

## Análise comparativa dos achados endoscópicos na doença inflamatória intestinal em idosos e não idosos

### *Comparative analysis of endoscopic findings in inflammatory bowel disease in elderly and non-elderly people*

Julia Ferraz Furtado<sup>1</sup>, Renato Luz<sup>1</sup>

Hospital do Servidor Público Estadual "Francisco Morato de Oliveira", HSPE-FMO, São Paulo, SP, Brasil.

#### RESUMO

**Objetivo:** Avaliar as características endoscópicas da doença inflamatória intestinal comparando dois grupos de faixas etárias distintas. **Métodos:** Trata-se de um estudo retrospectivo, observacional, transversal e comparativo, realizado em 296 pacientes com doença inflamatória intestinal, com base em dados coletados de prontuários e arquivos digitais do serviço de Gastroenterologia e Endoscopia do Hospital do Servidor Público Estadual "Francisco Morato de Oliveira", HSPE-FMO, São Paulo, do ano de 2005 a 2019. Foram excluídos 28 pacientes, dos quais, 2 evoluíram para o óbito, 16 perderam o seguimento ambulatorial e 10 por falta de informações relevantes e/ou por idade abaixo de 18 anos. Os 268 pacientes selecionados foram divididos em dois grupos: um com diagnóstico com <60 anos (214 : 80%), sendo 118 (55%) com retocolite ulcerativa e 96 (45%) com doença de Crohn, e o outro com diagnóstico ≥60 anos (54 : 20%), sendo 40 (74%) com retocolite ulcerativa e 14 (26%) com DC. **Resultados:** No grupo de 60 anos ou mais, observou-se que, com relação a localização da retocolite ulcerativa, 17 (42,5%) apresentaram acometimento pancolônico e 23 (57,5%) acometimento segmentar. Quanto à doença de Crohn, o acometimento restrito ao cólon e o íleo-colônico apresentaram a mesma prevalência - 4 (28,5%) e 6 (43%) com localização ileal. Com relação ao comportamento da doença de Crohn, não houve diferença na prevalência entre as formas invasiva e não invasiva (7 casos - 50%). Trinta e seis (66,6%) apresentaram resposta endoscópica, dos quais 30 (83,3%) portadores de retocolite ulcerativa e 6 (16,7%) de doença de Crohn. No grupo com diagnóstico abaixo de 60 anos encontrou-se, com relação à localização na retocolite ulcerativa, 72 (61%) com pancolite e 46 (39%) com acometimento segmentar. Já nos pacientes com doença de Crohn, 37 (38,5%) ileíte, 42 (43,8%) com ileocolite e 21 (17,7%) restrito ao cólon. Com relação ao comportamento da doença, 33 (34,4%) apresentaram comportamento inflamatório e 63 (65,6%) a forma estenosante/penetrante. De todos os pacientes deste grupo, 121 (56,5%) apresentaram resposta endoscópica, sendo 63 (52%) portadores de retocolite ulcerativa e 58 (38%) de doença de Crohn. **Conclusão:** A doença inflamatória intestinal é mais comum nos não idosos. A retocolite ulcerativa tem maior prevalência nos ≥60 anos e a doença de Crohn, nos <60 anos. O acometimento intestinal pela primeira foi menos extensa nos pacientes com ≥60 anos. Já na doença de Crohn, os idosos também apresentaram comprometimento intestinal mais limitado. Quanto ao comportamento desta, a forma invasiva foi mais comum nos não idosos e a forma inflamatória teve maior prevalência nos idosos. Em ambos os grupos a resposta endoscópica foi observada em mais de 50% dos pacientes, com prevalência maior nos idosos.

**Descritores:** Doenças inflamatórias intestinais; doença de crohn; proctocolite; endoscopia; colonoscopia.

**ABSTRACT**

**Objective:** To evaluate endoscopic characteristics of inflammatory bowel disease by comparing two distinct groups - elderly ( $\geq 60$  years old) X non-elderly ( $<60$  years old). **Methods:** Retrospective, observational, cross-sectional and comparative study, conducted on 296 patients with IBD, based on data collected from medical records and digital files of the Gastroenterology and Endoscopy service of the Hospital do Servidor Público Estadual de São Paulo, from 2005 to 2019 We excluded 28 patients, of which 2 died, 16 lost outpatient follow-up and 10 due to lack of relevant information and / or age below 18 years. The 268 selected patients were divided into two groups: one diagnosed  $<60$  years old (214: 80%), 118 (55%) with UC and 96 (45%) with CD, and the other diagnosed  $\geq 60$  years ( 54: 20%), 40 (74%) with RCU and 14 (26%) with CD. **Results:** In the group diagnosed at  $\geq 60$ , we saw that, with regard to the location of the UC, 17 (42.5%) had pancolonic involvement and 23 (57.5%) segmented involvement. As for CD, involvement restricted to the colon and ileocolonic had the same prevalence - 4 (28.5%) and 6 (43%) with ileal location. Regarding the behavior of CD, there was no difference in prevalence between invasive and non-invasive forms - 7 (50%). Thirty-six (66.6%) had an endoscopic response, 30 (83.3%) of whom had UC and 6 (16.7%) of CD. In the group with a diagnosis  $<60$  years, we found 72 (61%) with pancolitis and 46 (39%) with segmental involvement in relation to the location in the UC. In patients with CD, 37 (38.5%) with ileitis, 42 (43.8%) with ileocolitis and 21 (17.7%) restricted to the colon. Regarding the behavior of the disease, 33 (34.4%) presented inflammatory behavior and 63 (65.6%) the stenosing / penetrating form. Of all patients in this group, 121 (56.5%) had an endoscopic response, with 63 (52%) having UC and 58 (38%) with CD. **Conclusion:** IBD is more common in non-elderly people, with UC having a higher prevalence in  $\geq 60$  years and CD in  $<60$  years. Intestinal involvement by UC was less extensive in patients aged  $\geq 60$  years. In CD, the elderly also had more limited intestinal involvement. As for the behavior of CD, the invasive form was more common in the non-elderly and the inflammatory form had a higher prevalence in the elderly. In both groups, the endoscopic response was seen in more than 50% of patients, with a higher prevalence in the elderly.

**Keywords:** Inflammatory bowel diseases; crohn disease; proctocolitis; endoscopy; colonoscopy.

**Correspondência:**

Julia Ferraz Furtado  
E-mail: juliaferraz5@hotmail.com  
Data de submissão: 14/01/2021  
Data de aceite: 01/10/2021

**Trabalho realizado:**

Serviço de Endoscopia do Hospital do Servidor Público Estadual "Francisco Morato de Oliveira", HSPE-FMO, São Paulo, SP, Brasil.  
Endereço: Rua Pedro de Toledo, 1800, 2º andar - Vila Clementino  
- CEP: 04039-901, São Paulo, SP, Brasil.

## INTRODUÇÃO

A doença inflamatória intestinal (DII) é uma condição crônica, inflamatória do trato gastrointestinal (TGI) que demonstra incidência crescente nos últimos anos. Ela é representada principalmente pela doença de Crohn (DC) e pela retocolite ulcerativa (RCU). De evolução crônica e etiopatogenia não totalmente conhecida, tais doenças apresentam sintomatologia variável com presença de complicações e tendem a prejudicar significativamente a qualidade de vida desses pacientes<sup>1-2</sup>.

A DC apresenta um acometimento transmural do intestino, desde a mucosa até a serosa, e pode afetar qualquer parte do TGI. O local mais comumente acometido é a região ileal e ileocecal. Os sintomas mais comuns são: fraqueza, diarreia, dor abdominal e perda ponderal. Alguns pacientes podem ser acometidos pela doença perianal, como fissuras, abscessos e fístulas. Já a RCU se manifesta como uma inflamação restrita à mucosa e submucosa do reto ao cólon. Tem como principais manifestações clínicas a hematoquezia, diarreia, tenesmo e dor abdominal<sup>2-3</sup>.

A etiologia da doença inflamatória intestinal ainda permanece pouco conhecida. Estudos evidenciam um conjunto de fatores que estão envolvidos e interligados na patogênese da doença, como a suscetibilidade genética, exposição ao meio ambiente, a flora intestinal, entre outros. Com relação à genética foram identificados mais de 100 genes que podem estar relacionados à manifestação da doença. Os fatores ambientais desempenham papel importante no desenvolvimento da DII, dentre os quais, o mais estudado é o tabagismo. Este é um fator que aumenta o risco para DC e contrariamente, é um fator protetor para RCU<sup>3-4</sup>.

A incidência e prevalência da RCU e da DC cresceram consideravelmente nos últimos anos e em diferentes lugares do mundo, o que sugere sua emergência como doença global<sup>1-2,5</sup>. O pico de incidência da DC e da RCU ocorre com maior

frequência entre a segunda e quarta décadas de vida, porém existe um segundo pico, que ocorre após os 60 anos<sup>1-2,6-7</sup>.

Aproximadamente 10 a 30% dos pacientes com DII têm idade  $\geq 60$  anos, sendo que 10 a 15% foram diagnosticados depois dos 60 anos. A incidência de DII diminui a cada década subsequente após os 60 anos, com 65% dos idosos com DII diagnosticados entre 60 e 70 anos, 25% com diagnóstico entre 70 e 80 anos e 10% após 80 anos de idade<sup>8-10</sup>.

O aumento da incidência em pacientes idosos tem sido descrito em aproximadamente 10-20% e espera-se que a taxa aumente ainda mais com o envelhecimento populacional. Como a DII é uma afecção crônica, incurável e com baixa mortalidade, há o aumento da prevalência na população idosa. Dados populacionais no Canadá indicam que a prevalência de DII entre pessoas com 60 anos ou mais aumentará de 976 casos por 100.000 indivíduos em 2018 para 1370 por 100.000 até 2030<sup>7,11-13</sup>.

O diagnóstico da DII na população de idade mais avançada é feito da mesma forma que nas outras faixas etárias, porém, torna-se mais difícil devido aos sintomas mais indolentes, a presença de comorbidades, polifarmácia, o declínio cognitivo e a quadros que mimetizam a DII e que são mais comuns nos pacientes idosos. Desses quadros pode-se citar a colite isquêmica, colite por anti-inflamatórios, colite microscópica, neoplasia e diverticulite<sup>7,14-16</sup>. Devido aos fatores mencionados, a exposição da DII em idade avançada pode atrasar ou tornar o diagnóstico desafiador.

Ambos os espectros da DII são classificados conforme a classificação de Montreal, a qual engloba idade ao diagnóstico, localização e comportamento na DC; e extensão e severidade, no caso da RCU. A população mais jovem apresenta um padrão de acometimento mais heterogêneo e difuso em relação aos idosos, bem como um comportamento/severidade maior<sup>4</sup>.

A DC de início mais tardio tende a ter acometimento restrito ao cólon, comportamento mais inflamatório e menos doença penetrante/fistulizante e perianal, enquanto a RCU se apresenta mais em cólon esquerdo e com uma apresentação menos severa<sup>7,9,11,15,17</sup>.

O curso das DII geralmente é flutuante com períodos de remissão e reativação<sup>4</sup>. Porém, a evolução no idoso tende a ser não progressiva, sem novos eventos com o passar do tempo e com menos manifestações extraintestinais. Porém, a gravidade da recorrência nos idosos é maior, tanto que o risco de hospitalização na RCU aumenta nessa população<sup>7,9,13,17</sup>.

Ananthkrishan et al<sup>18</sup>, em 2016, após uma revisão sistemática com 43 estudos, evidenciaram que os pacientes com DC de início mais tardio tinham maior probabilidade de apresentar doença colônica e comportamento inflamatório e eram menos propensos a ter doença penetrante ou envolvimento perianal. Pacientes com RCU mais tardia apresentavam mais frequentemente colite esquerda.

A DII com acometimento colônico de tempo prolongado, 8 a 10 anos de evolução, está relacionada ao aumento do risco de câncer colorretal (CCR) e a idade avançada, ao diagnóstico, parece aumentar esse risco, porém o rastreamento não difere dos pacientes mais jovens com DII. Por isso, é preciso ponderar os riscos e benefícios do procedimento colonoscópico, levando em consideração a gravidade da doença e a expectativa de vida do paciente<sup>4,7-9,12,16</sup>.

Quanto às alterações endoscópicas, a fase inicial da DC é fortemente marcada por uma hipertrofia da mucosa e submucosa com perda do padrão das pregas transversas normais e surgimento de pequenas áreas de ulceração hemorrágica que, com o tempo, transformam-se em fissuras. Na fase crônica da doença, a mucosa intestinal apresenta um padrão em pedra de calçamento, resultante de uma combinação de edema da submucosa e úlceras fissuradas interconectantes. Também pode haver formação

de pseudopólipos inflamatórios. Áreas saudáveis do intestino podem estar presentes entre os segmentos comprometidos.

Já na RCU o exame macroscópico revela uma inflamação idiopática que acomete especificamente o colo e o reto, com prevalência de 40% a 50% limitada ao retossigmóide, com possível extensão da doença por todo o colo. A aparência da mucosa varia a depender da extensão da atividade da doença. A inflamação causa rubor e granulações na mucosa. Úlceras profundas podem ser vistas na doença fulminante e na colite indeterminada. Além desses achados, podem surgir pólipos inflamatórios não neoplásicos como resultado da ulceração da mucosa adjacente e da formação de tecido de granulação.

Quanto ao tratamento, é necessária uma avaliação clínica, laboratorial e de imagem da inflamação intestinal, independente da idade de diagnóstico. A escolha é baseada no curso, extensão e localização da doença, bem como na presença ou não de manifestações extraintestinais. Das estratégias utilizadas podemos citar o “*set up*” – usada nas doenças consideradas leves, Inicia-se com aminossalicilatos e/ou corticoides e avança-se para imunomodulador e/ou imunobiológico conforme a resposta clínica. A outra estratégia “*top down*” é uma opção de tratamento indicado para as formas moderadas a graves. Inicia-se a terapia já com imunossupressor e/ou imunobiológico<sup>10,19</sup>.

Conforme o risco aumentado de efeitos colaterais com uso dessas drogas e pela tendência ao curso clínico mais brando, a estratégia “*set up*” tende a ser mais utilizada na população idosa<sup>9-10,14,19</sup>.

Pelo citado anteriormente quanto à apresentação, evolução e tratamento da DII, Mañosa et al., realizaram um estudo de caso-controlado que evidenciou que, entre os pacientes com RCU, os casos de início em idosos tiveram

uma proporção menor de doença extensa (33% vs 39%;  $P < 0,0001$ ).

Na DC, nos casos de início acima dos 60 anos houve maior taxa de padrão de estenose (24% vs 13%;  $P < 0,0001$ ) e de localização exclusiva do cólon (28% vs 16%;  $P < 0,0001$ ), enquanto padrão penetrante (12% vs 19%;  $P < 0,0001$ ) foi significativamente menos frequente. Com base nesses resultados pode-se concluir que a DII do idoso apresenta características específicas<sup>20</sup>.

A mortalidade em pacientes portadores de DC é ligeiramente maior que a da população geral e parece ser ainda mais alta quando diagnosticada em pacientes mais idosos. Já na RCU não foi evidenciada essa correlação, e o risco de morte é igual das pessoas livres de doença, independentemente da idade<sup>4,7-8</sup>.

Enfim, é cada vez mais reconhecido que a apresentação clínica e endoscópica, história natural da doença e o manejo do tratamento é distinto na população idosa com DII. À medida que a incidência de DII em idosos continua a aumentar e a população envelhece, o entendimento quanto a apresentação clínica e endoscópica, diagnóstico, evolução e manejo desse grupo único de pacientes se tornará mais importante ao longo do tempo.

O Hospital do Servidor Público Estadual “Francisco Morato de Oliveira”, HSPE -FMO, São Paulo, é um hospital de referência na atenção ao idoso e também no diagnóstico e tratamento da doença inflamatória intestinal. Por este motivo, o interesse em comparar as características endoscópicas da doença inflamatória intestinal em idosos e não idosos.

## OBJETIVOS

**Objetivo primário:** O presente estudo teve como objetivo realizar estudo comparativo entre os achados endoscópicos na DII em pacientes idosos ( $\geq 60$  anos) e pacientes

não idosos ( $< 60$  anos) do ambulatório de Gastroenterologia e Endoscopia do Hospital do Servidor Público Estadual “Francisco Morato de Oliveira”, HSPE -FMO, São Paulo, através da coleta de dados de prontuários e dos arquivos digitais dos exames endoscópicos.

**Objetivos secundários:** O estudo tem como objetivo secundário avaliar a prevalência de DII e dos seus subtipos em cada um dos grupos, bem como as características endoscópicas de cada grupo – localização e comportamento da DII e remissão endoscópica da mesma, após tratamento adequado.

## MÉTODOS

Foram analisados 296 pacientes com DII a partir de dados coletados de prontuários e arquivos digitais do serviço de Gastroenterologia e Endoscopia do Hospital do Servidor Público Estadual “Francisco Morato de Oliveira”, HSPE -FMO, São Paulo, do ano de 2005 a 2019. Foram excluídos 28 pacientes, 2 evoluíram para o óbito, 16 perderam seguimento ambulatorial e 10 por falta de informações relevantes e/ou por idade abaixo de 18 anos. Os 268 pacientes selecionados foram divididos em dois grupos: um com diagnóstico com  $< 60$  anos (214 : 80%), dos quais 118 (55%) com RCU e 96 (45%) com DC, e o outro com diagnóstico  $\geq 60$  anos (54 : 20%), divididos em 40 (74%) com RCU e 14 (26%) com DC.

Os critérios de inclusão foram: Idade  $> 18$  anos; diagnóstico firmado de DII, tanto RCU quanto DC, baseado em critérios clínicos, radiológicos, endoscópicos e histológicos; acompanhamento regular nos ambulatórios de DII e resultado de colonoscopia de diagnóstico ou próxima ao diagnóstico.

Os critérios de não inclusão foram: Idade  $\leq 18$  anos; sem comprovação diagnóstica de DII; falta de acompanhamento ambulatorial regular e pacientes sem resultado de colonoscopia realizada próxima ao diagnóstico.

Trata-se de estudo retrospectivo, observacional, transversal e comparativo a partir de dados coletados de prontuários da Gastroclínica e dos arquivos digitais dos exames endoscópicos. Foram avaliados dados de pacientes diagnosticados com DII do ano de 2005 até 2019. A partir dessas informações foram recrutados os pacientes com diagnóstico de DII dos ambulatórios do serviço de Gastroenterologia e do serviço de Endoscopia do Hospital do Servidor Público Estadual de São Paulo e dividimos conforme a idade ao diagnóstico -  $\geq 60$  anos e  $< 60$  anos. Os pacientes foram selecionados pelo sistema de dados do hospital a partir da classificação CID 10. Foram utilizados os CIDs: K50, K50.0, K50.1, K50.8, K50.9, K51, K51.0, K51.1, K51.2, K51.3, K51.5, K51.8, K51.9. Foram avaliados os aspectos referentes à idade ao diagnóstico, localização e comportamento endoscópico relacionados a DII e resposta endoscópica ao tratamento.

Utilizou-se a classificação de Montreal tanto para portadores de DC quanto de RCU, a qual foi apresentada em 2005 no Congresso Mundial de Gastroenterologia. Ela atualizou a classificação fenotípica das DII, classificando a DC de acordo com 3 parâmetros principais: idade no momento do diagnóstico, localização da doença e comportamento da doença. Em relação a RCU classificou-se os pacientes de acordo com a idade ao diagnóstico e localização da doença<sup>21</sup>.

A remissão endoscópica na RCU foi classificada de acordo com a classificação de Mayo. Em virtude da baixa utilização da classificação do CDEIS nos exames endoscópicos, não foi possível analisar com precisão remissão endoscópica na doença de Crohn.

A análise exploratória dos dados foi realizada através do programa Excel Microsoft Office. Utilizou-se o teste qui-quadrado e valores de  $P < 0,05$  foram considerados significantes.

## RESULTADOS

Os 268 pacientes selecionados foram divididos em dois grupos: um com diagnóstico com  $< 60$  anos (214 : 80%), dos quais 118 (55%) com RCU e 96 (45%) com DC, e o outro com diagnóstico  $\geq 60$  anos (54 : 20%), dos quais 40 (74%) com RCU e 14 (26%) com DC.

**Tabela 1** - Dados demográficos e clínicos dos 254 pacientes com doença inflamatória intestinal incluídos no estudo.

Característica	N = 268
Doença inflamatória intestinal, n (%)	
Idade ao diagnóstico	
→ Antes dos 60 anos	214 (80)
→ Com 60 anos ou mais	54 (20)
Doença inflamatória intestinal, n (%)	
Doença de Crohn	
→ Antes dos 60 anos	96 (45)
→ Com 60 anos ou mais	14 (26)
Retocolite ulcerativa	
→ Antes dos 60 anos	118 (55)
→ Com 60 anos ou mais	40 (74)

No grupo com diagnóstico aos  $\geq 60$ , observou-se que, com relação à localização da RCU, 17 (42,5%) apresentaram acometimento pancolônico e 23 (57,5%) acometimento segmentar. Quanto à DC, o acometimento restrito ao cólon e o ileocolônico apresentaram a mesma prevalência - 4 (28,5%) e 6 (43%) com localização ileal. Com relação ao comportamento da DC, não houve diferença na prevalência entre as formas invasiva e não invasiva - 7 (50%).

No grupo com diagnóstico  $< 60$  anos encontrou-se, com relação à localização, na RCU, 72 (61%) com pancolite e 46 (39%) com acometimento segmentar. Já nos pacientes com DC, 37 (38,5%) com ileíte, 42 (43,8%) com ileocolite e 21 (17,7%) restrito ao cólon. Com relação ao comportamento da doença, 33 (34,4%) apresentaram comportamento inflamatório e 63 (65,6%) a forma estenosante/penetrante.

Dos 214 pacientes com diagnóstico antes dos 60 anos, 121 (56,5%) apresentaram

resposta endoscópica, sendo 63 (52%) portadores de RCU e 58 (48%) de DC. Já no grupo dos idosos, 36 (66,6%) apresentaram resposta endoscópica, sendo 30 (83,3%) portadores de RCU e 6 (16,7%) de DC.

## DISCUSSÃO

A doença inflamatória intestinal (DII) é uma desordem inflamatória do TGI considerada como patologia crônica e que engloba a RCU e a DC. Quanto à etiologia e patogênese, ambas permanecem pouco conhecidas, mas acredita-se que são resultantes da combinação de fatores genéticos, ambientais e resposta imune anormal do intestino<sup>4-5</sup>.

Embora a incidência da DII apresente-se estável nos países desenvolvidos, a prevalência mantém-se em curva ascendente. Nos países em desenvolvimento, a incidência da DII vem crescendo de modo significativo<sup>1,3-4</sup>. O aumento da incidência da DII em pacientes idosos ( $\geq 60$  anos) tem sido descrito e é de aproximadamente 10-20%. Espera-se que essa taxa aumente ainda mais com o envelhecimento populacional<sup>7,17,21</sup>.

A apresentação da doença em idade avançada também pode atrasar ou tornar o diagnóstico desafiador devido ao acúmulo de comorbidades que mimetizam a doença inflamatória intestinal. A identificação de pacientes com doença mais agressiva é particularmente importante no grupo de idosos, pois os mesmos têm maior risco de desenvolver efeitos adversos à terapia oferecida, apresentar resposta inferior ao tratamento clínico e maior risco ao tratamento cirúrgico<sup>20</sup>.

Segundo dados da literatura, a prevalência é de 10 a 15% de DII diagnosticada aos 60 anos ou mais, com DC e RCU representando 47 e 63%, respectivamente. Entre os menores de 60 anos, a literatura mostra que 62% têm DC e 42% têm RCU. Neste

estudo, a RCU foi mais comum em ambos os grupos, diferindo da literatura. Porém, foi mais provável nos pacientes com 60 anos ou mais, bem como a DC foi para o grupo com menos de 60 anos. Estes últimos dados vão de encontro com a literatura, e têm significância estatística ( $p=0,01$ ).

A população mais jovem apresenta um padrão de acometimento mais heterogêneo e difuso, bem como um comportamento/severidade mais intenso<sup>4</sup>. A DC de início mais tardio tende a ter acometimento restrito ao cólon e apresenta com maior frequência comportamento inflamatório e em menor número doença penetrante/fistulizante e perianal. A RCU apresenta o acometimento mais em cólon esquerdo e com uma apresentação menos severa. Os dados citados anteriormente foram semelhantes aos observados no estudo feito por Ananthkrishan et al. que evidenciaram que os pacientes com DC de início mais tardio tinham maior probabilidade de apresentar doença colônica e comportamento inflamatório e eram menos propensos a ter doença penetrante ou envolvimento perianal. Pacientes com RCU mais tardia apresentavam acometimento maior da colite no lado esquerdo<sup>7,9, 11-15, 17-18</sup>.

Com relação à localização da RCU, no grupo com diagnóstico aos  $\geq 60$  anos vimos que, a colite segmentar foi mais frequente (colite esquerda e retite) representando 57,5%, enquanto pancolite estava presente em 42,5%. Nos menores de 60 anos foi observado maior acometimento pancolônico - 61%, e colite segmentar representou 39%. Sendo assim, as estatísticas do estudo em questão corroboram os achados da literatura, com significância estatística ( $p=0,04$ ).

Quanto à DC, os idosos apresentaram igual prevalência do acometimento restrito ao cólon e o íleo-colônico - 4 (28,5%) e a localização ileal foi a mais comum - 6 (43%). Com relação ao comportamento da DC também não houve

diferença entre a forma inflamatória e a forma invasiva - 7 (50%). No grupo com diagnóstico <60 anos encontrou-se, com relação à localização na DC, 37 (38,5%) com ileíte, 42 (43,8%) com ileocolite e 17 (17,7%) restrito ao cólon. Com relação ao comportamento da doença, 33 (34,4%) apresentaram comportamento inflamatório e 63 (65,5%) a forma estenosante/penetrante. Os dados do estudo seguem a estatística da literatura quanto à localização da DC, com a afecção em  $\geq 60$  anos apresentando maior probabilidade de comprometimento menos extenso, porém não houve significância estatística ( $p=0,47$ ). Já quando avaliou-se o quesito comportamento, os dados obtidos diferem dos da literatura, com a doença em  $\geq 60$  anos não apresentando diferença entre comportamento invasivo e inflamatório. Entretanto, quando comparados os dois grupos, percebe-se que o curso

inflamatório é mais provável nos idosos do que nos não idosos, porém sem significância estatística ( $p=0,25$ ).

Dos 214 pacientes com DII diagnosticada antes dos 60 anos, 121 (56,5%) tiveram resposta endoscópica, sendo 63 (52%) portadores de RCU e 58 (48%) portadores de DC. No grupo dos idosos, 36 (66,6%) tiveram resposta endoscópica, sendo 30 (83,3%) portadores de RCU e 6 (16,7%) portadores de DC. Ambos os grupos obtiveram mais resposta endoscópica quando comparada a falta de remissão. Entretanto, o grupo  $\geq 60$  anos apresentou maior prevalência, porém sem significância estatística ( $p=0,21$ ).

Não encontrou-se dados na literatura que discute especificamente resposta endoscópica em pacientes idosos.

## CONCLUSÃO

A DII é mais comum nos não idosos, com maior prevalência de RCU nos  $\geq 60$  anos e DC nos <60 anos.

O acometimento intestinal pela RCU foi menos extenso nos pacientes com  $\geq 60$  anos. Já na DC, apesar de não ter tido diferença significativa entre os grupos, os idosos também apresentaram um comprometimento intestinal mais limitado.

Quanto ao comportamento da DC, apesar de não ter tido diferença significativa entre os grupos, a forma invasiva foi mais comum nos não idosos e a forma inflamatória teve maior prevalência nos idosos.

Em ambos os grupos a resposta endoscópica foi vista em mais de 50% dos pacientes, sendo a prevalência maior nos idosos, porém sem significância estatística.

## REFERÊNCIAS

1. Ye Y, Pang Z, Chen W, Ju S, Zhou C. The epidemiology and risk factors of inflammatory bowel disease. *Int J Clin Exp Med*. 2015; 8(12):22529-542.
2. Peppercorn MA, Cheifetz AS. Definition, epidemiology, and risk factors in inflammatory bowel disease [Internet]. UpToDate, 2018. [cited 2021 Ago 26]. Available from: <<https://www.uptodate.com/contents/definitions-epidemiology-and-risk-factors-for-inflammatory-bowel-disease>>.
3. Zhang YZ, Li YY. Inflammatory bowel disease: pathogenesis. *World J Gastroenterol*. 2014; 20(1): 91-99.
4. Bitton A, Dobkin PL, Edwardes MD, Sewitch MJ, Meddings JB, Rawal S, et al. Predicting relapse in Crohn's disease: a biopsychosocial model. *Gut*. 2008; 57(10):1386-92.
5. Molodecky NA, Soon IS, Rabi DM, Ghali WA, Ferris M, Chernoff G, et al. Increasing incidence and

- prevalence of the inflammatory bowel diseases with time, based on systematic review. *Gastroenterology*. 2012; 142(1):46-54.
6. Burisch J, Munkholm P. The epidemiology of inflammatory bowel disease. *Scand J Gastroenterol*. 2015; 50(8):942-51.
7. Butter M, Weiler S, Biedermann L, Scharl M, Rogler G, Bischoff-Ferrari HA, Misselwitz B. Clinical manifestations, pathophysiology, treatment and outcome of inflammatory diseases in older people. *Maturitas*. 2018; 110:71-78.
8. Kaplan GG, Ng SC. Globalisation of inflammatory bowel disease: perspectives from the evolution of inflammatory bowel disease in the UK and China. *Lancet Gastroenterol Hepatol*. 2016; 1(4):307-16
9. Kaplan GG. The global burden of IBD: from 2015 to 2025. *Nat Rev Gastroenterol Hepatol*. 2015; 12(12):720-27.
10. He W, Goodkind D, Kowal P. U.S. Census Bureau, International Populations Reports, P95/16-1, an aging world: 2015. Washington: U.S. Government Publishing Office; 2016.
11. Everhov AH, Halfvarson J, Myrelid P, Sachs MC, Nordenvall C, Söderling J, et al. Incidence and treatment of patients diagnosed with inflammatory bowel diseases at 60 years or older in Sweden. *Gastroenterology*. 2018; 154(3): 518-28.
12. Jeuring SF, Heuvel TR, Zeegers MP, Hameeteman WH, Romberg-Camps MJ, Oostenbrug LE, et al. Epidemiology and long-term outcome of inflammatory bowel disease diagnosed at elderly age—an increasing distinct entity? *Inflamm Bowel Dis*. 2016; 22(6):1425-34.
13. Coward S, Clement F, Benchimol EI, Bernstein CN, Avina-Zubieta JA, Bitton A, et al. Past and future burden of inflammatory bowel diseases based on modeling of population-based data. *Gastroenterology*. 2019; 156(5):1345-53.
14. Val J H. Old-age inflammatory bowel disease onset: a different problem? *World J Gastroenterol*. 2011; 17(22): 2734-39.
15. Ha CY, Katz S. Clinical outcomes and management of inflammatory bowel disease in the older patient. *Curr Gastroenterol Rep*. 2013; 15(2):310-14.
16. Taleban S. Challenges in the diagnosis and management of inflammatory bowel disease in the elderly. *Curr Treat Options Gastro*. 2015; 13(3):275-86.
17. Charpentier C, Salleron J, Savoye G, Fumery M, Merle V, Laberrenne JE, et al. Natural history of elderly-onset inflammatory bowel disease: a population-based cohort study. *Gut*. 2014; 63(3):423-32.
18. Ananthakrishnan AN, Shi HY, Tang W, Law CC, Sung JJ, Chan FK, Ng SC. Systematic review and meta-analysis: phenotype and clinical outcomes of older – onset inflammatory bowel disease. *J Crohn Colitis*. 2016; 10(10):1224-36.
19. Ruel J, Ruane D, Mehandru S, Gower-Rousseau C, Colombel JF. IBD across the age spectrum: is it the same disease? *Nat Rev Gastroenterol Hepatol*. 2014; 11(2):88-98.
20. Mañosa M, Calafat M, Francisco R, Garcia C, Casanova MJ, Huelín P, et al. Phenotype and natural history of elderly onset inflammatory bowel disease: a multicentre, case-control study. *Aliment Pharmacol Ther*. 2018; 47(5):605-14.
21. Satsangi J, Silverberg MS, Vermeire S, Colombel JF. The Montreal classification of inflammatory bowel disease: controversies, consensus, and implications. *Gut*. 2006; 55(6):749-53.