



CIRURGIA PARA DOENÇA DE CROHN E RETOCOLITE ULCERATIVA

SUMÁRIO

DOENÇA INFLAMATÓRIA INTESTINAL (DII)

Sobre doença de Crohn
e retocolite ulcerativa 04

Em que momento a cirurgia
é necessária? 06

Sua equipe de saúde 10

Procedimentos comuns
para a retocolite ulcerativa 11

Procedimentos comuns
para a doença de Crohn 20

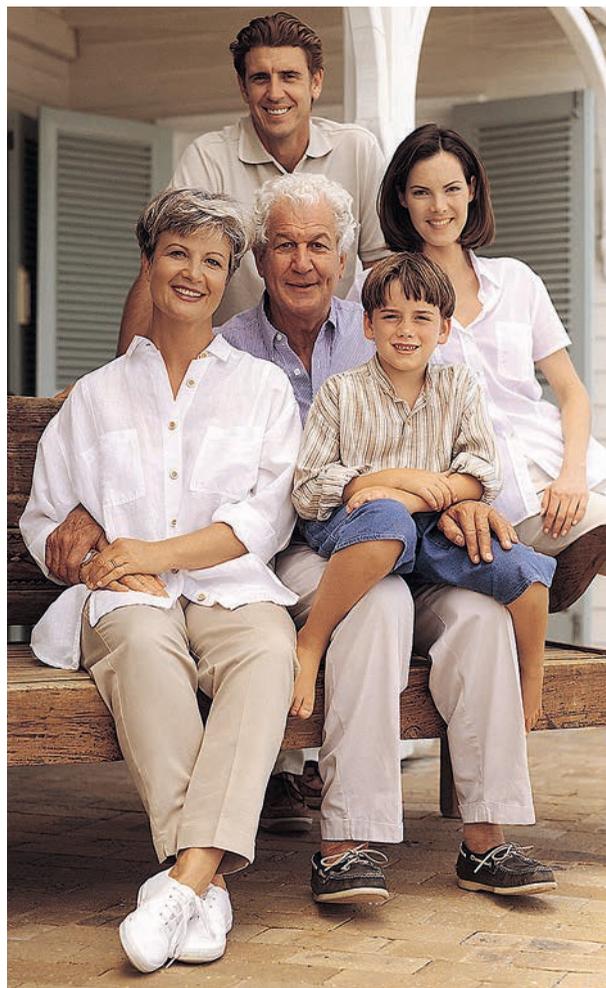
Decidindo fazer a cirurgia 25

Preparando-se para a cirurgia 26

Pós-cirúrgico 27

Ferramentas e recursos 30

AVISO: As informações sobre cirurgias estão atualizadas ao momento da impressão. Devido a avanços rápidos e novas descobertas, pode haver mudanças nessas informações ao longo do tempo. Você deve sempre consultar o seu médico para obter as informações mais atualizadas. Esta informação não deve substituir as recomendações e aconselhamento do seu médico.



DigitaiVision

A doença de Crohn e a retocolite ulcerativa são doenças crônicas (duram a vida inteira). O tratamento com medicação é a primeira opção terapêutica. Somente em situações de urgência como obstrução, sangramento ou perfuração, o procedimento cirúrgico deve ser realizado como primeira opção terapêutica. Este folheto analisa possíveis razões que tornam a cirurgia necessária, descreve os vários procedimentos e vai ajudá-lo a entender o que esperar do procedimento cirúrgico, que pode ser uma das opções do tratamento das DII.

SOBRE DOENÇA DE CROHN E RETOCOLITE ULCERATIVA



Freepik

A doença de Crohn e a retocolite ulcerativa pertencem à mesma categoria de doenças: as doenças inflamatórias intestinais (DII).

A DII causa inflamação crônica no trato gastrointestinal (GI), que prejudica a capacidade dos órgãos afetados de funcionar adequadamente, levando a cólicas abdominais, diarreia frequente, sangramento nas fezes e fadiga.

Embora ambas as doenças compartilhem muitos dos mesmos sintomas, existem algumas diferenças importantes. A retocolite ulcerativa é limitada ao intestino grosso (cólon) e ao reto. A inflamação ocorre apenas na camada superficial do revestimento intestinal. Geralmente começa no reto e se expande pelo cólon de maneira contínua. A doença de Crohn afeta mais comumente o final do intestino delgado (íleo) e o início do cólon, mas pode afetar qualquer parte do trato gastrointestinal, da boca até o ânus.

A doença de Crohn também pode aparecer em 'segmentos', afetando algumas áreas do trato gastrointestinal e deixando outras seções completamente intocadas (conhecidas como áreas 'skip'). Na doença de Crohn, a inflamação pode se estender por todas as camadas do intestino, incluindo a área ao redor do canal anal (perianal).

Os medicamentos usados para tratar a retocolite ulcerativa e a doença de Crohn são prescritos para diminuir a inflamação intestinal. Mesmo que não possam curar as doenças, esses medicamentos muitas vezes podem trazer um estado de remissão (período livre de sintomas). As remissões podem durar meses ou anos, dependendo do indivíduo. Com o tempo, ajustes na dosagem ou no tipo de medicação podem ser necessários para manter a remissão.

A medicação pode não controlar adequadamente os sintomas para todos com DII, e algumas pessoas com essas condições desenvolvem complicações que necessitam de tratamento mais agressivo. Nesses casos, a cirurgia pode ser recomendada ou necessária.

EM QUE MOMENTO A CIRURGIA É NECESSÁRIA?

De 23% a 45% das pessoas com retocolite ulcerativa e até 75% de quem tem doença de Crohn eventualmente necessitarão de cirurgia. Ultimamente, o diagnóstico mais precoce das doenças, o seguimento clínico rigoroso a cada 3-4 meses e a chegada de novos medicamentos mais eficazes têm permitido uma redução nas taxas de cirurgias.



Algumas pessoas com essas condições têm a opção de escolher a cirurgia, enquanto para outras o procedimento cirúrgico é uma necessidade absoluta devido a complicações da doença.

MOTIVOS PARA CIRURGIA OPCIONAL

Algumas pessoas com DII decidem fazer a cirurgia porque não suportam mais os sintomas da doença ou não estão mais respondendo à medicação prescrita. Os medicamentos usados para tratar a doença de Crohn e a retocolite ulcerativa não são necessariamente efi-

cazes para todos os pacientes o tempo todo. Alguns pacientes se dão bem com determinado medicamento por um tempo e, por razões desconhecidas, param de responder. Algumas pessoas experimentam muitos efeitos colaterais dos medicamentos. A cirurgia será considerada se a qualidade de vida da pessoa tiver sido gravemente afetada apesar do tratamento médico ou se os efeitos colaterais dos medicamentos forem significativos.

CÂNCER COLORRETAL

A cirurgia opcional também pode ser recomendada para algumas pessoas com DII para eliminar o risco de câncer colorretal. Pacientes com retocolite ulcerativa e doença de Crohn apresentam maior risco de câncer colorretal do que a população geral. O câncer colorretal raramente ocorre nos primeiros 8 a 10 anos após o diagnóstico inicial de DII. O risco aumenta quanto mais tempo a pessoa vive com a doença. Indivíduos cuja doença afeta a maior parte do cólon correm maior risco de desenvolver câncer colorretal.

Na maioria dos casos, o câncer colorretal começa como um pólipó (um pequeno nódulo que cresce na parede do intestino). Os pólipos começam benignos, mas tornam-se cancerígenos com o tempo. Pacientes com DII, no entanto, nem sempre formam pólipos pré-cancerígenos. Em vez disso, tecido anormal e potencialmente pré-cancerígeno (chamado displasia) pode formar-se na mucosa do intestino. As células pré-cancerígenas anormais também podem estar presentes em uma área da mucosa intestinal que parece normal no momento da colonoscopia.

As pessoas que tiveram DII por mais de 8 a 10 anos devem realizar colonoscopia de vigilância a cada 1 ou 2 anos (dependendo de outros fatores de risco, como histórico familiar de câncer colorretal). A colonoscopia padrão e com uso de corantes, chamada Cromoendoscopia, é geralmente acompanhada por uma série de biópsias – pequenas amostras de tecido retiradas para exame microscópico. Se a displasia for encontrada (mesmo que não seja cancerígena), a cirurgia para remover o cólon e o reto geralmente é recomendada para eliminar o risco de desenvolver câncer.

CONDIÇÕES QUE DEMANDAM CIRURGIA IMEDIATA

Retocolite ulcerativa

■ Retocolite ulcerativa súbita e grave

Esta é a principal razão para a cirurgia de emergência para retocolite ulcerativa. Cerca de 15% das pessoas com retocolite ulcerativa têm um ataque da doença tão grave que os medicamentos, mesmo os esteroides intravenosos, não conseguem controlar os sintomas. A cirurgia pode ser necessária se os medicamentos não puderem controlar o ataque. A retocolite ulcerativa grave e repentina também inclui hemorragias não controladas no cólon (o que é bastante raro) e megacólon tóxico. O megacólon tóxico é causado por inflamação grave que leva ao acelerado aumento do cólon. Os sintomas incluem dor, distensão (inchaço) do abdômen, febre, ritmo cardíaco acelerado, constipação e desidratação. Essa complicação potencialmente fatal requer tratamento imediato e cirurgia.

■ Perfuração do cólon

A inflamação crônica do cólon pode enfraquecer a parede a ponto de ocasionar uma abertura. Isso é potencialmente fatal, porque o conteúdo do intestino pode derramar no abdômen e causar uma infecção grave chamada peritonite.

Doença de Crohn

■ Obstrução ou bloqueio intestinal

A inflamação crônica nos intestinos pode causar espessamento das paredes dos órgãos digestivos ou formar tecido cicatricial. Isso pode estreitar uma seção do intestino (fenômeno chamado estenose), que pode levar a um bloqueio intestinal. Náuseas e vômitos ou constipação podem ser sinais de estenose.

■ Sangramento excessivo no intestino

Esta é uma complicação rara da doença de Crohn. A cirurgia é realizada somente se o sangramento não puder ser controlado por outros meios.

■ Perfuração do intestino

Tal como acontece com a retocolite ulcerativa, a inflamação crônica pode enfraquecer a parede do intestino de tal forma que ocorra uma abertura. Ocasio-



nalmente, uma porção do intestino perto de uma estenose também pode se expandir, fazendo com que a parede enfraqueça e ocorra uma abertura.

■ Fístula

A inflamação pode causar úlceras (feridas) na parede interna dos intestinos ou outros órgãos. Essas úlceras podem se estender por toda a espessura da parede intestinal e formar um túnel para outra parte do intestino, ou entre o intestino e outro órgão – como a bexiga ou a vagina –, ou até a superfície da pele. Estas são chamadas de fístulas. O tratamento da fístula próxima ao ânus, conhecida como fístula perianal, requer uma ou várias cirurgias de limpeza e drenagem de pus. O reparo dessa conexão requer cirurgia e tratamento farmacológico potente.

■ Abscesso

Um abscesso é uma coleção de pus que pode se desenvolver no abdômen, na pélvis ou ao redor da área anal. Pode ocasionar sintomas de dor intensa no abdômen, evacuações dolorosas, secreção de pus do ânus, febre ou nódulo na borda do ânus inchado, vermelho e sensível. Um abscesso requer não apenas antibióticos, mas também a drenagem cirúrgica da cavidade com pus para permitir a cicatrização.

■ Megacólon tóxico

Assim como a retocolite ulcerativa, a inflamação grave pode gerar o megacólon tóxico e requerer tratamento e cirurgia imediatos.

SUA EQUIPE DE SAÚDE

Uma vez que a cirurgia se torne necessária ou seja decidida como curso de tratamento, um cirurgião especialista com experiência no tratamento cirúrgico da DII deve ser consultado para realizar o procedimento.

Seu gastroenterologista regular também terá um papel essencial no tratamento, antes e depois da cirurgia. O trabalho em conjunto entre gastroenterologista e cirurgião é fundamental para o tratamento das DII. Se o procedimento cirúrgico for opcional, passe algum tempo escolhendo um cirurgião e um hospital. Além de ser certificado em cirurgia geral ou em cirurgia de cólon e reto, o coloproctologista deve ter uma grande experiência no procedimento específico a ser realizado.

Você pode perguntar ao cirurgião sobre sua experiência e aprender como falar com outras pessoas que passaram pelo mesmo procedimento. Alguns departamentos de saúde estaduais publicam dados de resultados sobre certos procedimentos realizados em hospitais específicos. O seu gastroenterologista ou outro profissional da saúde pode recomendar cirurgiões, ou você pode consultar o Grupo de Estudos da Doença Inflamatória Intestinal do Brasil (GEDIIB) pelo site www.gediib.org.br para mais informações.



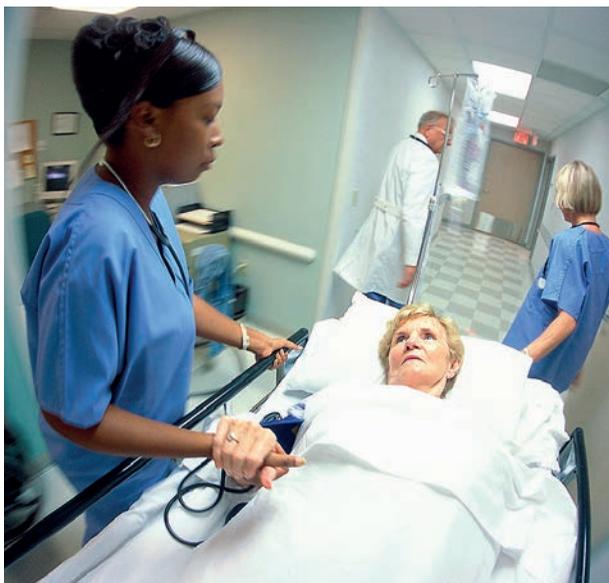
Freepik/lanos

PROCEDIMENTOS COMUNS PARA A RETOCOLITE ULCERATIVA

O procedimento cirúrgico padrão para a retocolite ulcerativa é a remoção do cólon e do reto, chamada proctocolectomia.

Como a retocolite ulcerativa afeta apenas o cólon e o reto, uma vez que esses órgãos são removidos a pessoa fica curada. Por muitos anos, aqueles que foram submetidos a proctocolectomia foram obrigados a usar uma bolsa externa em uma pequena abertura no abdômen para recolher as fezes. Este procedimento é chamado proctocolectomia total com ileostomia final. Enquanto ainda é realizado, modificações no procedimento permitem que muitos pacientes utilizem variações que eliminam a necessidade de usar a bolsa externa permanente. Para entender as descrições desses procedimentos é útil conhecer o significado dos seguintes termos:

- **Proctocolectomia:** remoção cirúrgica do cólon e do reto.
- **Colectomia:** remoção cirúrgica do cólon.
- **Estoma:** abertura no abdômen, por onde é exposta uma pequena porção do intestino que permite a eliminação de resíduos intestinais.
- **Íleo:** a porção terminal do intestino delgado que se conecta ao intestino grosso.
- **Ileostomia:** um ostoma feito com uma pequena porção do íleo.
- **Bolsa de ostomia:** pequena bolsa de plástico usada sobre o estoma para coletar fezes. Uma bolsa de ostomia também é conhecida como sistema de bolsas, bolsa de coleta ou aparelho.



DigitalVision

PROCTOCOLECTOMIA COM RESERVATÓRIO ILEAL E ANASTOMOSE ANAL

A proctocolectomia com reservatório ileal e anastomose anal, também denominada reservatório ileal, é o procedimento cirúrgico mais comumente realizado para a retocolite ulcerativa. É uma das opções mais aceitas para muitas pessoas, porque elimina a necessidade de usar permanentemente uma bolsa de ostomia. Os nervos e músculos necessários para a continência são preservados e as fezes são passadas pelo ânus.

O procedimento pode ser realizado em um, dois ou três estágios, embora geralmente seja realizado em dois. Na primeira cirurgia, o cólon e o reto são removidos, mas os músculos do ânus e do esfíncter anal são preservados. O íleo é, então, moldado em uma bolsa, puxado para baixo e conectado ao ânus. A bolsa pode ter a forma de um J, S ou W. A bolsa em forma de J é a mais utilizada.

Como a bolsa recém-formada precisa de tempo para cicatrizar, uma ileostomia temporária é normalmente realizada para desviar as fezes. Uma bolsa de ostomia externa é usada durante esse período e deve ser esvaziada várias vezes ao dia. Problemas relacionados à ileostomia temporária são semelhantes àqueles de uma ileostomia permanente (*ver páginas 13 e 14*).

Cerca de 12 semanas após a cirurgia inicial (uma vez que a bolsa tenha cicatrizado), a ileostomia temporária é fechada em uma segunda operação menor. O intestino delgado é reconectado e a continuidade do intestino é restabelecida. A partir deste ponto, a bolsa interna serve como reservatório de resíduos, e as fezes passam pelo ânus em um movimento intestinal. Uma bolsa de ostomia externa não é mais necessária.

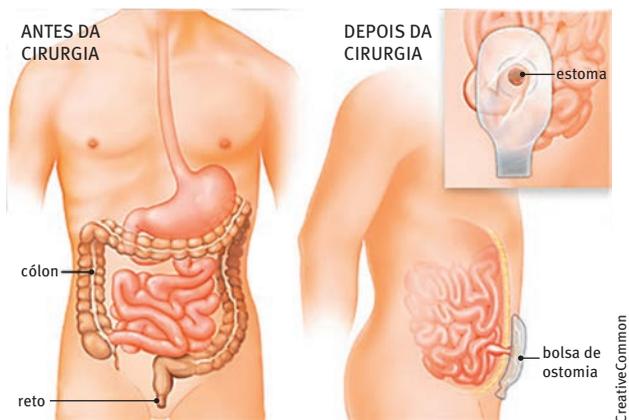
Este procedimento também pode ser realizado em apenas um estágio. Neste caso, o cólon e o reto são removidos e a bolsa é criada e unida ao ânus sem uma ileostomia temporária. Devido a um risco aumentado de infecção, o procedimento é realizado com menos frequência do que o procedimento de dois estágios.

Em alguns casos, o reservatório ileal pode ser realizado em três etapas. Na primeira cirurgia, o cólon é removido e uma ileostomia é criada. Na segunda cirurgia, o reto é removido e o íleo é formado em uma bolsa, que é conectada ao ânus. Como no procedimento de dois estágios, isso é feito para permitir o tempo de recuperação da bolsa. Cerca de 8 a 12 semanas depois, a terceira cirurgia é realizada para fechar a ileostomia e reconectar o intestino delgado à bolsa.

O paciente pode, então, começar a usar a bolsa recém-criada e evacuar pelo ânus. Um procedimento de três etapas deve ser recomendado para pessoas com retocolite ulcerativa que apresentem um quadro geral comprometido, por exemplo, pacientes desnutridos, com altas doses de esteroides ou quando é necessária uma cirurgia de emergência para sangramento ou megacólon tóxico.

PROCTOCOLECTOMIA TOTAL COM ILEOSTOMIA TERMINAL

No procedimento tradicional de proctocolectomia, o cólon, o reto e o ânus são removidos e uma ileostomia terminal é criada. Neste procedimento, a extremidade inferior do intestino delgado (íleo) é exteriorizada na parede abdominal para criar um estoma, o que permite a drenagem dos resíduos intestinais para fora do corpo. O estoma, que tem aproximada-



mente o tamanho de uma moeda, se sobressairá ligeiramente. É de cor rosada, úmido e brilhante. Após o procedimento, uma bolsa de ostomia externa deve ser sempre usada sobre o estoma para coletar resíduos. A bolsa é um componente de um sistema que inclui também uma barreira de pele. A bolsa é esvaziada sempre que se fizer necessário. O local habitual para uma ileostomia é o abdômen inferior, logo abaixo da linha da cintura e à direita do umbigo.

VIVENDO COM UMA ILEOSTOMIA

As pessoas podem ter uma vida normal, ativa e produtiva com uma ileostomia. Na maioria dos casos, podem se envolver nas mesmas atividades que antes da cirurgia, incluindo esportes (inclusive aquáticos), jardinagem, atividades ao ar livre, viagens e trabalho. Um período inicial de ajuste deve ser esperado. Vários sistemas de bolsas estão disponíveis para escolha e será necessário aprender a usar o sistema, bem como cuidar da pele ao redor do estoma.

Não há restrições dietéticas específicas para uma pessoa com ileostomia, mas é importante beber muitos líquidos para evitar a desidratação e a perda de eletrólitos (sais minerais). Também é útil comer alimentos ricos em pectina para engrossar a produção de fezes e controlar a diarreia. Esses alimentos incluem maçã, banana ou manteiga de amendoim.

Muitas pessoas estão preocupadas sobre como a cirurgia afetará sua atividade sexual. Para a maioria, a função sexual não é prejudicada. Alguns homens podem experimentar disfunção erétil e algumas mu-

lheres podem sentir dor durante a relação sexual, mas isso geralmente é apenas temporário. O contato corporal durante o sexo não soltará a bolsa, mas há alguns ajustes que você precisará fazer para acomodar a presença da mesma. Você e seu parceiro provavelmente terão dúvidas e preocupações. A ABCD tem material on-line disponível para que você tenha informações sobre diversos tópicos, incluindo intimidade, sexualidade, dieta e dicas de viagem. Acesse o site www.abcd.org.br.

COMPLICAÇÕES PÓS-CIRÚRGICAS

Algumas complicações podem ocorrer após a cirurgia, incluindo infecção advinda da cirurgia ou no local do estoma. Além disso, o intestino delgado pode ficar obstruído por comida ou pelo tecido cicatricial. Se a obstrução for pela comida, deve ser temporária e facilitada quando o alimento se mover pelos intestinos. Se nenhum material residual sair do estoma por quatro a seis horas e for acompanhado por sintomas como câimbra, dor abdominal e/ou náuseas, poderá haver um bloqueio. Um médico ou outro profissional da saúde deve ser imediatamente notificado se você tiver esses sintomas.

Assim como as pessoas que tiveram um membro removido, por vezes, sentem como se o membro ainda existisse, algumas pessoas que tiveram seu reto removido ainda sentem vontade de evacuar, apesar da ausência do órgão – fenômeno chamado de reto fantasma. É normal sentir isso após a cirurgia e não requer nenhum tratamento. A sensação, geralmente, diminui com o tempo.





DigitiaVision

A VIDA APÓS A CIRURGIA

A maioria das pessoas se sai muito bem após a cirurgia e, após a recuperação, consegue voltar ao trabalho e à atividade normal. Um período de adaptação de até um ano deve ser esperado depois da cirurgia. Inicialmente, pode haver até 12 evacuações por dia. As fezes podem ser moles ou líquidas e pode haver urgência e vazamento de fezes.

À medida que a bolsa aumenta gradualmente de tamanho e os músculos do esfíncter anal se fortalecem, as fezes ficam mais espessas e menos frequentes. Depois de vários meses, a maioria das pessoas apresenta de seis a oito evacuações por dia. A consistência das fezes varia, mas é normalmente macia, quase como uma massa de vidraceiro.

Embora não haja uma dieta específica, é aconselhável mastigar bem os alimentos e evitar aqueles que possam causar gases, diarreia ou irritação anal (*veja a tabela ao lado*). Também é importante beber muito líquido – de seis a oito copos por dia – de preferência entre as refeições.

Após a cirurgia, a atividade sexual normal pode ser retomada. De fato, algumas pessoas descobrem que sua vida sexual melhora porque a dor, a inflamação e outros sintomas da retocolite ulcerativa desaparecem. Antes da cirurgia, os pacientes devem falar com seu médico sobre quaisquer preocupações, como disfunção erétil, ejaculação retrógrada ou diminuição da fertilidade.

POTENCIAIS COMPLICAÇÕES EM LONGO PRAZO

A complicação mais comum da cirurgia do reservatório ileal é a bolsite (do inglês *pouchitis*). A inflamação da bolsa ocorre em até 50% dos pacientes, geralmente nos dois primeiros anos após a cirurgia. Os sintomas são diarreia, cólica abdominal, aumento da frequência das fezes, febre, desidratação e dores articulares. A condição é tratada com antibiótico prescrito por um médico.

CAUSADORES DE GASES

Bebidas alcoólicas	Bebidas gaseificadas	Goma de mascar
Repolho	Feijão	Couve-flor
Pepino	Laticínios	Soja
Leite	Nozes	Cebola
	Rabanete	

CAUSADORES DE CHEIRO

Aspargo	Feijão cozido	Brócolis
Repolho	Óleo de fígado de bacalhau	
Ovos	Peixe	Alho
Cebolas	Manteiga de amendoim	Queijos fortes

MUDANÇA DE COR

Aspargo	Beterraba	Alçaçuz
Pílulas de ferro	Corantes comestíveis	
Morangos	Molho de tomate	

CONTROLE DE CHEIRO

Leite	Suco de cramberry	Suco de laranja
Salsinha	Suco de tomate	logurte

Fonte: United Ostomy Associations of America

AUMENTO DE FEZES

Bebidas alcoólicas	Grãos integrais	Cereais de farelo
Repolho cozido	Frutas frescas	Folhas verdes
Leite	Ameixas	Uva passa
Vegetais crus	Temperos	

OBSTRUTIVOS DE ESTOMA

Casca de maçã	Repolho cru	Salsão
Legumes chineses	Milho inteiro	Coco
Frutas secas	Cogumelos	Nozes
Laranjas	Abacaxi	Pipoca
	Sementes	

ALÍVIO PARA CONSTIPAÇÃO

Café	Frutas cozidas	Legumes cozidos
Frutas frescas	Sucos de frutas	Água
Qualquer bebida morna ou quente		

CONTROLE DE DIARREIA

Compota de maçã	Bananas	Arroz cozido
Manteiga de amendoim	Suplemento de pectina (fibra)	Tapioca
	Torrada	

Fonte: United Ostomy Associations of America

Acima, estão listados alguns efeitos gerais que os alimentos podem causar após a cirurgia de ostomia. Use de tentativa e erro para determinar sua tolerância individual. Não tenha medo de experimentar alimentos dos quais você goste; apenas comece com pequenas quantidades.

A obstrução do intestino delgado é outra potencial complicação, embora menos comum, da cirurgia reservatório ileal, e pode ser causada por aderências da cirurgia. A obstrução intestinal causa dor abdominal, cólica com náusea e vômito. Em cerca de dois terços das pessoas que têm essa complicação, o problema pode ser tratado com repouso intestinal (não comer por alguns dias) e fluidos intravenosos durante uma curta permanência no hospital. O restante dos pacientes necessitará de cirurgia para remover o bloqueio.

Outras possíveis complicações incluem abscesso pélvico e fístulas de bolsa, que podem requerer tratamento adicional. A falha na bolsa, que requer a remoção da mesma e a conversão para uma ileostomia permanente, ocorre em apenas uma pequena porcentagem de pacientes.

ABORDAGENS CIRÚRGICAS MINIMAMENTE INVASIVAS

Nos últimos anos, os cirurgiões desenvolveram métodos para realizar algumas das cirurgias com técnicas minimamente invasivas. No método cirúrgico tradicional aberto, uma longa incisão é feita no abdômen, permitindo ao cirurgião acesso direto aos órgãos. Na cirurgia minimamente invasiva – também chamada de cirurgia laparoscópica – pequenas aberturas são feitas no abdômen através das quais instrumentos especializados são inseridos.

Um desses instrumentos, chamado de laparoscópio, tem uma pequena câmera na ponta. A imagem dessa câmera é exibida em um monitor, permitindo que a equipe cirúrgica veja por dentro do corpo. Instrumentos para realizar a cirurgia são inseridos através de quatro ou mais pequenas incisões.

Cirurgias minimamente invasivas para retocolite ulcerativa geralmente levam mais tempo para serem realizadas e os resultados e possíveis complicações são os mesmos da cirurgia aberta tradicional. No entanto, o tempo de recuperação no hospital após o procedimento geralmente é menor.



PROCEDIMENTOS COMUNS PARA A DOENÇA DE CROHN

Diferentes tipos de procedimentos cirúrgicos podem ser realizados para a doença de Crohn, dependendo da complicação, da gravidade e da localização da doença nos intestinos.

Em muitos casos, a cirurgia é realizada para remover uma porção afetada do trato gastrointestinal. Essa cirurgia pode envolver a remoção de uma seção do intestino ou pode significar a remoção de um órgão inteiro (como o cólon e/ou reto).

A retocolite ulcerativa e a doença de Crohn não podem ser curadas com cirurgia. Se a porção doente do intestino for removida, a inflamação pode reaparecer adjacente ao local da cirurgia, mesmo que essa parte do intestino esteja normal antes do procedimento.

Os principais objetivos da cirurgia para a doença de Crohn são conservar o máximo de intestino possível, aliviar as complicações e ajudar o paciente a obter a melhor qualidade de vida.

DOENÇA NO INTESTINO DELGADO

Quando a doença de Crohn afeta o intestino delgado, áreas afetadas podem se alternar com áreas normais do intestino. As áreas com doença ativa podem se estreitar, formando estenoses que podem bloquear a passagem dos alimentos.

As seções do intestino normal compensam, empurrando-se contra essa área restrita e causando uma forte dor de cólica. Existem dois procedimentos cirúrgicos para estenoses: estenoplastia e ressecção do intestino delgado.



DigitalVision

■ Estenoplastia

Em uma estenoplastia, a área estreita do intestino é alargada sem remover qualquer porção do intestino delgado. O cirurgião faz uma incisão longitudinal ao longo da área estreita e, depois, costura transversalmente. Isso encurta e amplia o segmento do intestino. Várias estenoses podem ser tratadas em um procedimento cirúrgico. A estenoplastia é mais eficaz nas seções inferiores do intestino delgado (íleo e jejuno) e menos eficaz na porção superior (duodeno).

A realização da estenoplastia evita a necessidade de remover uma seção do intestino delgado que, às vezes, pode levar a uma condição chamada síndrome do intestino curto (*descrita na página 22*). A estenoplastia é geralmente segura e eficaz, mas cerca de metade das pessoas que passam por este procedimento necessitarão de cirurgia subsequente.

■ Ressecção do intestino delgado

Estenoses também podem ser tratadas com uma ressecção do intestino delgado. Neste procedimento, um segmento do intestino delgado é removido e as duas extremidades são unidas (anastomose). A ressecção do intestino delgado também pode ser necessária se uma abertura se formar na parede do órgão.

A ressecção intestinal pode oferecer aos pacientes muitos anos de alívio dos sintomas. No entanto, cerca de 50% dos adultos terão recorrência da doença de Crohn sintomática dentro de cinco anos após a ressecção. A doença geralmente se repete no local da anastomose. A doença de Crohn recorrente geralmente pode ser tratada com sucesso por meio de medicamentos, como imunomoduladores ou biológicos. No entanto, cerca de metade das pessoas com sintomas recorrentes necessitarão de uma segunda cirurgia.

Outra possível complicação da ressecção intestinal é uma condição chamada síndrome do intestino curto. O intestino delgado realiza a função essencial de absorver nutrientes do alimento digerido na corrente sanguínea, por onde 'viajam' para nutrir o corpo. Se for removido muito do intestino delgado, podem ocorrer deficiências nutricionais.

DOENÇA NO CÓLON

Algumas pessoas têm doença de Crohn grave que afeta o cólon e/ou o reto. A cirurgia pode ser necessária para remover todo o cólon (colectomia) e o reto (proctocolectomia) ou uma parte do cólon (ressecção).

■ Ressecção do intestino grosso

Em uma ressecção do intestino grosso, a porção doente do cólon é removida e o intestino saudável de cada lado da área removida é costurado. Isso é semelhante a uma ressecção do intestino delgado (*descrita acima*). Assim como no outro procedimento, a doença de Crohn ocorre novamente cerca de 50% das vezes, geralmente no local onde o intestino estava conectado.

■ Colectomia e proctocolectomia

Se o cólon precisar ser removido completamente, mas o reto não foi afetado pela doença, será realizada uma colectomia. Uma vez que o cólon é retirado, o íleo será unido ao reto. Isso permite que a pessoa continue a evacuar pelo ânus.

Se o reto foi afetado e deve ser removido junto com o cólon, o cirurgião fará uma proctocolectomia com ileostomia terminal, definitiva. Este procedimento é o mesmo descrito na página 13 para pessoas com retocolite ulcerativa.

■ Doença perianal e fístulas intestinais

Em 10% a 15% dos casos, a fístula é a primeira manifestação da doença de Crohn. Por isso, quase sempre que se diagnostica fístulas perianais em jovens deve-se discutir a necessidade de fazer uma colonoscopia para afastar doença inflamatória intestinal. A fístula geralmente começa como uma infecção. Uma coleção de pus, bactérias intestinais e fluidos penetram através da parede de um órgão intestinal e um canal forma-se para outra volta do intestino ou outro órgão (bexiga, vagina ou pele). Por conterem material infectado, as fístulas podem inicialmente ser tratadas com antibióticos. Cirurgia para fístula pode ser necessária se os sintomas não responderem aos medicamentos. Em alguns casos, a cirurgia de emergência é necessária para evitar a propagação da infecção.

Complicações deste procedimento são raras. Se a fistulotomia não puder ser realizada, outras técnicas cirúrgicas podem ser necessárias. Mulheres com doença de Crohn podem desenvolver uma fístula entre o reto e a vagina, o que pode ser difícil de tratar. O procedimento executado dependerá das circunstâncias individuais.



ABORDAGENS CIRÚRGICAS MINIMAMENTE INVASIVAS

Muitos dos procedimentos cirúrgicos podem ser realizados usando uma técnica minimamente invasiva (*descrita na página 19*). As vantagens de uma abordagem minimamente invasiva para a cirurgia da doença de Crohn incluem menos dor após a operação, menor chance de infecção e menor tempo de internação hospitalar.

Os candidatos ideais para a cirurgia laparoscópica são pacientes não obesos que não tiveram operações prévias, estão em procedimentos eletivos e têm poucos ou nenhum outro problema de saúde. Durante a cirurgia de emergência para complicações que ameaçam a vida, nem sempre é possível realizar a cirurgia com técnicas minimamente invasivas.

TRANSPLANTE DE INTESTINO

Em um pequeno número de pessoas com doença de Crohn grave, a maior parte do intestino delgado deve ser removida. Sem esse órgão, o corpo não é mais capaz de absorver nutrientes dos alimentos e a pessoa deve receber nutrição por meio de alimentação intravenosa. Em longo prazo, a alimentação intravenosa pode ter complicações com risco de vida, como infecção ou insuficiência hepática.

Pessoas com essas complicações são potenciais candidatos ao transplante de intestino. Neste raro procedimento, o intestino delgado de um doador falecido é transplantado para uma pessoa com doença de Crohn. Em alguns casos, apenas o intestino delgado é transplantado, enquanto em outros casos o fígado e, possivelmente, outros órgãos digestivos também são transplantados.

A taxa de sucesso deste procedimento vem melhorando ao longo dos anos, mas continua difícil e arriscado, sendo geralmente um último recurso. Existe um alto risco de morte durante ou após a cirurgia. Há também uma chance de que o corpo rejeite o órgão transplantado. As pessoas que fazem transplantes de órgãos devem tomar medicamentos pelo resto da vida para evitar a rejeição.

DECIDINDO FAZER A CIRURGIA

Algumas pessoas com DII sofrem desnecessariamente porque tentam evitar cirurgias.

Se a terapia médica não mantiver mais a doença sob controle, a cirurgia deve ser seriamente considerada. A cirurgia é uma opção de tratamento, cujos objetivos são aliviar os sintomas, reduzir o risco de câncer e melhorar a qualidade de vida.

A decisão de se submeter à cirurgia deverá ser um acordo entre o paciente, os profissionais da saúde (gastroenterologista, cirurgião, enfermeiro e outros) e familiares próximos.

Quando os pais estão considerando a cirurgia para uma criança com DII será importante decidir como e quando envolvê-la na discussão. Envolver e educar as crianças ajudará a reduzir a preocupação e possível ansiedade sobre a cirurgia.

Ao decidir fazer uma cirurgia, é útil entender por qual motivo você pode precisar do procedimento, para se informar sobre as diferentes opções cirúrgicas e para fazer perguntas à equipe de saúde. Você também pode falar com pacientes que foram submetidos ao procedimento que está considerando.

Toda cirurgia traz alguns riscos. Uns são comuns a todas as cirurgias e outros são específicos dos procedimentos individuais. Riscos com qualquer cirurgia incluem sangramento, infecção e problemas associados à anestesia geral.

Estes geralmente podem ser gerenciados pela equipe cirúrgica, se ocorrerem. Peça ao seu cirurgião para explicar todos os riscos relevantes associados ao procedimento, pois dizem respeito a você e à sua condição individual.

PREPARANDO-SE PARA A CIRURGIA

Em alguns casos, a cirurgia será um procedimento considerado de emergência e haverá pouco tempo de preparação por parte do paciente.

No entanto, se possível, é importante se preparar para o procedimento cirúrgico.

- **Tente estar na melhor forma física e mental possível antes do procedimento:** a nutrição é extremamente importante, porque quando você está bem nutrido seu sistema imunológico é forte, o que diminui a probabilidade de complicações cirúrgicas, como infecções.
- **Prepare-se mentalmente para a cirurgia e a recuperação:** se o procedimento resultar em uma ostomia haverá muito a aprender. É melhor começar a se preparar com antecedência, consultando um enfermeiro especializado em ostomias (Estomaterapeuta).
- **Crie uma equipe de apoio** de familiares, amigos e outras pessoas que possam ajudá-lo antes e depois da cirurgia, com transporte, preparação de refeições e outras tarefas diárias.
- **Tente resolver as obrigações de trabalho, família e escola antecipadamente:** converse com seu empregador sobre como tirar uma folga do trabalho ou sobre a política de licença médica familiar da empresa. Pesquise sobre incapacidade temporária, seguridade social ou outros programas apropriados. Para as crianças, tente agendar procedimentos quando a escola não estiver em funcionamento. Se isso não for possível, garanta um tutor para seu filho e faça outras adaptações escolares.

PÓS-CIRÚRGICO



Freepik

Após a cirurgia você receberá instruções específicas para cuidados pós-operatórios.

Você pode receber drogas, como analgésicos ou antibióticos, e provavelmente haverá instruções específicas sobre dieta, atividade física e outros assuntos relacionados ao estilo de vida. Estes podem servir temporariamente ou permanentemente.

Devido à possibilidade de complicações decorrentes da cirurgia ou recorrência da doença (para pacientes com doença de Crohn), será necessário continuar o acompanhamento com seu gastroenterologista e seu cirurgião após a recuperação cirúrgica.



Freepik

RECOMENDAÇÕES DE DIETA

Dependendo do tipo de cirurgia, você pode precisar fazer alguns ajustes na dieta, que podem ser temporários ou permanentes. Cada órgão do trato digestivo (da boca ao ânus) tem uma função altamente especializada na decomposição e absorção de nutrientes essenciais dos alimentos e na eliminação de resíduos.

Muitas pessoas que fizeram cirurgias para DII tiveram uma porção do trato digestivo removida. A natureza exata da cirurgia, a saúde do intestino remanescente e a saúde geral do paciente podem ter um impacto sobre a necessidade de modificações na dieta após a cirurgia.

Em geral, é importante que todos tenham uma dieta balanceada que forneça vitaminas e minerais necessários, e inclua alimentos de todos os principais grupos (grãos, vegetais, frutas, leite, carne e feijão). Após a cirurgia de ostomia, uma dieta com baixo teor de fibras pode ser recomendada para as primeiras seis a oito semanas.

Como algumas cirurgias afetam a capacidade do corpo de absorver adequadamente os nutrientes dos alimentos, muitas pessoas precisam tomar suplementos nutricionais durante o pós-operatório.

Seu médico ou nutricionista pode fazer recomendações para suplementos específicos, ou um multivitamínico pode ser prescrito. Para pacientes que foram submetidos ao reservatório ileal, seguem abaixo as seguintes dicas:

- Coma regularmente e não pule refeições. Intestinos vazios produzem gases.
- Ao adicionar novos alimentos à sua dieta, experimente um pouco aqueles que você sabe que serão fáceis de digerir.
- Refeições pequenas e frequentes são as melhores – sempre mastigue bem.
- Arroz, batatas ou massas, uma vez por dia, podem reduzir a frequência e a irritação do intestino.
- Alimentos ricos em potássio ajudarão a compensar os efeitos colaterais da diarreia.
- Limite os alimentos que contenham açúcares simples, pois agravam a diarreia.

Conheça alimentos potenciais irritantes anais:

- **Coco**
- **Frutas secas (passas, figos)**
- **Alimentos com sementes ou nozes**
- **Frutas cruas (laranjas, maçãs)**
- **Vegetais crus (aipó, milho, repolho)**
- **Comidas picantes**

Fonte: www.uoaa.org

Além de comer os alimentos certos, tome muita água e bebidas como leite e suco. Limite sua quantidade de líquidos carbonatados e cafeinados. Tente beber de 8 a 10 copos de líquido por dia, mas não junto com as refeições. Reveja a tabela de referência de alimentos para ostomias nas páginas 17 e 18 para mais informações.

FERRAMENTAS E RECURSOS

Você e seu médico compartilham um objetivo importante: controlar a DII e mantê-la controlada. Para ajudá-lo a fazer isso, sugerimos um registro de cirurgia.

Para fazer o registro, basta preencher as informações sobre sua cirurgia em uma caderneta ou no computador. Não esqueça de registrar as recomendações ou instruções 'pré' e 'pós-cirúrgicas' também.

Sugerimos que mantenha este registro em lugar acessível para recorrer a ele facilmente. Além de ajudá-lo a lembrar dos detalhes da cirurgia, esse registro será uma referência conveniente para quando falar com seus profissionais de saúde.

A ABCD fornece uma série de folhetos educativos, fichas técnicas e programas destinados a aumentar o conhecimento sobre as DII.



SOBRE A ABCD

A ABCD é uma entidade sem fins lucrativos criada em 4 de fevereiro de 1999 com o objetivo de reunir os pacientes com DII e os profissionais que lidam com essas enfermidades.

A meta é propiciar a troca de experiências e facilitar a difusão das informações que pacientes e familiares necessitam para conviver melhor com as doenças e ter mais qualidade de vida.

Entre em contato com a ABCD para obter informações sobre sintomas, tratamentos, grupos de apoio e novidades relacionadas a pesquisas e projetos.

Você também pode se tornar **ASSOCIADO!**

Acesse o site **www.abcd.org.br** ou ligue para **(55 11) 3064-2992**

Nós podemos ajudar!
Entre em contato.

O conteúdo deste guia foi baseado no material elaborado pela Crohn's & Colitis Foundation.



APOIO INSTITUCIONAL

abbvie

EXPEDIENTE

Coordenação geral

Dra. Marta Brenner Machado e Dr. Fábio Vieira Teixeira

Colaboração

Ana Célia Araujo e Edna Pereira

Programação visual

Companhia de Imprensa – Divisão Publicações
Adenilde Bringel – Mtb 16649



Associação Brasileira
de Colite Ulcerativa
e Doença de Crohn

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE COLITE ULCERATIVA E DOENÇA DE CROHN

Alameda Lorena, 1304 cj 802 – Cerqueira César
São Paulo /SP – 01424-001

(11) 3064-2992
secretaria@abcd.org.br
www.abcd.org.br

Siga-nos em nossas redes sociais



facebook.com/abcd.org.br



instagram.com/abcd.org.br



twitter.com/abcdsp



healthunlocked.com/abcd

Baixe o aplicativo DIÁRIO
disponível para sistemas Android e iOS

diário
www.diario.com.br