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 \geq 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/