

Caracterização de pacientes operados por doença de Crohn pela classificação de Montreal e identificação de fatores preditores de sua recorrência cirúrgica

Montreal classification of patient operated for Crohn's disease and identification of surgical recurrence predictors

CRISTIANE DE SOUZA BECHARA¹; ANTONIO LACERDA FILHO, TCBC-MG²; MARIA DE LOURDES ABREU FERRARI³; DÉBORAH ALMEIDA ROQUETTE ANDRADE⁴; MAGDA MARIA PROFETA DA LUZ²; RODRIGO GOMES DA SILVA²

R E S U M O

Objetivo: avaliar a recorrência da doença de Crohn e seus possíveis fatores preditores em pacientes submetidos ao tratamento cirúrgico. **Métodos:** estudo retrospectivo de pacientes com doença de Crohn (DC) submetidos a tratamento cirúrgico entre janeiro de 1992 e janeiro de 2012, em acompanhamento regular no Ambulatório de Intestino Clínico do Hospital das Clínicas da UFMG. **Resultados:** foram avaliados 125 pacientes, sendo 50,4% do sexo feminino, com média de idade de 46,12 anos, a maioria (63,2%) com diagnóstico entre 17 e 40 anos de idade. O íleo terminal foi envolvido em 58,4%, sendo que o comportamento estenosante foi observado em 44,8% e o penetrante em 45,6% dos pacientes. Doença perianal foi observada em 26,4% dos casos. A média de tempo de acompanhamento foi 152,40 meses. Recorrência cirúrgica foi observada em 29,6%, com um tempo médio de 68 meses até a segunda operação. **Conclusão:** a localização ileocólica, o comportamento penetrante e o acometimento perianal (L3B3p) estão associados ao maior risco de recorrência cirúrgica.

Descritores: Doença de Crohn. Classificação. Recorrência. Fatores de Risco.

INTRODUÇÃO

A Doença de Crohn (DC) é uma doença inflamatória crônica transmural que pode afetar qualquer segmento do tubo digestivo, associada a manifestações extraintestinais e outras alterações imunológicas. Sua forma de apresentação clínica depende da localização da doença e inclui diarreia, dor abdominal, emagrecimento, febre, mucorreia ou hematoquezia. O comportamento da doença caracteriza-se por períodos de exacerbação alternados com períodos de remissão. A apresentação típica é o envolvimento descontínuo de segmentos do trato gastrointestinal. O processo inflamatório pode levar ao desenvolvimento de complicações, como estenoses, abscessos e fístulas¹.

Dentre as várias classificações propostas para a DC, a de Montreal², introduzida em 2005, é a mais utilizada e tem como objetivo, uniformizar a caracterização da doença, utilizando parâmetros clínicos reprodutíveis e características epidemiológicas. Tal categorização é desejável para que se possa correlacionar determinado fenótipo da doença com possíveis desfechos clínicos e com o prognóstico, de modo a selecionar qual a melhor estratégia terapêutica e o seguimento mais adequado para cada paciente.

Apesar do sucesso crescente obtido com o tratamento clínico da DC, cerca de 75% dos paciente necessitam de uma intervenção cirúrgica em até 20 anos de início dos sintomas, a qual, entretanto, não é curativa, visto que a recorrência pós-operatória é comum³. Tal recorrência pode ser definida como clínica, endoscópica, histológica, radiológica ou cirúrgica. Muitas vezes, a doença é assintomática até que a inflamação intestinal seja intensa, correspondendo ao desenvolvimento de complicações que necessitam de uma nova operação⁴. Pouco se conhece, especificamente, sobre a recorrência cirúrgica, sendo escassos os estudos publicados a esse respeito.

O objetivo do presente estudo foi caracterizar uma coorte de pacientes com Doença de Crohn tratados em um centro terciário de referência para doenças inflamatórias intestinais, com base na da classificação de Montreal e avaliar a recorrência cirúrgica e seus possíveis fatores preditores nessa amostra.

MÉTODOS

Foram analisados, de forma retrospectiva, os dados de 137 pacientes com diagnóstico de Doença de

1. Serviço de Coloproctologia do Hospital das Clínicas da UFMG; 2. Departamento de Cirurgia da Faculdade de Medicina da UFMG; 3. Departamento de Clínica Médica da Faculdade de Medicina da UFMG; 4. Faculdade de Medicina da UFMG.

Crohn (DC), que estavam em acompanhamento no ambulatório de Intestino do Instituto Alfa de Gastroenterologia do Hospital das Clínicas da UFMG, e que foram submetidos ao tratamento cirúrgico, entre janeiro de 1992 e janeiro de 2012. Doze foram excluídos por perda de dados essenciais para a elaboração do presente estudo, sendo então avaliados 125 pacientes operados. Os dados foram coletados dos prontuários e registrados em um protocolo específico.

O presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais (CEP-UFMG – parecer nº ETIC 0156.0.203.000-11).

As variáveis estudadas foram: idade, sexo, apresentação clínica de acordo com a classificação de Montreal, tempo de evolução da doença, tabagismo (hábito de fumar no momento do diagnóstico, independente do número de cigarros consumidos e da interrupção do hábito após o início do tratamento), tratamento clínico realizado antes da primeira operação, tempo de evolução da doença até a operação, indicação cirúrgica, tipo de operação realizada, complicações pós-operatórias, uso de medicamentos para manutenção da remissão após a operação, recorrência cirúrgica, número de operações, tipo e datas em que foram realizadas.

Os pacientes em que o diagnóstico de DC foi estabelecido no peroperatório, sem tratamento clínico prévio, também foram considerados como tratamento cirúrgico de urgência.

Classificação de Montreal²

Esta classificação subdivide a doença de acordo com três características fenotípicas principais: idade ao diagnóstico (A, de "age"), localização topográfica (L, de "location") e comportamento clínico (B, de "behavior")².

O parâmetro idade considera o momento em que o diagnóstico foi definitivamente estabelecido. Há três possibilidades: ≤ 16 anos (A1), entre 17 e 40 anos (A2) ou >40 anos (A3)².

A localização é definida como o local de maior extensão anatômica da doença em qualquer período. Existem quatro possibilidades: íleo terminal (L1, doença limitada ao terço inferior do intestino delgado, com ou sem o envolvimento do ceco), cólon (L2, qualquer local entre o ceco e o reto, sem envolvimento do trato digestivo superior), ileocólica (L3, doença do íleo terminal e em qualquer lugar entre o cólon ascendente e o reto) e do trato gastrointestinal superior (L4, qualquer localização superior ao íleo terminal, exceto boca). Se houver comprometimento proximal (L4) e distal (L1 a L3) concomitantemente, a categoria L4 deve ser adicionada como um modificador; se a doença distal não é encontrada, L4 permanece considerada de forma exclusiva. Isso cria sete possibilidades de localização: L1, L2, L3, L4, L1 + L4, L2 + L4 e L3 + L4².

O comportamento clínico é classificado como não estenosante e não penetrante (B1), estenosante (B2) e penetrante (B3). Doença não penetrante, não estenosante

é definida pela presença de inflamação, sem evidência de estenose ou fistula. Doença estenosante é definida pela ocorrência de estreitamento do lúmen. Doença penetrante é definida pela ocorrência de fistulas abdominais ou massas inflamatórias e/ou abscesso em qualquer período de evolução da doença. Quando há doença perianal, essa deve ser indicada separadamente pela presença de um marcador (p), que deve ser adicionada às categorias B1, B2 e B3. Assim, há seis possibilidades: B1, B2, B3, B1p, B2p, e B3p².

Análise estatística

As descrições dos dados foram baseadas em tabelas de frequências e gráficos. Para as variáveis quantitativas foram utilizados cálculo de média e desvio padrão, quando apresentavam distribuição normal e mediana (intervalo interquartil), quando a distribuição não era normal, após aplicação do teste de *Shapiro Wilk*.

Inicialmente analisou-se a associação entre as variáveis do estudo e a quantidade de operações (1 e ≥ 2) e, posteriormente, avaliou-se a associação das variáveis com o tipo de operação (eletiva e urgência) por meio dos testes do Qui-quadrado de Pearson assintótico ou exato. Já na análise das variáveis quantitativas utilizou-se o teste t de *Student* ou de *Mann-Whitney*, dependendo da normalidade ou não da distribuição. O nível de significância utilizado foi 5% ($p < 0,05$).

A análise multivariada da associação entre o número de operações e as variáveis do estudo foi realizada através do ajuste do modelo de regressão logística. O modelo foi adequado quando o valor de p foi menor do que 0,05.

RESULTADOS

Houve semelhança na distribuição por sexo, com discreto predomínio do sexo feminino (63 pacientes - 50,4%) e a média de idade foi 46,12 \pm 12,2 anos. Quarenta e oito pacientes eram tabagistas (38,4%).

Seis pacientes (4,8%) tiveram diagnóstico com idade inferior aos 16 anos (A1), 79 (63,2%) entre 17 e 40 anos (A2) e 40 (32%) pacientes com idade superior aos 40 anos (A3).

Em 73 (58,4%) pacientes o íleo terminal estava acometido (L1); em 22 (17,6%), o cólon (L2) e 29 (23,2%), a localização era ileocólica (L3). O trato gastrointestinal superior (L4) estava comprometido em seis pacientes, sendo um de forma isolada (0,8%), quatro (3,2%) em associação com acometimento do íleo terminal (L1+L4) e em um paciente (0,8%), em associação com acometimento ileocólico (L1+L3).

Doze pacientes (9,6%) apresentavam doença não estenosante/não penetrante (B1); 56 (44,8%), doença estenosante (B2) e 57 (45,6%) apresentavam doença penetrante (B3); 33 pacientes (26,4%) apresentavam doen-

ça perianal associada: cinco (4%) a forma não estenosante e não penetrante (B1p), cinco (4%) a forma estenosante (B2p) e 23 (18,4%) a forma penetrante (B3p).

Cinquenta e quatro pacientes (43,2%) receberam tratamento clínico pré-operatório (Tabela 1), sendo comum a associação de mais um tipo de medicamento. Foram submetidos ao tratamento cirúrgico, geralmente de urgência, sem tratamento clínico prévio e sem diagnóstico firmado 71 (56,8%) pacientes.

O tempo médio de acompanhamento dos pacientes foi 152,4 meses. A primeira operação foi realizada, em média, 29 meses após o diagnóstico. As indicações cirúrgicas mais frequentes foram por abdome agudo inflamatório e obstrução ileal (Tabela 2).

As principais condutas cirúrgicas adotadas durante a primeira operação foram a ileocelectomia em 49 (39,2%) pacientes e a enterectomia em 46 (36,8%). A via laparoscópica foi utilizada em três pacientes. As intervenções anoperineais foram realizadas em 17 pacientes: a fistulotomia simples, a drenagem de abscesso, a colocação de sedenho e a exérese de plicomas, os procedimentos mais realizados (Figura 1).

A medicação pós-operatória foi empregada em 98 pacientes (78,4%), sendo que alguns receberam mais de um medicamento, a azatioprina foi utilizada em 61 (48,8%), a mesalazina em 27 (21,6%), a sulfasalazina em 25 (20%), o infliximabe em 16 (12,8%), o metotrexate em dois pacientes (1,6%) e o adalimumabe em um paciente (0,8%) (Tabela 3).

As complicações pós-operatórias ocorreram em 23 pacientes (18,4%). A fístula anastomótica ocorreu em 15 pacientes (12%), a infecção de sítio cirúrgico superficial em seis pacientes (4,8%), a pneumonia em um paciente (0,8%) e trombose venosa profunda em um paciente (0,8%), que evoluiu para óbito em decorrência de tromboembolismo pulmonar.

A recorrência cirúrgica ocorreu em 37 pacientes (29,6%), em média com 68 meses após a primeira intervenção, variando de três a 204 meses. Em 27 pacientes (57,5%) houve recorrência na região pré-anastomótica e, em 20 pacientes (42,5%), ocorreu em outros locais: no intestino delgado proximal em nove pacientes (7,2%), no íleo terminal em cinco pacientes (4%), na região perianal em cinco pacientes (4%), no cólon em um paciente (0,8%) e no reto em um paciente (0,8%). Os pacientes que apresentaram recorrência do quadro clínico necessitaram de duas ou mais de duas operações. Quatorze pacientes (11,2%) foram submetidos à três operações, sendo a segunda recorrência, em média, 47 meses após a primeira. Quatro pacientes (3,2%) necessitaram de quatro operações, sendo de 72 meses o tempo médio para aparecimento da terceira recorrência (Figura 2).

A localização da doença na região ileocólica (L3), o comportamento penetrante da doença (B3) e a presença de doença perianal B3p, assim como o tempo de evolução

Tabela 1 - Tratamento clínico pré-operatório (n=54).

Medicamento prévio	n (%)
Sulfasalazina	25 (20)
Mesalazina	14 (11,2)
Corticoterapia	42 (33,6)
Azatioprina	27 (21,6)
Mercaptopurina	1 (0,8)
Metotrexate	5 (4)
Infliximab	6 (4,8)

Tabela 2 - Principais indicações cirúrgicas (n=125).

Indicação	n (%)
Abdome agudo	36 (28,8)
Obstrução ileal	35 (28)
Doença perianal	17 (13,6)
Perfuração ileal	10 (8)
Intratibilidade clínica	10 (8)
Obstrução jejunal	8 (6,4)
Fístula enterocutânea	4 (3,2)
Fístula enterovesical	3 (2,4)
Fístula enteroentérica	2 (1,6)
Perfuração colônica	2 (1,6)
Obstrução colônica	1 (0,8)
Fístula ênterouterina	1 (0,8)
Hemorragia refratária	1 (0,8)

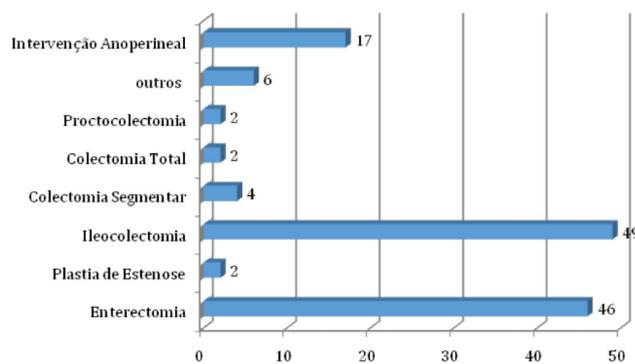


Figura 1 - Conduta adotada na primeira operação (n=125).

da doença estiveram significativamente associados à recorrência cirúrgica da doença (Tabelas 3 e 4).

Quando foram comparadas as operações de urgência com as eletivas, observou-se que não houve diferença em relação à recorrência cirúrgica. Já em relação à classificação de Montreal, observou-se que os pacientes com idade inferior aos 16 anos e com idade entre 17 e 40 anos ao diagnóstico foram submetidos à

Tabela 3 - Análise de associação entre o número de operações em pacientes com doença de Cröhn e as variáveis do estudo (n=125).

Variáveis n (%)	Quantidade de Cirurgias		Total n=125	p-valor
	1 n=88 (70,4%)	>2 n=37 (29,6%)		
Idade do diagnóstico				
A1	3 (3,4)	3 (8,1)	6 (4,8)	0,319
A2	59 (67,0)	20 (50,1)	79 (63,2)	
A3	26 (29,5)	14 (37,8)	40 (32,0)	
Localização				
L1	57 (64,8)	16 (43,2)	73 (58,4)	0,039
L2	15 (17,0)	7 (18,9)	22 (17,6)	
L3	16 (18,2)	13 (35,1)	29 (23,2)	
L4	0	1 (2,7)	1 (0,8)	
Comportamento				
B1	8 (9,1)	4 (10,8)	12 (9,6)	0,001
B2	49 (55,7)	7 (18,9)	56 (45,6)	
B3	31 (35,2)	26 (70,3)	57 (45,6)	
Doença Perianal				
B1p	4 (4,5)	1 (2,7)	5 (4,0)	0,033
B2p	5 (5,7)	0	5 (4,0)	
B3p	11 (12,5)	12 (32,4)	23 (18,4)	
Tabagismo				
Sim	33 (37,5)	15 (40,5)	48 (38,4)	0,319
Não	55 (62,5)	22 (59,5)	77 (61,6)	
Medicamento prévio				
Sulfassalazina	17 (19,3)	8 (21,6)	25 (20)	0,769
Mesalazina	13 (14,8)	1 (2,7)	14 (11,2)	0,063
Corticoterapia	32 (36,4)	10 (27,0)	42 (33,6)	0,313
Azatioprina	23 (26,1)	4 (10,8)	27 (21,6)	0,057
Mercatopurina	1 (1,1)	0	1 (0,8)	1,000
Metotrexate	5 (5,7)	0	5 (4,0)	0,320
Infliximabe	6 (6,8)	0	6 (4,8)	0,178
Medicamento pós-operatório				
Azatioprina	43 (48,9)	18 (48,6)	61 (48,8)	0,982
Infliximabe	12 (13,6)	4 (10,8)	16 (12,8)	0,776
Outros	44 (50,0)	15 (40,5)	59 (47,2)	0,334

operação eletiva com maior frequência. Por outro lado, pacientes com idade superior aos 40 anos de idade foram submetidos à operação de urgência com maior frequência (Tabela 5).

Ainda com relação ao tipo de operação, a principal indicação cirúrgica no grupo submetido à operação de urgência, foi o abdome agudo inflamatório em 30 pacientes (42,9%), seguido por obstrução intestinal em 27 pacientes (38,6%). Já no grupo de pacientes submetido à operação eletiva, a principal indicação foi a obstrução intestinal em 17 pacientes (30,9%), seguida por sepse perianal em 11 pacientes (20%) e intratabilidade clínica em dez pacientes (18,2 %) (Tabela 5).

DISCUSSÃO

A classificação de Montreal, por suas implicações diagnósticas e terapêuticas, tem sido cada vez mais utilizada em pacientes com doença de Cröhn (DC). Entretanto, apesar da sua grande utilidade, ainda é pouco empregada no Brasil, sobretudo quando se pretende avaliar possíveis fatores preditores de recorrência em uma população de pacientes cirúrgicos. Seu emprego em uma coorte de pacientes com DC submetidos ao tratamento cirúrgico, avaliada e acompanhada em centro de referência universitário para tratamento de doenças inflamatórias intestinais, pode contribuir para uma maior compreensão da apre-

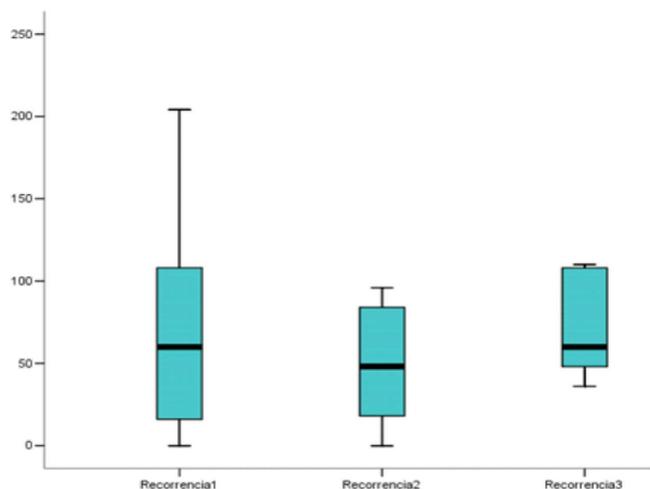


Figura 2 - Tempo de recorrência cirúrgica em pacientes operados por doença de Crohn (n=37).

sentação da doença e de sua resposta ao tratamento operatório. Na literatura nacional, apenas um único trabalho visou estudar os fatores de recorrência cirúrgica da DC⁵. Em tal estudo, Albuquerque *et al.* observaram que a forma clínica fistulizante e a presença de perfuração intestinal são fatores preditivos de recidiva no seguimento de pacientes operados⁵. Entretanto, tal artigo não utiliza a classificação de Montreal e suas implicações prognósticas.

A idade pode estar relacionada a uma maior predisposição genética à DC, existindo correlação com a expressão fenotípica. O acometimento do intestino delgado e do trato gastrointestinal superior são mais comuns em indivíduos diagnosticados com idade inferior aos 20 anos, enquanto a doença colônica é mais comum em indivíduos com idade superior aos 60 anos de idade². Tal fato também foi recentemente demonstrado em um trabalho envolvendo 1015 pacientes com DC. Freeman demonstrou que, para ambos os sexos, com o aumento da idade ao diagnóstico, a doença tende a ser menos extensa, com menos complicações relacionadas ao comportamento penetrante e, isoladamente, mais localizada no cólon⁶. Entretanto, advoga-se, também, que não há diferença no curso clínico da doença quando o parâmetro faixa etária é considerado⁷. No presente trabalho, pacientes com mais

de 40 anos de idade foram mais frequentemente submetidos ao tratamento cirúrgico de urgência. Não se pode inferir, baseado nessa coorte, que a doença foi mais agressiva nessa faixa etária, visto que a amostra de pacientes é pequena. Por outro lado, foi possível perceber que, nos pacientes submetidos ao tratamento de urgência, faltou suspeição diagnóstica da doença de Crohn, já que nesses pacientes o quadro inicial da doença mimetizou um quadro de abdome agudo inflamatório e muitos deles poderiam ter sido tratados clinicamente, sem necessidade de operação. Além disso, pode-se indagar se o diagnóstico de DC não seria suscitado com menos frequência em pacientes acima de 40 anos de idade, uma vez que, tradicionalmente, as doenças inflamatórias intestinais são consideradas como afecções que acometem pacientes mais jovens.

É de suma importância que se estude o envolvimento concomitante do trato gastrointestinal superior com as demais localizações, fato que não era contemplado por outras classificações, podendo-se subestimar a incidência da doença nessa topografia. No presente estudo, o acometimento do trato gastrointestinal (TGI) superior ocorreu em seis pacientes (4,8%), sendo que em 4%, concomitante a outras localizações. Esse dado é similar ao publicado por Magro *et al.*, em que apenas 1% da população estudada tinha doença isolada no TGI superior e 3,3% apresentava envolvimento concomitante com L1, L2 ou L3⁷. Também tem sido relatado que o risco de recorrência é maior quando a localização da doença ocorre nas regiões do íleo terminal e ileocólica^{8,9}. Na presente coorte, pacientes com localização L3 apresentaram maior recorrência cirúrgica, o que já havia sido confirmado por outros autores³.

Já está bem estabelecido que o comportamento fistulizante apresenta curso clínico mais agressivo e com maior índice de recorrência⁴, bem como, a presença de doença perianal, geralmente associada à doença colônica, que também tem sido considerada um importante marcador de doença grave¹⁰. No presente estudo, observou-se que pacientes com comportamento B3 apresentaram maior recorrência cirúrgica, o que corrobora, a maior agressividade deste tipo de comportamento da DC. Entretanto, apesar da doença perianal estar mais associada à forma penetrante da DC, inclusive agrupada junto a essa forma na

Tabela 4 - Análise multivariada entre o número de operações, o tempo de evolução e o comportamento da doença.

Variáveis	Quantidade de operações			OR	IC95% OR	p-valor
	1 N=88	>2 n=37	Total n=125			
Tempo evolução	133,8 ± 97,2	179,4 ± 81,1	147,3 ± 94,8	1,01	1,00 ; 1,01	0,031
Comportamento						
B1	8 (66,7)	4 (33,3)	12	1		
B2	49 (87,5)	7 (12,5)	56	0,10	0,02 ; 0,54	0,686
B3	31 (54,4)	26 (45,6)	57	1,34	0,33 ; 5,48	0,007

Tabela 5 - Análise de associação entre o tipo de operação (eletiva ou urgência) em pacientes com doença de Crohn e as variáveis do estudo (n=125).

Variáveis	Tipos de cirurgia			p-valor
	Urgência (n=70)	Eletiva (n=55)	Total (n=125)	
Quantidade de cirurgias				
1	46 (65,7)	42 (76,4)	88 (70,4)	0,195
>2	24 (34,3)	13 (23,6)	37 (29,6)	
Idade ao Diagnóstico				
A1	1 (1,4)	5 (9,1)	6 (4,8)	0,04
A2	42 (60)	37 (67,3)	79 (63,2)	
A3	27 (38,6)	13 (23,6)	40 (32)	
Localização				
L1	43 (61,4)	30 (54,5)	73 (58,4)	0,084
L2	8 (11,4)	14 (25,5)	22 (17,6)	
L3	19 (27,1)	10 (18,2)	29 (23,2)	
L4	0 (0)	1 (1,8)	1 (0,8)	
Comportamento				
B1	6 (8,6)	6 (10,9)	12 (9,6)	0,902
B2	32 (45,7)	24 (46,3)	56 (44,8)	
B3	32 (45,7)	25 (45,5)	57 (45,6)	
Indicação Cirúrgica				
Abdome agudo inflamatório	30 (40,2)	6 (10,9)	36 (28,8)	<0,0001
Obstrução jejunal	4 (5,7)	4 (7,3)	8 (6,4)	1,000
Obstrução ileal	23 (32,9)	12 (21,8)	35 (28,0)	0,172
Obstrução colônica	0 (0)	1 (1,8)	1 (0,8)	0,440
Hemorragia refratária	1 (1,4)	0 (0)	1 (0,8)	1,000
Fístula enterocutânea	1 (1,4)	3 (5,5)	4 (3,2)	0,319
Fístula enteroenterica	0 (0)	2 (3,6)	2 (1,6)	0,192
Fístula enterovesical	1 (1,4)	2 (3,6)	2 (2,4)	0,582
Fístula enterouterina	0 (0)	1 (1,8)	1 (0,8)	0,331
Perfuração ileal	7 (10,0)	3 (5,5)	10 (8,0)	0,510
Perfuração do cólon	0 (0)	2 (3,6)	2 (1,6)	0,192
Intratabilidade clínica	0 (0)	10 (18,2)	10 (8,0)	<0,0001
Sepse perianal	6 (8,6)	11 (20,0)	17 (13,6)	0,064

antiga classificação de Viena¹¹, a ocorrência de fístula entérica não ocorre em até 80% dos pacientes com doença perianal², o que está provavelmente relacionado com o perfil genético da doença.

No que diz respeito ao tratamento cirúrgico, a ileocolectomia e a enterectomia foram os procedimentos mais realizados, o que está de acordo com a localização topográfica da DC na população estudada (L1 em 58,4% dos pacientes). Na presente coorte, poucos pacientes foram submetidos à plastia de estenose, sempre do tipo *Heine-Mickulicz*, em estenoses segmentares¹². Isto porque, a maior parte das estenoses eram longas, implicando na realização de enterectomias ou na necessidade de plastias mais extensas, tipo *Jaboulay* ou *Michelassi*¹², não são utilizadas no Serviço. Além disso, como grande parte dos pacientes foi submetida à cirurgia de urgência, a ressecção possibilitou a confirmação da DC pela análise

histológica da peça naqueles pacientes sem diagnóstico prévio.

Na presente coorte, 12% dos pacientes apresentaram fístula anastomótica e 4,8% dos pacientes apresentaram infecção superficial do sítio cirúrgico. Observa-se que essas taxas de complicação encontram-se altas, pois se relata uma taxa de complicação abdominal séptica em pós-operatório de ressecção intestinal por DC de 8% a 16%. Essas taxas são maiores do que as registradas em pacientes submetidos à ressecção intestinal por outras doenças benignas¹³. Há de se ressaltar que o presente trabalho foi conduzido em um centro de referência, em um hospital de complexidade terciária e, por isso, muitos dos pacientes operados são pacientes com doença grave, com estado nutricional comprometido e que são admitidos utilizando medicações que levam a risco de deiscência de anastomoses.

A taxa de recorrência cirúrgica obtida de 29,6%, com um tempo médio de aparecimento de 68 meses, o que corresponde a 5,6 anos, está compatível com as taxas registradas na literatura, que variam de acordo com a definição de recorrência utilizada: endoscópica, clínica ou cirúrgica¹⁴. Pacientes submetidos à ileocelectomia apresentam recidiva endoscópica em até 90% dos casos na ausência de tratamento, enquanto a recorrência clínica chega a 20-25% ao ano¹⁵. Já no que diz respeito à recorrência cirúrgica, as taxas de reoperação variam de 11 a 32% em cinco anos, 20 a 44% em dez anos e 46 a 65% em 20 anos¹⁶.

Dentre as características da classificação de Montreal, os fatores mais relacionados à recorrência cirúrgica, no presente estudo, foram a localização ileocólica (L3) e o comportamento penetrante (B3). Na literatura nacional, em um trabalho publicado por Albuquerque *et al.*, que também avaliou a recorrência pós-operatória, o comportamento penetrante também foi mais associado a maior recorrência⁵.

Foi observado também que o tempo de evolução da doença esteve mais associado à recorrência, o que está de acordo com a história natural da DC, que é crônica e progressiva e, quase invariavelmente, evoluindo para complicações que culminam com o tratamento cirúrgico. O longo período de acompanhamento da presente coorte em um ambulatório universitário de caráter acadêmico-assistencial, com média de 152,4 meses, correspondendo a mais de 12 anos, torna possível a avaliação adequada de uma doença crônica, de elevada morbidade, mas de relativa baixa mortalidade.

Em se tratando da análise de outros fatores preditores de recorrência cirúrgica, o tabagismo é amplamente reconhecido como fator de pior prognóstico, sendo reconhecido tanto como fator de risco para o aparecimento da doença, como para recorrência após o tratamento cirúrgico^{3,5}, entretanto, isso não foi confirmado no presente estudo (Tabela 4).

Não foi objetivo deste estudo a avaliação do tratamento clínico, nem a associação entre o tipo de tratamento medicamentoso com a necessidade de tratamento cirúrgico. Chama a atenção que, no presente estudo, grande parte dos pacientes (56,4%) foi submetida ao tratamento cirúrgico, sem tratamento clínico prévio, ou seja, teve o diagnóstico suspeitado e confirmado no per e pós-operatório. É importante salientar que os pacientes pertencem a um ambulatório de referência, que muitas vezes recebe pacientes que foram operados em diversos outros serviços, muitas das vezes sem diagnóstico. Não se pode afirmar se esses pacientes apresentaram um curso mais agudo da doença ou se deixaram de procurar assistência médica quando do início da sintomatologia, perdendo-se a oportunidade de se estabelecer o diagnóstico sem a necessidade de intervenção cirúrgica. Muitos podem ter sido atendidos em serviços de urgência, onde o quadro inicial de inflamação aguda da região ileocecal foi interpretado como abdo-

me agudo inflamatório, com forte suspeita de apendicite aguda.

A relação entre apendicite, apendicectomia e doença de Crohn ainda não está bem estabelecida. Muitos pacientes que se apresentam com ileíte aguda podem ser submetidos à apendicectomia por suspeita de apendicite aguda, quando o diagnóstico verdadeiro é doença de Crohn, que pode ser diagnosticada no peroperatório ou alguns meses mais tarde. Entretanto, ainda não está confirmado se a apendicectomia é um fator de risco para DC ou se apendicectomia prévia altera a história natural da DC¹⁷.

Também não foi objetivo do presente trabalho, a avaliação da profilaxia medicamentosa pós-operatória, pois muitos desses pacientes foram operados em outros serviços, algumas vezes permanecendo longos períodos sem qualquer medicação, sendo encaminhados somente quando se tornavam novamente sintomáticos. De toda maneira, não foi observada relação entre o tratamento clínico pré-operatório e a maior taxa de recorrência cirúrgica, assim como em relação ao uso de medicação profilática pós-operatória (Tabela 4).

Em estudo publicado por Latella *et al.*¹⁸, que avaliou o curso clínico da DC em pacientes submetidos ao tratamento cirúrgico por abdome agudo, e que tiveram seu diagnóstico revelado no momento da cirurgia, foi observado que o risco desses pacientes serem submetidos à reintervenção devido à recorrência cirúrgica era menor. Os autores verificaram também que pacientes com comprometimento do íleo terminal e com comportamento penetrante ou estenosante apresentam maior risco de serem submetidos à laparotomia exploradora sem diagnóstico prévio. Em outro estudo¹⁹, em que foram comparados dois grupos, submetidos à cirurgia precoce (sem tratamento clínico prévio) e cirurgia tardia (ao longo do curso da doença devido à complicações), os pacientes submetidos à cirurgia precoce tiveram um tempo maior de remissão clínica¹⁹, entretanto, a taxa de reoperação foi a mesma^{mento c}. Na presente coorte, não houve diferença estatisticamente significativa entre os dois grupos de pacientes em relação à recorrência cirúrgica. A indicação cirúrgica mais comum no grupo de cirurgia de urgência foi laparotomia exploradora por suspeita de abdome agudo inflamatório, seguida por obstrução intestinal, ao passo que, nos pacientes submetidos à cirurgia eletiva, a principal indicação foi a obstrução intestinal, seguida por intratabilidade clínica.

A doença perianal acomete cerca de 33% dos pacientes com DC em dez anos de evolução e apresenta grande morbidade, devido, principalmente, a dor e a drenagem na região, que pode levar à complicações, como dermatites, prurido, dentre outras¹⁰. Observou-se a presença do acometimento perianal em 26,4% dos pacientes. Em recente estudo, Eglinton *et al.* observaram prevalência de doença perianal sintomática em 26,6% dos pacientes com DC¹⁰, taxa muito semelhante a encontrada na pre-

sente coorte. Neste, o tipo de lesão mais frequente foi a fistula perianal, seguido por abscesso, fissura, plicoma e estenose. O objetivo do tratamento da doença perianal deve ser direcionado para melhorar a qualidade de vida e é determinado pela complexidade do acometimento. Abscessos simples podem ser drenados, sempre o mais próximo possível da borda anal. Fístulas simples podem ser tratadas por fistulotomia, como ocorreu em 12 pacientes no presente trabalho. O posicionamento do sedenho é indicado na presença de fístulas complexas, para se drenar a sepsis perianal e evitar a secção do esfíncter, o que pode levar à incontinência fecal²⁰. Tal técnica foi utilizada em

seis pacientes. Sabe-se que a associação do sedenho com terapia imunobiológica apresenta melhores resultados na cicatrização das fístulas do que cada tipo de terapia isoladamente²⁰.

Concluindo, a recorrência cirúrgica da doença de Crohn acomete parcela significativa de pacientes (29,6%), geralmente após mais de cinco anos da primeira intervenção. O comportamento penetrante, sobretudo de topografia ileocólica, associada a comprometimento perianal levam mais frequentemente à recorrência após tratamento cirúrgico, confirmando a importância prognóstica da classificação de Montreal.

A B S T R A C T

Objective: To evaluate Crohn's disease recurrence and its possible predictors in patients undergoing surgical treatment. **Methods:** We conducted a retrospective study with Crohn's disease (CD) patients undergoing surgical treatment between January 1992 and January 2012, and regularly monitored at the Bowel Clinic of the Hospital das Clínicas of the UFMG. **Results:** We evaluated 125 patients, 50.4% female, with a mean age of 46.12 years, the majority (63.2%) diagnosed between 17 and 40 years of age. The ileum was involved in 58.4%, whereas stenotic behavior was observed in 44.8%, and penetrating, in 45.6%. We observed perianal disease in 26.4% of cases. The follow-up average was 152.40 months. Surgical relapse occurred in 29.6%, with a median time of 68 months from the first operation. **Conclusion:** The ileocolic location, penetrating behavior and perianal involvement (L3B3p) were associated with increased risk of surgical recurrence.

Key words: Crohn Disease. Classification. Recurrence. Risk Factors.

REFERÊNCIAS

1. Freeman HJ. Long-term natural history of Crohn's disease. World J Gastroenterol. 2009;15(11):1315-8.
2. Silverberg MS, Satsangi J, Ahmad T, Arnott ID, Bernstein CN, Brant SR, et al. Toward an integrated clinical, molecular and serological classification of inflammatory bowel disease: report of a Working Party of the 2005 Montreal World Congress of Gastroenterology. Can J Gastroenterol. 2005;19 Suppl A:5-36A.
3. Yamamoto T. Factors affecting recurrence after surgery for Crohn's disease. World J Gastroenterol. 2005;11(26):3971-9.
4. Swoger JM, Regueiro M. Evaluation for postoperative recurrence of Crohn disease. Gastroenterol Clin North Am. 2012;41(2):303-14.
5. 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 colo-proctol. 2008;28(1):36-9.
6. Freeman HJ. Application of the Montreal classification for Crohn's disease to a single clinician database of 1015 patients. Can J Gastroenterol. 2007;21(6):363-6.
7. Magro F, Portela F, Lago P, Ramos de Deus J, Vieira A, Peixe P, et al. Crohn's disease in a southern European country: Montreal classification and clinical activity. Inflamm Bowel Dis. 2009;15(9):1343-50.
8. Walfish A, Sachar D. Phenotype classification in IBD: Is there an impact on therapy? Inflamm Bowel Dis. 2007;13(12):1573-5.
9. Oostenbrug LE, van Dullemen HM, te Meerman GJ, Jansen PL, Kleibeuker JH. Clinical outcome of Crohn's disease according to the Vienna classification: disease location is a useful predictor of disease course. Eur J Gastroenterol Hepatol. 2006;18(3):255-61.
10. Eglinton TW, Barclay ML, Geary RB, Frizelle FA. The spectrum of perianal Crohn's disease in a population-based cohort. Dis Colon Rectum. 2012;55(7):773-7.
11. Gasche C, Scholmerich J, Brynskov J, D'Haens G, Hanauer SB, Irvine EJ, et al. A simple classification of Crohn's disease: report of the Working Party for the World Congresses of Gastroenterology, Vienna 1998. Inflamm Bowel Dis. 2000;6(1):8-15.
12. Campbell L, Ambe R, Weaver J, Marcus SM, Cagir B. Comparison of conventional and nonconventional stricturoplasties in Crohn's disease: a systematic review and meta-analysis. Dis Colon Rectum. 2012;55(6):714-26.
13. Hendren SK, Morris AM. Evaluating patients undergoing colorectal surgery to estimate and minimize morbidity and mortality. Surg Clin North Am. 2013;93(1):1-20.
14. Swoger JM, Regueiro M. Preventive therapy in postoperative Crohn's disease. Curr Opin Gastroenterol. 2010;26(4):337-43.
15. Van Assche G, Dignass A, Reinisch W, van der Woude CJ, Sturm A, De Vos M, et al. The second European evidence-based Consensus on the diagnosis and management of Crohn's disease: Special situations. J Crohns Colitis. 2010;4(1):63-101.
16. Borowiec AM, Fedorak RN. Predicting, treating and preventing postoperative recurrence of Crohn's disease: the state of the field. Can J Gastroenterol. 2011;25(3):140-6.
17. Radford-Smith GL. What is the importance of appendectomy in the natural history of IBD? Inflamm Bowel Dis. 2008;14 Suppl 2:S72-4.
18. Latella G, Cocco A, Angelucci E, Viscido A, Bacci S, Necozone S, et al. Clinical course of Crohn's disease first diagnosed at surgery for acute abdomen. Dig Liver Dis. 2009;41(4):269-76.
19. Fasci Spurio F, Aratari A, Margagnoni G, Doddato MT, Papi C. Early treatment in Crohn's disease: do we have enough evidence to reverse the therapeutic pyramid? J Gastrointest Liver Dis. 2012;21(1):67-73.
20. Taxonera C, Schwartz DA, García-Olmo D. Emerging treatments for complex perianal fistula in Crohn's disease. World J Gastroenterol. 2009;15(34):4263-72.

Recebido em 10/07/2014

Aceito para publicação em 10/08/2014

Conflito de interesse: nenhum

Fonte de financiamento: financiamento parcial do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq).

Endereço para correspondência:

Antonio Lacerda Filho

E-mail: alacerdafilho@gmail.com