

Colite severa: Quando e como intervir cirurgicamente

Severe colitis: When and how to operate

RESUMO

A colite ulcerosa (CU) é uma doença inflamatória que atinge toda a mucosa colo-rectal, com vários graus de severidade, de forma contínua e ascendente. Cerca de 15 a 30% dos doentes com colite ulcerosa vêm a necessitar de uma intervenção cirúrgica. Considera-se que existe colite severa quando o doente refere mais de 6 dejeções com sangue por dia e tem sinais de sépsis associada, justificando a necessidade de internamento e tratamento médico intensivo. Recomenda-se a colectomia no caso de não haver melhoria após 4-7 dias de tratamento médico intensivo, o que tem acontecido em cerca de 1/3 dos doentes.

Há várias vantagens na abordagem laparoscópica da colectomia de urgência. Após a melhoria clínica segue-se a segunda fase da proctectomia reconstrutiva com conservação dos hipogástricos e dos feixes urogenitais para se evitarem sequelas sexuais e urinárias. A anastomose ileonal deve ficar a menos de 2 cm da linha dentada parecendo haver vantagem na dissecação transanal do recto de forma minimamente invasiva. Considerando o risco cirúrgico associado a este tipo de doentes é frequente efetuar uma ileostomia lateral para reduzir o risco de complicações sépticas associado a eventual deiscência da anastomose. Vários estudos demonstram que os resultados da bolsa ileal na CU dependem da experiência do cirurgião e por isso recomenda-se que os doentes sejam enviados para centros com pelo menos 10 bolsas por ano.

Palavras-chave: Colite ulcerosa, Colite severa, Colectomia total, Proctocolectomia reconstrutiva, Bolsa ileal

ABSTRACT

Ulcerative colitis (UC) is an inflammatory disease that involves the entire colorectal mucosa with varying severity in a continuous and retrograde direction. Approximately 15-30% of patients will require an operative intervention. Patients with bloody diarrhea > 6/day and any signs of systemic toxicity have severe colitis and should be admitted to hospital for intensive treatment. Colectomy is recommended if there is no improvement following 4-7 days of salvage therapy and this happens in 1/3 of the patients.

There are several advantages in the laparoscopic approach of the emergent colectomy. After clinical improvement follows the second stage with reconstructive proctectomy with preservation of the hypogastric and the urogenital bundles to avoid sexual and urinary dysfunction. The ileoanal anastomose must be less than 2 cm from the dentate line and some advantages have been shown in the transanal minimally invasive approach. Considering the surgical risk of this patients it is usual to add a lateral ileostomy to decrease septic complications associated with risk of anastomotic leak. Several studies demonstrate that the outcome of pouch surgery in UC is related to the experience of the surgeon and that patients should be referred to centers that perform at least 10 pouches per year.

Key-words: *Ulcerative colitis, Severe colitis, Total colectomy, Restorative proctocolectomy, Ileal pouch.*

A colite ulcerosa (CU) é uma doença inflamatória que atinge toda a mucosa colo-rectal, com vários graus de severidade, de forma contínua e ascendente.¹ Contrariamente à doença de Crohn, o tratamento cirúrgico da CU é potencialmente curativo.² Cerca de 15 a 30% dos doentes

com colite ulcerosa vêm a necessitar de uma intervenção cirúrgica.² A falência do tratamento médico, quer nas situações de CU severa quer nos casos de CU moderada, é de caracterização subjetiva, difícil de prever e por isso é aconselhável que exista estreita colaboração entre os especialistas médicos e cirúrgicos dedicados e com experiência no tratamento destas doenças.

É consensual considerar-se que existe colite severa quando o doente refere mais de 6 dejeções com sangue por dia e sinais de sépsis associada (pulso > 90/min, temperatura > 37,8°C, PCR > 30 mg/l), justificando a necessidade de internamento e tratamento médico intensivo.³ A resposta ao



Júlio Soares Leite
Professor Catedrático de Cirurgia Jubilado
Faculdade de Medicina de Coimbra
Serviço de Cirurgia Geral, CHUC

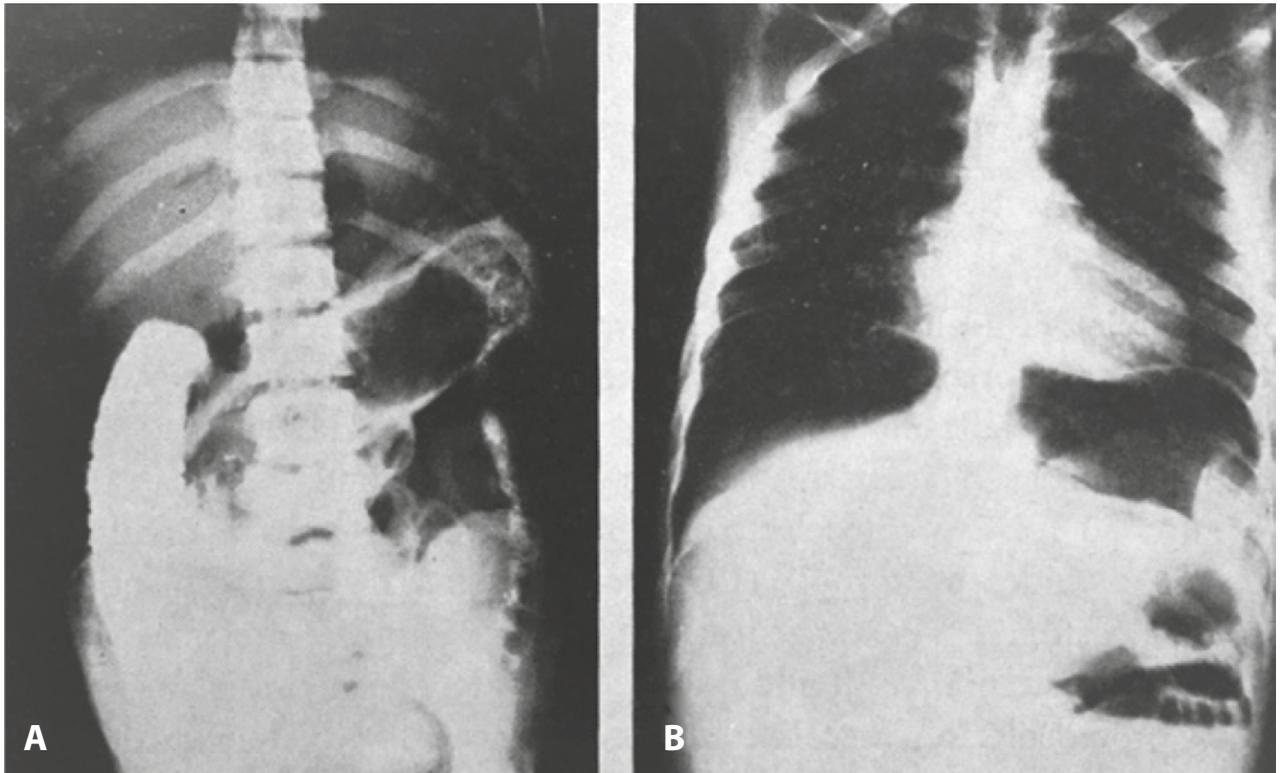


FIGURA 1 Doente com 15 anos que em 1988 surge com colite aguda fulminante. No cólon transverso 8 cm diâmetro e volumoso pneumoperitoneu no Rx tórax. Efetuou colectomia total e em segundo tempo proctectomia com bolsa ileoanal. Presentemente com 46 anos e assintomático.

tratamento com corticosteroides intravenosos deve ser avaliada ao terceiro dia e nos doentes que não melhoram as alternativas terapêuticas são o infliximab, a ciclosporina, o tacrolimus ou mesmo a cirurgia.³ Os doentes com corticoides parenterais que não melhoram nesse espaço de tempo e que apresentam PCR > 45 mg/L muito provavelmente vêm a necessitar de cirurgia (3). As guidelines atuais da ECCO continuam a recomendar a colectomia no caso de não haver melhoria após 4-7 dias de tratamento médico intensivo.³ Pretende-se assim evitar a evolução para uma situação clínica mais grave de colite tóxica, megacólon, perfuração e hemorragia (Figura 1 e 2). Tem sido verificado que após esta segunda linha de tratamento médico cerca de 28% dos doentes necessitam de colectomia aos 3 meses e 48% aos 12 meses.³

Existem ainda outras indicações para tratamento cirúrgico que não são abordadas neste artigo, tais como a intratabilidade médica, o risco de displasia/carcinoma ou a CU na criança com atraso no crescimento.

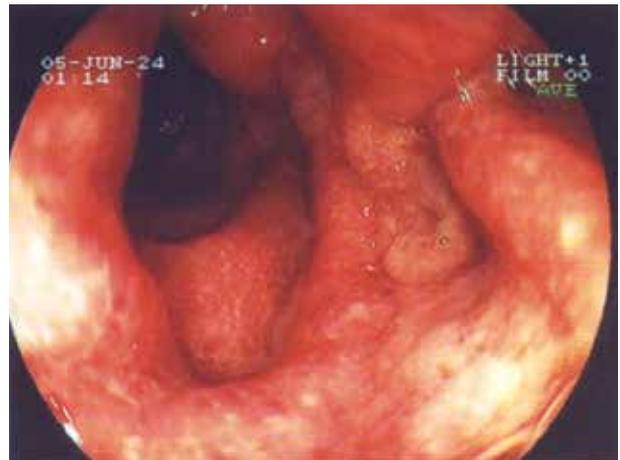
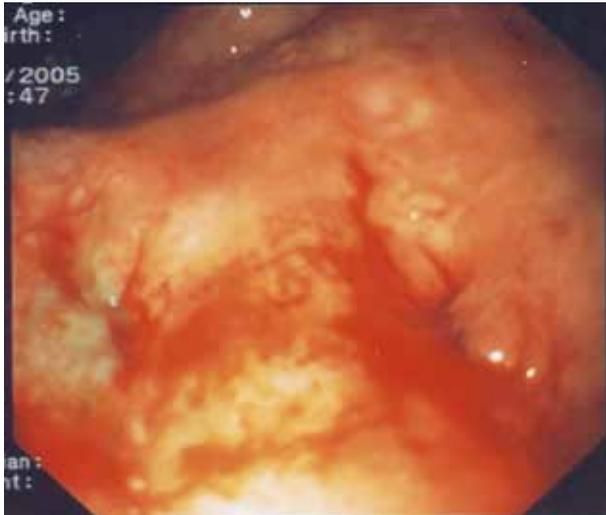
A distinção entre CU severa e tóxica ou fulminante não é

sempre fácil. A velocidade de sedimentação e a PCR são dois marcadores de inflamação inespecíficos que poderão estar aumentados. Contudo cerca de 1/3 dos doentes com CU em fase activa podem apresentar PCR dentro da normalidade.⁴ A calprotectina fecal é mais específica de inflamação intestinal e tem sido útil na deteção não invasiva de recidiva da doença.⁴ Mas em última análise, mais do que qualquer biomarcador é a adequada avaliação clínica que determina a decisão terapêutica. Deve contudo ser lembrado que os doentes medicados com doses elevadas de corticoides mascaram frequentemente situações sépticas graves.

A história de doença perianal pode levantar a suspeita de doença de Cohn e importa rever as colonoscopias prévias, bem como os estudos radiológicos do intestino delgado. Importa também excluir que se esteja na presença de uma colite infecciosa. É necessário excluir a presença de colite por *C. difficile* nosocomial através de exame fecal. Também porque se trata de doentes imunodeprimidos pode existir infeção ou reativação de infeção por citomegalovirus (CMV),



Hemorragia no recto



Colite severa

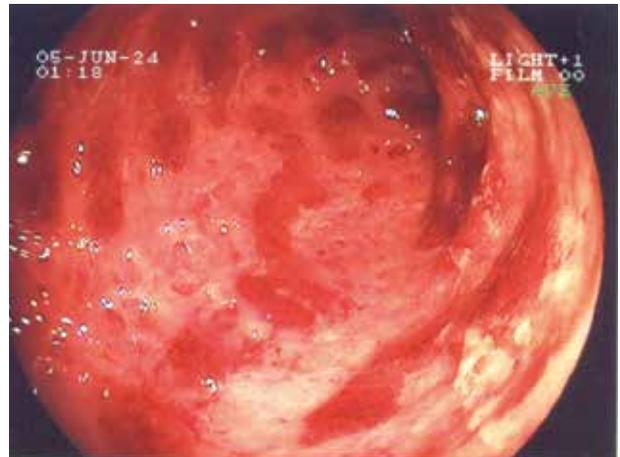


FIGURA 2 Aspectos endoscópicos de colite severa com hemorragia ativa no recto e congestão com ulcerações no cólon, score de Mayo 3.

necessitando de sigmoidoscopia e biópsia cólica para o seu diagnóstico através da deteção de múltiplas inclusões intranucleares.⁵ O tratamento antibiótico (vancomicina oral) ou os antivirais (ganciclovir iv) poderão controlar esse quadro de colite infecciosa, evitando-se a cirurgia de urgência.

A avaliação clínica do quadro de colite severa deverá também ser acompanhada de exames imagiológicos e o mais simples e rápido é o Rx do tórax de pé e o abdómen simples, sem necessidade de se recorrer à tomografia computadorizada. A presença de ar subfrênico pode existir mesmo sem dilatação cólica e sem a presença de sinais clássicos de peritonite. Por outro lado, se o cólon transverso tiver mais de 6 cm de diâmetro é previsível que se esteja em presença de megacólon tóxico e a necessidade de cirurgia urgente.²

É consensual desde há mais de 25 anos que perante um doente com colite severa, que não responde à terapêutica

médica e que atualmente inclui altas doses de corticoides, anti-TNF ou imunossupressores, com desnutrição e anemia, a melhor opção deva ser a cirurgia em três fases.⁶ Colectomia total com encerramento do coto rectal e ileostomia terminal na fase aguda, segunda fase de proctectomia reconstrutiva com anastomose ileoanal associada a ileostomia de derivação e, finalmente, encerramento da ileostomia lateral.

Tem sido referida uma alternativa terapêutica para casos muito graves e particularmente em grávidas, a colostomia *blowhole* de Turnbull que consiste em realizar uma ileostomia lateral e uma colostomia do transverso.⁷ Contudo, mais recentemente, têm sido referidas séries em que foi realizada a colectomia total em grávidas, com bons resultados, destacando-se a necessidade do apoio duma equipa multidisciplinar envolvendo obstetras, gastroenterologistas



FIGURA 3 Doente de 66 anos com colite severa refratária aos corticoides iv e ao infliximab. Efetuou colectomia total laparoscópica com alta ao 5º dia pós-operatório. A, Parede abdominal no final da intervenção com a ileostomia terminal e a cicatriz das quatro portas. B, Aspeto macroscópico da peça, em que o processo inflamatório poupa parcialmente o recto distal e o cólon ascendente. O doente realizou o segundo tempo de proctectomia reconstrutiva com bolsa ileal após 2 meses, tendo igualmente alta ao 5º dia e após 3 meses encerrou a ileostomia.

e cirurgiões com experiência nas doenças inflamatórias.⁸

Na colectomia de urgência importa lembrar que durante a mobilização ileocecal não devem ser lesados os vasos ileais terminais e se possível preservar os vasos ileocólicos pois em princípio irá ser construída em segundo tempo uma bolsa ileal. Também se recomenda que não se laqueia artéria mesentérica inferior na origem para preservar a irrigação do coto rectal, não devendo o recto ser mobilizado na sua porção intraperitoneal para não perturbar a dissecação no segundo tempo. A transecção do reto deve ser efetuada a nível do promontório. Inicialmente optamos por uma fístula mucosa com receio de fistulização, mas atualmente deixamos sempre o coto rectal encerrado, com sonda de Foley grossa transanal durante 5-6 dias e irrigações diárias para confirmar desobstrução do tubo.

Com a experiência adquirida na cirurgia colo-rectal laparoscópica, vários estudos prospetivos têm vindo a confirmar, quer na cirurgia electiva, quer na cirurgia de urgência da CU, que há vantagens na abordagem laparoscópica, com melhores resultados cosméticos (Figura 3), menor perda sanguínea, redução nas complicações infecciosas (infecção da sutura e abscessos profundos) e menor tempo de internamento pós-operatório.⁹ Também tem sido ob-

servada menor incidência de aderências¹⁰ e menor taxa de infertilidade na mulher.¹¹ Deve ser salientado que estes resultados têm sido observados em hospitais que tratam elevado volume de doentes com doenças inflamatórias e com experiência na abordagem laparoscópica, facto que evidencia a necessidade de concentrar o tratamento em centros de referência.

O facto de atualmente a maioria dos doentes surgirem com crise de colite moderada ou severa e serem refratários à medicação com corticoides e biológicos leva a que a colectomia total seja a intervenção inicial mais frequentemente realizada,¹² pois tem menores riscos do que a intervenção definitiva de proctocolectomia reconstrutiva com bolsa ileal. Tem-se verificado que na colectomia de urgência devida a CU a mortalidade ronda os 5-8%, mas em centros especializados e com adequado *timing* da intervenção a mortalidade tem mesmo sido inferior a 1%.⁹

Nem todos os gastroenterologistas ouvem as palavras dos doentes um ou dois meses após a operação na consulta de reavaliação. “Sinto-me muito melhor. Esta operação mudou completamente a minha qualidade de vida. Que pena não ter feito há mais tempo.”

Na segunda fase da exérese do recto importa notar



que existe o risco da lesão dos nervos hipogástricos e dos plexos hipogástricos inferiores podendo comprometer as funções sexuais do doente. Recomenda-se por isso que a disseção do recto na face posterior se faça com visualização dos hipogástricos e no plano mesorrectal por ser menos hemorrágico. No plano ântero-lateral por trás da fásia de Denonvillier e perto da parede muscular do recto para se evitar lesar os feixes urogenitais que se encontram junto da face posterior da próstata e das vesículas seminais.⁹ Estes pormenores anatómicos têm ainda sido melhor identificados com a experiência na abordagem laparoscópica.

Tem sido admitido que a conservação parcial do mesorrecto, apesar de mais hemorrágica, possa reduzir o risco de complicações sépticas na medida em que fica menos espaço pélvico residual, reduzindo o risco de sinus pré-sagrado após deiscência anastomótica.¹³

Acompanhando a recente revolução na disseção transanal do recto, que parece melhorar a exposição do recto distal, tem sido defendida esta abordagem para a proctectomia reconstrutiva minimamente invasiva, possibilitando menor morbidade e uma anastomose ileoanal mais próxima da linha dentada.¹⁴ Particularmente no homem e nos doentes obesos há dificuldade em fazer a transecção baixa do recto por via laparoscópica, conduzindo a que anastomoses ileoanais fica a mais de 2 cm acima da linha dentada, efetuadas com má visualização e após múltiplas agrafagens.

Desde há vários anos que na cirurgia das bolsas ileais é consensual a vantagem das anastomoses ileoanais mecânicas^{6,9} e que a persistência de um coto rectal longo (> 2cm) pode resultar em maior probabilidade de inflamação da mucosa residual (cuffitis) e mesmo risco de displasia e de perturbações funcionais.⁹

Num estudo retrospectivo confirmou-se que a qualidade de vida avaliada pelo score IBDQ (Inflammatory Bowel Disease Questionnaire) dos doentes operados com bolsa ileal era superior à dos doentes com colite ulcerosa moderada e grave medicados com biológicos,¹⁵ facto que sugere que o *timing* da intervenção cirúrgica (precoce versus convencional) deva ser objeto de estudo comparativo multicêntrico. Por outro lado, quando se equaciona a alternativa da cirurgia versus tratamento médico na CU importa que se conheçam os resultados da cirurgia desse centro. Os resul-

tados da proctocolectomia com bolsa ileal nos últimos 30 anos, e referentes a 118 casos operados na nossa Unidade, revelaram ausência de mortalidade, falência da bolsa em 8% e pouchitis em 6% dos casos¹⁶ valores que são semelhantes aos dos Centros com maior experiência mundial.

Esta questão da importância do volume da cirurgia nas bolsas ileais tem merecido consenso generalizado. Foi avaliada a curva de aprendizagem num centro com elevada experiência em CU e verificou-se ser de 23 casos para as anastomoses ileoanais mecânicas e de 31 casos para as anastomoses manuais.¹⁷ Noutro estudo observacional no Reino Unido verificou-se que nos Hospitais com maior volume de proctocolectomias reconstrutivas (> 8,4 intervenções por ano) a taxa de falência da bolsa foi significativamente menor que nos outros centros.¹⁸ Estes resultados fundamentam as recomendações nas guidelines da ECCO referindo a necessidade da centralização desta cirurgia, devendo os doentes ser orientados para centros que realizem pelo menos 10 bolsas por ano.⁹

Persistem ainda dúvidas quanto à necessidade de proteger a anastomose ileoanal com uma ileostomia lateral, particularmente nestes doentes de risco acrescido. Há que ponderar que em cirurgia eletiva e em bons centros o risco de deiscência anastomótica existe em cerca de 10% dos casos.⁹ A ileostomia de derivação permite reduzir o risco de deiscência e minimizar as consequências sépticas imediatas e funcionais à distância.⁹ Mas não se podem ignorar as consequências relacionadas com os problemas cutâneos e de desidratação, das oclusões pós-operatórias e dos riscos do encerramento da ileostomia. Apesar de vários estudos terem mostrado vantagem na bolsa sem ileostomia de derivação¹⁹ não existem estudos randomizados que permitam retirar conclusões mais fundamentadas. Parece-nos que à medida que as técnicas permitam mais baixa taxa de deiscência, de que é exemplo a abordagem transanal, mais vantajosa pode vir a ser a omissão da ileostomia.

Finalmente, outro aspeto relaciona-se com a fase final do tratamento do doente, o encerramento da ileostomia de derivação, que geralmente é realizado 8 a 12 semanas após a intervenção e com prévia evidência clínica e imagiológica de anastomose sem deiscência e com calibre adequado. Preferimos realizar o encerramento da ileostomia com anastomose mecânica latero-lateral, sabendo-se que as compli-



cações derivam muito de imperfeições técnicas. Tem sido muito discutida a questão do encerramento precoce (nas duas semanas) ou tardio da ileostomia. Numa metanálise referente a quatro estudos randomizados, com neoplasia rectal, não se verificaram resultados diferentes envolvendo 446 doentes.²⁰ Noutro trial randomizado recente, com 112 doentes, o encerramento precoce associou-se a menor taxa de complicações.²¹ Parece concluir-se que o encerramento precoce da ileostomia constitui uma opção válida desde que exista confirmação imagiológica de anastomose sem deiscência e espaço para a marcação operatória. ●●●

Correspondência

Nome: Júlio Soares Leite

e-mail: julio.s.leite@gmail.com

REFERÊNCIAS

1. Ondás I, Eckmann L, Talamini M, et al. Ulcerative colitis. *Lancet* 2012;380:1606-1619.
2. Ross H, Steele SR, Varma S, et al. Practice parameters for the surgical treatment of ulcerative colitis. *Dis Colon Rectum*. 2014;57:5-22
3. Harbord M, Eliakim R, Bettenworth D. Third European Evidence-based Consensus on Diagnosis and Management of Ulcerative Colitis. Part 2: Current Management. *Journal of Crohn's and Colitis*, 2017, 769-784.
4. Barnes EL, Burakoff R. New biomarkers for the diagnosing inflammatory bowel disease and assessing treatment outcomes. *Inflamm Bowel Dis*. 2016;22:2956-2965.
5. Magro F, Gionchetti P, Eliakim R et al. Third European Evidence-based Consensus on Diagnosis and Management of Ulcerative Colitis. Part 1: Definitions, Diagnosis, Extra-intestinal Manifestations, Pregnancy, Cancer Surveillance, Surgery, and Ileo-anal Pouch Disorders. *Journal of Crohn's and Colitis*, 2017, 649-670
6. Leite J. Proctocolectomia reconstrutiva com bolsa ileal: estudo experimental e clínico. 1989; Tese de doutoramento. Faculdade de Medicina de Coimbra.
7. Ooi BS, Remzi FH, Fazio VW. Turnbull-Blowhole colostomy for toxic ulcerative colitis in pregnancy: report of two cases. *Dis Colon Rectum*. 2003;46:111-115.
8. Dozois EJ, Wolf BJ, Tremaine WJ et al. Maternal and fecal outcome after colectomy for fulminant ulcerative colitis during pregnancy: case series and literature review. *Dis Colon Rectum*. 2006;49:64-73.
9. Øresland T, Bemelman W.A., Sampietro G.M et al: European evidence based consensus on surgery for ulcerative colitis. *Journal of Crohn's and Colitis*, 2015, 4-25.
10. Hull TL., Joyce M.R., Geisler D.P et al. Adhesions after laparoscopic and open ileal pouch-anal anastomosis surgery for ulcerative colitis. *Br J Surg*; 2012;99:270-275.
11. Beyer-Berjot L, Maggiori L., Birnbaum D. et al. A total laparoscopic approach reduces the infertility rate after ileal pouch-anal anastomosis: a 2-center study. *Ann Surg*. 2013;258: 275-282.
12. Geltzeiler CB, Lu KC, Diggs BS, et al. Inicial surgical management of ulcerative colitis in the biological era. *Dis Colon Rectum* 2014;57:1358-1363.
13. Rink A.D., Radinski I., Vestweber K.H. Does mesorectal preservation protect the ileoanal anastomosis after restorative proctocolectomy?. *J Gastrointest Surg* 2009;13:120-128.
14. de Buck van Overstraeten A, Mark-Christensen A, Wasmann KA, et al. Transanal Versus Transabdominal Minimally Invasive (Completion) Proctectomy With Ileal Pouch-anal Anastomosis in Ulcerative Colitis: A Comparative Study. *Ann Surg*. 2017;266:878-883.
15. Leite J, Oliveira A, Rosete M. et al. Ulcerative colitis: Biological therapy or ileoanal pouch anastomosis? Comunicação no Scientific Forum, Clinical Congress 2017. American College of Surgeons. 22-26 Outubro. San Diego, USA.
16. Oliveira A, Manso A, Leite J. et al. Bolsa ileal com anastomose anal — resultados a curto e longo prazo em 118 doentes. Comunicação no XXXVII Congresso Nacional 2017— SPC 16-18 Março Figueira da Foz.
17. Tekkis PP, Fazio V.W., Lavery I.C., Remzi F.H., Senagore A.J., Wu J.S. et al. Evaluation of the learning curve in ileal pouch-anal anastomosis surgery. *Ann Surg* 2005;241:262-268.
18. Burns E.M., Bottle A., Aylin P., Clark S.K., Tekkis PP, Darzi A. et al. Volume analysis of outcome following restorative proctocolectomy. *Br J Surg* 2011;98:408-417.
19. Samples J, Evans K, Chaumont N, et al. Variant Two-Stage Ileal Pouch-Anal Anastomosis: An Innovative and Effective Alternative to Standard Resection in Ulcerative Colitis. *J Am Coll Surg*. 2017 224;557-563.
20. Farag S, Rehman S, Sains P, et al. Early vs delayed closure of loop defunctioning ileostomy in patients undergoing distal colorectal resections: an integrated systematic review and meta-analysis of published randomized controlled trials. *Colorectal Dis*. 2017;19:1050-1057.
21. Danielsen AK, Park J, Jansen JE, et al. Early closure of a temporary ileostomy in patients with rectal cancer. A multicentre randomized controlled trial. *Ann Surg* 2017;265:284-29