

FERNANDA DE AZEVEDO SANFRONT

Resultados das Anastomoses Término-terminais e
Látero-laterais no Tratamento da Enterite de Crohn

Dissertação apresentada à Faculdade de Medicina
da Universidade de São Paulo para obtenção do
título de Mestre em Ciências

Área de Concentração: Cirurgia do Aparelho
Digestivo

Orientadora: Profa. Dra. Magaly Gemio Teixeira

São Paulo

2006

FERNANDA DE AZEVEDO SANFRONT

Resultados das Anastomoses Término-terminais e
Látero-laterais no Tratamento da Enterite de Crohn

Dissertação apresentada à Faculdade de Medicina
da Universidade de São Paulo para obtenção do
título de Mestre em Ciências

Área de Concentração: Cirurgia do Aparelho
Digestivo

Orientadora: Profa. Dra. Magaly Gemio Teixeira

São Paulo

2006

Dedicatória

Não tenho palavras para agradecer e homenagear uma das mulheres mais brilhantes deste país : **professora Magaly Gemio Teixeira**. Acredito que ela saiba de todo o meu verdadeiro orgulho por ser sua orientanda. Uma mulher forte, sábia, com um conhecimento científico infinito. Com uma técnica operatória invejável. E que, acima de tudo, nasceu com o dom de ensinar. E ela o exerce com maestria. Com uma facilidade que encanta quem ouve. E eu, assim como outros tantos, fui encantada.

Muito obrigada Dra Magaly! Por tudo! Por ter confiado em mim desde que eu me inscrevi no concurso para ser sua residente. Por ter me ensinado Coloproctologia de maneira tão simples. Por fazer nascer em mim esse amor pela Especialidade e pelas Doenças Inflamatórias Intestinais. Por fazer de mim uma médica melhor e mais competente. Por ter estado tão disponível durante todos esses anos, mesmo quando eu menos esperava que pudesse contar com a sua ajuda.

Sinto-me privilegiada por ter cruzado o seu caminho e ter aproveitado tantas coisas boas que a senhora tem a oferecer.

Agradecimentos

A lista de pessoas a quem devo agradecer é interminável e, por esta razão, impossível a completa citação nominal.

A meus pais, Maria Teresa Sanfront(in memoriam) e Antônio Carlos Sanfront, pelo milagre da vida. A meu pai em especial por ter sido tão presente desde a morte de minha mãe.

Aos meus irmãos, Bruno e Gustavo Sanfront, por estarem tão próximos e tão amigos sempre. Ouvindo todos os meus lamentos e vibrando comigo em todas as minhas conquistas.Obrigada meninos!

Ao meu marido, Erodilho Mota, que foi a primeira pessoa que me incentivou a fazer o mestrado, quando eu ainda era residente de cirurgia geral em Salvador. Foi ele quem me deu ânimo e estímulo a continuar a luta todas as vezes que me encontrava desanimada, me dando carinho e amor. Por ter estado incondicionalmente ao meu lado durante todo o tempo, mesmo quando eu não tinha como lhe dar a devida atenção por estar escrevendo esta dissertação.

Aos meus parentes, amigos e professores, que com o seu carinho ajudaram a minha formação como pessoa.

A todos os professores que ao longo do curso médico e residência forneceram as informações e deram os exemplos que contribuíram para minha formação como médica.

Aos funcionários, enfermeiras, bibliotecárias e secretárias, por trabalharem ao nosso lado com o mesmo objetivo.

Aos doentes que confiaram a mim as suas vidas, permitindo tratá-los.

Aos colegas do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, pelo apoio e por terem me recebido de braços abertos .

Algumas pessoas têm compartilhado, nos últimos anos, de nossas atividades de forma mais próxima, e, com o seu incentivo, constante, colaboraram para que este trabalho pudesse ser completado. Entre elas, agradeço:

À Dra. Maristela Almeida, por ter me acolhido tão bem no Ambulatório de Doenças Inflamatórias Intestinais, tendo a paciência de me ensinar na prática o dia a dia desses doentes tão complexos. E muito mais que isso, por ter sido sempre tão amiga, tão solidária, tão atenciosa.

Ao Dr. Edésio Silva, por ter me ensinado muito da prática em coloproctologia, mas também por ter sido sempre um bom amigo, um ótimo ouvinte, uma pessoa com qualidades tão raras hoje em dia.

À Dra. Anna Paula Malheiros, minha amiga para todas as horas. Uma pessoa ímpar em todos os sentidos. Uma amiga dedicada, prestativa, sempre por perto e pronta para ajudar no que for preciso. Enfim, por ela ser uma amiga verdadeira para a vida toda.

À Professora Angelita Habr-Gama, por seu exemplo de otimismo, perseverança, determinação e incansável luta para atingir a perfeição.

Ao Professor Desidério Kiss, que confiou em mim e me estimulou desde quando cheguei em São Paulo. E que tanto me ajudou na minha aula de qualificação.

Ao Dr. Paulo Arruda Alves, por ter feito das minhas tardes de segundas e sextas-feiras tão mais prazerosas ao me ensinar não apenas coloproctologia, mas também tantas outras coisas de cultura geral. Agradeço também por ter feito parte da minha banca na aula de qualificação.

Ao Dr. Ediriomar Peixoto, por sempre ter confiado em mim, inclusive agora quando me escolheu como médica da sua equipe.

À Sra. Neuza Zuppo, pela ajuda inestimável no atendimento dos doentes no Ambulatório de Doenças Inflamatórias Intestinais.

Às secretárias mais atenciosas e prestativas do mundo, Vilma e Myrtes.

Ao meu amigo Alex Souza da Cruz, que mesmo morando em Salvador, esteve tão perto de mim todos esses anos em que estive morando em São Paulo. Por ele ter me dado forças, carinho, atenção e por participar da minha vida nos momentos bons e ruins.

Ao meu amigo Matt, tão doce quanto a sua música. Por conseguir suavizar as pedras que apareceram no meu caminho. Por ter me ajudado de maneira tão valiosa na minha aula de qualificação.

À minha família paulistana, Elizabeth Rocha , Carlos Freitas e Sérgio Incao, por terem me dado tanto carinho e força pra seguir adiante.

SUMÁRIO

Lista de Abreviaturas

Lista de Tabelas

Lista de Gráficos

Lista de Figuras

Resumo

Summary

1.INTRODUÇÃO..... 01

2.OBJETIVO..... 03

3.CASUÍSTICA E MÉTODOS..... 04

4.RESULTADOS.....	08
5.DISSCUSSÃO.....	23
6.CONCLUSÕES.....	37
7.REFERÊNCIAS.....	38

Apêndice

Normalização Adotada

Esta dissertação está de acordo com:

Referências: adaptado de International Committee of Medical Journals Editors(Vancouver)

Universidade de São Paulo. Faculdade de Medicina. Serviço de Biblioteca e Documentação.

Guia de apresentação de dissertações, teses e monografias. Elaborado por Anneliese Carneiro da Cunha, Maria Júlia de A.L. Freddi, Maria F. Crestana, Marinalva de Souza Aragão, Suely Campos Cardoso, Valéria Vilhena. São Paulo:Serviço de Biblioteca e Documentação; 2004.

Abreviaturas dos títulos dos periódicos de acordo com List of Journals Indexed in Index Medicus.

Lista de Tabelas

Tabela 1 - Distribuição dos doentes segundo os procedimentos realizados : anastomose término-terminal ou látero-lateral de acordo com a ordem da cirurgia..... 09

Tabela 2 - Distribuição dos doentes de acordo com a localização da doença e segundo o intervalo de tempo em meses decorrido entre o início da sintomatologia e a primeira cirurgia,entre a primeira e a segunda e assim consecutivamente até a sexta..... 09

Tabela 3 - Distribuição dos doentes segundo as indicações cirúrgicas e a localização da doença de Crohn..... 10

Tabela 4 - Distribuição dos doentes de acordo com o tipo de fístula que motivou a operação..... 10

Tabela 5 – Distribuição dos doentes de acordo com as indicações cirúrgicas e a anastomose realizada..... 11

Tabela 6 - Distribuição dos doentes segundo os tipos de fístulas de acordo com a anastomose realizada para o tratamento..... 12

Tabela 7 - Distribuição dos doentes de acordo com o procedimento e a anastomose realizados..... 13

Tabela 8 - Distribuição dos doentes de acordo com as complicações pós-operatórias precoces distribuídas segundo o tipo de anastomose realizada..... 13

Tabela 9 - Distribuição dos doentes com complicações tardias de acordo com o tipo de anastomose realizada..... 14

Tabela 10 - Distribuição dos doentes quanto à sintomatologia atual e o uso de medicação..... 21

Lista de Gráficos

Gráfico 1 - Distribuição dos doentes com Doença de Crohn segundo o número de cirurgias a que foram submetidos..... 08

Gráfico 2 - Distribuição dos procedimentos cirúrgicos com anastomoses látero-laterais e término-terminais..... 12

Gráfico 3 - Distribuição dos doentes de acordo com as indicações que motivaram nova cirurgia nos procedimentos com anastomose término-terminal que recidivaram..... 15

Gráfico 4 - Distribuição dos doentes que não estão usando medicação no momento e o tipo de cirurgia realizada previamente (anastomose término-terminal - grupo TT ou anastomose látero-lateral - grupo LL)..... 17

Gráfico 5 - Distribuição dos doentes que estão em uso de medicação no momento e o tipo de cirurgia realizada previamente (anastomose término-terminal - grupo TT ou anastomose látero-lateral - grupo LL)..... 18

Gráfico 6 - Distribuição dos doentes com recidiva assintomática, de acordo com o tipo de anastomose ao qual foram submetidos previamente : látero-lateral(LL) ou término-terminal(TT)..... 19

Gráfico 7 - Comparação da taxa de recidiva pós operatória entre os dois grupos estudados:aqueles submetidos à anastomose látero-lateral(LL) e aqueles submetidos à técnica término-terminal(TT)..... 20

Lista de Figuras

Figura 1 – Ilustração demonstrando o uso do grampeador linear cortante, posicionado entre o íleo terminal e o cólon ascendente para o início da anastomose látero-lateral..... 05

Figura 2 – Ilustração demonstrando a feitura da revisão cuidadosa da anastomose mecânica, identificando pontos de sangramento ou má disposição dos grampos06

Figura 3 – Ilustração demonstrando o fechamento das bordas, no local de introdução do grampeador, completando a anastomose.....06

Lista de Abreviaturas

Bras.	Brasileiro (a)
Colab.	Colaborador(es)
Dr.	Doutor
Ed.	Edição
Et al.	E outros
Ex.	exemplo
Fig.	Figura
Op.	Operação
Rev.	Revista
Prof.	Professor (a)
Grupo L-L	Grupo de doentes submetido a anastomose látero-lateral

Grupo T-T

Grupo de doentes submetido a anastomose
término-terminal

TVP

Trombose Venosa Profunda

Sr

Senhor(a)

RESUMO

Sanfront , FA. Resultados das Anastomoses Término-terminais e Látero-laterais no Tratamento da Enterite de Crohn. São Paulo, 2006. Dissertação de Mestrado – Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

O interesse pela doença de Crohn tem aumentado progressivamente em nosso país. Muitas publicações têm surgido na área nos últimos anos. O tratamento inicial é clínico, mas a maioria dos doentes precisa de tratamento cirúrgico ao longo da evolução.

Mais de 70% dos pacientes com doença de Crohn serão operados durante o curso da doença. A recorrência sintomática ou não da doença de Crohn na anastomose íleo-cólica tem levado diversos autores a tentar novas técnicas cirúrgicas com o objetivo de retardá-la ou preveni-la. Taxas de reoperação de 40% em cinco anos e 55% em dez anos já foram publicadas. O tipo de técnica cirúrgica utilizada e a sua relação com a recorrência na anastomose após ressecção ileal ou ileocolônica é, portanto, um tópico de grande importância quando se trata a doença de Crohn.

Considerando-se a importância da recidiva na qualidade de vida dos pacientes com Doença de Crohn, julgamos oportuno avaliar e comparar a taxa de recorrência da doença de Crohn e a morbidade das anastomoses látero-laterais em

relação às termino-terminais em pacientes com acometimento da doença em íleo terminal.

Foram revisados prontuários cujos dados foram coletados prospectivamente no ambulatório de doenças inflamatórias no período de setembro de 1984 a março de 2004. Apenas os pacientes com diagnóstico de doença de Crohn em intestino delgado exclusivamente ou associada a manifestação em intestino grosso que foram submetidos a enterectomia ou a ressecção de intestino delgado e cólon direito em algum momento do tratamento foram incluídos na pesquisa (total de 141 pacientes e 185 procedimentos analisados-média de 1,65 por paciente).

A indicação cirúrgica mais frequente foi por intratabilidade clínica, seguida por fístula intestinal, das quais a mais frequente foi a enterocutânea. Em 185 procedimentos realizados, 101 foram seguidos de anastomose látero-lateral mecânica e 84 seguidos de término-terminal manual.

Das cirurgias realizadas, a mais frequente foi a enterectomia associada a ressecção de colon direito. As complicações foram divididas em precoces e tardias. A complicação precoce mais frequente foi deiscência de anastomose. A taxa global de complicações foi de 15,1%. Dos 84 procedimentos com anastomose término-terminal realizados, 40 recidivaram (47,6%), com um intervalo médio de cinco anos entre o procedimento inicial que deu origem à recidiva e o procedimento de correção.

Entre os 101 procedimentos realizados com anastomose látero-lateral, apenas seis pacientes foram reoperados, num intervalo médio de três anos, e nenhum deles foi por complicação junto à anastomose látero-lateral.

Concluimos portanto, que a enterectomia seguida de anastomose látero-lateral mecânica deve se constituir na técnica cirúrgica de eleição, por determinar número de reoperação por Doença de Crohn sintomática significativamente menor que as anastomoses término-terminais.

Summary

Sanfront , FA. Results of Wide lumen stapled anastomosis and end-to-end anastomosis for the treatment of ileal Crohn's disease. São Paulo, 2006.

Dissertação de Mestrado – Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

Around 70% of patients with ileal Crohn's disease will be submitted to a surgical procedure during their lives. This study compares the recurrence rates and morbidity between surgeries followed by a wide-lumen stapled anastomosis and conventional end-to-end anastomosis.

We studied 185 surgical procedures in a retrospective analyses. There were 84 procedures followed by an end-to-end anastomosis and the recurrence rate was 47,6%. Among the 101 wide-lumen stapled anastomosis procedures, only 6 patients had to be submitted to a new surgery.

We conclude that the enterectomy followed by a wide-lumen stapled anastomosis is the gold standard surgery for patients with ileal Crohn's disease.

Introdução

O interesse pela doença de Crohn tem aumentado progressivamente em nosso país. Muitas publicações têm surgido na área nos últimos anos (4,5,7,10,28,33,34,44, 56,60,61,62,63,64,65,66,67,68,69,70).

É uma doença que incide em jovens trazendo graves conseqüências para a qualidade de vida, interferindo na convivência familiar, no aproveitamento escolar, na obtenção e manutenção de empregos.

A qualidade de vida desses doentes está associada diretamente ao estabelecimento do diagnóstico correto, ao tipo de tratamento instituído e a forma como é mantido o acompanhamento ambulatorial. O tratamento inicial é clínico, mas a maioria dos doentes precisa de tratamento cirúrgico ao longo da evolução. São necessários procedimentos operatórios múltiplos associados a alta morbidade e alta incidência de recidivas pós operatórias.

Mais de 70% dos pacientes com doença de Crohn serão operados durante o curso da doença.(55). O acometimento ileocecal é a apresentação mais comum da doença de Crohn(54,55,63,68,79,80,84) e, na maioria dos pacientes, a doença recorre na área da anastomose após uma ressecção(76,77,80,81). Mesmo após uma segunda ou terceira ressecção, a área perianastomótica continua sendo o local de recorrência mais freqüente(78,79).

A recorrência sintomática da doença de Crohn na anastomose íleo-cólica tem levado diversos autores a tentar novas técnicas cirúrgicas com o objetivo de retardá-la ou

previni-la. Taxas de reoperação de 40% em cinco anos e 55% em dez anos já foram publicadas(21,23,77,79,80).

Embora a causa da recorrência após a ressecção íleo-cólica permaneça desconhecida, sabe-se que ela pode ser acelerada pela estenose no local da anastomose(35,41,80). Por esta razão, alguns autores sugerem que esta anastomose seja látero-lateral para que o lúmen anastomótico seja mais amplo. O uso do grampeador para sutura mecânica torna a operação mais rápida, com diminuição da morbimortalidade(58,67,78).

Na anastomose término-terminal existe a desvantagem de haver discrepância entre as extremidades a serem suturadas, o que induz a estenose. Além disso, pelo lúmen pequeno, os sintomas da estenose podem se confundir com os de uma recidiva.

O tipo de técnica cirúrgica utilizada e a sua relação com a recorrência na anastomose após ressecção ileal ou ileocolônica é, portanto, um tópico de grande importância quando se trata a doença de Crohn e se correlaciona com a qualidade de vida desses doentes.

Objetivo:

O objetivo deste trabalho é comparar a taxa de morbidade e de recorrência da doença de Crohn localizada em intestino delgado em doentes operados e submetidos a ressecção intestinal e a anastomose látero-lateral ou término-terminal.

Casuística e Métodos:

Trata-se de revisão dos dados coletados prospectivamente nos prontuários dos doentes que fazem tratamento no ambulatório de doenças inflamatórias intestinais do Serviço de Cirurgia do Cólon e Reto do Departamento de Gastroenterologia do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de São Paulo, no período de setembro de 1984 a março de 2004.

O estudo incluiu 141 doentes com diagnóstico de doença de Crohn em intestino delgado exclusivamente ou associada a manifestação em intestino grosso que foram submetidos a enterectomia ou a ressecção de delgado e cólon direito em algum momento do tratamento.

O diagnóstico de doença de Crohn foi estabelecido pelo quadro clínico associado a achados de exames radiológicos contrastados, trânsito intestinal e enema opaco, dados obtidos por exames endoscópicos (retossigmoidoscopia, colonoscopia e ileoscopia), corroborados por exame anátomo-patológico de tecido obtido por biópsias durante exames endoscópicos ou intervenção cirúrgica.

Foram estudados os seguintes aspectos:

01-Intervalo entre o diagnóstico e o tratamento cirúrgico.

02-Localização da Doença.

03-Tratamento Clínico Prévio

04-Indicação Cirúrgica

05-Procedimento realizado

06-Anastomose realizada(manual ou mecânica,látero-lateral ou termino-terminal)

07-Complicações pós-operatórias e taxa de reoperações

08-Tempo entre o tratamento cirúrgico e a recidiva

09-Medicações utilizadas na época da cirurgia e no seguimento atual

Os doentes foram divididos em dois grupos de acordo com a localização da doença: um grupo constituído por doentes com enterite e outro com enterocolite .

Os pacientes analisados foram submetidos a ressecção intestinal com anastomose término-terminal manual ou látero-lateral mecânica.

Os pacientes submetidos a enterectomia por Doença de Crohn até 1994, tinham o trânsito intestinal reconstruído por anastomose término-terminal manual e os pacientes que foram submetidos ao procedimento após essa época por anastomose látero-lateral mecânica.

A anastomose término-terminal foi realizada com pontos separados ou com sutura contínua, segundo a preferência do cirurgião responsável. A anastomose mecânica foi realizada com grampeador linear cortante como mostram as figuras 1, 2 e 3.

Figura 1 : Grampeador linear cortante entre o íleo terminal e o cólon ascendente.

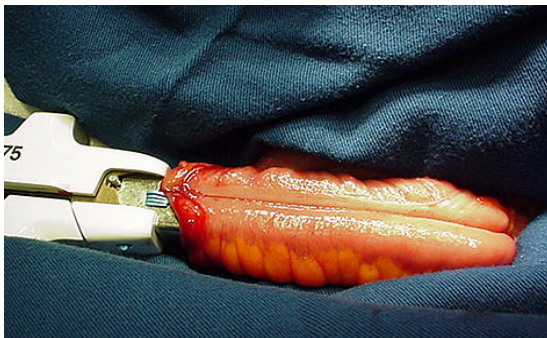


Figura 2: Revisão cuidadosa da anastomose identificando pontos de sangramento ou má disposição dos grampos

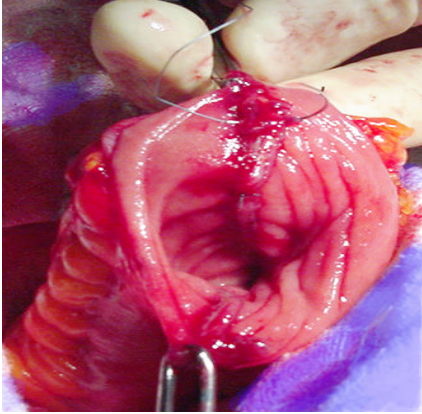
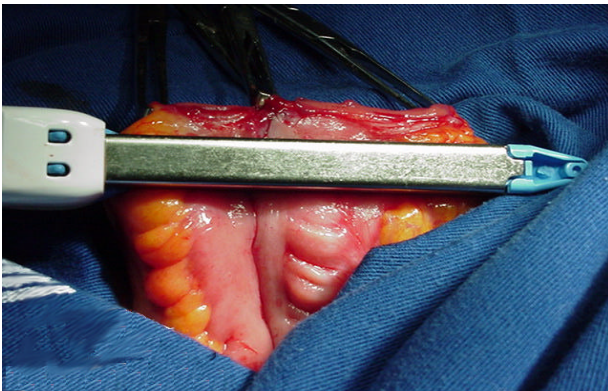


Figura 3 – Fechamento das bordas, no local de introdução do grampeador, completando a anastomose.



Desnutrição, anemia, assim como distúrbios hidroeletrolíticos e metabólicos eram cuidadosamente corrigidos antes de colocar o paciente em sala cirúrgica.

Definiu-se como recorrência pós-tratamento cirúrgico, aqueles doentes com documentação de retorno da doença através de métodos radiológicos (trânsito intestinal) ou endoscópicos (colonoscopia), e com sintomatologia importante que tornasse uma nova operação necessária.

No tópico de complicações pós-operatórias, foram considerados como deiscência de anastomose os procedimentos que tiveram deiscência total ou parcial, com ou sem a produção de fístula entero-cutânea. Em deiscência de parede foram consideradas as parciais e totais conjuntamente.

Os 141 doentes, sendo 64 do sexo masculino e 77 do sexo feminino, foram submetidos a 233 procedimentos cirúrgicos no total, pois alguns pacientes foram operados mais de uma vez. No entanto, foram inclusos no estudo apenas os procedimentos que envolvessem ressecção ileal ou ileocolônica, nos quais tenha sido realizada anastomose término-terminal ou látero-lateral.

Do estudo foram excluídos os procedimentos diversos dos acima citados, que perfazem um total de 48 procedimentos.

Foi feita a análise descritiva de todas as variáveis do estudo. As variáveis qualitativas foram apresentadas em termos de seus valores absolutos e relativos. As variáveis quantitativas foram apresentadas em termos de seus valores de tendência central.

Para se verificar a diferença entre proporções foi utilizado o teste de comparação entre duas proporções. Para verificar a associação entre grupos e dados de comparação entre as indicações cirúrgicas em ambos os grupos foi utilizado o teste de Qui-quadrado.

O nível de significância adotado foi de 5%.

RESULTADOS :

O tempo decorrido entre o início dos sintomas e o diagnóstico variou entre sete e 57 meses, com média de 28,2 meses. A média de idade da primeira cirurgia foi 32,7 anos sendo o mais jovem operado aos 11 anos e o mais idoso aos 63 anos.

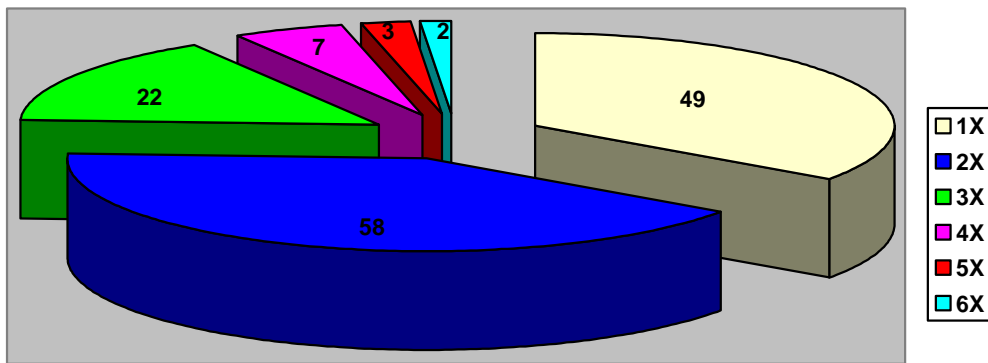
O tempo médio entre o início dos sintomas e a primeira cirurgia foi de 51 meses, variando desde aqueles que tiveram a primeira cirurgia no início dos sintomas(sem intervalo) até aqueles que demoraram cerca de 240 meses(20 anos) até que o primeiro procedimento cirúrgico fosse necessário.

A doença de Crohn localizava-se exclusivamente no intestino delgado em 67 doentes, dos quais 21 com manifestação perianal. Cinquenta e três doentes apresentavam entero-colite de Crohn dos quais 33 com manifestação perianal.

Cento e vinte e dois doentes receberam tratamento clínico previamente a indicação cirúrgica. As drogas utilizadas foram: prednisona em 109 doentes, sulfasalazina em 56, metronidazol em 41, mesalazina em 14, ciprofloxacino em sete, azatioprina em quatro. Três doentes necessitaram de nutrição parenteral. Dezenove doentes não foram medicados antes da operação, por terem sido operados em caráter de urgência ou não terem diagnóstico prévio.

Cinquenta e oito doentes foram submetidos a duas operações, 22 a três, sete a quatro, três a cinco e dois a seis cirurgias durante o período estudado, totalizando uma média de 1,65 operações/doente. Gráfico 1.

Gráfico 1: Distribuição dos doentes com Doença de Crohn segundo o número de cirurgias a que foram submetidos.



Cento e oitenta e cinco procedimentos (79,4%) dos 233 enquadrados nos objetivos deste estudo foram incluídos. A tabela 1 mostra a distribuição dessas anastomoses de acordo com os procedimentos realizados em cada cirurgia.

Tabela 1 : Distribuição dos doentes segundo os procedimentos realizados : anastomose término-terminal ou látero-lateral de acordo com a ordem da cirurgia.

	Anastomose Término-terminal	Anastomose Látero-lateral	Total
1ª. Operação	62	61	123
2ª. Operação	15	24	39
3ª. Operação	4	11	15
4ª. Operação	3	1	4
5ª. Operação	-	2	2
6ª. Operação	-	2	2
Total	84	101	185

O intervalo de tempo decorrido entre o início da sintomatologia e a indicação da primeira operação e entre esta e as seguintes figura na tabela 2.

Tabela 2 : Distribuição dos doentes de acordo com a localização da doença e segundo o intervalo de tempo em meses decorrido entre o início da sintomatologia e a primeira cirurgia, entre a primeira e a segunda e assim consecutivamente até a sexta.

GRUPOS	1.op	2.op	3.op	4.op	5.op	6.op
Doentes com enterite de Crohn	38,9	37,2	27,2	16,5	36	24
Doentes com enterocolite de Crohn	63	45,5	26,3	19,2	78	6

As indicações para tratamento cirúrgico de acordo com a localização da doença constam na tabela 3.

Tabela 3 : Distribuição dos doentes segundo as indicações cirúrgicas e a localização da doença de Crohn.

Indicação	Enterite	Enterocolite	Total
Intratabilidade	43	20	63
Fístula	26	26	52
Oclusão Intestinal	27	19	46
Apendicite	11	7	18
Massa palpável	3	0	3
Abscesso	1	1	2
Hemorragia	1	0	1
Total	112 (60,5%)	73 (39,5%)	185

Os tipos de fístulas encontrados figuram na tabela 4.

Tabela 4: Distribuição dos doentes de acordo com o tipo de fístula que motivou a operação.

Indicação	Enterite	Enterocolite	Total
Fístula enterocutânea	22	23	45 (86,5%)
Fístula enterovesical	2	2	4 (7,7%)
Fístula coloentérica	1	1	2 (3,9%)
Fístula enterovaginal	1	-	1 (1,9%)
Total	26	26	52

Pelo teste de comparação entre duas proporções, pode-se observar uma tendência de porcentagem maior de intratabilidade como indicação cirúrgica no grupo submetido a anastomose látero-lateral ($p = 0,07$).

Observa-se também que há uma porcentagem maior de fistula indicando cirurgia no grupo submetido a anastomose látero-lateral em relação ao grupo término-terminal ($p=0,032$) $p<0,05$.

A tabela 5 indica a distribuição das indicações cirúrgicas de acordo com a anastomose realizada.

Tabela 5 : Distribuição dos doentes de acordo com as indicações cirúrgicas e a anastomose realizada.

Indicação	Término-terminal	Látero-lateral	Total
Intratabilidade	26	37	63 (34,1%)
Fístula	20	32	52 (28,1%)
Oclusão intestinal	23	23	46 (24,9%)
Apendicite	11	7	18 (9,7%)
Massa palpável	2	1	3 (1,6%)
Abscesso	2	0	2 (1,1%)
Hemorragia	0	1	1 (0,5%)
Total	84 (45,4%)	101 (54,6%)	185

Os tipos de anastomoses realizadas segundo as fístulas apresentadas pelos doentes estão detalhadas na tabela 6.

Tabela 6 : Distribuição dos doentes segundo os tipos de fístulas de acordo com a anastomose realizada para o tratamento.

Indicação	Término-terminal	Látero-lateral	Total
Fístula enterocutânea	17	28	45
Fístula enterovesical	2	2	4
Fístula coloentérica	1	1	2
Fístula enterovaginal	-	1	1
Total	20	32	52

Entre as 185 cirurgias realizadas, observamos que foram 84 anastomoses término-terminais (45,5%) e 101 látero-laterais (54,5%), conforme é demonstrado no gráfico 2.

Gráfico 2: Distribuição dos procedimentos cirúrgicos com anastomoses látero-laterais e término-terminais.

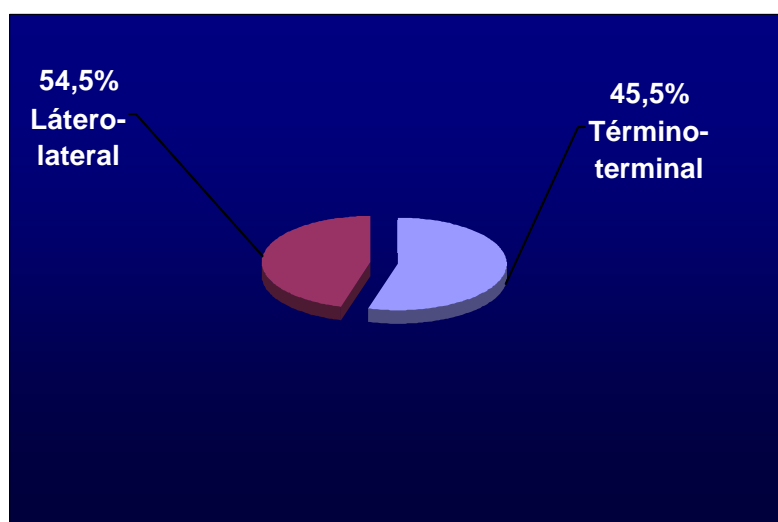


Tabela 7: Distribuição dos doentes de acordo com o procedimento e a anastomose realizados.

Procedimento	Término-terminal	Látero-lateral	Total
Ressecção de íleo terminal + cólon direito	31	47	78
Enterectomia	53	51	104
Enterectomia + enteroplastia	-	3	3
Total	84	101	185

As complicações pós operatórias foram divididas em precoces e tardias. As complicações precoces figuram na tabela 8.

Tabela 8 : Distribuição dos doentes de acordo com as complicações pós -operatórias precoces distribuídas segundo o tipo de anastomose realizada.

	Abscesso intra-abdominal	Deiscência de anastomose	Deiscência de parede	Íleo prolongado	Hemoperitônio	Total
Látero-Lateral	1	5 (4,9%)	5	2	1	14
Término-Terminal	2	7 (8,3%)	4	1	-	14
Total	3	12 (6,5%)	9	3	1	28

A taxa global de complicações foi de 15,1%. As anastomoses manuais término-terminais complicaram em 16,7% das vezes e as mecânicas látero-laterais em 13,9%.

As complicações tardias das operações realizadas figuram na tabela 9.

Tabela 9 : Distribuição dos doentes com complicações tardias de acordo com o tipo de anastomose realizada.

Tipo de anastomose	Hepatite pós transfusional	Hérnia Incisional	TVP após alta hospitalar	Total
Látero-laterais	1	2	1	4 (4 %)
Término-terminais	-	4	1	5 (5,9%)
Total	1	6	2	9 (4,9%)

Dos 141 doentes estudados, apenas um (0,7%) foi a óbito por deiscência de anastomose(após anastomose manual término-terminal), com peritonite e sepse.

Dos procedimentos que complicaram, em 10 havia operações prévias (35,7%). Das 12 operações que evoluíram com deiscência de anastomose com ou sem fístula enterocutânea como complicação, três já haviam manifestado a forma de doença fistulizante(25%).

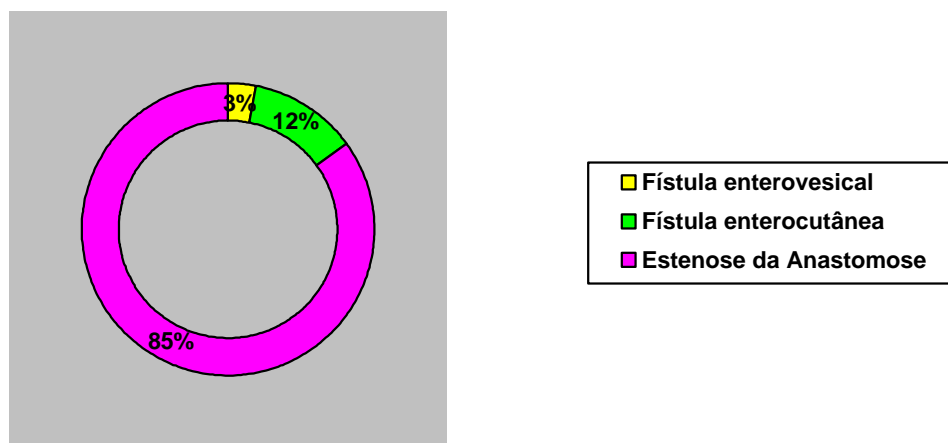
Nos casos de abscesso intra-abdominal, um paciente teve que ser submetido a nova laparotomia para lavagem da cavidade e os outros dois foram submetidos a drenagem percutânea com a ajuda de métodos de radiologia intervencionista.

A enteroplastia foi realizada manualmente nas quatro cirurgias que associaram enterectomia com enteroplastia, sem nenhuma complicação ou recidiva, no período do estudo.

A taxa de recorrência global, independente do tipo de anastomose foi de 26%.

Dos 84 procedimentos com anastomose término-terminal realizados, 40 recidivaram(47,6%), com um intervalo médio de 5 anos entre o procedimento inicial que deu origem à recidiva e o procedimento de correção. O gráfico 3 mostra as indicações que motivaram nova operação.

Gráfico 3: Distribuição dos doentes de acordo com as indicações que motivaram nova cirurgia nos procedimentos com anastomose término-terminal que recidivaram.



Nos pacientes que tiveram recorrência com fístula enterocutânea (cinco doentes) ou enterovesical (um paciente), os orifícios fistulosos partiam da própria anastomose anterior (observação feita no intra-operatório).

Dos pacientes submetidos a procedimentos realizados com anastomose término-terminal e que recidivaram, 14 foram submetidos a novo tratamento cirúrgico com

o mesmo tipo de anastomose, 16 foram submetidos a cirurgia com anastomose por grampeamento látero-lateral e dois foram submetidos a enteroplastia manual. Lembramos que 8 pacientes permanecem na fila de cirurgia aguardando procedimento.

Dos 14 corrigidos com a mesma técnica, sete (50%) recidivaram novamente num prazo médio de 24 meses. Destes sete, seis foram reoperados pela técnica látero-lateral com grampeador, estando todos sem sintomas até o momento. Um paciente foi reoperado com anastomose término-terminal e recidivou com estenose da anastomose após 12 meses. Foi reoperado por grampeamento látero-lateral sem mais recorrência até o momento.

Dos doentes submetidos a correção com grampeamento látero-lateral ou enteroplastia, não houve nenhuma recidiva pós seguimento médio de 5 anos.

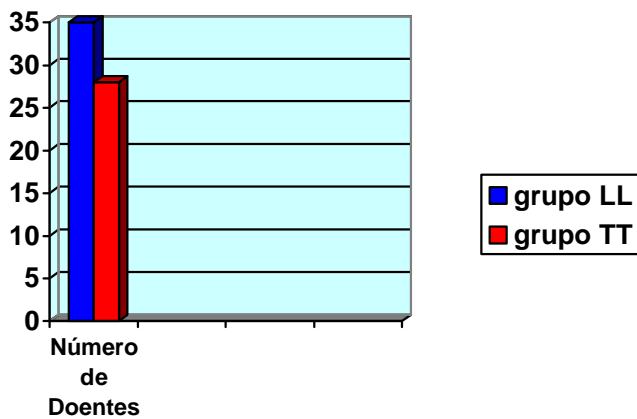
Entre os 101 procedimentos realizados com anastomose látero-lateral, apenas seis pacientes foram reoperados, num intervalo médio de cinco anos, e nenhum deles foi por complicação junto à anastomose látero-lateral.

Um paciente tinha recidiva peri-anastomose, com estenose a dois centímetros da linha anastomótica, três foram reoperados por aparecimento de fístula entero-cutânea em local próximo à anastomose, com uma média de 5 cm de distância, e os dois restantes foram reoperados por estenose em local distante da anastomose anterior.

Três pacientes faleceram (2,1%). Um por causa direta da cirurgia (choque séptico) e dois por causa não relacionada – um deles por pneumonia e o outro por colangite esclerosante.

Sessenta e três (44,7%) doentes estão sem uso de medicação, sendo 35 (55,6%) pós anastomose látero-lateral e 28 (44,4%) pós término-terminal, conforme é demonstrado no gráfico 4.

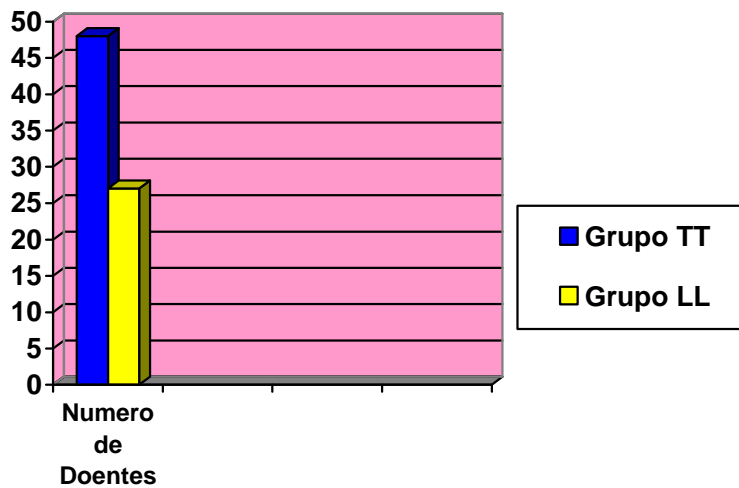
Gráfico 4: Distribuição dos doentes que não estão usando medicação no momento e o tipo de cirurgia realizada previamente (anastomose término-terminal - grupo TT ou anastomose látero-lateral - grupo LL).



Entre os pacientes que não faziam uso de medicação não houve uma diferença significativa entre os dois grupos ($p=0,29$), pelo teste de comparação entre duas proporções.

Setenta e cinco (55,3%) pacientes estão em uso de medicação, sendo 48 (64%) pós anastomose término-terminal e 27 (36%) pós látero-lateral, como é demonstrado no gráfico 5.

Gráfico 5: Distribuição dos doentes que estão em uso de medicação no momento e o tipo de cirurgia realizada previamente (anastomose término-terminal - grupo TT ou anastomose látero-lateral - grupo LL).

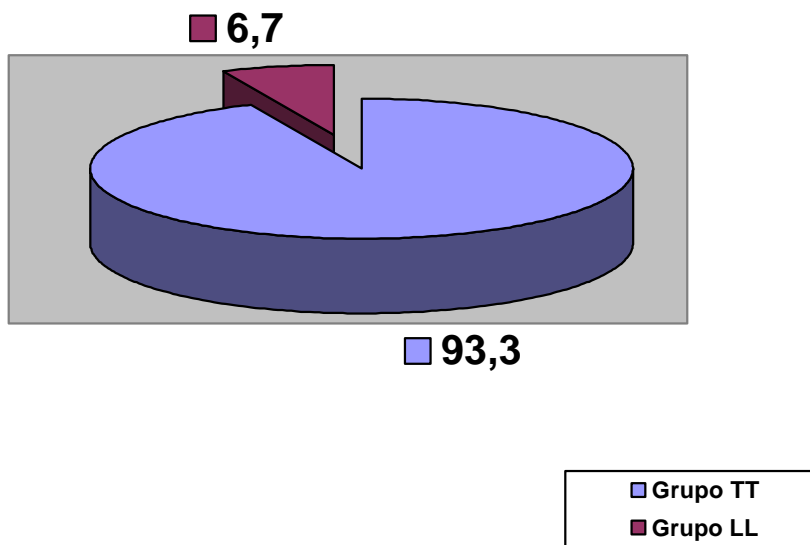


Dos que fazem uso de medicação, há uma percentagem maior no grupo submetido a anastomose término-terminal em relação ao grupo submetido à técnica látero-lateral ($p < 0,001$), pelo teste de comparação entre duas proporções.

Quinze doentes apresentam sinais radiológicos e/ou endoscópicos de recidiva na anastomose, (média de 48 meses de intervalo) em tratamento clínico e assintomáticos. Destes, catorze doentes foram previamente submetidos a anastomose término-terminal e apenas um a látero-lateral, conforme está representado no gráfico 6.

Gráfico 6: Distribuição dos doentes com recidiva assintomática, de acordo com o tipo de anastomose ao qual foram submetidos previamente : látero-lateral(LL) ou término-terminal(TT).

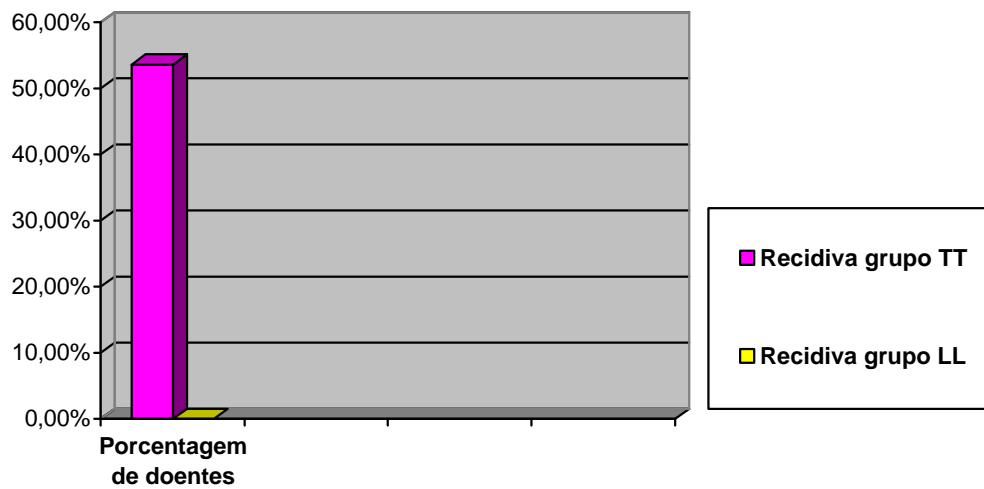
Recidiva Assintomática em Porcentagem



Cinco doentes têm indicação de nova cirurgia (recorrência de anastomose término-terminal) e aguardam internação, o que somado com os doentes já operados, totaliza um número de 45 procedimentos recidivados (53,6%).

Dos que recidivaram, pode-se observar uma diferença estatisticamente significativa ($p < 0,0001$) entre os dois grupos, sendo que no grupo submetido a anastomose término-terminal 53,6% recidivaram e no grupo submetido à técnica látero-lateral (LL) não houve recidiva da doença, como segue representado no gráfico 7.

Gráfico 7: Comparação da taxa de recidiva pós operatória entre os dois grupos estudados: aqueles submetidos à anastomose látero-lateral (LL) e aqueles submetidos à técnica término-terminal (TT).



Após a análise do seguimento médio de cinco anos para ambos os grupos, os doentes submetidos a anastomose término-terminal recidivaram mais no local da anastomose que os pacientes submetidos a anastomose látero-lateral.

A distribuição dos doentes quanto à sintomatologia atual e o uso de medicamentos figura na tabela 10.

Tabela 10 : Distribuição dos doentes quanto à sintomatologia atual e o uso de medicação.

Doentes	Com medicação	Sem medicação	Total
Com sintomas intestinais de recidiva	5	-	5
Sem sintomas intestinais de recidiva	70	63	133
Total	75	63	138

Vale ressaltar que 46 doentes (33,3%) estão em uso de medicações por doença perianal em atividade, estando sem sintomas intestinais de recidiva.

Os doentes com sintomas intestinais de recidiva e em uso de medicação são pacientes submetidos previamente a cirurgia com anastomose término-terminal.

Discussão:

Desde a clássica descrição de ileíte regional feita por Crohn et al (16) em 1932, muito tem sido estudado e discutido a respeito da sua fisiopatologia e do seu manejo apropriado. No entanto, o grande desafio no tratamento da Doença de Crohn se mantém, pois este reside no fato de a etiologia permanecer desconhecida.

O manejo e o prognóstico da Doença de Crohn no intestino delgado são de grande interesse, por tratar-se da localização preferencial. O tratamento clínico fornece alívio passageiro da sintomatologia e os resultados a longo prazo são desalentadores. A maioria dos doentes necessitará de tratamento cirúrgico ao longo da evolução da doença, com altas taxas de recidiva(8).

O receio das recorrências faz com que a indicação cirúrgica em nosso meio seja postergada, frequentemente ocasionando maior sofrimento para o doente e, às vezes, motivando complicações mais graves(13).

Várias técnicas cirúrgicas para a abordagem da enterite de Crohn têm sido descritas. Crohn et al (16) descreveram a doença em 1932 como uma “ileíte regional”, pois achava que se tratava de uma doença com acometimento apenas em íleo, e que portanto, procedendo-se à ressecção do segmento doente, o paciente estaria curado. Eles defendiam a tese de que a ressecção intestinal ampla seria o procedimento adequado para a cura completa doente. As primeiras cirurgias no hospital Mount Sinai em Nova York eram ressecções, usualmente ileocólicas (15).

No entanto, essa conduta cirúrgica inicial proposta por Crohn e seus colaboradores foi seguida de resultados desencorajadores pela alta morbi-mortalidade, desencorajando a sua continuidade (16). Altas taxas de fístulas pós-operatórias além de outras complicações fizeram com que os cirurgiões da época mudassem de estratégia.

Acredita-se que essas complicações pós operatórias eram devidas principalmente à precária técnica cirúrgica do início do século passado, com poucas noções de antisepsia, associada a procedimentos anestésicos inadequados além fios e materiais cirúrgicos inapropriados .

Em 1947, Berg, cirurgião que trabalhava com Crohn, foi o primeiro a propor e a fazer a derivação interna, construindo uma ileotransversoanastomose, mas sem ressecar o segmento doente(15). A sua intenção era modificar os resultados iniciais do tratamento cirúrgico da doença, pois achava-se que evitando a ressecção, a taxa de morbi-mortalidade seria menor.

Trabalhos iniciais mostraram uma baixa taxa de recidiva, além de uma taxa de complicações bem menor que a inicial, no entanto, esses trabalhos foram publicados após curto tempo de acompanhamento dos doentes.

Alguns anos depois, verificou-se que os doentes submetidos à derivação interna proposta por Berg apresentavam melhora do segmento intestinal excluído, quando eram levados ao segundo tempo da operação. Ao longo dos anos, no entanto, muitos doentes apresentaram complicações graves no segmento intestinal excluído, como ruptura do íleo suturado por acúmulo de muco retido por lesão estenosante ou tumores malignos no íleo excluído (2,6,13,18,26). Esses tumores foram descritos como adenocarcinomas e quando diagnosticados eram avançados e de mau prognóstico(32,45).

Assim, a ressecção intestinal voltou a ser rotina naquele serviço, que nesta época já tinha taxa bem menor de complicações devido aos avanços nos cuidados pré e pós operatórios.

Com o passar dos anos, verificou-se que a ressecção intestinal era seguida por recidiva do processo patológico em número significativo dos casos. E esse fato então levou os cirurgiões a realizarem ressecções cada vez mais amplas(8,9,14,20).

Achava-se que o motivo da recidiva era o fato de terem sido deixadas margens comprometidas com doença. A ressecção extensa não curava os doentes, não evitava recidiva e ainda deixava-os com deficiências nutricionais(25).

A presença de gânglios com granulomas não caseosos levou outros autores a interpretar as recidivas como conseqüência da permanência da doença nestas estruturas. Na tentativa de evitar que isso ocorresse, passou-se a indicar linfadenectomia de rotina(13,19).Tal tática cirúrgica não evitou recorrências e ainda aumentou a morbimortalidade do procedimento cirúrgico.

Rutgeerts et al (55) discutiram a presença da linha de sutura como agente indutor de isquemia local e reações imunológicas, causando nova estenose no local. Williams et al (59) descreveram o refluxo colônico para o íleo remanescente como agente causador da recidiva. Nenhuma dessas teorias foi provada.

A observação ao longo do tempo mostrando que alguns doentes se beneficiavam de tratamento clínico, ao lado da constatação das recidivas pós-operatórias e de que a doença não era restrita ao íleo e que o acometimento poderia ser da boca ao ânus,levaram a indicações cirúrgicas cada vez mais precisas. Crohn e Janowitz (17), vinte anos após a descrição da doença, reconheceram que a indicação cirúrgica deveria se restringir às complicações,uma vez que a operação não cura a doença.

A partir deste novo conceito, deixou de ter importância a realização de grandes ressecções e de linfadenectomia. Os procedimentos tornaram-se cada vez mais restritos, tentando solucionar a complicação, com pouca morbi-mortalidade.

Em 1982, descreveram-se técnicas de enteroplastias, indicadas em doença extensa ou em doentes multi-operados(47,48,58,71,72,82). Com o intuito de diminuir o número de operações, Williams et al (75), em 1986, sugeriram a dilatação das áreas estenosadas por balão, o que rapidamente foi desencorajado pelos altos índices de perfuração e de re-estenose precoce(53,61).

Sabe-se que a recorrência peri-anastomótica com estenose deve-se principalmente à isquemia local(77). A cicatrização de qualquer tecido depende diretamente do bom fluxo sanguíneo. A anastomose depende da integridade do plexo vascular submucoso, que é o maior responsável pelo suprimento sanguíneo na parede do intestino delgado(77).

Na Doença de Crohn, esse plexo vascular submucoso é comprometido por vasculite(20). Alguns autores defendem que há uma redução ainda maior do fluxo sanguíneo causado pelo trauma cirúrgico, pela ressecção e anastomose, piorando a já existente isquemia e aumentando as chances de uma cicatrização estenótica(22,35,36).

Yamamoto et al (78) empregam a anastomose látero-lateral pós ressecção intestinal em enterite de Crohn desde 1988, tornando-se rotina naquele serviço a partir de 1993.

Hashemi et al (35) publicaram em 1998 estudo que analisou a medida do diâmetro intraluminal na anastomose dos pacientes com enterite de Crohn submetidos a ressecção. Nos doentes com anastomose término-terminal, o diâmetro médio era de dois centímetros, enquanto nos pacientes com anastomose látero-lateral, essa medida variou

entre quatro e seis centímetros. Provavelmente, essa grande diferença na medida do lúmen explica a observada menor taxa de recorrência neste grupo de pacientes, onde a recidiva foi quantificada pela sintomatologia.

Do ponto de vista científico, seria desejável que estudos referentes ao tratamento cirúrgico da Doença de Crohn fossem padronizados e controlados. No entanto, aspectos variados da doença aliados à patogênese desconhecida tornam esses estudos anti-éticos. O pequeno número de doentes que poderia ser estudado em cada grupo inviabilizaria o projeto.

Além disto, é interessante salientar que o tratamento cirúrgico da Doença de Crohn foi evoluindo por achados e erros, como mostramos nos parágrafos anteriores, e não por estudos comparativos.

Por esta razão, o tratamento é individualizado para cada situação em particular e o cirurgião oferece ao seu doente a técnica que lhe parece mais indicada naquele momento. A análise dos resultados obtidos têm auxiliado os cirurgiões a selecionar ao longo dos anos qual o melhor tipo de operação a ser empregada, e o mesmo vem acontecendo no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP, onde esse estudo foi realizado.

A partir do momento em que Yamamoto e colaboradores (78) começaram a estudar e a mostrar bons resultados com as anastomoses látero-laterais no tratamento da estenose secundária a enterite de Crohn com baixos índices de recorrência, torna-se anti-ético propor aos doentes um tratamento cirúrgico diferente deste. Por esta razão, neste hospital praticou-se ressecções seguidas de anastomose término-terminal até 1994 e a partir deste momento, a maioria dos cirurgiões deste serviço começou a empregar a técnica

sugerida por Yamamoto et al(78,79,80), com o objetivo de oferecer ao seu doente a melhor técnica operatória, com menor índice de recidiva, como já apontava a literatura.

Por esta razão, comparamos os doentes operados antes e depois de 1994, e os seguimos ao longo do tempo acompanhando a sua evolução. Embora os doentes tenham sido operados em épocas diferentes, houve uma similaridade muito grande entre os dois grupos, quanto à indicação cirúrgica e às medicações que ambos usavam antes de se submeterem à operação.

Quanto à discussão dos resultados, é necessário frisar que comparações entre os diversos estudos publicados sobre Doença de Crohn são sempre relativas. Os trabalhos raramente são comparáveis entre si. Os resultados tornam-se mais discrepantes quando se avalia a recorrência da doença, pelos diferentes critérios adotados e, principalmente, pelo tempo de seguimento que varia entre os autores (33,57,68,80).

A definição de recorrência pode ser muito variável a depender da literatura adotada. Alguns autores adotam apenas os sintomas referidos pelo doente como recorrência(56).Ao nosso ver, esse não é um bom critério a ser adotado, pois é baseado numa avaliação subjetiva, na qual inclusive o sintoma referido pelo doente pode não estar relacionado à estenose.

Um outro grupo de autores define recorrência baseado na sintomatologia referida associada a critérios de imagem, como trânsito intestinal e colonoscopia(22,31,45).Ao nosso entender, essa ainda não é a melhor definição, pois sabe-se que seis meses após a cirurgia o paciente começa a apresentar sinais de recorrência em íleo terminal(62),nem sempre havendo uma associação entre esses sinais e os sintomas apresentados pelo doente.

Um terceiro critério adotado na literatura é a associação de sintomas apresentados pelo doente juntamente com a visualização endoscópica e/ou radiológica da re-estenose e a necessidade de novo procedimento cirúrgico (23,45,61,66,78,80). No nosso entendimento, esse seria o critério mais fidedigno e com menor chance de dupla interpretação.

Esse critério utilizado por nós, assim como também por vários autores(11,21,55,78,80) evita o problema de que a taxa de recorrência seja superestimada, como pode acontecer, por exemplo, quando o critério radiológico, clínico ou ambos são usados para estimar taxa de recidiva (36).

Ainda há uma quarta definição utilizada por alguns autores(52), que associa a necessidade de operação aos achados anátomo-patológicos da peça cirúrgica, mas ao nosso ver essa definição não é a mais adequada, visto que esses achados de patologia costumam ser muito inespecíficos e pouco característicos(11).

Na nossa casuística, o intervalo de tempo decorrido entre o início da sintomatologia e a indicação cirúrgica da primeira operação e entre esta e as seguintes foi maior no grupo com enterocolite, o que contrasta com a literatura que afirma que o comportamento da doença é mais agressivo nos casos de entero-colite(24, 38).

É preciso observar que nosso estudo foi limitado aos casos de ressecção intestinal seguida de anastomose término-terminal ou látero-lateral, excluindo-se os demais procedimentos cirúrgicos que por ventura os doentes com entero-colite tenham se submetido. Portanto, este fato inviabiliza a comparação entre nossos resultados e os obtidos por outros autores que não fizeram esta seleção dos pacientes.

Quanto à indicação cirúrgica, houve dificuldade em escolher uma única razão para justificar o procedimento cirúrgico. Na maioria dos casos, a operação foi indicada por um conjunto de fatores. Assim, o doente rotulado como caso de intratabilidade clínica pode apresentar quadros de fístula e/ou suboclusão pouco sintomáticas. Tentamos caracterizar o motivo principal que levou à indicação cirúrgica, considerando os outros como secundários.

Verificamos que a indicação cirúrgica mais freqüente neste grupo foi por intratabilidade clínica, como já referido por outros autores (29,30,39,46). Considera-se como dentro dos critérios de intratabilidade, os doentes que apesar de terem recebido tratamento clínico convencional por tempo adequado, não conseguiam exercer suas atividades habituais. A falta de adesão ao tratamento, intolerância ou efeitos colaterais graves aliados ao alto custo dos medicamentos pode corroborar a indicação.

A segunda indicação cirúrgica mais freqüente foram as fístulas. Elas ocorrem como resultado do caráter transmural da doença. Podem ser únicas ou múltiplas, aparecer em segmento intestinal doente e/ou em local de anastomose prévia, quer no pós-operatório imediato ou tardiamente.

Dentre elas, a mais freqüente foi a enterocutânea, seguida de genito-urinária, o que está de acordo com a literatura que mostra que aproximadamente um terço dos doentes com Crohn irão apresentar um desses tipos de fístula (21,57,63).

Além de alterações nutricionais e metabólicas, essas fístulas para o trato genito-urinário causam também quadros repetidos de infecção urinária, podendo até determinar perda da função renal quando não tratadas adequadamente. A cirurgia é o padrão ouro para o tratamento das fístulas entero-vesicais por Doença de Crohn, com rápido restabelecimento do doente após a ressecção do segmento doente.

A terceira indicação mais freqüente foi por quadros de oclusão intestinal. Geralmente, o quadro obstrutivo cede com medidas clínicas habituais.

O diagnóstico de tumor no sentido de massa palpável foi feito em três doentes. A presença destas massas é comum pelo espessamento do mesentério, alças de intestino delgado espessadas e aderidas entre si e fístulas bloqueadas. Essas massas podem estar ou não associadas a abscesso, que deve ser drenado.

Quadros de ileíte mimetizando apendicite aguda também foi uma indicação bastante freqüente de tratamento cirúrgico, ocupando o quarto lugar entre as indicações cirúrgicas mais freqüentes. O diagnóstico diferencial com apendicite quer se saiba ou não do diagnóstico prévio de doença inflamatória intestinal é muito difícil. Muitas vezes há um quadro de ileíte aguda que pode confundir o médico que examina o doente. Em nenhum destes doentes operados houve um estudo anátomo-patológico evidenciando doença de Crohn confinada ao apêndice.

Indicação cirúrgica por hemorragia aguda só aconteceu em um doente, o que está em concordância com a literatura que mostra baixos índices de sangramento agudo em doentes com Crohn (21,31).

Quanto ao procedimento realizado, foi observado que a ressecção de intestino delgado com ulterior anastomose foi a cirurgia mais frequente, seguida de ressecção de ileo terminal com hemicolectomia direita.

Vários autores já publicaram bons resultados com o emprego da técnica usando anastomose látero-lateral com menor morbidade e menor taxa de recidiva da doença (46,77,83). Os 101 procedimentos com anastomose látero-lateral estudados foram feitos com grampeador.

A enteroplastia é um procedimento que visa poupar o intestino delgado, ampliando as áreas obstruídas sem a necessidade de ressecção. Torna-se particularmente indicada nos doentes já submetidos a ressecções intestinais prévias e que apresentem quadros de suboclusão resultantes de áreas de estenose (82).

Os resultados relativamente bons obtidos nos doentes submetidos a tratamento cirúrgico no Serviço de Cirurgia do Cólon e Reto do HCFMUSP devem-se, dentre outros fatores, à atenção dada ao preparo pré-operatório.

No tópico de complicações operatórias, observamos que não houve diferença estatisticamente significativa nos índices entre as anastomoses látero-laterais e término-terminais, o que contrasta com a literatura, que sugere que o uso do grampeador nas anastomoses látero-laterais poderia ser o fator que diminuiria o índice de complicações neste tipo de operação (80). Já o índice global de complicações em cada tipo de cirurgia foi parecido com os publicados até então (20,33,47,85).

O baixo índice de deiscência de anastomose está de acordo com o que é reportado por diversos autores, que varia de 2,8 a 14% (8,35,56,84).

Yamamoto et al (78) publicaram estudo prospectivo e randomizado em 1999 com uma taxa menor (2,8%) de deiscência de anastomose após sutura látero-lateral por grampeador. Após anastomoses manuais término-terminais o seu índice foi de 8,3%, sendo semelhante ao encontrado em nossa casuística.

Esse estudo de Yamamoto et al (78) foi retrospectivo e analisou 45 doentes que foram submetidos a anastomose látero-lateral mecânica e 78 que foram submetidos a anastomose término-terminal manual.

No grupo submetido à anastomose mecânica, apenas um paciente necessitou de reoperação por recorrência na anastomose ileocólica, comparado a 26 pacientes do grupo de anastomose manual.

Os índices de recorrência com necessidade de reoperação após um, dois e cinco anos no grupo submetido a anastomose látero-lateral foi respectivamente de zero, zero e 3% , o que foi significativamente menor que o índice do grupo submetido à anastomose término-terminal (cinco, 11 e 24%). O tempo médio de acompanhamento desses pacientes foi de 34 meses no grupo submetido a anastomose látero-lateral e de 92 meses no grupo término-terminal.

As vantagens de uma anastomose com grampeador são a contaminação mínima, o fácil manejo e um menor tempo operatório. Sangramento pós anastomose por grampeador vem sendo descrita por alguns autores (56,68,80), mas não houve esse tipo de complicação na nossa casuística.

Em nosso serviço, os coloproctologistas estão habituados a fazer a cuidadosa revisão da linha de sutura do grampeador antes de terminar a anastomose, fazendo pontos manuais de reforço quando necessário, o que provavelmente diminui o risco de sangramento.

Não houve diferença significativa entre o índice de complicações tardias se correlacionamos os dois tipos de anastomoses realizadas. A mais frequente foi a hérnia incisional.

Os resultados obtidos em nosso estudo das anastomoses látero-laterais pós ressecção intestinal em enterite de Crohn são animadores. Apenas 5,9% dos pacientes operados por esta técnica tiveram que ser reoperados no tempo de seguimento estudado. Em

nenhum deles, o motivo da reoperação foi estenose da anastomose prévia. O que mostra a concordância dos nossos resultados com os da literatura (78,79,80).

A anastomose ampla é defendida, pois o diâmetro aumentado dificulta que haja estase do conteúdo intestinal, além de menor chance de diminuição importante do calibre causada por fibrose pós-operatória (78). A feitura de anastomose látero-lateral ao invés da término-terminal tem sido preferida após ressecções intestinais (22,27,36,74,80).

Num estudo retrospectivo no Reino Unido entre 1984 e 1996 (35), uma série de 27 pacientes foram submetidos a anastomose término-terminal manual e 33 foram submetidos a látero-lateral por grampeador, após ressecção de íleo terminal em doença de Crohn. Os autores desse estudo concluíram que operações com anastomose látero-lateral por grampeamento estavam associadas a uma incidência significativamente menor de complicações pós-operatórias. Concluíram também que a recorrência precoce na anastomose foi muito menos freqüente do que nos pacientes submetidos a cirurgia com anastomose término-terminal.

Yamamoto et al (78) além de outros estudiosos no assunto (35,58) acreditam que uma anastomose mais ampla apenas retarda o aparecimento de uma recorrência sintomática.

As lesões precoces de recorrência da doença de Crohn são as úlceras aftóides na mucosa hiperemiada e friável. Muitas vezes são assintomáticas. Em aproximadamente metade dos pacientes, uma estenose rígida na anastomose ileocolônica deverá se desenvolver no período de três anos ou mais (55).

O estudo dos resultados do tratamento cirúrgico na enterite de Crohn reveste-se de especial importância quando consideramos o sofrimento do doente pela própria doença e por eventuais complicações pós-operatórias, além da alta chance de

recidiva. Além de todos esses fatores, é necessário considerar o grande custo que o tratamento cirúrgico representa para o doente, sua família e o Estado (12).

Além da alta morbi-mortalidade, o ponto crucial de discussão do tratamento cirúrgico em doença de Crohn são os resultados das operações e o freqüente desenvolvimento de recorrência, o que faz com que a qualidade de vida desses doentes, a maioria em idade laborativa, seja bastante reduzida.

Para evitarmos o viés do maior tempo de acompanhamento do grupo dos pacientes submetidos à operação com anastomose término-terminal, que estão sendo acompanhados desde 1984, fizemos a comparação de ambos os grupos com 05 anos de acompanhamento após a cirurgia.

A taxa de recorrência pós-operatória é diretamente relacionada à média de tempo de seguimento dos doentes. Em pacientes com doença de Crohn, a probabilidade de ser submetido a uma segunda ressecção varia de 30 a 60% em 10 anos(67) e chega até 80% num período de 15-20 anos(12). A taxa global de recidiva na série estudada foi de 26% com um acompanhamento médio de seis anos, o que está de acordo com a literatura.

Vale ressaltar que os pacientes submetidos a procedimentos com anastomose látero-lateral estão sendo seguidos há uma média de tempo de cinco anos, enquanto os doentes submetidos a anastomoses término-terminais estão em seguimento há uma média de 10 anos.

Fazio et al (22) publicaram estudo no qual afirma que 50% dos pacientes com doença de Crohn submetidos a ressecção necessitarão de uma segunda operação em 15 a 20 anos, cerca de 30% necessitarão de uma terceira, 10% necessitarão da quarta e menos de 5% necessitarão da quinta cirurgia.

Usualmente, a recidiva inicia-se seis meses após a cirurgia. Nesse momento, trata-se de recidiva microscópica, com discretas alterações de mucosa, que são assintomáticas e que não são indentificáveis pelos exames de endoscopia ou radiologia (6).

Após ressecção curativa de íleo ou ileocectomia direita com ileotransversoanastomose, 20-30% dos pacientes terão uma recidiva clínica no primeiro ano com um acréscimo de 10% em cada ano subsequente (9).

Whelan et al (74) publicaram trabalho em 1992 relatando o acompanhamento endoscópico após ressecções ileocólicas e mostraram uma alta incidência de inflamação recorrente na área da anastomose. Foi publicado por eles uma taxa de 73% de recorrência endoscópica após 3 meses e 100% após 3 anos. O que foi notado por eles é que a inflamação sempre era desenvolvida na área pré-anastomótica, deixando a área pós-anastomótica com mucosa aparentemente normal à endoscopia.

Conclusões

01-A análise da taxa de morbidade mostrou-se ser similar entre as técnicas de anastomose látero-lateral e término-terminal.

02-A taxa de recorrência avaliada pela necessidade de reoperação foi significativamente menor nos doentes submetidos a anastomose látero-lateral, o que justifica seu emprego de rotina.

Referências Bibliográficas

1. Alexander W. Surgery and management of Crohn's disease. J. Clin. Gastroenterol. 1972 ; 1: 469 –84.
2. Alexander W, Fielding JF, Cooke WT. A comparison of results of excision and bypass for ileal Crohn's disease. Gut 1972;13 : 973 – 75.
3. Alexander W , Haynes IG . Up-to-date management of small-bowel Crohn's disease. Adv. Surg. 1987; 20: 245 – 64.
4. Alves PRA. Contribuição do estudo colonoscópico nas doenças inflamatórias do cólon. Análise dos índices histológicos e imunohistoquímicos. São Paulo, 1990 ; Tese de Doutorado USP.
5. Amaral EG , Ribeiro MP, Laranjeira, LLS , Teixeira MG , Brunetti C, Habr-Gama A. Doença de Crohn e Apendicite. Revista Brasileira de Coloproctologia, 1993;13:91-3.
6. Atwell JD, Duthie HL, Goliguer JC. The outcome of Crohn's disease. Br.J.Surg. 1965;52:966 – 72.
7. Barreto BP, Dominici AJ, Coutinho IHLS, Mota ALR, Pereira N . Proctocolectomia total com Ileostomia de Brooke na Doença de Crohn: relato de dois casos. Revista Brasileira de Coloproctologia, 2002;22:5-8.
8. Bechi P, Tonelli L . Results in the radical surgical treatment of Crohn's disease. Int.Surg. 1982; 67: 325 – 28.
9. Bergman L, Krause U . Crohn's disease: a long-term study of the clinical course in 186 patients. Scand.J. Gastroenterol. 1977; 12 : 937 – 44.
10. Bonardi RA. Predicting the clinical evolution of the patients with Crohn's disease. Revista Brasileira de Coloproctologia 1999;19:27-8.
11. Caprilli R, Corrao G, Taddei G. Prognostic factors for postoperative recurrence of Crohn's disease. Dis Colon Rectum 1996 ; 39 : 335-41.
12. Cohen RD , Larson LR , Roth JM , Becker MA , Mummert MM. The cost of hospitalization in Crohn's disease. Am. J. Gastroenterol. 2000;95:524 – 30.
13. Colcock PB, Fortin C. Surgical treatment of regional enteritis : review of 85 cases. Ann.Surg. 1965; 161: 812 – 18.
14. Colp R, Dreiling DA. Persistent or recurrent proximal ileitis following surgery. Arch.Surg. 1952;64: 28 – 46.

15. Crohn BB, Ginzburg L, Oppenheimer GD. Regional Ileitis. A Pathologic and clinical entity. *J.A.M.A.* 1932; 99:1323 – 29.
16. Crohn BB, Garlock JH, Yarnis H. Right – sided (regional) colitis. *J.A.M.A.* 1947; 134: 334 – 38.
17. Crohn BB, Janowitz HD. Reflections on regional ileitis twenty years later. *J.A.M.A.* 1954; 156 : 1221 – 25.
18. Davis, J.M. The prognosis of Crohn's disease of the small intestine. *J.A.M.A.* 1961; 37: 783 – 91.
19. De Dombal FT, Burton I, Goligher JC. Recurrence of Crohn's disease after primary excisional surgery . *Gut* 1971; 12 : 519 – 27.
20. Ellis L, Calhoun P, Kaiser DL, Rudolf LE, Hawks JB. Postoperative recurrence in Crohn's disease : the effect of the initial length of bowel resection and operative procedure. *Ann. Surg.* 1984; 199: 340-47.
21. Fazio VW. Regional enteritis (Crohn's disease): indications for surgery and operative strategy. *Surg Clin North Am.* 1983; 63:27-48.
22. Fazio VW, Aufses AH. Evolution of surgery for Crohn's disease. A century of progress. *Dis. Colon. Rectum* 1999; 42: 797 – 988.
23. Fazio VW, Galandiuk S. Strictureplasty in diffuse Crohn's jejunoileitis. *Dis. Colon Rectum* 1985; 28 : 512 – 18.
24. Fazio VW, Galandiuk S, Jagelman DG, Lavery IC. Strictureplasty in Crohn's disease. *Ann Surg.* 1989; 210:621-25.
25. Fazio VW, Marchetti F, Church J. Effect of resection margins on the recurrence of Crohn's disease in the small bowel : a randomized controlled trial. *Ann. Surg.* 1996; 224: 563 – 73.
26. Ferguson LK. Concepts in the surgical treatment of regional enteritis. *N. Engl. J. Med.* 1961; 264:748 – 51.
27. Funayama Y, Sasaki I, Naito H, Kamiyama Y, Takahashi M, Fukushima K, Segami H, Matsuno S. Surgical results in Crohn's disease – an analysis in view of cumulative risk or recurrence and reoperation. *Nippon Shokakibyo Gakkai Zasshi* 1991; 88: 33 – 39.
28. Godoy AC, Habr-Gama A, Mauro E. Moléstia de Crohn primária do intestino grosso. *Revista Paulista de Medicina* 1965; 66:273-80.

29. Goligher JC, De Dombal FT, Burton I. Crohn's disease with special reference to surgical management. *Prog. Surg.* 1972; 10 : 1 – 23.
30. Greenstein AJ. The surgery of Crohn's disease. *Surg. Clin. North. Am.* 1987; 67: 573–96.
31. Greenstein AJ, Sachar DB, Pasternack BS, Janowitz HD. Reoperation and Recurrence in Crohn's colitis and ileocolitis. *N. Engl J. Med.* 1975; 293:685 – 90.
32. Greenstein AJ, Sachar DB, Pucillo A; Kreel, I. ; Geller, S. ; Janowitz, H.D. ; Aufses, A.H.Jr. Cancer in Crohn's disease after diversionary surgery. A report of seven carcinomas occurring in excluded bowel. *Am. J. Surg.* 1978; 135: 86 – 90.
33. Habr-Gama A, Teixeira MG. Doença de Crohn do Intestino Delgado e do Intestino Grosso. *Clínica Cirúrgica – Alípio Correia Netto*, 1988; 419-32.
34. Habr-Gama A, Teixeira MG, Vieira MJF, Rodrigues PRT, Rawet V, Pinotti HW. Associação de Doença de Crohn e Câncer. Relato de 04 casos. *Rev Bras Coloproct.* 1990; 10:77-82.
35. Hashemi M, Novell J, Richard M. Side-to-side stapled anastomosis may delay recurrence in Crohn's disease. *Dis. Colon Rectum*, 1998; 41: 1293-96.
36. Heimann TM, Greenstein AJ, Lewis B, Kaufman D, Heimann DM, Aufses AH Jr. Prediction of early symptomatic recurrence after intestinal resection in Crohn's disease. *Ann Surg.* 1993; 218:294-8.
37. Heuman R, Boeryd B, Bolin T, Sjö Dahl R. The influence of disease at the margin of resection on the outcome of Crohn's disease. *Br. J. Surg.* 1983; 70: 519 –21.
38. Homan WB, Dineen P. Comparison of the results of resection, bypass and bypass with exclusion for ileocecal Crohn's disease. *Ann. Surg.* 1978; 187: 530 – 35.
39. Hurst RD, Molinari M, Chung P, Rubin M, Michelassi F. Prospective study of the features, indications, and surgical treatment in 513 consecutive patients affected by Crohn's disease. *Surgery* 1997; 122:661 – 68.
40. Ihász M, Mester E, Réfi M. Experience in the surgical management of Crohn's disease. *Am. J. Proctol.* 1975; 26:47 – 62.
41. Kotanagi H, Kramer K, Fazio VW. Microscopic abnormalities at resection margins correlate with increased anastomotic recurrence in Crohn's disease? Retrospective analysis of 100 cases. *Dis. Colon Rectum.* 1991; 34: 909 - 16.
42. Kotze LMS. Doença de Crohn – Experiência pessoal. *Revista Brasileira de Coloproctologia* 1991; 11: 9-14.

43. Kotze PG, Bueno FV, Soares AV, Bonardi MA, Van Santen CR, Trippia M, Baldin A, Sartor MC, Bonardi RA. Abscesso hepático como complicação na doença de Crohn: relato de caso. *Rev. Bras. Coloproctologia* 2001; 21 : 88 – 91.
44. Silva A, Melanazo HV, Queiroz E, Andrade DO. Doença de Crohn. *Revista Brasileira de Medicina* 1990; 47: 319 – 34.
45. Lindhagen T, Ekelund G, Leandroer L, Hildell J, Lindström C, Wenckert A. Crohn's disease in a defined population : course and results of surgical treatment. *Acta. Chir. Scand.* 1983; 149: 407 – 13.
46. McLeod RS. Surgery for inflammatory bowel disease. *Dig.Dis.* 2003; 21:168 -79.
47. Michelassi F, Block GE. Surgical management of Crohn's disease. *Adv. Surg.* 1993;26: 307-22.
48. Moskovitz D, McLeod RS, Greenberg GR, Cohen Z. Operative and environmental risk factors for recurrence of Crohn's disease. *Int. J. Colorectal Dis.* 1999; 14:224-26.
49. Munhoz-Juarez M, Yamamoto T. Wide-Lumen Stapled Anastomosis vs Conventional End-to-End Anastomosis in the Treatment of Crohn's Disease. *Dis.Colon Rectum* 2001; 44: 20-26.
50. Nygaard K; Fausa O. Crohn's disease. Recurrence after surgical treatment. *Scand. J.Gastroenterol.* 1977; 12: 577 – 84.
51. Pennington L, Hamilton SR, Bayless TM, Cameron JL. Surgical management of Crohn's disease : Influence of disease margin of resection. *Ann. Surg.* 1980; 192: 311 – 18.
52. Poggioli G, Laureti S, Pierangeli F, Ugolini, FA. New Model of Strictureplasty for Multiple and Long Stenosis in Crohn's Ileitis. Side-to-Side Diseased to Disease-Free Anastomosis. *Dis.Colon Rectum* 2003; 46:127-30.
53. Poggioli G, Stocchi L, Laureti S, Selleri S, Marra C, Magalotti C, Cavallari A. Conservative Surgical Management of Terminal Ileitis: Side-to-Side Enterocolic Anastomosis. *Dis.Colon Rectum* 1997; 40:234-37.
54. Raab Y, Bergstrom R, Ejerblad S, Graf W, Pahlman L. Factors influencing recurrence in Crohn's disease: an analysis of a consecutive series of 353 patients treated with primary surgery. *Dis.Colon Rectum* 1996; 39:918-25.
55. Rutgeerts P, Geboes K, Vantrappen G, Kerremans R, Coenegrachts JL, Coremans G. Natural history of recurrent Crohn's disease at the ileocolonic anastomosis after curative surgery. *Gut* 1984;25: 665-72.
56. Santos Júnior JCM. Doença de Crohn: tratamento. *Rev. Bras.Coloproctologia* 2000; 20: 37 – 48.

- 57.Scott NA, Sue-Ling HM, Hugues LE. Anastomotic configuration does not affect recurrence of Crohn's disease after ileocolonic resection. *Int. J. Colorectal Dis.*1995; 10: 67-69.
- 58.Serra J, Cohen Z, McLeod RS . Natural history of strictureplasty in Crohn's disease: 9-year experience.*Can. J. Surg.* 1995; 38: 481-85.
- 59.Speranza V, Simi M, Leardi S, Del Papa M. Recurrence of Crohn's disease:are there any risk factors? *J. Clin. Gastroenterol.* 1986; 8: 640 – 46.
- 60.Steinwurz F. Estudo evolutivo de fístulas na doença de Crohn. *Arq. Gastroenterol.* 1999; 36: 207-09.
- 61.Teixeira MG. Tratamento Cirúrgico da Doença de Crohn. São Paulo 2000,Tese de Livre Docência USP.
- 62.Teixeira MG, Brunetti C, Rosoky RM, Habr-Gama A, Pinotti HW. Tratamento da Doença de Crohn perianal.*Revista Brasileira de Coloproctologia* 1987; 7: 91 - 93.
- 63.Teixeira MG, Brunetti C, Gonçalves SR, Habr-Gama A, Pinotti HW.Manifestações Extra-intestinais da Doença de Crohn. *Rev. Bras. Coloproctologia* 1988; 8: 7-10.
- 64.Teixeira MG, Brunetti C, Gonçalves SR, Habr-Gama A, Pinotti HW.Manifestações Extra-intestinais em 103 pacientes com Retocolite Ulcerativa ou Doença de Crohn.*Rev. Bras. Coloproctologia* 1989; 16: 126-32.
- 65.Teixeira MG, Fergusson A. Uses and Limitations of the Crohn's Disease Activity Index. *Arquivos de Gastroenterologia* 1979; 16: 67 – 72.
- 66.Teixeira MG, Habr-Gama A, Brunetti C. Estudo das Características da Doença de Crohn incidindo em pacientes com mais de 50 anos.*Rev. Bras.Coloproctologia* 1995; 15: 72 – 4.
- 67.Teixeira MG, Habr-Gama A, Brunetti C, Kiss DR. Resultado do Tratamento Cirúrgico da enterite de Crohn.*Rev. Bras. Coloproctologia* 1995; 15: 5-9.
- 68.Teixeira MG, Habr-Gama A, Rocha MES, Santos HAL, Oliveira ALP.Qualidade de Vida dos Doentes com Doença Inflamatória Intestinal antes e após o Tratamento Cirúrgico.*Rev.Bras. Coloproctologia* 1996; 16:186-91.
- 69.Teixeira MG, Habr-Gama A, Takiguti CK, Brunetti C, Pinotti HW.Aspectos epidemiológicos da doença de Crohn em 140 pacientes no Serviço de Colo-Proctologia do HC-FMUSP.*Rev. Bras. Coloproctologia* 1993; 13:128-32.
- 70.Teixeira MG, Habr-Gama A, Takiguti C, Calache JE, Almeida MG, Teixeira WGI, Pinotti HW. Doença de Crohn exclusiva no intestino grosso:Resultados do Tratamento.*Revista Hospital das Clínicas Faculdade de Medicina de São Paulo*, 1998;53:61-7.

71. Tjandra JJ, Fazio VW. Strictureplasty for ileocolic anastomotic strictures in Crohn's disease. *Dis.Colon Rectum* 1993; 36:1099-103.
72. Tjandra JJ, Fazio VW, Lavery IC. Results of multiple strictureplasties in diffuse Crohn's disease of the small bowel . *Aust. N. Z. J. Surg.*1993; 63: 95-9.
73. Van Patter WN, Barga JA, Dockerty MB, Feldman WH, Mayo CW, Waugh JM. Regional enteritis. *Gastroenterology* 1954; 26: 347 – 50.
74. Whelan G, Farmer RG, Fazio VW, Goormastic M. Recurrence after surgery in Crohn's disease. Relationship to location of disease and surgical indication. *Gastroenterology* 1985; 88:1826-33.
75. Williams AJ, Palmer KR. Endoscopic balloon dilatation as a therapeutic option in the management of intestinal strictures from Crohn's disease. *Br. J. Surg.* 1991; 78: 453–454.
76. Wolff BG, Beart RW, Frydenberg HB, Weiland LH, Agrez MV, Hstrup DM. The importance of disease-free margins in resections for Crohn's disease. *Dis.Colon Rectum* 1983; 26:239-43.
77. Yamamoto T, Allan RN. Strategy for Surgical Management if Ileocolonic Anastomotic Recurrence in Crohn's Disease. *World J.Surg.* 1999;23:1055-61.
78. Yamamoto T, Bain IM, Mylonakis E, Allan RN, Keighley MR. Stapled functional end-to-end anastomosis versus sutured end-to-end anastomosis after ileocolonic resection in Crohn disease. *Scand. J. Gastroenterol.* 1999;34:708-13.
79. Yamamoto T, Allan RN, Keighley MR. Risk factors for intra-abdominal sepsis after surgery in Crohn's disease . *Dis Colon Rectum* 2000;43:1141-5.
80. Yamamoto T, Keighley MRB. Stapled Functional End-to-End Anastomosis in Crohn's Disease. *Jpn. J. Surg.*1999; 29: 679 - 81.
81. Yamamoto T, Keighley MRB. Long-Term Results of Strictureplasty for Ileocolonic Anastomotic Recurrence in Crohn's Disease. *Journal of Gastrointestinal Surgery* 1999; 3:555-60.
82. Yamamoto T, Bain IM, Allan RN, Keighley MRB .An Audit of Strictureplasty for Small-Bowel Crohn's Disease. *Dis.Colon Rectum* 1999; 42:797-803.
83. Yamamoto T, Allan RN, Keighley MRB. Perforating Ileocecal Crohn's Disease Does not Carry a High Risk of Recurrence but Usually Represents as Perforating Disease. *Dis. Colon Rectum* 1999; 42:519-24.
- 84- Yamamoto T. Factors affecting recurrence after surgery for Crohn's disease. *World J. Gastroenterol.* 2005;11:3971-79.

85- Young S, Smith IS, O'Connor J, Bell JR, Gillespie G. Results of surgery for Crohn's disease in the Glasgow region. *Br.J.Surg.* 1975; 62: 528 – 34.

Apêndice

I- Identificação dos Doentes, classificando-os quanto à idade, sexo, registro do HC, numeração do protocolo no ambulatório de doenças inflamatórias intestinais e numeração do paciente neste trabalho.

Número do doente	Protocolo	Iniciais do doente	Registro do Hospital das Clínicas	Idade	Sexo
1	32	FFR	2.298.569 E	29	F
2	37	APL	2.302.789 E	65	F
3	45	MKI	2.356.901 E	46	F
4	51	REP	2.399.670 E	19	F
5	56	HOT	2.405.769 J	25	M
6	61	TGR	2.432.901 H	48	M
7	63	BUN	2.445.546 H	32	F
8	69	PLO	2.454.670 P	36	F
9	72	RTM	2.477.019 E	44	F
10	77	AIVN	2.485.953 E	65	F
11	81	PLGM	2.490.555 E	38	F
12	87	ERM	2.498.345 E	58	M
13	95	EF	2.509.896 H	36	M
14	116	EC	2.533.925 A	45	F
15	150	MCSF	2.592.157 C	25	F
16	162	AJCS	2.617.815 J	14	F
17	219	VS	2.755.146 F	60	F
18	236	FPA	2.770.639 E	35	M

Número do doente	Protocolo	Iniciais do doente	Registro do Hospital das Clínicas	Idade	Sexo
19	283	IBO	2.808.262 C	68	M
20	286	MAPS	2.798.439 E	35	M
21	291	JGCE	2.829.217G	52	M
22	296	JCM	2.847.651E	57	F
23	318	AMR	2.876.560E	42	F
24	319	ODF	2.882.211A	49	F
25	322	DFLM	2.882.807G	26	F
26	336	OMD	2.889.468B	32	M
27	374	STS	2.504.810D	35	F
28	379	JFM	2.669.712D	37	F
29	411	SL	2.888.570H	56	M
30	431	JCC	3.014.130C	49	M
31	434	TSVP	3.027.347H	54	M
32	443	RCT	3.032.691F	34	F
33	460	HPL	6.006.637C	23	F
34	463	ABM	3.066.800J	35	F
35	481	VO	3.106.133K	18	F
36	508	AFS	3.135.363C	21	F
37	509	OMG	2.960.597G	22	F
38	515	PF	3.141.877A	56	F
39	523	BS	3.155.548F	45	M
40	525	LES	3.154.813B	47	M

Número do doente	Protocolo	Iniciais do doente	Registro do Hospital das Clínicas	Idade	Sexo
41	540	ASS	3.239.066 H	32	M
42	549	JBRO	3.187.661H	30	M
43	570	DMJ	3.116.038D	29	F
44	587	LMS	3.191.156F	47	F
45	597	GNS	3.209.766H	62	F
46	608	AAMLRL	3.223.575J	33	F
47	625	LML	3.252.570.B	26	F
48	638	JHS	3.235.374.C	15	M
49	667	CRS	3.286.117 B	49	M
50	685	SMMA	5.211.479J	56	M
51	691	MHLA	7.018.676A	65	M
52	712	AOS	3.319.380K	21	F
53	730	FG	13.503.038H	18	M
54	734	DFR	13.590.639 T	26	F
55	735	VFS	3.330.114 E	30	M
56	747	ADS	3.596.666 H	27	F
57	756	CO	3.338.322 L	25	F
58	764	MLS	13.554.343 G	36	F
59	769	JMH	3.567.209 G	40	M
60	780	POR	3.456.906 F	26	F
61	795	CFA	12.456.980 H	31	F
62	799	ERT	13.094.298 H	26	M
63	802	LBS	13.521.278 H	19	F

Número do doente	Protocolo	Iniciais do doente	Registro do Hospital das Clínicas	Idade	Sexo
64	842	ROC	13.436.082 I	52	M
65	846	CAP	13.542.741 I	45	M
66	850	POL	13.067.899 I	16	F
67	856	FTG	13.540.029 I	18	M
68	861	ATR	13.098.555 I	25	F
69	864	JAS	13.546.727K	26	M
70	867	TAE	3.980.450 H	13	F
71	871	EML	3.000.706 I	26	M
72	877	WAS	13.095.559 H	35	F
73	880	RPT	13.507.890 I	33	M
74	884	LJSM	13.552.289C	15	M
75	886	LSO	13.553.159 K	65	M
76	890	OLT	13.304.596 J	45	F
77	895	PRL	13.657.890 H	35	F
78	897	WPL	13.509.782 H	23	M
79	900	DP	13.563.584 G	32	F
80	902	RPL	3.970.045 H	26	M
81	907	ELM	3.708.345 H	22	F
82	909	TUM	3.905.504 I	25	M
83	911	IMJ	13.970.340 H	31	M
84	917	MMA	13.906.560 H	29	F
85	925	CLA	3.020.430E	48	F

Número do doente	Protocolo	Iniciais do doente	Registro do Hospital das Clínicas	Idade	Sexo
86	952	MP	3.013.566 J	16	F
87	957	FAAPJ	13.448.538 A	26	M
88	964	JMC	13.451.227 B	53	M
89	969	PLO	3.857.023 G	51	F
90	971	AMM	3.450.389 H	23	F
91	972	MMJ	3.079.222 J	16	M
92	973	LAG	13.509.450 H	21	F
93	977	MJSA	3.576.390 J	25	M
94	978	GPOL	3.067.333 J	27	F
95	980	MMA	3.345.772 J	21	M
96	983	MLOP	3.223.509 H	35	F
97	987	MTPL	3.786.099 J	37	F
98	989	WOP	3.299.670 J	35	M
99	992	ABC	13.581.515 C	12	F
100	996	POR	13.956.789 H	32	M
101	997	MJH	3.920.099 H	18	M
102	999	OPL	3.867.450 M	22	F
103	1000	PLO	3.569.455 H	27	F
104	1002	EEM	3.245.976 J	28	F
105	1005	AQP	3.750.509 J	32	F
106	1010	PCSD	3.956.023 J	33	M
107	1011	PPLO	3.665.775 H	34	M

Número do doente	Protocolo	Iniciais do doente	Registro do Hospital das Clínicas	Idade	Sexo
108	1014	IOL	3.945.645 H	32	F
109	1015	AAS	3.339.182 E	56	F
110	1019	LOP	3.980.768 G	12	F
111	1021	TGH	3.129.601 H	34	F
112	1023	EWO	13.492.098 G	25	M
113	1024	TTML	3.273.439 J	21	M
114	1026	JML	3.221.132 G	19	M
115	1027	PLO	3.451.129 J	19	M
116	1029	GTF	3.111.916 H	22	M
117	1030	JMS	3.297.448B	31	F
118	1031	LLO	3.129.903 H	33	F
119	1032	JJF	3.777.735 J	16	M
120	1037	MLI	3.778.954 H	55	M
121	1039	IRF	3.756.999 I	48	F
122	1042	AAL	3.776.889 J	42	M
123	1045	AOP	3.298.990 J	36	M
124	1046	AEM	3.495.501 H	37	F
125	1055	ELL	3.229.001 H	22	F
126	1059	LAM	3.449.008 H	23	F
127	1066	MMS	13.471.686 A	17	M
128	1069	ASDF	13.444.601 A	23	M
129	1070	LJMG	13.096.449 A	21	F

Número do doente	Protocolo	Iniciais do doente	Registro do Hospital das Clínicas	Idade	Sexo
130	1073	AED	13.440.938 H	12	M
131	1077	ERT	13.381.107 H	23	M
132	1078	HJM	3.330.059 J	65	F
133	1081	MLP	13.220.401 J	21	F
134	1085	PAS	13.330.029 J	54	M
135	1086	LGFG	13.490118K	48	M
136	1094	MAM	3.585.538G	13	F
137	1117	RRE	3.333.434C	25	F
138	1139	MLCB	13.589.182E	32	M
139	1143	RFB	13.607.865I	32	M
140	1144	AES	13.606.518E	19	M
141	1149	SJS	13.483.775E	15	F