



**Ministerul Sănătății, Muncii și Protecției Sociale al  
Republicii Moldova**

# **Colita ulceroasă la copil**

**Protocol clinic național**

**PCN-92**

*Chișinău, 2020*

**Aprobat prin ședința Consiliului de experți al Ministerului Sănătății, Muncii și Protecției Sociale al Republicii Moldova din 03.07.2020 proces verbal nr. 2**  
**Aprobat prin Ordinul Ministerului Sănătății, Muncii și Protecției Sociale al Republicii Moldova nr.806 din 03.09.2020 cu privire la aprobarea Protocolului clinic național „Colita ulceroasă la copil”**

**CUPRINS**

<b>SUMARUL RECOMANDARILOR.....</b>	<b>4</b>
<b>ABREVIERILE FOLOSITE ÎN DOCUMENT .....</b>	<b>5</b>
<b>PREFAȚĂ .....</b>	<b>5</b>
<b>A.PARTEA ÎNTRODUCTIVĂ.....</b>	<b>5</b>
A.1. Exemple de diagnostic .....	5
A.2. Codul bolii .....	5
A.3. Utilizatorii .....	6
A.4. Scopurile protocolului .....	6
A.5. Data elaborării protocolului.....	6
A.6. Data reviziei următoare.....	6
A.7. Lista și informațiile de contact ale autorilor ce au participat la elaborarea protocolului .....	6
A.8. Definiție.....	6
A.9. Epidemiologie .....	6
<b>B. PARTEA GENERALĂ.....</b>	<b>8</b>
B.1. Nivel de asistență medicală primară .....	8
B.2. Nivel de asistență medicală specializată de ambulator .....	9
B.3. Nivel de asistență medicală spitalicească.....	10
<b>C.1. ALGORITM DE CONDUIȚĂ .....</b>	<b>12</b>
C.1.1. Algoritm de diagnostic .....	12
<b>C.2. DESCRIEREA METODELOR, TEHNICILOR ȘI PROCEDURILOR .....</b>	<b>13</b>
C.2.1. Clasificare.....	13
C.2.2. Factori de risc .....	14
C.2.3. Profilaxia .....	14
C.2.4. Screening-ul.....	14
C.2.5. Conduita pacientului .....	14
C.2.5.1. Anamneza .....	14
C.2.5.2. Manifestările clinice.....	15
C.2.5.3. Diagnostic.....	15
C.2.5.4. Diagnostic diferențial .....	17
C.2.6. Tratament .....	18
C.2.6.1. Tratament nemedicamentos.....	18
C.2.6.2. Tratamentul medicamentos .....	19
C.2.6.2.1. Inducerea remisiei clinice.....	19
C.2.6.2.2. Menținerea remisiei clinice .....	21
C.2.6.3. Tratament chirurgical.....	25
C.2.7. Supraveghere .....	25
C.2.8. Complicații .....	25
<b>D. RESURSE UMANE ȘI MATERIALE NECESARE PENTRU IMPLEMENTAREA PREVEDERILOR PROTOCOLULUI.....</b>	<b>26</b>
<b>E. INDICATORII DE MONITORIZARE A IMPLIMENTĂRII PROTOCOLULUI .....</b>	<b>27</b>
<b>ANEXA 1. Ghidul pacientului cu colită ulceroasă.....</b>	<b>28</b>
<b>ANEXA 2. Fișa standardizată de audit bazat pe criteriile din PCN „Colita ulceroasă la copil” ...</b>	<b>29</b>
<b>BIBLIOGRAFIE.....</b>	<b>31</b>

## SUMARUL RECOMANDARILOR

- **Colita ulceroasă** este o maladie inflamatorie cronică a intestinului, cu afectare ulcero-hemoragică continuă cu predilecție în partea distală a intestinului gros.
- Există numeroase concepții cu privire la **cauzele** colitei ulceroase - genetice, infecțioase, tulburări imunologice, factori alimentari, de mediu, chimici, dar nici una nu a fost demonstrată cert.
- **Cele mai frecvente simptome** ale colitei ulceroase la copii sunt rectoragia, diaree cu mucus și/sau sînge, scaun frecvent nocturn, tenesme, dureri abdominale. Insa pe langa acestea pacientii mai pot prezenta si anemie, stare de oboseala, inapetență; leziuni ale tegumentelor, dureri articulare etc.
- **Diagnosticul** se bazează pe simptomatologie, date *de laborator* ce indică un proces inflamator (creșterea VSH, fibrinogenului, proteina C reactiva), *dozarea calprotectinei fecale, teste imunologice (anticorp perinuclear anti-citoplasmă neutrofilică (p-ANCA) – asociat CU în 60-80% (specificitate 94%) și este confirmat de endoscopia digestiva (edem, proces inflamator cronic, ulceratii a mucoasei intestinale).*
- **Tratamentul colitei ulceroase** se face în baza stadiului bolii (activ, remisie), extinderea (proctita, colita distală, colita stîngă, pancolita) și gradul de severitate (ușoară, moderată, severă). Scopul tratamentului consta în ameliorarea simptomelor și prevenirea recidivelor.
- Modificarea stilului de viață, menținerea unei diete echilibrate cu alimente bogate în fibre, protein, mese frecvente în cantități mai mici, somn suficient sunt obiectivele esențiale ale *tratamentului nemedicamentos.*
- Nutriție exclusiv enterală (NEE) este recomandată ca tratament de prima linie pentru inducerea remisiei. Se administrează per os o formula proteică polimerică circa 6-8 săptămîni. Dacă NEE nu induce răspuns clinic timp de 2 săptămîni se va iniția un tratament alternativ.
- Tratamentul medicamentos se indică în trepte în dependență de evoluția maladiei.
- *Derivații 5-ASA (sulfasalazine/mesalazina)* pot fi utilizați pentru inducerea remisiei cu activitate ușoară și moderată, iar corticosteroidii, per os, se recomandă pentru inducerea remisiei la copii cu CU ușor-moderat care nu răspunde la 5-ASA.
- *Tiopurinele (azatioprina, 6-mercaptopurina)* se recomandă în menținerea remisiei la copiii cu intoleranță față de 5-ASA sau la acei cu recidive frecvente (2-3 recidive / an) sau maladie steroi-dependență, în pofida tratamentului maximal cu 5-ASA; tiopurinele sunt ineficiente în inducerea remisiei (eficacitatea maximă 10-14 săptămîni),.
- *Antibioticele* nu sunt recomandate de rutină la copii. Tratamentul empiric cu antibiotice poate totuși fi luat în considerare atunci cînd o infecția bacteriană este suspectată
- La pacienții cu colită activă severă, dacă nu există o ameliorare sub terapia farmacologică în decurs de 7 zile, colectomia este recomandată fără o prelungire suplimentară a tratamentului medical, pentru a evita creșterea morbidității postoperatorii. Se recomandă colectomia subtotală cu ileostomie temporară.
- Terapia biologică (infliximab/adalimumab/ golimumab) se recomandă în inducerea și menținerea remisiei la copiii cu colita ulceroasă cronic activă în pofida terapiei imunomodulatoare anterior optimizate, în inducerea remisiei la copiii cu boală activă steroid-refractară, ca terapie de prima linie de inducere și menținere la copiii cu boala fistulizantă perianală activă.
- Pacienții cu IBD (atât colită ulceroasă, cât și boala Crohn) trebuie să fie supuși screeningului pentru melanom independent de utilizarea terapiei biologice (*Colegiu American de Gastrologie, 2017*).

## ABREVIERILE FOLOSITE ÎN DOCUMENT

<b>AINS</b>	<i>Antiinflamatoare nesteroidiene</i>
<b>ALT</b>	<i>Alaninaminotransferaza</i>
<b>ASCA</b>	<i>Anticorp anti - Saccharomyces cerevisiae</i>
<b>AST</b>	<i>Aspartataminotransferaza</i>
<b>BC</b>	<i>Boala Crohn</i>
<b>CIC</b>	<i>Complex imun circulant</i>
<b>CIM 10</b>	<i>Clasificarea Internațională a Maladiilor, revizia a X-a</i>
<b>CT</b>	<i>Tomografie computerizată</i>
<b>CU</b>	<i>Colită ulceroasă</i>
<b>FCC</b>	<i>Frecvența contracțiilor cardiace</i>
<b>FR</b>	<i>Factorul reumatoid</i>
<b>Hb</b>	<i>Hemoglobina</i>
<b>HLA</b>	<i>Complex major de histocompatibilitate</i>
<b>Ig</b>	<i>Imunoglobulină</i>
<b>IL</b>	<i>Interleukina</i>
<b>IMSP</b>	<i>Instituție Medico-Sanitară Publică</i>
<b>MSMPS</b>	<i>Ministerul Sănătății, Muncii și Protecției Sociale</i>
<b>N</b>	<i>Norma</i>
<b>NEE</b>	<i>Nutriție exclusiv enterală</i>
<b>p-ANCA</b>	<i>Anticorp perinuclear anti-citoplasmă neutrofilică</i>
<b>PCN</b>	<i>Protocol Clinic Național</i>
<b>PCR</b>	<i>Proteina C reactivă</i>
<b>PUCAI</b>	<i>Indicele activității colitei ulceroase la copii</i>
<b>RM</b>	<i>Republica Moldova</i>
<b>RMN</b>	<i>Rezonanța magnetică nucleară</i>
<b>SUA</b>	<i>Statele Unite ale Americii</i>
<b>TNF</b>	<i>Factorul necrozei tumorale</i>
<b>UI</b>	<i>Unitate internațională</i>
<b>VSH</b>	<i>Viteza de sedimentare a hematiilor</i>

### PREFAȚĂ

Protocolul național a fost elaborat de către grupul de lucru al Ministerului Sănătății, Muncii și Protecției Sociale al Republicii Moldova (MSMPS RM), constituit din specialiștii IMSP Institutul Mamei și Copilului și Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu”. Protocolul de față a fost fondat în conformitate cu ghidurile internaționale actuale privind „Colita ulceroasă la copil” și va servi drept matrice pentru elaborarea protocoalelor instituționale. La recomandarea MSMPS RM pentru monitorizarea protocoalelor instituționale pot fi folosite formulare suplimentare, care nu sunt incluse în protocolul clinic național.

### A. PARTEA ÎNTRDUCTIVĂ

#### A.1. Exemple de diagnostic:

- Colita ulceroasa localizare de stînga (E2), activitate moderată (S2).
- Colita ulceroasa, proctită (E1), activitate ușoară (S1).
- Colită ulceroasa extinsă (E3) în remisie clinică (S0).

#### A.2. Codul bolii (CIM 10): K51

<b>K51</b>	Colita ulceroasă
<b>K51.0</b>	Enterocolita (cronica) ulceroasă
<b>K51.1</b>	Ileocolita (cronica) ulceroasă
<b>K51.2</b>	Proctita (cronica) ulceroasă
<b>K51.3</b>	Rectosigmoidita (cronica) ulceroasă
<b>K51.4</b>	Pseudopolipoza colonului

<b>K51.5</b>	Proctocolita a mucoasei
<b>K51.8</b>	Alte colite ulcerose
<b>K51.9</b>	Colita ulcerosă, nespecificată

### A.3. Utilizatorii:

- Prestatorii serviciilor de asistență medicală primară (medici de familie)
- Prestatorii serviciilor de asistență medicală specializată de ambulator (medici pediatric, medici gastroenterologi);
- Secțiile de copii ale spitalelor raionale și municipale (medic pediatru, medic gastroenterolog);
- Secția gastroenterologie și hepatologie, IMSP Institutul Mamei și Copilului (medic gastroenterolog, medic pediatru).

### A.4. Scopurile protocolului:

- Diagnosticul precoce cu inducerea și menținerea remisiei clinice.
- Asigurarea unui prognostic favorabil.

### A.5. Data elaborării protocolului: 2020

### A.6. Data reviziei următoare: 2025

### A.7. Lista și informațiile de contact ale autorilor ce au participat la elaborarea protocolului:

N	Funcția deținută
<b>Ion Mihiu</b>	d.h.ș.m., profesor universitar, USMF „Nicolae Testemițanu”. Șef secție gastroenterologie și hepatologie, IMSP Institutul Mamei și Copilului.
<b>Eva Gudumac</b>	Academician AȘM, d.h.ș.m., profesor universitar, șef Catedra de chirurgie, ortopedie și anestezologie pediatrică, USMF „Nicolae Testemițanu”.

### Protocolul a fost discutat aprobat și contrasemnat:

Denumirea institutiei	Persoana responsabila
Seminarul Științific de profil pediatrie și neonatologie	Ion Mihiu
Catedra de medicina de familie, USMF „Nicolae Testemițanu”	Ghenadie Curocichin
Catedra de medicina de laborator, USMF „Nicolae Testemițanu”	Valentin Gudumac
Catedra de farmacologie și farmacologie clinică, USMF „Nicolae Testemițanu”	Nicolae Bacinschi
Agencia Medicamentului și Dispozitivelor Medicale	Eremai Priseajniuc
Consiliul de experți al MSMPS	Aurel Grosu
Compania Națională de Asigurări în Medicină	Angela Belobrov

### A.8. Definiție

**Colita ulcerosă** - maladie inflamatorie cronică a intestinului, cu afectare ulcerohemoragică continuă cu predilecție în partea distală a intestinului gros.

### A.9. Epidemiologie

*Incidența generală a CU crește între adolescență și vârsta adultă timpurie cu vârsta cuprinsă între 15-30 ani. Incidenta pediatrică este de 1-4:100000 locuitori/an în America de Nord și Europa, ceea ce reprezintă 15-20% din numărul total. În Australia incidenta este mai mare de 17:100000 locuitori pe an.*

*Prevalența pediatrică 20-35% din toți pacienții cu colită ulcerosă, sunt persoane cu vârsta ≤20 ani.*

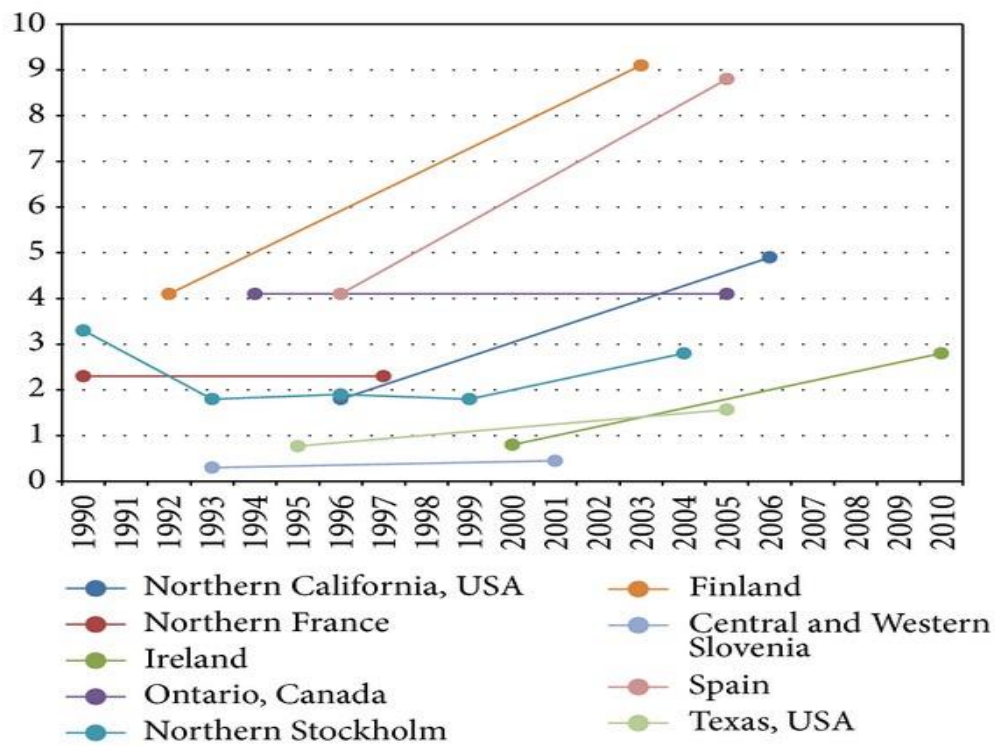


Figure 1. Incidenta pediatrica a Colitei ulcerose 1990-2010

## B. PARTEA GENERALĂ

<i>B.1. Nivel de asistență medicală primară</i>		
Descriere (măsuri)	Motive (repere)	Pași (modalități și condiții de realizare)
I	II	III
<b>1. Profilaxia</b>		
1.1. Profilaxia primară (C.2.3)	<ul style="list-style-type: none"> <li>Măsuri de profilaxie primară nu se întreprind.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Metode de profilaxie primară nu există (caseta 5).</li> </ul>
1.2. Profilaxia secundară (C.2.3)	<ul style="list-style-type: none"> <li>Profilaxia secundară este direcționată spre prevenirea complicațiilor.</li> </ul>	<p><b>Obligatoriu:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Înlăturarea factorilor de risc și triggeri (caseta 4);</li> <li>Respectarea regimului igieno-dietetic (caseta 18).</li> </ul>
1.3. Screening-ul (C.2.4)	<ul style="list-style-type: none"> <li>Screening primar nu există.</li> <li>Screening-ul secundar prevede depistarea precoce a complicațiilor.</li> </ul>	<p><b>Obligatoriu:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Identificarea precoce a complicațiilor (caseta 6).</li> </ul>
<b>2. Diagnosticul</b>		
2.1. Suspectarea diagnosticului de colita ulcerosă (C.2.5)	<ul style="list-style-type: none"> <li>Anamneza: intoleranță alimentară; administrare de medicamente: antibiotice, AINS; călătorii recente; intervenții chirurgicale (apendicectomie).</li> <li>Manifestări clinice: rectoragie, diaree cu mucus și/sau sânge, scaun frecvent nocturn, tenesme, dureri abdominale.</li> <li>Maladii concomitente: hepatobiliare, pancreatice, cutaneomucoase, oftalmologice, musculoscheletale, hematologice, cardiovasculare, uronefrologice, pulmonare, endocrine.</li> <li>Investigațiile de laborator: hemoleucograma, coprograma, examenul coproparazitologic.</li> </ul>	<p><b>Obligatoriu:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Anamneza și evaluarea factorilor de risc și triggeri (casetele 4,7);</li> <li>Manifestările clinice (caseta 8);</li> <li>Diagnosticul diferențial (casetele 13, 14,15);</li> <li>Investigații paraclinice obligatorii și recomandabile (caseta 11).</li> </ul>
2.2. Deciderea consultului specialistului și/sau spitalizării (C.2.5)	<ul style="list-style-type: none"> <li>Stabilirea diagnosticului.</li> </ul>	<p><b>Obligatoriu:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Toți pacienții cu suspexie la colită ulcerosă vor fi îndreptați la consultația gastroenterologului pediatru, hepatologului.</li> <li>Evaluarea criteriilor pentru spitalizare (caseta 35).</li> </ul>
<b>3. Tratamentul</b>		
3.1. Tratamentul nemedicamentos (C.2.6.1)	<ul style="list-style-type: none"> <li>Regimul igieno-dietetic este direcționat spre diminuarea leziunilor mucoasei intestinale.</li> </ul>	<p><b>Obligatoriu:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Respectarea regimului igieno-dietetic (caseta 18).</li> </ul>
3.2. Tratamentul medicamentos (C.2.6.2)	<ul style="list-style-type: none"> <li>Protocolul terapeutic necesită gestionare conform simptomatologiei.</li> </ul>	<p><b>Obligatoriu:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Consultația gastroenterologului pediatru.</li> </ul>
<b>4. Supravegherea (C.2.7)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Supravegherea pacienților se efectuează în comun cu medicul specialist gastroenterolog, reumatolog, dermatolog, oftalmolog, chirurg, pediatru și medicul de familie.</li> </ul>	<p><b>Obligatoriu:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Elaborarea planului individual de supraveghere în funcție de evoluția bolii și complicații (caseta 36).</li> </ul>

<b>B.2. Nivel de asistență medicală specializată de ambulator</b>		
<b>Descriere (măsuri)</b>	<b>Motive (repere)</b>	<b>Pași (modalități și condiții de realizare)</b>
<b>I</b>	<b>II</b>	<b>III</b>
<b>1. Profilaxia</b>		
1.2. Profilaxia primară (C.2.3)	<ul style="list-style-type: none"> <li>Măsuri de profilaxie primară nu se întreprind.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Metode de profilaxie primară nu există (caseta 5).</li> </ul>
1.2. Profilaxia secundară (C.2.3)	<ul style="list-style-type: none"> <li>Profilaxia secundară este direcționată spre prevenirea complicațiilor.</li> </ul>	<b>Obligatoriu:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Înlăturarea factorilor de risc și triggeri (caseta 4);</li> <li>Respectarea regimului igieno-dietetic (caseta 18).</li> </ul>
1.3. Screening-ul (C.2.4)	<ul style="list-style-type: none"> <li>Screening primar nu există.</li> <li>Screening-ul secundar prevede depistarea precoce a complicațiilor.</li> </ul>	<b>Obligatoriu:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Identificarea precoce a complicațiilor (caseta 6).</li> </ul>
<b>2. Diagnosticul</b>		
2.1. Suspectarea diagnosticului de colită ulcerosă (C.2.5)	<ul style="list-style-type: none"> <li>Anamneza: intoleranță alimentară; administrare de medicamente: antibiotice, AINS; călătorii recente; intervenții chirurgicale (apendicectomie).</li> <li>Manifestări clinice: rectoragie, diaree cu mucus și/sau sânge, scaun frecvent nocturn, tenesme, dureri abdominale.</li> <li>Maladii concomitente: hepatobiliare, pancreatice, cutaneomucoase, oftalmologice, musculoscheletale, hematologice, cardiovasculare, uronefrologice, pulmonare, endocrine.</li> <li>Investigațiile de laborator: hemoleucograma, teste biochimice și imunologice, coagulograma, coprograma, examenul coproparazitologic, coprocultura.</li> <li>Ecografia și/sau radiografia abdominală, endoscopia digestivă superioară și inferioară.</li> </ul>	<b>Obligatoriu:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Anamneza și evaluarea factorilor de risc și triggeri (casetele 4, 7);</li> <li>Manifestările clinice (caseta 8);</li> <li>Diagnosticul diferențial (casetele 13, 14, 15);</li> <li>Investigații paraclinice obligatorii și recomandabile (caseta 11).</li> </ul>
2.2. Deciderea consultului specialistului și/sau spitalizării (C.2.5)	<ul style="list-style-type: none"> <li>Stabilirea diagnosticului.</li> </ul>	<b>Obligatoriu:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Toți pacienții cu suspecție la colită ulcerosă vor fi îndreptați la consultația gastroenterologului pediatru, hepatologului.</li> <li>Evaluarea criteriilor pentru spitalizare (caseta 35).</li> </ul>
<b>3. Tratamentul</b>		
3.1. Tratamentul nemedicamentos (C.2.6.1)	<ul style="list-style-type: none"> <li>Regimul igieno-dietetic este direcționat spre diminuarea leziunilor mucoasei intestinale.</li> </ul>	<b>Obligatoriu:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Respectarea regimului igieno-dietetic (caseta 18).</li> </ul>



3.2. Tratamentul medicamentos (C.2.6.2)	<p>Protocolul terapeutic necesită gestionare conform simptomatologiei:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• tratamentul etiopatogenetic.</li> </ul>	<p><b>Obligatoriu:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• derivați ai acidului 5-aminosalicilic (casetele 20, 26);</li> <li>• corticosteroizi (casetele 21, 22);</li> <li>• probiotice (casete 24).</li> </ul>
4. Supravegherea (C.2.6)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Supravegherea pacienților se efectuează în comun cu medicul specialist gastroenterolog, reumatolog, dermatolog, oftalmolog, chirurg, pediatru și medicul de familie.</li> </ul>	<p><b>Obligatoriu:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Elaborarea planului individual de supraveghere în funcție de evoluția bolii și complicații (casete 36).</li> </ul>

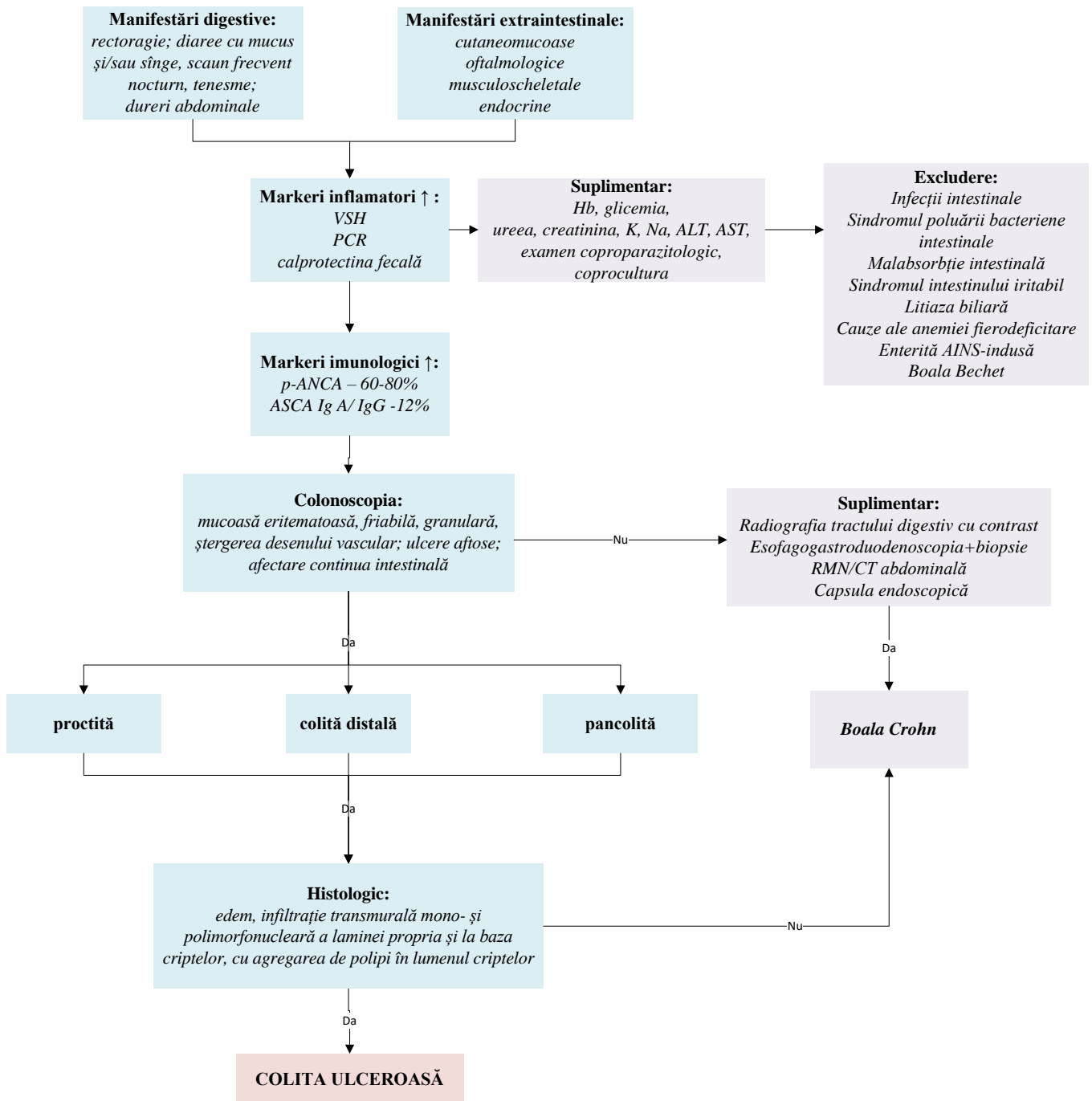
### B.3. Nivel de asistență medicală spitalicească

Descriere (măsuri)	Motive (reper)	Pași (modalități și condiții de realizare)
I	II	III
<b>1. Spitalizare</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Spitalizarea este necesară pentru elucidarea diagnosticului definitiv și efectuarea intervențiilor și procedurilor diagnostice și terapeutice care nu pot fi executate în condiții de ambulator.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Criteriile de spitalizare (casete 35).</li> </ul>
<b>2. Diagnosticul</b>		
2.1. Confirmarea diagnosticului de colită ulcerosă (C.2.5)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Anamneza: intoleranță alimentară; administrare de medicamente: antibiotice, AINS; călătorii recente; intervenții chirurgicale (apendicectomie).</li> <li>• Manifestări clinice: rectoragie, diaree cu mucus și/sau sânge, scaun frecvent nocturn, tenesme, dureri abdominale.</li> <li>• Maladii concomitente: hepatobiliare, pancreatice, cutaneomucoase, oftalmologice, musculoscheletale, hematologice, cardiovasculare, uronefrologice, pulmonare, endocrine.</li> <li>• Investigațiile de laborator: hemoleucograma, teste biochimice și imunologice, examenul coproparazitologic și coprocultura.</li> <li>• Confirmarea diagnosticului prin biopsie intestinală.</li> </ul>	<p><b>Obligatoriu:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Anamneza și evaluarea factorilor de risc și triggeri (casetele 4, 7);</li> <li>• Manifestările clinice (casete 8);</li> <li>• Diagnosticul diferențial (casetele 13,14, 15);</li> <li>• Investigații paraclinice obligatorii și recomandabile (casete 11).</li> </ul>
<b>3. Tratamentul</b>		
3.1. Tratamentul nemedicamentos (C.2.6.1)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Regimul igienico-dietetic este direcționat spre diminuarea leziunilor mucoasei intestinale.</li> </ul>	<p><b>Obligatoriu:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Respectarea regimului igienico-dietetic (casete 18).</li> </ul>

3.2. Tratamentul medicamentos (C.2.6.2)	Protocolul terapeutic necesită gestionare conform simptomatologiei: <ul style="list-style-type: none"> <li>• tratament etiopatogenetic.</li> </ul>	<b>Obligatoriu:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• derivați ai acidului 5-aminosalicilic (<i>casetele 20, 26</i>);</li> <li>• corticosteroizi (<i>casetele 21, 22</i>);</li> <li>• imunomodulatori (<i>caseta 27, 28, 30</i>);</li> <li>• agenți biologici (<i>caseta 31</i>);</li> <li>• antibacteriene (<i>caseta 23</i>);</li> <li>• probiotice (<i>caseta 24</i>).</li> </ul>
<b>4. Externarea</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Durata aflării în staționar poate fi pînă la 7-14 zile, în funcție de evoluția bolii, complicații și eficacitatea tratamentului.</li> <li>• Supravegherea pacienților se efectuează în comun cu medicul specialist gastroenterolog, reumatolog, dermatolog, oftalmolog, chirurg, pediatru și medicul de familie.</li> </ul>	Extrasul <b>obligatoriu</b> va conține: <ul style="list-style-type: none"> <li>- diagnosticul precizat desfășurat;</li> <li>- rezultatele investigațiilor și tratamentului efectuat;</li> <li>- recomandări explicite pentru pacient și medicul de familie.</li> </ul> <b>OBLIGATORIU:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Aplicarea criteriilor de externare (<i>caseta 35</i>);</li> <li>• Elaborarea planului individual de supraveghere în funcție de evoluția bolii, conform planului tip de supraveghere (<i>caseta 36</i>);</li> <li>• Oferirea informației pentru pacient (<i>Anexa 1</i>).</li> </ul>

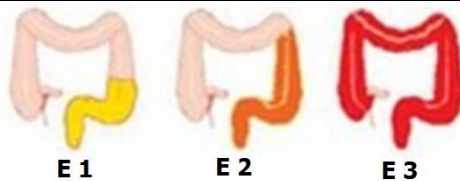
## C.1. ALGORITM DE CONDUITĂ

### C.1.1. Algoritm de diagnostic



## C.2. DESCRIEREA METODELOR, TEHNICILOR ȘI PROCEDURILOR

### C.2.1. Clasificare

<b>Caseta 1. Clasificarea, după Congresul Mondial de Gastroenterologie, Montreal, 2005 vs Paris</b>			
<b>Montreal</b>		<b>Paris</b>	
<b>Extinderea endoscopică</b>			
<b>E1</b>	<b>Proctită ulceroasă</b>	Extinderea limitată a rectului, distal de jonțiunea rectosigmoidiană	Proctită ulceroasă
<b>E2</b>	<b>Colită ulceroasă stîngă (distală)</b>	Extinderea limitată de partea distală a flexurii lienale a colonului	Colită ulceroasă stîngă (distală)
<b>E3</b>	<b>Colită ulceroasă extinsă (pancolită)</b>	Extindere proximală de flexura lienală	Colită ulceroasă extinsă (distal de flexura hepatică)
<b>E4</b>	-	-	Pancolita (proximal de flexura hepatică)
 <p style="text-align: center;"><b>E 1      E 2      E 3</b></p>			
<b>Severitatea clinică</b>			
<b>S0</b>	<b>Remisie clinică</b>	Asimptomatic	<b>Niciodata forma severa</b>
<b>S1</b>	<b>Ușoară</b>	≤4 scaune /zi (cu/fără sînge), absența maladiilor sistemice, valori normale ale markerilor inflamatori	<b>Forma severă mereu</b>
<b>S2</b>	<b>Moderată</b>	≥4 scaune /zi cu semne minime de toxicitate sistemică	
<b>S3</b>	<b>Severă</b>	≥6 scaune /zi cu sînge, FCC≥90/min, t≥37.5°C, Hb≤105 g/l, VSH ≥30 mm/oră	

<b>Caseta 2. Clasificarea, după indicele de activitate PUCAI</b>	
Remisie clinică	<10
Ușoară	10-34
Moderată	35-64
Severă	65-85

<b>Caseta 3. Indicele de activitate (PUCAI - Pediatric Ulcerative Colitis Activity Index)</b> <i><a href="http://pucai.s3-website-us-west-2.amazonaws.com/">http://pucai.s3-website-us-west-2.amazonaws.com/</a> sau după criteriile ce urmează:</i>		
	<b>Criterii</b>	
<b>Anamneza</b> (ultimile 48 ore)	<b>Durere abdominală</b>	- absentă (0) - poate fi ignorată (5) - nu poate fi ignorată (10)
	<b>Hemoragie rectală</b>	- absentă (0) - striuri de sînge în <50% din toate scaunele (10) - striuri de sînge în majoritatea scaunelor (20) - cantitate mare (>50% sin conținutul scaunului) (30)
	<b>Consistența</b>	- oformate (0)

	<b>majorității sacunelor</b>	- semi-lichide (5) - lichide (10)
	<b>Numărul de scaune/24 ore</b>	- 0-2 (0) - 3-5 (5) - 6-8 (10) - >8 (15)
	<b>Scaune nocturne</b>	- Nu (0) - Da (10)
	<b>Nivelul de activitate cotidiană</b>	- fără limitarea activității cotidiene (0) - ocazional limitarea activității (5) - limitarea frecvență a activității cotidiene (10)
<b>Evaluarea rezultatelor PUCAI: Scor total = 0-85 puncte.</b>		

### C.2.2. Factori de risc

#### Caseta 4. Factori de risc și triggeri

##### Factori de risc

- **Factorul genetic:**
  - defectele genelor pentru IL23R, IL12B, JAK2, STAT3, implicate în calea patogenetică imună Th17;
  - defectele genelor pentru IL23R, IL10 localizate pe 1p36 and 12q15.
- **Factorul eredocolateral:** rude cu CU, colite nedeterminate.
- **Factorul imun:** răspuns imun aberant la factorii prezenți în lumenul intestinal (alimentari, infecțioși, parazitari, alergici).

##### Factori triggeri

- **Factorul infecțios:**
  - bacterian (*Chlamidia, Yersinia, Proteus, Micoplasma*);
  - viral (*CMV, Retrovirus*);
  - parazitar (*Giardia, Entamoeba*);
  - microflora condiționat patogenă.
- **Factorul medicamentos:** AINS, antibiotice.
- **Factorul alimentar:** alimentarea artificială în perioada sugarilor (laptele de vacă); aditivii alimentari; excesul de glucide ușor asimilabile; deficitul de fibre alimentare și acizi grași polinesaturați; alimentele de tip fast food (> 2 ori în săptămână).
- **Factorul de mediu:** fumatul, stresul, surmenajul cronic.

### C.2.3. Profilaxia

#### Caseta 5. Profilaxia

- Măsurile de profilaxie primară nu se întreprind.
- Profilaxia secundară este direcționată spre prevenirea complicațiilor prin înlăturarea factorilor de risc și triggerilor.

### C.2.4. Screeningul

#### Caseta 6. Screeningul

- Screeningul primar nu există.
- Screeningul secundar prevede depistarea precoce a complicațiilor.

### C.2.5. Conduita pacientului

#### C.2.5.1. Anamneza

#### Caseta 7. Repere anamnestice

**Anamneza vieții:** intoleranță alimentară; administrare anterioară de medicamente: antibiotice, AINS; călătorii recente; intervenții chirurgicale (apendicectomie).

**Anamneza bolii:**

• **acuze:** diaree, scaun cu sânge, dureri abdominale, tenesme, febră, deficit ponderal.

**Anamneza patologică:** maladii hepatobiliare, pancreatice, cutaneomucoase, oftalmologice, musculoscheletale, hematologice, cardiovasculare, uronefrologice, pulmonare, endocrine.

**Anamneza eredocolaterală:** rude cu colită cronică, diaree cronică, retard staturo-ponderal.

**C.2.5.2. Manifestările clinice**

**Caseta 8. Manifestările clinice**

**Manifestări tipice:** rectoragie; diaree cu mucus și/sau sânge, scaun frecvent nocturn, tenesme; dureri abdominale.

**Generale:** fatigabilitate, subfebrilitate/ febră cronică intermitentă.

**manifestări digestive**

- **Gastrointestinale:** anorexie, vomă, diaree mucopurulentă sangvinolentă, durere abdominală colicativă, tenesme; perianal eritem, fisuri, hemoroizi, retard staturo-ponderal (rar).
- **Hepatobiliare:** colangita sclerozantă primară 1%, hepatita autoimună.

**manifestări extradigestive**

- **Cutaneomucoase:** paliditate (anemie), icter (afectare hepatică), eritem nodos, piodermie gangrenoasă 1%.
- **Oftalmologice:** episclerită, cataracta.
- **Musculoscheletale:** artrita (articulațiilor mari, asimetrică, non-deformantă), artralgia, spondilita anchilozantă 1%.
- **Hematologice:** anemie ferodeficitară, anemie vitamina B<sub>12</sub> deficitară, anemie foliodeficientă, anemie în patologia cronică, anemie hemolitică autoimună, anemie post-hemoragică, trombocitoza, tromboza.
- **Endocrine:** întârzierea pubertății (stadiul 1, 2 după Tanner).

**C.2.5.3. Diagnostic**

**Caseta 9. Investigații de laborator**

<b>Hemoleucograma</b>	- hemoglobina – N, ↓; eritrocite – N, ↓; trombocite – N; leucocite – N, ↑; eozinofile – N, ↑; limfocite – N, ↓; VSH – N, ↑.
<b>Teste biochimice</b>	- proteina totală – N, ↓; albumina – N, ↓; γ-globulina – N, ↓; transferina, ceruloplasmina – N, ↓; ALT, AST – N, ↑; bilirubina și fracțiile – N, ↑; Ca, P, Fe, Mg, Zn, K; Na – N, ↓; acid folic, vitamina B <sub>12</sub> – N, ↓; colesterol total – N, ↓; ureea, creatinina – N, ↑.
<b>Teste imunologice</b>	- CIC, PCR, FR – N, ↑; - anti - <i>Saccharomyces cerevisiae</i> (ASCA) Ig A, anti - <i>Saccharomyces cerevisiae</i> Ig G - asociat CU în 12 %; - anticorp perinuclear anti-citoplasmă neutrofilică (p-ANCA) – asociat CU în 60-80% (specificitate 94%).
<b>Coagulograma</b>	- fibrinogen – N, ↓; protrombina; timpul de coagulare.
<b>Coprograma</b>	- pH acid; resturi alimentare nedigerate; leucocite: +, ++, +++; mucus: +, ++, +++; eritrocite, puroi (rar).
<b>Examen coproparazitologic</b>	- Diagnostic diferențial cu infecțiile intestinale parazitare.
<b>Coprocultura</b>	- Diagnostic diferențial cu infecțiile intestinale bacteriene ( <i>Clostridium difficile</i> , <i>Salmonella</i> , <i>Schigella</i> , <i>Entamoeba histolytica</i> , <i>Campylobacter</i> , <i>Giardia</i> , <i>Escherichia coli</i> ).
<b>Dozarea calprotectinei fecale</b>	- < 50 μg/g mase fecale - norma; - > 50 μg/g mase fecale - proces inflamator

<b>Caseta 10. Investigații instrumentale</b>	
<b>Ecografia abdominală</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Diagnostic diferențial cu alte maladii abdominale.</li> </ul>
<b>Radiografia abdominală</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nivele hidroaerice, pneumoperitoneum.</li> </ul>
<b>Radiografia tractului digestiv cu dublu contrast</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Evaluarea segmentelor intestinului subțire și gros (stricturi, fistule, etc.)</li> </ul>
<b>CT abdominală</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Evaluarea schimbărilor inflamatorii transmurale ale tractului digestiv.</li> </ul>
<b>RMN abdominală</b>	
<b>Endoscopia superioară, inferioară, endocapsula</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Indicații:</b> stabilirea diagnosticului; <b>aprecierea:</b> extinderii procesului inflamator (colonul); gradului de severitate; complicațiilor; răspunsului la tratament; <b>screening</b> pentru cancerul de colon, după trei luni de la inițierea tratamentului, anual în perioadele de remisiuni.</li> <li>• <b>Contraindicații:</b> colită activă cu evoluție severă; megacolon toxic; tendință la hemoragie și perforații.</li> <li>• <b>Aspect:</b> mucoasă eritematoasă, friabilă, granulară, ștergerea desenului vascular; ulcere aftose; afectare continua intestinală; ulcer gastric, duodenită erozivă, esofagită în &lt;1% cazuri.</li> </ul>
<b>Biopsia esofagiană, gastrică, intestinală</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Edem, infiltrație transmurală mono- și polinucleară a laminei propria și la baza criptelor, cu agregarea de polipi în lumenul criptelor.</li> </ul>
<b>Examenul oftalmologic la lampa cu fantă</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Screenig-ul manifestărilor extradigestive.</li> </ul>
<b>Radiografia oaselor radiocarpene</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pentru testarea densității minerale osoase, osteoporoză</li> </ul>

<b>Caseta 11. Investigații clinice și paraclinice în cadrul asistenței medicale (AM) primare, specializate de ambulator și spitalicească</b>			
<b>Investigația</b>	<b>AM primară</b>	<b>AM specializată de</b>	<b>AM spitalicească</b>
<i>Hemoleucograma</i>	<i>O</i>	<i>O</i>	<i>O</i>
<i>Sumarul urinei</i>	<i>O</i>	<i>O</i>	<i>O</i>
<i>Coprograma</i>	<i>O</i>	<i>O</i>	<i>O</i>
<i>Examenul coproparazitologic</i>	<i>O</i>	<i>O</i>	<i>O</i>
<i>Coprocultura</i>		<i>O</i>	<i>O</i>
<i>Proteina totală</i>		<i>O</i>	<i>O</i>
<i>Albumina</i>		<b>R</b>	<i>O</i>
<i>γ-globulina</i>		<b>R</b>	<i>O</i>
<i>ALT, AST</i>		<i>O</i>	<i>O</i>
<i>Bilirubina și fracțiile</i>		<i>O</i>	<i>O</i>
<i>Ureea, creatinina</i>		<i>O</i>	<i>O</i>
<i>Transferina, ceruloplasmina</i>			<b>R</b>
<i>Ca, P, Fe, Zn, Mg, K, Na</i>		<b>R</b>	<i>O</i>
<i>Coagulograma</i>		<b>R</b>	<i>O</i>

Teste imunologice		<i>O</i>	<i>O</i>
Dozarea calprotectinei fecale		<i>O</i>	<i>O</i>
Ecografia abdominală		<i>O</i>	<i>O</i>
Endoscopia superioară, inferioară, endocapsula		<i>O</i>	<i>O</i>
Biopsia esofagiană, gastrică, intestinală		<i>O</i>	<i>O</i>
Radiografia abdominală		<i>O</i>	<i>O</i>
Radiografia tractului digestiv cu dublu contrast		<i>O</i>	<i>O</i>
CT abdominală			<i>R</i>
RMN abdominală			<i>R</i>
Examenul oftalmologic la lampa cu fantă		<i>R</i>	<i>R</i>
Radiografia oaselor radiocarpiene		<i>R</i>	<i>R</i>

*O* – obligatoriu; *R* – recomandabil.

#### Caseta 12. Consult multidisciplinar

- |  |  |   |
|--|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Oftalmolog</li> <li>• Reumatolog</li> <li>• Endocrinolog</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Dermatolog</li> <li>• Hematolog</li> <li>• Cardiolog</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Nefrolog</li> <li>• Pulmonolog</li> <li>• Chirurg</li> </ul> |
|--|--|---|

#### C.2.5.4. Diagnostic diferențial

#### Caseta 13. Diagnostic diferențial

- Boala Crohn, colita pseudomembranoasă (*Clostridium difficile*), colită infecțioasă (*Escherichia coli*, *Yersinia*, *Sallmonella*, *Shigella*), amebiază, sindromul hemolit-uremic, purpura Henoch-Sconlein, sindromul intestinului iritabil.

#### Caseta 14. Diagnosticul diferențial

	Colita ulceroasă	Boala Crohn
<b>Distribuție</b>	Numai colon, stomac rar	Întreg tractul digestiv
<b>Leziuni întrerupte</b>	-	Implicare continuă proximală de la rect
<b>Morfopatologic</b>	Mucoasa	Transmural
<b>Granuloame 30%</b>	-	Da
<b>Radiologic</b>	Numai colon	Întreg tractul digestiv
<b>Fistule, abscese, stricturi fibrotice</b>	-	Numai în afectarea mucoasei
<b>Riscul malignizării</b>	Estimat la 1%/an, începînd cu al 10-lea an de la diagnostic	Crescut
<b>Hemoragie</b>	Foarte des	Des
<b>Obstrucție</b>	Rar	Des
<b>Fistule</b>	Niciodată	Des
<b>Deficit ponderal</b>	Rar	Des
<b>Afectare perianală</b>	Rar	Des

#### Caseta 15. Diagnosticul diferențial cu alte maladii

	Manifestări clinice	Investigații
<b>Colita infecțioasă (frecventă)</b>	Debut acut, frecvent cu febră, vomă – ocazional. Rar durează >3 săpt.	Coprocultura ( <i>C. difficile</i> , paraziți, tuberculoză, <i>Yersinia</i> )



<b>Colita alergică (frecventă la sugarii mici)</b>	Eczemă, istoric de alergie la proteina laptelui de vaci, istoric familial de atopie.	IgE totale/specifice, teste cutanate, biopsia colonului (infiltrație eozinofilică, hiperplazie limfonodulară), teste de eliminare a proteinei laptelui de vaci și alți alergeni
<b>Vasculită (rar)</b>	Inflamație extraintestinală asociată (piele, articulații, ochi)	HLA-B5, biopsie cutanată, markeri serologici
<b>Imunodeficiență</b>	Debutul colitei în primele luni de viață, adesea cu implicare perianală; foliculită cutanată/ eczemă; alte infecții fungice/ bacteriene.	Consultul imunologului în orice caz de debut precoce a colitei (IL-10R și IL-10, sindromul Wiskott-Aldrich și altele)

### C.2.6. Tratament

#### Caseta 16. Tipuri de tratament

Tratamentul *colitei ulceroase* se face în baza stadiului bolii (*activ, remisie*), extinderea (*proctita, colita distală, colita stângă, pancolita*) și gradul de severitate (*ușoară, moderată, severă*).

- **Tratament nemedicamentos:**
  - nutriție exclusiv enterală;
  - regim igienic-dietetic individual;
  - suport psihosocial;
  - activități fizice regulate
- **Tratament medicamentos :**
  - inducerea remisiei;
  - menținerea remisiei;
  - evitarea complicațiilor.
- **Tratament chirurgical** – caracter paliativ

#### C.2.6.1. Tratament nemedicamentos

##### Caseta 17. Obiectivele tratamentului nemedicamentos

###### Regim igienic-dietetic

- Monitorizarea zilnic a greutății corporale, aportul caloric și starea de hidratare;
- Aportul de micronutrienți conform vârstei;
- Evitarea alimentelor bogate în fibre insolubile (*legume nepreparate, fulgi de porumb, semințe, nuci*);
- Activitate fizică obișnuită în absența complicațiilor;
- Evitarea activităților sportive de impact major pentru minimalizarea riscului fracturilor la pacienții cu osteoporoză secundară corticoterapiei îndelugate.

##### Conform recomandărilor Colegiului American de Gastroenterologie, 2017

- Pacienții cu factori de risc convenționali pentru densitatea minerală osoasă anormală cu IBD ar trebui să fie supuși screeningului pentru osteoporoză cu testarea densității minerale osoase în momentul diagnosticării și periodic după diagnostic.
- Pacienții din medii rurale imunocompromiși pot primi vaccinuri vii cu anumite precauții.
- Adolescenții cu IBD ar trebui să primească vaccinarea meningococică în conformitate cu recomandările de vaccinare de rutină.
- Vaccinarea împotriva tetanosului / difteriei și pertussis (Tdap), hepatitelor A și B (HAV, HBV, respectiv); și papilomavirus uman (HPV) ar trebui administrate conform instrucțiunilor Comitetului consultativ pentru practicile de imunizare (ACIP).

###### Nutriție exclusiv enterală

- **Nutriție exclusiv enterală (NEE)** – de I linie pentru inducerea remisiei:
  - *NEE ca terapie de inducție durează 6-8 săptămâni;*
  - *se administrează per os utilizând formula proteică polimerică;*

- **formulele elementare** (hidrolizate) se vor utiliza cînd există indicații medicale specifice pentru utilizarea lor (alergie la proteina laptelui de vaci);
- **tubul nazogastric** se va utiliza în cazul incapacității realizării unui aport oral adecvat;
- dacă NEE nu induce răspuns clinic timp de **2 săptămîni** se va iniția un **tratament alternativ**;
- **reintroducerea alimentelor obișnuite** se va efectua progresiv, cu reducerea concomitentă a volumului formulei fiecare 2-3 zile timp de 2-3 săptămîni.

### C.2.6.2. Tratamentul medicamentos

Casetă 18. <i>Tratamentul în trepte în dependență de evoluția maladiei</i>			
Evoluție	Treapta	Principiul terapeutic „step – up”	Terapia adjuvantă
Ușoară-moderată	I	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Derivații acidului 5-aminosalicylic (5-ASA) (mesalazinum, sulfasalazinum)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Antibacteriene (ciprofloxacinum, azithromycinum, rifaximinum, metronidazolom)</li> <li>• Probioticoterapia</li> </ul>
Moderată - severă	II	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Corticosteroizi (prednisolonum, metylprednisolonum)</li> <li>• Imunomodulatori (mercaptopurinum, azatioprinum, methotrexatum)</li> </ul>	

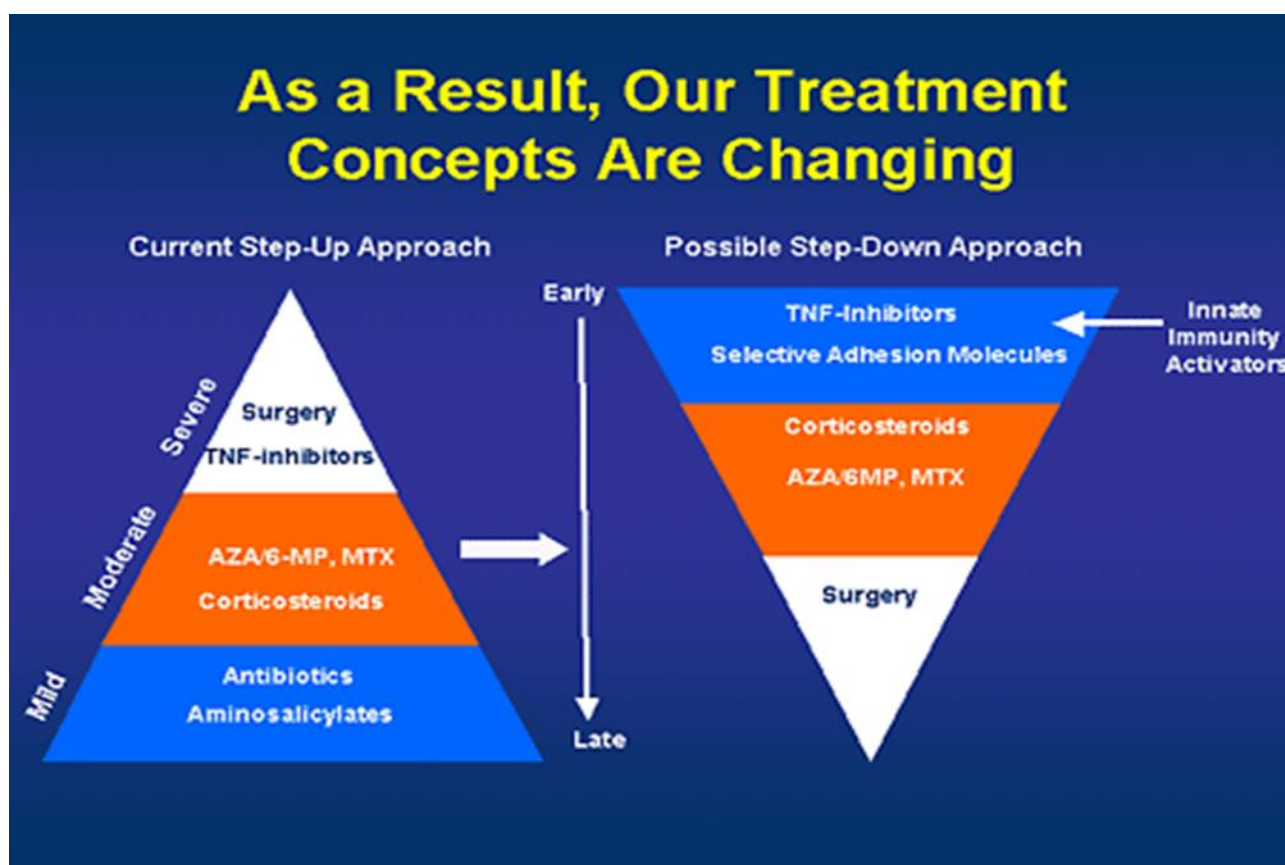


Figure 2. Piramida terapeutică a Colitei ulcerose (Crohn's Disease Treatment Guidelines: Customizing Patient Care , Presented by William J. Sandborn, MD)

#### C.2.6.2.1. Inducerea remisiei clinice

Casetă 19. <i>Derivații acidului 5-aminosalicylic (5-ASA)</i>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- 5 - ASA per os - <b>terapie de inducție</b> de I linie în <b>activitate ușoară și moderată</b></li> <li>- 5 – ASA topice în monoterapie este efektivă selectiv în <b>proctită ușoară și moderată</b>;</li> <li>- <b>Mesalazina</b> este mai bine tolerată per os decât sulfasalazina și a devenit medicația preferată, pentru copiii cu vârsta peste 5 ani.</li> <li>- Combinarea 5 – ASA per os cu cele topice (locale) este mai efektivă decât monoterapia orală.</li> <li>- Terapia 5 – ASA rectală este de preferință față de terapia steroidă rectală.</li> </ul>

<b>Caseta 20. Corticoterapia</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Steroizii orali sunt folosiți ca tratament de a doua linie pentru Colita ulceroasă <b>forma ușor-moderat care nu răspunde la 5-ASA.</b></li> <li>- Administrarea i.v este indicată în activitate severă a maladiei;</li> <li>- <i>Steroizi orali (beclometazona dipropionat și budesonide)</i> sunt recomandate pacienților cu forma ușoară refractară la 5-ASA, înainte de a administra prednisolon oral.</li> <li>- Cortisteroizii orali sunt efectivi <b>pentru inducerea remisiei</b>, dar nu și pentru menținerea ei;</li> </ul>	
<b>Budesonidum</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• caps. retard 3 mg;</li> <li>• cremă 0,025 %.</li> </ul>	<b>Copii &gt;8 ani, &gt;25 kg:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>9 mg, per os</b>, dimineța, 8 săptămîni, apoi,</li> <li>• <b>6 mg, per os</b>, dimineța, timp de 2 săptămîni.</li> </ul>
<b>Prednisolonum</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• comp. 5mg;</li> <li>sol. inj. 30mg/ml.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>1 mg/kg/zi</b>, 1 priză, max 40 mg/zi;</li> <li>- răpus nesatisfăcător – 1,5 mg/kg/zi, 1 priză, max 60 mg/zi;</li> <li>- 2-4 săptămîni;</li> <li>- descreșterea dozei la interval de 7-10 zile (<i>caseta 22</i>).</li> </ul>
<b>Metylprednisolonum</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• comp. 4, 16 mg;</li> <li>• pulb. inj. 40, 125, 250, 500, 1000 mg;</li> <li>• sol.inj. 8mg/2ml, 20mg/2ml, 40mg/ml.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>0,5-1,7 mg/kg/zi, i.v/p.o/i.m</b>, 2 prize.</li> </ul>

<b>Caseta 21. Scăderea treptată a dozei de prednisolon în timpul terapiei de inducție</b>											
Săptămîna	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
<b>Doza (mg/zi)</b>	60	50	40	35	30	25	20	15	10	5	0
	50	40	40	35	30	25	20	15	10	5	0
	45	40	40	35	30	25	20	15	10	5	0
	40	40	30	30	25	25	20	15	10	5	0
	35	35	30	30	25	20	15	15	10	5	0
	30	30	30	25	20	15	15	10	10	5	0
	25	25	25	20	20	15	15	10	5	5	0
	20	20	20	15	15	12,5	10	7,5	5	2,5	0
	15	15	15	12,5	10	10	7,5	7,5	5	2,5	0

**Notă:**

• **Primele 2 - 3 săptămîni:**

- inițierea terapiei cu prednisolon cu doza de 1 mg/kg/zi/1 priză, max 40 mg/zi – colită moderată, 60 mg/zi - colită severă.

- **Fortificarea tratamentului** se efectuează la pacienții cu colită moderată - severă dacă nu are loc descreșterea PUCAI cu <20 puncte, după 7-14 zile, sau creșterea PUCAI cu ≥20 puncte.

• **După primele 2 până la 3 săptămîni:**

- PUCAI 15-30 – se păstrează doza stabilă;

- PUCAI >35 – se crește steroizii la doze precedente cu 1 - 2 trepte anterioare pentru 1 săptămîna și apoi se reîncepe procesul de scădere a dozei mai lent;

- PUCAI >60 sau creșterea PUCAI cu ≥20 puncte la orice moment – se efectuează **fortificarea tratamentului**.

• **Riscul acutizării** este mai mic la dozele de prednisolon >20 mg, iar **riscul efectelor adverse** este mai mare.

• **Scăderea dozei** se efectuează mai devreme cu *în dozele mari și scăderi mai lente la doze mai mici*.

Scurtarea dozei de la 7 la 5 zile se va face în cazuri selective. Dozele minime reduc riscul reacțiilor adverse.

<b>Caseta 22. Antibacteriene</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Antibioticele nu sunt recomandate de rutină la copii.</li> <li>• Tratamentul empiric cu antibiotice poate totuși fi luat în considerare atunci când o infecția bacteriană este suspectată.</li> </ul>	
<b>Ciprofloxacinum</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• comp. 250; 500; 750 mg;</li> <li>• susp. or. 250mg/5ml; 500mg/5ml;</li> <li>• sol.inj. 200mg/100 ml; 200mg/20ml; 400mg/40ml; 400mg/200ml</li> </ul>	<b>Copii 1-17 ani.</b> - 20 mg/kg/zi, <i>per os</i> , 1 priză.
<b>Azithromycinum</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• comp. 250, 500, 600 mg;</li> <li>• susp.or. 100mg/5 ml, 200mg/5 ml;</li> <li>• pulb.inj. 500mg, 2,5 g</li> </ul>	<b>≥6 luni:</b> - 30 mg/kg/zi, 1 priză, 1 zi, <i>per os</i> <i>sau</i> - 10 mg/kg/zi, 1 priză, 3 zile <i>per os</i> <i>sau</i> - 10 mg/kg/zi, 1 priză, 1 zi, apoi 5 mg/kg/zi 2-5 zile, <i>per os</i> .
<b>Rifaximinum*</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• comp.200mg, 550mg.</li> </ul>	<b>≥12 ani:</b> <b>600 mg/zi</b> , 3 prize, 3 zile, <i>per os</i> .
<b>Metronidazol</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• comp. 250; 500 mg;</li> <li>• sol. inj. 500mg/100ml.</li> </ul>	<b>Copii ≥1 luni:</b> - 15-30 mg/kg/zi, <i>p.o/i.v.</i> , 7-10 zile.

\*Produsul medicamentos nu este înregistrat în Nomenclatorul de Stat al Medicamentelor, dar recomandat de Ghidurile internaționale bazate pe dovezi.

<b>Caseta 23. Probiototerapia</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Probioticele sunt definite ca produse alimentare microbiene vii care au efecte benefice asupra gazdei.</li> <li>• A fost demonstrată eficacitatea probioticelor cu conținut de <i>Bifidobacterium longum</i>, <i>Lactobacillus acidophilus</i>, <i>Lactobacillus reuteri</i>, <i>Escherichia coli Nissle</i>, <i>Saccharomyces boulardii</i></li> <li>• Meteorismul, flatulența, voma pot fi asociate cu probioticelor cu conținut de <i>Bifidobacterium longum</i> și <i>Lactobacillus acidophilus</i>.</li> </ul>

<b>Caseta 24. Dozajul probioticelor cu conținut de <i>Bifidobacterium longum</i> și <i>Lactobacillus acidophilus</i>, după Miele, 2009.</b>		
Vârsta, ani	Masa corporală, kg	Doza zilnică, bacterii/zi
4-6	17-23	450 miliarde
7-9	24-33	900 miliarde
11-14	34-53	1350 miliarde
15-17	54-66	1800 miliarde

#### C.2.6.2.2. Menținerea remisiei clinice

<b>Caseta 25. Derivații acidului 5-aminosalicylic (5-ASA)</b>	
<b>Sulfasalazinum</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• comp. 500 mg.</li> </ul>	<b>Copii &gt; 6 ani</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Inițierea remisiei: 40-60 mg/kg/zi, <i>per os</i>, fiecare 4-8h, după mîncare.</li> <li>- Menținerea remisiei: 30mg/kg/zi, <i>per os</i>, fiecare 6 h, după masă</li> </ul>
<b>Mesalazinum</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• caps., comp. 250, 400, 500, 800 mg;</li> <li>• supp. rect. 250, 500 mg.</li> </ul>	<b>Copii &gt; 6 ani</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Inducerea remisiei: 30-50 mg/kg/zi, de 3 ori pe zi. - 6-12 săptămîni</li> <li>- Doza maxima: 75 mg/kg/zi</li> <li>- Doza totala sa nu depaseasca 4 g/zi (doza maxima</li> </ul>

	<p>pentru adulți).</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Menținerea remisiei: 15-30 mg/kg/zi</b>, de 3 ori pe zi. <ul style="list-style-type: none"> <li>- 6-10 săptămîni;</li> <li>- Doza totala sa nu depaseasca 2 g/zi (doza recomandata pentru adulti).</li> </ul> </li> </ul>
--	--

### Caseta 26. Imunomodulatoare

- **Tiopurinele (azathioprinum, mercaptopurinum)** se recomandă în **menținerea remisiei** la copiii cu intoleranță față de 5-ASA sau la acei cu recidive frecvente (2-3 recidive / an) sau **maladie steroi-dependentă**, în pofida tratamentului maximal cu 5-ASA; tiopurinele sunt ineficiente în inducerea remisiei.
- **Tiopurinele** se recomandă în menținerea tratamentului după inducerea remisiei steroide în timpul colitei severe acute deoarece probabilitatea unei evoluții agresive a maladii este înaltă; cu toate acestea, monoterapia de menținere cu 5-ASA poate fi considerată la copiii 5-ASA-naivi cu colită acută severă răspunzătoare la steroizi.

### Caseta 27. Tiopurine

- **Azathioprinum/mercaptopurinum** se recomandă ca o opțiune în **terapia de menținere** după obținerea remisiei clinice non-steroidiene la copii cu riscul unui rezultat slab.
- Tiopurinele **în monoterapie nu sunt recomandate pentru inducția remisiei**:
  - **eficacitatea maximă** a tiopurinelor necesită **10-14 săptămîni**;
  - a se testa activitatea *tiopurin-metil-transferazei* (TPMT), activitatea scăzută a căreia contraindică administrarea tiopurinelor cu risc de mielosupresie precoce profundă;
  - monitorizarea periodică a *hemoleucogramei și enzimelor hepatice* în prima lună, inițial fiecare 1-2 săptămîni, apoi 1 dată la 3 luni;
  - în primele 6 săptămîni de terapie poate surveni *pancreatita dozo-dependentă*;
  - *hipertransaminazemia* de 2 ori peste valorile normale se poate rezolva după reducerea dozei;
  - *determinarea metaboliților tiopurinelor* trebuie inițiată la pacienții cu ALT majorat, citopenie sau răspuns suboptimal, cu monitorizarea complianței;
  - dacă este indicat allopurinolul (pînă la 50-75 mg/zi, în raport cu masa corporală), doza tiopurinei va fi redusă la 25-33% din cea originală și reevaluarea metaboliților;
  - *protecție solară toată viața și screening dermatologic* regulat se recomandă tuturor utilizatorilor curenți sau anteriori de tiopurine.
- Pacienții cu IBD pe imunomodulatori (mercaptopurinum sau azathioprinum) ar trebui să fie supuși **screeningului pentru cancerul de piele nonmelanom (NMSC)** în timp ce utilizează acești agenți, în special cei mai mari de 50 de ani (Colegiul American de Gastroenterologie, 2017).

- |   |  |
|---|--|
| • <b>Mercaptopurinum</b> comp. 50 mg              | • <b>inițiere: 1,25-2,5mg/kg</b> (50-75m <sup>2</sup> ), o data în zi;<br>• <b>menținere: 1,5-2,5 mg/kg</b> , o data în zi (în combinație cu <i>methotrexate</i> ) |
| • <b>Azathioprinum</b> comp. film. 50, 70, 100 mg | • <b>2,0-2,5 mg/kg/zi, per os</b> , 1 priză.   |

### Caseta 28. Interpretarea profilurilor metaboliților tiopurinici în cazul suspjecției efectelor adverse dozo-dependente sau refracterității

6-TGN (pmol/8.10 <sup>8</sup> Er)*	6-MMP (pmol/8.10 <sup>8</sup> Er)	Efecte adverse dozo-dependente	Interpretare	Recomandări
<i>Jos</i> (<230)	<i>Jos-normal</i> (<5700)	-	Sub-dozare sau complianță scăzută	Creșterea complianței sau dozei de tiopurine în dependență de caz
<i>Jos</i> (<230)	<i>Înalt</i> (≥5700)	Hepatotoxicitate și altele	Hiper-metabolizatori TPMP	Se va lua în considerare co-tratamentul cu allopurinol și reducerea

				dozei la 25-33% din cea standard; sau schimbarea medicației
<i>Terapeutic (230-450)</i>	<i>Normal/înalt</i>	Hepatotoxicitate și altele	Eșecul terapiei	Dacă este clinic rezistent, se va schimba categoria medicamentoasă
<i>Înalt (&gt;450)</i>	<i>Normal</i>	Mielosupresie	Activitate joasă a TPMT (heterozigot/homozigot)	Schimbarea tipului imunomodulării la homozigot (sau absența activității TPMT) sau reducerea dozei la jumătate la heterozigot (sau activitate moderat redusă a TPMT)
<i>Înalt</i>	<i>Înalt</i>	Mielosupresie și hepatotoxicitate	Supradozare	Reducerea dozei și în cazul rezistenței clinice schimbarea categoriei de medicație

**Notă:** 6-TGN – 6-tioguanina; 6-MMP – 6-metylmercaptipurina; Er – eritrocite.  
\*valorile limită din acest tabel se bazează pe metoda lui Lennard, 1987;  
\*\*valorile limită mai mari (intervalul terapeutic de 6-TGN = 600 - 1200 pmol / 8.10<sup>8</sup> Er) sunt necesare atunci când analizele se bazează pe metoda lui Dervieux și Boulieu, 1996.

#### Caseta 29. Metotrexat

- Opțiune în **terapia de menținere a remisiei non-steroidiene de I linie** la copiii cu **riscul evoluției nefavorabile** a bolii sau **în eșecul tiopurinelor**;
- *s.c* la fel de efectiv ca *i.m.*; bioavabilitatea administrării *per os* este foarte variabilă și nu există studii de comparație cu calea parenterală;
- *acidum folicum* (5 mg 24-72 ore după *metotrexat* 1 dată/săpt. sau 1 mg 1 dată/zi timp de 5 zile/săpt.) este recomandabil;
- *monitorizare periodică a hemoleucogramei și ALT* la pacienții în remisie stabilă;
- utilizarea de *metotrexat* cu ALT și AST normale nu necesită biopsii hepatice de monitorizare;
- *methotrexatum este strict contraindicat* în sarcină, în primele 3 luni de planificare a sarcinii atât la sexul feminin cât și masculin cu risc de dezvoltare a infertilității.
- administrarea ondansetronului cu 1 oră înainte de injecție de la început poate reduce greața și îmbunătăți toleranța.

#### Methotrexatum

- sol.inj.25mg/ml;
- pulb.inj.1g.

- **15 mg/m<sup>2</sup>** (suprafață corporală) *s.c/i.m* 1 dată/săpt., max 25 mg; *apoi, se poate descrește doza pînă la 10 mg/m<sup>2</sup>* 1 dată/săpt., max 15 mg - după o perioadă de cîteva luni la remisia completă stabilă cu markeri inflamatori normali.

#### Caseta 30. Terapia biologică

- *Infliximabum* trebuie considerat în **CU persistent activă sau steroid-dependentă, necontrolată** de 5-ASA și tiopurine;
- *Infliximabum* trebuie considerat în **refracteritate la steroizi** (atît per os sau i/v). Dacă *influximabul* a fost inițiat în timpul unui episod acut la un pacient tiopurin-naiv, atunci el poate fi folosit ca o punte spre tiopurine. În acest caz, *influximabul* poate fi întrerupt în 4-8 luni.
- **FDA (Food and Drug Administration) a aprobat utilizarea adalimumab la copii în anul 2012.**
- Tratamentul cu Adalimumabum permite regenerarea stratului vilozitar intestinal.
- Ameliorare clinică subiectivă 71% (5/7), remisie clinică 43% (3/7), recădere a bolii 29% (2/7).
- Remisie clinică fără corticosteroizi la 72 sapt cu adalimumabum în 82%;
- Nu s-au înregistrat reacții adverse severe ca șoc anafilactic sau infecții severe. Pacienții cu IBD

<p>(atât colită ulceroasă, cât și boala Crohn) trebuie să fie supuși <b>screeningului pentru melanom</b> independent de utilizarea terapiei biologice (<i>Colegiulul American de Gastroenterologie</i>).</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Golimumabum</i> administrat sub formă de injecție subcutanată poate fi o altă opțiune pentru pacienții cu CU forma moderată și severă, ce au răspuns inadecvat sau intoleranță la tratamentele anterioare sau pentru cei care necesită terapie cu corticosteroizi continuă.</li> <li>• <i>Adalimumabum</i> sau <i>golimumabum</i> ar putea fi luate în considerare la pacienții care răspund inițial la tratament cu infliximab, dar apoi sunt intoleranți, pe baza nivelului seric și a anticorpilor, dar nu au nici un rol la pacienții care primar nu răspund la tratament cu infliximab.</li> </ul>	
<b>Infliximabum</b> liof.100 mg	<p>≥6 ani</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 5 mg/kg i.v, cite o priză în săptămâna 0, 2, și, apoi</li> <li>- 5 mg/kg fiecare 8 săptămâni</li> </ul>
<b>Adalimumab</b> ser. preumpl./pen 20 mg/0,4ml; 40 mg/0,8ml.	<p>≥6 ani (17-40kg):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• inițiere: <b>80mg s/c:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>ziua 1:</b> cite 40mg s/c, de 2 ori pe zi;</li> <li>- <b>ziua 15:</b> 40 mg, s/c, 1 priză</li> </ul> </li> <li>• menținere (ziua 29): <b>20 mg s/c</b>, 1 priză, o data la 2 săptămâni.</li> </ul> <p>≥ 6 ani (40 kg):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• inițiere: <b>160 mg s/c:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>ziua 1:</b> cite 40mg s/c, de 4 ori pe zi, sau cite 40 mg, s/c, 2 ori pe zi, 2 zile consecutive.</li> <li>- <b>ziua 15:</b> cite 80 mg, s/c, 1 dată pe zi sau cite 40 mg, s/c, 2 prize</li> <li>- menținere(ziua 29): <b>40 mg s/c</b>, 1 priză, o data la 2 săptămâni.</li> </ul> </li> </ul>
<b>Golimumabum</b> ser.preumpluta s/c 50mg/0.5ml 100mg/1ml	<p>&lt; 45 kg:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• inițiere: cite 60 mg /m<sup>2</sup>, s/c, în săptămânile 0 și 2.</li> <li>• menținere: cite 60 mg /m<sup>2</sup>, s/c, fiecare 4 săptămâni.</li> </ul> <p>≥ 45 kg:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• inițiere: cite 200 mg, s/c, în săptămâna 0, apoi 100 mg, s/c în săptămâna 2</li> <li>• menținere: cite 100 mg, s/c, fiecare 4 săptămâni.</li> </ul>
<p><b>Notă:</b></p> <p>*Trecerea de la anti-TNF, dacă este aleasă, ar trebui să fie la <b>tiopurine sau metotrexat</b>.</p> <p>**<b>Oprirea tuturor tratamentelor nu este de obicei recomandabilă la copii, cu excepția</b>, unei minorități mici de pacienți cu maladie foarte ușoară și limitată care au intrat în profundă remisiune pentru o perioadă lungă de timp după discuții atente cu familia cu privire la riscul de recidivă și alte complicații.</p>	

<b>Caseta 31. Evaluarea eficacității tratamentului medicamentos</b>	
<b>Preparatul medicamentos</b>	<b>Etapa tratamentului</b>
<b>5 - ASA</b>	14-21 zile
<b>Corticosteroizi</b>	7-21 zile
<b>Tiopurine</b>	2-3 luni
<b>Infliximab</b>	14 zile

<b>Caseta 32. Factori predictivi ai răspunsului terapeutic slab</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• ulcerații profunde al colonului la endoscopie</li> <li>• maladie severă persistentă în pofida terapiei de inducție adecvate</li> <li>• maladie extinsă (panenteric)</li> <li>• retard staturo-ponderal pronunțat</li> <li>• osteoporoză severă</li> <li>• stricturi și fistule (B2 și/sau B3) de la debut</li> <li>• afectare perianală severă</li> </ul>
<p><b>Notă:</b> situațiile sus-numite necesită implicare cu <b>imunosupresoare, anticorpi monoclonali</b> sau</p>

rezechției chirurgicale adecvate.

### C.2.6.3. Tratament chirurgical

#### Caseta 33. *Tratamentul chirurgical*

##### Indicații:

- eșecul terapiei medicamentoase
- retard staturo-ponderal
- obstrucție sau stenoză severă
- absces care necesită drenaj
- fistula perianală
- hemoragie cu non-răspuns la medicație
- perforația

##### Particularități:

- recurența bolii la locul anastomozei este specifică după rezechție
- rezechția chirurgicală este de preferință de efectuat pînă la pubertate pentru a crește șansele pacientului în avansarea staturo-ponderală
- tratamentul chirurgical în colita ulcerosă poartă caracter paliativ și nu curativ
- tehnicile laparoscopice sunt de elecție
- riscul rezechției la vîrsta de 30 ani este de  $48\pm 5\%$  în cazul debutului la vîrsta copilăriei și  $14\pm 2\%$  în debutul la vîrsta adultă

#### Caseta 34. *Criteriile de spitalizare și externare*

Criteriile de spitalizare	Criteriile de externare
<ul style="list-style-type: none"><li>• rectoragie cronică și recurentă;</li><li>• inducerea remisiunii;</li><li>• faza activă a bolii.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Inițierea remisiiei clinice și paraclinice.</li></ul>

### C.2.7. Supraveghere

#### Caseta 35. *Supravegherea*

Perioada de supraveghere va dura pînă la vîrsta de 18 ani.

- **la necesitate** în dependență de evoluția maladiei
- **primul an după acutizare:** bianual
- **ulterior:** anual.

### C.2.8. Complicații

#### Caseta 36. *Complicațiile*

Pseudopolipoza, hemoroizii și prolapsul rectal, hemoragie digestivă, uneori masivă, stenoza colorectală, perforabile și fistulizarea, malignizarea, malnutriția și dezechilibrul hidro-electrolitic, megacolonul toxic, complicațiile sistemice, scăderea mineralizării osoase.

#### Caseta 37. *Prognosticul*

- **favorabil** în cazul unui tratament adecvat.
- **nefavorabil**—în cazurile severe și complicate ale bolii cu durata spitalizării îndelungată, intervenții chirurgicale multiple, retard staturo-ponderal, malnutriție, pubertate întîrziată și calitatea vieții joasă.
- **Mortalitatea** este crescută la pacienții care dezvoltă complicații (*de exemplu, șoc, malnutriție, anemie*). Rar întîlnită la copii, cel mai des la vîrstnici.
- Cea mai frecventă cauză de deces a pacienților cu colită ulcerosă este megacolonul toxic



**D. RESURSE UMANE ȘI MATERIALE NECESARE PENTRU IMPLEMENTAREA PREVEDERILOR PROTOCOLULUI**

<b>D.1. Instituții de asistență medicală primară</b>	<b>D.2. Instituții de asistență medicală specializată de ambulator</b>	<b>D.3. Instituții de asistență medicală spitalicească</b>
<b>Personal:</b> - medic de familie; - asistenta medicală; - laborant.	<b>Personal:</b> - medic pediatru; - medic gastroenterolog; - medic de laborator; - medic imagist; - asistente medicale.	<b>Personal:</b> - medic gastroenterolog pediatru; - medic pediatru; - medic de laborator; - medic imagist; - asistente medicale; - acces la consultațiile calificate: reumatolog, dermatolog, oftalmolog, endocrinolog, chirurg.
<b>Dispozitive medicale:</b> - cântar pentru sugari; - cântar pentru copii mari; - taliometru; - panglica-centimetru; - tonometru; - fonendoscop.	<b>Dispozitive medicale:</b> - cântar pentru sugari; - cântar pentru copii mari; - panglica-centimetru; - fonendoscop; - ultrasonograf; - radiograf; - fibroscop.	<b>Dispozitive medicale:</b> - cântar pentru sugari; - cântar pentru copii mari; - panglica-centimetru; - fonendoscop; - ultrasonograf; - radiograf; - fibroscop; - rezonanță magnetică nucleară.
<b>Examinari paraclinice:</b> - laborator: hemoleucograma, sumarul urinei, coprograma, examenul coproparazitologic	<b>Examinari paraclinice:</b> - laborator: hemoleucograma, teste biochimice (proteina totală, ALT, AST, bilirubina și fracțiile, Ca, P, Fe, Mg, Zn, K, Na, colesterolul total, ureea, creatinina), coprograma, coprocultura, examenul coproparazitologic, sumarul urinei; - cabinet ecografic; - cabinet endoscopic; - cabinet radiologic.	<b>Examinari paraclinice:</b> - laborator: hemoleucograma, teste biochimice (proteina totală, albumina, $\gamma$ -globulina, transferina, ceruloplasmina, ALT, AST, bilirubina și fracțiile, Ca, P, Fe, Mg, Zn, K, Na, acid folic, vitamina B12, colesterolul total, ureea, creatinina), teste imunologice (Ig E totale/specifice, CIC, PCR, FR, IgA ASCA, IgG ASCA, p-ANCA), sumarul urinei, coprograma, coprocultura, examenul coproparazitologic, dozarea calprotectinei fecale; - cabinet ecografic; - cabinet radiologic; - cabinet endoscopic; - cabinet RMN; - laborator imunologic; - laborator bacteriologic; - laborator genetic; - serviciul morfologic cu citologie.
<b>Medicamente:</b> - la indicația gastroenterologului pediatru	<b>Medicamente:</b> - Derivați ai acidului 5-aminosalicilic - Corticosteroizi - Probiotice	<b>Medicamente:</b> - Derivați ai acidului 5-aminosalicilic - Corticosteroizi - Imunomodulatori - Agenți biologici - Antibacteriene - Probiotice

### E. INDICATORII DE MONITORIZARE A IMPLIMENTĂRII PROTOCOLULUI

No	Scopul	Scopul	Metoda de calculare a indicatorului	
			Numărătorul	Numitorul
1.	Depistarea precoce a pacienților cu colită ulceroasă	Ponderea pacienților cu diagnosticul stabilit de colită ulceroasă în prima lună de la apariția semnelor clinice (în %)	Numărul pacienților cu diagnosticul stabilit de colită ulceroasă în prima lună de la apariția semnelor clinice, pe parcursul unui an x	Numărul total de pacienți cu diagnosticul de colită ulceroasă, care se află sub supravegherea medicului de familie și gastroenterolog
2.	Ameliorarea examinării pacienților cu colită ulceroasă	Ponderea pacienților cu diagnosticul de colită ulceroasă, cărora li sa efectuat examenul clinic și paraclinic obligatoriu conform recomandărilor protocolului clinic național „Colita ulceroasă la copil” (în %)	Numărul pacienților cu diagnosticul de colită ulceroasă, cărora li sa efectuat examenul clinic, paraclinic obligatoriu conform recomandărilor protocolului clinic național „Colita ulceroasă la copil”, pe parcursul ultimului an x100	Numărul total de pacienți cu colită ulceroasă care se află sub supravegherea medicului de familie și specialistului pe parcursul ultimului an.
3.	Sporirea calității tratamentului pacienților cu colită ulceroasă	Ponderea pacienților cu diagnosticul de colită ulceroasă, cărora li s-a administrat tratament conform recomandărilor protocolului clinic național „Colită ulceroasă la copil” (în %)	Numărul pacienților cu diagnosticul de colită ulceroasă, cărora li s-a administrat tratament conform recomandărilor protocolului clinic național „Colită ulceroasă la copil”, pe parcursul ultimului an x 100	Numărul total de pacienți cu colită ulceroasă care se află sub supravegherea medicului de familie și specialistului pe parcursul ultimului an.

## ANEXA 1. Ghidul pacientului cu colită ulceroasă

### Ce este colita ulceroasă?

**Colita ulceroasă** reprezintă o maladie inflamatorie intestinală cronică cu afectarea preponderentă a segmentului distal al intestinului gros. Zonele de inflamație afectează de obicei rectul cu ulcerarea suprafeței mucoase.

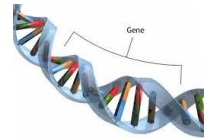
#### Colita ulceroasă:

- nu este infecțioasă sau contagioasă;
- nu este sindromul intestinului iritabil;
- nu este cancer.

### Care sunt cauzele?



Deși există multe cercetări, cauza colitei ulceroase este încă incertă. În prezent mai mulți cercetători susțin că la apariția bolii participă o combinație de factori: **genele** (care predispun la această maladie) pe care copilul le moștenește de la părinți și apoi o reacție anormală a **sistemului imunitar** (sistemul de protecție a organismului) intestinal la anumiți factori nocivi din mediul înconjurător (viruși, bacterii inclusiv acele care trăiesc în mod normal în intestinul nostru), **dieta și stresul**.



### Cum se manifestă?



Maladia data deseori este descrisă a avea manifestări cronice, ceea ce înseamnă că se poate desfășura de-a lungul vieții cu perioade de sănătate (remisie) care alternează cu reactivări (recidive) ale bolii.

#### Manifestările clinice:

- durere abdominală
  - diaree uneori amestecat cu sânge și mucus
  - pierderea poftei de mâncare
  - oboseală
- senzație generală de rău la subfebrilitate și febră
  - paliditate.



Unii copii cu colită ulceroasă pot avea și afectarea altor organe cum ar fi artrita (inflamarea articulațiilor), ulcere la nivelul gurii, erupții cutanate cu mici pete roșii dureroase pe gât (eritem nodosum), hepatită (ocazional), un număr mic de copii pot prezenta inflamarea structurilor globilor oculari (cu afectarea ulterioară a vederii).



Pentru confirmarea diagnosticului sunt necesare investigații de laborator (*hemoleucograma, biochimia sîngelui, teste imunologice, sumarul urinei, coprograma, coprocultura*) și instrumentale (*endoscopie cu biopsia intestinală, RMN abdominală, ecografia organelor interne și altele la necesitate*), consultația altor specialiștilor de profil: *reumatolog, oftalmolog, dermatolog, hematolog, chirurg*.

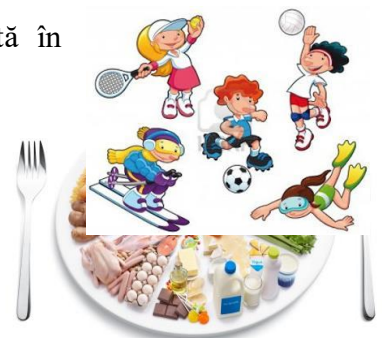
### Tratamentul

Colita ulceroasă afectează copiii în mod diferit, dar scopul tratamentului este de a face copilul să se simtă mai bine, și apoi să mențină simptomele sub control cît mai mult timp. Sunt câteva tipuri de tratament în dependență de gravitate și evoluția bolii poate fi tratată cu formule alimentare speciale, diete (cunoscute și ca terapii nutriționale sau enterale), medicamente, intervenții chirurgicale sau o combinație dintre toate acestea.

**Regimul igienic:** copilul dvs. va avea o activitate fizică obișnuită în absența complicațiilor. Se vor evita activitățile sportive de impact major pentru minimalizarea riscului de fracturi la copii cu osteoporoză în urma corticoterapiei îndelugate.

#### Regimul dietetic

La copii tratamentul nutrițional este adesea încercat mai întâi de



toate celelalte, deoarece studiile efectuate la copii au demonstrat că este la fel de eficient ca steroizi (vezi medicamentele utilizate mai jos) și are mai puține efecte secundare. De obicei, implică o dietă lichidă, în loc de alimente solide, pentru câteva săptămâni. Majoritatea copiilor răspund foarte bine la acest tratament nutrițional, și poate adesea însemna că utilizarea steroizilor poate fi redusă sau chiar evitată. Copilul dvs. poate continua mult timp medicamente pe termen lung pentru a ajuta la menținerea stării lor sub control.

***Tratamentul medicamentos va fi administrat doar la indicația medicului specialist!***



Medicamentele utilizate au scop de a diminua activitatea bolii prin oprirea inflamației și reducerea șanselor unei recidive sau reactivării a maladiei. Ca și în cazul majorității medicamentelor, pot exista unele reacții adverse nedorite, dar medicamentele prescrise pentru copilul dvs. vor fi folosite foarte atent și în cele mai mici doze necesare pentru a obține rezultatul dorit. Echipa de specialiști va monitoriza foarte mult sănătatea copilului dumneavoastră și vă va explica detaliat modul în care medicamentul va funcționa. În prezent sunt mai multe grupuri de preparate însă schema va fi selectată individual pentru copilul dvs. În dependență de gravitatea maladiei: corticosteroizi, aminosalicilați, preparate biologice, imunomodulatoare.

În cazuri complicate cu absces, fistule, stricturi poate fi necesară implicarea chirurgicală pentru ameliorarea stării copilului.

**Cum trebuie supravegheat copilul?**

Copilul dvs. va fi supravegheat toată viața de o echipă de specialiști din mai multe profiluri medicale în dependență de simptomele maladiei, iar frecvența vizitelor și examinărilor clinice și paraclinice va fi organizată conform unui program special de monitorizare în dependență de faza bolii (activă sau remisie).

În prezent colita ulceroasă nu poate fi vindecată, cu alte cuvinte să dispară complet, dar multe pot fi făcute pentru a minimiza simptomele sale și ajuta copilul să trăiască o viață normală. O dată tratamentul este început, multe dintre simptomele copilului dumneavoastră ar trebui să se diminueze în câteva săptămâni. Deși pot exista apoi perioade de recidivă cu alternarea perioadelor de remisiune când simptomele mai mult sau mai puțin dispar. Cel mai important e că tratamentul le permite copiilor continuarea studiilor și participarea la alte activități cotidiene, școlare sau sportive. Mulți pleacă apoi - la formarea continuă, formare profesională sau încadrarea în câmpul muncii.

***Succese!!!***

**ANEXA 2. Fișa standardizată de audit bazat pe criteriile din PCN „Colita ulceroasă la copil”**

FIȘA STANDARDIZATĂ DE AUDIT BAZAT PE CRITERIILE DIN PCN „COLITA ULCEROASĂ LA COPIL”		
	Domeniul Prompt	Definiții și note
1	Denumirea IMSP evaluată prin audit	
2	Persoana responsabilă de completarea Fișei	Nume, prenume, telefon de contact
3	Perioada de audit	DD-LL-AAAA
4	Numărul fișei medicale a bolnavului staționar f.300/e	
5	Mediul de reședință a pacientului	0 = urban; 1 = rural; 9 = nu se cunoaște
6	Data de naștere a pacientului	DD-LL-AAAA sau 9 = necunoscută
7	Genul/sexul pacientului	0 = masculin 1 = feminin 9 = nu este specificat
8	Numele medicului curant	
	Patologia	Colita ulceroasă
<b>INTERNAREA</b>		

9	Data internării în spital	DD-LL-AAAA sau 9 = necunoscut
10	Timpul/ora internării la spital	Timpul (HH: MM) sau 9 = necunoscut
11	Secția de internare	Departamentul de urgență = 0 ; Secția de profil pediatric = 1; Secția de profil chirurgical = 2; Secția de terapie intensivă = 3
12	Timpul parcurs până la transfer în secția specializată	≤ 30 minute = 0; 30 minute – 1 oră = 1; ≥ 1oră = 2; nu se cunoaște = 9
13	Data debutului simptomelor	Data (DD: MM: AAAA) 0 = până la 6 luni; 1 = mai mult de 6 luni; 9 = necunoscută
14	Aprecierea criteriilor de spitalizare	Au fost aplicate: nu = 0; da = 1; nu se cunoaște = 9
15	Tratament administrat la Departamentul de urgență	A fost administrat: nu = 0; da = 1; nu se cunoaște = 9
16	În cazul răspunsului afirmativ indicați tratamentul (medicamentul, doza, ora administrării):	
17	Transferul pacientului pe parcursul internării în secția de terapie intensivă în legătură cu agravarea patologiei	A fost efectuat: nu = 0; da = 1; nu se cunoaște = 9
	<b>DIAGNOSTICUL</b>	
18	Teste biochimice și imunologice	A fost efectuată după internare: nu = 0; da = 1; nu se cunoaște = 9
19	Endoscopie superioară și/sau inferioară cu biopsia esofagiană, gastrică, intestinală	A fost efectuată după internare: nu = 0; da = 1; nu se cunoaște = 9
20		În cazul răspunsului afirmativ indicați rezultatul obținut: negativ = 0; pozitiv = 1; rezultatul nu se cunoaște = 9
	<b>TRATAMENTUL</b>	
21	Tratament conform protocolului clinic național	Nu = 0; da = 1; nu se cunoaște = 9
23	Răspuns terapeutic	Nu = 0; da = 1; nu se cunoaște = 9
	<b>EXTERNAREA ȘI MEDICAȚIA</b>	
24	Data externării sau decesului	Include data transferului la alt spital, precum și data decesului.
25		Data externării (ZZ: LL: AAAA) sau 9 = necunoscută
26		Data decesului (ZZ: LL: AAAA) sau 9 = necunoscută
27	Durata spitalizării	ZZ
28	Implimentarea criteriilor de externare	Nu = 0; da = 1; nu se cunoaște = 9
29	Prescrierea recomandărilor la externare	Externat din spital cu indicarea recomandărilor: nu = 0; da = 1; nu se cunoaște = 9
	<b>DECESUL PACIENTULUI</b>	
30	Decesul în spital	Nu = 0; Decesul cauzat de colita ulceroasă = 1; Alte cauze de deces = 2; Nu se cunoaște = 9

## BIBLIOGRAFIE

1. Clasificația Internațională a Maladiilor, revizia a X-a, *București*, 1993, vol. 1, pag.535.
2. Claudio Romano et al. Management of Acute Severe Colitis in Children With Ulcerative Colitis in the Biologics Era. *Pediatrics*. 2016;137(5):e20151184
3. Dan Turner, Arie Levine et al. Management of Pediatric Ulcerative Colitis: Joint ECCO and ESPGHAN Evidence-based Consensus Guidelines. *JPGN* 2012; 55: 340–361.
4. Fell JM, Muhammed R, Spray C, Crook K, Russell RK, BSPGHAN IBD working group. Management of ulcerative colitis. *Arch Dis Child*. 2015 Nov 9.
5. Fernando Magro, Paolo Gionchetti et al. Third European Evidence-based Consensus on Diagnosis and Management of Ulcerative Colitis. Part 1: Definitions, Diagnosis, Extra-intestinal Manifestations, Pregnancy, Cancer Surveillance, Surgery, and Ileo-anal Pouch Disorders.
6. Frank M. Ruemmele et al. Differences in the management of pediatric and adult onset ulcerative colitis — lessons from the joint ECCO and ESPGHAN consensus guidelines for the management of pediatric ulcerative colitis. *J Crohns Colitis* (2014) 8 (1): 1-4.
7. Miele E, Pascarella F, Giannetti E, et al. Effect of a probiotic preparation (VSL#3) on induction and maintenance of remission in children with ulcerative colitis. *Am J Gastroenterol* 2009;104:437–43.
8. Phavichitr N, Cameron DJ, Catto-Smith AG. Increasing incidence of Crohn's disease in Victorian children. *J Gastroenterol Hepatol*. 2003;18(3):329–332.
9. Schildkraut V, Alex G, Cameron DJ, et al. Sixty-year study of incidence of childhood ulcerative colitis finds eleven-fold increase beginning in 1990s. *Inflamm Bowel Dis*. 2013;19(1):1–6.
10. Turner D. et al. Development, validation, and evaluation of a pediatric ulcerative colitis activity index: a prospective multicenter study. *Gastroenterology*. 2007; 133(2):423-32.
11. Wiernicka A, Szymanska S, Cielecka-Kuszyk J, Dadalski M, Kierkus J. Histological healing after infliximab induction therapy in children with ulcerative colitis. *World J Gastroenterol*. 2015 Oct 7. 21 (37):10654-61.