

TRATAMENTO CIRÚRGICO

ALEXANDRE DUARTE

Serviço de Cirurgia 1, Hospitais da Universidade de Coimbra, Coimbra, Portugal.

O tratamento cirúrgico, na doença de Crohn, surge como uma alternativa válida para a resolução de complicações agudas ou alívio de sintomas, e torna-se necessário em 70 a 80% dos doentes, pelo menos uma vez, ao longo da vida (1).

A prevalência da doença nos segmentos mais proximais do tubo digestivo é baixa, variando no estômago e duodeno entre os 0,5 e 4% (2, 3, 4 e 5). A indicação para cirurgia, na maioria dos casos, são os sintomas obstrutivos, sendo a dor refractária, a hemorragia e a perfuração menos frequentes (4, 5, 6 e 7). As técnicas cirúrgicas que envolvem ressecção têm indicações muito limitadas devido a uma morbimortalidade muito elevada, nalgumas séries quatro vezes superior á estenosoplastia ou "by-pass". A gastrojejunosomia, duodenojejunosomia, gastroduodenostomia e a estenosoplastia acompanham-se de morbimortalidade aceitável sendo a sua complicação mais frequente o atraso de esvaziamento, que se estabelece em cerca de um quarto dos casos (5 e 8). O uso sistemático de vagotomia, para prevenir as úlceras da boca anastomótica, é controverso, não estando provado o seu interesse (4, 5, 9).

Para a doença com sede intestinal a ressecção constitui a melhor opção cirúrgica, particularmente se a localização é ileo-cecal e é a primeira intervenção. O tipo de anastomose não parece afectar a taxa de recorrência (1,10,11), no entanto uma anastomose ampla latero-lateral tende a relacionar-se com uma melhor evolução (12). A presença de doença microscópica nas margens de ressecção condiciona a mesma taxa de recorrência que margens histologicamente saudáveis (13). A aceitação das estenosoplastias como forma de tratamento da doença estenosante veio diminuir muito o risco de desenvolvimento de síndrome do intestino curto, sem acréscimo da taxa de recorrência (14). O "By-pass", pelo risco de aparecimento de neoplasias no segmento excluído deve ser evitado.

Quando a doença envolve o cólon, as opções terapêuticas variam entre a ileostomia derivativa e a colectomia total. A escolha do procedimento depende da extensão e localização da doença, da urgência da intervenção e do estado geral do doente.

A ileostomia derivativa tem, nos dias de hoje, indicações mais limitadas do que há uma década atrás, podendo ser utilizada como forma terapêutica em indivíduos que não toleram cirurgia extensa de ressecção, ou temporariamente como forma de promover a cicatrização de

doença cólica ou anoperineal com vista a ressecções mais limitadas (15). Em doença localizada (menos de 20cm de extensão) a ressecção segmentar é a opção mais adequada (16), embora se acompanhe de uma taxa de recorrência bastante elevada (62% aos cinco anos) (17). A colectomia total com anastomose ileo-rectal deve estar reservada para os doentes que têm doença de Crohn cólica extensa com o recto poupado, situação que pode surgir em 25 a 50% dos casos. Com esta cirurgia, ao fim de 10 anos, 64% dos doentes podem vir a desenvolver doença no recto e/ou intestino delgado (18,19). A colectomia total com ileostomia terminal surge como opção quando há envolvimento intenso e refractário da região anorectal e eventualmente perineal. Nestes casos, a probabilidade de reaparecimento de doença, varia entre os 3,3 e os 46% (16, 20, 21), sendo quase sempre nos últimos 25 cm de intestino incluindo a ileostomia. Num pequeno número de doentes podem surgir problemas na cicatrização da ferida perineal, com períodos de atraso que chegam a atingir o ano, ou mesmo ausência de encerramento completo da ferida. O recurso a colectomia total com anastomose ileoanal e bolsa ileal deve ser evitada dado o elevado risco de "bolsite" com todas as consequências que esta situação acarreta.

Em todos estes procedimentos a escolha do método de abordagem, laparotomia ou laparoscopia, depende da experiência do cirurgião, sendo que a última, comparativamente á primeira, se acompanha de uma diminuição da dor no pós operatório, do tempo de internamento, do período de incapacidade para o trabalho e da probabilidade de desenvolvimento de bridas e aderências. (22)

O tratamento da doença de Crohn com localização anoperineal continua controverso. Historicamente, o receio da incapacidade de cicatrização e de incontinência fecal, condicionava a terapêutica a pequenos gestos apenas com o objectivo de controlar a sepsis. Actualmente, o advento de novas e eficazes opções medicamentosas, veio permitir maior agressividade na abordagem cirúrgica desta região. As situações mais frequentes e respectivas soluções cirúrgicas encontram-se resumidas no Quadro I.

Todas estas situações devem ser alvo de terapêutica combinada cirúrgica e médica, sendo esta última necessariamente agressiva, de preferência com abordagem do tipo "top-down", não só para obter a cicatrização mas fundamentalmente para a manter a longo prazo. A

Terapêutica Cirúrgica

doença de Crohn é dos exemplos mais evidentes da necessidade de uma estreita colaboração entre gas-

trenterologista e cirurgião colorectal para a obtenção de bons e duradouros resultados no tratamento.

Quadro 1 - Situações mais frequentes e tratamento cirúrgico na Doença de Crohn.

Patologia	Opção terapêutica
Mariscas	Excisar se forem dolorosas, interferirem severamente com a higiene ou houver suspeita de malignidade
Fissura	Esfínterectomia lateral interna alfiatizada se muito sintomática e hipertonia esfínteriana presente Retalho cutâneo de avanço se muito sintomática ausência de hipertonia e doença em remissão
Abcesso	Dimensão reduzida: drenagem por punção. Grande dimensão e/ou recidivante: drenagem ampla (desbridar se necessário) e procurar trajecto fistuloso
Fístula	Superficial ou interesfíntérica - fistulotomia Transesfíntérica ou complexa - Fistulotomia/"seton" não cortante Extra ou Supra esfínteriana - retalho endorectal se mucosa rectal normal, caso contrário "seton" não cortante
Estenose Anal	Dilatação digital Retalho cutâneo de avanço se ausência de actividade da doença e esfínter funcional Diversão fecal com ou sem proctectomia
Incontinência fecal	Reparação do esfínter nas lesões iatrogénicas se ausência de doença activa Estoma derivativo se destruição muscular

BIBLIOGRAFIA

- Hancock L, Windsor AC, Mortensen NJ. Inflammatory bowel disease: the view of the surgeon. *Colorectal disease*,8 (Suppl. I), 10-14, 2006.
- Farmer RG, Whelan G, Fazio VW. Long-term follow-up of patients with Crohn's disease: Relationship between the clinical pattern and prognosis. *Gastroenterology* 8: 1818-1825, 1985.
- Fielding JF, Toye KM, Beton DC, et al. Crohn's disease of the stomach and duodenum. *Gut* 11: 1001-1006, 1970.
- Nugent FW, Roy MA. Duodenal Crohn's disease: An analysis of 89 cases. *Am J Gastroenterol* 84: 249-254, 1989.
- Yamamoto T, Bain IM, Connolly AB, et al. Outcome of strictureplasty for duodenal Crohn's disease. *Br J Surg* 86:259-262, 1999.
- Farmer RG, Hawk WA, Turnbull RB. Crohn's disease of the duodenum (transmural duodenitis): Clinical manifestations. Report of 11 cases. *Am J Dig Dis* 17: 191-198, 1972.
- Paget ET, Owens MP, Peniston WO, et al. Massive upper gastrointestinal tract hemorrhage: A manifestation of regional enteritis of the duodenum. *Arch Surg* 104: 397-400, 1972.
- Worsey MJ, Hull T, Ryland L, et al. Strictureplasty is an effective option in the operative management of duodenal Crohn's disease. *Dis Colon Rectum* 42: 596-600, 1999.
- Murray JJ, Schoetz DJ, Nugent FW, et al: Surgical management of Crohn's disease involving the duodenum. *Am J Surg* 147: 58-65, 1984.
- Hurst RD, Michelassi F: Strictureplasty for Crohn's disease: Techniques and long-term results. *World J Surg* 22: 359-363, 1998
- Ihasz M, Mester E, Refi M: Experience in surgical management of Crohn's disease. *Am J Proctol* 26: 47-62, 1975.
- Munoz-Juarez M, Yamamoto T, Wolff B, et al: Wide lumen stapled anastomoses vs conventional end-to-end anastomoses in the treatment of Crohn's disease. Presented at the Annual Meeting of the American Society of the Colon and Rectal Surgeons. Washington DC, June, 1999.
- Fazio VW, Marchetti F, Church JM, et al. Effect of resection margins on the recurrence of Crohn's disease in the small bowel. *Ann Surg* 224: 563-573, 1996.
- Jawahri A, Kamm MA, Ong C, et al. Intra-abdominal and pelvic abscess in Crohn's disease: results of noninvasive and surgical management. *Br J Surg* 85: 367-371, 1998.
- Winslet MC, Andrews H, Allan RH, et al. Fecal diversion in the management of Crohn's disease of the colon. *Dis Colon Rectum* 36: 757-762, 1993.
- Goligher J C. Surgical treatment of Crohn's disease affecting mainly or entirely The large bowel. *World J Surg* 12: 186-190, 1988
- Longo WE, Ballantyne GH, Cahow CE. Treatment of Crohn's colitis. Segmental or total colectomy? *Arch Surg* 123: 588-590, 1988.
- Chevallier JM, Ratelle R, Frileux P, et al. Total colectomy and ileo-rectal anastomoses in Crohn's colitis. Functional results and recurrence factors (83 cases). *Gastroenterol Clin Biol* 17: 723-732, 1993
- Ambrose NS, Keighley MR, Alexander-Williams J, Allan RN. Clinical impact of colectomy and ileo-rectal anastomoses in the management of Crohn's disease. *Gut* 25: 223-227, 1984.
- Fichera A, McCormack R, Rubin MA, Hurst RD, Michelassi F. Long-term outcome of surgically treated Crohn's colitis: a prospective study. *Dis Colon Rectum* 48: 963-969, 2005.
- Regueiro M, Mardini H. Treatment of perianal fistulizing Crohn's disease with infliximab alone or as an adjunct to exam under anesthesia with seton placement. *Inflamm Bowel Dis* 9: 98-103, 2003.
- Levien PY, Fazio VW, Church JM, et al. Vaginal fistula following restorative proctocolectomy. *Dis Colon Rectum* 40: 752, 1997