

# CASO CLÍNICO:

## O Papel da Cirurgia numa doente com Doença de Crohn Estenosante

J. Patrício\*, N. Veloso\*\*, V. Herédia\*\*\*, A. Martins\*, M. Bento\*, J. Caravana\*

Serviço de Cirurgia Geral do HESE; \*\*Serviço de Gastroenterologia do HESE; \*\*\*Serviço de Imagiologia do HESE

Hospital do  
Évora Espírito Santo E.P.E.



Évora, Novembro de 2015

## CASO CLÍNICO

### Identificação

- Sexo Feminino
- 60 anos de idade
- Natural de Beja
- Residente em Reguengos de Monsaraz
- Casada, 2 filhos
- Desempregada (doméstica)



## CASO CLÍNICO

### História da Doença Actual



## CASO CLÍNICO

### História da Doença Actual

#### CONSULTA DE GASTRO (2012):

- Assintomática (cólicas e distensão abdominal ocasionais)
- 2 a 4 dejecções diarreicas/dia sem sangue
- Nega fissuras ou fístulas anais
- Artralgias periféricas de carácter mecânico, migratórias
- Sem outras manifestações extraintestinais
- Sem perda ponderal recente

## CASO CLÍNICO

### Exame Objectivo

#### CONSULTA DE GASTRO (2012):

Peso: 41Kg

Mucosas coradas e hidratadas

Abdómen plano, indolor à palpação

Sem outras alterações relevantes



## CASO CLÍNICO

### Antecedentes Pessoais

#### ANTECEDENTES MÉDICOS:

Cólicas Renais (com necessidade de litotricia e cirurgia urológica)

#### ANTECEDENTES FAMILIARES:

Irrelevantes para Doença Gastrointestinal

#### MEDICAÇÃO HABITUAL:

Salofalk 1g/dia; Folifer 1cp/dia

#### HÁBITOS:

Sem hábitos tabágicos, etílicos ou toxifílicos

#### ALERGIAS:

Buscopam e Nolotil

## CASO CLÍNICO

### Exames Complementares de Diagnóstico

#### EDA (Ago 2012)

Exame Normal (Bx: Gastrite Crónica não atrofica; Duodeno normal)

#### COLONOSCOPIA (Ago 2012)

Válvula Íleo-cecal de aspecto congestionado e com erosão (Bx: ligeiro infiltrado inflamatório misto, sem sinais de DII); Mucosa do cólon de aspecto normal

#### ENTERO-RMN (Nov 2012)

2 imagens no íleon distal com redução do calibre e aumento da espessura parietal (com cerca de 15mm e espessura de 7mm), com ligeira dilatação a montante, sem características inflamatórias agudas

#### ANÁLISES (Nov 2012)

Hb 11,4g/dL (NN); Leucograma N; Plaq N; Prot 6,1 (Alb 3,1); Função Hepática sem alterações; PCR 1,5; VS 31; Calprotectina Fecal 631

## CASO CLÍNICO

### Evolução

Em Maio 2013:

Episódio de **sub-oclusão** com resposta a tratamento conservador (SNG):

- Durante internamento em Urologia para litotricia
- Remissão espontânea, sem necessidade de tratamento específico
- Ficou assintomática após o episódio

## DOENÇA DE CROHN ILEO-CÓLICA ESTENOSANTE

### CASO CLÍNICO

### Diagnóstico

CLASSIFICAÇÃO: A<sub>3</sub>B<sub>2</sub>L<sub>3</sub>

Sem corticoterapia

2 Estenoses não inflamatórias, com passagem de contraste

Assintomática (em remissão clínica) há 6 anos

Episódio único de sub-oclusão com resposta a tratamento conservador

Actividade Inflamatória (PCR, VS e Calprotectina fecal elevadas)

## QUESTÃO



### O QUE FAZER?

1. Escalar terapêutica para Imunomoduladores
2. Manter apenas vigilância dado que a doente está assintomática
3. Propor cirurgia por doença Estenosante
4. Iniciar terapêutica Biológica

## CASO CLÍNICO

### Evolução

**AZATIOPRINA 2,5mg/Kg/dia (50mg/dia → 100mg/dia)**

Apresenta Actividade Inflamatória

Critérios de “Disability Disease”

- Internamentos prévios por complicações com necessidade de ressecção ileal
- Artralgias

**CLINICAMENTE:** Melhoria com 1 dejectão moldada/dia, sem sangue

Artralgias de carácter misto, sem artrite das peq articulações

## CASO CLÍNICO

### Evolução

6 meses depois:

Queixas de astenia

Hb de 6,9; Leuc 1.800; Plaq 102.000

Sem sinais de recidiva da doença

Sem perdas hemáticas

**Mielotoxicidade AZA**

↓  
Redução da dose  
(50mg/dia)

↓  
Reavaliação após 2 semanas  
Hb 5,2; Leuc 1.900; Plaq 267.000

↓  
UCE + Suspensão AZA

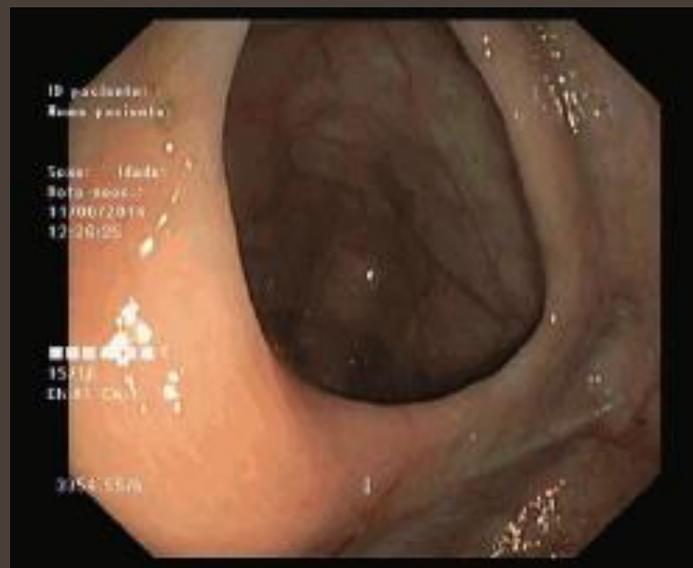
## CASO CLÍNICO

### Evolução

Reavaliação imagiológica:

COLONOSCOPIA (Jun 2014)

Válvula Íleo-cecal estenosada, sem permitir entrada no íleon, mas sem alterações da mucosa. Sem outras alterações da mucosa ou da distensibilidade dos diferentes segmentos (Bx: Mucosa sem alterações patológicas, sem displasia)



## CASO CLÍNICO

### Evolução

#### Reavaliação imagiológica:

##### ENTERO-TC (Jul 2014)

- Progressão do contraste pelo intestino delgado sem sinais de oclusão intestinal.
- Não há evidente tradução de doença extra-intestinal, sem colecções ou fístulas.
- Curtos **segmentos de subestenose** com ligeiro espessamento parietal, 2 melhor identificados a 7cm da **Válvula Íleo-cecal**.
- Na **topografia da válvula**, curto segmento com discreto **componente inflamatório**

##### ANÁLISES (Jul 2014)

Hb 10,6g/dL (NN); Leucograma N; PCR 1,5; cinética do ferro bem; Albumina 3,3

## CASO CLÍNICO

### Evolução

Reavaliação clínica:

Peso: 41Kg

Abdómen plano, doloroso à palpação da FID, sem defesa

Sem outras alterações relevantes

Mantém 2-4 dejectões pastosas, por vezes semi-líquidas/dia, sem sangue

Sem queixas de novo

## CASO CLÍNICO

### Evolução

Agosto 2014

Recorre ao SU com novo quadro de **sub-oclusão**

Elevação dos **parâmetros infecciosos**

**TC Abdomino-Pélvica:** significativa **dilatação quase generalizada de delgado**, que se acompanha de espessamento circunferencial marcado das paredes de aspecto edematoso, em particular no jejuno. Refere-se a não-distensão do íleon distal, atingindo a última ansa e **2 segmentos** mas cerrados correspondentes a **estenoses uma com 40mm e outra com 20mm**. Ao nível do cego perda do padrão habitual de haustras. Sem pneumoperitoneu. Derrame peritoneal muito ligeiro.

**Internamento** com pausa alimentar, e antibioterapia com Ciprofloxacina e Metronidazol, com boa evolução

## QUESTÃO



### O QUE FAZER?

1. Iniciar Terapêutica Biológica
2. Retomar Imunomodulador
3. Propor cirurgia por doença Estenosante sem actividade inflamatória
4. Dilatação Endoscópica

## CASO CLÍNICO

### Evolução

#### Discussão Multidisciplinar do caso

#### PROPOSTA RESSECÇÃO ILEO-CÓLICA

- Doença estenosante cicatricial localizada mas múltipla com atingimento da válvula íleo-cecal
- Uma das estenoses com 40mm
- Extensão <100mm (sem risco de síndrome de intestino curto)
- Ressecção cirúrgica prévia
- 2 episódios de sub-oclusão em 18 meses
- Toxicidade à AZA

## CASO CLÍNICO

### Evolução

Avaliação Pré-Operatória:

Peso: 39Kg (perda de 2 kg) – IMC 16g/m<sup>2</sup>

Analiticamente: Hb 4,9; Leucograma 3.200; Pla<sub>q</sub> N; Hipoalbuminémia de 2,6



Internamento para optimização nutricional

Nutrição oral + entérica (Protison) – cerca de 2000 Kcal/dia

UCE

## CASO CLÍNICO

### Evolução

#### Reavaliação Imagiológica:

##### ENTERO-TC (Mar 2015)

Documenta-se progressão do contraste até ao cólon, **sem oclusão intestinal**.

Alguns segmentos com redução do calibre, a mais proximal envolve a **última ansa ileal**, com espessura parietal de 6mm, com **extensão inferior a 5cm** e outra a cerca de 5cm. Mais proximais existem mais 2 imagens de redução de calibre com **dilatação a montante**.

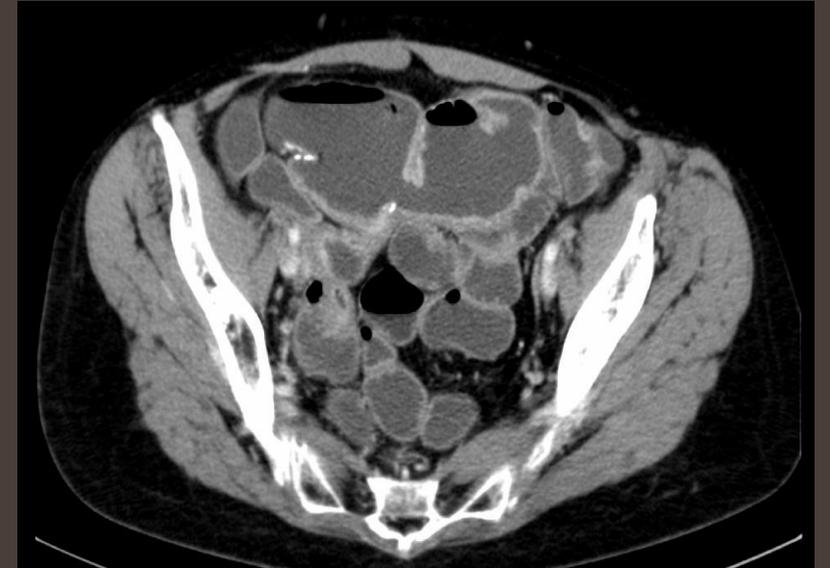
**Estenose da válvula ileo-cecal** com ligeiras alterações inflamatórias.

## CASO CLÍNICO

### Evolução

Reavaliação Imagiológica:

ENTERO-TC (Mar 2015)



Reavaliação Imagiológica:

ENTERO-TC (Mar 2015)

CASO CLÍNICO

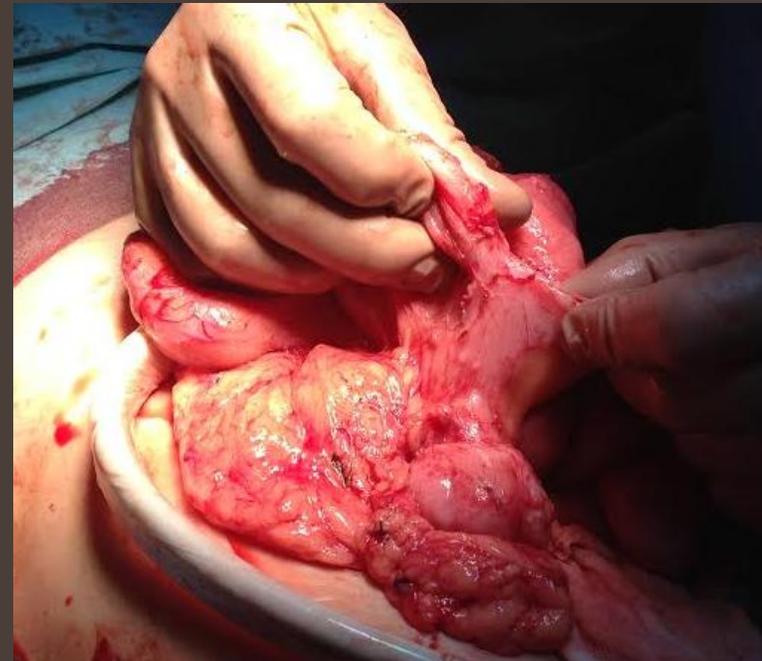
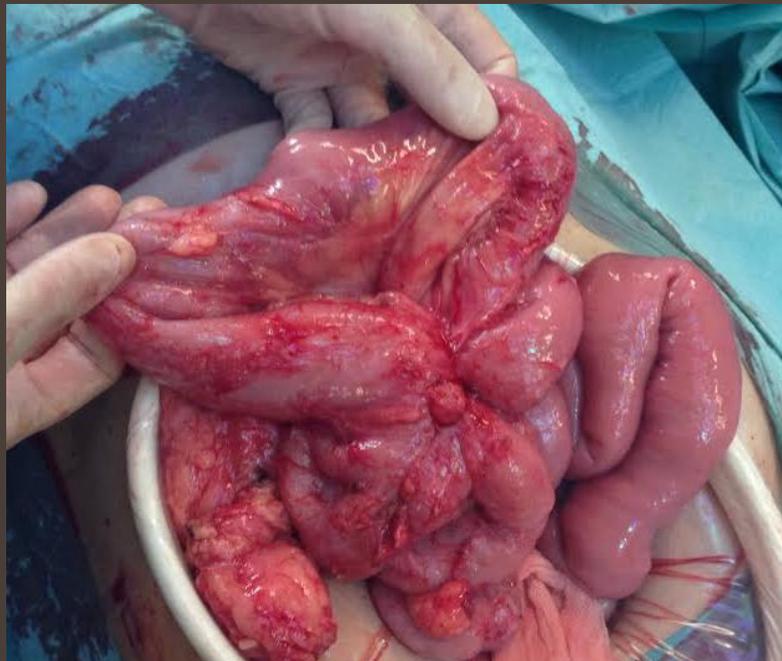
Evolução



## CASO CLÍNICO

### Tratamento Cirúrgico

Ressecção Íleocecal (Jun 2015):



Pesquisa de outras estenoses - negativa

Peça de ressecção com cerca de 30cm de íleon + cego

## CASO CLÍNICO

### Tratamento Cirúrgico

#### Ressecção Íleocecal (Jun 2015):

Pós-operatório sem complicações major, alta ao 12ºDPO

Infecção da ferida operatória a *E. coli* e *Morganella morganii*

#### Histologia:

Segmento ileocecal com **ulceração da mucosa**, com **infiltrado inflamatório linfoplasmocitário da lâmina própria** com presença de **folículos linfoides**, fistulização e alterações isquémicas da mucosa. Margens sem lesão. Apêndice com involução fibriadiposa. Gânglios sem alterações. Negativo para displasia.

## CASO CLÍNICO

### Evolução

Clinicamente 1 mês após Cirurgia:

Peso: 41,1Kg (IMC 18,2g/m<sup>2</sup>)

Abdómen mole e depressível, indolor

Trânsito regular, com 2-3 dejetões/dia pastosas

Analiticamente com Hb 11,1; Leuc N; PCR 1

## QUESTÃO



### O QUE FAZER?

1. Iniciar terapêutica biológica independentemente do risco
2. Inicia Messalazina e faz reavaliação endoscópica aos 6-12 meses
3. Inicia terapêutica biológica e faz reavaliação endoscópica aos 3 meses
4. Não faz qualquer terapêutica e faz reavaliação endoscópica aos 6-12 meses

## CASO CLÍNICO

### Tratamento

Todos os doente devem fazer medidas de redução do risco de recorrência pós-cirúrgica:

- Evicção tabágica
- Terapêutica profilática (até avaliação endoscópica aos 6-12 meses)

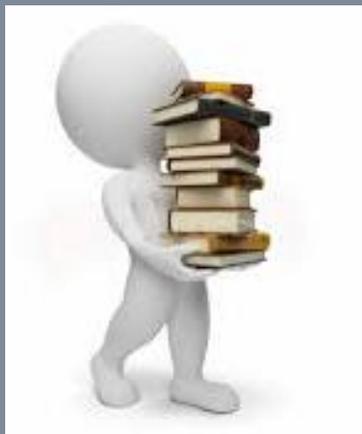
MESSALAZINA 3gr/dia

Muito baixo risco de recorrência pós-cirúrgica

Intolerância à AZA

Todos os doentes devem fazer avaliação por **ileocolonosopia 6 a 12 meses** após a cirurgia

## TERAPÊUTICA PROFILÁTICA



## TERAPÊUTICA PROFILÁTICA

RISCO DE RECORRÊNCIA PÓS-CIRURGICA		
MUITO BAIXO	BAIXO/INTERMÉDIO	ELEVADO
<ul style="list-style-type: none"><li>- Não fumadores</li><li>- Fenótipo não penetrante</li><li>- Cirurgia mais de 10 anos após o diagnóstico inicial</li><li>- Estenose curta (&lt;10cm)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Cirurgia menos de 10 anos após o diagnóstico inicial</li><li>- Estenoses longas (&gt;10cm)</li><li>- Fenótipo inflamatório</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Fumadores</li><li>- Fenótipo penetrante</li><li>- 2 ou mais ressecções cirúrgicas</li><li>- Cirurgia menos de 10 anos após o diagnóstico inicial</li><li>- Estenose longa (&gt;10cm)</li><li>- Complicações pós-op</li><li>- Necessidade de cirurgia sob tx imunossupressor</li></ul>
MESSALAZINA	IMUNOSSUPRESSORES	BIOLÓGICOS (INFLIXIMAB)

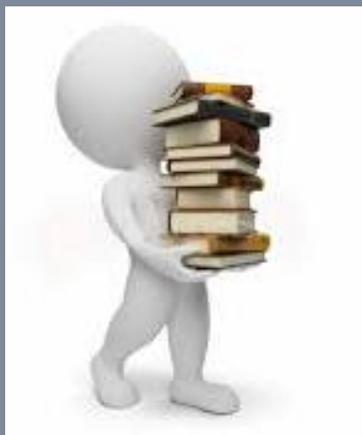
## QUESTÃO



### COMO CALCULAR O RISCO PARA DECISÃO DE TRATAMENTO FUTURO?

1. Calculado apenas por aparecimento de sintomas após a cirurgia
2. Calculado a partir de factores de risco prévios
3. Calculado a partir do score endoscópico de Rutgeerts
4. Calculado por factores de risco e aparecimento de sintomas

## SCORE DE RUTGEERTS



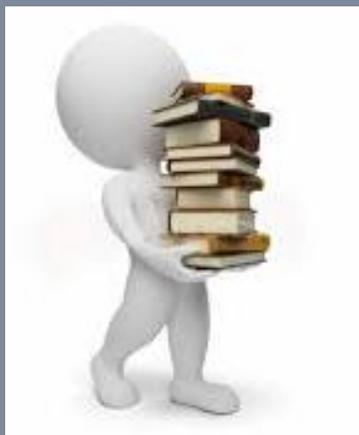
### SCORE DE RUTGEERTS

Score	Definição	Recorrência aos 3 anos
i0	Sem lesões	5%
i1	<5 ou 5 lesões aftosas	5%
i2	>5 lesões aftosas, com mucosa normal entre as lesões ou com áreas poupadas de lesões ou com lesões confinadas à anastomose ileocólica	15-20%
i3	Ileíte aftosa difusa com mucosa inflamada	40%
i4	Inflamação difusa com úlceras grandes, nódulos e/ou estreitamentos	90%

#### Correlaciona-se com:

- Risco de progressão endoscópica da doença
- Recidiva clínica
- Necessidade de nova cirurgia

## TERAPÊUTICA FUTURA



### TERAPÊUTICA PÓS REAVALIAÇÃO ENDOSCÓPICA

RISCO DE RECORRÊNCIA PÓS-CIRURGICA		
MUITO BAIXO	BAIXO/INTERMÉDIO	ELEVADO
<b>MESSALAZINA</b>	<b>IMUNOSSUPRESSORES</b>	<b>BIOLÓGICOS (INFLIXIMAB)</b>
<b>i0 ou i1 (recorrência endoscópica ligeira) – Manter MESSALAZINA</b> <b>i2 (recorrência endoscópica moderada) – Iniciar IMUNOSSUPRESSORES</b> <b>i3 ou i4 (recorrência endoscópica grave) – Iniciar Biológicos (INFLIXIMAB)</b>	<b>i0 ou i1 (recorrência endoscópica ligeira) – Manter IMUNOSSUPRESSORES</b> <b>i2, i3 ou i4 (recorrência endoscópica) – Iniciar Biológicos (IMFLIXIMAB)</b>	<b>i0 ou i1 (recorrência endoscópica ligeira) – Manter Biológicos (IMFLIXIMAB)</b> <b>i2, i3 ou i4 (recorrência endoscópica) – Aumentar a dose do INFLIXIMAB ou dominuir o intervalo de administração;</b> <b>Ponderar Cirurgia</b>

## MENSAGENS FINAIS



Apesar dos avanços diagnósticos e terapêuticos:

- **11%** dos doentes têm como apresentação inicial **doença estenosante**
- Após **10 anos** de diagnóstico metade dos doentes desenvolvem **estenose**
- A necessidade de **intervenções cirúrgicas** aos 10 anos pode atingir os **80%**
- A taxa de **recidiva pós-cirúrgica** é elevada (**50% aos 10 anos**)

# MUITO OBRIGADO PELA ATENÇÃO

