
BOALA CROHN și COLITA ULCERATIVĂ

*Cum să trăiești
cu o boală inflamatorie intestinală*

Dr. A. Hillary Steinhart

Doctor în Medicină, Master în Științe Medicale

Membru în Colegiul Regal al Medicilor și Chirurgilor din Canada

*Director Medical, Spitalul Mount Sinai,
Centrul pentru Boli Inflamatorii Intestinale*

Traducere din limba engleză de
Diana Botescu

Editura Paralela 45

Redactare: Dana-Ioana Chiriță
Tehnoredactare: Mihail Vlad
Corectură: Dragoș Dumitrescu
Pregătire de tipar: Marius Badea

Descrierea CIP a Bibliotecii Naționale a României

STEINHART, HILLARY A.

Boala Crohn și colita ulcerativă : cum să trăiești cu o boală inflamatorie intestinală / dr. A. Hillary Steinhart ; trad. din lb. engleză de Diana Botescu. – Pitești : Paralela 45, 2023

Conține bibliografie

ISBN 978-973-47-3820-5

I. Botescu, Diana (trad.)

616

Această carte constituie un ghid cu informații generale și nu ar trebui folosită drept substitut pentru abilitățile, cunoștințele și experiența cadrelor medicale calificate și ale altor profesioniști din domeniu, care au avut de-a face în mod real cu fapte, circumstanțe și simptome în numeroase cazuri specifice. Informațiile nutriționale și medicale privitoare la sănătatea omului prezentate în cartea de față sunt bazate pe cercetarea, instruirea și experiența de specialitate a autorului – și sunt autentice și complete, după cunoștința sa. Cu toate acestea, volumul se dorește a fi un îndrumar pentru cei care vor să afle mai multe despre sănătate, medicină și nutriție; nu a fost scris cu intenția de a înlocui sau anula recomandările făcute de medicul curant al cititorului. Având în vedere că fiecare persoană și situație înseamnă un caz unic în felul său, autorul și editorul îl îndeamnă pe cititor să ceară sfatul unui cadru medical specializat, înainte de a face apel la orice procedură asupra oportunității căreia are îndoieli. De asemenea, un medic ar trebui consultat înainte de începerea oricărui program de exerciții. Autorul și editorul nu sunt responsabili pentru niciun efect advers și nicio consecință ce ar putea rezulta din folosirea informațiilor incluse în carte. Este responsabilitatea cititorului să solicite consultația unui medic sau a altui specialist în domeniu, referitor la starea sa de sănătate.

Autorul își îndreaptă mulțumirile către dr. Anne Griffiths de la The Hospital for Sick Children din Toronto, Canada, pentru informațiile împărtășite și pentru sfaturile competente oferite în timpul scrierii primei ediții a cărții de față.

Crohn's and Colitis: Understanding and Managing IBD, Third Edition
Dr. A. Hillary Steinhart, MD, MSc, FRCP(C)

Published by Robert Rose Inc.
120 Eglinton Avenue East, Suite 800, Toronto, Ontario, Canada, M4P 1E2

Text copyright © 2006, 2012, 2018 A Hillary Steinhart
Illustrations copyright © 2006, 2012, 2018 Robert Rose Inc.
Cover and text design copyright © 2006, 2012, 2018 Robert Rose Inc.

Copyright © Editura Paralela 45, 2023
Prezenta lucrare folosește denumiri ce constituie mărci înregistrate, iar conținutul este protejat de legislația privind dreptul de proprietate intelectuală.
www.edituraparelela45.ro

Cuprins

| | |
|---------------|---|
| Prefață | 7 |
|---------------|---|

PARTEA I • Să înțelegem boala Crohn și colita ulcerativă

| | |
|--|-----------|
| 1 Ce fel de boală este aceasta? | 10 |
| Ce este boala inflamatorie intestinală? | 10 |
| Glosarul bolii inflamatorii intestinale | 12 |
| Cine face boala inflamatorie intestinală? | 15 |
| Unde anume în organism apare BII? | 16 |
| Ce anume merge prost, de se ajunge la BII? | 22 |
| Care sunt complicațiile posibile ale BII? | 24 |
| 2 Cum știu că am BII? | 37 |
| Recunoașterea simptomelor | 37 |
| Simptomele comune | 38 |
| Metodele de diagnosticare | 47 |
| Prognosticul | 58 |
| 3 La ce să mă aștept acum? | 59 |
| Întrebările care apar frecvent | 60 |
| Voi muri din cauza acestei boli? | 61 |
| Se va agrava boala? | 62 |
| Mi se poate ameliora starea de sănătate? | 64 |
| Mai pot merge la școală? | 65 |
| Pot obține și păstra un loc de muncă? | 67 |
| Voi avea nevoie de spitalizare? | 68 |
| Voi avea nevoie de intervenție chirurgicală? | 69 |
| Voi avea nevoie să port o „pungă“ în care să se colecteze scaunul? | 69 |
| Ce schimbări va trebui să fac în viața mea? | 70 |
| Voi putea rămâne însărcinată? | 71 |
| Îmi voi putea lua medicamentele în timpul sarcinii? | 72 |

| | |
|---|-----------|
| Se va agrava boala în timpul sarcinii? | 73 |
| Va afecta această boală nașterea copilului meu? | 73 |
| Pot călători dacă sufăr de BII? | 74 |
| Care sunt cauzele BII? | 77 |
| 4 Cum m-am ales cu această boală? | 78 |
| Factorii cauzali | 78 |
| Posibile cauze infecțioase | 80 |
| Posibile cauze legate de mediu | 82 |
| Posibili factori moșteniți (genetici) | 85 |
| Teoria unificată | 92 |
| Implicații asupra tratamentului | 94 |

PARTEA A II-A • Cum tratăm boala inflamatorie intestinală

| | |
|---|------------|
| 5 Strategiiile nutriționale. | 96 |
| Informațiile credibile | 97 |
| Dieta potrivită | 98 |
| Prevenirea malnutriției | 100 |
| Modificarea dietei | 103 |
| Dietele eliminatorii | 108 |
| Dietele cu restricție de lactoză | 109 |
| Sursele de calciu | 112 |
| Vitamina D | 117 |
| Alte suplimente cu vitamine și minerale | 119 |
| Suplimentele de calorii lichide | 123 |
| Dietele cu un conținut scăzut de fibre | 126 |
| Dietele pentru reducerea frecvenței scaunelor | 129 |
| Dietele pe bază de lichide | 132 |
| Temeri legate de alimente | 135 |
| Suportul nutrițional | 136 |
| Cercetările din domeniul nutriției | 138 |
| Consilierea nutrițională | 143 |
| 6 Sprijinul psihologic. | 144 |
| Preocupările de natură psihologică | 144 |
| Stresul | 145 |

| | |
|--|------------|
| Depresia | 148 |
| Strategiile de adaptare | 151 |
| Cum să te descurci în sistemul de sănătate. | 159 |
| 7 Tratamentul medicamentos | 163 |
| Obiectivele tratamentului | 163 |
| Considerente privind medicația. | 165 |
| Variantele de tratament medicamentos. | 170 |
| Antiinflamatoarele nesteroidiene. | 173 |
| Medicamentele care conțin mesalazină (acid 5-aminosalicilic) | 174 |
| Medicamentele cu glucocorticoizi (steroizi). | 182 |
| Antibioticele. | 191 |
| Imunosupresoarele | 193 |
| Medicamentele non-biologice (cu molecule mici). | 201 |
| Medicamentele biologice | 203 |
| Tratamentele medicale viitoare. | 216 |
| Medicina complementară și alternativă | 218 |
| Modele de studii efectuate în cercetarea clinică. | 222 |
| Opțiunea chirurgicală. | 225 |
| 8 Tratamentul chirurgical. | 226 |
| Necesitatea intervenției chirurgicale. | 227 |
| Ileostomia și colostomia | 228 |
| Procedurile chirurgicale în colita ulcerativă | 229 |
| Procedurile chirurgicale în boala Crohn | 239 |
| Chirurgia laparoscopică. | 249 |
| Prevenirea recidivei | 251 |
| Copiii cu boli inflamatorii intestinale | 254 |
| 9 Tratarea copiilor care au BII | 256 |
| Provocările cu care se confruntă familia | 257 |
| Gestionarea specifică a bolii. | 257 |
| Perspective | 263 |
| Resurse și referințe bibliografice | 265 |

Prefață

Să trăiești cu o boală inflamatorie intestinală (BII) poate fi o provocare, nu numai pentru aceia dintre voi care au boala Crohn sau colită ulcerativă, ci și pentru cei care au un membru al familiei sau un prieten apropiat afectat de una dintre aceste tulburări. Pentru a face față acestei provocări, este nevoie de ajutorul unor experți din domeniul sănătății. De asemenea, este foarte important să știi ce impact pot avea boala Crohn și colita ulcerativă asupra vieții tale, precum și ce abordări de tratare există. Un pacient are cele mai mari șanse de a se recupera și de a rămâne sănătos, dacă e bine informat.

Cu toate acestea, volumul de informații pe care le poți găsi atunci când încerci să afli despre boala inflamatorie intestinală poate fi copleșitor. Există extrem de multe surse posibile – medici, asistente medicale, cărți, broșuri, pagini de internet, asociații ale pacienților, camere de chat pe internet, prieteni și rude. Adesea, datele primite sunt derutante și contradictorii. Calitatea informațiilor variază foarte mult de la o sursă la alta. O astfel de supraîncărcare cu informații te poate dezorienta și frustra, făcând să-ți fie și mai dificil să înfrunți aceste boli cronice.

Am scris această carte pentru a le oferi pacienților, familiilor, prietenilor lor și profesioniștilor din domeniul sănătății o expunere clară, actuală și concisă a posibilelor cauze subiacente, a caracteristicilor clinice și a tratamentelor eficiente în cazul bolii Crohn și al colitei ulcerative. În loc să prezentăm pur și simplu o listă cu date factuale despre tulburări, le-am oferit acestora un context clinic aplicat, pe baza anilor noștri de experiență cu sute de pacienți care au fost evaluați, urmăriți și tratați la Centrul pentru Boli Inflamatorii Intestinale al Spitalului Mount Sinai. De asemenea, am încercat să facem aceste informații relevante în mod direct pentru bolnavii care suferă de BII și familiile lor, relatând istoricul unor cazuri și răspunzând la întrebările pe care le pun în mod frecvent pacienții. Sperăm să oferim astfel un alt mijloc de a face față acestor boli, pe care abia acum începem cu adevărat să le înțelegem.

Am scris această carte pentru a le oferi pacienților, familiilor, prietenilor lor și profesioniștilor din domeniul sănătății o expunere clară, actuală și concisă a posibilelor cauze subiacente, a caracteristicilor clinice și a tratamentelor eficiente în cazul bolii Crohn și al colitei ulcerative.

Partea I

**SĂ ÎNȚELEM
BOALA CROHN
ȘI
COLITA ULCERATIVĂ**

EDITURA PARALELA 45

CAPITOLUL 1

Ce fel de boală este aceasta?

Studiu de caz: Kelly

Kelly, o studentă în vârstă de 22 de ani, a prezentat unele simptome precum crampe abdominale, nevoie urgentă de a defeca, diaree și sânge în scaun. Simptomele au apărut treptat și, la început, au fost ocazionale. Acestea au apărut cu o lună înaintea examenelor de la finalul primului semestru și, chiar dacă au părut să se amelioreze după ce a terminat examenele, au continuat și pe parcursul celui de-al doilea semestru. Kelly s-a dus la clinica medicală a universității, unde a fost examinată și trimisă la un specialist. Specialistul a efectuat câteva teste și i-a spus că suferă de o boală inflamatorie intestinală – mai precis, colită ulcerativă.

Kelly s-a necăjit foarte tare; colita ulcerativă părea a fi o boală gravă. În plus, medicul i-a spus că nu există niciun alt tratament în afară de intervenția chirurgicală. Nu era drept ce i se întâmpla.

„Sunt tânără”, a protestat ea, „și nimeni din familia mea nu a avut această boală. Întotdeauna am fost foarte conștientă de ceea ce este benefic pentru mine și ce nu... Mă hrănesc sănătos, inclusiv cu lapte și alte produse lactate. Sunt activă din punct de vedere fizic și nu fumez”, a continuat ea fără a se putea opri din a pune întrebări, în efortul de a înțelege motivul pentru care se îmbolnăvisese. „Ce este boala inflamatorie intestinală? Colita este o infecție? Pot lua antibiotice pentru a o trata? Stresul legat de examene a provocat-o? Ce se întâmplă dacă îmi schimb dieta? Ar putea ibuprofenul pe care îl iau pentru durerile de cap să aibă vreo influență?”

Medicul a liniștit-o pe Kelly și a început să-i răspundă la întrebări...

(continuare la p. 61)

Ce este boala inflamatorie intestinală?

Conceptul de boală inflamatorie intestinală nu se referă la o singură boală sau afecțiune medicală. Denumirea descrie, în mod general, orice afecțiune sau boală care duce la inflamarea tractului gastrointestinal. Strict vorbind, această definiție include și infecțiile intestinului – de exemplu, infecțiile cauzate de bacteria salmonella. Cu toate acestea, sintagma „boală inflamatorie intestinală” (BII) este de obicei rezervată celor două tulburări similare, boala Crohn și colita ulcerativă. Cauzele specifice ale acestor tulburări nu sunt încă pe deplin cunoscute.

Boala Crohn

Boala Crohn datează probabil de la începutul secolului al XIX-lea, dacă luăm în calcul descrierile cazurilor similare din literatura medicală a acelei epoci. În 1932, doctorii Crohn, Ginzburg și Oppenheimer de la Spitalul Mount Sinai din New York au descris pentru prima dată această afecțiune ca fiind o boală specifică. Forma bolii pe care ei au descris-o inițial se concentra asupra inflamației ileonului, ultima secțiune a intestinului subțire. Au denumit această afecțiune ileită regională, o sintagmă în care „ileită“ desemna inflamația ileonului. La câțiva ani după ce dr. Crohn și colegii săi au descris afecțiunea, acestei boli i s-a dat denumirea de boala Crohn. La începutul anilor 1950, specialiștii au recunoscut că boala Crohn nu afectează neapărat doar ileonul, ci și alte părți ale tractului gastrointestinal, cum ar fi colonul sau întregul intestin gros, ar putea fi afectate.

Localizarea inflamației

În boala Crohn, cel mai adesea inflamația se produce în partea inferioară a intestinului subțire, numită și ileon, dar și în intestinul gros, numit și colon. Boala Crohn poate afecta și esofagul, stomacul și părțile superioare ale intestinului subțire (duodenul și jejunul).

Colita ulcerativă

La fel ca boala Crohn, colita ulcerativă a apărut, cel mai probabil, cu mult înainte să fie în detaliu descrisă la sfârșitul secolului al XIX-lea. Colita ulcerativă este uneori menționată ca proctită ulcerativă, proctosigmoidită ulcerativă sau pancolită ulcerativă. Aceste denumiri se referă în primul rând la amploarea inflamației colonului, mai degrabă decât la diferențele fundamentale dintre cauzele presupuse ale colitei ulcerative. În prima jumătate a secolului XX, colita ulcerativă se trata chirurgical și mulți pacienți mureau ca urmare a complicațiilor bolii sau ale intervenției chirurgicale. Începând cu anii 1940, a existat o îmbunătățire constantă a tratamentului chirurgical și medicamentos al colitei ulcerative, iar decesul cauzat de complicațiile bolii sau de tratamentul acesteia intervine extrem de rar în prezent.

Localizarea limitată a inflamației

În colita ulcerativă, inflamația este limitată la intestinul gros, care include rectul. Restul tractului gastrointestinal nu este implicat.

Sindromul intestinului iritabil

Boala inflamatorie intestinală (BII) și sindromul intestinului iritabil (SII) sunt adesea confundate, deoarece denumirile lor sunt asemănătoare. SII este o afecțiune încă insuficient înțeleasă a tractului gastrointestinal. Deși SII se caracterizează prin disconfort abdominal cronic sau durere,





precum și o alterare a activității intestinale normale, diferă destul de mult de boala Crohn și colita ulcerativă (BII).

Se crede că în cazul SII problemele se datorează unei schimbări a modului în care funcționează intestinul sau a modului în care creierul percepe funcționarea intestinului. În SII, nu există nicio dovadă clară sau consistentă că inflamația joacă un rol în cauzarea simptomelor pacientului. Acest lucru este diferit de cazul BII, în care inflamația e principala caracteristică definitorie a bolii și în care tratamentul împotriva inflamației contribuie la tratarea bolii și la atenuarea simptomelor acesteia. În SII, tratamentul vizează, de obicei, modificarea motilității tractului gastrointestinal sau a transmiterii impulsurilor nervoase despre durere de la intestin la creier.

Glosarul bolii inflamatorii intestinale

Gastroenterologii folosesc mai mulți termeni de specialitate pentru a descrie BII. Poți începe să utilizezi limbajul asociat acestei boli în discuțiile cu prestatorii de servicii medicale. Acești termeni sunt definiți mai relevant pe parcursul cărții, în funcție de context.

Abces: o colecție localizată de țesut mort și infectat (puroi), care de obicei devine lichid. Consecințele pot fi grave, dacă nu se acționează repede și adecvat; tratarea abscesului implică drenarea materialului infectat și administrarea de antibiotice.

Absorbție: procesul digestiv de extragere a substanțelor nutritive din alimente și de transferare a acestora în sistemul circulator; de exemplu, absorbția vitaminei B12 are loc în ileon (ultima secțiune a intestinului subțire), fiind adesea problematică în BII.

Boala inflamatorie intestinală (BII): orice afecțiune sau boală care duce la inflamația tractului gastrointestinal, cel mai adesea localizată în intestinul subțire și în cel gros, dar și în rect.

Colon (intestinul gros): partea inferioară a tractului gastrointestinal, responsabilă în primul rând pentru reabsorbția lichidului și a electroliților (săruri) din scaun.

Colonoscopie: o procedură de diagnosticare a BII care implică introducerea unui colonoscop prin anus și rect până în colon, de unde se poate preleva o probă biopsică tisulară pentru testare.

Distensie: o creștere semnificativă a dimensiunii abdomenului, ce poate fi cauzată de gaze, scaun sau fluide.

Duoden: prima secțiune a intestinului subțire, care primește alimentele ingerate după ce acestea părăsesc stomacul; deși duodenul este relativ scurt (aproximativ

urmare a faptului că pacientul și familia nu sunt încă familiarizați cu boala, este posibil ca nici ei să nu se fi împăcat cu ideea necesității intervenției chirurgicale.

Se va agrava boala?

Previzionarea cursului bolii pentru o anumită persoană este foarte dificilă. Cu toate acestea, aproape fiecare pacient recent diagnosticat cu BII dorește să știe acest lucru.

Atât boala Crohn, cât și colita ulcerativă sunt tulburări cronice, care durează toată viața și a căror gravitate tinde să fluctueze în timp. Boala pare să intre în remisiune și să recidiveze de la sine, fără niciun motiv evident. Nu este ceva neobișnuit ca o persoană cu BII să se simtă destul de bine mai multe luni sau chiar ani, doar pentru ca la un moment dat să aibă din nou o criză sau simptomele să reapară vreme de câteva zile sau chiar săptămâni. În mod similar, unii pacienți au simptome cronice care nu răspund la tratament mai multe luni sau, în unele cazuri, chiar ani întregi, iar apoi, din motive necunoscute, simptomele se ameliorează de la sine.

Pacientul potrivit, momentul potrivit, tratamentul potrivit

Este posibil ca în următorii ani capacitatea de a estima evoluția și prognosticul bolii la diferiți pacienți să devină mult mai precisă, până în punctul în care profilurile de risc generalizate să poată fi utilizate pentru a lua decizii de gestionare distinctă a fiecăruia în parte. Utilizarea acestui tip de evaluare a riscurilor va contribui la creșterea șanselor de a aplica tratamentul potrivit pentru pacientul potrivit la momentul potrivit.

Profilurile de risc

Administrarea corticosteroizilor la prima criză înseamnă în general un prognostic mai nefavorabil. Însă riscul crescut nu provine în întregime din faptul că medicamentele agravează prognosticul, ci se explică mai degrabă prin alegerea medicului de a utiliza astfel de medicamente puternice. Altfel spus, în opinia lui, boala este deja relativ gravă și necesită administrarea unor astfel de medicamente pentru a fi tratată. Când își formează această opinie, medicul tău se folosește de obicei de o serie de indicii clinice pe baza experienței sale, care îi spun că boala pacientului se află într-un stadiu avansat și că e mai probabil să ducă la complicații sau să necesite o intervenție chirurgicală.

Gradul de precizie cu care aceste indicii ajută la estimarea prognosticului pentru fiecare pacient a făcut obiectul multor cercetări. Se pare că utilizarea profilurilor de risc (constând într-o combinație de factori) oferă cea mai mare probabilitate în stabilirea prognosticului. Aceste profiluri de risc s-au bazat în mod tradițional pe diferiți factori tipici fiecărui pacient și pe unii factori specifici bolii, precum: vârsta la data diagnosticării inițiale, localizarea bolii, gravitatea primei crize și aspectul mucoasei intestinale în timpul colonoscopiei.

Toate aceste criterii funcționează destul de bine, dar mai sunt necesare și alte corelații suplimentare, pentru a ajuta pacienții și medicii să ia decizii cu privire la tratarea bolii. În consecință, recent s-a încercat includerea analizelor de sânge și a testelor genetice în profilurile de risc ale pacienților.

Prima criză

Nu există nicio îndoială că gravitatea primului atac al bolii inflamatorii intestinale indică în mod relevant care va fi cursul ulterior al bolii. Nu toate crizele vor fi în mod necesar la fel de grave ca prima, dar tot vor provoca simptome, vor necesita tratament și vor avea un impact semnificativ asupra vieții pacientului. Persoanele în cazul cărora primele atacuri sunt mai puțin grave tind să prezinte un risc mai mic de a face crize ulterioare, dar riscul totuși persistă chiar și câțiva ani după atacul inițial.

Frecvența crizelor

Atunci când pacientul are o criză, de obicei nu există niciun motiv anume, care să poată fi identificat, pentru care ea apare tocmai în acel moment în viața unei persoane. E firesc să se atribuie criza diferitelor evenimente ce ar fi putut avea loc în viața pacientului sau diferitelor alimente pe care le-a consumat. De exemplu, dacă suferi de boala Crohn și faci o criză, o poți pune pe seama faptului că ai mâncat multă mâncare proastă sau că ești foarte ocupat la locul de muncă, foarte stresat și nu te odihnești suficient.

Deoarece boala Crohn și colita ulcerativă variază în manifestările lor destul de mult de la o persoană la alta, este logic că și factorii ce cauzează crizele variază.

Identificarea acestor factori necesită o observare atentă de către pacient și medic, pentru a determina ce anume ar putea conduce la o criză. Depistarea unui factor ce-i declanșează unei persoane în mod constant crize îi oferă acesteia posibilitatea de a lua măsuri pentru a-și reduce riscurile, măsuri care nu implică neapărat administrarea unor medicamente. Cu toate acestea, în multe (dacă nu în cele mai multe) cazuri, un motiv specific sau un factor declanșator al unei crize nu poate fi identificat în mod clar. Chiar dacă cineva cu BII reușește să depisteze o cauză, nu există nicio garanție că evitarea acelui factor declanșator îi va permite neapărat pacientului să evite complet riscul de a avea o criză.

Gravitatea bolii

Unele persoane au simptome foarte ușoare, care nu interferează cu activitățile cotidiene, în timp ce altele sunt aproape incapabile să mai facă ceva, din cauza intensității simptomelor.

Riscurile primei crize

În general, pacienții cu episoade grave de BII, mai ales cei a căror boală e într-un stadiu atât de avansat încât necesită tratament cu steroizi cum este prednisona, vor avea o probabilitate de aproximativ 50% de a suferi o altă criză în termen de un an, odată ce administrarea medicamentelor cu steroizi va fi redusă și apoi întreruptă.

Riscul crescut de apariție a crizelor

E foarte dificil să atribuim atacurile unor evenimente specifice din viața pacientului sau anumitor alimente. Cercetătorii studiază această problemă de mulți ani și niciunul dintre factori – nici stresul, nici dieta și nici infecțiile – nu are ca rezultat cert o creștere a riscului de apariție a crizelor sau de agravare a bolii.

Amplourea bolii

Posibilitatea ca această boală să se extindă ori să se agraveze depinde, într-o oarecare măsură, de cât de mult din intestine este afectat. În general, atunci când zonele afectate de boală sunt mai ample – de exemplu, atunci când boala Crohn afectează segmente lungi atât ale intestinului subțire, cât și ale intestinului gros – e mult mai probabil ca boala să rămână activă ori să se agraveze.

Este dificil de prezis în ce categorie se va încadra cineva, atunci când i se pune acest diagnostic pentru prima dată.

Similar riscului de criză, șansele de a avea o formă mai agresivă sau mai gravă a bolii tind să fie cu atât mai mari cu cât debutul a fost mai puternic. Desigur, există și excepții. Spre exemplu, un pacient poate avea un atac intens la debutul bolii, dar odată ce a început tratamentul, boala să intre într-o perioadă prelungită de remisiune, timp în care persoana respectivă va avea foarte puține simptome sau niciunul. Un asemenea scenariu e mai frecvent la persoanele cu colită ulcerativă, decât la cele care au boala Crohn.

O boală a cărei formă este limitată – de exemplu, colita ulcerativă care afectează numai rectul – e foarte posibil să nu se extindă și să nu se agraveze. În acest caz, zona inflamației sau a bolii se va limita de obicei la rect și va rămâne stabilă mulți ani. Cu toate acestea, la aproximativ 10% până la 20% dintre pacienți, inflamația se va extinde, afectând o zonă mai vastă din colon, așadar starea pacientului se va agrava și simptomele se vor înrăutăți atunci când va apărea o criză.

Mi se poate ameliora starea de sănătate?

Gravitatea bolii Crohn și a colitei ulcerative poate fluctua semnificativ pe parcursul mai multor zile, săptămâni și chiar luni, fără vreun motiv clar. La fel cum o criză poate apărea la un pacient care a fost relativ stabil luni sau ani de zile, simptomele bolii se pot îmbunătăți în mod misterios fără nicio intervenție din partea medicului și fără o cauză evidentă. Persoanele cu forme ușoare își pot permite să riște și să aștepte ceva timp, pentru a vedea dacă situația lor se îmbunătățește fără tratament. Pe de altă parte, este improbabil ca o persoană cu o formă gravă a bolii să observe ameliorări fără niciun tratament.

Recuperarea spontană

Crizele ușoare de BII pot dispărea uneori fără niciun tratament suplimentar. Acest fenomen a fost clar demonstrat de studiile clinice în care pacienții cu BII au primit placebo (substanțe inactive) – ca mijloc de comparare a unui nou tratament

cu absența oricăruia. Interesant de remarcat, studiile au arătat că între 5% și 30% dintre pacienții tratați numai cu placebo au declarat că simt o ameliorare. Ameliorarea nu

Tratamentele de succes

Majoritatea pacienților care au colită ulcerativă sau boala Crohn și care se confruntă cu o criză necesită și solicită tratament. Pacienților li se oferă adesea sfaturi nutriționale, diete specifice fiind recomandate în anumite cazuri. Ei pot primi, de asemenea, sprijin psihologic pentru gestionarea simptomelor pe care le resimt. Deși BII nu se vindecă prin tratament medicamentos, există o serie de medicamente utile în reducerea inflamației, a simptomelor și chiar în determinarea unei remisiuni complete (în urma căreia pacientul scapă de toate simptomele). În unele cazuri, este necesară o intervenție chirurgicală, scopul acesteia fiind eliminarea sau reducerea simptomelor. Variantele de tratament care dau rezultate bune sunt prezentate în detaliu în Partea a II-a a acestei cărți.

era neapărat completă, astfel încât să ducă la remisiune, dar indica faptul că boala se poate ameliora fără medicamente.

S-au propus o serie de teorii pentru a explica această ameliorare spontană, dar nimeni nu știe cu certitudine ce factori se află în spatele ei. Ameliorările care apar fără administrarea de medicamente sau fără adăugarea unor medicamente noi s-ar putea datora modificărilor din dietă sau scăderii nivelului de stres; eventual, ar putea fi doar o fluctuație naturală (de la o zi la alta sau de la o săptămână la alta) a răspunsului imunitar al unui individ. Cercetătorii încearcă să stabilească de ce apar crizele în boala inflamatorie intestinală și cum apar ameliorările spontane. Aceste informații vor ajuta la găsirea unor noi modalități de prevenire a crizelor bolii și de tratare a BII.

Mai pot merge la școală?

Deoarece printre cei diagnosticați cu boala Crohn sau colită ulcerativă deseori se află copii de vârstă școlară și tineri adulți, aceste boli pot împiedica pacientul să beneficieze de educație.

Spune-le profesorilor tăi că ai BII și explică-le simptomele, astfel încât să înțeleagă că s-ar putea întâmpla să lipsești de la școală din cauza crizelor și a programărilor la medic.

Remisiunea

În studiile privitoare la boala Crohn și colita ulcerativă, s-a constatat că o parte dintre pacienții care nu primesc tratament simt oricum, în mod previzibil, o ameliorare a simptomelor și, ocazional, această ameliorare este completă (deși nu neapărat permanentă). O astfel de îmbunătățire spontană se observă mai frecvent la persoanele cu crize sau simptome ușoare. Așadar, simpla monitorizare a unui pacient cu o criză foarte ușoară este o abordare rezonabilă de tratament în unele cazuri.

CAPITOLUL 5

Strategiile nutriționale

de Julie Cepo (dietetician) și dr. A. Hillary Steinhart

Studiu de caz: Sabrina

Sabrina este o femeie activă în vârstă de 24 de ani, care a fost diagnosticată anul trecut cu boala Crohn. Lucrează în fiecare zi, dar încă mai găsește timp să participe la sporturile de echipă preferate și să se întâlnească cu prietenii pentru a lua masa și a merge la cinema. În ultima lună, Sabrina a simțit ocazional, după masă, crampe și dureri abdominale. Recent, când prietenul ei a dat o petrecere și a făcut grătar, ea a mâncat friptură, cartofi copti și un știulete de porumb, dar la scurt timp după aceea a trebuit să plece acasă inopinat, din cauza simptomelor pe care le avea: balonare, crampe și dureri.

Cum acest lucru nu i se mai întâmplase niciodată când mâncase în oraș, Sabrina a decis să afle ce putea face pentru a-și îmbunătăți starea. Așadar, a căutat pe internet informații despre orice legătură dintre dietă și boala Crohn, în special despre alimentele care i-ar putea declanșa astfel de crize. Prietenii și familia i-au oferit o mulțime de sfaturi despre ce alimente ar trebui să evite. Sabrina a încercat să elimine toate legumele și multe dintre fructe. Din precauție, a renunțat să mai consume carne roșie și produse lactate. În consecință, a început să slăbească în mod accelerat.

Se simțea mai bine când mânca mai puțin, prin urmare a renunțat să mai iasă la întâlniri cu prietenii, în special fiindcă nu-i plăceau întrebările privitoare la motivul pentru care se hrănea altfel decât înainte. Dar crampele și durerile au continuat să se manifeste în ciuda eforturilor depuse, așa că Sabrina a decis că era timpul să-i facă o vizită medicului pentru a-i cere ajutorul.

Echipa medicală pe care a consultat-o i-a oferit Sabrinei tratament medicamentos și i-a răspuns la întrebări. Ea a înțeles că alimentele nici nu provoacă și nici nu vindecă BII și a aflat că, atunci când consumă anumite alimente, precum porumbul și cartofii în coajă, simptomele ei se agravează, fiindcă aceste alimente se digeră greu. A fost sfătuită să urmeze o dietă cu un conținut scăzut de fibre și să-și reia treptat dieta obișnuită numai după ce criza avea să treacă și simptomele aveau să se amelioreze.

Sabrina își dădea seama că e sensibilă la anumite alimente din faptul că îi produceau gaze sau că nu le putea digera bine. Dar înțelegea că acest tip de sensibilitate alimentară era ceva obișnuit pentru mulți oameni, nu doar pentru cei care suferă de o boală inflamatorie intestinală.

Informațiile credibile

Nutriția este un subiect prioritar nu doar pentru persoanele care suferă de boala Crohn și colita ulcerativă, ci și pentru familiile și prietenii acestora. Poate că ai fost diagnosticată cu BII și te întrebi dacă dieta actuală este una adecvată.

Ori poate că soțul sau copilul tău a fost diagnosticat și ai îndoieli că alimentele pe care le cumperi în mod obișnuit de la magazinul alimentar pot face parte în continuare din dieta familiei tale. Sau poate că trăiești cu BII de mult timp, dar încă îți este teamă să încerci alimente noi. Cum să afli răspunsuri la întrebările tale și, în același timp, să te simți încrezătoare că informațiile pe care le găsești sunt de încredere?

Nutriția joacă un rol important în gestionarea BII, prin stabilizarea sănătății generale în perioadele de acutizare a bolii, dar și în perioadele de remisiune. De asemenea, regimul alimentar poate ajuta la reducerea simptomelor în timpul crizelor. Dieta unei persoane afectează procese fiziologice importante, cum ar fi imunitatea și vindecarea plăgilor. Ca urmare, poate contribui la prevenirea complicațiilor pe termen lung. Dieta contribuie, de asemenea, la calitatea vieții. Consumul de alimente gustoase și sănătoase ar trebui să fie obiectivul tău dietetic, chiar dacă ai simptome de BII. Deși o alimentație adecvată nu vindecă BII și chiar dacă terapia nutrițională nu controlează întotdeauna crizele generate de boală, alimentația rămâne importantă pentru menținerea sănătății și gestionarea simptomelor.

Studiile privind dieta

Dieta a fost studiată ca o posibilă cauză a bolii Crohn și a colitei ulcerative, dar și ca un posibil tratament pentru aceste afecțiuni. Deși niciun factor nutrițional nu a fost identificat ca fiind o cauză a BII, există diverse variabile care ar putea juca un rol în creșterea riscului de a face boala sau de a o acutiza la o persoană care suferă deja de această afecțiune. Astfel de factori nu au fost identificați și nu s-a dovedit că există o dietă care să vindecă BII. Însă anumite alimente specifice au fost identificate ca fiind de evitat în încercarea de a gestiona anumite simptome.

Întrebare

Unde pot găsi sfaturi bune?

Răspuns

Medicul tău de familie sau specialistul gastroenterolog te poate îndruma către un dietetician autorizat (DA) care să-ți ofere sfaturi dietetice specifice de gestionare a simptomelor. Dieticienii autorizați sunt specialiști în nutriție și în știința alimentelor, care au absolvit un ciclu de învățământ universitar, precum și un program de stagiatură acreditat la nivel național. Titlul de „dietetician autorizat” este protejat în Canada în conformitate cu actele reglementate ale profesioniștilor din domeniul sănătății, în timp ce titlul de „nutriționist” nu necesită calificări minime în Canada. În Statele Unite, se aplică restricții similare privind utilizarea titlului de „dietetician autorizat”.





Acest lucru înseamnă că un dietetician este responsabil în fața publicului pentru furnizarea de informații autentice și sigure. Dieteticienii sunt profesioniști calificați să examineze și să evalueze starea nutrițională a pacienților și să ofere sfaturi pentru prevenirea și tratarea bolilor. Dieteticienii lucrează în domeniul sănătății, în industria alimentară, în cercetarea științifică și în organismele guvernamentale. Caută, așadar, inițialele din spatele numelui profesionistului: DA („dietetician autorizat”), DNA („dietetician și nutriționist autorizat”).

Întrebare

BII a fost cauzată de ceva ce am mâncat?

Răspuns

Dacă medicii sau dieteticienii ar ști ce alimente, ingrediente, aditivi, proteine și conservanți sau agenți contaminanți contribuie la apariția BII, ei ar fi primii care să avertizeze persoanele predispuse la aceste boli, în scopul de a le evita. Totuși, a începe să eviți alimentele fără dovezi științifice privind cauza reală a acestor boli este o practică riscantă, deoarece îți afectează alimentația, îți restricționează opțiunile și poate avea consecințe grave asupra sănătății, ca urmare a limitării necorespunzătoare a nutrienților. Un sfat nutrițional bine fundamentat te va ajuta să ai o stare de sănătate mai bună și să previi speranțele false, fără a-ți întârzia aplicarea strategiilor eficiente.

Declarație de responsabilitate

Acest capitol conține trimiteri la unele produse care probabil nu sunt disponibile pretutindeni. Scopul informațiilor oferite este să fie utile. Cu toate acestea, nu există nicio garanție cu privire la rezultatele derivate din recomandările oferite. Folosirea unor denumiri de marcă are doar scop informativ și nu implică susținerea acestora.

Dieta potrivită

Mulți oameni aud că o dietă sau alta ajută la ameliorarea bolii lor inflamatorii intestinale. Dobândirea unui sentiment de control prin înlocuirea alimentelor pe care le consumi sau a modului în care le gătești pare atrăgătoare, atunci când ai o boală imprevizibilă. În unele cazuri, ți se spune că o anumită dietă previne recidiva bolii sau chiar vindecă BII. Despre alte diete ți se spune că influențează sistemul imunitar în mod pozitiv, că îmbunătățesc sănătatea sistemului digestiv și reduc inflamația. Cu toate acestea, doar pentru că citești undeva aceste informații, nu înseamnă că ele sunt adevărate sau dovedite științific.

Uneori, dietele sunt elaborate într-un mod care nu s-a dovedit eficient sau care nici măcar nu are vreo noimă din punct de vedere fiziologic. E dificil să deosebești mitul de știință. Un autor convingător sau o anecdotă memorabilă despre o persoană a cărei BII a răspuns doar la dieta