

Doença de Crohn – Fatores de Risco para Recidiva no Pós-Operatório

Crohn's Disease – Risk Factors for Surgical Recurrence

IDBLAN CARVALHO DE ALBUQUERQUE², RODRIGO BRITTO DE CARVALHO¹, JULIANA MAGALHÃES LOPES¹,
ANDRÉ LUIGI PINCINATO¹, ELISÂNGELA PLAZAS MONTEIRO², GALDINO JOSÉ SITONIO FORMIGA³.

¹ Médicos residentes de Serviço de Coloproctologia do Hospital Heliópolis; ² Médicos assistentes do Serviço de Coloproctologia do Hospital Heliópolis; ³ Chefe do Serviço de Coloproctologia do Hospital Heliópolis - São Paulo - SP - Brasil.

ALBUQUERQUE IC, CARVALHO RB, LOPES JM, PINCINATO AL, MONTEIRO EP, FORMIGA GJS. Doença de Crohn – Fatores de risco para recidiva no pós-operatório. *Rev bras Coloproct*, 2008;28(1): 036-039.

RESUMO: Apesar dos avanços na compreensão da doença de Crohn, os fatores determinantes da recidiva no pós-operatório permanecem especulativos. O objetivo deste estudo foi analisar retrospectivamente os fatores preditivos da recidiva na doença de Crohn no pós-operatório. **Métodos:** foram analisados 45 pacientes com diagnóstico de doença de Crohn, submetidos ao tratamento cirúrgico, avaliando recidiva da doença e fatores como idade, sexo, raça, tabagismo, localização, padrão anatomo-clínico, indicação cirúrgica, tipo de anastomose. **Resultados:** em 67,7% dos pacientes houve recidiva da doença sendo a causa mais freqüente a forma fistulizante; 64,6% foram operados três vezes ou mais ($p=0,002$). Doentes com quadro de perfuração apresentaram maior número de reoperações, três ou mais operações, em 63,6% ($p=0,003$). **Conclusões:** Quadro de perfuração e forma fistulizante da doença determinaram maior número de recidiva nos pacientes estudados.

Descritores: doença de Crohn, cirurgia, fatores preditivos, recidiva.

INTRODUÇÃO

Mesmo diante dos avanços na compreensão da etiopatogenia da doença de Crohn (DC) e de novas opções terapêuticas para o manejo clínico, a grande maioria dos doentes (50–70%) necessita de operação intestinal na evolução da doença¹, e um número variável destes (33 a 82%) terá a experiência da recidiva no seguimento pós-operatório^{2,3}.

Desde a publicação de Crohn et al, em 1932, muitos pesquisadores têm identificado fatores clínicos preditores de recidiva no pós-operatório, porém com resultados conflitantes quanto a sua importância na determinação da recidiva^{4,5}.

Diante do exposto, o objetivo deste trabalho foi relatar a experiência do serviço com os fatores de risco que influenciam na recidiva da doença de Crohn no pós-operatório.

MATERIAIS E MÉTODOS

O estudo retrospectivo descritivo foi realizado no Serviço de Coloproctologia do Hospital Heliópolis, São Paulo – SP, de dezembro de 1998 a dezembro de 2006, em pacientes com diagnóstico de doença de Crohn, submetidos a tratamento cirúrgico.

Os dados foram coletados através de revisão rigorosa de prontuários médicos. As variáveis avaliadas foram idade, sexo, raça, tabagismo, tempo de diagnóstico, padrão anatomo-clínico, localização da doença, motivo da primeira operação, recidiva no pós-operatório, número de procedimentos cirúrgicos e o tipo anastomose. Com relação ao motivo da primeira cirurgia, os pacientes foram divididos em dois grupos: o primeiro grupo com diagnóstico de perfuração livre, perfuração bloqueada com abscesso e perfuração crônica com fistula interna ou externa e o segundo grupo, sem perfuração.

Trabalho realizado no Serviço de Coloproctologia do Hospital Heliópolis – São Paulo – SP - Brasil.

Recebido em 16/08/2007

Aceito para publicação em 16/11/2007

Todos os doentes foram submetidos à cirurgia por cirurgiões assistentes da mesma equipe e o diagnóstico de DC foi estabelecido em função do exame clínico e dos achados radiológicos, endoscópicos e anátomo-patológicos. O seguimento foi realizado em ambulatório específico de doença inflamatória intestinal. Foram excluídos os doentes que não fizeram no mínimo uma consulta no período de um ano. Os dados obtidos foram inseridos no programa Epi info 3.2.2, e submetidos aos testes estatísticos do Qui-quadrado e T-students, com *p* estatisticamente significativa quando menor que 0,05.

RESULTADOS

Dos 45 doentes operados com diagnóstico de DC neste período, a idade variou de 22 a 80 anos com média de 47,4 anos, sendo 62,2% do sexo feminino e 37,8% masculino (Figura 1).

A raça branca foi a mais prevalente (71,2%) (Figura 2). Os não fumantes apresentaram maior taxa de recidiva (73,9%).

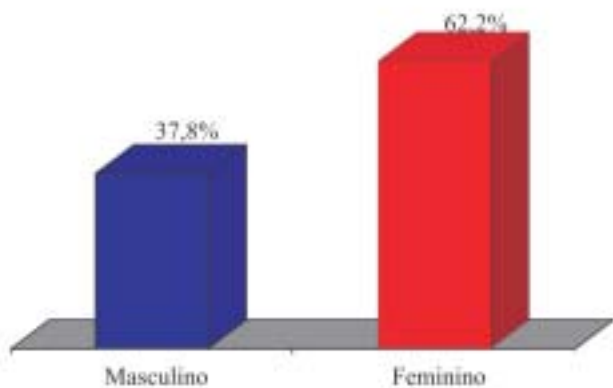


Figura 1 - Distribuição dos pacientes por sexo.



Figura 2 – Distribuição dos pacientes por raça.

Quanto ao tempo de diagnóstico, indivíduos com mais de 10 anos da doença apresentaram taxa de recidiva de 82,4% (*p*=0,04). Com relação ao padrão anátomo-clínico, a forma fistulizante (24,4%) foi a menos freqüente (Figura 3).

A localização ileo-cólica foi a mais prevalente (Tabela 1).

Dos 45 doentes analisados oito realizaram procedimentos anorreto perineais e 37 realizaram cirurgias abdominais. A indicação da cirurgia por diagnóstico de perfuração ocorreu em onze pacientes.

Do total apresentado, 30 doentes (67,7%) evoluíram com recidiva da doença após a primeira cirurgia (Figura 4).

Tabela 1 – Distribuição segundo local acometido.

Localização	%
Íleo-cólon	37,8
Cólon	28,9
Íleo	22,2
Anorreto perineal	11,1

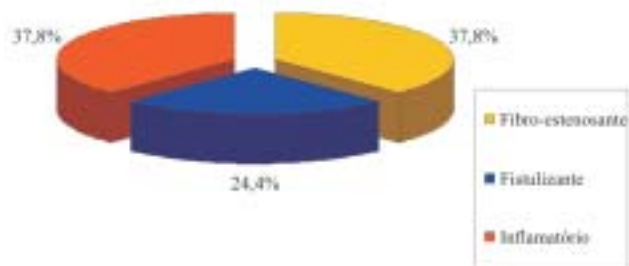


Figura 3 – Distribuição dos pacientes segundo o padrão anátomo-clínico.

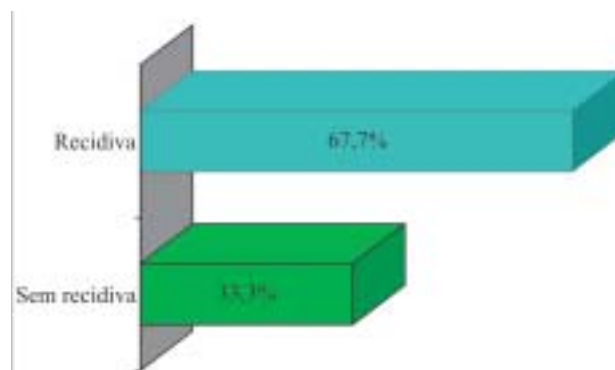


Figura 4 – Recidiva no pós-operatório.

A forma fistulizante foi a que apresentou maior incidência de recidiva (81,8%). A taxa de recidiva dos pacientes com diagnóstico de perfuração (72,7%) foi maior do que nos pacientes sem perfuração (61,5%) (Tabela 2).

Os pacientes com a forma fistulizante apresentaram maior número de reoperações, sendo que destes 64,6% operaram três ou mais vezes com $p=0,002$, mostrando significância estatística.

Quando o número de reoperações foi comparado, os pacientes com quadro de perfuração operaram mais vezes - três ou mais procedimentos em 63,6% dos casos - diferentemente do grupo sem perfuração, 15,4% dos casos, com p estatisticamente significativa ($p=0,003$) (Tabela 3).

Em relação ao tipo de anastomose, dos 37 pacientes, 11 realizaram anastomose mecânica e 16 anastomose manual, sendo que nove pacientes foram submetidos à ressecção com ostomia derivativa. Os pacientes com anastomose manual apresentaram taxa de recidiva maior (62,5%), porém sem significância estatística ($p=0,41$).

Tabela 2 – Taxa de recidiva.

Fator de risco	Recidiva (%)
Forma Anátomo-clínica	
Fistulizante	81,8
Inflamatória	75,0
Fibro-estenossante	47,1
Perfuração	
Sim	72,7
Não	61,5

Tabela 3 – Fatores de risco versus número de operações.

Fator de risco	Número de cirurgias		P
	1-2	3-4	
Perfuração			
Sim	36,4%	63,4%	0,003
Não	84,6%	15,4%	
Forma anátomo-clínica			
Fistulizante	35,4%	64,6%	0,002
Inflamatória	65,5%	37,5%	
Fibro-estenossante	94,1%	0%	

DISCUSSÃO

A doença de Crohn é uma doença inflamatória crônica transmural de etiologia desconhecida, que pode acometer qualquer parte do tubo digestivo, estendendo-se da boca ao ânus⁶. A descrição da doença foi feita, em 1932, por Burrill B. Crohn⁷ e desde então várias teorias têm sido propostas na tentativa de estabelecer sua etiologia⁸.

Entre 74 a 96% dos pacientes necessitarão do tratamento operatório no decorrer da vida, porém as recidivas são freqüentes após a primeira operação, chegando a 30% em 10 anos e 50% em 15 a 20 anos⁷. Embora a recidiva seja comum, seus fatores determinantes permanecem pouco compreendidos^{4,9,10}. Vários fatores de risco têm sido associados à recidiva da DC. No estudo de Sachar et al observou-se que a forma fistulizante da doença é mais agressiva, apresentando recidiva precoce e maior número de intervenções¹¹. Em nossa série, os pacientes com forma fistulizante apresentaram maior recidiva cirúrgica, sendo que 64,6% operaram 3 ou mais vezes ($p=0,002$).

Outro fator de risco descrito na literatura é o tabagismo, associa-se não só ao risco de desenvolver a doença como também de recidiva após a cirurgia^{6,12}. Sutherland et al reportaram maior recidiva em 10 anos em fumantes (70% fumantes versus 41% não fumantes)¹². O tabagismo, em nosso trabalho, não influenciou na recidiva da doença.

Com relação ao motivo da cirurgia muitos estudos classificam a doença, de acordo com a indicação da cirurgia, em dois quadros distintos. O primeiro por perfuração, mais agressivo e o segundo, não perfurativo^{13,14}. Lautenbach et al, em estudo com 88

doentes, evidenciaram que a indicação por perfuração foi fator preditivo para menor tempo de recidiva da doença ($p < 0,001$)². Na casuística apresentada não houve relação entre a indicação da cirurgia e o tempo para recidiva. Porém na indicação por perfuração, constatamos que pacientes com indicação por quadro de perfuração apresentaram maior número de recidivas, sendo operados três ou mais vezes em 63,6% dos casos ($p = 0,003$).

Em relação ao tipo de anastomose, observa-se que anastomose mecânica apresenta menor recidiva da doença. Hashemi et al, em estudo com 27 pacientes com anastomose término-terminal manual e 42 com anastomose grampeada, demonstraram 2% de recidi-

va no grupo com anastomose mecânica e 47% no grupo com anastomose manual ($p = 0,007$)¹⁵. Confirmando este achado, em nosso trabalho verificamos que pacientes com anastomose manual apresentaram recidiva maior, uma taxa 62,5%, porém sem significância estatística ($p = 0,41$).

CONCLUSÕES

Na casuística apresentada, o padrão anátomo-clínico fistulizante e o quadro de perfuração intestinal são fatores preditivos de recidiva da doença de Crohn no seguimento dos doentes operados.

ABSTRACT: Despite the advances in the understanding of Crohn's disease, the determinants of surgical recurrence remain speculative. The aim of this study was to examine retrospectively the factors affecting post-operative recurrence of Crohn's disease. Methods: The following factors were investigated in 45 patients submitted to surgery for Crohn's disease: age, sex, race, smoking, anatomical site of involvement, type (inflammatory, fibrostenotic, or fistulizing), indication for surgery and anastomotic technique. Results: Recurrence occurred in 67,7% patients. Patients fistulizing Crohn's disease had undergone three or more surgical procedures, 64,6% ($p = 0,002$). Perforating indication for initial surgery Patients with perforation presented the greatest number of reoperations, three or more surgical procedures in 63,6% ($p = 0,003$). Conclusions: Perforating and fistulizing type in Crohn's disease established the major cause of recurrence in the patients studied.

Key words: Crohn's disease, surgery, predictive factors, recurrence.

REFERÊNCIAS

1. Ferrante M, De Hertogh G, Hlavaty T, et al the value of myoenteric plexitis to predict early postoperative Crohn's disease. *Gastroenterology* 2006; 130: 1595-1606.
2. Lautenbach E, Berlin JÁ, Lichtenstein GR, et al. Risk factors for early postoperative recurrence of Crohn's disease. *Gastroenterology* 1998;115:259-2672.
3. Schraut WH. The surgical management of Crohn's disease. *Gastroenterol Clin N Am* 2002; 31: 255-263.
4. Rutgeerts P, Geboes K, Vantrappen G, et al. Predictability of the postoperative course of Crohn's disease. *Gastroenterology* 1990; 99: 956-963.
5. Sachar DB, Wolfson DM, Greenstein AJ, et al. Risk factors for postoperative recurrence of Crohn's disease. *Gastroenterology* 1983; 85:917-21.
6. Hanauer SB, Willian S, et al. Management of Crohn's disease in adults. *American Journal Gastroenterology* 2001; 96(3):635-643.
7. Keighley MRB Doença de Crohn: etiologia, incidência e epidemiologia. In: Keighley MRB, Willians NS. *Cirurgia do ânus reto e colo*. 1ª Ed. São Paulo:Editora Manole. 1998. p.1499-1534.
8. Delaney CP, Fazio VW. Crohn's disease of the small bowel. *Surgery C N Am* 2001; 81(1): 137-158.
9. Cristaldi M, Gianluca M, PierGiorgio D, et al. Long-term result and multivariate analysis of prognostic factors in 138 consecutive patients operated on for Crohn's disease using "bowel-sparing" techniques. *Am J Surg* 2000; 179: 266-270.
10. Santos JR. Doença de Crohn – Tratamento. *Rev bras Coloproct* 2000; 20 (1): 37-48.
11. 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.
12. Yamamoto T. Factors affecting recurrence after surgery for Crohn's disease. *World J Gastroenterol* 2005;11(6):3971-3979
13. De Dombal FT, Burton I, Goligher JC. Recurrence of Crohn's disease after primary excisional surgery. *Gut* 1971;12:519-527.
14. 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.
15. 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.

Endereço para correspondência:
IDBLAN CARVALHO DE ALBUQUERQUE
Rua Cônego Xavier, 276 – Vila Heliópolis.
04231-030 – São Paulo-SP
Tel: (11) 2274-7600 (Ramal 244)
e-mail: idblan@uol.com.br