



MINISTÉRIO DA SAÚDE
SECRETARIA DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA À SAÚDE
SECRETARIA DE CIÊNCIA, TECNOLOGIA, INOVAÇÃO E INSUMOS
ESTRATÉGICOS EM SAÚDE

PORTARIA CONJUNTA Nº 6, DE 26 DE MARÇO DE 2020.

Aprova o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Retocolite Ulcerativa.

O SECRETÁRIO DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA À SAÚDE e o SECRETÁRIO DE CIÊNCIA, TECNOLOGIA, INOVAÇÃO E INSUMOS ESTRATÉGICOS EM SAÚDE, no uso de suas atribuições,

Considerando a necessidade de se atualizarem parâmetros sobre a Retocolite Ulcerativa no Brasil e diretrizes nacionais para diagnóstico, tratamento e acompanhamento dos indivíduos com esta doença;

Considerando que os Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas são resultado de consenso técnico-científico e são formulados dentro de rigorosos parâmetros de qualidade e precisão de indicação;

Considerando o Registro de Deliberação nº 505/2020 e o Relatório de Recomendação nº 514 - Fevereiro de 2020 da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (CONITEC), a atualização da busca e avaliação da literatura; e

Considerando a avaliação técnica do Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias e Inovação em Saúde (DGITIS/SCTIE/MS), do Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos (DAF/SCTIE/MS) e do Departamento de Atenção Especializada e Temática (DAET/SAES/MS), resolvem:

Art. 1º Fica aprovado o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas - Retocolite Ulcerativa.

Parágrafo único. O Protocolo objeto deste artigo, que contém o conceito geral da Retocolite Ulcerativa, critérios de diagnóstico, critérios de inclusão e de exclusão, tratamento e mecanismos de regulação, controle e avaliação, disponível no sítio <http://portalms.saude.gov.br/protocolos-e-diretrizes>, é de caráter nacional e deve ser utilizado pelas Secretarias de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios na regulação do acesso assistencial, autorização, registro e ressarcimento dos procedimentos correspondentes.

Art. 2º É obrigatória a cientificação do paciente, ou de seu responsável legal, dos potenciais riscos e efeitos colaterais relacionados ao uso de procedimento ou medicamento preconizados para o tratamento da Retocolite Ulcerativa.

Art. 3º Os gestores estaduais, distrital e municipais do SUS, conforme a sua competência e pactuações, deverão estruturar a rede assistencial, definir os serviços referenciais e estabelecer os fluxos para o atendimento dos indivíduos com essa doença em

todas as etapas descritas no anexo a esta Portaria, disponível no sítio citado no parágrafo único do art. 1º.

Art. 4º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 5º Fica revogada a Portaria nº 861/SAS/MS, de 4 de novembro de 2002, publicada no Diário Oficial da União nº 214, de 5 de novembro de 2002, seção 1, página 87.

FRANCISCO DE ASSIS FIGUEIREDO

DENIZAR VIANNA

ANEXO

PROTOCOLO CLÍNICO E DIRETRIZES TERAPÊUTICAS

RETOCOLITE ULCERATIVA

1. INTRODUÇÃO

A Retocolite Ulcerativa (RCU) é uma doença inflamatória intestinal crônica caracterizada por episódios recorrentes de inflamação que acomete predominantemente a camada mucosa do cólon¹. A doença usualmente afeta o reto e também variáveis porções proximais do cólon, em geral de forma contínua, ou seja, sem áreas de mucosa normais entre as porções afetadas².

Muitos pacientes permanecem em remissão clínica da doença por longos períodos, mas a probabilidade de ausência de recidiva por dois anos é de apenas 20%. As recidivas geralmente ocorrem na mesma região do cólon afetada em outros períodos de agudização². Entretanto, cerca de 20% a 50% dos pacientes pode apresentar extensão proximal da doença ao longo do seguimento³.

A doença pode iniciar-se em qualquer idade. O pico de incidência parece ocorrer dos 20 aos 40 anos e muitos estudos mostram um segundo pico de incidência nos idosos¹. Dados de um estudo transversal da Bahia descreveram média de 39,4 anos ao diagnóstico⁴. A maioria dos estudos evidencia discreto predomínio no sexo masculino⁵, embora alguns estudos recentes tenham demonstrado o contrário^{4,6-8}.

A América Latina como um todo é considerada uma região de baixa prevalência da doença quando comparada com países como os Estados Unidos, do Reino Unido e a Austrália¹. Inexistem dados nacionais de prevalência ou incidência. Uma estimativa é sugerida em estudo populacional no estado de São Paulo, o qual identificou incidência de 3,8 a 6,7 por 100.000 habitantes/ano nas duas últimas décadas⁹.

O sintoma principal da RCU é a diarreia com sangue¹⁰. Cerca de 90% dos pacientes apresentam hematoquezia (hemorragia retal) na apresentação¹¹. Sintomas associados, como dor abdominal em cólica, tenesmo (sensação de defecação incompleta), urgência evacuatória e exsudato mucopurulento nas fezes, podem acompanhar o quadro. Os casos mais graves são acompanhados de sintomas sistêmicos como febre, anemia e emagrecimento. Os sintomas tendem a variar conforme a extensão da doença, evidenciando-se manifestações locais nos pacientes com proctite, enquanto pacientes com colite extensa apresentam usualmente febre, emagrecimento, perda sanguínea significativa e dor abdominal. Em até 10% dos casos, a apresentação ocorre com manifestações extraintestinais (MEI)^{11,12}.

As MEI ocorrem entre 10% a 35% dos pacientes e podem cursar com acometimento articular, cutâneo, hepatobiliar, oftalmológicas e hematológicas e influenciar no metabolismo ósseo^{13,14}. Elas podem ou não estar relacionadas com a atividade inflamatória intestinal e em alguns casos apresentam sintomas mais graves do que os intestinais¹⁴. Aqueles doentes com diagnóstico de colangite esclerosante primária e RCU apresentam comportamento diferente dos demais, com maior risco de doença intestinal mais extensa e de câncer colorretal¹⁵.

A doença pode ser estadiada, com base na Classificação de Montreal e conforme maior extensão de acometimento macroscópico à colonoscopia, como tendo: **1)** proctite ou retite: com doença limitada ao reto; **2)** colite esquerda: quando afeta o cólon distalmente à flexura esplênica; e **3)** pancolite: acometimento de porções proximais à flexura esplênica³.

A gravidade da doença é mais bem avaliada pela intensidade dos sintomas e pode ser classificada pelos critérios estabelecidos por Truelove e Witts¹⁶, úteis na definição terapêutica.

As agudizações são classificadas em três categorias:

- leve: menos de 3 evacuações por dia, com ou sem sangue, sem comprometimento sistêmico e com velocidade de sedimentação globular normal;
- moderada: mais de 4 evacuações por dia com mínimo comprometimento sistêmico; e
- grave: mais de 6 evacuações por dia com sangue e com evidência de comprometimentos sistêmicos, tais como febre, taquicardia, anemia e velocidade de sedimentação globular acima de 30. Casos com suspeita de megacólon tóxico também devem ser considerados graves.

Sendo assim o objetivo principal do tratamento é atingir remissão clínica livre de corticoide e, posteriormente, manter a remissão em longo prazo, evitando recidivas. O tratamento preconizado neste Protocolo está dividido em fases de indução de remissão e de manutenção da remissão, e a conduta terapêutica estabelecida em termos de extensão da doença e gravidade da agudização, em conformidade com os principais consensos mundiais^{17,18}.

A identificação da doença em seu estágio inicial e o encaminhamento ágil e adequado para o atendimento especializado dão à Atenção Básica um caráter essencial para um melhor resultado terapêutico e prognóstico dos casos.

Este Protocolo visa a estabelecer os critérios diagnósticos e terapêuticos da Retocolite Ulcerativa. A metodologia de busca e avaliação das evidências estão detalhadas no **Apêndice 1**.

2. CLASSIFICAÇÃO ESTATÍSTICA INTERNACIONAL DE DOENÇAS E PROBLEMAS RELACIONADOS À SAÚDE (CID-10)

- K51.0 Enterocolite ulcerativa
- K51.2 Proctite ulcerativa
- K51.3 Retossigmoidite ulcerativa
- K51.5 Colite esquerda
- K51.8 Outras colites ulcerativas

3. DIAGNÓSTICO

A dosagem sanguínea de proteína C reativa (PCR) e a medida da velocidade de hemossedimentação (VHS ou VSG) auxiliam na avaliação diagnóstica, mas podem não estar alteradas na doença distal (retite)³, e, portanto, não são preconizadas neste Protocolo como meios de confirmação diagnóstica de RCU.

O diagnóstico é estabelecido pela história clínica, exame físico, exames laboratoriais, exame endoscópico e achados histopatológicos. Os exames endoscópicos (colonoscopia ou retossigmoidoscopia) são parte fundamental do diagnóstico e para classificação da doença.

O achado colonoscópico mais típico é o acometimento da mucosa desde a margem anal, estendendo-se proximalmente de uma forma contínua e simétrica, com clara demarcação entre mucosas inflamada e normal¹¹. Inicialmente a mucosa inflamada apresenta-se com diminuição ou perda da trama vascular submucosa mais eritema e edema. Com a progressão da doença, a mucosa torna-se granular, friável, recoberta por exsudato mucopurulento e, nos casos mais graves, visualizam-se úlceras. Pacientes com RCU de longa duração podem apresentar perda das haustrações, pseudopólipos inflamatórios e encurtamento do cólon¹. Há ainda descrição de acometimento periapendicular em alguns pacientes com doença distal. Esse achado não parece influenciar no índice de remissão, de recidivas ou de progressão proximal^{19,20}.

A avaliação histopatológica no diagnóstico da RCU baseia-se no achado de distorção arquitetural difusa de criptas e infiltrado inflamatório transmucoso com plasmocitose basal, eventualmente associado a componente de atividade evidenciado por criptites e abscessos crípticos. Depleção de mucina é menos específica, mas auxilia no diagnóstico²¹. Mesmo na presença de achados típicos, os aspectos histopatológicos devem ser avaliados em conjunto com os demais aspectos com vistas ao diagnóstico correto¹.

4. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Serão incluídos neste Protocolo os pacientes com diagnóstico comprovado por exame endoscópico (colonoscopia ou retossigmoidoscopia) e alterações histopatológicas sugestivas de RCU, em uma das situações abaixo:

- com doença intestinal ativa (independente da extensão) ou
- em remissão clínica (pacientes com diagnóstico prévio e em tratamento, mesmo na ausência de sintomas ou alterações ao exame endoscópico atual).

5. CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Serão excluídos os pacientes com outras doenças inflamatórias intestinais ou com contraindicação ao uso do respectivo medicamento preconizado neste Protocolo.

6. CASOS ESPECIAIS

6.1. Pacientes pediátricos

Deve-se evitar o uso prolongado de corticoides, devendo-se sempre tentar o seu emprego em dias alternados para minimizar o retardo de crescimento induzido por esses medicamentos. Levando-se em conta essas ressalvas e o ajuste das doses pelo peso, o tratamento deve seguir os mesmos princípios do tratamento dos adultos. As doses máximas são as mesmas para adultos em cada situação clínica:²²:

- sulfassalazina: 50-75 mg/kg por dia, divididos em 2 a 4 administrações;
- mesalazina: 30-50 mg/kg por dia, divididos em 2 a 3 administrações;
- prednisona: 1-2 mg/kg por dia (dose inicial) divididos em 1 ou 2 administrações;
- azatioprina: 2-2,5 mg/kg por dia, dose única diária;
- ciclosporina: 4-6 mg/dia, infusão contínua ou em 2 administrações diárias;
- infliximabe: 5 mg/kg, indução nas semanas 0, 2 e 6 e manutenção a cada 8 semanas.

O uso de infliximabe na população pediátrica foi testado em estudo clínico randomizado (ECR) e é sugerido como primeira escolha para pacientes com doença refratária

a corticoide e sem resposta à azatioprina^{23,24}. O infliximabe é aprovado no Brasil pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) para uso a partir dos 6 anos de idade. Conforme consta em bula, a segurança e a eficácia do vedolizumabe não foram estabelecidas em pacientes com idade de 0 a 17 anos²⁵. Logo, o infliximabe não é preconizado para pacientes menores de 6 anos e o vedolizumabe não é preconizado para menores de 18 anos.

6.2. Mulheres grávidas e nutrizes

A sulfassalazina interfere com o metabolismo normal do ácido fólico, que deve ser suplementado no período pré-concepção. A taxa de malformações congênitas com seu uso é quase igual à da população em geral^{26,27}. É segura durante os dois primeiros trimestres da gestação e na amamentação. No último trimestre, seu uso pode aumentar o risco de *kernicterus*²⁸.

A mesalazina é considerada segura durante a gestação²⁷⁻²⁹. A troca de sulfassalazina por mesalazina pode ser alternativa em pacientes que desejam engravidar. Tanto a sulfassalazina quanto a mesalazina possuem baixo risco durante a amamentação²⁷.

A ciclosporina é segura na gravidez, conforme descrito em meta-análise que incluiu 410 gestantes^{27,30}. Entretanto, seu uso não é recomendado durante a amamentação, pois, em dose terapêutica, este medicamento foi identificado em crianças lactentes de mães expostas à ciclosporina²⁷.

Os corticosteroides podem ser usados durante a gestação para controle de doença ativa, preferindo-se aqueles mais metabolizados pela placenta, como a prednisona²⁷. Baixos níveis são detectados no leite materno, sendo preconizado adiar a amamentação por 4 horas após a tomada do medicamento²⁷.

O uso da azatioprina parece seguro na gravidez. Conforme meta-análise recente, não há diferença de desfechos com seu uso. Entretanto, outra meta-análise sugere maior risco de parto prematuro. Seu uso deve ser considerado o risco e os benefícios, tendo em vista o risco de reativação da doença na gravidez, que está associada a piores desfechos²⁷. É possível a manutenção do medicamento na maioria dos casos. O uso de azatioprina apresenta baixo risco durante a amamentação²⁷.

O infliximabe teve sua segurança na gestação avaliada em uma meta-análise e duas revisões sistemáticas de estudos observacionais, os quais não identificaram aumento na incidência de desfechos gestacionais desfavoráveis^{27,31,32}. Devido à detecção de infliximabe

no feto até os 6 meses de vida, especialistas sugerem a suspensão dos anti-TNF na 24^a – 26^a semana de gestação, quando possível, levando em consideração a gravidade da doença²⁷. A vacinação contra a tuberculose no neonato exposto ao anti-TNF durante a gestação deve ser postergada, devendo ocorrer após os 6 meses, pelo risco de tuberculose disseminada.

O vedolizumabe não é preconizado durante a gestação e puerpério, considerando o escasso corpo de evidência e a limitada experiência de uso deste fármaco^{27,33}.

6.3. Pacientes com manifestações extra-intestinais (MEI) significativas

As manifestações articulares são as MEI mais comuns, ocorrendo em até 20% dos pacientes com RCU. Deve-se fazer o diagnóstico diferencial com outras causas de artrite e artralguas. As manifestações articulares dividem-se em axial (tipo I) e periférica (tipo II)³.

As manifestações articulares do tipo I caracterizam-se por ser pauciarticulares (menos de 5 articulações), acometer grandes articulações de forma assimétrica, e normalmente acompanham a agudização da RCU e respondem ao tratamento da doença intestinal. Pode-se utilizar sulfassalazina para tratamento sintomático da artralgia/artrite³.

As manifestações articulares do tipo II são caracterizadas por acometer pequenas articulações (mais de 5), periféricas, simetricamente, e têm seu curso independente da doença de base. O tratamento dessas manifestações pode necessitar o uso de anti-inflamatórios não esteroidais (AINE) ou corticoide sistêmico para o controle sintomático por curto prazo³. Entretanto, o uso de AINE deve ser evitado pelo risco de reativação da RCU. Casos refratários devem ser encaminhados para serviço especializado no tratamento de RCU, com reumatologista.

Pacientes com pioderma gangrenoso, fosfatase alcalina elevada, icterícia, qualquer outro sinal de colestase ou com suspeita de colangite esclerosante primária associada devem ser encaminhados para serviço especializado no tratamento da RCU.

7. TRATAMENTO

O tratamento da RCU consiste de aminossalicilatos orais e por via retal, corticoides, imunossupressores e medicamentos biológicos, e é feito de maneira a tratar a fase aguda e, após, manter a remissão clínica, sendo o seu maior objetivo atingir a remissão livre de corticoide². Sabe-se que aqueles pacientes que atingem a cicatrização da mucosa (CM),

definida na maioria dos estudos como sub-escore endoscópico de Mayo³⁴ igual a 0 ou 1 (mucosa normal ou eritema, redução da trama vascular, friabilidade leve), apresentam melhores desfechos a longo prazo, como menor risco de colectomia e melhor evolução da doença, conforme achados de estudos de coorte e meta-análise de estudos prospectivos³⁵⁻³⁹.

O tratamento das agudizações leves a moderadas é feito basicamente com aminossalicilatos, orais e tópicos, e com corticoides. Entre os aminossalicilatos (sulfassalazina e mesalazinas), não há diferença estatística quanto à eficácia nesse grupo de pacientes. A terapia tópica, com supositórios de mesalazina para a proctite e com enema de mesalazina para a colite esquerda, foi reavaliada em meta-análises que mostraram que a terapia tópica é superior ao placebo na doença distal, tanto na indução quanto na manutenção^{40,41}. Nos casos de pacientes com colite esquerda, o tratamento tópico associado ao por via oral é superior a qualquer um deles isolados^{17,42}.

Os pacientes refratários aos aminossalicilatos ou aqueles com doença moderada podem, alternativamente, usar prednisona^{17,43}. É preconizado o tratamento empírico de *Strongyloides* antes do início do tratamento com prednisona. Os pacientes que não respondem completamente, que não conseguem reduzir a dose da prednisona sem recorrência da doença ou que necessitam de mais de três cursos de prednisona no ano, caracterizando-se como resistentes ou dependentes de corticoide, podem beneficiar-se do uso de azatioprina¹⁷.

Pacientes com doença ativa classificada como moderada a grave devem ser tratados inicialmente com aminossalicilato e corticoide. Aqueles que não respondem completamente ao corticoide ou que não conseguem reduzir a dose da prednisona sem recorrência da doença podem beneficiar-se do uso de azatioprina¹⁷. Os pacientes que apresentam falha terapêutica ao uso de azatioprina, sem critério para colite aguda grave e com indicação de internação devem ser tratados com infliximabe.

Aqueles pacientes com doença grave com sinais de comprometimento sistêmico (febre, taquicardia, anemia) devem ser tratados em ambiente hospitalar por equipe clínico-cirúrgica treinada e devem utilizar corticoide intravenoso inicialmente^{1,16,44}. Os que tiverem piora e não melhorarem em poucos dias devem ser considerados para colectomia de urgência ou para o uso de ciclosporina intravenosa em serviço com experiência no seu emprego. Nos pacientes com colite aguda grave em uso de azatioprina ou com insuficiência renal, pode-se utilizar indução com infliximabe⁴⁴⁻⁴⁶.

Pacientes com um episódio único de proctite não necessitam de terapia de manutenção. Nos demais casos, após a melhora da fase aguda, deve ser iniciada a prevenção

de recorrências da doença. Os pacientes com proctite e colite esquerda podem ser mantidos em remissão com supositórios de mesalazina e enema de mesalazina, respectivamente⁴⁷.

Os pacientes que atingiram remissão com aminossalicilato ou terapia com imunobiológico devem passar para a terapia de manutenção com o mesmo medicamento utilizados na indução.

Inexistem evidências conclusivas de que o uso de adesivos de nicotina possa ser útil no tratamento desta doença⁴⁸. Também não há evidência para o tratamento da RCU com probiótico⁴⁹, metotrexato^{50,51}, heparina não fracionada e óleo de peixe (Omega-3)⁵².

7.1. Tratamento de indução

7.1.1. Proctite (retite)

Pacientes com proctite leve a moderada devem ser tratados com um supositório de mesalazina 1 g por dia durante a fase aguda^{17,40}. O tratamento tópico nesses pacientes deve ser priorizado, pois garante maiores concentrações locais do medicamento e menos efeitos adversos.

A mesalazina tópica é superior ao placebo tanto para induzir remissão clínica quanto endoscópica⁴⁰.

Nos pacientes com doença moderada, pode ser necessário associar-se a terapia por via oral com sulfassalazina ou mesalazina, conforme utilizado para colite esquerda, como descrito em 7.1.2. Colite esquerda leve a moderada.

Os pacientes intolerantes, que não aderem à terapia por via retal ou refratários ao tratamento com aminossalicilatos, podem, alternativamente, ser tratados como preconizado para a pancolite. Obtida a remissão dos sintomas, os pacientes deverão ser orientados de acordo com o item 7.2 Manutenção da remissão clínica.

7.1.2. Colite esquerda leve a moderada

Pacientes com colite esquerda devem ser tratados com enemas de mesalazina de 1 ou 3 g/dia associados à mesalazina por via oral (VO) na dose de 2,4 a 4,8 g ao dia ou sulfassalazina na dose 2 a 4g ao dia. O tratamento tópico associado ao por via oral é superior a qualquer um deles isolados nesse grupo de pacientes^{17,42}. Casos moderados podem se beneficiar das doses diárias maiores do medicamento pela via oral (mesalazina 4,8 g ou sulfassalazina 4 g)⁵³.

Enemas de corticoide também são superiores ao placebo na doença leve a moderada, embora sejam menos eficazes que a terapia tópica com mesalazina⁵⁴.

Os pacientes intolerantes, que não aderem à terapia por via retal ou refratários ao tratamento com aminossalicilatos, podem, alternativamente, ser tratados como preconizado para a pancolite.

Nos casos moderados, conforme a classificação de Truelove e Witts¹⁶, deve-se utilizar curso de prednisona, com redução gradual da dose até sua suspensão (ver em 7.4 Esquemas de administração).

Obtida a remissão dos sintomas, os pacientes deverão ser orientados de acordo com o item 7.2 Manutenção da remissão clínica.

7.1.3. Pancolite leve a moderada

Inicia-se com sulfassalazina ou mesalazina por via oral, conforme o respectivo esquema de administração (ver em 7.4 Esquemas de administração). Tendo em vista não haver diferença estatística quanto à eficácia entre sulfassalazina e mesalazina nesse grupo de paciente, qualquer destes dois é escolha válida para o medicamento inicial.

Meta-análises dos ensaios clínicos que usaram mesalazina na Retocolite Ulcerativa em atividade mostraram igual eficácia da sulfassalazina e da mesalazina e superioridade de ambas em relação ao placebo (ver a Tabela A do **Apêndice 1**) na indução de remissão clínica e endoscópica^{53,54}. Uma meta-análise da Cochrane, de 2016, identificou superioridade da sulfassalazina sobre a mesalazina na análise global da manutenção da remissão, entretanto, quando analisados estudos com desfecho de 12 meses ou excluídos estudos com olsalazina (indisponível o Brasil), não se evidenciou diferença estatística entre aqueles dois medicamentos (55). Consideram-se, assim, ambos os medicamentos igualmente eficazes, porém dando-se preferência à sulfassalazina em função do seu baixo custo, mas sem desconsiderar o risco de infertilidade masculina associada a esse fármaco, inexistente com a mesalazina.

Inexiste evidência de superioridade do uso de formulações de liberação lenta da mesalazina, que permitiriam o seu uso em dose única, não sendo essa apresentação, portanto, incluída neste Protocolo⁵⁵.

Os pacientes que desenvolverem reações ao uso de sulfassalazina, como reações alérgicas, discrasias sanguíneas, hepatite, pancreatite, dor abdominal de forte intensidade ou algum outro efeito adverso grave a esse uso, devem utilizar mesalazina. Após melhora, as doses devem ser reduzidas: sulfassalazina, reduzir para 1 g de 12 em 12 h; mesalazina, reduzir

para 2 g ou 2,4 g ao dia¹⁸ (20). Em caso de falha de indução com sulfassalazina ou mesalazina, não há benefício da troca entre elas. Neste casos, preconiza-se o uso de corticoide¹⁸.

Nos casos moderados, alternativamente, pode ser usada prednisona na dose de 40-60 mg (0,75-1 mg/kg/dia não excedendo a dose máxima diária de 60mg), por via oral, com redução gradual da dose (ver item 7.4 Esquemas de administração)^{43,44,56}. Em casos que responderem apenas parcialmente à prednisona, ou em que não se consiga reduzir a dose do corticoide sem recaídas da doença, deve-se iniciar o uso de azatioprina 2-2,5 mg/kg/dia⁵⁷⁻⁵⁹. Casos refratários a este medicamento devem ser tratados como doença grave.

7.1.4. Retocolite moderada a grave

Os pacientes com quadro moderado a grave devem ser tratados inicialmente com corticoide por via oral e aminossalicilato. Deve-se iniciar imunossupressor naqueles com dependência de corticoide.

Naqueles casos de falha do imunossupressor, caracterizada por dependência de corticoide apesar de dose adequada de azatioprina por um tempo mínimo de 12 semanas, deve ser considerado o uso de terapia imunobiológica com anti-TNF alfa (infliximabe) ou anti-integrina (vedolizumabe).

A Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (CONITEC) recomendou a incorporação do infliximabe e do vedolizumabe para tratamento da colite ulcerativa moderada a grave, limitado ao custo do tratamento com infliximabe^{33,60}.

O infliximabe (IFX), um anti-TNF alfa, mostrou-se superior ao placebo na indução de remissão nos casos de RCU moderada a grave, refratários ou intolerantes aos demais medicamentos (ver a Tabela C do **Apêndice 1**), com NNT=5^{37,61} e com redução no risco de colectomia⁶² e hospitalização^{63,64}. Um ensaio clínico randomizado (ECR) demonstrou maior taxa de remissão livre de corticoide na 16ª semana com terapia combinada de infliximabe com azatioprina, em paciente sem uso prévio de terapia biológica ou imunossupressor, quando comparada ao infliximabe ou azatioprina isolados (39,7%, 22,1% 22,7%, respectivamente p=0,02)⁶⁵. Uma meta-análise subsequente sustenta esses melhores resultados com a associação de infliximabe com imunossupressor, quando comparado com terapia somente com infliximabe⁶⁶. Um estudo observacional prospectivo e não cegado, com pacientes com RCU moderada a grave dependentes de corticoide, demonstrou taxa de remissão clínica sustentada sem corticoide em 6 meses e 12 meses com uso infliximabe de 53,1% e 46,8%, respectivamente⁶⁷.

O vedolizumabe (VDZ), um imunobiológico anti-integrina $\alpha_4\beta_7$, foi registrado pela ANVISA para tratamento da RCU. Uma revisão sistemática do grupo Cochrane, de 2014, identificou 4 ECR controlados por placebo que avaliaram a eficácia de VDZ para indução e manutenção de remissão em RCU: 3 pequenos ECR de curta duração e 1 grande ECR com 52 semanas de seguimento^{68,69}. Inexistem estudos com comparação direta entre os biológicos em RCU moderada a grave. Meta-análises em rede que analisaram ECR com infliximabe, adalimumabe e vedolizumabe contra placebo identificaram que o infliximabe foi superior ao adalimumabe em todos os desfechos analisados na fase de indução, em pacientes não tratados com anti-TNF⁶⁹⁻⁷¹. Segundo meta-análises em rede com comparações indiretas, os infliximabe e vedolizumabe, para o tratamento de indução, se mostraram superiores ao adalimumabe na obtenção de resposta e remissão clínica^{72,73}. O ensaio clínico GEMINI 1 verificou, por análise de subgrupo, que O VDZ foi mais eficaz que placebo na indução de resposta e manutenção de remissão clínica em pacientes com história de falha a anti-TNF⁷⁴.

Conforme recomendação da CONITEC, de outubro de 2019³³, há uma população que não responde ao tratamento sem agentes imunobiológicos e que poderia se beneficiar do uso de um deles. Os medicamentos infliximabe (IFX) e vedolizumabe (VDZ) se apresentaram como candidatos potenciais para esta lacuna, desde que atendidos os requisitos de eficácia, segurança, custo-efetividade e impacto orçamentário para o SUS. Em relação à eficácia e segurança, o Plenário da CONITEC considerou válidas as evidências indiretas que mostraram superioridade de infliximabe e vedolizumabe frente aos outros biológicos, nos desfechos de saúde avaliados³³.

Assim, os IFX e VDZ estão indicados para o tratamento da RCU moderada a grave. O vedolizumabe não pode ser usado para tratamento de “colite aguda grave”, pois não existe ensaio clínico que tenha avaliado a sua segurança e eficácia no tratamento da colite aguda grave.

7.1.5. Colite aguda grave

Os pacientes com doença moderada a grave que não responderem às medidas preconizadas anteriormente descritas, da mesma forma que os pacientes com doença grave com comprometimento sistêmico, devem ser tratados em ambiente hospitalar com hidrocortisona 100 mg IV de 6 em 6 h por 7 a 10 dias. Esses pacientes devem receber hidratação intravenosa, ter pesquisa fecal de toxina para *Clostridium*, evitar o uso de narcótico ou de medicamento com efeito anticolinérgico e receber profilaxia para tromboembolismo venoso. Retossigmoidoscopia, sem preparo de cólon, pode ser

considerada em casos selecionados para confirmar o diagnóstico e descartar, pela análise histopatológica, colite por citomegalovírus¹⁷.

Preconiza-se a avaliação precoce e acompanhamento por equipe cirúrgica pelo risco de necessidade de colectomia em qualquer momento da evolução.

Havendo melhora, a hidrocortisona deve ser substituída pela prednisona, sendo então seguido o tratamento preconizado para pancolite moderada a grave.

A resposta à terapia com corticoide intravenoso deve ser avaliada, sobretudo no terceiro dia, conforme critério de Oxford⁷⁵. Pacientes que no terceiro dia apresentam mais de 8 evacuações ao dia e PCR > 45 mg/dL apresentam 85% de risco de evoluírem para a necessidade de colectomia. Radiografia simples de abdômen deve ser realizada no acompanhamento para identificar dilatação do cólon > 5,5 cm, que também se associa a maior chance de colectomia¹⁷.

Na ausência de resposta ao corticoide, preconiza-se o uso de ciclosporina endovenosa, como primeira escolha, em serviço com experiência nesse uso. A dose preconizada é 2 mg/kg/dia em infusão contínua durante 7 dias. Após resposta clínica, inicia-se ciclosporina VO, 5 mg/kg divididos em duas administrações ao dia e mantidos por 12 semanas (ver em 7.4 Esquemas de administração)⁷⁶. Deve-se fazer transição para o uso da azatioprina 2 a 2,5 mg/kg, com redução gradual do corticoide conforme descrito previamente. Caso o paciente fique com tripla imunossupressão (corticoide + ciclosporina + azatioprina), deve ser feita a profilaxia para *Pneumocitis jiroveci* com sulfametoxazol + trimetoprina 800mg + 160mg, 3 vezes por semana⁷⁶.

A ciclosporina é eficaz para atingir a melhora clínica em 43% dos pacientes com colite aguda grave refratária a corticoide, com taxa de colectomia de 26% e 34%, em 3 e 12 meses, respectivamente, conforme meta-análise recentes, não havendo diferença estatística quando comparada com infliximabe para esses desfechos^{77,78}. Esta meta-análise incluiu recente ensaio clínico, desenhado com objetivo de comparar eficácia da ciclosporina com infliximabe^{77,78}. A mesma meta-análise também avaliou estudos não randomizados que, quando avaliados conjuntamente, apresentaram resultado favorável ao infliximabe quanto à resposta clínica e colectomia em 12 meses⁷⁷. Um ensaio clínico mais recente, não incluído na meta-análise, também concluiu pela não inferioridade de infliximabe *versus* ciclosporina no tratamento da colite aguda grave⁷⁶. Entretanto, um estudo de vida real, publicado posteriormente a esta meta-análise, incluindo 740 pacientes, não identificou diferença estatística quando comparado a ciclosporina com o infliximabe. Identificou-se, ainda, mais ocorrência de eventos adversos graves no grupo do infliximabe (IFX 26% vs ciclosporina

15,4%)⁷⁹. Portanto, tanto a ciclosporina quanto o infliximabe são consideradas opções de para o tratamento da colite aguda grave em pacientes refratários a corticoide intravenoso.

Pacientes que já vinham em uso de azatioprina durante o episódio de colite aguda grave tendem a apresentar pior prognóstico com a ciclosporina¹⁷. Nesse grupo e nos pacientes com perda de função renal (pelo risco de toxicidade pela ciclosporina), preconiza-se o uso de infliximabe nas mesmas doses usuais para a indução da remissão clínica.

Inexiste evidência suficiente para se indicar o uso de terapia sequencial (uso de infliximabe após falha da ciclosporina ou de ciclosporina após falha do infliximabe). Nesses casos, a colectomia deve ser indicada^{17,80,81}.

A colectomia deve ser considerada como alternativa em todos os pacientes, sendo avaliada caso a caso. O procedimento cirúrgico mais indicado nos casos graves é a colectomia subtotal com confecção de ileostomia e programação de reconstrução de trânsito intestinal (com ou sem bolsa ileal) após a recuperação do quadro agudo.

7.2. Manutenção da remissão clínica

Pacientes que tenham tido um episódio único de proctite não necessitam de terapia de manutenção. Os demais casos devem manter a terapia por via oral, com o medicamento utilizado na indução, sulfassalazina ou mesalazina^{1,44}.

Para pacientes que tiverem mais de duas agudizações em um ano ou que não consigam reduzir a dose de corticoide sem nova recidiva pode-se iniciar a azatioprina 2,0 a 2,5 mg/kg/dia.

Em pacientes com proctite, alternativamente aos aminossalicilatos por via oral, pode ser feita terapia de manutenção com um supositório de mesalazina 250 mg a 1 g, 3 vezes por semana^{44,47,82,83}. Pacientes que tiverem agudização em uso de supositórios 3 vezes por semana devem passar a usá-los diariamente⁸³.

Paciente que receberam indução com ciclosporina intravenosa devem fazer uso de período de transição de 12 semanas de ciclosporina VO e manutenção em longo prazo com azatioprina, conforme descrito em 7.1.5 Colite aguda grave^{17,76}. Nos casos em que a remissão clínica foi alcançada com a azatioprina (com ou sem uso de corticoide na fase de indução), seu uso deve ser mantido por tempo indeterminado.

Há poucos dados na literatura sobre suspensão de imunossupressor em paciente com retocolite em remissão. Uma revisão sistemática recente que avaliou risco de recorrência da doença após suspensão de imunossupressor identificou apenas um ECR e 7 estudos de coorte.

No ECR, que incluiu 79 pacientes, houve manutenção da remissão após 1 ano de suspensão em 36% dos pacientes contra 59% do grupo que manteve o imunossupressor⁸⁴. Estudos de coorte demonstraram chance de reativação da doença em 5 anos após a suspensão do medicamento, variando de 43% a 65%⁸⁵. Baseando-se nestes dados, não é possível preconizar a suspensão programada dos imunossupressores nos pacientes em remissão. Ela deve ser individualizada, levando-se em consideração os riscos do uso prolongado da azatioprina. Contudo, não há definição não arbitrária do que seria uso prolongado nem de qual é a duração ótima do tratamento de manutenção com azatioprina^{85,86}. Sugerem-se os seguintes fatores favoráveis à tentativa de suspensão: doença menos extensa, ausência de reativação da doença ou necessidade de outras terapias durante a imunossupressão, remissão endoscópica, homens jovens (pelo risco de linfoma hepatoesplênico) e idosos. Esta recomendação estende-se também ao uso da azatioprina em combinação com o infliximabe.

Pacientes que receberam indução com infliximabe ou vedolizumabe devem manter-se sob as doses de 5 mg/kg a cada 8 semanas e 300 mg a cada 8 semanas, respectivamente. Esses medicamentos devem ser suspensos em 3 meses, se não houver resposta clínica, caracterizando-se como falha primária. O tratamento deve ser reavaliado a cada 12 meses com vistas a se decidir sobre a necessidade de sua manutenção. Estudo de coorte com média de 41 meses de seguimento com infliximabe identificou 64% de manutenção de resposta clínica sustentada, entre os pacientes que responderam à indução⁸⁷.

Estudos que avaliaram taxas de reativação da doença após suspensão de anti-TNF identificaram recorrência após 1 ano de 14% a 41,8% e, após 2 anos, de 25% a 47,1%^{85,88}. Nos estudos em que era necessária a cicatrização da mucosa antes da suspensão, houve risco de recorrência menor, 17%-25% em um ano. Apesar do índice elevado de reativação, as taxas de sucesso da reintrodução da terapia biológica após a suspensão variam de 67% a 100%⁸⁵.

7.3. Fármacos

- Sulfassalazina: comprimidos de 500 mg.
- Ácido fólico: comprimidos de 5 mg.
- Mesalazina: comprimidos de 400, 500 e 800 mg; supositórios de 250, 500 e 1.000 mg; enemas de 1 e 3 g.
- Hidrocortisona: frasco-ampola de 100 e 500 mg.
- Prednisona: comprimidos de 5 e 20 mg.
- Azatioprina: comprimidos de 50 mg.

- Ciclosporina: cápsulas de 10, 25, 50 e 100 mg; solução oral com 100 mg/ml; ampolas com 50 e 250 mg.
- Infliximabe: frasco-ampola com 100 mg.
- Vedolizumabe: frasco-ampola com 300 mg.

Nota: Somente o infliximabe pode ser utilizado em casos de crianças, já que o vedolizumabe não traz a indicação para este público em bula.

7.4. Esquemas de administração

- Mesalazina supositório (250, 500 ou 1.000 mg): Aplicar 1 supositório à noite, ao deitar. Pode-se utilizar 2x ao dia em casos selecionados.

- Mesalazina: 2 g a 4,8 g ao dia, divididas em 2 ou 3 vezes ao dia (de 12/12h ou de 8/8h).

- Sulfassalazina: 2 g a 4 g ao dia, divididas em 2 administrações ao dia (de 12/12h). Para reduzir os efeitos adversos, pode-se iniciar com dose de 1 g ao dia, com aumento progressivo até a dose alvo. Se aparecerem sintomas gastrointestinais, reduzir em 50% a dose e, então, aumentar progressivamente até a dose alvo. Pacientes em uso de sulfassalazina devem repor ácido fólico 5 mg, 3 vezes por semana.

- Hidrocortisona: Administrar 100 mg intravenoso de 6/6h ou de 8/8h.

- Prednisona: Tomar preferencialmente pela manhã. Dose inicial de 40-60 mg (0,75-1 mg/kg/dia não excedendo 60 mg/dia), por via oral, sendo que, após a melhora, esta dose deve ser reduzida 5-10 mg por semana até 20 mg por dia, reduzindo-se então 5 mg por semana até 5 mg por dia e, após, reduzindo-se 2,5 mg por semana até a retirada completa. Evitar o uso crônico, independentemente da dose.

- Azatioprina: 2,0 a 2,5 mg/kg/dia. Iniciar com dose de 50 mg até reavaliação com exames. Em caso de ausência de efeitos adversos, aumentar para a dose alvo. A dose total pode ser administrar uma vez ao dia ou em doses divididas.

- Ciclosporina: 2 mg/kg/dia em infusão contínua durante 7 dias. Após resposta clínica, inicia-se a ciclosporina 5 mg/kg/dia por via oral dividida em duas administrações ao dia e mantida por 12 semanas.

- Infliximabe: Infusão intravenosa de 5 mg/kg, administrada por um período mínimo de 2 horas, seguida por doses de infusões adicionais de 5 mg/kg nas semanas 2 e 6 após a primeira infusão e, depois, a cada 8 semanas. Para pacientes adultos que apresentarem

resposta incompleta ou perda de resposta, deve-se considerar o ajuste da dose para até 10 mg/kg.

- Vedolizumabe: 300 mg, administrado por infusão intravenosa nas semanas 0, 2 e 6 e, depois, a cada 8 semanas.

Preconiza-se ou o infliximabe ou, na ausência de colite aguda grave, o vedolizumabe, para o tratamento de pacientes adultos com RCU ativa moderada a grave que apresentarem uma resposta inadequada, perda de resposta ou intolerância por toxicidade aos medicamentos sintéticos.

Para as duas primeiras infusões, por aproximadamente duas horas após o término da infusão devem ser observados os sinais e sintomas de reações de hipersensibilidade aguda. Os vedolizumabe e infliximabe são contraindicados em caso de hipersensibilidade à substância ativa ou a qualquer um dos excipientes e para pacientes com infecções graves, tais como tuberculose ativa ou latente, septicemia, citomegalovirose, listeriose ou infecção oportunista, como leucoencefalopatia multifocal progressiva (LMP).

7.5. Benefícios esperados do tratamento

- Em pacientes com doença ativa, os benefícios esperados são remissão dos sinais e sintomas e manutenção deste estado por pelo menos 6 meses.

- Em pacientes em remissão, o objetivo é a prevenção de recorrências da doença. Espera-se que o(s) medicamento(s) em uso seja(m) capaz(es) de manter a remissão por, pelo menos, 6 meses, para ser(em) considerado(s) efetivo(s).

8. MONITORIZAÇÃO

Inexiste intervalo definido para a reavaliação endoscópica após o início do tratamento, embora haja evidência de melhores desfechos nos pacientes que atingiram a cicatrização da mucosa. Os pacientes devem evitar o uso de anti-inflamatórios não esteroidais, pois eles podem agravar as manifestações da RCU⁸⁹.

Antes do início da administração de sulfassalazina e mesalazina, deve-se proceder a hemograma, exame qualitativo de urina (EQU) e dosagem de creatinina sérica. Pacientes com doença renal pré-existente ou em uso de outros fármacos nefrotóxicos devem ter a função renal monitorizada mais frequentemente durante o tratamento da RCU. Hemograma,

EQU e dosagem de creatinina sérica devem ser repetidos a cada 4 meses. Os sinais e sintomas mais frequentes de intolerância aos aminossalicilatos são sintomas gastrointestinais (náusea, dor abdominal e diarreia), cefaleia e piora da retocolite⁴¹.

Para pacientes em uso de corticoide, indicam-se dosagens de potássio e sódio séricos e glicemia em jejum (89). S esse uso supera 6 semanas, impõem-se avaliação oftalmológica e densitometria óssea⁹⁰.

A azatioprina pode acarretar leucopenia ou trombocitopenia graves por supressão da medula óssea. Nesses casos, deve-se proceder à redução de dose ou cessação do uso de azatioprina⁸⁶. Hemograma completo deve ser realizado semanalmente no primeiro mês, quinzenalmente no segundo e terceiro meses e, após, mensalmente⁹¹. Novos hemogramas devem ser solicitados se houver mudança na dose do medicamento. Aparentemente, não há relação da neutropenia com o efeito benéfico do tratamento, e a dose de azatioprina não deve ser aumentada intencionalmente para reduzir a contagem de leucócitos^{91,92}. Também deve ser feito o controle de testes hepáticos, na mesma periodicidade dos hemogramas nos primeiros 6 meses e, depois, trimestralmente.

A ciclosporina deve ter a dose ajustada conforme seus níveis séricos, que, após, devem ser monitorizados regularmente. A ciclosporina é nefrotóxica, principalmente em idosos e em usuários de outros fármacos nefrotóxicos, e também tem efeito hipertensivo. Pacientes com função renal anormal previamente ao tratamento não devem usar ciclosporina. Dosagens séricas de creatinina e monitorização da pressão arterial devem ser feitos antes do tratamento em pelo menos duas ocasiões e, após o início do tratamento, a cada 15 dias durante os primeiros 3 meses de uso e, a seguir, mensalmente se o paciente estiver estável⁹¹. Nessas ocasiões, também devem ser realizados hemograma e dosagens séricas de ácido úrico, potássio, lipídios e magnésio. A dose de ciclosporina deve ser reduzida em 25% a 50% se houver elevação sustentada (duas dosagens de creatinina dentro de 14 dias) de $\geq 25\%$ da creatinina sérica do paciente, e deve ser suspensa se não houver redução da creatinina após dois ajustes de dose. Se a redução não for efetiva ou a alteração for grave, a ciclosporina deve ser suspensa⁹¹.

Durante a infusão de infliximabe, os pacientes devem ser monitorizados em ambiente equipado para tratamento de reações anafiláticas. Os sinais vitais devem ser verificados a cada 10 minutos, se os pacientes apresentarem algum sintoma, e a infusão interrompida, caso não haja melhora dos sintomas com a terapêutica instituída (corticoesteroides e antialérgicos). Antes do tratamento com infliximabe ou vedolizumabe, deve-se solicitar radiografia de tórax e prova tuberculínica (reação de Mantoux ou teste tuberculínico), que

deverá ser negativa ou com área de endureção inferior a 5 mm. Caso haja reação positiva (superior a 5 mm) ou o exame radiológico é de suspeita de lesão residual ou de lesão ativa de tuberculose, os pacientes deverão ser encaminhados para o tratamento completo da tuberculose ativa ou latente, conforme o protocolo vigente do Ministério da Saúde, antes de se iniciar tratamento com infliximabe ou vedolizumabe⁹³. Provas de função hepática devem ser realizadas antes de cada dose, e o medicamento deve ser suspenso se as aminotransferases/transaminases (ALT/TGP e AST/TGO) estiverem mais de 5 vezes acima do limite superior da normalidade¹. Os pacientes devem ser monitorizados e orientados a procurar atendimento na eventualidade de surgimento de sinais de doença infecciosa de qualquer natureza. Esses pacientes não devem receber vacinas com vírus atenuados. O infliximabe é contraindicado em paciente com insuficiência cardíaca moderada a grave (NYHA – *New York Heart Association* II a IV).

9. TERMO DE ESCLARECIMENTO E RESPONSABILIDADE – TER

Deve-se cientificar o paciente ou seu responsável legal sobre os potenciais riscos, benefícios e efeitos colaterais relacionados ao uso dos medicamentos preconizados neste Protocolo, levando-se em consideração as informações contidas no TER.

10. REFERÊNCIAS

1. Qayed E, Srinivasan S, Shahnnavaz N. Sleisenger and Fordtran's gastrointestinal and liver disease. 2017.
2. Ghosh S, Shand A, Ferguson A. Ulcerative colitis. *BMJ* 2000;320(7242):1119–23.
3. Magro F, Gionchetti P, Eliakim R, Ardizzone S, Armuzzi A, Barreiro-de Acosta M. Third European Evidence-based Consensus on Diagnosis and Management of Ulcerative Colitis. Part 1: Definitions. *Disord J Crohns Colitis* 2017;11(6):649–70.
4. da Silva BC, Lyra AC, Mendes CMC, et al. The Demographic and Clinical Characteristics of Ulcerative Colitis in a Northeast Brazilian Population. *BioMed Res Int* 2015;2015:359130.
5. Loftus EV. Clinical epidemiology of inflammatory bowel disease: Incidence, prevalence, and environmental influences. *Gastroenterology* 2004;126(6):1504–17.
6. Inflammatory bowel disease prevalence by age, gender, race, and geographic location in the U. In: S. military. 2013.
7. M BA, F M, D C, P L, A E, J C. Ulcerative colitis in northern Portugal and Galicia in Spain. *Inflamm Bowel Dis.* 2010;16(7):1227–38.

8. da Silva BC, AC L, R R, GO S. Epidemiology, demographic characteristics and prognostic predictors of ulcerative colitis. *World J Gastroenterol* 2014;20(28):9458–67.
9. Victoria CR, Sassak LY, Nunes HR. Incidence and prevalence rates of inflammatory bowel diseases, in midwestern of São Paulo State. *Braz Arq Gastroenterol* 2009;46(1):20–5.
10. Mowat C, Cole A, Windsor A, Ahmad T, Arnott I, Driscoll R. Guidelines for the management of inflammatory bowel disease in adults. *Gut* 2011;60(5):571–607.
11. Dignass A, Eliakim R, Magro F, Maaser C, Chowers Y, Geboes K. Second European evidence-based consensus on the diagnosis and management of ulcerative colitis part 1: definitions and diagnosis. *J Crohns Colitis* 2012;6(10):965–90.
12. Dignass A, Lindsay JO, Sturm A, Windsor A, Colombel JF, Allez M. Second European evidence-based consensus on the diagnosis and management of ulcerative colitis part 2: current management. *J Crohns Colitis* 2012;6(10):991–1030.
13. Ardizzone S, Puttini PS, Cassinotti A, Porro GB. Extraintestinal manifestations of inflammatory bowel disease. *Dig Liver Dis.* 2008;
14. Zippi M, Corrado C, Pica R, Avallone EV, Cassieri C, De Nitto D. Extraintestinal manifestations in a large series of Italian inflammatory bowel disease patients. *World J Gastroenterol* 2014;20(46):17463–7.
15. Soetikno RM, Lin OS, Heidenreich PA, Young HS, Blackstone MO. Increased risk of colorectal neoplasia in patients with primary sclerosing cholangitis and ulcerative colitis: a meta-analysis. *Gastrointest Endosc.* 2002;56(1):48–54.
16. Truelove SC, Witts LJ. Cortisone in ulcerative colitis; final report on a therapeutic trial. *Br Med J.* 1955;2(4947):1041–8.
17. Harbord M, Eliakim R, Bettenworth D, Karmiris K, Katsanos K, Kopylov U. Third European Evidence-based Consensus on Diagnosis and Management of Ulcerative Colitis. Part 2: Current Management. *J Crohns Colitis* 2017;
18. Bressler B, Marshall JK, Bernstein CN, Bitton A, Jones J, Leontiadis GI. Clinical practice guidelines for the medical management of nonhospitalized ulcerative colitis: the Toronto consensus. *Gastroenterology.* 2015;148(5):1035–58.
19. Byeon JS, Yang SK, Myung SJ, Pyo SI, Park HJ, Kim YM. Clinical course of distal ulcerative colitis in relation to appendiceal orifice inflammation status. *Inflamm Bowel Dis* 2005;11(4):366–71.
20. Ladefoged K, Munck LK, Jorgensen F, Engel P. Skip inflammation of the appendiceal orifice: a prospective endoscopic study. *Scand J Gastroenterol* 2005;40(10):1192–6.
21. Magro F, Langner C, Driessen A, Ensari A, Geboes K, Mantzaris GJ. European consensus on the histopathology of inflammatory bowel disease. *J Crohns Colitis* 2013;7(10):827–51.

22. Baldassano RN, Piccoli DA. Inflammatory bowel disease in pediatric and adolescent patients. *Gastroenterol Clin North Am.* 1999;28(2):445–58.
23. Turner D, Levine A, Escher JC, Griffiths AM, Russell RK, Dignass A. Management of pediatric ulcerative colitis: joint ECCO and ESPGHAN evidence-based consensus guidelines. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 2012;55(3):340–61.
24. Tiemi J, Komati S, Sdepanian VL. Effectiveness of infliximab in Brazilian children and adolescents with Crohn disease and ulcerative colitis according to clinical manifestations, activity indices of inflammatory bowel disease, and corticosteroid use. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 2010;50(6):628–33.
25. frmVisualizarBula.pdf [Internet]. [cited 2019 Oct 2]; Available from: http://www.anvisa.gov.br/datavisa/fila_bula/frmVisualizarBula.asp?pNuTransacao=25169392016&pIdAnexo=4037261
26. Katz JA, Pore G. Inflammatory bowel disease and pregnancy. *Inflamm Bowel Dis.* 2001;7(2):146–57.
27. Nguyen GC, Seow CH, Maxwell C, Huang V, Leung Y, Jones J. The Toronto Consensus Statements for the Management of Inflammatory Bowel Disease in Pregnancy. *Gastroenterology* 2016;150(3):734–57.
28. Lacy C, Armstrong L, Goldman M, Lance L. *Drug Information Handbook*. 18th ed. Hudson (Cleveland: Lexi-Comp; 2009.
29. Caprilli R, Gassull MA, Escher JC, Moser G, Munkholm P, Forbes A. European evidence based consensus on the diagnosis and management of Crohn’s disease: special situations. *Gut* 2006;
30. B BO, R H, T E, G K. Pregnancy outcome after cyclosporine therapy during pregnancy: a meta-analysis. *Transplantation.* 2001;71(8):1051–5.
31. Narula N, Al-Dabbagh R, Dhillon A, Sands BE, Marshall JK. Anti-TNF α therapies are safe during pregnancy in women with inflammatory bowel disease: a systematic review and meta-analysis. *Inflamm Bowel Dis.* 2014;20(10):1862–9.
32. Shihab Z, Yeomans ND, De Cruz P. Anti-Tumour Necrosis Factor α Therapies and Inflammatory Bowel Disease Pregnancy Outcomes: A Meta-analysis. *J Crohns Colitis* 2016;10(8):979–88.
33. Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Gestão e incorporação de Tecnologias e Inovação em Saúde, Coordenação de Monitoramento e Avaliação de Tecnologias em Saúde. Adalimumabe, golimumabe, infliximabe e vedolizumabe para tratamento da Retocolite Ulcerativa modera a agrave [Internet]. Brasília, DF: Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS; 2019. Available from: http://conitec.gov.br/images/Relatorios/2019/Relatorio_Biologicos_Colite_Ulcerativa.pdf

34. Schroeder KW, Tremaine WJ, Ilstrup DM. Coated oral 5-aminosalicylic acid therapy for mildly to moderately active ulcerative colitis. A randomized study. *N Engl J Med* 1987;317(26):1625–9.
35. Colombel JF, Rutgeerts P, Reinisch W, Esser D, Wang Y, Lang Y. Early mucosal healing with infliximab is associated with improved long-term clinical outcomes in ulcerative colitis. *Gastroenterology*. 2011;141(4):1194–201.
36. Ordás I, Eckmann L, Talamini M, Baumgart DC, Sandborn WJ. Ulcerative colitis. *Lancet* 2012;380(9853):1606–19.
37. Rutgeerts P, Sandborn WJ, Feagan BG, Reinisch W, Olson A, Johanns J. Infliximab for induction and maintenance therapy for ulcerative colitis. *N Engl J Med* 2005;353(23):2462–76.
38. Shah SC, Colombel JF, Sands BE, Narula N. Mucosal Healing Is Associated With Improved Long-term Outcomes of Patients With Ulcerative Colitis: A Systematic Review and Meta-analysis. *Clin Gastroenterol Hepatol*. 2016;14(9):1245–55.
39. Neurath MF, Travis SP. Mucosal healing in inflammatory bowel diseases: a systematic review. *Gut* 2012;61(11):1619–35.
40. Marshall JK, Thabane M, Steinhart AH, Newman J Anand, A I, E.J. Rectal 5-aminosalicylic acid for induction of remission in ulcerative colitis. *Cochrane Database Syst Rev*. 2010(1):004115.
41. Marshall JK, Thabane M, Steinhart AH, Newman J Anand, A I, E.J. Rectal 5-aminosalicylic acid for maintenance of remission in ulcerative colitis. *Cochrane Database Syst Rev*. 2012;004118.
42. Ford AC, Khan KJ, Achkar JP, Moayyedi P. Efficacy of oral vs. topical, or combined oral and topical 5-aminosalicylates, in Ulcerative Colitis: systematic review and meta-analysis. *Am J Gastroenterol* 2012;107(2).
43. BSGoIB D. Consensus guidelines for the management of inflammatory bowel disease. *Arq Gastroenterol*. 2010;47(3):313–25.
44. Kornbluth A, Sachar DB. Ulcerative colitis practice guidelines in adults. American College of Gastroenterology, Practice Parameters Committee. *Am J Gastroenterol* 1997;92(2):204–11.
45. Lichtiger S, Present DH, Kornbluth A, Gelernt I, Bauer J, Galler G. Cyclosporine in severe ulcerative colitis refractory to steroid therapy. *N Engl J Med* 1994;330(26):1841–5.
46. D’Haens G, Lemmens L, Geboes K, Vandeputte L, Van Acker F, Mortelmans L. Intravenous cyclosporine versus intravenous corticosteroids as single therapy for severe attacks of ulcerative colitis. *Gastroenterology*. 2001;120(6):1323–9.
47. D’Arienzo A, Panarese A, D’Armiento FP, Lancia C, Quattrone P, Giannattasio F. 5-Aminosalicylic acid suppositories in the maintenance of remission in idiopathic

- proctitis or proctosigmoiditis: a double-blind placebo-controlled clinical trial. *Am J Gastroenterol* 1990;85(9):1079–82.
48. McGrath J, McDonald JW, Macdonald JK. Transdermal nicotine for induction of remission in ulcerative colitis. *Cochrane Database Syst Rev*. 2004(4):004722.
 49. Mallon P, McKay D, Kirk S, Gardiner K. Probiotics for induction of remission in ulcerative colitis. *Cochrane Database Syst Rev*. 2007(4):005573.
 50. Chande N, Wang Y, MacDonald JK, McDonald JW. Methotrexate for induction of remission in ulcerative colitis. *Cochrane Database Syst Rev*. 2014(8):006618.
 51. Wang Y, MacDonald JK, Vandermeer B, Griffiths AM, El-Matary W. Methotrexate for maintenance of remission in ulcerative colitis. *Cochrane Database Syst Rev*. 2015(8):007560.
 52. M DL, de Vos R, DW H, P S. Fish oil for induction of remission in ulcerative colitis. *Cochrane Database Syst Rev*. 2007(4):005986.
 53. Wang Y, Parker CE, Bhanji T, Feagan BG, MacDonald JK. Oral 5-aminosalicylic acid for induction of remission in ulcerative colitis. *Cochrane Database Syst Rev*.
 54. Wang Y, Parker CE, Feagan BG, MacDonald JK. Oral 5-aminosalicylic acid for maintenance of remission in ulcerative colitis. *Cochrane Database Syst Rev*. 2016(5):000544.
 55. Feagan BG, MacDonald JK. Once daily oral mesalamine compared to conventional dosing for induction and maintenance of remission in ulcerative colitis: a systematic review and meta-analysis. *Inflamm Bowel Dis*. 2012;18(9):1785–94.
 56. Ford AC, Bernstein CN, Khan KJ, Abreu MT, Marshall JK, Talley NJ. Glucocorticosteroid therapy in inflammatory bowel disease: systematic review and meta-analysis. *Am J Gastroenterol* 2011;106(4).
 57. Gisbert JP, Linares PM, McNicholl AG, Maté J, Gomollón F. Meta-analysis: the efficacy of azathioprine and mercaptopurine in ulcerative colitis. *Aliment Pharmacol Ther*. 2009;30(2):126–37.
 58. Khan KJ, Dubinsky MC, Ford AC, Ullman TA, Talley NJ, Moayyedi P. Efficacy of immunosuppressive therapy for inflammatory bowel disease: a systematic review and meta-analysis. *Am J Gastroenterol* 2011;106(4):630–42.
 59. Timmer A, Patton PH, Chande N, McDonald JW, MacDonald JK. Azathioprine and 6-mercaptopurine for maintenance of remission in ulcerative colitis. *Cochrane Database Syst Rev*. 2016(5):000478.
 60. Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos em Saúde. PORTARIA Nº 49, DE 22 DE OUTUBRO DE 2019. *Diário Of. União*. 2019;45.

61. Lawson MM, Thomas AG, Akobeng AK. Tumour necrosis factor alpha blocking agents for induction of remission in ulcerative colitis. *Cochrane Database Syst Rev.* 2006(3):005112.
62. Sandborn WJ, Rutgeerts P, Feagan BG, Reinisch W, Olson A, Johanns J. Colectomy rate comparison after treatment of ulcerative colitis with placebo or infliximab. *Gastroenterology* 2009;137(4).
63. Mao EJ, Hazlewood GS, Kaplan GG, Peyrin-Biroulet L, Ananthakrishnan AN. Systematic review with meta-analysis: comparative efficacy of immunosuppressants and biologics for reducing hospitalisation and surgery in Crohn's disease and ulcerative colitis. *Aliment Pharmacol Ther.* 2017;45(1):3–13.
64. Lopez A, Ford AC, Colombel JF, Reinisch W, Sandborn WJ, Peyrin-Biroulet L. Efficacy of tumour necrosis factor antagonists on remission, colectomy and hospitalisations in ulcerative colitis: Meta-analysis of placebo-controlled trials. *Dig Liver Dis.* 2015;47(5):356–64.
65. Panaccione R, Ghosh S, Middleton S, Márquez J Scott, BB F, L. Combination therapy with infliximab and azathioprine is superior to monotherapy with either agent in ulcerative colitis. *Gastroenterology.* 2014;146(2):392–400.
66. Christophorou D, Funakoshi N, Duny Y, Valats JC, Bismuth M, Pineton De Chambrun G. Systematic review with meta-analysis: infliximab and immunosuppressant therapy vs. infliximab alone for active ulcerative colitis. *Aliment Pharmacol Ther.* 2015;41(7):603–12.
67. Armuzzi A, Pugliese D, Danese S, Rizzo G, Felice C, Marzo M. Infliximab in steroid-dependent ulcerative colitis: effectiveness and predictors of clinical and endoscopic remission. *Inflamm Bowel Dis.* 2013;19(5):1065–72.
68. Bickston SJ, Behm BW, Tsoulis DJ, Cheng J, MacDonald JK, Khanna R. Vedolizumab for induction and maintenance of remission in ulcerative colitis. *Cochrane Database Syst Rev.* 2014(8):007571.
69. Feagan BG, Rutgeerts P, Sands BE, Hanauer S, Colombel JF, Sandborn WJ. Vedolizumab as induction and maintenance therapy for ulcerative colitis. *N Engl J Med* 2013;369(8):699–710.
70. Mei WQ, Hu HZ, Liu Y, Li ZC, Wang WG. Infliximab is superior to other biological agents for treatment of active ulcerative colitis: A meta-analysis. *World J Gastroenterol* 2015;21(19):6044–51.
71. Vickers AD, Ainsworth C, Mody R, Bergman A, Ling CS, Medjedovic J. Systematic Review with Network Meta-Analysis: Comparative Efficacy of Biologics in the Treatment of Moderately to Severely Active Ulcerative Colitis. *PLoS One.* 2016;11(10):0165435.
72. Bonovas S, Lytras T, Nikolopoulos G, Peyrin-Biroulet L, Danese S. Systematic review with network meta-analysis: comparative assessment of tofacitinib and biological therapies for moderate-to-severe ulcerative colitis. *Aliment Pharmacol Ther* 2018;47(4):454–65.

73. Singh S, Fumery M, Sandborn WJ, Murad MH. Systematic review with network meta-analysis: first- and second-line pharmacotherapy for moderate-severe ulcerative colitis. *Aliment Pharmacol Ther* 2018;47(2):162–75.
74. Feagan BG, Rutgeerts P, Sands BE, Hanauer S, Colombel JF, Sandborn WJ. Supplementary Appendix to: Vedolizumab as induction and maintenance therapy for ulcerative colitis. *N Engl J Med* 2013;369(8):699–710.
75. Travis SP, Farrant JM, Ricketts C, Nolan DJ, Mortensen NM, Kettlewell MG. Predicting outcome in severe ulcerative colitis. *Gut* 1996;38(6):905–10.
76. Williams JG, Alam MF, Alrubaiy L, Arnott I, Clement C, Cohen D. Infliximab versus ciclosporin for steroid-resistant acute severe ulcerative colitis (CONSTRUCT): a mixed methods, open-label, pragmatic randomised trial. *Lancet Gastroenterol Hepatol*. 2016;1(1):15–24.
77. Narula N, Marshall JK, Colombel JF, Leontiadis GI, Williams JG, Muqtadir Z. Systematic Review and Meta-Analysis: Infliximab or Cyclosporine as Rescue Therapy in Patients With Severe Ulcerative Colitis Refractory to Steroids. *Am J Gastroenterol* 2016;111(4):477–91.
78. Laharie D, Bourreille A, Branche J, et al. Ciclosporin versus infliximab in patients with severe ulcerative colitis refractory to intravenous steroids: a parallel, open-label randomised controlled trial. *Lancet Lond Engl* 2012;380(9857):1909–15.
79. Ordás I, Domènech E, Mañosa M, García-Sánchez V, Iglesias-Flores E, Peñalva M. Long-Term Efficacy and Safety of Cyclosporine in a Cohort of Steroid-Refractory Acute Severe Ulcerative Colitis Patients from the ENEIDA Registry (1989-2013): A Nationwide Multicenter Study. *Am J Gastroenterol* 2017;
80. Feuerstein JD, Akbari M, Tapper EB, Cheifetz AS. Systematic review and meta-analysis of third-line salvage therapy with infliximab or cyclosporine in severe ulcerative colitis. *Ann Gastroenterol* 2016;29(3):341–7.
81. Narula N, Fine M, Colombel JF, Marshall JK, Reinisch W. Systematic Review: Sequential Rescue Therapy in Severe Ulcerative Colitis: Do the Benefits Outweigh the Risks? *Inflamm Bowel Dis*. 2015;21(7):1683–94.
82. Cohen RD, Woseth DM, Thisted RA, Hanauer SB. A meta-analysis and overview of the literature on treatment options for left-sided ulcerative colitis and ulcerative proctitis. *Am J Gastroenterol* 2000;95(5):1263–76.
83. Marteau P, Crand J, Foucault M, Rambaud JC. Use of mesalazine slow release suppositories 1 g three times per week to maintain remission of ulcerative proctitis: a randomised double blind placebo controlled multicentre study. *Gut* 1998;42(2):195–9.
84. Hawthorne AB, Logan RF, Hawkey CJ, Foster PN, Axon AT, Swarbrick ET. Randomised controlled trial of azathioprine withdrawal in ulcerative colitis. *BMJ* 1992;305(6844):20–2.

85. Torres J, Boyapati RK, Kennedy NA, Louis E, Colombel JF, Satsangi J. Systematic Review of Effects of Withdrawal of Immunomodulators or Biologic Agents From Patients With Inflammatory Bowel Disease. *Gastroenterology* 2015;149(7):1716–30.
86. Feldman M, Friedman LS, Brandt LJ, editors. *Sleisenger and Fordtran’s gastrointestinal and liver disease: pathophysiology/diagnosis/management*. Tenth edition. Philadelphia, PA: Saunders/Elsevier; 2016.
87. Armuzzi A, Pugliese D, Danese S, Rizzo G, Felice C, Marzo M. Long-term combination therapy with infliximab plus azathioprine predicts sustained steroid-free clinical benefit in steroid-dependent ulcerative colitis. *Inflamm Bowel Dis*. 2014;20(8):1368–74.
88. Gisbert JP, Marín AC, Chaparro M. The Risk of Relapse after Anti-TNF Discontinuation in Inflammatory Bowel Disease: Systematic Review and Meta-Analysis. *Am J Gastroenterol* 2016;111(5):632–47.
89. Felder JB, Korelitz BI, Rajapakse R, Schwarz S, Horatagis AP, Gleim G. Effects of nonsteroidal antiinflammatory drugs on inflammatory bowel disease: a case-control study. *Am J Gastroenterol* 2000;95(8):1949–54.
90. Drug Information for the Health Care Professional Micromedex – Thompson Health Care. 2001;
91. Physician’s Desk Reference. 55th ed. Medical Economics Company; 2001.
92. Campbell S, Ghosh S. Is neutropenia required for effective maintenance of remission during azathioprine therapy in inflammatory bowel disease? *Eur J Gastroenterol Hepatol* 2001;13(9):1073–6.
93. Rahier JF, Magro F, Abreu C, et al. Second European evidence-based consensus on the prevention, diagnosis and management of opportunistic infections in inflammatory bowel disease. *J Crohns Colitis* 2014;8(6):443–68.

TERMO DE ESCLARECIMENTO E RESPONSABILIDADE

SULFASSALAZINA, MESALAZINA, AZATIOPRINA, CICLOSPORINA, INFLIXIMABE E
VEDOLIZUMABE.

Eu, _____ (nome do(a) paciente), declaro ter sido informado(a) claramente sobre os benefícios, riscos, contra-indicações e principais efeitos adversos relacionados ao uso do(s) medicamento(s) **sulfassalazina, mesalazina, azatioprina, ciclosporina, infliximabe, e vedolizumabe** indicado(s) para o tratamento da **Retocolite Ulcerativa**.

Os termos médicos foram explicados e todas as minhas dúvidas foram resolvidas pelo médico _____ (nome do médico que prescreve).

Assim declaro que:

Fui claramente informado(a) de que o medicamento que passo a receber pode trazer as **seguintes melhorias**:

- em pacientes com doença ativa: melhora dos sintomas;
- em pacientes estáveis: a prevenção de recaídas;

Fui também claramente informado a respeito das seguintes **contra-indicações, potenciais efeitos adversos e riscos**:

- não se sabe ao certo os riscos do uso da ciclosporina na gravidez, portanto, caso engravidar, avisar imediatamente o médico;

- o risco na gravidez é improvável com o uso de sulfassalazina, mesalazina e infliximabe pois estudos em animais não mostraram anormalidades nos descendentes, porém não há estudos em humanos;

- há evidências de riscos ao feto com o uso de azatioprina, mas um benefício potencial pode ser maior que os riscos;

- os efeitos adversos mais comumente relatados para os medicamentos são:

- **para sulfassalazina**: dores de cabeça, reações alérgicas (dores nas juntas, febre, coceira, erupção cutânea), sensibilidade aumentada aos raios solares, dores abdominais, náusea, vômitos, perda de apetite, diarreia. Mais raramente podem ocorrer diminuição do número dos glóbulos brancos no sangue, parada na produção de sangue pela medula óssea (anemia aplásica), anemia por destruição aumentada dos glóbulos vermelhos do sangue (anemia hemolítica), diminuição no número de plaquetas no sangue (aumenta os riscos de sangramento), piora nos sintomas da Retocolite Ulcerativa, problemas no fígado, falta de ar associada a tosse e febre (pneumonite intersticial), dor nas juntas, dificuldade para engolir,

cansaço associado à formação de bolhas e com perda de regiões da pele e de mucosas (síndrome de Stevens-Johnson e necrólise epidérmica tóxica) e desenvolvimento de sintomas semelhantes aos do lúpus eritematoso sistêmico (ou seja, bolhas na pele, dor no peito, mal-estar, erupções cutâneas, falta de ar e coceira);

- **para mesalazina:** dores de cabeça, reações alérgicas (dores nas juntas, febre, coceira, erupção cutânea), sensibilidade aumentada aos raios solares, perda de cabelo, dores abdominais, náusea, vômitos, perda de apetite, diarreia, diarreia com sangue, tonturas, rinite, cansaço ou fraqueza. Mais raramente podem ocorrer hepatite medicamentosa, pancreatite e pericardite.

- **para azatioprina:** diminuição das células brancas, vermelhas e plaquetas do sangue, náusea, vômitos, diarreia, dor abdominal, fezes com sangue, problemas para o fígado e pâncreas, febre, calafrios, diminuição de apetite, vermelhidão de pele, perda de cabelo, aftas, dores nas juntas, problemas nos olhos, falta de ar, pressão baixa, problemas nos pulmões e reações de hipersensibilidade, diminuição das defesas imunológicas do organismo com ocorrência de infecções. A azatioprina pode causar de câncer em animais e provavelmente tenha o mesmo efeito na espécie humana;

- **para ciclosporina:** problemas nos rins e fígado, tremores, aumento da quantidade de pêlos no corpo, pressão alta, aumento do crescimento da gengiva, aumento do colesterol e triglicérides, formigamentos, dor no peito, batimentos rápidos do coração, convulsões, confusão mental, ansiedade, depressão, fraqueza, dores de cabeça, unhas e cabelos quebradiços, coceira, espinhas, náusea, vômitos, perda de apetite, soluços, inflamação na boca, dificuldade para engolir, sangramentos, inflamação do pâncreas, prisão de ventre, desconforto abdominal, diminuição das células brancas do sangue, linfoma, calorões, aumento da quantidade de cálcio, magnésio e ácido úrico no sangue, toxicidade para os músculos, problemas respiratórios, sensibilidade aumentada a temperatura e aumento das mamas;

- **para infliximabe:** náusea, diarreia, dor abdominal, vômito, má digestão, azia, dor de cabeça, fadiga, febre, tontura, dor, *rash* cutâneo, prurido, bronquite, rinite, infecção de vias aéreas superiores, tosse, sinusite, faringite, reativação de tuberculose, reação à infusão, dor no peito, infecções, reações de hipersensibilidade, dor nas juntas, dor nas costas, infecção do trato urinário; outros efeitos: abscesso, hérnia abdominal, aumento dos níveis das aminotransferase/transaminases hepáticas (ALT/TGP e AST/TGO), anemia, ansiedade, apendicite, artrite, problemas no coração, carcinoma basocelular, cólica biliar, fratura óssea, infarto cerebral, câncer de mama, celulite, colecistite, colelitíase, confusão, desidratação,

delírio, depressão, hérnia diafragmática, falta de ar, disúria, inchaço, confusão mental, endometriose, endoftalmite, furúnculos, úlcera gástrica, hemorragia gastrointestinal, hepatite colestática, herpes zóster, hidronefrose, pressão alta ou baixa, hérnia de disco intervertebral, inflamação, obstrução intestinal, perfuração intestinal, estenose intestinal, cisto articular, degeneração articular, infarto renal, leucopenia, linfangite, lúpus eritematoso sistêmico, linfoma, mialgia, isquemia miocárdica, osteoartrite, osteoporose, isquemia periférica, problemas nos pulmões, nos rins e no pâncreas, adenocarcinoma de reto, sepse, câncer de pele, sonolência, tentativa de suicídio, desmaios, problemas nos tendões, diminuição de plaquetas, trombose, úlceras e perda de peso; pode facilitar o estabelecimento ou agravar infecções fúngicas e bacterianas;

- **para vedolizumabe:** nasofaringite, cefaleia, artralgia, dor nas extremidades, bronquite, gastroenterite, infecção do trato respiratório superior, influenza, sinusite, faringite; parestesia; hipertensão; dor na orofaringe, congestão nasal, tosse; abscesso anal, fissura anal, náusea, dispepsia, constipação, distensão abdominal, flatulência, hemorroidas; erupção cutânea, prurido, eczema, eritema, suores noturnos, acne; espasmos musculares, lombalgia, fraqueza muscular, fadiga; febre.

- medicamentos estão contraindicados em casos de hipersensibilidade (alergia) aos fármacos;

- o risco da ocorrência de efeitos adversos aumenta com a superdosagem.

Estou ciente de que este medicamento somente pode ser utilizado por mim, comprometendo-me a devolvê-lo caso não queira ou não possa utilizá-lo ou se o tratamento for interrompido. Sei também que continuarei ser atendido, inclusive em caso de eu desistir de usar o medicamento.

Meu tratamento constará do seguinte medicamento:

- sulfassalazina
- mesalazina
- azatioprina
- ciclosporina
- infliximabe
- vedolizumbe

Autorizo o Ministério da Saúde e as Secretarias de Saúde a fazer uso de informações relativas ao meu tratamento, desde que assegurado o anonimato.

- Sim Não

Local:		Data:	
Nome do paciente:			
Cartão Nacional de Saúde:			
Nome do responsável legal:			
Documento de identificação do responsável legal:			
<hr/> Assinatura do paciente ou do responsável legal			
Médico Responsável:		CRM:	UF:
<hr/> Assinatura e carimbo do médico Data: _____			

Nota 1: Verificar na Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) vigente em qual componente da Assistência Farmacêutica se encontram os medicamentos preconizados neste Protocolo.

APÊNDICE 1

METODOLOGIA DE BUSCA E AVALIAÇÃO DA LITERATURA

A) Levantamento de informações para planejamento da reunião com os especialistas

Foram consultados a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME), o sítio eletrônico da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (Conitec), o Sistema de gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS (SIGTAP) e o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) de Retocolite Ulcerativa vigente, para identificação das tecnologias disponíveis e tecnologias demandadas ou recentemente incorporadas.

A partir das consultas realizadas foi possível identificar que:

- O tratamento no SUS segue o orientado Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas
- Retocolite Ulcerativa, conforme a Portaria SAS/MS nº 861, de 04 de novembro de 2002;
- os medicamentos atualmente disponíveis são: sulfassalassina, mesalassina, hidrocortisona, prednisona, azatioprina, 6-mercaptopurina e ciclosporina; e
- havia solicitação de avaliação infliximabe e adalimumabe pela Conitec.

B) Reunião com especialistas

Foi realizada reunião com os consultores especialistas e metodologistas do comitê elaborador dos PCDT, na qual foram apresentados os resultados do levantamento de informações realizados pelos metodologistas. Os consultores especialistas também apontaram para a necessidade de avaliação de inclusão do infliximabe e adalimumabe.

Sendo assim, foi estabelecido que o protocolo destina-se a pacientes com Retocolite Ulcerativa, de ambos os sexos, sem restrição de idade, e tem por objetivo revisar práticas diagnósticas e terapêuticas a partir da data da busca descrita no PCDT vigente.

C) Buscas na literatura para atualização do PCDT

A fim de guiar a revisão do PCDT vigente foi realizada busca na literatura sobre **intervenções terapêuticas** definida pela pergunta PICO estabelecida no **Quadro A**.

Quadro A – Pergunta PICO

População	Pacientes com Retocolite Ulcerativa
-----------	-------------------------------------

Intervenção	Tratamento clínico
Comparação	Sem restrição de comparadores
Desfechos	Segurança e eficácia: remissão clínica, resposta clínica, cicatrização de mucosa, remissão clínica sustentada e eventos adversos
Tipos de estudos	Meta-análises e revisões sistemáticas

A seleção dos artigos levou em considerações os seguintes critérios de inclusão:

- Medicamentos registrados no Brasil para o tratamento da RCU;
- Revisões sistemáticas de estudos randomizados;
- Avaliação de eficácia ou segurança;
- Maior pontuação pelo AMSTAR.

O **Quadro B** apresenta as estratégias de buscas realizadas, bem como o número de artigos localizados e o número de selecionados. Os artigos selecionados encontram-se nas **tabelas A, B, C e D**.

Quadro B - Buscas sobre intervenções terapêuticas - revisões sistemáticas e meta-análises

Base	Estratégia	Localizados	Selecionados
Medline (via PubMed) Data da busca: 24/03/2017	“Colitis, Ulcerative”[Mesh] AND “Therapeutics”[Mesh] AND ((Meta-Analysis[ptyp] OR systematic[sb]) AND (“2002/01/01”[PDAT] : “3000/12/31”[PDAT]) AND “humans”[MeSH Terms] AND (English[lang] OR Portuguese[lang] OR Spanish[lang]))	185	23 Motivo das exclusões: - 13 revisões cochrane já incluídas - 14 sem referência à tratamento - 3 referências repetidas - 23 revisões não sistemáticas ou sem meta- análise - 13 estudos não randomizados - 18 tratamento não existentes ou não liberados no Brasil para RCU - 9 tratamentos cirúrgicos - 33 revisões sistemáticas com versão mais recente - 19 <i>guidelines</i> de outros países - 10 estudos de baixo grau de evidência

			<ul style="list-style-type: none"> - 4 tratamentos de outras doenças ou em pediatria - 1 apenas <i>abstract</i> disponível
Embase	<p>‘ulcerative colitis’/exp AND ‘therapy’/exp AND ([cochrane review]/lim OR [systematic review]/lim OR [meta analysis]/lim) AND ([english]/lim OR [portuguese]/lim OR [spanish]/lim) AND [humans]/lim AND [2002-2017]/py</p>	648	<p style="text-align: center;">19</p> <p>Motivo das exclusões:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 74 revisões sistemáticas com versões mais recentes - 87 estudos sem referência à tratamento clínico - 10 consensos - 13 estudos de custo efetividade - 99 tratamentos de outra doença ou manifestações extraintestinais - 55 tratamentos não liberado ou existente no Brasil - 37 tratamentos cirúrgicos - 8 referências repetidas - 73 revisões não sistemáticas - 76 revisões sistemáticas de estudo não randomizados - 4 revisões sistemáticas sem meta-análise - 34 apenas resumos ou editorial - 16 estudos exclusivos em pediatria - 29 já incluídas na revisão da cochrane ou pubmed - 14 outros
Cochrane Library Data da busca: 24/03/2017	<p>“Colitis, Ulcerative” in Title, Abstract, Keywords , Publication Year from 2002 in Cochrane Reviews’</p>	28	<p style="text-align: center;">18</p> <p>Motivo das exclusões:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 5 tratamento não disponível no Brasil - 2 tratamento não medicamentoso - 1 outra doença - 1 tratamento de <i>pouchite</i> - 1 revisão desatualizada

A fim de guiar a revisão do PCDT vigente foi realizada busca na literatura sobre **diagnóstico** nos principais consensos e *guidelines* internacionais. O **Quadro C** apresenta as estratégias de buscas realizadas, bem como o número de artigos localizados e o número de selecionados. Além dos *guidelines* selecionados foram acrescentadas 2 atualizações de *guidelines* da ECCO, publicados após a realização da pesquisa.

Quadro C - Busca por consensos e *guidelines internacionais* sobre diagnóstico

Base	Estratégia	Localizados	Selecionados
Medline (via PubMed) Data da busca: 20/04/2017	“Colitis, Ulcerative/diagnosis”[Mesh] AND ((Consensus Development Conference[ptyp] OR Consensus Development Conference, NIH[ptyp] OR Guideline[ptyp] OR Government Publications[ptyp]) AND (“2001/01/01”[PDAT] : “3000/12/31”[PDAT]) AND “humans”[MeSH Terms] AND (English[lang] OR Portuguese[lang] OR Spanish[lang]))	18	6 Motivo das exclusões: - 12 <i>guidelines</i> desatualizados ou com menor relevância internacional
National Guideline Clearinghouse Data da busca: 20/04/2017	https://www.guideline.gov/search?q=colitis+ulcerative&page=1&f=Guideline Category=Diagnosis	10	0 Motivo das exclusões: - Nenhum relacionado a RCU

Para informações adicionais de **dados nacionais sobre a doença** também foi realizada uma busca, conforme o **Quadro D**, que apresenta as estratégias de buscas realizadas, bem como o número de artigos localizados e o número de selecionados.

A seleção dos artigos levou em considerações os seguintes critérios de inclusão:

- Estudos com dados epidemiológicos nacionais;
- Consenso nacional;
- Estudos de coorte.

Quadro D - Busca por dados nacionais sobre a doença

Base	Estratégia	Localizados	Selecionados
Medline (via PubMed) Data da busca: 27/04/2017	“Colitis, Ulcerative”[Mesh] AND “Brazil”[Mesh] ((“2002/01/01”[PDAT] : “3000/12/31”[PDAT]) AND “humans”[MeSH Terms] AND	27	5 Motivo das exclusões:

	(English[lang] OR Portuguese[lang] OR Spanish[lang]))		<ul style="list-style-type: none"> - 10 não responderam a pergunta PICO, - 2 tratamento de outra doença - 3 revisões não sistemáticas - 7 não apresentavam dados epidemiológicos de interesse
	'ulcerative colitis'/exp AND 'brazil'/exp AND ([english]/lim OR [portuguese]/lim OR [spanish]/lim) AND [humans]/lim AND [2002-2017]/py	64	<p>4 (mesmos selecionados d medline)</p> <p>Motivo das exclusões:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 20 não responderam a pergunta PICO, - 14 tratamento de outra doença - 7 revisões não sistemáticas - 04 não avaliaram desfechos de interesse - 9 não apresentavam dados epidemiológicos de interesse - 5 estudo pré clínico - 1 estudo não randomizado

A versão anterior do PCDT possuía 22 referências. Nesta versão 14 delas foram retiradas e 83 acrescentadas. Destas, 74 foram selecionadas conforme pesquisa sistematizada descrita acima. Foram também utilizados como referência 4 livros texto (já citados na versão anterior) e 9 referências de conhecimento dos autores.

Nas tabelas foram resumidos os artigos de maior relevância, estudos randomizados ou meta-análises, identificados na pesquisa da literatura relacionados à eficácia dos medicamentos para o tratamento da RCU. Quando identificadas múltiplas meta-análises sobre o mesmo tema, foram selecionadas as mais recentes, com maior pontuação no AMSTAR e com publicação com maior impacto.

Tabela A - Artigos selecionados: intervenções terapêuticas - mesalazina

Autor	Delineamento	População	Intervenção	Comparador	Desfechos	Resultados	Limitações
Marshall, 2010 “Rectal 5-aminosalicylic acid for INDUCTION of remission in ulcerative colitis” (40)	RS e meta-análise de ECR (Cochrane)	Paciente com > 12 anos, com RCU distal (até 60 cm)	Mesalazina tópica	Placebo, enema de corticoide, mesalazina (diferentes doses)	Primário: Resposta clínica Secundário: Remissão clínica, remissão endoscópica, melhora histológica	Mesalazina Tópica Vs Placebo: Resposta clínica (8 ECR): RR=8,87 (5,30-14,83) Remissão clínica (8 ECR): RR=8,30 (4,28-16,12) Remissão endoscópica (7 ECR) RR=5,31 (3,15 – 8,92) Mesalazina Tópica VS enema de corticoide: Mesalazina é superior em resposta e remissão clínica. Sem superioridade nos demais desfechos Resposta clínica (6 ECR): RR 1,56 (1,15-2,11) Remissão clínica (6 ECR): RR 1,65 (1,11-2,45) Mesalazina Tópica Vs Mesalazina VO: Não houve superioridade	Heterogeneidade Desfechos não uniformes entre estudos

Autor	Delineamento	População	Intervenção	Comparador	Desfechos	Resultados	Limitações
						<p>Resposta clínica: OR= 2,25 (0,53-9,54)</p> <p>Não houve diferença de eficácia entre diferentes doses do medicamento tópico</p> <p>Comentário: mesalazina é superior ao placebo em todos os desfechos</p>	
<p>Marshall, 2012 “Rectal 5-aminosalicylic acid for MAINTENANCE of remission in ulcerative colitis” (41)</p>	<p>RS e Meta-análise de ECR (Cohrane) 4 ECR</p>	<p>Paciente com > 12 anos, com RCU distal (até 60 cm) em remissão clínica</p>	<p>Mesalazina tópica</p>	<p>Placebo, enema de corticoide, mesalazina (diferentes doses) por no mínimo 6 meses</p>	<p>Primário: Manutenção da Remissão clínica, endoscópica ou histológica</p>	<p>Mesalazina tópica Vs Placebo: Remissão clínica: 63% vs 30% RR=2,22 (1,26-3,9) N=301 I²= 67% Remissão endoscópica: 75% vs 15% RR=4,88 (1,31-18,18)</p> <p>Mesalazina tópica Vs Mesalazina VO Remissão clínica: 80% vs 65% RR=1,24 (0,92-1,66) I²=0%</p>	<p>Heterogeneidade e GRADE baixo Diferentes definições de atividade clínica</p>

Autor	Delineamento	População	Intervenção	Comparador	Desfechos	Resultados	Limitações
						<p>Remissão endoscópica: 80% vs 70%</p> <p>RR 1,14 (0,90-1,45)</p> <p>I² = 0%</p> <p>Não houve diferença quanto a eventos adversos</p> <p>Não houve diferença estatística entre diferentes doses da terapia tópica</p>	
<p>Wang, 2016 “Oral 5-aminosalicylic acid for INDUCTION of remission in ulcerative colitis” (53)</p>	<p>RS com meta-análise de ECR (Cochrane)</p>	<p>Adultos com RCU ativa leve à moderada</p>	<p>Mesalazina</p>	<p>Placebo e Sulfassalazina</p>	<p>Primário: falha em induzir remissão clínica Secundário: falha em induzir remissão endoscópica</p>	<p>Falha em induzir Remissão Clínica (11 ECR)</p> <p>5-ASA vs. Placebo OR=0,86 (0,82-0,89); NNT=9 I²=47%</p> <p>5-ASA vs. Sulfassalazina (9 ECR)</p>	

Autor	Delineamento	População	Intervenção	Comparador	Desfechos	Resultados	Limitações
						<p>OR=0,9 (0,77-1,04); I²=NSA</p> <p>Falha em induzir Remissão Endoscópica (4 ECR) 5-ASA Vs. Placebo OR=0,77 (0,67-0,89) I²=42%</p> <p>Falha em induzir Remissão ou melhora Endoscópica (8 ECR) 5-ASA Vs. Sulfassalazina OR=0,82 (0,65-1,02) I²= NSA</p>	
<p>Wang, 2016 “Oral 5-aminosalicylic acid for MAINTENANCE of remission in ulcerative colitis” (55)</p>	<p>RS com meta-análise de ECR (Cochrane)</p>	<p>Adultos com RCU em remissão clínica (critérios de True love)</p>	<p>Mesalazina</p>	<p>Placebo, Sulfassalazina e Outras formulações de 5-ASA</p>	<p>Primário: falha em manter remissão clínica (recidiva clínica ou endoscópica)</p> <p>Secundário: Falha a adesão Presença de evento adverso Suspensão do tratamento por evento adverso Paciente que deixaram estudo</p>	<p>Falha em manter remissão clínica (12 ECR)</p> <p>5- ASA Vs Placebo (7 ECR) 41% vs 58% RR=0,69 (0,62-0,77) I=15%</p> <p>5-ASA Vs Sulfassalazina (8 ECR) 48% vs 43%</p>	

Autor	Delineamento	População	Intervenção	Comparador	Desfechos	Resultados	Limitações
						<p>RR=1,14 (1,03-1,27) I=17%</p> <p>Análises secundárias: Estudo com desfecho aos 12 meses RR=1,1 (0,98-1,23)</p> <p>Excluídos olsalazine RR=1,08 (0,92-1,26)</p> <p>5-ASA VS 5-ASA Não houve diferença entre diferentes apresentações Não houve diferença entre dose única e doses dividida Tendência a maior benefício doses > 2g</p> <p>Segurança: Não houve diferença estatística quando a presença de efeitos adversos quando comparado 5-ASA a placebo, sulfassalazina ou outras formulações de 5-ASA.</p>	

Legenda: 5-ASA: 5-aminossalicilato (mesalazina); RS: revisão sistemática; ECR: ensaio clínico randomizado; RR: risco relativo; OR: *Odds ratio*, IC 95%: intervalo de confiança de 95%; RCU= Retocolite Ulcerativa; VO: via oral; NNT: número necessário tratar; NSA: não se aplica; I²: índice de

heterogeneidade; $I^2=NS$: heterogeneidade não significativa (Q de Cochran $P > 0,05$); OBS: Nas revisões sistemáticas da Cochrane citadas foram incluídos estudos com outras formulações 5-ASA indisponíveis no Brasil (Ex: olsalazine e balsalazide).

Tabela B - Artigos selecionados: intervenções terapêuticas - azatioprina

Autor	Delineamento	População	Intervenção	Comparador	Desfechos	Resultados	Limitações
Timmer, 2016 “Azathioprine and 6-mercaptopurine for maintenance of remission in ulcerative colitis”(60)	RS com meta-análise de ECR (Cochrane)	Adultos com RCU em remissão clínica e endoscópica	Azatioprina ou 6-MP	Placebo ou outra terapia de manutenção	Primário: falha em manter remissão clínica ou endoscópica em 12 meses (recidiva clínica ou endoscópica)	7 estudos incluídos AZA vs Placebo (N=232) Eficácia: 44% vs 65% RR=0,68 (0,54-0,86) $I^2=0\%$ EA: 8 % vs 3 % RR=2,5 (0,82-7,74) $I^2= 0\%$	Foram incluídos estudos não cegados. Amostra pequena para avaliar EA Comparação com 5-ASA, ciclosporina e metotrexato incluíram um estudo cada com qualidade evidência muito baixo (GRADE)
Khan, 2011 “Efficacy of Immunosuppressive Therapy for Inflammatory Bowel Disease: A Systematic Review and	RS com meta-análise de ECR	Adultos com RCU em atividade e remissão clínica	Azatioprina, 6-MP, Metotrexato, ciclosporina ou tacrolimo	Placebo ou ausência de intervenção	Indução: Remissão clínica e endoscópica Manutenção: Reativação clínica ou endoscópica	2 ECR com AZA 2 ECR com MTX Indução AZA vs Placebo (N=130) Eficácia: RR= 0,87 (0,71-1,01)	Um estudo avaliou desfecho após 1 mês e outros 2 após 4 meses. Heterogeneidade e elevada entre

Autor	Delineamento	População	Intervenção	Comparador	Desfechos	Resultados	Limitações
Meta-Analysis”(59)						<p>MTX por via oral vs Placebo (N=67) Eficácia: RR= 1,29 (0,95-1,75)</p> <p>Ciclosporina EV vs placebo (N=19) Eficácia: RR=0,22 (0,07- 0,67)</p> <p>Mantenção AZA vs Placebo (N=127) Reativação: 39% vs 65% RR=0,6 (0,37- 0,95) I= 24%</p> <p>MTX intramuscular Vs Placebo Reativação: 32% vs 36% RR=0,59 (0,04 -7,90) I²=70%</p> <p>Dados sobre D. Crohn não incluídos nesta tabela</p>	os dois estudos do MTX
Gisbert 2009 “Meta-analysis: the	RS com meta-análise de ECR	Adultos com RCU em	Azatioprina ou 6-MP	Placebo ou 5-ASA	Indução: remissão clínica e endoscópica	4 ECR: Indução:	

Autor	Delineamento	População	Intervenção	Comparador	Desfechos	Resultados	Limitações
efficacy of azathioprine and mercaptopurine in ulcerative colitis”(58)		atividade ou em remissão clínica			Manutenção: Ausência de reativação clínica ou endoscópica	AZA Vs Placebo ou 5-ASA (N=169) Eficácia: RR=1,59 (0,59 -4,29) 6 ECR: Manutenção AZA vs Placebo ou 5-ASA (n=236) Eficácia: 59% vs 37% RR=2,56 (1,51 – 4,34) I ² =29% NNT= 5 30 Estudos não controlados Eficácia média=65% Eficácia em dependentes de corticocóide =71%	

Legenda: 5-ASA: 5-aminossalicilato; 6-MP: 6 mercaptopurina; AZA: Azatioprina RS: revisão sistemática; MTX: Metotrexato; EA: Evento adverso; ECR: ensaio clínico randomizado; RR: risco relativo; IC 95%: intervalo de confiança de 95%; RCU= Retocolite Ulcerativa; NNT: número necessário tratar; NSA: não se aplica; I²: índice de heterogeneidade; (Q de Cochrane P >0,05).

Tabela C - Artigos selecionados – colite aguda grave – ciclosporina e infliximabe

Autor	Delineamento	População	Intervenção	Comparador	Desfechos	Resultados	Limitações
Narula, 2016	RS e meta-análise de ECR e ECNR.	Adultos com colite aguda grave	Infliximabe	Ciclosporina	Primário: Melhora clínica curto prazo.	Meta-análise dos 3 ECRs	Incluiu estudos

Autor	Delineamento	População	Intervenção	Comparador	Desfechos	Resultados	Limitações
<p>“Systematic Review and Meta-Analysis: Infliximab or Cyclosporine as Rescue Therapy in Patients With Severe Ulcerative Colitis Refractory to Steroids”(78)</p>		<p>refratária a corticoide.</p>			<p>Secundário: taxa de colectomia em 3 e 12 meses.</p>	<p>IFX vs Ciclosporina Resposta: 43% vs 41% RR=1,08 (0,73-1,60)</p> <p>Colectomia 3º mês: 26% vs 26% RR=1 (0,64-1,59)</p> <p>Colectomia 12º mês: 34% vs 40% RR=0,76 (0,51-1,14)</p> <p>Estudos não randomizado/controlados IFX vs Ciclosporina Resposta: 74% vs 55% RR=2,96 (2,12-4,14)</p> <p>Colectomia 3º mês 24% vs 42% RR=0,53 (0,22-1,28)</p> <p>Colectomia 12º mês 20% vs 36%</p>	<p>abertos, não randomizados e de coorte</p>

Autor	Delineamento	População	Intervenção	Comparador	Desfechos	Resultados	Limitações
<p>Ordas, 2017 “Long-Term Efficacy and Safety of Cyclosporine in a Cohort of Steroid-Refractory Acute Severe Ulcerative Colitis Patients from the ENEIDA Registry (1989–2013): A Nationwide Multicenter Study”(79)</p>	<p>Coorte prospectiva multicêntrica.</p>	<p>Adultos com colite aguda grave refratária a corticoide tratados com IFX ou ciclosporina.</p>	<p>Ciclosporina</p>	<p>Infliximabe ou tratamento “sequencial” IFX > ciclosporina ou ciclosporina > IFX.</p>	<p>Primário: Taxa de colectomia a curto (menos de 3 meses) e longo prazo (mais de 3 meses).</p>	<p>RR=0,42 (0,22-0,83)</p> <p>Ciclosporina Vs IFX “Sequencial”</p> <p>Coletomia 3º mês 15,6% vs 13,5% (p=0,4) vs 31,7% (p=0,009)</p> <p>Coletomia 12º mes 19,6% vs 23,6% (p=0,5) vs 41,7% (p=0,001)</p> <p>Coletomia 5 anos 25,4% vs 26,2% (p=0,3) vs 45% (p=0,005)</p> <p>Eventos adversos graves Ciclosporina 15,4% vs Infliximabe 26% sequencial=33% (p=0,0001)</p>	<p>Descrito resultado do período de coleta prospectivo e com uso de ambos medicamentos (após o ano de 2005)</p>

Legenda: RS: revisão sistemática; IFX: infliximabe; Vs: *versus*; EA: evento adverso; ECR: ensaio clínico randomizado; ECNR: Ensaio Clínico não-randomizado; RR: risco relativo; IC 95%: intervalo de confiança de 95; I²: índice de heterogeneidade; (Q de Cochrane P>0,05).

Tabela D - Artigos selecionados – intervenção terapêutica - terapia biológica

Autor	Delineamento	População	Intervenção	Comparador	Desfechos	Resultados	Observação
<p>Lopez, 2015</p> <p>“Efficacy of tumour necrosis factor antagonists on remission, colectomy and hospitalisations in ulcerative colitis: Meta-analysis of placebo-controlled trials”(64)</p>	<p>Meta-análise de ECR</p>	<p>RCU moderada a grave.</p>	<p>Infliximabe, adalimumabe ou golimumabe (dados não incluídos nesta tabela).</p>	<p>Placebo</p>	<p>Resposta clínica, remissão clínica, cicatrização da mucosa nas semanas 6-8 e 52-54, taxa de colectomia, hospitalização pela RCU.</p>	<p>Indução – Remissão clínica: ADA 160/80: RR=0,91 (0,87 - 0,96) IFX 5mg/kg: RR=0,71 (0,64 - 0,79) IFX 10mg/kg: RR= 0,78 (0,71-0,86)</p> <p>Manutenção – Remissão clínica ADA : RR=0,90(0,84 – 0,97) IFX : RR=0,78(0,69 – 0,88)</p> <p>Indução cicatrização da mucosa ADA 160/80: RR 0,87 (0,78 – 0,98) IFX 5 mg/kg: RR 0,57 (0,48 – 0,69) IFX 10 mg/kg: RR 0,59 (0,49 – 0,70)</p> <p>Hospitalização ADA + IFX RR=0,71 (0,56 – 0,90)</p> <p>Colectomia ADA + IFX RR0,87 (0,4 – 1,81) NS</p>	<p>Dados da meta-análise não descritos pois incluíram golimumabe na análise.</p>

Autor	Delineamento	População	Intervenção	Comparador	Desfechos	Resultados	Observação
Lawson, 2006 “Tumour necrosis factor alpha blocking agents for induction of remission in ulcerative colitis”	RS com meta-análise de ECR(Cohcrane)	RCU ativa	Infliximabe	Outro medicamento ou placebo	Primária: Remissão (Definida no estudo original) Secundária: Melhora clínica, endoscópica ou histológica Melhora na qualidade de vida.	<p>Infliximabe Vs Placebo (N=484) Remissão sem 8 RR= 3,3(2,18 - 4,76) NNT=5 Remissão endoscópica - sem 8 RR=1,88 (1,54-2,28) NNT=4 Resposta Clínica RR=1,99 (1,65 – 2,41) Colectomia RR=0,44 (0,22-0,87) Qualidade de vida: sem diferença estatística no IBDQ</p> <p>OBS: 2 estudos com N = 45 e 43 não identificaram benefício do infliximabe, pela heterogeneidade foram não incluídos na meta-análise</p> <p>Infliximabe Vs Prednisolona Incluídos 2 estudos com N=13 e 20 Não houve diferença estatística em nenhum dos desfechos estudados</p>	
Rutgeerts, 2005 “Infliximab for Induction and Maintenance Therapy for Ulcerative	ECR	Retocolite moderada a grave (Mayo 6-12) apesar do uso de corticoide com	Infliximabe 5 mg/kg ou 10 mg/kg	Placebo	Primário: resposta clínica na semana 8 Secundários: resposta clínica ou remissão clínica com suspensão	<p>ACT 1 N= 364 ACT2 N=364 (resultado abaixo do estudo ACT1) Resposta clínica sem 8 Placebo= 37,2% IFX 5 mg/kg = 69,4% p=0,001</p>	31% do ACT e 29% do ACT2 era refratários

Autor	Delineamento	População	Intervenção	Comparador	Desfechos	Resultados	Observação
Colitis” (ACT 1 e ACT2)(37)		ou sem imunossupressor. OBS: No ACT 2 podiam estar em uso de aminossalicilato OBS2: 56% estavam em uso de corticoide 46% estavam em uso de imunossupressor.			dos corticoides na semana 30, remissão clínica e cicatrização mucosa na semana 8 e 30, além de na semana 54 no estudo ACT-1, e, resposta clínica em pacientes com história de refratariedade a corticoides na semana 8.	IFX 10 mg/kg =61,5 % p=0,001 Remissão clínica sem 8 Placebo=14,9% IFX 5 mg/kg = 38,8% p=0,001 IFX 10 mg/kg =32,0% p=0,001 Cicatrização da mucosa sem 8 Placebo= 33,9% IFX 5 mg/kg = 62% p=0,001 IFX 10 mg/kg =59% p=0,00 Resposta clínica sustentada (sem 8, 30 e 54) Placebo= 14% IFX 5 mg/kg = 38,8% p=0,001 IFX 10 mg/kg =36,9% p=0,001 Remissão clínica sustentada (sem 8, 30 e 54) Placebo= 6,6% IFX 5 mg/kg = 19,8% p=0,001 IFX 10 mg/kg =20,5% p=0,001	ao corticoide
Chen, 2016 “Adalimumab for Moderately to Severely Active Ulcerative Colitis:	Meta-análise de ECR	RCU em atividade	Adalimumabe	Placebo	Remissão clínica, resposta clínica, cicatrização da mucosa, IBDQ e eventos adversos.	Indução 160/80 vs Placebo Resposta clínica: RR 1,37 (1,19-1,59) Remissão clínica: RR 1,62 (1,15-2,29) CM: RR: 1,27 (1,08-1,50) IBDQ: RR= 1,22 (1,05-1,43)	3 ECR N=468 nos desfechos clínicos e endoscópico

Autor	Delineamento	População	Intervenção	Comparador	Desfechos	Resultados	Observação
A Systematic Review and Meta-Analysis”(70)						Evento adverso: RR1,1 (0,95-1,27) Evento adverso grave: 0,79 (0,54-1,14)	NNT não calculado
						Manutenção (52 semanas) Resposta clínica: RR 1,69 (1,29-2,21) Remissão clínica: RR 2,38 (1,57-3,59) CM: RR: 1,69 (1,26-2,28) IBDQ: RR= 1,73 (1,28-2,34) Evento adverso: RR1,28 (1,06-1,54) Evento adverso grave: RR=1,09 (0,76 -1,56)	2 ECR N= 425 nos desfechos clínicos e endoscópico NNT não calculado
Zhang, 2016 “Efficacy and Safety of Adalimumab in Moderately to Severely Active Cases of Ulcerative Colitis: A Meta-Analysis of Published Placebo-	Meta-análise de ECR	RCU moderada a grave com mais de 15 anos (score de Mayo 6-12 e subescore endoscópico 2-3).	Adalimumabe	Placebo	Primário: Remissão clínica na semana 8 (indução) Secundário: Remissão clínica semana 52 (manutenção), resposta clínica, cicatrização da mucosa, IBDQ e remissão livre de corticoide na semana 52	160/80 + 80/40 Indução: 3 ECR N= 685 - Remissão clínica: RR=1,5 (1,08-2,09) ADA 14,45 % Vs Placebo 9,75% RAR=4,69 NNT= 21 - Resposta clínica: RR= 1,33 (1,16-1,52) NNT=8 - CM: RR=1,21 (1,04-1,41) NNT= 13 - IBDQ: RR=1,23 (1,06-1,43)	Análise somando-se doses diferentes de indução 160/80 e 80 /40mg * NNT calculados a partir dos RR

Autor	Delineamento	População	Intervenção	Comparador	Desfechos	Resultados	Observação
Controlled Trials”(71)					<p>Remissão clínica: escore de Mayo ≤ 2 com escore endoscópica ≤ 1</p> <p>Resposta clínica: Queda do escore de Mayo ≥ 3 pontos ou $\geq 30\%$ do valor basal com redução de subescore de sangramento retal ≥ 1</p> <p>Cicatrização da mucosa: Subescore endoscópico de Mayo ≤ 2</p>	<p>Manutenção: 2ECR = N=425 - Remissão clínica: RR=2,38 (1,57-3,59) ADA= 19,7% vs Placebo 8,19% RAR=11,57 NNT= 9</p> <p>-Resposta clínica: RR1,69 (1,29-2,21) - CM: RR=1,69 (1,26-2,28) NNT=8 - IBDQ: RR=1,73 (1,28-2,34) - Evento adverso: RR1,23 (1,06-1,43)</p> <p>160/80 Indução: 3ECR N=468 Remissão clínica: RR=1,62 (1,15-2,29) ADA 14,45 % vs Placebo 9,75% RAR=4,69 NNT= 15 - Resposta clínica: RR= 1,37 (1,19-1,59) NNT=7 - CM: RR=1,27 (1,08-1,50) NNT= 11</p>	<p>descritos no artigo</p> <p>Análise somente com dose de indução com 160/80</p> <p>* NNT calculados a partir dos RR descritos no artigo</p>

Autor	Delineamento	População	Intervenção	Comparador	Desfechos	Resultados	Observação
Reinisch, 2011 “Adalimumab for induction of clinical remission in moderately to severely active ulcerative colitis: results of a randomised controlled trial” ULTRA 1(69)	ECR	RCU moderada a grave com mais de 15 anos (escore de Mayo 6-12 e subescore endoscópico 2-3) apesar do tratamento com corticoide ou imunossupressor *Paciente com retite foram excluídos.	Adalimumabe em duas doses de indução: 160/80 e 80/40.	Placebo	Avaliados na semana 8 (indução) Primário: Remissão Clínica Secundário: Resposta clínica, CM.	Remissão clínica: ADA 160/80 18,5% vs Placebo 9,2% P=0,031 NNT= 11 Resposta clínica: ADA 160/80 54,6% vs Placebo 44,6% *Sem diferença estatística Cicatrização da mucosa ADA 160/80 46,9% vs Placebo 41,5% *Sem diferença estatística	Obs: Apresenta dos resultados com dose de indução de 160/80mg
Sandborn, 2012 “Adalimumab Induces and Maintains Clinical Remission in Patients With Moderate-to-Severe Ulcerative Colitis” ULTRA 2(68)	ECR	RCU moderada a grave (escore de Mayo 6-12 e subescore endoscópico 2-3).	Adalimumabe indução com 160/80 e manutenção de 40 mg a cada 2 semana.	Placebo	Primário Remissão clínica sustentada na semana 8 e 52. Secundário: Resposta clínica sustentada Cicatrização da mucosa sustentada.	Remissão clínica sustentada ADA Vs Placebo Sem 8: 16,5% vs 9,3% * NNT=14 Sem 52: 17,3% vs 8,5% * NNT=11 Resposta clínica sustentada Sem 8: 50,4% vs 34,6% * NNT=6 Sem 52: 30,2% vs 18,3% * NNT=8 Cicatrização da mucosa	Paciente com resposta inadequada na semana 12 poderiam ser trocado para grupo Adalimumabe aberto. Se persistir sem resposta houve

Autor	Delineamento	População	Intervenção	Comparador	Desfechos	Resultados	Observação
						Sem 8: 41,1% vs 31,7% * NNT=11 Sem 52: 25% vs 15,4% * NNT=11 *p<0,05 Análise de subgrupo – Remissão clínica nos paciente com uso prévio de Anti-TNF (40% da amostra) - Sema 8 : ADA 3,6% x 2,8% p=0,56 - Semana 52 (N=13): ADA 4% x 1,2% p=0,04	redução do intervalo para aplicações semanais
Bickston, 2014 “Vedolizumab for induction and maintenance of remission in ulcerative colitis”	RS com meta- análise de ECR (Cohcrane).	RCU com idade ≥18 anos, ativa ou em remissão.	Vedolizumabe	Placebo ou terapia controle	Primário: Proporção de pacientes que falharam em atingir remissão clínica e proporção de pacientes que tiveram reativação da doença. Secundário: Proporção de pacientes que falharam em atingir melhora clínica, remissão endoscópica, qualidade de vida, eventos adverso, suspensão por eventos	N=606 paciente (4 ECR0) VDZ Vs Placebo - Falha em induzir remissão clínica RR=0,86 (0,80 – 0,91) - Falha em induzir remissão RR=0,68 (0,59-0,78) - Falha em induzir remissão Endoscópica RR=0,82 (0,75-0,91) -Reativação clínica RR=0,67 (0,59-0,77) - Recidiva endoscópica RR=0,58 (0,49- 0,68) - Eventos adversoa RR=0,99 (0,93-1,07)	

Autor	Delineamento	População	Intervenção	Comparador	Desfechos	Resultados	Observação
					adversos e eventos adversos graves.	- Evento adverso grave RR= 1,01 (0,72 – 1,42)	

Legenda: RS: revisão sistemática; IFX: infliximabe; Vs: *versus*; VDZ= Vedolizumabe; ADA= Adalimumabe; EA: evento adverso; RS: Revisão sistemática; ECR: ensaio clínico randomizado; ECNR: Ensaio Clínico não-randomizado; CM: cicatrização da mucosa; NNT: número necessário tratar; RR: risco relativo; IC 95%: intervalo de confiança de 95; I²: índice de heterogeneidade; (Q de Cochrane P>0,05); IBDQ= Questionário de DII (avalia qualidade de vida); Anti-TNF: Anti-Fator de Necrose Tumoral; Sem = Semana.