Check-list para iniciar terapia biológica na DII

Os pacientes com fenótipo de **DII** (Doença Inflamatória Intestinal) **moderada a grave** e/ou com fatores de risco para pior prognóstico, uma vez eleitos para **terapia avançada com biológicos**, devem passar por uma preparação para o início do tratamento com segurança.

Essa etapa passa pela avaliação de 3 pilares:

- Checar se há contraindicação relativa ou absoluta ao uso de tais medicamentos;
- Rastreio de infecções ativas ou latentes;
- Atualização de status vacinal

No que se refere às contraindicações ou sinais de maior atenção ao uso de biológicos, temos:

- Infecção grave em curso, inclusive abscesso perianal;
- Tuberculose latente não tratada (deve se aguardar um período do início do tratamento para iniciar o biológico, preferencialmente um não anti-TNF);
- ICC descompensada ou fração de ejeção de VE ≤ 35% (contraindicação absoluta a anti-TNF);
- História de reação infusional grave prévia a biológicos;
- Esclerose múltiplas ou outras doenças desmielinizantes; neurite óptica; linfoma prévio (nessas condições o anti-TNF tem contraindicação absoluta, os demais pesar risco x benefício);

- Malignidade corrente;
- Doença hepática descompensada (cirrose Child B ou C);
- Infecção crônica não tratada pelo vírus da hepatite B;
- Infecção pelo HIV não controlada;
- História de melanoma (contraindicação absoluta a anti-TNF) ou displasia de colo uterino recorrente (contraindicação relativa a anti-TNF)

O próximo passo é a realização do rastreio infeccioso, que inclui:

- Radiografia de tórax;
- PPD e/ou IGRA (teste de liberação de interferon gama);
- Sorologias para hepatites B, C e HIV (considerar também adicionar rastreio de sarampo, CMV, varicela zoster e Epstein-Barr – atentar que a infecção primária por EBV em paciente imunossuprimidos aumenta risco de doenças linfoproliferativas, nesse cenário deve se ter cautela ao prescrever tiopurinas associadas);
- Na presença de diarreia, excluir presença de Clostridium difficile como agente mimetizador;
- Na população feminina, também é recomendável colpocitologia para screening de infecção por HPV.

O rastreio de TB latente deve ser renovado anualmente enquanto o paciente estiver em uso do biológico, especialmente se for da classe anti-TNF, pois sabemos o quanto o TNF-alfa é primordial para a estabilidade do granuloma.

Em caso de pacientes com PPD ≥ 5mm, ou IGRA + ou sequelas na radiografia de tórax sugestivas, primeiro deve-se iniciar o tratamento da TB latente e somente iniciar o biológico após 30 dias do começo do tratamento.

Pacientes com HBsAg + ou com anti-HBc + isolado devem receber

terapia antiviral durante o uso de biológicos ou imunossupressores orais. No primeiro caso, o tempo de tratamento será guiado pela doença hepática. No segundo caso (infecção oculta), por pelo menos 6 meses após o término do tratamento (se for o caso).

Status vacinal

Em se tratando de esquema vacinal, as vacinas inativadas são extremamente seguras e indicadas para todos os pacientes com DII, e idealmente devem ser administradas pelo menos 2 semanas antes do biológico, para não comprometer a resposta vacinal. Já as **vacinas atenuadas são contraindicadas** aos paciente que já estão em uso de imunossupressores ou biológicos, ou que estão planejando iniciar tais medicações nas próximas 4 a 6 semanas. Somente poderão usar vacinas atenuadas após 3 meses de suspensão de tais medicações (se for o caso).

As vacinas inativadas a serem consideradas em pacientes com DII são: Influenza, Pneumocócica, Tétano/Difteria (Dupla Adulta), Meningococo, Hepatite A, Hepatite B (inclusive podendo-se fazer 4 doses dobradas almejando anti-HBs >10), HPV, COVID-19. Recentemente, também foi lançada a vacina de herpes-zoster inativada recombinante, possibilitando o uso aos paciente em imunossupressão ou em planejamento de iniciar biológicos, diferente da vacina até então disponível que era de vírus atenuado.

Reforçando, as vacinas atenuadas que **não devem** ser feitas no cenário de pacientes imunossuprimidos são: tríplice viral (sarampo, caxumba e rubéola), varicela, febre amarela e a versão mais antiga da vacina de herpes zoster composta de vírus vivo atenuado.

Referências:

1. T. Kucharzik et al. ECCO Guidelines on the Prevention,

Diagnosis, and Management of Infections in Inflammatory Bowel Disease. Journal of Crohn’s and Colitis, 2021, 879–913
2. Chebli JMF et al. Preparing Patients With Inflammatory Bowel Diseases For Biological Therapies In Clinical Practice. Journal of Gastroenterology and Hepatology Research 2018; 7(2): 2535-2554
3. Beaugerie et al. Predicting, Preventing, and Managing Treatment-Related Complications in Patients With Inflammatory Bowel Diseases. Clinical Gastroenterology and Hepatology 2020;18:1324–1335
4. S. Riestra et al. Recommendations of the Spanish Working Group on Crohn’s Disease and Ulcerative Colitis (GETECCU) on screening and treatment of tuberculosis infection in patients with inflammatory bowel disease. Gastroenterología y Hepatología 44 2021 51–66
5. R. Ferreiro-Iglesias et al. Recommendations of the Spanish Group on Crohn’s Disease and Ulcerative Colitis on the importance, screening and vaccination in inflammatory bowel disease patients. Gastroenterología y Hepatología 45 (2022) 805–818

Como citar este artigo

Vilela PBM, Check-list para iniciar terapia biológica na DII Gastropedia 2023, Vol 2. Disponível em: gastropedia.pub/pt/sem-categoria/check-list-para-iniciar-terapia-biologica-na-dii/