



DOENÇA DE CROHN
TRATAMENTO CIRÚRGICO

GRUPO DE ESTUDOS DA DOENÇA INFLAMATÓRIA INTESTINAL DO BRASIL
FEDERAÇÃO BRASILEIRA DE GASTROENTEROLOGIA
SOCIEDADE BRASILEIRA DE COLOPROCTOLOGIA

Zaltman C, Amarante H, Brenner M M, Costa MHM, Flores C, Leal R F, Santana G, Zeroncio M.

ELABORAÇÃO: 25 DE NOVEMBRO DE 2017.

APESAR DA MELHORA DO ARSENAL TERAPÊUTICO A INDICAÇÃO CIRÚRGICA CONTINUA ELEVADA NA DOENÇA DE CROHN. OS MANEJOS CIRÚRGICOS ESPECÍFICOS DISPONÍVEIS SÃO MUITAS VEZES MÚLTIPLOS E A SELEÇÃO DA MODALIDADE MAIS APROPRIADA É DEPENDENTE DE VÁRIOS FATORES RELACIONADOS AO PACIENTE E DOENÇA. O OBJETIVO DESTA DIRETRIZ É FORNECER RECOMENDAÇÕES, QUE POSSAM AUXILIAR NA TOMADA DE DECISÃO, FRENTE A PACIENTES COM DOENÇA DE CROHN, EM RELAÇÃO À INDICAÇÃO CIRÚRGICA E POSSÍVEIS COMPLICAÇÕES. PARA ISSO FOI REALIZADA UMA REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA, COM OS DESCRITORES DE ACORDO COM O PICO. FEITA SEM RESTRIÇÃO DE PERÍODO, NA BASE DE DADOS MEDLINE, FORAM SELECIONADOS 25 TRABALHOS PARA RESPONDER À DÚVIDA CLÍNICA: QUANDO O TRATAMENTO CIRÚRGICO É EFICAZ E SEGURO NA DOENÇA DE CROHN? OS DETALHES DA METODOLOGIA E DOS RESULTADOS DESSA DIRETRIZ ESTÃO EXPOSTOS NO ANEXO I.

INTRODUÇÃO

Apesar da melhora do arsenal terapêutico a indicação cirúrgica continua elevada na doença de Crohn (DC)¹(D).

Cerca de 70% a 90% dos pacientes com DC necessitarão de algum procedimento cirúrgico durante a sua vida, podendo variar desde drenagens de abscessos anais até ressecções segmentares intestinais complexas⁷(D).

Os manejos cirúrgicos específicos disponíveis são muitas vezes múltiplos e a seleção da modalidade mais apropriada é dependente de vários fatores relacionados ao paciente e doença.

RESULTADOS

INDICAÇÕES GERAIS DO TRATAMENTO CIRÚRGICO

As indicações para cirurgia em pacientes com DC incluem intratabilidade clínica, complicações da doença ou a combinação dessas indicações. O tratamento clínico é a terapia primária para DC e o cirúrgico permanece como secundário. O tratamento cirúrgico está indicado se as terapias de primeira e segunda linha não conseguirem induzir a remissão nos estados graves da doença. A cirurgia também deve ser considerada antes da progressão no tratamento clínico, em pacientes com doença grave ou cortico-dependente com limitação da extensão da doença, particularmente nos pacientes com comportamento estenosante ou naqueles com contraindicações ou fatores de risco para continuidade da terapia clínica. O tratamento clínico prolongado na presença de estenoses, manifestações extra-intestinais ou história conhecida de DC por mais de 5 anos deve ser aplicado com cautela²(**B**). Mesmo com um aumento na utilização da terapia biológica, cerca de um terço dos pacientes não respondem adequadamente ao tratamento medicamentoso³(**A**).

De acordo com o tipo de lesão e situações clínicas, as indicações cirúrgicas na DC são as seguintes: obstrução intestinal e estenose (54%), fístulas (28%), abscessos (7%), perfurações (4,5%), casos refratários ao tratamento clínico (3,5%); hemorragia de grande magnitude (2%), câncer colorretal (1%). Outras indicações cirúrgicas são: megacólon tóxico, estenose fibrótica sintomática, fístulas enterocutâneas com alto débito ou estenose, sintomas devido à formação de bypass (p. ex. fístula duodenal / cólon transversal), fístulas intestinais envolvendo uma grande área de intestino intacto, fístulas enterovesicais que não respondem à terapia conservadora e com infecção urinária de repetição e abscessos retroperitoneais. O risco relativo de câncer colorretal e de intestino delgado é significativamente elevado em pacientes com DC⁴(**D**).

As manifestações extra intestinais (MEI) da DC são outras indicações para cirurgia, podendo ocorrer em até 25% dos pacientes. Manifestações cutâneas, oculares e articulares são comuns na doença colônica e acompanham a presença da atividade da doença, podendo haver melhora após a colectomia. Entretanto, outras MEIs (hepática, cardiovascular, hematológica, pulmonar e neurológica) ocorrem independente da presença de atividade da DC intestinal^{5,6}(B).

RECOMENDAÇÕES:

O tratamento clínico é a terapia primária para doença de Crohn e o cirúrgico permanece como secundário. (B)

O tratamento clínico prolongado na presença de estenoses, manifestações extra intestinais ou história conhecida de DC por mais de 5 anos deve ser aplicado com cautela. (B)

Manifestações cutâneas, oculares e articulares são comuns na doença colônica e acompanham a atividade da doença em paralelo, podendo obter melhora após colectomia. (B)

DOENÇA DE CROHN ESTENOSANTE

A obstrução intestinal é uma complicação frequente no comprometimento do intestino delgado pela DC^{8,9}(**B**). Obstruções agudas, provavelmente resultado de inflamação ativa, vezes podem ser resolvidas com tratamento clínico, entretanto, a suboclusão crônica, geralmente resultado de uma lesão fibroestenótica fixa, tende a necessitar de tratamento cirúrgico¹⁰(**D**). A cirurgia geralmente envolve ressecção do segmento acometido, mas outras opções incluem derivação intestinal, confecção de ileostomia ou enteroplastias. A taxa de recorrência tende a aumentar com tempo de evolução da DC, podendo eventualmente requerer múltiplas ressecções, aumentando o risco de síndrome do intestino curto com as morbidades metabólicas associadas¹¹(**D**).

RECOMENDAÇÕES:

Obstruções agudas, provavelmente resultado de inflamação ativa, muitas vezes são resolvidas com tratamento clínico, entretanto, a suboclusão crônica, geralmente resultado de uma lesão fibroestenótica, tende a necessitar de tratamento cirúrgico. A cirurgia geralmente envolve a ressecção do segmento intestinal afetado, mas outras opções incluem derivação intestinal, confecção de ileostomia ou enteroplastias. (D)

A taxa de recorrência tende a aumentar com a passagem do tempo em pacientes com DC, podendo eventualmente requerer múltiplas ressecções, aumentando o risco de síndrome do intestino curto com as morbidades metabólicas associadas. (D)

DOENÇA CROHN PENETRANTE

Fístulas com abscesso associado ou estenose são complicações comuns da DC do intestino delgado e requerem cirurgia⁹(**B**). Pacientes com fístulas enterocutâneas de curta extensão, com mucosa evertida (labiada) e de alto débito requerem intervenção cirúrgica, porém, esta deve ser adiada até que haja melhora clínica e nutricional¹²(**D**). Pacientes com fístula reto-vaginal assintomáticos ou com sintomas leves podem não exigir tratamento cirúrgico e os sintomáticos devem ser tratados com reparo cirúrgico local, ostomia derivativa ou proctectomia. A opção cirúrgica dependerá da gravidade dos sintomas, classificação da fístula, acometimento dos esfíncteres anais e desejo do paciente^{13,14}(**B**).

Os abscessos intracavitários são complicações que podem ocorrer em aproximadamente 25% dos pacientes com DC¹⁵(**B**). Nestes pacientes o tratamento não cirúrgico (aspiração percutânea com ou sem drenagem) e cirúrgico primário (laparotomia com ou sem ressecção intestinal) mostraram resultados similares na taxa de recorrência do abscesso e complicações até 5 anos. Iniciar com anti-fator de necrose tumoral e/ou terapia imunossupressora após resolução do abscesso pode reduzir o risco de recorrência da doença penetrante¹⁶(**B**). Vários fatores de risco foram associados com pior resultado cirúrgico na DC penetrante (definida como perfuração subaguda com formação de abscesso e perfuração crônica com formação de fístula interna), tais como a presença de abscesso no momento da cirurgia, uso crônico de corticóide e comprometimento nutricional^{17,18}(**B**).

RECOMENDAÇÕES:

Pacientes com fístulas enterocutâneas de curta extensão, com mucosa evertida (labiada) e de alto débito requerem intervenção cirúrgica, porém, esta deve ser adiada até haver melhora clínica e nutricional. (D)

São considerados fatores de risco associados a pior resultado pós-operatório na DC penetrante, a presença de abscesso no momento da cirurgia, uso crônico de corticóide e comprometimento do estado nutricional. (B)

DOENÇA DE CROHN PERINEAL

Aproximadamente 10% a 15% dos pacientes com DC apresentarão doença limitada à região anorretal, porém até 90% têm alguma manifestação clínica da doença neste local¹⁹(**D**). Em pacientes com doença perianal, a drenagem de abscessos está sempre indicada, assim como fistulotomias com ou sem colocação de sedelhos nos casos mais sintomáticos. Fístulas perianais assintomáticas não devem ser tratadas, enquanto as sintomáticas podem se beneficiar do tratamento medicamentoso e cirúrgico combinados. A proctectomia está indicada nos casos de supuração importante associados à retite grave e incontinência anal. Procedimentos agressivos que podem alterar a continência devem ser evitados²⁰(**D**).

RECOMENDAÇÕES

Fístulas perianais assintomáticas não devem ser tratadas, enquanto as sintomáticas poderiam se beneficiar do tratamento medicamentoso e cirúrgico combinados. (D)

COMPLICAÇÕES DA DOENÇA DE CROHN

Outras indicações de cirurgia, porém, menos comuns para DC do intestino delgado e/ou colônica incluem perfuração, hemorragia e câncer. A perfuração livre está associada com alta taxa de mortalidade quando não tratada²¹(**B**).

Outras indicações cirúrgicas específicas para a DC do cólon incluem o desenvolvimento de displasia ou câncer e megacólon tóxico²²(**B**). A idade avançada no momento do diagnóstico da DC, duração da doença (superior a 8 anos) e a extensão da doença (pancolite) são considerados fatores de risco para o desenvolvimento de displasia e adenocarcinoma²³(**B**). Como na retocolite ulcerativa, a cirurgia está indicada na DC colônica quando existe neoplasia comprovada, displasia multifocal independente do grau^{24,25}(**D**). As indicações cirúrgicas no megacólon tóxico da DC incluem perfuração, falta de resposta ao tratamento conservador, colite fulminante, hemorragia maciça e instabilidade hemodinâmica; sendo a colectomia subtotal com ileostomia terminal a técnica de escolha¹(**D**).

RECOMENDAÇÕES:

As indicações cirúrgicas específicas para a doença do cólon incluem o desenvolvimento de displasia ou câncer e megacólon tóxico não responsivo ao tratamento clínico. (B)

A idade avançada no momento do diagnóstico da DC, duração da doença (superior a 8 anos) e a extensão da doença (pancolite) são considerados fatores de risco para o desenvolvimento de displasia e adenocarcinoma. (B)

A cirurgia está indicada na DC colônica quando existe neoplasia comprovada ou displasia multifocal independente do grau. (D)

As indicações cirúrgicas no megacólon tóxico da DC incluem perfuração, falta de resposta ao tratamento conservador, colite fulminante, hemorragia maciça e instabilidade hemodinâmica. (D)

REFERÊNCIAS

1. Gardiner KR, Dasari BV. Operative management of small bowel Crohn's disease. *Surg Clin North Am* 2007; 87:587-610. PMID: 17560414
2. Bemelman WA, Ivenski M, van Hogezaand RA, Hermans J, Veenendaal RA, Griffioen G. How effective is extensive nonsurgical treatment of patients with clinically active Crohn's disease of the terminal ileum in preventing surgery? *Dig Surg* 2001;18:56-60. PMID: 11244261
3. Hanauer SB, Feagan BG, Lichtenstein GR, Mayer LF, Schreiber S, Colombel JF et al. Maintenance infliximab for Crohn's disease: the ACCENT I randomised trial. *Lancet* 2002; 359:1541-9. PMID: 12047962.
4. Ueno F, Matsui T, Matsumoto T, Matsuoka K, Watanabe M, Hibi T. Evidence-based clinical practice guidelines for Crohn's disease, integrated with formal consensus of experts in Japan. *J Gastroenterol* 2013; 48:31-72. PMID: 23090001
5. Bernstein CN, Blanchard JF, Rawsthorne P, Yu N. The prevalence of extraintestinal diseases in inflammatory bowel disease: a population-based study. *Am J Gastroenterol* 2001; 96:1116-22. PMID: 11316157
6. Gardiner KR, Dasari BV. Operative management of small bowel Crohn's disease. *Surg Clin North Am* 2007; 87:587-610. PMID: 17560414
7. Danese S, Semeraro S, Papa A, Roberto I, Scaldaferrri F, Fedeli G, Gasbarrini G, Antonio Gasbarrini. Extraintestinal manifestations in inflammatory bowel disease *World J Gastroenterol* 2005;14;11(46): 7227-7236. PMID: PMC4725142
8. Hurst RD, Molinari M, Chung TP, Rubin M, Michelassi F. Prospective study of the features, indications, and surgical treatment in 513 consecutive patients affected by Crohn's disease. *Surgery*. 1997; 122:661-7; discussion 667-8. PMID: 9347840.
9. Michelassi F, Balestracci T, Chappell R, Block GE. Primary and recurrent Crohn's disease. Experience with 1379 patients. *Ann Surg* 1991; 214:230-8; discussion 238-40. PMID: 1929605
10. Prantera C. Indications for surgery in Crohn's disease. *Am J Gastroenterol* 1990; 85:900-1. PMID: 2371993
11. Williams JG, Wong WD, Rothenberger DA, Goldberg SM. Recurrence of Crohn's disease after resection. *Br J Surg* 1991; 78:10-9. PMID: 1998847
12. Hwang JM, Varma MG. Surgery for inflammatory bowel disease. *World J Gastroenterol* 2008 7;14:2678-90. PMID: 18461653
13. Radcliffe AG, Ritchie JK, Hawley PR, Lennard-Jones JE, Northover JM. Anovaginal and rectovaginal fistulas in Crohn's disease. *Dis Colon Rectum* 1988; 31(94-9. PMID: 3338350.
14. O'Leary DP, Milroy CE, Durdey P. Definitive repair of anovaginal fistula in Crohn's disease. *Ann R Coll Surg Engl*. 1998 Jul;80(4):250-2.
15. Ribeiro MB, Greenstein AJ, Yamazaki Y, Aufses AH Jr. Intra-abdominal abscess in regional enteritis. *Ann Surg* 1991; 213:32-6. PMID: 1985535
16. Nguyen DL, Sandborn WJ, Loftus EV Jr, Larson DW, Fletcher JG, Becker B et al. Similar outcomes of surgical and medical treatment of intra-abdominal abscesses in patients with Crohn's disease. *Clin Gastroenterol Hepatol* 2012;10:400-4. PMID: 22155562
17. Tzivanakis A, Singh JC, Guy RJ, Travis SP, Mortensen NJ, George BD. Influence of risk factors on the safety of ileocolic anastomosis in Crohn's disease surgery. *Dis Colon Rectum* 2012; 55:558-62. PMID: 22513434
18. Zerbib P, Koriche D, Truant S, Bouras AF, Vernier-Massouille G, Seguy D et al. Pre-operative management is associated with low rate of post-operative morbidity in penetrating Crohn's disease. *Aliment Pharmacol Ther* 2010; 32:459-65. PMID: 20497144
19. Solomon MJ. Fistulae and abscesses in symptomatic perianal Crohn's disease. *Int J Colorectal Dis* 1996;11:222-6. PMID: 8951512

- 20.** Sica GS, Di Carlo S, Tema G, Montagnese F, Del Vecchio Blanco G, Fiaschetti V, Maggi G et al. Treatment of peri-anal fistula in Crohn's disease. *World J Gastroenterol* 2014 7;20:13205-10. PMID: 25309057
- 21.** Greenstein AJ, Sachar DB, Mann D, Lachman P, Heimann T, Aufses AH Jr. Spontaneous free perforation and perforated abscess in 30 patients with Crohn's disease. *Ann Surg* 1987;205:72-6. PMID: 3541802
- 21.** Yamazaki Y, Ribeiro MB, Sachar DB, Aufses AH Jr, Greenstein AJ. Malignant colorectal strictures in Crohn's disease. *Am J Gastroenterol* 1991; 86:882-5. PMID: 2058631.
- 22.** Maykel JA, Hagerman G, Mellgren AF, Li SY, Alavi K, Baxter NN, Madoff RD. Crohn's colitis: the incidence of dysplasia and adenocarcinoma in surgical patients. *Dis Colon Rectum* 2006; 49:950-7. PMID: 16729218
- 23.** Itzkowitz SH, Harpaz N. Diagnosis and management of dysplasia in patients with inflammatory bowel diseases. *Gastroenterology* 2004; 126:1634-48. PMID: 15168373
- 24.** Strong SA, Koltun WA, Hyman NH, Buie WD. Practice parameters for the surgical management of Crohn's disease. *Dis Colon Rectum* 2007; 50:1735-46. PMID: 17690937
- 25.** Jadad AR, Moore RA, Carroll D, Jenkinson C, Reynolds DJ, Gavaghan DJ, et al. Assessing the quality of reports of randomized clinical trials: is blinding necessary? *Control Clin Trials* 1996; 17:1-12.
- 26.** Goldet G, Howick J. Understanding GRADE: an introduction. *J Evid Based Med* 2013; 6:50-4.
- 27.** Wells G, Shea B, O'Connell D, Robertson J, Peterson J, Welch V, et al. The Newcastle-Ottawa Scale (NOS) for assessing the quality of nonrandomised studies in meta-analyses. Disponível em: http://www.ohri.ca/programs/clinical_epidemiology/oxford.asp
- 28.** Levels of Evidence and Grades of Recommendations - Oxford Centre for Evidence Based Medicine. Disponível em URL: http://cebm.jr2.ox.ac.uk/docs/old_levels.htm

ANEXO I

1. Dúvida Clínica

Quando o tratamento cirúrgico é eficaz e seguro na Doença de Crohn?

2. Pergunta Estruturada

| |
|-------------------------------------|
| P: Doença de Crohn |
| I: Tratamento cirúrgico |
| C: Outras modalidades de tratamento |
| O: Evolução clínica |

Tabela 1 – Componentes do PICO

3. Estratégia de Busca de Evidência

(Crohn Disease OR Crohn's Enteritis OR Regional Enteritis OR Crohn's Disease OR Crohns Disease OR Inflammatory Bowel Disease 1 OR Granulomatous Enteritis OR Granulomatous Colitis OR Terminal Ileitis OR Regional Ileitis) AND (Surgery)

4. Trabalhos Recuperados

A obtenção da evidência a ser utilizada seguiu as etapas de: elaboração da questão clínica, estruturação da pergunta, busca da evidência, avaliação crítica e seleção da evidência, exposição dos resultados e recomendações.

As bases de informação científica consultadas foram Medline via Pubmed, Central e Lilacs via BVS, EMBASE e CINAHL via EBSCO. Busca manual a partir de referências de revisões (narrativas ou sistemáticas), como também dos trabalhos selecionados, foi realizada.

| BASE DE INFORMAÇÃO | NÚMERO DE TRABALHOS |
|---------------------------|----------------------------|
| Primária | |
| PubMed-Medline | 13263 |

Tabela 2 – Número de trabalhos recuperados com as estratégias de busca utilizadas para cada base de informação científica em 16/08/2017

5. Critérios de inclusão dos trabalhos selecionados

A seleção dos estudos, a avaliação dos títulos e resumos obtidos com a estratégia de busca nas bases de informação consultadas foi conduzida por dois pesquisadores com habilidade na elaboração de revisões sistematizadas, de forma independente e cegada, obedecendo rigorosamente aos critérios de inclusão e exclusão estabelecidos, e descritos, nos componentes do PICO, separando-se, por fim, os trabalhos com potencial relevância.

5.1 Segundo os desenhos de estudo

Revisões narrativas, relatos de casos, séries de casos, trabalhos com apresentação de resultados preliminares foram, a princípio, excluídos da seleção. Revisões sistemáticas e meta-análises foram utilizadas com o princípio de recuperação de referências que porventura haviam sido perdidas em primeiro momento a partir da estratégia de busca inicial. Foram incluídas revisões sistemáticas com meta-análise e ensaios clínicos controlados randomizados (ECRs) e/ou estudos comparativos observacionais. A evidência recuperada foi selecionada a partir da avaliação crítica utilizando instrumentos (scores) discriminatórios JADAD²⁶ e GRADE²⁷ para os ECRs.

5.2 Idioma

Foram incluídos estudos disponíveis na língua portuguesa, inglesa ou espanhola.

5.3 Segundo a publicação

Somente os trabalhos cujos textos completos se encontravam disponíveis foram considerados para avaliação crítica.

6. Método de avaliação crítica

Quando, após a aplicação dos critérios de inclusão e exclusão, a evidência selecionada foi definida como ensaio clínico controlado randomizado (ECR), era submetida a um *Check-list* apropriado de avaliação crítica (Tabela 3). A avaliação crítica do ECR permite classificá-lo segundo o escore JADAD²⁶, considerando os ensaios JADAD < três (3) como inconsistentes (grau B), e aqueles com escore ≥ três (3), consistentes (grau A), e segundo o escore GRADE²⁷ (evidência forte ou moderada).

Quando a evidência selecionada foi definida como estudo comparativo (coortes observacionais ou ensaio clínico não randômico), esta era submetida a um *Check-list* apropriado de avaliação crítica (Tabela 4), permitindo a classificação do estudo, segundo o escore NEW CASTLE OTAWA SCALE²⁸, considerando os estudos coortes consistentes com escore ≥ 6 e inconsistentes < 6.

| | |
|--|--|
| Dados do estudo Referência, Desenho de estudo, JADAD, força da evidência | Cálculo da amostra Diferenças estimadas, poder, nível de significância, total de pacientes |
| Seleção dos pacientes Critérios de inclusão e exclusão | Pacientes Recrutados, randomizados, diferenças prognósticas |
| Randomização Descrição e alocação vendada | Seguimento dos pacientes Tempo, perdas, migração |
| Protocolo de tratamento Intervenção, controle e cegamento | Análise Intenção de tratamento, analisados intervenção e controle |
| Desfechos considerados Principal, secundário, instrumento de medida do desfecho de interesse | Resultado Benefício ou dano em dados absolutos, benefício ou dano em média |

Tabela 3 - Roteiro de avaliação crítica de ensaios clínicos controlados randomizados

| | | | | | | |
|---|--|---|---|---|---|------------------------------------|
| Representatividade dos expostos e seleção dos não expostos (máx. 2 pontos) | Definição da exposição (máx. 1 ponto) | Demonstração de que o desfecho de interesse não estava presente no início do estudo (máx. 1 ponto) | Comparabilidade na base do desenho ou da análise (máx. 2 pontos) | Avaliação do desfecho (máx. 1 ponto) | Tempo apropriado de seguimento (máx. 2 pontos) | Escore e nível da evidência |
|---|--|---|---|---|---|------------------------------------|

Tabela 4 - Roteiro de avaliação crítica de estudos coortes

7. Exposição dos resultados

Para resultados com evidência disponível serão definidos de maneira específica, sempre que possível, a população, a intervenção, os desfechos, a presença ou ausência de benefício e/ou dano e as controvérsias.

Os resultados serão expostos preferencialmente em dados absolutos, risco absoluto, número necessário para tratar (NNT), ou número para produzir dano (NNH), e eventualmente em média e desvio padrão (tabela 5).

| |
|---|
| Evidência incluída |
| Desenho do estudo |
| População selecionada |
| Tempo de seguimento |
| Desfechos considerados |
| Expressão dos resultados: porcentagem, risco, odds, hazard ratio, média |

Tabela 5 - Planilha utilizada para descrição e exposição dos resultados de cada estudo

8. Recomendações

As recomendações serão elaboradas pelos autores da revisão, com a característica inicial de síntese da evidência, sendo submetida a validação por todos os autores participantes da elaboração da Diretriz.

O grau de recomendação a ser utilizado advém diretamente da força disponível dos estudos incluídos segundo Oxford²⁹, e da utilização do sistema GRADE²⁷.

9. Conflito de interesse

Cyrla Zaltman -Apoio científico: Abbvie, Janssen, UCB, Takeda, Pesquisa Clínica- Abbvie, Janssen, Takeda, UCB, Ferring; Palestrante- Abbvie, Janssen, UCB; Advisory board – Abbvie, UCB, Janssen;

Heda Amarante: Apoio científico: Abbvie, Janssen, Takeda, UCB, Ferring e Pfizer. Pesquisa clínica: Abbvie, Janssen, Takeda;

Marta Machado Brenner – Apoio científico-Janssen, Abbvie, UCB; Palestrante-UCB, Takeda, Janssen, Abbvie; Advisory board- Janssen, UCB;

Marcia Henriques Magalhães Costa- Apoio científico: Abbvie, Janssen, UCB, Takeda; Palestrante- Abbvie, Janssen, UCB;

Cristina Flores- Apoio científico-Janssen, Abbvie, Takeda ; Palestrante: Janssen, Abbvie, Takeda e UCB ;Advisory board- Janssen;

Raquel Franco Leal- Apoio científico: Abbvie, Takeda;

Genoile Santana- Apoio científico - Abbvie, Ferring, Janssen, Pfizer, Takeda, UCB; Pesquisa clínica- Sanofi, Takeda; Palestrante- Abbvie, Janssen, Takeda, UCB; Advisory board - Janssen, Pfizer, UCB;

Marco Antonio Zeroncio- Apoio científico - Abbvie, Ferring, Janssen, Pfizer, Takeda, UCB; Palestrante- Abbvie, Janssen, Takeda, UCB; Advisory board - Janssen, Pfizer, UCB, Takeda, Abbvie

10. Declaração final

O Projeto Diretrizes, iniciativa da Associação Médica Brasileira em conjunto com as Sociedades de Especialidades, tem por objetivo conciliar informações da área médica a fim de padronizar condutas que auxiliem o raciocínio e a tomada de decisão do médico. As informações contidas neste projeto devem ser submetidas à avaliação e à crítica do médico, responsável pela conduta a ser seguida, frente à realidade e ao estado clínico de cada paciente.



APOIO AMB E SOCIEDADES DE ESPECIALIDADES