

ESTOMIAS NA DOENÇA DE CROHN

MAGALY GEMIO TEIXEIRA - TSBCP
MARISTELA G. ALMEIDA - TSBCP
WILLIAM GEMIO JACOBSEN TEIXEIRA
ANGELITA HABR-GAMA - TSBCP

TEIXEIRA MG, ALMEIDA MG, TEIXEIRA WGJ & HABR-GAMA A - Estomias na doença de Crohn. *Rev bras Coloproct*, 1999; 19(2): 122-126

RESUMO: Foram estudados 232 doentes com diagnóstico de doença de Crohn no período de setembro/84 a março/98. Destes, 143 foram submetidos a 270 operações abdominais. Foram realizadas quer como procedimentos isolados quer associados a ressecções intestinais, 82 estomias sendo 20 ileostomias terminais definitivas, 30 temporárias, sendo 17 terminais e 13 em alça; 12 colostomias definitivas e 20 temporárias, sendo oito terminais e 12 em alça. Todos os doentes que foram submetidos a estomias, à exceção de 4, apresentavam doença perianal. Cinquenta e uma estomias foram realizadas associadamente a ressecções intestinais, 17 como tratamento da doença de Crohn não associada a outro tipo de procedimento, oito para correção de complicações da própria estomia e seis para proteção de anastomose. Foram indicadas 22 operações com o objetivo de restabelecer o trânsito intestinal, sem êxito em um doente. Dos 57 doentes submetidos a algum tipo de estomia, 45 (78,9%) permanecem com estomia até a presente data, 11 (19,3%) estão com o trânsito intestinal restabelecido e um (1,8%) faleceu por progressão da doença de Crohn. **Conclusões:** 1. A doença de Crohn foi responsável por número elevado de operações das quais 38,5% associaram-se a estomias; 2. A doença perianal foi o fator mais importante como causa de estomia definitiva; 3. Estomias não devem ser indicadas como forma isolada de tratamento; 4. A maioria dos doentes (80,7%) em que a estomia foi indicada, mesmo em caráter temporário, permaneceu definitivamente com a mesma; 5. As estomias apresentaram número importante de complicações.

UNITERMOS: doença de Crohn; estomia; ileostomia; colonostomia; cirurgia

A doença de Crohn representa importante problema de saúde pública pela incidência e prevalência em ascensão, por acometer adultos jovens, na fase mais produtiva de suas vidas, e pelos altos custos envolvidos em seu tratamento. A probabilidade de um doente necessitar de tratamento cirúrgico

Trabalho apresentado sob a forma de Tema Livre e classificado no 47º Congresso Brasileiro de Coloproctologia.
Trabalho realizado na Disciplina de Coloproctologia, Ambulatório de Doenças Inflamatórias Intestinais, Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo - SP.

está diretamente relacionada ao tempo de evolução da doença⁽¹⁾. Estima-se que todos os doentes necessitarão de pelo menos uma operação ao longo da vida. Como a doença, até o presente momento, é considerada crônica e incurável e a operação indicada apenas para solucionar suas complicações, muitos doentes necessitarão mais de uma intervenção cirúrgica.

Há associação com complicações perianais em aproximadamente 58,5% dos doentes⁽²⁾. Estas complicações associadas a fístulas de diversos tipos podem se constituir em motivo para indicação de feitura de estomias, quer definitivas ou temporárias. As estomias desfuncionalizantes são indicadas por muitos cirurgiões por dificuldade técnica para resolver a complicação intra-operatória ou motivados pela esperança de que este procedimento possa levar ao fechamento de fístulas ou resolver doença perianal extensa. As estomias, no entanto, não são desprovidas de complicações. Associam-se a complicações provocadas pela evolução da doença, por falhas de ordem técnica na sua feitura e por deiscências no momento do fechamento ou reconstrução do trânsito intestinal.

O estudo do índice de complicações deste procedimento cirúrgico em nosso meio pode colaborar para motivar indicações mais precisas diminuindo assim o sofrimento destes doentes. Com este objetivo estudamos 232 doentes com doença de Crohn e os avaliamos quanto a indicação do procedimento, resolução da sintomatologia pela qual foram indicadas, bem como das eventuais complicações inerentes ao procedimento ou à evolução da própria doença.

CASUÍSTICA E MÉTODOS

Foram estudados 232 doentes com diagnóstico de doença de Crohn no período de setembro/84 a março/98, atendidos no Ambulatório de Doenças Inflamatórias Intestinais da Disciplina de Coloproctologia do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Quanto ao gênero, 136 eram femininos e 96 masculinos. A idade média de início da sintomatologia foi de 30,1 anos. A distribuição dos doentes segundo a localização da doença de Crohn intestinal figura na Tabela 1.

O tempo médio entre o início da sintomatologia e o diagnóstico foi de 3,1 anos.

Cento e quarenta e três doentes foram submetidos a 270 operações abdominais. A distribuição dos doentes segundo

as operações eletivas realizadas de acordo com a localização da doença figura na Tabela 2 e dos doentes operados em caráter de urgência na Tabela 3.

Tabela 1 - Distribuição dos doentes segundo a localização da doença de Crohn intestinal.

Localização	Nº de doentes
Delgado	58
Delgado + CPA	20
Cólon	18
Cólon + CPA	55
Delgado + cólon	26
Delgado + cólon + CPA	49
CPA	6
Total	232

Tabela 2 - Distribuição dos doentes segundo as operações eletivas realizadas de acordo com a localização da doença de Crohn.

Localização	Número de operações							Total
	1ª	2ª	3ª	4ª	5ª	6ª	7ª	
Delgado (D)	29	11	6	3	0	0	0	49
Cólon (C)	31	15	8	7	1	0	0	62
D + C	42	18	10	8	2	2	1	83
PA	1	1	1	1	0	0	0	4
Total	103	45	25	19	3	2	1	198

PA = perianal.

Tabela 3 - Distribuição dos doentes segundo as operações realizadas em caráter de urgência de acordo com a localização da doença de Crohn.

Localização	Operações						Total
	1ª	2ª	3ª	4ª	5ª	6ª	
Delgado	18	6	0	1	2	2	29
Cólon	6	2	0	0	1	0	9
D + C	11	5	4	3	1	0	24
PA	0	0	0	0	0	0	0
Total	35	13	4	4	4	2	62

Os doentes que foram submetidos a algum tipo de estomia ao longo da evolução foram avaliados quanto a indicação da operação que motivou a estomia, número de estomias realizadas por doente, complicações relacionadas ao procedimento, resultado da estomia em relação à doença de Crohn, tempo de permanência com a estomia e complicações relacionadas ao seu fechamento ou reconstrução do trânsito intestinal.

O tempo médio de seguimento destes doentes foi de 8,8 anos.

RESULTADOS

Dos 143 doentes operados, 57 foram submetidos a algum tipo de estomia. Foram realizadas 82 estomias no período de estudo. Trinta e nove doentes foram submetidos a apenas uma estomia. Dezoito doentes quer por complicações, quer por evolução da doença foram submetidos a operações que envolveram a feitura de estomia mais de uma vez, sendo 12 a duas, cinco a três e um a quatro.

As indicações para as operações que resultaram em estomias figuram na Tabela 4.

Tabela 4 - Distribuição dos doentes segundo a indicação operatória que motivou a feitura da estomia.

Indicações	Nº doentes
Intratabilidade + CPA	37
Fístulas + CPA	7
CPA	6
Perfuração	6
Proteção de anastomose	6
Tratamento de deiscência de sutura	3
Obstrução + CPA	2
Intratabilidade	2
Fístulas	1
Tumor	1
Hemorragia	1
Abdome agudo inflamatório	1
Incapacidade de reconstr. trânsito	1
Complicações da estomia	8
Total	82

CPA = complicação perianal; reconstr. = reconstrução.

Foram indicadas oito reoperações com feitura de nova estomia para correção das seguintes complicações: afundamento da ileostomia em alça[1], hérnia paracolostômica[4], prolapso de colostomia[1], fístula pericolostômica[1], abscesso para-ileostômico⁽¹⁾.

As 82 estomias foram realizadas quer como procedimentos isolados quer associados a ressecções intestinais, sendo 50 ileostomias e 32 colostomias. As ileostomias foram definitivas em 20 casos e temporárias em 30, sendo 17 terminais e 13 em alça. As colostomias foram definitivas em 12 operações e temporárias em 20, sendo oito terminais e 12 em alça.

Todos os doentes que foram submetidos a estomias (92,9%), à exceção de quatro, apresentavam doença perianal. Cinquenta e uma estomias foram realizadas associadamente a ressecções intestinais, 17 como tratamento da doença de Crohn não associada a outro tipo de procedimento, oito para correção de complicações da própria estomia e seis para proteção de anastomose.

Vinte e duas operações foram indicadas com o objetivo de restabelecer o trânsito intestinal, sendo quatro para fechamento de colostomia, oito para fechamento de ileostomia e 10 para reconstrução do trânsito intestinal.

As quatro operações, indicadas para fechamento de colostomia, evoluíram sem complicações pós-operatórias imediatas, mas com recidiva da doença perianal em 100%

dos doentes. Das oito operações realizadas para fechamento de ileostomia, um doente apresentou deiscência da anastomose e evoluiu para fístula êntero-cutânea, motivando mais três reoperações, dois evoluíram para recidiva da doença perianal e um para progressão da doença intestinal. As quatro estomias indicadas para proteção de anastomose não apresentaram complicações.

Foram realizadas 10 operações para reconstrução do trânsito intestinal, tendo sido realizadas seis anastomoses do tipo íleo-anal com reservatório ileal em J (AIA), duas íleo-reto-anastomoses e uma anastomose colorretal. Um doente foi operado com objetivo de reconstrução do trânsito intestinal sem sucesso e permaneceu com colostomia. Um dos seis doentes submetidos a reconstrução do trânsito intestinal através de AIA perdeu o reservatório por progressão da doença de Crohn e permaneceu com ileostomia definitiva.

Dos 57 doentes submetidos a algum tipo de estomia, 45 (78,9%) permanecem com estomia até a presente data, 11 (19,3%) estão com o trânsito intestinal restabelecido e um (1,8%) faleceu por progressão da doença de Crohn. Dos doentes que permaneceram com colostomia, cinco são em alça e sete terminais provisórias. Deste grupo, dois doentes foram operados há menos de 12 meses. Dentre os demais, todos estão com estomas há no mínimo quatro anos e no máximo há 14 anos, portanto, com baixa probabilidade de restabelecimento do trânsito intestinal. Dos cinco doentes que permanecem com ileostomias provisórias, um foi operado há um ano e os demais há três anos.

DISCUSSÃO

A doença de Crohn atinge adultos jovens na fase mais produtiva de suas vidas, prejudicando a vida escolar, interferindo com relacionamento social e impedindo muitos de entrarem ou permanecerem no mercado de trabalho⁽¹¹⁾. Há evidências de que a incidência está aumentando em todo o mundo. Em nosso meio, o número de doentes estudados nesta casuística corrobora aquela afirmação.

A etiologia permanece desconhecida e o tratamento clínico é paliativo. Envolve medicamentos de alto custo e internações hospitalares múltiplas, muitas vezes, associadas a nutrição parenteral prolongada. Este ônus é dividido entre o doente, seus familiares e o Estado.

A doença de Crohn é processo crônico, que evolui por episódios de exacerbação e remissão espontâneos. Caracteriza-se por acometer todo o tubo digestivo, com preferência por manifestações macroscópicas em intestino delgado e/ou grosso. É transmural, ou seja, atinge todas as camadas intestinais, determinando fístulas e áreas de espessamento da parede intestinal com diminuição da luz. Estas características justificam o quadro clínico expresso por episódios de suboclusão intestinal e formação de trajetos fistulosos que se comunicam com outras alças intestinais, vísceras ou parede abdominal. As complicações perianais são freqüentes principalmente quando a lesão é colônica e tendem a ser múltiplas, podendo determinar incontinência anal⁽¹²⁾.

O tratamento cirúrgico é indicado para resolver as complicações que se estabelecem ao longo da evolução da

doença. Considera-se que a probabilidade de um doente necessitar de tratamento cirúrgico é diretamente proporcional ao tempo de evolução da doença.

A intratabilidade clínica associada a doença perianal é a principal indicação para a feitura de estomia. Das 270 operações realizadas para o tratamento da doença de Crohn, 104 (38,5%) associaram-se a feitura de algum tipo de estomia, correção de suas complicações e restabelecimento do trânsito intestinal. As estomias representaram papel importante como técnica cirúrgica e no número total de procedimentos realizados. Post et al.⁽¹⁰⁾ relataram 28,3% de procedimentos relacionados a estomias em 1.090 admissões hospitalares para tratamento cirúrgico da doença de Crohn. Hurst et al.⁽⁷⁾ relataram a necessidade de estomia em 34% de 513 doentes operados com doença de Crohn.

A explicação para o alto número de estomias, em nosso meio, poderia ser devida a vários fatores:

1. Indicação tardia da operação

A insistência em manter o tratamento clínico por tempo prolongado, a despeito da falta de resposta clínica, determina a instalação de complicações que acabam por dificultar o ato cirúrgico, impedindo muitas vezes a realização de ressecção com anastomose primária. A peritonite decorrente de perfuração intestinal é, por exemplo, razão para contra-indicar anastomose primária;

2. Desnutrição

A desnutrição é freqüente nos doentes com doença de longa duração. Em nosso meio, onde os recursos disponíveis na área de saúde são menores e o poder aquisitivo baixo, a incidência e a intensidade da desnutrição são significativas. Doentes operados na vigência de quadros de desnutrição acabam necessitando de estomia de proteção para as anastomoses. Em casos mais graves, evita-se a anastomose primária e após ressecção intestinal, as bocas são exteriorizadas com estomias para ulterior restabelecimento do trânsito intestinal, quando as condições clínicas do doente o permitirem.

3. Derivação intestinal como tratamento para a doença de Crohn

Alguns doentes foram encaminhados ao nosso serviço com estomias previamente feitas com o objetivo de tratar a doença de Crohn. A idéia de que a doença perianal ou colônica possa melhorar com a derivação intestinal associada a dificuldade técnica de abordagem cirúrgica destes doentes têm motivado muitos cirurgiões a utilizarem estomias no tratamento da doença de Crohn. Este raciocínio motivou a feitura de 17 estomias desta casuística. A derivação pode determinar melhora temporária da doença perianal diminuindo o componente de sepse. Mas uma vez reconstituído o trânsito intestinal as manifestações perianais tornam a se manifestar. Esta é a razão pela qual a estomia não deve ser indicada como

forma única de tratamento devendo sempre estar associada a ressecção intestinal, tratamento local de fístulas ou proctectomia.

Outras causas favorecem a necessidade da feitura de estomia. Segundo Heimann et al.⁽⁶⁾ doentes submetidos a operações múltiplas têm maior probabilidade de necessitar de ileostomia. O fator mais importante associado a necessidade de estomia definitiva foi a presença de doença perianal associada a incontinência fecal e a doença no reto. Vários autores têm identificado a doença perianal múltipla associada a comprometimento retal como risco aumentado para a necessidade de feitura de estomia^(7, 10). Verificou-se ainda que sexo, idade de início da doença e presença de fístulas intra-abdominais não se associavam a risco aumentado de estomia⁽¹⁰⁾. Ressecção intestinal seguida de anastomose primária pode ser realizada sem riscos aumentados de deiscência mesmo nos doentes que estejam recebendo corticóides. Apenas nos casos pouco freqüentes de perfuração com peritonite há indicação para exteriorização das alças intestinais ou para feitura de operação de Hartmann. As estomias foram indicadas ainda no tratamento das deiscências de suturas.

A estomia não é procedimento simples e desprovido de complicações. Antes de se indicar uma estomia é importante considerar que, nos casos de doença intestinal não inflamatória e quando a estomia é indicada como protetora de anastomose, o índice de complicações é elevado e aproximadamente metade dos doentes não terão suas estomias fechadas^(5, 9). Carlsen et al.⁽⁴⁾ estudaram 358 ileostomias terminais durante período de 10 anos e verificaram estenose da ileostomia em 10,3%, fístulas periileostômicas em 9,4% e dermatite em 8% dos doentes, sendo que todas as complicações foram mais freqüentes em doentes com Crohn. Outras complicações foram menos freqüentes, como retração da ileostomia (2,7%), prolapso (1,8%) ou hérnia paraileostômica (1,8%). É preciso ter em mente que na doença de Crohn, mesmo as estomias consideradas temporárias, pela gravidade e progressão da doença, acabam por se tornar definitivas conforme observamos neste trabalho. Esta é mais uma razão pela qual a indicação deste procedimento deva ser extremamente criteriosa. Corroborando esta assertiva, Williamson e Hughes⁽¹³⁾ relataram dois casos de derivação intestinal que acabaram por provocar sintomatologia intensa no intestino desfuncionalizado que aparentava normalidade por ocasião do procedimento. Nos dois casos, a doença colônica foi conseqüente a retenção de secreção purulenta no cólon conseqüente a estenose anal.

As estomias realizadas com o objetivo de proteger anastomoses ou de tratar deiscências de sutura não apresentaram complicações, nem por ocasião da feitura nem quando do seu fechamento ou reconstrução de trânsito.

A estomia traz grande impacto na vida diária dos doentes, com a perda da função de continência anal, imagem corporal alterada, preocupação com higiene pessoal, afastando o doente do convívio social e prejudicando a vida sexual. Com o objetivo de diminuir o efluente e o odor, até 40% dos doentes praticam alguma forma de restrição alimentar⁽²⁾. É aconsel-

selhável que estes doentes recebam acompanhamento psicológico especializado para a fase inicial de adaptação e ao longo do seguimento⁽³⁾.

As complicações da ileostomia podem ocorrer muitos anos depois da operação. O estudo de 150 ileostomias terminais definitivas demonstrou que a incidência das complicações atinge 59% dos doentes com doença de Crohn após 20 anos⁽⁸⁾. As complicações mais freqüentes foram dermatites, obstrução intestinal, retração e hérnia paraileostômica⁽⁸⁾.

A proctocolectomia com estomia definitiva representa procedimento radical para o tratamento da complicação perianal. A tentativa de resolver fístulas perianais e retovaginais, fissuras, úlceras e pilomas inflamatórios é válida principalmente em doentes jovens que naturalmente têm dificuldade em aceitar uma estomia. A qualidade de vida melhora nestes doentes a partir da aceitação da ileostomia definitiva. Uma vez estabelecida a incontinência anal não há razão para preservar o reto, que jamais será reutilizado. Há ainda a probabilidade de aparecer neoplasia no reto desfuncionalizado.

As complicações das colostomias (18,75%) foram mais freqüentes que as das ileostomias (2%). A maior incidência de complicações associadas a ileostomia já havia sido relatada por outros autores⁽¹⁰⁾.

Número elevado de doentes em nossa casuística permanecia com estomia ao final deste estudo, representando 19,8% dos 232 doentes com doença de Crohn por nós atendidos e 32,2% dos 143 operados. É importante enfatizar que mesmo as estomias feitas em caráter provisório acabam por tornar-se definitivas na presença de complicações perianais não resolvidas. Andrews et al.⁽⁴⁾, ao final de período de estudo de 42 anos totalizando 360 doentes, verificaram que 76% dos doentes haviam sido operados e 41% permaneceram com estomia definitiva.

CONCLUSÕES

1. A doença de Crohn foi responsável por número elevado de operações das quais 38,5% associaram-se a estomias.
2. A doença perianal foi o fator mais importante como causa de estomia definitiva.
3. Estomias realizadas sem ressecção intestinal concomitante não resolveram a sintomatologia e, portanto, não devem ser indicadas como forma isolada de tratamento.
4. A maioria dos doentes (80,7%) em que a estomia foi indicada, mesmo em caráter temporário, permaneceu definitivamente com a mesma.
5. As estomias são procedimentos cirúrgicos que apresentam número importante de complicações, sendo que as colostomias tendem a apresentar maior índice de complicações que as ileostomias.

TEIXEIRA MG, ALMEIDA MG, TEIXEIRA WGJ & HABR-GAMA A - Stomas in Crohn's disease.

SUMMARY: Two hundred thirty-two consecutive patients with Crohn's disease were studied between September 1984 and March

1998. One hundred forty-three patients were operated on and 270 abdominal surgeries were performed. Eighty-two stomas have been done as isolated procedure or associated with bowel resection, 20 definitive terminal ileostomies, 30 temporary ileostomies, 17 terminal and 13 loop ileostomies; 12 definitive colostomies and 20 temporary of which 8 were terminal and 12 loop colostomies. All patients in whom a stoma was created, except 4, had perianal disease. Fifty-one stomas were associated with intestinal resection, 17 as isolated procedure, 8 to solve stoma's complications and 6 to protect anastomosis. Twenty-two surgeries were performed to establish intestinal continuity, one without success. Forty-five patients (78.9%) still have a stoma, 11 (19.3%) are stoma free and one patient died because of Crohn's disease progression. Conclusions: 1. Crohn's disease was responsible for a high number of surgeries of which 38.5% were associated with stoma creation; 2. Perianal disease was the major cause of definitive stoma; 3. Stoma should not be performed as an isolated form of treatment; 4. Most of the patients (80.7%) remained with a stoma at the end of this study; 5. Stoma was associated with a high number of complications.

KEY WORDS: Crohn's disease; stoma; ileostomy; colostomy; surgery

REFERÊNCIAS

1. Andrews HA, Lewis P, Allan RN. Prognosis after surgery for colonic Crohn's disease. *Br J Surg* 1989; 76: 1184-1190.
2. Awad RW, El-Gohary TM, Skilton JS, Elder JB. Life quality and psychological morbidity with an ileostomy. *Br J Surg* 1993; 80: 252-253.
3. Bekkers MJTM, van Knippenberg FCE, van Dulmen AM, van den Borne HW, van Berge Henegouwen GP. Survival and psychosocial adjustment to stoma surgery and nonstoma bowel resection: a 4-year follow-up. *J Psychosom Res* 1997; 42: 235-244.
4. Carlsen E, Bergan A. Technical aspects and complications of end-ileostomies. *World J Surg* 1995; 19: 632-636.
5. Gooszen AW, Geelkerken RH, Hermans J, Lagaay MB, Gooszen HG. Temporary decompression after colorectal surgery: randomized comparison of loop ileostomy and loop colostomy. *Br J Surg* 1998; 85: 76-79.
6. Heimann TM, Greenstein AJ, Lewis B, Kaufman D, Heiman DM, Aufses AH Jr. Comparison of primary and reoperative surgery in patients with Crohn's disease. *Ann Surg* 1998; 227: 492-495.
7. Hurst RD, Nolinari M, Chung P, Rubin M, Michelassi F. Prospective study of the features, indications, and surgical treatment in 513 consecutive patients affected by Crohn's disease. *Surgery* 1997; 122: 661-668.
8. Leong APK, Londono-Schimmer EE, Phillips RKS. Life-table analysis of stomal complications following ileostomy. *Br J Surg* 1994; 81: 727-729.
9. Mealy K, O'Broin E, Donohue J, Tanner A, Keane FB. Reversible colostomy - what is the outcome? *Dis Colon Rectum* 1996; 39: 1227-1231.
10. Post S, Herfarth C, Schumacher H, Golling M, Schürman G, Timmermanns G. Experience with ileostomy and colostomy in Crohn's disease. *Br J Surg* 1995; 82: 1629-1633.
11. Teixeira MG, Habr-Gama A, Rocha MES, Santos HAL, Oliveira ALP. Qualidade de vida dos doentes com doença inflamatória intestinal antes e após tratamento cirúrgico. *Rev bras Coloproct* 1996; 16: 186-191.
12. Teixeira MG, Habr-Gama A, Takiguti CK, Rocha MES, Santos HAL, Oliveira ALP. Manifestações perianais na doença de Crohn. *Rev Hosp Clín Fac Med S Paulo* 1996; 51: 125-130.
13. Williamson MER, Hughes LE. Bowel diversion should be used with caution in stenosing anal Crohn's disease. *Gut* 1994; 35: 1139-1140.