doi.org/10.51891/rease.v10i3.13111

MANEJO CIRÚRGICO DA DOENÇA DE CROHN: UMA REVISÃO DAS INDICAÇÕES, TÉCNICAS DE ABORDAGEM E CUIDADOS PÓS-OPERATÓRIOS

SURGICAL MANAGEMENT OF CROHN'S DISEASE: A REVIEW OF INDICATIONS, APPROACH TECHNIQUES, AND POSTOPERATIVE CARE

MANEJO QUIRÚRGICO DE LA ENFERMEDAD DE CROHN: UNA REVISIÓN DE INDICACIONES, TÉCNICAS DE ABORDAJE Y CUIDADOS POSTOPERATORIOS

Paulo Afonso Vieira Gomes Filho[1]
Luísa Akl Urankar[2]
Kamila Rabelo Carneiro Cury Aguiar[3]
Lara Rayana Pereira Rodrigues[4]
Isabela Miranda de Melo[5]
Marco Vidal Assad Machado Vamszer[6]
Carolina Guerra Fagundes de Andrade[7]
Marcela Larissa Miranda de Paulo Teixeira[8]
Gabriela Fernandes Dayrell Magalhães[9]
Lethycia Milhomem Martins[10]
Luana Moura Luz Fé[11]
Adoaldo Fernandes Gomes Neto[12]
Bruno de Freitas Ricardo Pereira[13]
Arthur Moreira Caeiro[14]

RESUMO: A Doença de Crohn (DC) é uma condição crônica que afeta o trato gastrointestinal, caracterizada por inflamação que pode ocorrer em várias partes do sistema digestivo. Embora sua causa exata não seja totalmente compreendida, fatores como alterações na microbiota intestinal, predisposição genética e disfunção imunológica desempenham papéis importantes em seu desenvolvimento. O diagnóstico da DC é feito por meio de uma combinação de exames clínicos, endoscópicos, radiológicos e histológicos. O tratamento visa reduzir a inflamação intestinal e induzir remissão dos sintomas, através de medicamentos como. Em casos graves ou refratários, a cirurgia pode ser necessária. Após a intervenção cirúrgica, o manejo pós-operatório é crucial e requer uma abordagem individualizada. A vigilância pós-operatória é essencial para detectar precocemente qualquer recorrência da doença, permitindo intervenções rápidas. Com uma abordagem multidisciplinar e estratégias de tratamento individualizadas, é possível melhorar a qualidade de vida e reduzir complicações em pacientes com DC.

Palavras-Chave: Doença de Crohn. Doença Inflamatória Intestinal. Manejo cirúrgico.

[1]Médico pela FAPAC Porto Nacional, Tocatins.
[2]Acadêmica de Medicina da Universidade Presidente Antônio Carlos.
[3]Acadêmica de Medicina do Centro Universitário do Planalto Central Apparecido dos Santos.
[4]Acadêmica de Medicina do Centro Universitário FAMINAS.
[5]Acadêmica de Medicina do Centro Universitário FAMINAS.
[6]Acadêmico de Medicina da Universidade Presidente Antônio Carlos.
[7]Acadêmica de Medicina do Centro Universitário de Valença.
[8]Acadêmica de Medicina da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais.
[9]Acadêmica de Medicina da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais.
[10]Acadêmica de Medicina do Centro Universitário do Maranhão - Campus Imperatriz.
[11]Médica pelo Centro Universitário UniFacid Wyden.
[12]Médico pelo Centro Universitário UniFacid Widen.
[13]Acadêmico de Medicina da Universidade Federal de Juiz de Fora – UFJF.
[14]Médico pela Universidade Federal de Goiás.

ABSTRACT: Crohn's Disease (CD) is a chronic condition that affects the gastrointestinal tract, characterized by inflammation that can occur in various parts of the digestive system. Although its exact cause is not fully understood, factors such as alterations in intestinal microbiota, genetic predisposition, and immune dysfunction play important roles in its development. The diagnosis of CD is made through a combination of clinical, endoscopic, radiological, and histological examinations. Treatment aims to reduce intestinal inflammation and induce symptom remission, through medications such as. In severe or refractory cases, surgery may be necessary. After surgical intervention, postoperative management is crucial and requires an individualized approach. Postoperative surveillance is essential to detect any recurrence of the disease early, allowing for prompt interventions. With a multidisciplinary approach and individualized treatment strategies, it is possible to improve the quality of life and reduce complications in patients with CD.

Keywords: Crohn's Disease. Inflammatory Bowel Disease. Surgical Management.

RESUMEN: La enfermedad de Crohn (DC) es una condición crónica que afecta el tracto gastrointestinal, caracterizada por inflamación que puede ocurrir en varias partes del sistema digestivo. Aunque su causa exacta no se comprende totalmente, factores como alteraciones en la microbiota intestinal, predisposición genética y disfunción inmunológica desempeñan roles importantes en su desarrollo. El diagnóstico de la DC se realiza mediante una combinación de exámenes clínicos, endoscópicos, radiológicos e histológicos. El tratamiento tiene como objetivo reducir la inflamación intestinal e inducir la remisión de los síntomas, a través de medicamentos como. En casos graves o refractarios, puede ser necesaria la cirugía. Después de la intervención quirúrgica, el manejo postoperatorio es crucial y requiere un enfoque individualizado. La vigilancia postoperatoria es esencial para detectar tempranamente cualquier recurrencia de la enfermedad, permitiendo intervenciones rápidas. Con un enfoque multidisciplinario y estrategias de tratamiento individualizadas, es posible mejorar la calidad de vida y reducir las complicaciones en pacientes con DC.

Palabras Clave: Enfermedad de Crohn. Enfermedad Inflamatoria Intestinal. Diarrea.

INTRODUÇÃO

A Doença de Crohn é uma condição crônica que causa inflamação no trato gastrointestinal, podendo afetar várias partes, desde a boca até o ânus, embora seja mais frequente no íleo terminal. É caracterizada por lesões que atravessam todas as camadas da parede intestinal, com áreas afetadas intercaladas com tecido saudável, presença de granulomas não-caseosos e o desenvolvimento de fístulas.[9]

A inflamação resulta na redução da integridade da mucosa epitelial e na perda da capacidade de absorção das células epiteliais superficiais. Além disso, casos ativos de Doença de Crohn podem apresentar complicações extra-intestinais, tais como uveíte, sacroileíte, poliartrite migratória, eritema nodoso e uropatia obstrutiva.[5]

Embora sua causa não seja precisamente estabelecida, acredita-se que a Doença de Crohn seja um distúrbio multifatorial, resultante de alterações na microbiota intestinal, suscetibilidade genética e ruptura da mucosa. A interação entre esses fatores desencadeia

uma resposta imunológica anormal, comprometendo a função de barreira do epitélio intestinal.[19]

Os medicamentos utilizados no tratamento da Doença de Crohn são destinados a reduzir a inflamação intestinal. Embora não sejam capazes de curar a doença, frequentemente podem induzir um estado de remissão, proporcionando um período sem sintomas. Essas remissões podem perdurar por meses ou anos, variando de acordo com cada pessoa. Ao longo do tempo, podem ser necessários ajustes na dosagem ou na escolha do medicamento para manter a remissão.[16]

Os objetivos do tratamento cirúrgico na Doença de Crohn incluem melhorar os sintomas e, ao mesmo tempo, preservar o comprimento intestinal e sua capacidade de absorção. Esses objetivos são fundamentados na natureza incurável da doença, que afeta principalmente pacientes jovens, sendo que mais de 70% deles eventualmente necessitarão de intervenção cirúrgica. Portanto, é crucial adotar uma abordagem de longo prazo, evitando procedimentos que possam comprometer a função intestinal. Assim, se um segmento intestinal afetado não estiver causando hemorragia, perfuração, obstrução ou indicadores de doença maligna, é recomendável poupar esse segmento de qualquer intervenção cirúrgica.[4]

Em geral, as principais indicações cirúrgicas incluem: doença que não responde ao tratamento clínico, perfuração intestinal, obstrução recorrente, presença de abscesso, displasia e câncer.[16]

Esta revisão tem como objetivo principal analisar estudos que tratam da epidemiologia, da fisiopatologia, das manifestações clínicas, do diagnóstico, das abordagens cirúrgicas, da recorrência das lesões e dos fatores de risco para recidiva da DC.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo realizado através de revisão de literatura, no qual foram selecionados trabalhos com temas relacionados à definição, à epidemiologia, à etiologia, à fisiopatologia, ao diagnóstico, às manifestações clínicas, às indicações para a cirurgia, às abordagens cirúrgicas, às recorrência das lesões e seus fatores de risco, aos cuidados gerais e à profilaxia médica no pós operatório da DC. A coleta de dados foi realizada por meio de revisão bibliográfica para análise secundária nos bancos de dados online PUBMED, SCIELO e LILACS, utilizando os descritores s "crohn's disease", “surgicalmanagement” e "postoperative care", utilizando os filtros: idioma inglês,

publicação nos últimos 20 anos e estudos dos tipos ensaio clínico, meta-análise e revisão sistemática.

Os critérios de exclusão incluíram artigos que apresentavam apenas o resumo disponível e aqueles que não se alinhavam aos objetivos propostos. Após a seleção da bibliografia, suas principais características foram agrupadas, com foco nas variáveis relacionadas à doença investigada.

DISCUSSÃO

EPIDEMIOLOGIA

A Doença de Crohn é uma condição inflamatória crônica e recorrente do trato gastrointestinal, cuja causa exata ainda não é totalmente compreendida, mas fatores imunológicos, genéticos e ambientais podem desempenhar um papel importante. É mais comum em pessoas jovens, com a maior incidência ocorrendo entre os 15 e os 40 anos de idade. Aproximadamente 15% a 20% dos casos ocorrem em crianças e adolescentes, o que pode resultar em prejuízo do crescimento, além das consequências típicas da doença. A incidência é mais alta em países do norte da Europa e da América do Norte, sendo rara na Ásia e na África, embora esteja havendo um aumento de casos na América do Sul.[2]

A doença impacta todas as áreas da vida do paciente, desde sua carreira até sua vida pessoal. Portanto, para garantir qualidade de vida, prevenir complicações futuras e reduzir recidivas, é essencial que o paciente receba um cuidado multidisciplinar adequado, com ênfase na atenção primária.[10]

FISIOPATOLOGIA

É importante destacar o papel de certos fatores ambientais no desenvolvimento da doença, como estresse, alimentação, infecções, uso de drogas e tabagismo. Evidências sugerem que os tabagistas têm um risco duas vezes maior de desenvolver doença inflamatória intestinal (IBD). Quanto aos hábitos alimentares, estudos demonstram uma relação direta entre a alta incidência do distúrbio e o consumo excessivo de açúcares refinados, gorduras totais e carne, juntamente com baixa ingestão de fibras e frutas.[6]

Em relação à influência genética, é conhecido que 12% dos indivíduos com Doença de Crohn têm histórico familiar positivo para a doença. No entanto, apenas 13,1% da hereditariedade está associada a variações genéticas, indicando que a epigenética e a

influência ambiental também desempenham papéis importantes na fisiopatologia do distúrbio.[19]

A microbiota intestinal desempenha um papel crucial na patogênese das doenças inflamatórias intestinais, especialmente na Doença de Crohn. As células imunes são sensibilizadas e ativadas pelos MAMPs (padrões moleculares associados à microbiota), o que provavelmente influencia o processo inflamatório transmural e a expressão gênica do hospedeiro.[17]

Estudos indicam a presença significativa de disbiose entre os portadores da Doença de Crohn, com um terço dos casos mostrando uma quantidade elevada de Escherichia coli aderente à mucosa do trato gastrointestinal. Essas bactérias, ao atravessarem a barreira epitelial, invadem os enterócitos e se reproduzem, desencadeando o recrutamento de macrófagos e a secreção de grandes quantidades de fator de necrose tumoral alfa (TNFα). Além disso, destaca-se a presença de disbiose fúngica e viral na DC, como o aumento dos vírus bacteriófagos Caudovirales no lúmen do órgão afetado. Embora seja uma área de pesquisa promissora, a maioria das estratégias de manipulação da microbiota ainda não obteve sucesso clínico.[19]

CLÍNICA

As manifestações clínicas da Doença de Crohn variam dependendo do local afetado e da gravidade das lesões, e podem se desenvolver de forma insidiosa. O sintoma mais comum é a diarreia crônica, embora possa não estar presente. Os pacientes frequentemente relatam fadiga, perda de peso, febre baixa e dor abdominal localizada no quadrante inferior direito, que tende a piorar após as refeições.[12]

A estenose luminal pode resultar do quadro e estar associada à obstrução intestinal, mais frequentemente no intestino delgado, o que causa redução da flatulência, náuseas, vômitos e ruídos hidroaéreos aumentados à ausculta. Além disso, na forma penetrante da Doença de Crohn, podem ocorrer o desenvolvimento de fístulas ou abscessos intestinais. Na presença de um abscesso, além da dor abdominal intensa, é comum o relato de sintomas sistêmicos como febre e calafrios. Por outro lado, os sintomas de uma fístula variam de acordo com sua localização. Por exemplo, uma fístula entero-entérica pode resultar em diarreia, enquanto uma fístula entero-vesical pode levar a uma infecção do trato urinário.[6]

Em pacientes com envolvimento do cólon, a presença de sangue nas fezes, conhecida como hematoquezia, pode ser o sintoma principal. Além disso, é importante ressaltar que

mais de 50% dos casos apresentam sintomas extra-intestinais, sendo o eritema nodoso e a artrite pauciarticular os mais comuns. Outras manifestações cutâneas, como psoríase e pioderma gangrenoso, podem ocorrer, assim como episclerite e uveíte.[19]

DIAGNÓSTICO

O diagnóstico da Doença de Crohn é estabelecido com base em uma combinação de achados clínicos, endoscópicos, radiológicos, histológicos e patológicos que indicam a presença da doença. Os testes laboratoriais são mais frequentemente utilizados para avaliar a gravidade da doença e suas complicações, uma vez que não existe um teste específico que confirme o diagnóstico. Além disso, a solicitação de exames laboratoriais pode variar dependendo dos sintomas apresentados pelo paciente.[12]

Indicadores laboratoriais de atividade inflamatória geralmente estão presentes na Doença de Crohn, como aumento na taxa de sedimentação eritrocitária e na proteína C reativa sérica, embora possam permanecer inalterados em alguns casos. Os estudos de fezes, por sua vez, podem ser úteis para descartar outras causas de dor abdominal associada à diarreia. A dosagem de lactoferrina fecal e calprotectina fecal pode ser utilizada como marcador não invasivo de inflamação intestinal na DC, porém, são inespecíficas.[6]

Durante a avaliação inicial, um hemograma completo pode ser realizado para verificar a concentração de hemácias e plaquetas no sangue, uma vez que os dois principais achados no exame de sangue na Doença de Crohn são anemia e trombocitose.[12]

Além do hemograma, a avaliação dos níveis séricos de ferro, folato, vitamina D e vitamina B12 pode ser útil, pois a concentração desses nutrientes geralmente está diminuída na Doença de Crohn, indicando um quadro de deficiência nutricional.[10]

A ileocolonoscopia continua sendo o exame padrão-ouro para o diagnóstico da Doença de Crohn. Seus achados mais sugestivos incluem lesões focais e assimétricas no trato gastrointestinal, com presença de estenose, fístulas e envolvimento perianal. O exame histológico geralmente revela sinais de alterações inflamatórias crônicas, como inflamação granulomatosa transmural, inflamação da lâmina própria e plasmocitose basal.[10]

TRATAMENTO CLÍNICO

Os medicamentos usados para tratar a Doença de Crohn visam reduzir a inflamação intestinal. Embora não possam curar a doença, frequentemente podem induzir um estado de remissão, proporcionando um período livre de sintomas. Essas remissões podem durar

meses ou anos, variando de acordo com cada pessoa. Com o tempo, ajustes na dosagem ou no tipo de medicação podem ser necessários para manter a remissão. No entanto, mesmo com o aumento da utilização da terapia biológica, cerca de um terço dos pacientes não respondem adequadamente ao tratamento medicamentoso. Nesses casos, a cirurgia pode ser recomendada ou necessária.[8]

TRATAMENTO CIRÚRGICO

Apesar dos avanços contínuos na abordagem e tratamento da Doença de Crohn, até 75% dos pacientes com a doença eventualmente necessitarão de cirurgia durante o curso da doença. As indicações para cirurgia incluem intratabilidade clínica, complicações da doença ou uma combinação desses fatores. O tratamento clínico é a terapia primária para a Doença de Crohn, com o tratamento cirúrgico sendo secundário. A cirurgia é indicada se as terapias de primeira e segunda linha não conseguirem induzir a remissão em casos graves da doença. Além disso, a cirurgia deve ser considerada antes de avançar no tratamento clínico em pacientes com doença grave ou cortico-dependente, especialmente aqueles com estenoses ou manifestações extra-intestinais, ou com história conhecida de Doença de Crohn por mais de 5 anos.[3]

Alguns dos fatores de risco para o desenvolvimento de um fenótipo mais grave da Doença de Crohn incluem o início precoce da doença (antes dos 40 anos de idade), acometimento perianal, presença de doença estenosante e perfurante, lesões no trato gastrointestinal superior, necessidade de corticosteroides no primeiro surto da doença e sexo feminino.[10]

De acordo com o tipo de lesão e situações clínicas, as indicações cirúrgicas na Doença de Crohn incluem obstrução intestinal e estenose (54%), fístulas (28%), abscessos (7%), perfurações (4,5%), casos refratários ao tratamento clínico (3,5%), hemorragia de grande magnitude (2%), e câncer colorretal (1%). Outras indicações cirúrgicas incluem megacólon tóxico, estenose fibrótica sintomática, fístulas enterocutâneas com alto débito ou estenose, sintomas devido à formação de bypass (por exemplo, fístula duodenal/cólon transverso), fístulas intestinais envolvendo uma grande área de intestino intacto, fístulas enterovesicais que não respondem à terapia conservadora e apresentam infecção urinária recorrente, e abscessos retroperitoneais. O risco relativo de câncer colorretal e de intestino delgado é significativamente elevado em pacientes com Doença de Crohn.[20]

É verdade que algumas pessoas com Doença Inflamatória Intestinal (DII) têm a opção de escolher a cirurgia, enquanto para outras o procedimento cirúrgico é uma necessidade absoluta devido a complicações da doença. Para alguns pacientes, a cirurgia é uma decisão tomada quando não conseguem mais tolerar os sintomas da doença ou quando não estão mais respondendo à medicação prescrita. Os medicamentos utilizados para tratar a Doença de Crohn e a Retocolite Ulcerativa não são necessariamente eficazes para todos os pacientes o tempo todo. Alguns pacientes podem responder bem a um determinado medicamento por um período, mas por razões desconhecidas param de responder. Além disso, alguns pacientes podem experimentar muitos efeitos colaterais dos medicamentos. A cirurgia será considerada se a qualidade de vida da pessoa for gravemente afetada apesar do tratamento médico ou se os efeitos colaterais dos medicamentos forem significativos.[16]

ABORDAGENS TÉCNICAS PARA O MANEJO CIRÚRGICO DA DC

Os procedimentos mais comuns para abordar complicações e refratariedade da Doença de Crohn incluem ressecção intestinal aberta e laparoscópica, estenoplastia e dilatação endoscópica por balão. Geralmente, a ressecção do intestino delgado é realizada quando um segmento está perfurado ou quando há um abscesso para um órgão adjacente. Como a Doença de Crohn frequentemente apresenta recidiva, a ressecção intestinal deve ser feita com o objetivo de preservar o máximo de intestino possível. A inspeção macroscópica deve determinar as margens de ressecção, uma vez que a presença de doença microscópica nas margens não está associada a um risco aumentado de recorrência.[13]

O tipo de anastomose a ser realizada após uma ressecção depende da preferência do cirurgião, uma vez que não há evidências de que um tipo seja superior ao outro na literatura. Portanto, pode-se optar por realizar uma anastomose látero-lateral ou término-terminal.[14]

Por exemplo, as diretrizes da European Crohn's and Colitis Organization de 2020 recomendam a junção látero-lateral por meio do grampeamento do intestino delgado. Por outro lado, a American Society of Colon and Rectal Surgeons defende que a decisão deve ser deixada ao critério do cirurgião, uma vez que alguns estudos clínicos demonstram que uma anastomose grampeada deve ser evitada.[1]

A anastomose Kono-S, do tipo término-terminal funcional, foi projetada especificamente para o manejo da Doença de Crohn. Neste procedimento, a ressecção intestinal é realizada com grampeadores posicionados perpendicularmente ao mesentério. Os cotos intestinais são reforçados inicialmente com suturas absorvíveis e depois suturados

juntos para criar uma coluna de suporte comum, característica única desta técnica. Os intestinos de ambos os lados desta coluna central são então abertos longitudinalmente na borda antimesentérica, começando a 1 cm da coluna. As incisões são suturadas transversalmente usando suturas absorvíveis em camada única para completar a anastomose. Quando concluída, a coluna de suporte é posicionada entre a anastomose e o mesentério.[11]

A vantagem potencial dessa configuração anastomótica é a capacidade de manter o diâmetro intestinal, evitando assim distorções ou estenoses associadas. Em uma meta-análise de nove estudos, a anastomose Kono-S foi associada à menor incidência de recorrência endoscópica e cirúrgica.[11]

FATORES DE RISCO PARA RECIDIVA

A recorrência das lesões após a intervenção cirúrgica pode ser definida através do escore de Rutgeerts, que classifica os achados endoscópicos em 5 estágios: i0 (sem lesões no íleo distal), i1 (5 ou menos lesões aftosas), i2 (mais de 5 lesões intercaladas com áreas de mucosa normal), i3 (lesões aftosas difusas com mucosa inflamada) e i4 (inflamação difusa com presença de úlceras grandes e nódulos). Enquanto escores i0 e i1 indicam remissão da doença, i2, i3 e i4 apontam para a recorrência da Doença de Crohn, que ocorre em mais de 90% dos pacientes após 12 meses de cirurgia. A recorrência clínica, por sua vez, incide em até 50% dos casos após 5 anos da intervenção. Portanto, é aconselhável utilizar tiopurinas com ou sem associação à metronidazol para casos de doença penetrante e adicionar medicamento anti-TNF (anti fator de necrose tumoral) para pacientes de alto risco.[13]

A identificação de fatores de risco para recorrência pode auxiliar na determinação se o paciente deve iniciar a terapia médica logo após a cirurgia ou se ele pode ser monitorado quanto à recorrência da doença. Esses fatores de risco podem ser classificados como relacionados ao paciente, à doença ou à cirurgia.[15]

Os fatores de risco relacionados ao paciente para a recorrência da Doença de Crohn incluem o tabagismo e a herança genética. Por exemplo, uma meta-análise de 16 estudos demonstrou que os fumantes têm taxas mais altas de recorrência clínica pós-operatória e recorrência cirúrgica em 10 anos de acompanhamento. Em relação à genética, estudos clínicos mostraram que pacientes com a mutação do gene NOD2/CARD15 tiveram uma taxa de recorrência pós-operatória maior e necessitaram de cirurgia mais precocemente em comparação com pacientes sem a mutação.[15]

Outro fator importante relacionado à recorrência da Doença de Crohn é a presença de doença gastrointestinal proximal e difusa que envolve o cólon. Um estudo de coorte demonstrou que pacientes com doença envolvendo o intestino delgado apresentam maior risco de recorrência de DC.[18]

Finalmente, os fatores relacionados à cirurgia associam-se à técnica e às características das lesões, que podem ser penetrantes ou estenosantes. Uma meta-análise demonstrou que pacientes com DC perfurante eram mais propensos a ter recidiva pós-operatória em comparação com pacientes com DC não perfurante. Já a DC estenosante curta é considerada de menor risco para a recorrência em comparação com a DC penetrante. Alguns estudos demonstraram que a recorrência após cirurgia conservadora era mais provável em pacientes mais jovens e em DC estenosante. Além disso, a técnica anastomótica pode afetar o risco de recorrência. A anastomose látero-lateral de uma ressecção ileocólica está associada a taxas de recorrência mais baixas quando comparadas com a anastomose ileorretal.[18]

A vigilância precoce no pós-operatório é crucial para detectar recorrências da doença, permitindo intervenção rápida. Diversos parâmetros clínicos, laboratoriais, radiológicos e endoscópicos são usados para monitorar a recaída da doença. Em pacientes sem complicações, tanto a lactoferrina fecal quanto a calprotectina normalizam dentro de dois meses após o procedimento. No entanto, o aumento desses marcadores fecais após esse período tem sido associado ao ressurgimento da doença. Embora a ultrassonografia contrastada do intestino delgado e a enteróclise por ressonância magnética tenham mostrado bons resultados na vigilância pós-operatória da Doença de Crohn, a colonoscopia é atualmente considerada o melhor exame para avaliar a mucosa, especialmente para avaliar a recidiva na anastomose ileocólica e no neo-íleo terminal, pois a recidiva endoscópica é um bom indicador de recorrência clínica. O sistema de pontuação desenvolvido por Rutgeerts e outros em 1990 é amplamente aceito e ajuda a prever recaídas.[7]

CONCLUSÃO

A doença de Crohn é uma condição inflamatória crônica progressiva, cujo diagnóstico envolve exame clínico, de imagem e histopatológico. O tratamento primário é crucial para controlar a fase aguda e prolongar a remissão, empregando aminossalicilatos, imunossupressores, corticosteroides, antibióticos e terapia nutricional personalizada. Nos casos de obstrução intestinal parcial ou total, fístulas entéricas, abcessos, hemorragia e

perfuração, o tratamento cirúrgico é necessário. As opções cirúrgicas mais comuns são a ressecção segmentar e a colectomia, visando aumentar a sobrevida e a qualidade de vida dos pacientes, mesmo que o tratamento não seja curativo. O tratamento cirúrgico na DC é indicado para pacientes com sintomas refratários à terapia clínica ou que desenvolvem complicações agudas e crônicas. Após avaliação detalhada, o cirurgião define a estratégia e as técnicas cirúrgicas com base em múltiplos fatores pré e intra-operatórios, visando restaurar a qualidade de vida dos pacientes e reduzir a chance de recidiva da doença. No manejo pós-operatório, é essencial estratificar e individualizar cada caso para determinar a necessidade de tratamento pós-operatório imediato. Pacientes com baixo risco de recidiva podem não precisar de profilaxia medicamentosa, enquanto para aqueles com risco moderado a alto, a prescrição de imunomoduladores associados ou não a metronidazol é recomendada.

REFERÊNCIAS

1. ADAMINA, M. et al. ECCO Guidelines on Therapeutics in Crohn's Disease: Surgical Treatment. Journal of Crohn's & Colitis, v. 14, n. 2, p. 155–168, 10 fev. 2020.

2. BEAUGERIE L, SOKOL H. Clinical, serological and genetic predictors of inflammatory bowel disease course. World J Gastroenterol. 2012; 18(29): 3806-3813.

3. BEMELMAN, W. A. et al. How effective is extensive nonsurgical treatment of patients with clinically active Crohn's disease of the terminal ileum in preventing surgery? Digestive Surgery, v. 18, n. 1, p. 56–60, 2001.

4. Bernell O, Lapidus A, Hellers G. Risk factors for surgery and postoperative recurrence in crohn's disease. Ann Surg. 2000 Jan;231(1):38-45.

5. FERNANDES MD, et al. Doença de Crohn metastática sem manifestações clinica intestinal. An Bras Dermatologia. 2009; 84(6): 651-654.

6. FEUERSTEIN, J. D.; CHEIFETZ, A. S. Crohn Disease: Epidemiology, Diagnosis, and Management. Mayo Clinic Proceedings, v. 92, n. 7, p. 1088–1103, jul. 2017.

7. GAZETA MARIOSA, F. G. Supervisão e manejo pós operatório na Doença de Crohn. HU Revista, [S. l.], v. 37, n. 2, 2012. Disponível em: https://periodicos.ufjf.br/index.php/hurevista/article/view/1302. Acesso em: 25 fev. 2024.

8. HANAUER, S. B. et al. Maintenance infliximab for Crohn's disease: the ACCENT I randomised trial. The Lancet, v. 359, n. 9317, p. 1541–1549, maio 2002.

9. HEAD KND, JURENKA JMT. Inflammatory bowel disease part II: Crohn's Disease-pathophysiology and conventional and alternative treatment options. Alt Med Rev. 2004; 9(4): 360-401.

10. KALLA, R. et al. Crohn's disease. BMJ, v. 349, n. nov19 13, p. g6670–g6670, 19 nov. 2014.

11. KONO, T. et al. A New Antimesenteric Functional End-to-End Handsewn Anastomosis: Surgical Prevention of Anastomotic Recurrence in Crohn's Disease. Diseases of the Colon & Rectum, v. 54, n. 5, p. 586, 1 maio 2011.

13. LICHTENSTEIN, G. R. et al. ACG Clinical Guideline: Management of Crohn's Disease in Adults. The American Journal of Gastroenterology, v. 113, n. 4, p. 481–517, 27 mar. 2018.

14.LIGHTNER, A. L. et al. The American Society of Colon and Rectal Surgeons Clinical Practice Guidelines for the Surgical Management of Crohn's Disease. v. 63, n. 8, p. 1028–1052, 1 ago. 2020.

15. MICHELASSI, F. Crohn's Recurrence After Intestinal Resection and Anastomosis. Digestive Diseases and Sciences, v. 59, n. 7, p. 1352–1353, 27 mar. 2014.

16. PAPAY, P. et al. The Impact of Thiopurines on the Risk of Surgical Recurrence in Patients With Crohn's Disease After First Intestinal Surgery. v. 105, n. 5, p. 1158–1164, 1 maio 2010.

17. PEOPLECREATIONS, F. CIRURGIA PARA DOENÇA DE CROHN E RETOCOLITE ULCERATIVA. [s.l: s.n.]. Disponível em: ‹https://abcd.org.br/wp-content/uploads/2019/07/ABCD_cartilha_cirurgia.pdf›

18. PETAGNA, L. et al. Pathophysiology of Crohn's disease inflammation and recurrence. Biology Direct, v. 15, n. 1, 7 nov. 2020.

19. REGUEIRO, M. et al. American Gastroenterological Association Institute Technical Review on the Management of Crohn's Disease After Surgical Resection. Gastroenterology, v. 152, n. 1, p. 277-295.e3, jan. 2017.

20. TORRES, J. et al. Crohn's Disease. The Lancet, v. 389, n. 10080, p. 1741–1755, 2017.

21. UENO, F. et al. Evidence-based clinical practice guidelines for Crohn's disease, integrated with formal consensus of experts in Japan. Journal of Gastroenterology, v. 48, n. 1, p. 31–72, 23 out. 2012.