

PERFIL DA DOENÇA DE CROHN FISTULIZANTE EM ATIVIDADE EM DOIS SERVIÇOS UNIVERSITÁRIOS EM SALVADOR – BAHIA

¹ADRIANA CONCEIÇÃO DE MELLO ANDRADE, ¹GENOILE OLIVEIRA SANTANA, ¹RAQUEL ROCHA SANTOS, ¹JORGE CARVALHO GUEDES, ¹LUIZ GUILHERME COSTA LYRA

¹Universidade Federal da Bahia, Brasil

ANDRADE ACM, SANTANA GO, SANTOS RR, GUEDES JC, LYRA LGC. Perfil da Doença de Crohn Fistulizante em Atividade em Dois Serviços Universitários em Salvador – Bahia. *Rev bras Coloproct*, 2005;25(3): 241-248.

RESUMO: Na Doença de Crohn (DC) os pacientes podem desenvolver fístulas, com uma freqüência que aumenta com a evolução. Este grupo de pacientes apresenta alterações peculiares, com manifestação variável a depender de características como o tipo de fístula e local de envolvimento. São poucas as descrições desta forma de doença em nosso meio. **Objetivo:** Descrever características da população de pacientes com Doença de Crohn fistulizante (DCF) em dois serviços universitários, ressaltando suas variáveis clínicas e demográficas e a qualidade de vida destes pacientes. **Desenho do estudo:** Série de casos. **Pacientes e Métodos:** Os pacientes foram avaliados entre dezembro de 2002 a dezembro de 2003, incluindo-se neste período todos os pacientes com DCF em atividade, nos dois ambulatórios de referência para Doença Inflamatória Intestinal (DII). A coleta de dados foi realizada através de entrevista, incluindo características sócio-demográficas, descrição da DC e das fístulas, e análise da qualidade de vida através do questionário Short-Form 36 (SF-36). **Resultados:** Foram avaliados 20 pacientes, com média de idade de 38,5±14,4 (variando de 18-72) anos. A maioria (13/65%) dos pacientes foi do sexo feminino. O tipo mais comum de fístula foi perianal (10/50%) e a localização mais freqüente da DC foi na região íleo-colônica (10/50%). Houve envolvimento retal em 13 (65%) pacientes. Na análise da qualidade de vida, os melhores resultados foram em capacidade funcional (79,6) e aspectos sociais (70). Os piores escores foram em aspectos emocional (51,7) e físico (56,3). **Conclusões:** Na população analisada, a doença mostrou-se mais freqüente em adultos jovens e mulheres. Fístula perianal foi mais freqüente, mostrando uma associação com doença íleo-cecal e acometimento retal. A DCF demonstrou afetar de forma significativa a qualidade de vida dos pacientes, especialmente em aspectos físicos e emocionais, apontando para a necessidade de acompanhamento especializado, envolvendo uma abordagem multi-disciplinar.

Descritores: Doença de Crohn; Fístula; Doença Inflamatória Intestinal.

INTRODUÇÃO

A DCF apresenta alterações peculiares, com manifestação variável a depender de características, como o tipo de fístula e local de envolvimento da doença no cólon. A diversidade de apresentação na

forma fistulizante leva ao interesse para estudar esta população, ressaltando a escassez de dados em nossa população, descrevendo as características deste grupo de pacientes, visto que este tipo de estudo se torna uma etapa necessária para estudos posteriores mais aprofundados nestes doentes.

Trabalho realizado pelo Hospital Professor Edgard Santos e Hospital Geral Roberto Santos.

Recebido em 08/07/2005

Aceito para publicação em 25/07/2005

O interesse na análise da qualidade de vida tem se tornado crescente, especialmente a partir da década de 70 em doenças crônicas como a DC. Por sua característica recorrente, com episódios agudos intercalados com períodos de remissão, e pela faixa etária de pacientes adultos jovens, habitualmente envolvida na DC, esta doença tem um grande impacto na qualidade de vida dos pacientes. É um quadro com baixos índices de mortalidade, porém com morbidade acentuada, por afetar as pessoas em uma faixa etária bastante produtiva, algumas ainda em estruturação de suas características físicas, psicológicas e sociais. Este interesse tem como objetivo principal poder detectar estas alterações e incluir no tratamento destes pacientes uma abordagem ampla, envolvendo inclusive aspectos psico-sociais.

PACIENTES E MÉTODOS

Após aprovação pelo comitê de ética em pesquisa, foram estudados 20 pacientes provenientes dos ambulatórios de Gastro-hepatologia do Hospital Universitário Professor Edgard Santos (HUPES) e Hospital Central Roberto Santos (HCRS).

Critérios de inclusão:

1. Pacientes com DCF em atividade, definida como fístula com drenagem de secreção purulenta à expressão suave do orifício fistuloso externo, como descrito no consenso mais recente, publicado em 2002 (Sandborn et al.).

2. Para o diagnóstico da DC todos os pacientes deveriam ter confirmação da doença de forma endoscópica, radiológica e/ou histológica.

3. Pacientes com idade maior que 18 anos.

4. Assinatura do termo de consentimento informado.

Para melhor análise dos resultados todos os pacientes que participaram do estudo estavam em regime de acompanhamento ambulatorial e a entrevista foi realizada de forma padronizada e pelo mesmo investigador em todos os casos.

O estudo é do tipo série de casos em que simultaneamente são descritos dados da DC e das fístulas, o índice de atividade da Doença de Crohn (IADC) e a análise de qualidade de vida através do escore padronizado SF-36 na população de pacientes com DCF. Por ser um trabalho descritivo, de natureza exploratória, há ênfase na descrição dos achados.

A população analisada foi de todos os pacientes com DCF em atividade nestes ambulatórios, no período do estudo (dezembro de 2002 a dezembro de 2003), com perda estimada em 10%, não sendo realizado cálculo amostral e testes de inferência estatística devido à análise de toda a população alvo.

As variáveis discretas são analisadas em frequências e nas variáveis contínuas são descritas: média e mediana. Para a análise foi usado o programa estatístico SPSS versão 9.0 para Windows.

RESULTADOS

Foram estudados 20 pacientes com DCF em atividade, ou seja, todos os pacientes apresentavam fístula(s) em atividade no momento de realização do questionário.

Demonstram-se na Tabela-1 as características da população estudada. Dos 20 pacientes, a maioria foi do sexo feminino (65%), de cor parda (70%), com média de idade de 38,5 anos. Nove (45%) pacientes possuíam nível médio de escolaridade. Apenas 01 paciente (5%) tinha história familiar de DII, e em nenhum dos casos houve relato de ascendência judaica.

Sete pacientes (35%) relataram história de abscesso perianal precedendo o surgimento da fístula. (Figura-1).

Quinze (75%) dos pacientes encontravam-se em fase de remissão da doença e 05 (25%) em atividade da doença, analisando-se o IADC. Com relação à DC, o tempo médio de duração da doença foi de 9 anos (1-19), com tempo médio de diagnóstico de 7,4 anos (1-17). O aparecimento dos sintomas relativos à fístula levando à suspeita de DC ocorreu em sete (35%) pacientes.

Os locais mais frequentes de localização da DC foram íleo-colônica (25%), íleo-colônica com envolvimento retal (25%) e retal isoladamente (25%). Em 03 pacientes (15%) houve envolvimento do cólon e do reto, e acometimento ileal e colônico isoladamente ocorreu em 01 paciente cada.

Fístula perianal foi mais frequente, ocorrendo isoladamente em 09 pacientes (45%) (Figura-2), seguida de fístula retovaginal em 05 pacientes (25%), entérica interna em 03 casos (15%), entero-cutânea em 02 pacientes (10%) e uma paciente apresentava simultaneamente fístula perianal e retovaginal (5%).

Tabela 1 – Características sócio-demográficas.

CARACTERÍSTICAS	NÚMERO	%
SEXO		
Feminino	13	65
Masculino	07	35
IDADE(anos)		
Média (±desvio padrão)	38,5	
Mediana	(±14,4)	
Mínimo-Máximo	38	
	18-72	
COR		
Parda	14	70
Preta	04	20
Branca	02	10
PROCEDÊNCIA		
Urbana	19	95
Rural	01	5
NÍVEL DE ESCOLARIDADE		
Analfabeto	02	10
Fundamental	06	30
Médio	09	45
Superior	03	15
ESTADO CIVIL		
Solteiro	11	55
Casado	8	40
Separado	1	5

Quatro pacientes (20%) eram portadores de colostomia no momento da entrevista. Dos 16 pacientes que não apresentavam estoma, 05 relatavam algum grau de incontinência fecal. Analisando-se os 05 pacientes com incontinência fecal, houve envolvimento do reto com doença ativa em 03 casos e 04 pacientes apresentavam fístula perianal.

Comparando-se a ocorrência de cirurgias entre os grupos de pacientes de acordo com o tipo de fístula, observamos que a maior frequência de cirurgia ocorreu no grupo de pacientes com fístula retovaginal, do qual quatro pacientes tinham cirurgias prévias, como demonstrado na Tabela- 2.

A maioria dos pacientes (80%) estava em uso de imunossupressor, sendo a azatioprina usada na totalidade dos casos. Antibióticos estavam sendo usados em 40% dos pacientes; uso isolado de metronidazol em 07 (35%) dos pacientes e metronidazol associado a ciprofloxacina em 01 paciente (5%). Sessenta e cinco por cento dos pacientes estavam em uso atual de salicilatos, sendo 40% em uso de sulfassalazina e 25% em uso de 5-ASA. Cinco pacientes (25%) usavam corticóide por via oral no período de realização do estudo.

Os escores para análise de qualidade de vida foram obtidos utilizando o questionário SF-36, como demonstrado na Tabela- 3.

Analisando-se a média de valores obtidos entre os escores, observamos que os melhores resultados foram em capacidade funcional (79,6) e aspectos sociais (70), enquanto aspecto emocional (51,7) e aspectos físicos apresentaram resultados inferiores.

Tabela 2 – Procedimentos cirúrgicos prévios relacionados à Doença de Crohn de acordo com a localização da fístula.

LOCALIZAÇÃO DA FÍSTULA	CIRURGIAS PRÉVIAS		TOTAL
	SIM	NÃO	
PERIANAL	1	8	9
RETOVAGINAL+PERIANAL	–	1	1
RETOVAGINAL	4	1	5
ENTÉRICA EXTERNA	1	1	2
ENTÉRICA INTERNA	1	2	3
TOTAL	7	13	20



Figura 1 – Abscesso precedendo a fístula perianal em paciente com Doença de Crohn fistulizante.



Figura 2 – Fístula perianal em paciente do sexo feminino com doença perianal extensa.

Tabela 3 – Escores na análise de qualidade de vida de acordo com o SF-36.

	MÉDIA	DESVIO-PADRÃO	MÍNIMO	MÁXIMO
CAPACIDADE FUNCIONAL	79,6	± 17,5	45	100
ASPECTOS FÍSICOS	56,3	± 37	0	100
DOR 62,8	± 29,3	0	100	
ESTADO GERAL DE SAÚDE	59,7	± 29,7	5	97
VITALIDADE 65,4	± 22,8	25	100	
ASPECTOS SOCIAIS	70	± 24,1	12,5	100
ASPECTO EMOCIONAL	51,7	± 41,1	0	100
SAÚDE MENTAL 66,7	± 21,8	32	100	

Houve ocorrência de resultados limite no nível inferior (0) nas classes aspectos físicos, dor e aspecto emocional. Apenas na classe de estado geral de saúde não foi obtido o escore máximo (100), porém o maior valor encontrado (97) foi próximo do limite máximo.

DISCUSSÃO

A necessidade de descrever a população de pacientes com Doença Inflamatória Intestinal já é demonstrada em vários estudos realizados ao longo dos anos, em todo o mundo desde a primeira descrição desta doença. O delineamento do perfil desta população nos serviços estudados é importante como base para novos estudos.

De acordo com estudo prévio realizado por Santana et al. (2003) na população de pacientes com DII nos serviços estudados, dos 62 pacientes estudados

com Doença de Crohn, 45,2% apresentavam predominantemente a forma fistulizante, ressaltando que neste estudo foram incluídos pacientes com doença ativa e sem atividade da doença. No presente estudo, para melhor homogeneidade na análise dos dados da população estudada, incluímos apenas os pacientes com doença ativa, pela possibilidade de interferência nos parâmetros analisados em pacientes a depender da presença de atividade ou não da doença. Schwartz et al. (2002) descrevem a ocorrência de fístula em acima de 35% dos pacientes com DC, em estudo de coorte realizado em uma população de Minnesota, enquanto estudo semelhante realizado na Suécia mostra uma frequência de fístulas de 23% na população de pacientes com DC (Hellers et al.,1980). A maior frequência de DCF na população estudada pode ser explicada por se tratar de centros de referência para

DII, atraindo pacientes com complicações, como fístulas e abscessos, decorrentes da forma fistulizante da doença.

Encontramos neste estudo uma frequência maior de pacientes do sexo feminino (65%). Estudos prévios mostram resultados variados quanto à predominância de sexo. No grupo de pacientes com DII de onde retiramos a população deste estudo, 66,7% dos pacientes eram do sexo feminino (Santana et al., 2003), resultados semelhantes ao que encontramos na população de DCF. Alguns estudos na população de pacientes com DCF mostram maior frequência no sexo feminino, como descrito por Schwartz et al. (2002) e Makowiec (1995), contudo existem estudos descrevendo resultados contrários como descrito por Scott & Northover (1996), em que 58% da população era do sexo masculino. Os estudos não são uniformes quanto à predominância de sexo, mas considera-se como uma doença de distribuição relativamente homogênea entre os sexos.

A média de idade encontrada foi de 38,5 anos, ressaltando que 70% dos pacientes apresentaram a doença com idade menor que 40 anos. A população de adulto jovem é a mais acometida pela DC como já foi estabelecido em vários estudos. Os pacientes deste estudo são semelhantes aos de outros trabalhos; Scott & Northover (1996), em um grupo de pacientes com mais de 18 anos portadores de DC perineal, encontraram uma média de idade de 37 anos.

Estudos realizados em países europeus e norte-americanos demonstram uma predominância da população caucasiana em pacientes com DC. Chamamos a atenção a frequência de 70% dos pacientes com cor parda, porém este dado mostra-se claro pela mistura de raças no nosso país, especialmente na Bahia, confirmando assim a miscigenação da população. Nenhum dos pacientes relatava ascendência judaica e em apenas um caso houve história familiar de DII (colite ulcerativa). Características como estas são importantes para análise em outros estudos, inclusive envolvendo pesquisa em genética e mostram as peculiaridades inerentes aos grupos envolvendo fatores como hereditariedade e miscigenação.

Encontrou-se a localização mais comum da doença na região íleo-colônica; em 65% dos pacientes houve envolvimento retal. Em estudo de coorte realizado com 59 pacientes, Schwartz et al. (2002) mostram resultados semelhantes de acometimento em

região íleo-colônica, com 59% dos pacientes apresentando doença nesta localização e 22% de pacientes com envolvimento da região colônica, semelhantes aos nossos resultados de 20%. Porém, apresentamos frequência menor de doença exclusivamente ileal (5%) quando comparamos com o resultado de 19% encontrado no estudo de coorte.

Analisou-se o tipo de fístula em conjunto com a localização da DC e observou-se que dos 10 pacientes com fístula perianal, apenas em um não havia doença em reto. Fístulas perianais são mais comuns quando a doença está localizada no intestino grosso, especialmente no reto, sendo rara sua ocorrência quando há doença apenas na região íleo-cecal (Ambrose et al., 1984). Em estudo prospectivo, Makowiec et al. (1995) estudaram 90 pacientes com doença perianal e relataram 61% de frequência da doença com localização em reto. Acima de 1/3 dos pacientes com doença íleo-colônica pode apresentar fístula entero-entérica ou entero-cutânea; em pacientes com doença isolada do delgado ou cólon, fístulas são encontradas em cerca de 16% dos pacientes (Young-Fadok et al., 1997). Em nosso estudo, todos os pacientes com fístula entero-entérica apresentavam doença em região íleo-colônica, localização esta da doença também em um paciente com fístula entero-cutânea, sendo que o outro paciente com este tipo de fístula tinha doença em região ileal, confirmando a frequência aumentada de doença em região íleo-colônica nos pacientes com fístulas entéricas.

Nosso objetivo, ao avaliar o IADC neste grupo de pacientes, foi descrever a atividade inflamatória em pacientes com DCF, e uma vez que a maioria dos pacientes (75%) encontrava-se em fase de remissão, apesar da fístula em atividade, observamos a pequena influência da presença de fístula no IADC.

Das 21 fístulas encontradas em 20 pacientes, o tipo mais comum foi a perianal, que ocorreu em 10 pacientes, resultado semelhante ao encontrado por Schwartz et al. (2002), com frequência de 55% dos pacientes com fístulas perianais. Contudo encontrou-se resultado divergente representado pela baixa ocorrência de fístula entero-entérica (10%) se comparamos ao resultado de 24% relatado no estudo de coorte. A menor frequência de fístulas entero-entéricas neste estudo pode ser explicada porque nem todos os pacientes realizaram estudo radiológico de rotina, uma vez que muitos são assintomáticos.

Fístulas retovaginais ocorrem em cerca de 9% das pacientes com DC (Lichtenstein, 2000; Schwartz et al., 2002). Neste estudo, ressalta-se a alta frequência de fístula retovaginal (30%), resultados superiores à maioria dos estudos em DCF. Este resultado pode ser explicado por se tratar de estudo realizado em ambulatório de referência para DII, além do fato deste estudo ser uma série de casos. Um estudo realizado a longo prazo como estudo de coorte, poderá elucidar se esta alteração é de uma característica peculiar a esta população, ou seria um viés de seleção por se tratar de ambulatório especializado.

O período médio de duração da DC é variável em alguns estudos, com valores de 3 a 8 anos a depender do estudo (Makowiec, 1995; Ochsenkühn, 2002). Encontramos um período de duração média da doença de 9 anos, porém com período médio de diagnóstico de 7,4 anos. No caso da DCF, o período é menor, com período médio de diagnóstico de 5,7 anos. Os sintomas decorrentes da atividade fistulizante são mais perceptíveis e o diagnóstico torna-se mais provável, especialmente em pacientes já portadores da DC, levando à suspeição da forma fistulizante da doença, o que poderia justificar um período menor no diagnóstico da forma fistulizante.

Trinta e cinco por cento dos pacientes haviam realizado algum procedimento cirúrgico em decorrência da DC, totalizando catorze procedimentos cirúrgicos, com maior frequência de cirurgias nas pacientes com fístula retovaginal. McKee & Kelnan (1996) em estudo com 415 pacientes portadores de DC perianal observaram que, dos 8 pacientes com fístula retovaginal, 4 haviam realizado estoma, sendo este o tipo de cirurgia mais frequente também nesta série. Em estudo prospectivo envolvendo pacientes com DC, Michelassi et al. (2000) descrevem a ocorrência de fístula retovaginal em 29,5% das pacientes, com necessidade de cirurgia em 17 das 23 pacientes que apresentavam como complicação unicamente a fístula retovaginal. Em nosso estudo, dos 11 pacientes com fístula perianal, 3 haviam realizado fistulotomia, observando-se contudo que um paciente com fístula entérica já havia realizado fistulotomia por fístula perianal prévia sem atividade no momento da entrevista. O maior índice de cirurgias prévias no grupo de pacientes com fístula retovaginal, comparando-se a pacientes com fístula perianal confirma os relatos que mostram que pacientes com fístulas retovaginais

raramente curam com o tratamento clínico isolado, ao contrário de fístulas perianais que podem apresentar menor grau de complexidade e melhor resposta ao tratamento medicamentoso (Schraut, 2002).

O interesse no impacto causado por doenças crônicas na qualidade de vida é crescente por envolver aspectos que podem inclusive influenciar no tratamento destes pacientes. Na busca pelo instrumento mais adequado para avaliar a população de pacientes com DCF, o questionário SF-36 foi escolhido por ser de fácil aplicação e entendimento, além de já ter seu uso validado para o Brasil (Ciconelli, 1997).

Em estudo analisando a qualidade de vida em portadores de DII, Guthrie et al., (2002) descrevem resultados semelhantes aos nossos na maioria dos componentes, com diferenças significativas apenas em estado geral de saúde e vitalidade, observando-se resultados melhores nos pacientes com DCF. O estudo de Pontes (1999) em pacientes com DII nos permite melhor comparação por se tratar de estudo realizado no Brasil cujos dados são comparados na Figura-3.

Estes dados mostram resultados semelhantes nos dois grupos com diferenças expressivas apenas nos escores de aspectos sociais e emocionais com maior comprometimento nos pacientes com DCF, porém demonstrando de uma forma global que pacientes com doenças crônicas apresentam restrições especialmente psico-emocionais determinadas pela doença, alterações não observadas em populações sadias, dados estes confirmados no presente trabalho.

CONCLUSÕES

1. A DCF mostrou-se mais frequente na população adulto-jovem e em pacientes do sexo feminino.
2. O tipo mais comum de fístula foi perianal.
3. Nos pacientes com DCF, a localização mais frequente da DC foi a região íleo-colônica, com envolvimento do reto na maioria dos pacientes.
4. A maioria dos pacientes com DCF em atividade encontrava-se em fase de remissão da doença de acordo ao IADC.
5. Os pacientes com DCF apresentaram menores escores nos componentes relativos a aspectos físicos e aspecto emocional, demonstrando o comprometimento físico e psicológico na qualidade de vida destes pacientes, por conta da DCF.

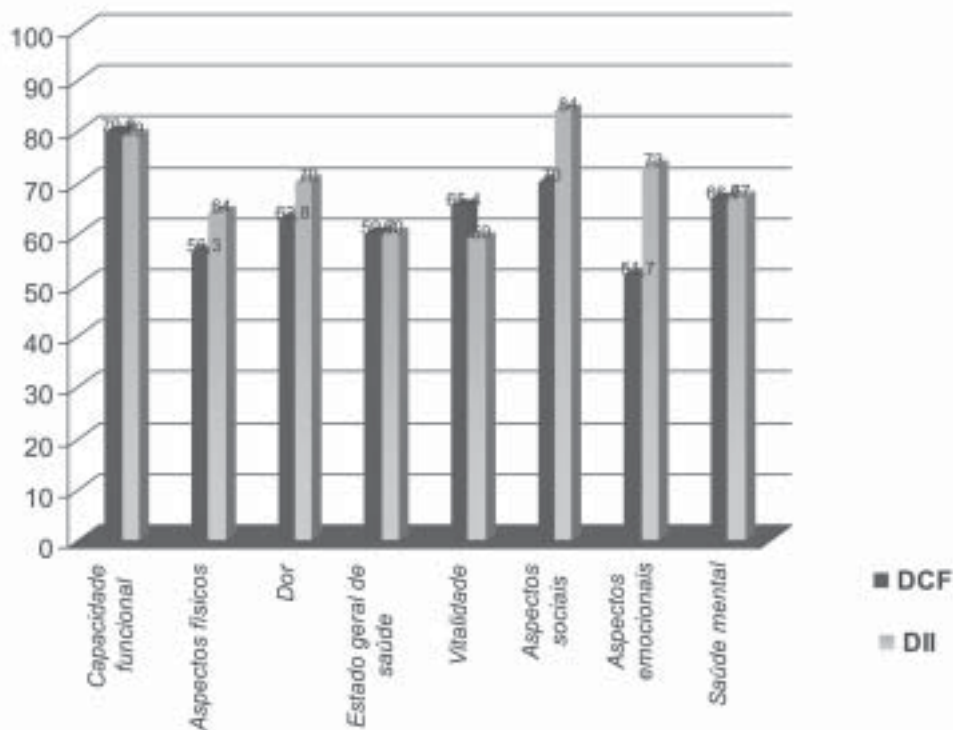


Figura 3 – Gráfico com escores comparativos entre pacientes com Doença de Crohn fistulizante e Doença Inflamatória Intestinal de acordo com o SF-36.

SUMMARY: Background: In the Crohn's disease (CD) the patients can develop fistulas with a frequency that increases with progression of the disease. This group of patients presents peculiar alterations, with variable manifestation to depend of characteristics as the fistula type and local of CD' localization. There is a few descriptions of this kind of disease in our country. Objective: To describe characteristics of the patients' population with Fistulizing Crohn's Disease (FCD) in two university services, standing out its clinical and demographic variables and the quality of life of these patient. Design: Series of cases. Methods: The patients were appraised from December, 2002 to December, 2003, being included in this period all the patients with FCD in activity, in the two reference health clinics for Inflammatory Bowel Disease (IBD). The collects of data were accomplished through interview, including partner-demographic characteristics, description of CD and of the fistulas, and analysis of the life quality through the questionnaire Short-Form 36 (SF-36). Results: 20 patients were appraised, with median age of $38,5 \pm 14,4$ (varying of 18-72) years. The majority (13/65%) of the patients were female. The most common type of fistula was perianal (10/50%) and the most frequent location of CD was the ileocolonic area (10/50%). There was rectal involvement in 13 (65%) patients. In the analysis of the life quality, the best results were in functional capacity (79,6) and social aspects (70). The worst scores were in emotional (51,7) and physical aspects (56,3). Conclusions: In the analyzed population, the disease was shown more frequent in adult-youths and female. Perianal fistulas were more frequent, showing an association with ileo-cecal disease and rectal involvement. FCD demonstrated to affect in a significant way the quality of patients' life, especially in physical aspects, giving evidence of the need of multi-discipline specialized accompaniment.

Key words: Crohn's Disease; Fistula; Inflammatory Bowel Disease

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Sandborn WJ, Feagan BG, Hanauer SB, Lochs H, Löfberg L, Modigliani R, Present DH, Rutgeerts P, Schölmerich J, Stange EF, Sutherland LR. A review of activity indices and efficacy endpoints for clinical trials of medical therapy in adults with Crohn's disease. *Gastroenterology*, 122:512-30, 2002.
2. Santana GO, Mello ACN, Guedes JC, Canguçu SM, Souza VP, Garrido GLC, Ferreira IC, Paes IB, Lyra LGC. *Revista Brasileira de Coloproctologia*, 23(Supl.1):68, 2003.

3. Schwartz DA, Loftus Junior E, Tremaine WJ, Panaccione R, Harmsen WS, Zinsmeister AR, Sandborn W. The natural history of fistulizing Crohn's disease in Olmsted County, Minnesota. *Gastroenterology*, 122:875-80, 2002.
4. Hellers G, Bergstrand O, Ewerth S, Holmstrom B. Occurrence and outcome after primary treatment of anal fistulae in Crohn's disease. *Gut*, 21:525-27, 1980.
5. Makowiec F, Laniado M, Jehle E, Claussen C, Starlinger M. Magnetic resonance imaging in perianal Crohn's disease. *Inflammatory Bowel Disease*, 1: 256-65, 1995.
6. Scott HJ, Northover JMA. Evaluation of surgery for perianal Crohn's disease fistulas. *Diseases of the Colon and Rectum*, 39:1039-43, 1996.
7. Ambrose NS, Keighley MRB, Alexander-Williams J, Allan RN. Clinical impact of colectomy and ileorectal anastomosis in the management of Crohn's disease. *Gut*, 25:223-27, 1984.
8. Young-Fadok TM, Wolff BG, Meagher A, Benn PL, Dozois RR. Surgical management of ileosigmoid fistulas in Crohn's disease. *Diseases of the Colon and Rectum*, 40: 558-61, 1997.
9. Lichtenstein GR. Treatment of fistulizing Crohn's disease. *Gastroenterology*, 119:1132-47, 2000.
10. Ochsenkühn T, Göke B, Sackmann M. Combining infliximab with 6-mercaptopurine/azathioprine for fistula therapy in Crohn's disease. *The American Journal of Gastroenterology*, 97: 2022-25, 2002.
11. McKee RF, Kelnan RA. Perianal Crohn's disease – Is it all bad news? *Diseases of the Colon and Rectum*, 39:136-142, 1996.
12. Michelassi F, Melis M, Rubin M, Hurst RD. Surgical treatment of anorectal complications in Crohn's disease. *Surgery*, 128:597-603, 2000.
13. Schraut WH. The surgical management of Crohn's disease. *Gastroenterology Clinics*, 31, 2002.
14. Ciconelli RM. Tradução para o português e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida "Medical Outcomes Study 36-Item Short Form Health Survey (SF-36)". Dissertação mestrado. Escola paulista de Medicina, São Paulo, 126p., 1997.
15. Guthrie E, Jackson J, Shaffer J, Thompson D, Tomenson B, Creed B. Psychological disorder and severity of inflammatory bowel disease predict health-related quality of life in ulcerative colitis and Crohn's disease. *The American Journal of Gastroenterology* 97: 1994-99, 2002.
16. Pontes RMA. Qualidade de vida em pacientes portadores de Doença Inflamatória Intestinal: tradução para o português e validação do questionário. Tese doutorado. Escola paulista de Medicina, São Paulo, 140p., 1999.

Endereço para correspondência:

ADRIANA CONCEIÇÃO DE MELLO ANDRADE
Rua Colmar Americano da Costa, 199/504 – Pituba.
E-mail: proctoamello@ig.com.br