

# Doença de Crohn e cirurgia – Casuística do Serviço de Cirurgia Geral do CHAA

## Crohn's Disease and Surgery – A General Surgery Department Casuistry

*Diana Teixeira<sup>1</sup>, Paula Costa<sup>2</sup>, Vítor Costa<sup>2</sup>, Carlos Alpoim<sup>3</sup>, Pinto Correia<sup>4</sup>*

<sup>1</sup> Interna Cirurgia CHAA; <sup>2</sup> Assistente Hospitalar CHAA; <sup>3</sup> Consultor CHAA; <sup>4</sup> Director Serviço Cirurgia

### RESUMO

**Introdução:** A história natural da DC é a progressão, ao longo do tempo, para complicações estruturais do tubo digestivo (estenoses e fístulas) que se traduzem em hospitalizações e cirurgias. O objetivo deste estudo foi proceder a uma análise estatística dos doentes com diagnóstico de DC e necessidade de tratamento cirúrgico. **Métodos:** Foram analisados 74 pacientes com diagnóstico de DC, submetidos a tratamento cirúrgico, no que concerne a dados demográficos e da intervenção cirúrgica/reintervenção. **Resultados:** 59% dos pacientes são do sexo feminino (n = 44), com mediana da idade à data do diagnóstico de 30 anos. O padrão mais frequente foi o estenosante (46%, n = 34). A localização ileo-cólica da patologia foi a mais prevalente (47,3%, n = 35) Foram efetuadas 19 ileocelectomias direitas (45,2%), 10 enterectomias segmentares (23,8%), 6 drenagens de abscessos perianais (14,3%), 4 fistulotomias perianais (9,5%), 1 drenagem de abscesso perianal com operação tipo Hartmann (2,4%), 1 esfínterectomia lateral interna (2,4%) e 1 estenoplastia (2,4%). O tempo médio de internamento foi de 15 dias [1;45]. O padrão mais agressivo é o penetrante, sendo que 68,8% dos pacientes foram operados 1 ou 2 vezes e 33,3% operados 3 ou mais vezes. Doentes com quadro de perfuração apresentaram maior número de reoperações. **Conclusões:** O tratamento cirúrgico na DC torna-se necessário se sintomas refratários à terapêutica clínica ou complicações agudas/crónicas. A opção de cirurgia mínima é o tratamento goldstandard. Na casuística apresentada, o padrão penetrante e o quadro de perfuração intestinal livre parecem ser fatores importantes na recidiva da doença de Crohn.

**Palavras chave:** Doença de Crohn, cirurgia, recidiva.

### ABSTRACT

**Introduction:** The natural history of DC's progression, over time, is structural complications of the digestive tract (stenosis and fistulas) that result in hospitalizations and surgeries. The aim of this study was to conduct a statistical analysis of patients diagnosed with CD and need for surgical treatment. **Methods:** We analyzed 74 patients with CD who underwent surgical treatment with regard to demographic data and surgical intervention/reintervention. **Results:** 59% of patients were female (n = 44), with median age at diagnosis of 30 years. The most common pattern was stenotic (46%, n = 34). The ileo-colic pathology location was the most prevalent (47.3%, n = 35). We performed 19 right ileocelectomies (45.2%), 10 enterectomies 10 (23.8%), 6 perianal abscess's drainage (14,3%) 4 perianal fistulotomies (9.5%), 1 perianal abscess drainage with Hartmann operation (2.4%), one internal lateral sphincterotomy (2.4%) and 1 stricturoplasty (2.4%). The average hospital stay was 15 days [1, 45]. The more aggressive pattern is penetrating, with 68.8% of patients were operated 1 or 2 times and 33.3% operated three or more times. Patients with a perforation had higher number of reoperations. **Conclusions:** Surgical treatment in DC becomes necessary if refractory to clinical treatment or acute/chronic complications symptoms. The goldstandard is minimum surgery. In our data, the penetrating pattern and free intestinal perforation seem to be important factors in relapse of Crohn's disease.

**Key words:** Crohn's Disease, surgery, relapse.



## INTRODUÇÃO

A doença de Crohn (DC) é uma doença progressiva que se subdivide em 3 fenótipos: inflamatório, estenosante e penetrante. No momento do diagnóstico a maioria dos doentes tem doença inflamatória. No entanto, a história natural da DC é a progressão, ao longo do tempo, para complicações estruturais do tubo digestivo (estenoses e fístulas) que se traduzem em hospitalizações e cirurgias. Em algumas séries, 50 e 70% necessitará de cirurgia durante a evolução da doença e destes, cerca de 33 a 82% apresentará recidiva no *follow-up* do pós-operatório. <sup>(1,2)</sup>. Existe, actualmente, evidência de que a intervenção terapêutica precoce com imunossuppressores e biológicos, dada a sua capacidade de induzir cicatrização completa das lesões da mucosa, pode interromper a progressão inflamação-destruição/fibrose. A alteração da história natural da DC, mediada pela cicatrização da mucosa, associa-se a diminuição das complicações graves. No entanto, o curso da DC é muito variável de doente para doente e ainda não está definido o ponto temporal exato de introdução dos imunossuppressores e/ou biológicos.

Os riscos associados a estas terapêuticas (linfomas e infeções oportunistas) e a dificuldade de prever, a nível individual, a evolução para doença complicada, despoletaram esforços para identificar fatores de riscos que permitam a estratificação dos doentes em grupos de baixo e elevado risco de forma a selecionar, caso a caso, a terapêutica mais apropriada.

Os autores do trabalho preconizaram efetuar a análise da experiência do Serviço de Cirurgia do CHAA no tratamento cirúrgico da DC, avaliando demograficamente a amostra e os fatores de risco clínicos eventualmente preditivos de complicações na DC.

## MATERIAIS E MÉTODOS

O trabalho baseou-se num estudo retrospectivo dos processos clínicos referentes a doentes com episódios de internamento por Doença de Crohn (DC),

no horizonte temporal de Janeiro 2009 a Dezembro 2012. Elaborou-se uma base de dados, cujos parâmetros analisados foram: idade, género, história familiar, hábitos tabágicos, padrão, sintomas, indicação cirúrgica, procedimento cirúrgico, tempo de internamento, recidiva sob a forma de re-intervenção e manifestações extraintestinais. Procedeu-se à análise demográfica e caracterização da população em estudo. Com relação ao motivo da primeira cirurgia (aplicada aos casos de doença complicada com necessidade de intervenção urgente ou de falência do tratamento médico) os pacientes foram divididos em dois grupos: o primeiro grupo com diagnóstico de perfuração e o segundo grupo, sem perfuração. Posteriormente, determinou-se quais os fatores associados à necessidade de intervenção cirúrgica na DC.

Os dados obtidos foram inseridos no programa SPSS 17 e avaliados estatisticamente para valores de *p* estatisticamente significativo se <0,05.

## RESULTADOS

Dos 74 com DC, 59% são do sexo feminino ( $n = 44$ ) e 41% do sexo masculino ( $n = 30$ ). A mediana da idade à data do diagnóstico da patologia foi de 30 anos. Dos doentes analisados, 34% ( $n = 25$ ) eram fumadores.

Em relação ao padrão anatomoclínico, o mais frequente foi o estenosante (46%,  $n = 34$ ) sendo o penetrante o menos frequente (20%,  $n = 15$ ). A localização ileocólica da patologia foi a mais prevalente (47,3%,  $n = 35$ ) (tabela 1).

No que concerne as manifestações clínicas, a dor abdominal (85,1%), a diarreia (60,8%) e as náuseas/vómitos (30,1%) foram os mais predominantes (figura 1). A nível extra-intestinal, a artrite (20,3%) e as alterações orais, como estomatite aftosa (5,4%) foram os mais reportados.

Dos 74 doentes com DC, 56,7% ( $n = 42$ ) necessitaram de tratamento cirúrgico. Foram efetuadas 19 ileocelectomias direitas (45,2%), 10 enterectomias segmentares (23,8%), 6 drenagens de abscessos



TABELA 1 – Distribuição da amostra por segmento do tubo digestivo atingido pela DC

Localização	N; %
Ileocólica	35; 47.3
Ileal	24; 32.4
Cólica	5; 6.8
Anal/perineal	10; 13.5

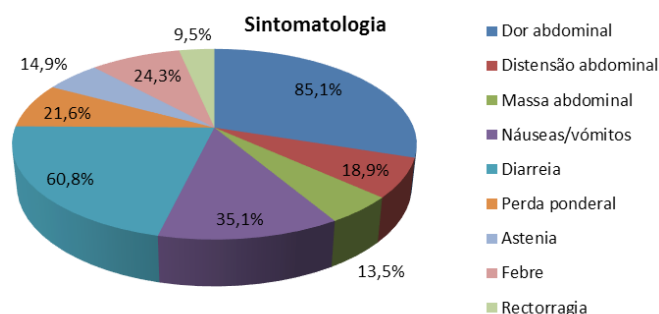


FIGURA 1 – Sinais e sintomas reportados na DC

perianais (14,3%), 4 fistulotomias perianais (9,5%), 1 drenagem de abscesso perianal com operação tipo Hartmann (2,4%), 1 esfínterectomia lateral interna (2,4%) e 1 estenosoplastia (2,4%). O tempo médio de internamento aquando da intervenção cirúrgica foi de 15 dias [1;45]. No padrão estenosante, o tempo de internamento foi, em média, superior (17 dias).

No que concerne ao padrão unicamente inflamatório, 82,6% (n = 19) dos doentes não necessitou de cirurgia durante o período de estudo. No padrão estenosante, 37,1% (n = 13) dos casos não apresentou evolução e/ou indicação para tratamento cirúrgico, ao passo que 62,8% (n = 22) necessitou de 1 ou 2 abordagens cirúrgicas. No padrão penetrante, 68,8% (n = 11) necessitou de 1 ou 2 abordagens cirúrgicas sendo que 33,3% (n = 2) necessitou de 3 ou mais abordagens cirúrgicas (p = 0,002).

A abordagem cirúrgica nos casos que cursaram com perfuração à data do diagnóstico constituiu uma condição universal (13,2%, n = 5). Assim, os pacientes com quadro de perfuração livre necessitaram de uma ou duas intervenções cirúrgicas em 20% casos e três ou mais procedimentos em 80%, com p estatisticamente significativo (p = 0,003).

No que concerne à análise da recidiva da DC, mediante a estratificação por localização anatómica, verificou-se que a necessidade de 1 a 2 cirurgias ocorreu em 15 casos (35,7%) de doença ileocólica, 11 casos (26,2%) de doença ileal e 5 casos (11,9%) de doença cólica. A doença perianal necessitou de 1 a 2 cirurgias em 5 casos (11,9%) e 3 ou mais intervenções em 2 casos (4,8%). (tabela 2)

As ileocectomias direitas (normalmente para doença do ileo terminal) acarretam um baixo risco de recidiva.

O padrão penetrante foi relacionado com maior recidiva (84,6%). Dos 42 pacientes operados, 44,7% apresentou recidiva aos 2 anos e 57,9% aos 10 anos.

O risco de relaparotomia diminui com o aumento da idade à data da cirurgia (redução de 2% de risco por cada ano de idade), bem como com a idade à data do diagnóstico. (figura 2)

A idade à data do diagnóstico e a duração da sintomatologia estão associadas com a recidiva por localização anatómica.

A análise multivariada demonstrou que apenas a idade de início da doença sintomática contribui significativamente para a probabilidade de reintervenção (0.97 por ano de idade).

Os procedimentos urgentes devido a obstrução, perfuração livre, hemorragia grave ou megacólon tóxico não foram relacionados com risco de recorrência.

A maioria das recidivas ocorreu ao nível da anastomose, com inflamação observada numa margem em 43,3% dos casos e em ambas as margens em 18,5% dos casos. Não se registou nenhum caso de tumor oculto.



TABELA 2 – Distribuição da amostra mediante necessidade e número de intervenções cirúrgicas segundo padrão anatomo-clínico e localização

Padrão	Número de cirurgias		
	0	1 a 2	3 ou mais
Inflamatório	19 (82,6%)	4 (13,3%)	–
Estenosante	13 (37,1%)	22 (62,8%)	–
Penetrante	3 (18,7%)	11 (68,8%)	2 (33,3%)
Perfuração	–	4 (80%)	1 (20%)

Localização	Número de cirurgias	
	1 a 2	3 ou mais
Perianal	5; 11,9%	2; 4,8%
Ileocólica	15; 35,7%	–
Ileal	11; 26,2%	–
Perianal e ileocólica	2; 4,8%	1; 2,4%
Perianal e cólica	–	1; 2,4%
Cólica	5; 11,9%	–

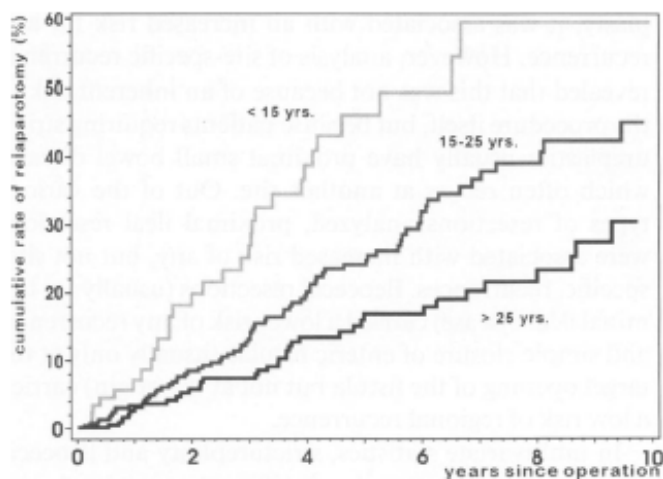


FIGURA 2 – Curva de Kaplan-Meier representativa da incidência de relaparotomia mediante a idade de apresentação da DC, com aumento do risco para idades mais jovens.

## DISCUSSÃO

A DC é uma doença inflamatória crônica transmurais idiopática. Pode acometer qualquer segmento do trato gastrointestinal.<sup>(2,-5, 16,19)</sup>

As taxas globais de recidiva patentes na nossa amostra encontram-se em concordância com os estudos previamente publicados. Assim, a maioria das recidivas ocorreram ao nível das anastomoses prévias.<sup>(1,6,7,-12)</sup>

No que concerne à idade do diagnóstico da doença, a apresentação em idade jovem parece estar associada a uma taxa de necessidade de cirurgia maior, havendo estudos que apontam este fator como independente para um prognóstico pior. Este efeito deletério persiste na idade adulta, sendo que a idade à data da cirurgia ou a duração dos sintomas são menos importantes que a idade de início de sintomatologia.<sup>(1,6,7,-12, 15,19)</sup>

O padrão anatomoclínico normalmente está dividido entre doença limitada ao intestino delgado, ileocólica e cólica. A maioria dos casos de doença proximal está associada ao envolvimento múltiplo, e consequentemente associada a pior prognóstico.

Greenstein et al, introduziram o conceito de 2 formas clínicas de apresentação, a penetrante (cursando com fístula, abscesso ou perfuração livre) e a estenosante. O padrão penetrante parece estar associado a recidiva mais precoce sendo que o padrão de recidiva



tende a ser semelhante ao da manifestação primária. (2,-5, 8-11,16,19)

Na nossa amostra, reportamos um caso de fistula enterocutânea do sigmóide com abscesso perianal tendo-se optado por drenagem do abscesso e colectomia tipo Hartmann. Lautenbach et al concluíram que a perfuração foi fator preditivo para um intervalo temporal menor para que ocorra recidiva da doença ( $p < 0,001$ ). Nos quadros de perfuração, constatou-se que ocorreu maior taxa de recidiva, com necessidade de cirurgia uma ou duas vezes em 80% ( $n = 4$ ) e três ou mais vezes em 20% dos casos ( $n = 1$ ) ( $p = 0,003$ ). (2,-5, 8-11,16,19)

A maioria das recidivas ocorre ao nível da anastomose com inflamação observada, na maioria dos casos numa só margem, normalmente a proximal. (10,11,17)

Na amostra estudada não foi encontrado nenhum caso de tumor oculto, fator apontado por outros estudos, a maior taxa de recidiva. (18)

Com este estudo podemos inferir que apesar da padronização da técnica cirúrgica no nosso serviço, existe variabilidade inter-cirurgião, pelo que julgamos ser pertinente incluir este fator em avaliações posteriores.

Concomitantemente parece interessante analisar o conceito de “cirurgia mínima”. A maioria dos cirurgiões preconiza resseções adequadas para a DC, sem que para tal seja necessário obter margens histologicamente livres. Um estudo recente com follow-up de 3 anos, revelou que múltiplas anastomoses em tecidos com inflamação parecem acarretar um maior risco de recidiva sintomática, a qual não foi passível de avaliar na nossa amostra. (2-5,16,19)

Muito embora as análises multivariadas de outros estudos associem a estenosoplastia a maior probabili-

dade de reintervenção, tal dado não foi passível de ser avaliado na nossa amostra uma vez que se efetuou apenas uma estenosoplastia. Contudo, tal procedimento parece estar mais associado a recidiva pelo padrão de doença inerente e não tanto pelo procedimento per si. Deve ser primeira escolha nos casos em que a resseção única possa ser efetuada sem sacrifício de um grande segmento de delgado, tal como acontece na ileíte terminal. (12,14,15,19)

Outro fator de risco descrito na literatura é o tabagismo, associando-se não só ao risco de desenvolver a doença como também de recidiva após a cirurgia. (1-5,16,19)) Sutherland et al reportaram maior recidiva, aos 10 anos, nos fumadores (70% nos fumadores versus 41% não fumadores). No nosso estudo, não foram demonstradas diferenças estatisticamente significativas, no que concerne à recidiva da doença após cirurgia: 47,7% nos fumadores face a 52,3% nos não fumadores.

## CONCLUSÃO

O tratamento cirúrgico na DC torna-se necessário nos pacientes que apresentam sintomas refratários à terapêutica clínica ou desenvolvem complicações agudas e crónicas.

A opção de cirurgia mínima ou limitada para o tratamento da DC deve ser considerada como o tratamento *gold standard*. A recidiva após cirurgia na DC não implica resolução cirúrgica em virtude do tratamento médico de manutenção da remissão.

Na casuística apresentada, o padrão penetrante e o quadro de perfuração intestinal livre parecem ser fatores importantes na recidiva da doença de Crohn.



## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Lautenbach E, Berlin JÁ, Lichtenstein GR, et al. Risk factors for early postoperative recurrence of Crohn's disease. *Gastroenterology* 1998;115:259-2672.
2. Schraut WH. The surgical management of Crohn's disease. *Gastroenterol Clin N Am* 2002; 31: 255-263.
3. Hanauer SB, Willian S, et al. Management of Crohn's disease in adults. *American Journal Gastroenterology* 2001; 96(3):635-643.
4. John M Hwang, Madhulika G Varma. Surgery for inflammatory bowel disease. *World J Gastroenterol* 2008 May 7; 14(17): 2678-2690 *World J Gastroenterol* 2008 May 7; 14(17): 2678-2690
5. Baumgart DC, Sandborn WJ. Inflammatory bowel disease: clinical aspects and established and evolving therapies. *Lancet* 2007;369: 1641-1657.
6. Stefan Post, Christian Herfarth, Erko B, Gundi Timmermanns, Hardy Schumacher, Guido Schurmann, Markus Golling. The Impact of Disease Pattern, Surgical Management, and Individual Surgeons on the Risk for Relaparotomy for Recurrent Crohn's Disease. *ANNALS OF SURGERY* 1996 Vol. 223, No. 3, 253-260
7. Idblan Carvalho Albuquerque, Rodrigo Britto Carvalho, Juliana Magalhães Lopes, André Luigi Pincinato, Elisângela Plazas Monteiro, Galdino José Sionio Formiga. Doença de Crohn – Fatores de Risco para Recidiva no Pós-Operatório. *Rev bras Coloproct*, 2008; 28(1): 36-39
8. Sachar DB, Subramani K, Mauer K, et al. Patterns of postoperative recurrence in fistulizing and stenotic Crohn's disease. *J Clin Gastroenterol* 1996; 22 (2): 114-6.
9. Yamamoto T. Factors affecting recurrence after surgery for Crohn's disease. *World J Gastroenterol* 2005;11(6):3971-3979
10. De Dombal FT, Burton I, Goligher JC. Recurrence of Crohn's disease after primary excisional surgery. *Gut* 1971;12:519-527.
11. Fischera A, Lovadina S, Rubin M, et al. Patterns and operative treatment of recurrent Crohn's disease: a prospective longitudinal study. *Surgery* 2006; 140 (4): 649-654.
12. Hashemi M, Novell JR, Lewis AAM. Side-to-side stapled anastomosis may delay recurrence in Crohn's disease. *Dis Colon Rectum* 1998;41:1293-1296.
13. Tatiana Riccetto Canavezzi, Raul Marques Bispo Júnior. Técnica cirúrgica empregada em obstrução intestinal por doença de Crohn *Perspectivas Médicas*, vol. 16, 2005, pp. 40-42.
14. Sanjay Jobanputra and Eric G. Weiss. Strictureplasty. *Clinics in Colon and Rectal Surgery* 2007. Volume 20, Number 4
15. Lynne V McFarland, John M Hwang, Madhulika G Varma. Surgery for inflammatory bowel disease. *World J Gastroenterol* 2008 May 7; 14(17): 2678-2690
16. Wexner SD, Rosen L, Lowry A, Roberts PL, Burnstein M, Hicks T, Kerner B, Oliver GC, Robertson HD, Robertson WG, Ross TM, Senatore PJ Jr, Simmang C, Smith C, Vernava AM 3rd, Wong WD. Practice parameters for the treatment of mucosal ulcerative colitis-supporting documentation. The Standards Practice Task Force. The American Society of Colon and Rectal Surgeons. *Dis Colon Rectum* 1997; 40: 1277-1285
17. Berg DF, Bahadursingh AM, Kaminski DL, Longo WE. Acute surgical emergencies in inflammatory bowel disease. *Am J Surg* 2002; 184: 45-51
18. Winawer S, Fletcher R, Rex D, Bond J, Burt R, Ferrucci J, Ganiats T, Levin T, Woolf S, Johnson D, Kirk L, Litin S, Simmang C. Colorectal cancer screening and surveillance: clinical guidelines and rationale-Update based on new evidence. *Gastroenterology* 2003; 124: 544-560
19. Scott A Strong. Surgical management of Crohn's disease. *Surgical Treatment: Evidence-Based and Problem-Oriented*.

### Correspondência:

DIANA TEIXEIRA

e-mail: teixeira.diana@gmail.com

### Data de recepção do artigo:

21/02/2014

### Data de aceitação do artigo:

28/11/2014

