

INTRODUÇÃO

O tratamento de doentes com Doença de Crohn (DC) e Colite Ulcerosa (CU) é habitualmente dirigido a aspetos orgânicos da doença, ignorando muitas vezes fatores psicossociais. Estes fatores são possíveis alvos terapêuticos para a otimização da qualidade de vida de doentes com Doença Inflamatória Intestinal (DII). Pretendeu-se avaliar a relação entre sintomas de ansiedade e depressão com a atividade e curso da DII.

MATERIAL/MÉTODOS

Dos 221 doentes seguidos em consulta de Gastrenterologia-DII em Outubro e Novembro de 2017, foram selecionados 64 doentes com diagnóstico confirmado de DII que aceitaram participar no estudo. Foram excluídos doentes com patologia psiquiátrica seguidos em consulta de Psiquiatria. Os sintomas de ansiedade foram quantificados pelos Inventários de estado ansioso e ansiedade de base de Spielberg (STAI) e os sintomas de depressão pela Escala de depressão de Beck II (BDI-II). Considerou-se um *score de* STAI ≥90 e de BDI-II>13 como representativos de ansiedade e depressão clinicamente significativa.

RESULTADOS

Doença de Crohn (N=48)

1. Classificação de Montreal

A1 N=7; (14,6%)
A2 N=41; (85,4%)
L1 N=19; (39,6%)
L2 N=4; (8,3%)
L3 N=22; (45,8%)
L1+4 N=1; (2,1%)
L3+4 N=2; (4,2%)
B1 N=33; (68,8%)
B2 N=7; (14,6%)
B3 N=8; (16,7%)

2. Duração da Doença 10,23±8,27 anos

3. Remissão Clínica N= 36; (75%)

4. Remissão Endoscópica N=24; (50%)

5. Doença Perianal N=14; (29,2%)

6. Crises desde diagnóstico 3,17±1,57 crises

Colite Ulcerosa (N=16)

1. Classificação de Montreal

E1 N=4; (25,0%)
E2 N=6; (37,5%)
E3 N=6; (37,5%)

2. Duração da Doença 10,23±8,27 anos

3. Remissão Clínica N= 14; (87,5%)

4. Remissão Endoscópica N=4; (25%)

5. Classificação Mayo

0 N=3; (18,8%)
1 N=5; (31,3%)
2 N=4; (25%)
3 N=4; (25%)

6. Crises desde diagnóstico 2,25±1,24

64 Doentes

Idade média 40±13,99 anos.

48 DC (75%); 16 CU (25%).

53,1% sexo feminino.

	Score de STAI>90	Score BDI>13
DII	N=16; (25,0%)	N=13; (20,3%)
DC	N=12; (25,0%)	N=11; (22,9%)
CU	N=4; (25,0%)	N=2; (12,5%)

Tabela 5: Proporção de doentes com *scores* positivos de ansiedade e depressão..

Ansiedade (STAI)

Média 74,03±18,24

Sintomas de Depressão (BDI-II)

8,97±12,80

DC Média

75,52±15,51

CU Média

74,03±18,24

DC Média

9,4±13,50

CU Média

7,69±10,72

Tabela 1: Caracterização da amostra de doentes com DC e CU..

	DC	CU
Sem tratamento	N=8; (16,7%)	N=0; (0%)
5-ASA	N=4; (8,3%)	N=12; (75,0%)
Esquemas com Corticoide oral	N=1; (2,1%)	N=1; (6,3%)
Imunossupressor	N=14; (29,2%)	N=2; (12,5%)
Biológico 1ª linha	N=14; (29,2%)	N=1; (6,3%)
Biológico 2ª linha	N=7; (14,6%)	N=0; (0%)

Tabela 2: Tratamento de doentes com DC e CU.

	DC	CU
Agudização da doença	N=22; (45,8%)	N=8; (50,0%)
Necessidade de escalada terapêutica	N=23; (47,9%)	N=7; (43,8%)
Necessidade de corticoterapia	N=14; (29,2%)	N=8; (50,0%)
Internamento	N=3; (6,3%)	N=5; (31,3%)
Serviço de Urgência	N=16; (33,3%)	N=5; (31,3%)

Tabela 3: Agudizações da doença no último ano.

Na população de doentes com **DII** em estudo identificou-se uma correlação significativa entre:

Scores de **STAI** e **BDI-II** com o **número de agudizações da doença** (STAI *p*=0,023; BDI-II *p*=0,017).

Score de **STAI** e a **remissão clínica**, a **remissão endoscópica** e a **necessidade de escalada terapêutica** (*p*<0,05).

A correlação entre os scores de ansiedade e de depressão foi significativa (*p*<0,001; r=0,73)

Não houve uma diferença significativa nos scores de ansiedade e depressão entre doentes com DC e CU

Na **DOENÇA DE CROHN** identificou-se uma correlação significativa entre:

Scores de **Ansiedade** inferiores e **remissão clínica** (*p*=0,021) e **endoscópica** (*p*=0,046).

Sintomas de **depressão** e **doença perianal** (*p*=0,035).

Na **COLITE ULCEROSA** identificou-se uma correlação significativa entre:

Ansiedade e **agudização recente** (*p*=0,021), **recurso à urgência** (*p*=0,029), **internamento** (*p*=0,029) e **escalada terapêutica** (*p*=0,013).

Sintomas depressivos e **recurso à urgência** (*p*=0,025) e **internamento** (*p*=0,025).

Sintomas depressivos e ansiosos e **tratamento** com imunossupressores/anti-TNF (*p*=0,009).

CONCLUSÕES

Nos doentes analisados verificou-se associação de sintomas ansiosos e depressivos com o maior número de agudizações e atividade da doença. A identificação de subgrupos de risco e o despiste de sintomatologia ansiosa e depressiva poderá ter um impacto significativo na qualidade de vida dos doentes com DII.

REFERÊNCIAS

1. Mikocka-Walus A, Pittet A, Rossel JB, Von Känel R. Symptoms of Depression and Anxiety Are Independently Associated With Clinical Recurrence of Inflammatory Bowel Disease. Clinical Gastroenterology and Hepatology. 2016 Jun;14(6):829-835.

2. Panara AJ, Yarur AJ, Rieders B, Proksell S, Deshpande AR, Abreu MT, et al. The incidence and risk factors for developing depression after being diagnosed with inflammatory bowel disease: a cohort study. Aliment Pharmacol Ther. 2014.

3. Szigethy EM, Allen JJ, Reiss M, Cohen W, Perera LP, Brillstein L, Cross RK, Schwartz DA, Kosinski LR, Colton JB, LaRusso E, Atreja A, Regueiro MD. The Impact of Mental and Psychosocial Factors on the Care of Patients With Inflammatory Bowel Disease. Clin Gastroenterol Hepatol. 2017 Jul;15(7):986-997.

4. Jordan C, Sin J, Fear NT, Chalder T. A systematic review of psychological correlates of adjustment outcomes in adults with inflammatory bowel disease. Clin Psychol Rev. 2016; 47:28-40.

5. Mikocka-Walus A, Turnbull DA, Moulding NT, Wilson IG, Andrews JM, Holtmann GJ. Controversies surrounding the comorbidity of depression and anxiety in inflammatory bowel disease patients: a literature review. Inflamm Bowel Dis. 2007;13(2):225-34.