Eusko Jaurlaritzaren Argitalpen Zerbitzu Nagusia; 2018. [on line]: https://www.osakidetza.euskadi.eus/r85-pkvgi08/eu/contenidos/informacion/manual_vacunaciones/eu_def/index.shtml

Bibliografía-berrikuspen data: 2018ko martxoa

Eskerrak eman nahi dizkiogu Horacio Alonso Galáni, Donostialdea ESiko Digestio Zerbitzuko sendagileari, testua berrikusteagatik, bai eta egindako iruzkin eta iradokizun egokiengatik ere.

Mendikamentu berriek kontrako ondorioak dituztela susmatuz gero, oso-oso garrantzitsua da Euskal Autonomia Erkidegoko Farmakojagoletza Unitateari jakinaraztea. OSABIDEn bitartez egin dezakezu jakinarazpena. Bestela, Osakidetzako intranetaren bidez, txartel horia beteaz edo AEMPSen interneteko <https://www.notificaRAM.es>

Galdera, iradokizun edo parte-hartze lanak nori zuzendu: zure erakundeko farmazialaria edo MIEZ - tel. 945 01 92 66 - e-maila: cevimesan@euskadi.eus

Idazkuntza Batzordea: José Ramón Agirrezabala, Iñigo Aizpurua, Miren Albizuri, Iciar Alfonso, María Armendáriz, Sergio Barrondo, Maite Callén, Saioa Domingo, Maitane Elola, Arritxu Etxeberría, Julia Fernández, Ana Isabel Giménez, Naroa Gómez, Eguzkiñe Ibarra, Juan José Iglesias, Josune Iribar, Nekane Jaio, Itxasne Lekue, M^o José López, Javier Martínez, Amaia Mendizabal, Carmela Mozo, Elena Olloquiegi, Elena Ruiz de Velasco, Rita Sainz de Rozas, Elena Valverde.



<http://www.osakidetza.euskadi.eus/cevime>
Intranet Osakidetza · <http://www.osakidetza.eus>

Eusko Jaurlaritzaren Argitalpen Zerbitzu Nagusia
Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco



Erabat debekaturik dago dokumentu hau promozio helburuetarako erabiltzea

	Forma farmazeutikoa	Dosia eta izen komertzialak
Aminosalizilatoak ahotik		
MESALAZINA	konprimatu gastrorresistenteak	dosia: 400 mg, 500 mg, 800 mg, 1000 mg, 1200 mg Asacol®, Claversal®, Lixacol®, Mezavant® Pentasa®
	poltzatxoak (pikor gastrorresistenteak)	dosia: 500 mg, 1000 mg, 1500 mg, 2000 mg, 3000 mg, 4000 mg Pentasa®, Salofalk®
SULFASALAZINA	konprimatuak	dosia: 500 mg Salazopyrina®
Aminosalizilatoak ondestetik		
MESALAZINA	enemak (rekto-sigma-beherazkoa)	dosia: 1000 mg, 4000 mg Pentasa®, Salofalk®
	aparrak ondestetik (rekto-sigma)	dosia: 1000 mg Claversal®, Salofalk®
	supositorioak (rekto)	dosia: 500 mg, 1000 mg Claversal®, Pentasa®, Salofalk®
Askapen aldatutako ahotiko kortikoideak (*)		
BUDESONIDA	kapsula gastrorresistenteak	dosia: 3 mg Intestifalk®, Entocord®
	poltzatxoak (pikor gastrorresistenteak)	dosia: 9 mg Intestifalk®
BEKLOMETASONA DIPROPIONATOA	konprimatu gastrorresistenteak	dosia: 5 mg Bidiclin®, Clipper®
Kortikoideak ondestetik		
BUDESONIDA	enema	dosia: 2 mg Entocord®
	aparra ondestetik	dosia: 2 mg Intestifalk®
TRIAMZINOLONA DIAZETATOA	aparra ondestetik	dosia: 10 mg Proctosteroid
Immunomodulatzailak		
AZATIOPRINA	konprimatuak	dosia: 50 mg Imurel®
MERKAPTOPURINA	konprimatuak	dosia: 50 mg Mercaptopurina silver®
Agente biologikoak (**)		
ADALIMUMABA	azalpeko injektagarria	dosia: 40 mg, 80 mg Humira®
INFLIXIMABA	zain barneko perfusioa	dosia: 100 mg Flixabi®, Inflectra®, Remicade®, Remsima®

Marka komertzial guztiak ez daude eskuragarri dosi guztietan.

* Kortikoide sistemikoen gain, prednisona edo baliagarria.

** Ospitaleko tratamendua.