

INTRODUÇÃO

A etiologia da Doença de Crohn (DC) permanece desconhecida, admitindo-se uma origem multifatorial, com o ambiente, os genes e fatores imunológicos/microbiológicos a tomar parte do seu desenvolvimento.<sup>1,2,3</sup> O papel que os fatores psicossociais desempenham no curso da doença permanece por esclarecer.<sup>4</sup> O objetivo deste estudo é analisar o impacto da ansiedade e da depressão na atividade e evolução da doença.

MATERIAL/MÉTODOS

Foi realizado um estudo de coorte, transversal, com inclusão dos doentes com DC seguidos em consulta externa de Gastreenterologia do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra (CHUC), entre Setembro e Dezembro de 2017. Os sintomas de depressão e ansiedade foram avaliados pela *Hospital Anxiety and Depression Scale* (HADS), aplicada no decurso da consulta/entrevista. A atividade clínica da doença foi definida pelo *Harvey-Bradshaw Index* (HBI) e a atividade endoscópica foi definida pelo *score de Rutgeerts* e pelo *Simple Endoscopic Score for Crohn's Disease* (SES-CD). Recolheram-se dados demográficos e clínicos da amostra através da consulta do respetivo processo clínico. A análise estatística foi efetuada recorrendo ao software IBM SPSS Statistics versão 24, com um nível de significância de 0,05.

RESULTADOS

Foram incluídos 80 doentes, cujas características demográficas se encontram esquematizadas na figura 1. A mediana da duração da DC foi de 13 anos e a da idade ao diagnóstico foi de 23 anos. A maioria apresentava doença ileocólica - 47,5% - e um comportamento não estenosante e não penetrante - 41,3%. Em 33,8% dos casos existiam manifestações extraintestinais. Nesta amostra, 88,8% dos doentes encontravam-se em remissão (HBI<5) e 86,3% sob imunossupressão. Com base na escala HADS, 46,3% dos doentes apresentavam sintomas ansiosos ligeiros a graves e 15,1% tinham sintomas depressivos ligeiros a graves. No que respeita à correlação entre a atividade clínica da DC e o estado psicológico, verificou-se uma correlação positiva, fraca a moderada, entre o *score* HBI e os *scores* da HADS total, de ansiedade e de depressão, estatisticamente significativa (respetivamente: rho=0,334 e p=0,002; rho=0,245 e p=0,020; rho=0,326 e p=0,003). Esta correlação foi mais forte com o *score* de depressão do que com o de ansiedade, como se confirma nos gráficos de dispersão na figura 2. Não existiram diferenças estatisticamente significativas nas medianas do *score* HADS-TOTAL entre os grupos em remissão (HBI<5), com atividade ligeira (5≤HBI<8) e com atividade moderada a grave (HBI≥8) (p=0,463) (figura 3). Relativamente à atividade endoscópica, não se constatou relação significativa entre nenhum dos *scores* (SES-CD e *Rutgeerts*) e o HADS-TOTAL. Quanto aos parâmetros analíticos, apenas as plaquetas apresentaram uma correlação positiva, fraca a moderada, com o *score* HADS-TOTAL, estatisticamente significativa (rho=0,384; p=0,001). Quanto aos restantes parâmetros estudados, não se verificaram correlações de relevo (Tabela 1).

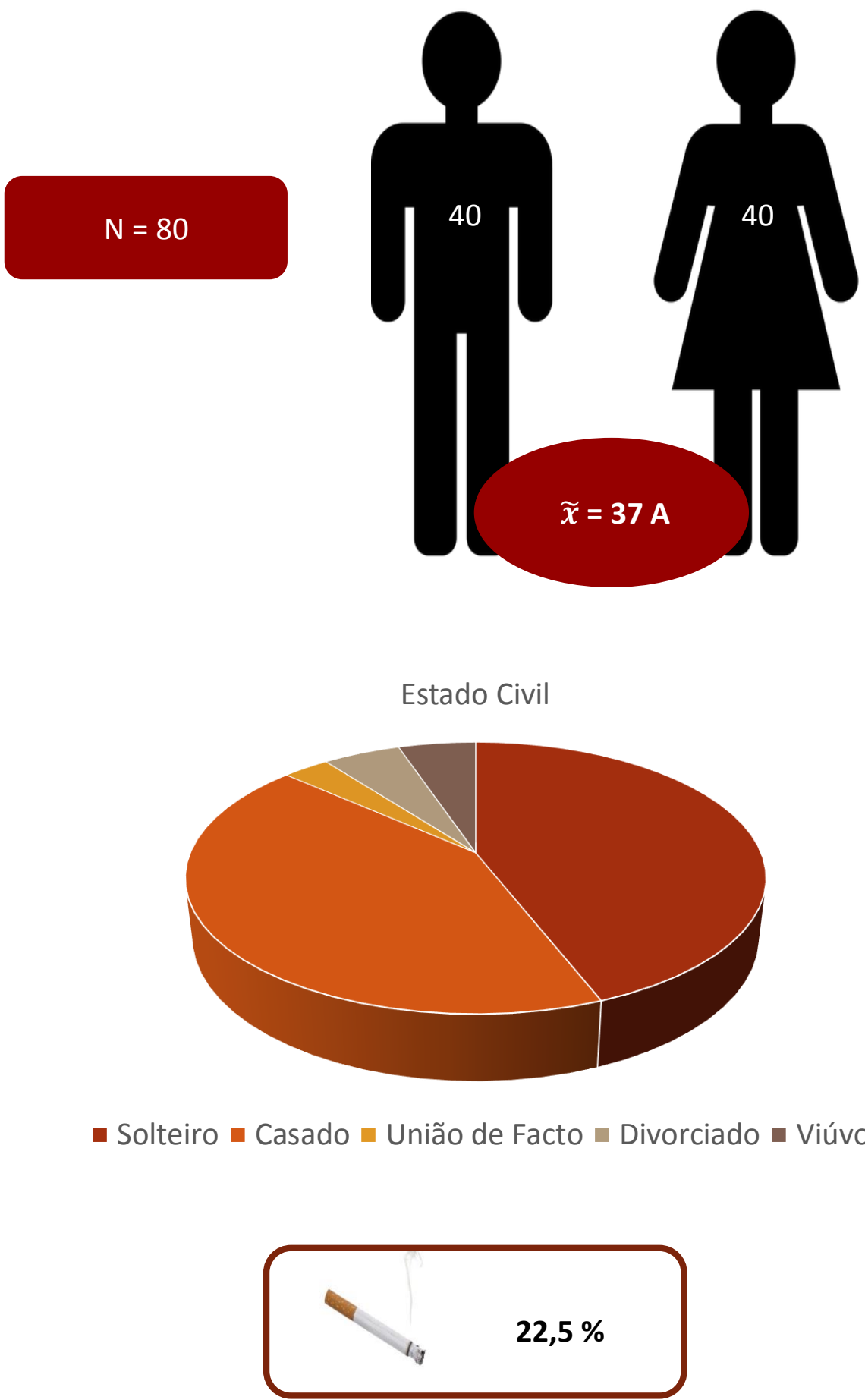


Fig. 1. Características demográficas.

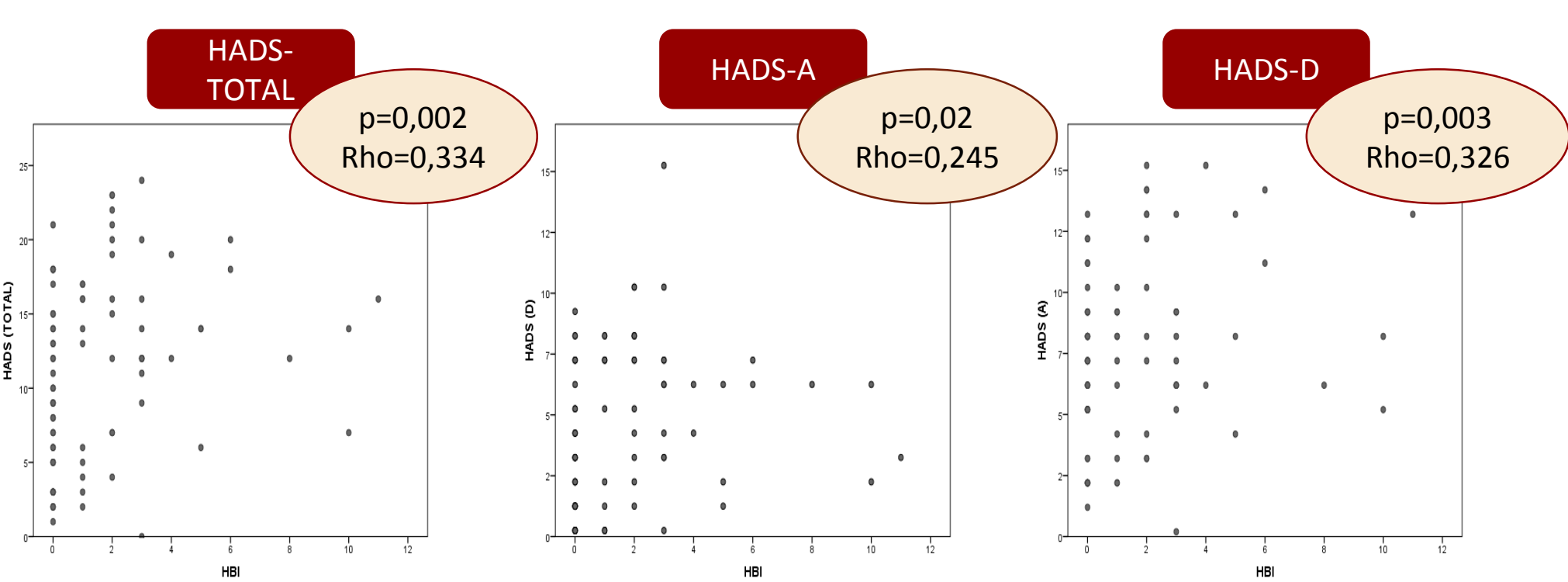


Fig. 2. Gráficos de dispersão entre a variável HBI e a HADS-TOTAL, a HADS-Ansiedade (A) e a HADS-Depressão (D).

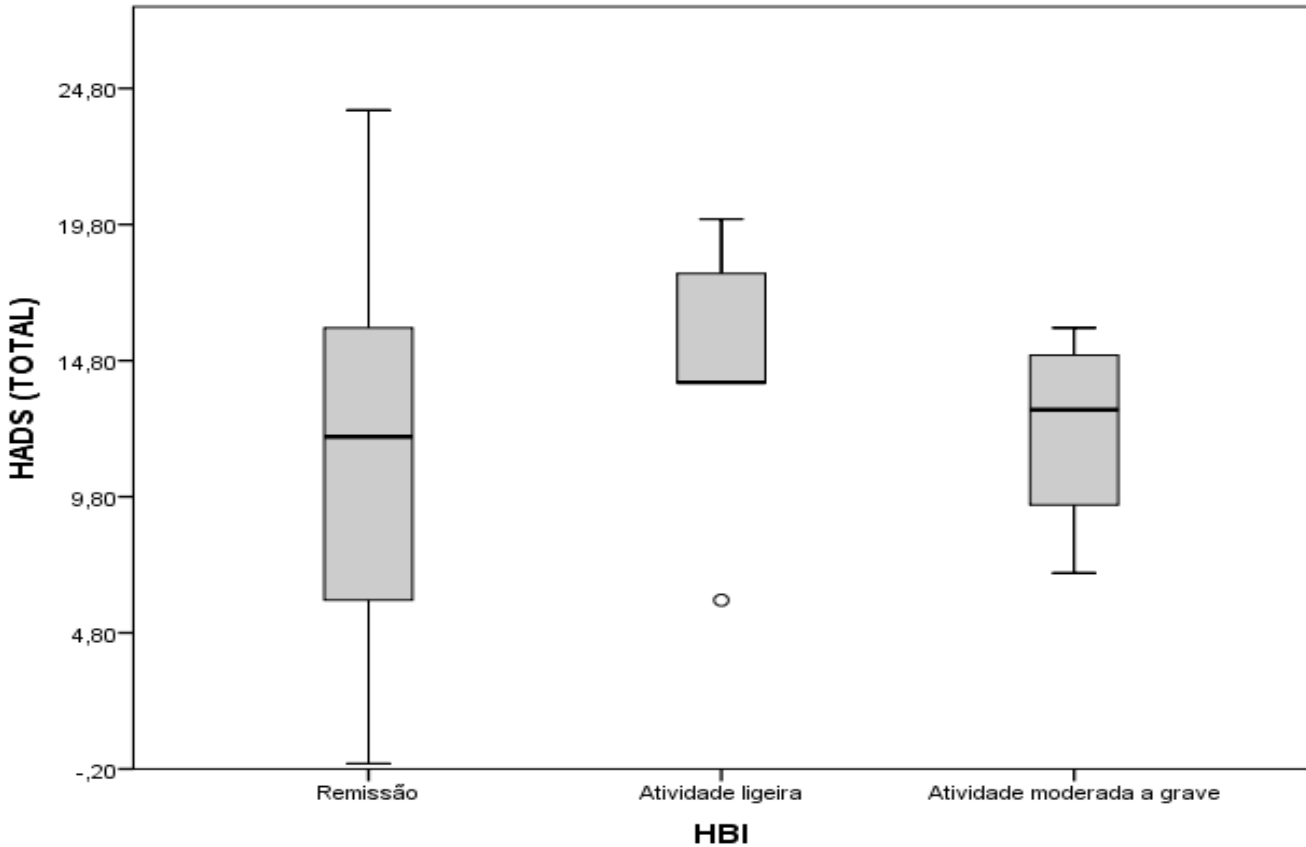


Fig. 3. Gráfico da distribuição do score HADS-TOTAL entre os diferentes grupos de scores HBI.

Tabela 1. Relação entre parâmetros clínicos e analíticos da DC e o estado psicológico do doente.

Correlações		Rho	p
N de internamentos/Anos de seguimento	HADS-TOTAL	0,179	0,112
N de ciclos corticoterapia	HADS-TOTAL	-0,114	0,312
N anos desde diagnóstico	HADS-TOTAL	0,062	0,584
Hb (sexo masculino) (n=40)	HADS-TOTAL	-0,265	0,098
Hb (sexo feminino) (n=38)	HADS-TOTAL	-,204	0,219
Plaquetas (n=75)	HADS-TOTAL	0,384	0,001
PCR (n=77)	HADS-TOTAL	0,016	0,891
VS (n=35)	HADS-TOTAL	0,224	0,197
Calprotectina Fecal (n=18)	HADS-TOTAL	0,176	0,485
SES-CD (n=35)	HADS-TOTAL	0,257	0,142

*Rutgeerts* e HADS-TOTAL: análise descritiva sem variações significativas  
*Montreal* e HADS-TOTAL: análise descritiva sem variações significativas

CONCLUSÕES

Os fatores psicossociais, como a ansiedade e a depressão, têm impacto na atividade clínica da DC, quando esta é medida através do *score* HBI, podendo, por isso, influenciar a sua progressão. Assim, a avaliação sistemática da presença de sintomas de depressão e ansiedade nos doentes com DC poderá representar um papel importante na abordagem da doença.

REFERÊNCIAS

1. Cosnes J, Gowerrousseau C, Seksik P, Cortot A. Epidemiology and natural history of inflammatory bowel diseases. *Gastroenterology*. 2011;140(6):1785–94. 2. Sajadinejad MS, Asgari K, Molavi H, Kalantari M, Adibi P. Psychological issues in inflammatory bowel disease: An overview. *Gastroenterol Res Pract*. 2012;2012. 3. Fiocchi C. Inflammatory bowel disease: Etiology and pathogenesis. *Gastroenterology*. 1998;115(1):182–205. 4. Van Assche G, Dignass A, Reinisch W, van der Woude CJ, Sturm A, De Vos M, et al. The second European evidence-based Consensus on the diagnosis and management of Crohn's disease: Special situations. *J Crohn's Colitis*. 2010;4(1):63–101.