

11209 94  
2oj.



# UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

Instituto Nacional de la Nutrición  
"Salvador Zubirán"

" CIRUGIA PARA ENFERMEDAD INFLAMATORIA  
DEL INTESTINO "

T E S I S  
Que para obtener el Título de  
CIRUGIA GENERAL  
p r e s e n t a :

D.R. CARLOS TORRES VEGA

Asesor:

D.R. Lorenzo De la Garza Villaseñor



México, D. F.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN 1992



Universidad Nacional  
Autónoma de México



## **UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso**

### **DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

## I N D I C E

DEDICATORIA.....	2
INTRODUCCION .....	3
ANTECEDENTES .....	6
MATERIALES Y METODOS .....	9
RESULTADOS .....	12
DISCUSION .....	24
CONCLUSIONES .....	29
BIBLIOGRAFIA .....	30

## I N T R O D U C C I O N

La poca frecuencia de una enfermedad, en una población determinada, origina que su entendimiento, etiológico y fisiopatogénico sea difícil y lento al transcurrir del tiempo. Así mismo las medidas de control o terapéuticas de una enfermedad de poca prevalencia se tornan a menudo cambiantes y hasta controversiales, secundario esto a la dificultad en la realización de estudios que comprueben o no su efectividad y al inevitable cambio en los enfoques terapéuticos a través de los años, no siempre libre de la influencia nociva de las "tendencias" o "modas".

Refiriendonos específicamente a la terapéutica Quirúrgica para al-

gunos padecimientos poco frecuentes que así lo requieran, podríamos decir que es aún mas lento el entendimiento y comprobación de la misma, determinado esto por la dificultad en la reunión de un número representativo de casos, lo cambiante de las técnicas y la innegable influencia que sobre sus resultados tienen otras medidas de apoyo, medicas, nutricionales, de cuidados críticos etc.

Por lo anteriormente comentado, el reunir la experiencia acumulada através de los años, en centros de referencia para padecimientos poco frecuentes y el analizarla con la finalidad de normar criterios diagnósticos y terapéuticos o bien de planeación prospectiva para su ulterior definición, es de suma importancia y da valor de peso a estudios retrospectivos con tales características, para servir de fundamentos sólidos al quehacer medico diario.

Con esta filosofía, el propósito de la presente TESIS es analizar la experiencia de un centro de referencia como lo es el Instituto Nacional de la Nutrición "Salvador Zubirán" de la cd. de México, en el tratamiento quirúrgico de la Enfermedad Inflamatoria Intestinal y tratar de derivar de la misma, criterios de manejo.

**A N T E C E D E N T E S:**

La enfermedad inflamatoria intestinal (EII) en sus dos variedades Colitis ulcerosa Crónica Inespecífica (CUCI) y la enfermedad de - CROHN son entidades relativamente poco frecuentes en nuestro país.

La etiología de estas entidades no se conoce, habiéndose propuesto innumerables teorías, de las cuales, la inmunorreactividad cruzada - del intestino a factores químicos o biológicos intraluminales pa - rece tener mayor acercamiento.

Ambas Formas de EII, con relativa frecuencia, requieren de manejo - quirúrgico para el tratamiento de complicaciones propias a estas - entidades. Las alternativas en el tratamiento quirúrgico de estos - casos ha tenido una evolución a través del tiempo, tratando de ade - cuar el manejo mas racional a los diversos conocimientos etiopato-

génicos y con los mejores resultados posibles para el enfermo. (1, 2 3, 4, 5).

En el momento actual se considera a la colitis crónica inespecífica como entidad 100% curable, dado que la excisión de la totalidad de la mucosa colónica puede lograrlo. No así la enfermedad de Crohn en donde la cirugía tiene solo un papel corrector de las complicaciones (6).

La necesidad de un tratamiento quirúrgico para cualquiera de las variedades de EII puede ser urgente o electiva, dependiendo de las circunstancias motivo de indicación. Los diferentes procedimientos que a través del tiempo se han utilizado, han demostrado tener una considerable morbimortalidad tanto operatoria, como en forma tardía con secuelas posteriores y cambios definitivos e impactantes para

la vida del enfermo(6,7,8,9,10,11,12,21,22,30).

El objetivo de la presente tesis es revisar la experiencia en el manejo quirúrgico de los pacientes con EII en sus 2 variedades, - que se ha acumulado en los últimos 25 años en el INNSZ. Así mismo - se pretende analizar la repercusión sobre la morbimortalidad de - los diferentes procedimientos quirúrgicos tanto de urgencia como - electivos.

## M A T E R I A L E S   Y   M E T O D O S

Con base en un diseño retrospectivo, se revisaron los expedientes clínicos de los pacientes operados por EII en un periodo de 1964 a 1989 en el servicio de cirugía general del INNSZ.

Se realizó un análisis de las características demográficas, sintomatología, estudios diagnósticos radiológicos y endoscópicos, procedimientos quirúrgicos, así como la morbilidad y mortalidad operatoria y el seguimiento a largo plazo. De los estudios para clínicos se analizó el porcentaje diagnóstico de los mismos, mediante los reportes acentados en los expedientes clínicos. La morbilidad y mortalidad se estimaron de acuerdo al número de muertes o eventos mórbidos en relación al número total de ciru -

gias. El seguimiento a largo plazo se consideró solo en aquellos enfermos con un seguimiento mínimo de 5 años, los resultados se tomaron como buenos si el estado era asintomático y existía una buena adaptación funcional y psíquica CUCI y Crohn, Regulares: síntomas discretos y/o mínima actividad inflamatoria demostrada histológica o radiológicamente para (CUCI y Crohn) . Malos: displasia severa o neoplasia rectal (CUCI), o necesidad de nuevo tratamiento quirúrgico (Crohn).

Dentro de las indicaciones para cirugía en casos de CUCI, la falla al tratamiento médico se definió como la presencia de brotes de recurrencia de severidad variable aún con tratamiento y la presencia de gran actividad inflamatoria y diversos grados de displasia aún sin síntomas.

El analisis de la morbilidad y mortalidad de acuerdo al tipo de cirugía se realizó por pruebas estadísticas de Chi cuadrada y -- exacta de Fisher para grupos pequeños, empleando para ello un programa estadístico de computadora (True-Epistat).

## R E S U L T A D O S

Un Total de 40 pacientes,veintitrés masculinos y diecisiete femeninos,constituyeron la población de estudio.Veintidos enfermos con CUCI y 18 con Crohn.La edad promedio fué muy similar en ambos grupos siendo en promedio de 38.2 años en CUCI y 43.3 años en Crohn.Un total de 10 operaciones de urgencia,4 en CUCI y 6 en Crohn y 46 electivas,- 29 en CUCI y 17 en Crohn totalizaron 56 intervenciones.

El tiempo de evolución de la enfermedad antes de la cirugía en promedio fué de 5.4 años en CUCI y 6 años en Crohn,con rangos muy variados.

Todos los enfermos con CUCI recibieron tratamiento médico previo

a la cirugía y solo en el 40% de los pacientes con Crohn se documentó este hecho. (tabla 1).

Los principales síntomas y signos clínicos aparecen en la tabla 2 , destacando el predominio de diarrea , dolor y hemorragia en CUCI y de dolor,pérdida de peso y obstrucción intestinal en Crohn

De los exámenes diagnósticos en enfermos con CUCI,la rectosigmoidoscopia fué el estudio que demostró un 100% de certeza diagnóstica,seguido por el enema baritado.Solo 45% de los pacientes se sometieron a colonoscopia,puesto que la introducción de este procedimiento en nuestra institución fué a mediados de los 70 s. Para enfermos con Crohn el estudio de mayor utilidad fué sin duda el tránsito intestinal con 80% de exactitud diagnóstica.La placa simple de abdomen en circunstancias de urgencia,tuvo un gran índice de sospecha diagnóstica.(tabla 2).

Tabla 1- CARACTERISTICAS GENERALES DE LA POBLACION ESTUDIADA

	CUCI	CROHN	TOTAL
PACIENTES	22	18	40
Masculino	13	10	23
Femenino	9	8	17
EDAD PROMEDIO	38.2 años	43.2 años	-
CIRUGIAS	33	23	56
Urgencia	4	6	10
Electivas	29	17	46
TIEMPO DE EVOLUCION	5.4 años	6 años	-
TRATAMIENTO MEDICO PREVIO	100%	40%	-

Las manifestaciones extraintestinales incluyeron manifestaciones articulares y oftálmicas.

Tabla 2.- SINTOMAS, SIGNOS Y ESTUDIOS DIAGNOSTICOS.

SINTOMAS Y SIGNOS	C U C I		C R O H N	
	n= 22		n= 18	
DOLOR	18	(82%)	16	(88%)
DIARREA	19	(86%)	12	(66%)
HEMORRAGIA	18	(82%)	2	(11%)
PERDIDA DE PESO	13	(59%)	16	(88%)
OBSTRUCCION INTESTINAL	2	(9%)	12	(66%)
EXTRAIESTINALES	12	(54%)	11	(61%)
ESTUDIO DIAGNOSTICO	Realizado	%Dx	Realizado	% Dx
ENEMA BARITADO	22	90%	7	41%
TRANSITO INTESTINAL	5	20%	15	80%
RECTOSIGMOIDOSCOPIA	22	100%	3	33%
COLONOSCOPIA LARGA *	10	100%	4	75%
PLACA SIMPLE ABDOMEN **	4	80%	6	83%

\*Con Biopsia

\*\*En caso de urgencia

Las indicaciones para cirugía urgente y electiva fueron distintas.

En cirugía urgente para CUCI la hemorragia y la perforación de un colon tóxico fueron las causas mas frecuentes, mientras que en Crohn, la obstrucción intestinal predominó como causa de origen. En forma electiva el 86% de enfermos con CUCI fueron operados por falla al tratamiento médico, mientras que en Crohn nuevamente la obstrucción intestinal se constituyó en la principal indicación. Otras indicaciones se mencionan en la tabla 3.

Tabla 3.- INDICACIONES DE CIRUGIA

	C U C I		C R O H N	
U R G E N C I A	n= 4	(%)	n=6	(%)
HEMORRAGIA	2	50%	1	17%
PERFORACION	2	50%	1	17%
OBSTRUCCION INTESTINAL	----		4	66%
E L E C T I V A	n=29	(%)	n=17	(%)
FALLA A TRATAMIENTO	26	86%	---	
OBSTRUCCION INTESTINAL	2	7%	10	60%
MASA PALPABLE	1	3.5%	---	
NEOPLASIA	1	3.5%	---	
LAPAROTOMIA DIAGNOSTICA	----		3	17%
FISTULA PERIANAL	----		4	23%

Los diferentes procedimientos quirúrgicos realizados, tanto electivos como de urgencia se exponen en la tabla 4. La proctocolectomía con ileostomía definitiva (Brooke) fué la mas frecuentemente

realizada de manera electiva en casos de CUCI (40%). La colectomía total con bolsa de Hartman fué el procedimiento de todos los casos con cirugía urgente en CUCI y en algunos casos electivos en 2 etapas. Algunos casos se trataron con ileorrectoanastomosis y en 4 casos se efectuó ileoconoanastomosis con reservorio ileal (los mas recientes).

Para enfermedad de Crohn, la resección intestinal, con entero-enteroanastomosis fué la operación realizada con mayor frecuencia tanto en casos urgentes como electivos, el cortocircuito yeyuno-colónico solo se realizó en un caso electivo y otro de urgencia (tabla 4).

Tabla 4.- PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS

C U C I	ELECTIVA		URGENCIA	
	N=29	(%)	N=4	(%)
Proctocolectomía	11	40%	---	
Colectomía Total	3	11%	4	100%
Ileorrectoanastomosis	5	19%	---	
Ilecanoanastomosis con reservorio ileal	4	13%	---	
Cierre de ileostomía	4	13%	---	
Ileostomía desfuncionalizante	2	8%	---	
C R O H N	N=17	(%)	N=6	(%)
Resección Intestinal	8	47%	5	83%
Cortocircuito	1	6%	1	17%
Resección Ileocolónica	4	23%	---	
Fistulectomía Perianal	4	23%	---	

La mortalidad operatoria global fué de 10.7% (6 en 56 cirugías,

siendo mayor en cirugía de urgencia (20%) que en cirugía electiva

(8.6%), con valor de  $p=0.05$  en límites de la significancia estadística.

De acuerdo al padecimiento de base, la mortalidad fué mayor en CUCI y en especial en cirugía urgente comparativamente a la mortalidad en los enfermos con Crohn (tabla 5).

Tabla 5.- MORBIMORTALIDAD OPERATORIA

	GLOBAL	CUCI	CROHN
<b>MORTALIDAD</b>			
URGENCIA	20%	25%	16%
ELECTIVA	8.6%	10%	6%
TOTAL	10.7%	12%	6%
<b>MORBILIDAD</b>			
URGENCIA	70%	75%	66%
ELECTIVA	43%	62%	11%
TOTAL	48%	63%	26%

La morbilidad total fué del 48% (27 eventos mórbidos en 56 cirugías), Fué mayor en CUCI que en Crohn .La morbilidad en cirugía electiva fué menor que en la de urgencia (tabla 5) valor de p - menor de 0.05 .

Los eventos mórbidos consistieron en :6 infecciones de herida -- 2 ileos prolongados,una hemorragia postoperatoria,5 complicaciones cardiovasculares,6 abscesos intrabdominales,4 fistulas y 3 mis--- celáneas (colecistitis aguda,dehiscencia de herida y tromboembolia pulmonar.

Al analizar la morbimortalidad por tipo de cirugía en Crohn,existió una tendencia a mayor morbilidad secundaria al corto circuito-yeyunocolónico, en comparación a la resección intestinal, sin embargo el bajo número de procedimientos no permite análisis estadístico

(tabla 6).

En CUCI la proctocolectomía y la ileorecteanastomosis, tuvieron -  
significativamente mayor morbilidad que la ileoanoanastomosis con  
reservorio(tabla 6).

La evaluación a largo plazo solo pudo realizarse en 50% de los en-  
fermos con CUCI y en el 40% de enfermos con Crohn, el resto, perdidos  
al seguimiento o con un seguimiento menor a 5 años. En enfermos con  
CUCI se logró 80% de buenos resultados, 20 % de regulares y en el 70%  
de enfermos con Crohn hubo buenos resultados y en el 30% fueron malos  
por recurrencia de la enfermedad.

Tabla 6.- MORBIMORTALIDAD POR TIPO DE CIRUGIA

C U C I	MORBILIDAD	MORTALIDAD
PROCTOCOLECTOMIA	72%	---
COLECTOMIA TOTAL	71%	13%
ILEORRECTOANASTOMOSIS	80%	20%
ILEOANOANASTOMOSIS CON RESERVORIO	25% *	---
CIERRE DE ILEOSTOMIA	25%	---
ILEOSTOMIA DESFUNCIONALIZANTE	100%	100%
C R O H N		
RESECCION INTESTINAL	23%	7.5%
CORTOCIRCUITO YEYUNOCOLON	50%	---
RESECCION ILEOCOLONICA	25%	25%
FISTULECTOMIA ANAL	25%	---

\* P MENOR 0.05

## DISCUSION

Como la etiología de la EII no es conocida, el tratamiento quirúrgico hasta la fecha ha sido empírico. Clásicamente se había considerado que la proctocolectomía con ileostomía definitiva era el tratamiento curativo para CUCI y que la resección intestinal radical podría serlo para Crohn (1,2,3); sin embargo, las grandes secuelas y limitaciones para un paciente sometido a ellos (8,32), han motivado el desarrollo de otras modalidades. Así la ileorrectoanastomosis divulgada por Aylett(7) y apoyada por otros(8,9,10,11) mejorando la calidad de vida, no elimina el riesgo potencial de neoplasia a largo

plazo(24,25,26) ni la persistencia de actividad inflamatoria - persistente a nivel rectal,requiriendo en un buen numero de casos una ileostomia definitiva(12).

La ileoconoanastomosis descrita desde los años 30,s por Quenu e introducida por Ravitch y Sabinston en 1947,no fué aplicada en forma contundente para enfermos con CUCI sino hasta mediados de los 70,s por Parks(13,14) y el grupo de la clínica Mayo(15,16,18).Esta técnica parece reunir ambos propósitos:el de curar la enfermedad al retirar el 100% de la mucosa colónica y conservar un buen funcionamiento esfinteriano anorrectal,salvando al paciente de un estoma definitivo.Se han descrito variantes diversas,sobre todo en cuanto al tipo de reservorio utilizado(17,19,20).

En nuestra serie como los resultados lo revelan,ha existido la

misma tendencia a realizar los diferentes procedimientos. Debemos señalar que todos los procedimientos de urgencia fueron colectomía total y bolsa de Hartman, procedimiento universalmente aceptado y - apoyado por varias series (1,2,3,32). La mortalidad de 10.8% en nuestra serie, aunque aceptable, se encuentra por encima de lo reportado en otras series, la cual oscila del 3 al 5% (8,9,10). Así mismo, la morbilidad encontrada en la presente serie es alta (48%) y mayor a lo reportado por otros, la cual va del 15 al 38% (8,9,10). Es posible que estas diferencias se deban a que otras series analizan únicamente los resultados con una ó 2 técnicas quirúrgicas y en periodos mas -- cortos de tiempo. Así mismo es posible que la abundancia en el número de estos pacientes en países anglosajones contribuya a su mejor experiencia.

En nuestros resultados existió mayor morbimortalidad para los procedimientos de urgencia que los electivos, siendo consistente con otros reportes de la literatura(32).

La menor morbilidad(25%) para la ileoanastomosis con reservorio en nuestra serie, en comparación con otros procedimientos como la proctocolectomía o la ileorrectoanastomosis, aunado a la mejor calidad de vida y los buenos resultados funcionales obtenidos, ha determinado que sea el procedimiento de elección para enfermos con CUCI en nuestro hospital, a partir de 1985.

En relación a la enfermedad de Crohn, no tenemos ningún caso de cirugía conservadora a base de plastias intestinales de las áreas estenóticas, como ha sido publicado por varios grupos (4,5) y aunque en forma real no sabemos la evolución de mas de la mitad de los -

pacientes operados con Crohn en nuestra serie, es probable que la agresividad de la enfermedad de Crohn en nuestro medio, no sea tanta, dado que no encontramos ningún caso de enfermedad diseminada en el intestino y si todos localizados, por lo que la resección limitada parece ser la opción mas recomendable para nuestros pacientes. La ventaja y mejores resultados de la resección intestinal, sobre el corto circuito yeyunocolónico ha sido ampliamente demostrada por el grupo de A. Williams en Birmingham UK (29), señalándose como grande desventaja del cortocircuito yeyunocolónico, la exacerbación de la mala absorción intestinal por las complicaciones infecciosas agudas en el segmento "excluido".

**CONCLUSIONES**

CON LOS DATOS ANTERIORMENTE ANOTADOS PODEMOS CONCLUIR QUE LA MORBIMORTALIDAD EN PACIENTES CON EII SOMETIDOS A UNA INTERVENCIÓN QUIRURGICA ES ELEVADA, SOBRETUDO SI ESTA ES REALIZADA DE MANERA URGENTE, EL CONSIDERAR CLARAMENTE LAS INDICACIONES PARA TRATAR QUIRURGICAMENTE A UN PACIENTE CON EII, PODRA DISMINUIR LA NECESIDAD DE PROCEDIMIENTOS DE URGENCIA Y POR LO TANTO ABATIR LA MORBILIDAD.

LA EVOLUCION DE LAS DIVERSAS TECNICAS DE TRATAMIENTO PARA LAS COMPLICACIONES QUIRURGICAS DE LA EII HA TENIDO COMO CONSECUENCIA MEJORES RESULTADOS, MENOR MUTILACIÓN FUNCIONAL Y PROBABLEMENTE SE LOGRE ABATIR LA MORBILIDAD Y MORTALIDAD EN LO FUTURO.

**ESTA TESIS NO DEBE  
SALIR DE LA BIBLIOTECA**

## R E F E R E N C I A S   B I B L I O G R A F I C A S

- 1.- Jagelman DG .Surgical alternatives for ulcerative colitis  
Med Clin North Am, 1990; 74 (1):155-67.
- 2.- Smith LE.Surgical Therapy in ulcerative colitis Gastroen-  
terol Clin North Am, 1989; 18 (1):99-109.
- 3.- Shorb PE. Surgical Therapy for Crohn,s disease Gastroente-  
rol Clin North Am, 1989; 18(1):111-30.
- 4.- Fazio VW.Conservative Surgery for Crohn,s disease of the small  
bowel Med Clin North Am, 1990; 74(1):169-181.
- 5.- Williams JA, & Haynes JG.Conservative operations for Crohn,s di  
sease of the small bowel World J Surg,1985; 9:945-951.
- 6.- Bachar DB.The problem of postoperative recurrence of Crohn,s -  
disease. Med Clin North Am, 1990; 74(1):183-87.
- 7.- Aylett SO.Three hundred cases of diffuse ulcerative colitis -  
treated by total colectomy and ileorectal anastomosis BMJ,1966;  
1:1001-05.

- 8.- Albrettsen D, Bergan A, Nygaard K, et al. Elective surgery for ulcerative colitis: colectomy in 159 patients. Scand J Gastroent, 1981; 16:825-31.
- 9.- Baker W, The results of ileorectal anastomosis at St. Mark's Hospital from 1953 to 1968. Gut, 1970; 11:235-39.
- 10.- Farnel MB, Van Heerden JA, & Beart RW. Rectal preservation in Non-specific Inflammatory disease of the colon. Ann Surg, 1980; 192: (2):249-53.
- 11.- Kubchandani LT, Sandfort MR, Rosen L, et al. Current status of ileorectal anastomosis for inflammatory bowel disease. Dis Colon Rectum, 1989; 32:400-403.
- 12.- Gr uner OP, Flatmark A, & Ness R. Ileorectal anastomosis in ulcerative colitis. Scand J Gastroent, 1975; 10:641-646.
- 13.- Parks AG, & Nicholls RJ. Proctocolectomy without ileostomy for ulcerative colitis. Br J Med, 1978; 2:85-88.
- 14.- Parks AG, Nicholls RJ, & Belliveau P. Proctocolectomy with ileal reservoir and anal anastomosis. Br J Surg, 1980; 67(8): 533-538.
- 15.- Taylor BM, Beart RW, Dozois RR, et al. The endorectal ileal Pouch

anal anastomosis. Dis Colon Rectum, 1984; 27:347-350.

- 16.-Pemberton JH,Kelly KA,Beart RW, et al.Ileal pouch-anal anastomosis for chronic ulcerative colitis. Ann Surg,1987; 206(4) 504-513.
- 17.-Kock NG,Hulten L,& Myrvold HE.Ileoanal anastomosis with interposition of the ileal Kock pouch.Dis Colon Rectum, 1989;32:1050-1054.
- 18.- Nelson H,Dozois RR,Kelly KA.The effect of pregnancy and delivery on the ileal pouch-anal anastomosis Functions.Dis Colon Rectum, 1989;32:384-388.
- 19.-McHugh SM,Diamant NE,McLeod NL,et al. S-pouches vs. J-pouches:a comparison of functional outcomes.Dis Colon Rectum, 1987; 30:671-677.
- 20.-Fonkalsrud EW.Endorectal ileoanal anastomosis with isoperistaltic ileal reservoir after colectomy and mucosal proctectomy,Ann Surg, 1984; 199(2):151-157.
- 21.-Burham WR,Lennard JE,& Brooke BN.Sexual problems among married ileostomist. Gut, 1977; 18:673-677.

- 22.-Neal DE,Williams NS, & Johnston D. Rectal,Bladder and sexual function after mucosal proctectomy with and without a pelvic reservoir for colitis and polyposis. Br J Surg,1982; 69:599--604.
- 23.-Campieri M,Gionchetti P,Belluzi A, et al. 5-aminosalicylic acid suppositories in the management of ulcerative colitis. - Dis Colon Rectum, 1989; 32:398-399
- 24.-Grundfest SP,Fazio V,Weiss RA, et al.The Risk of cancer following colectomy and ileorectal anastomosis for extensive -- mucosal ulcerative colitis. Ann Surg, 1981; 193(1):9-14.
- 25.-Lashner BA,Hanauer SB, & Silverstein MD.Optimal Timing of colonoscopy for screen for cancer in ulcerative colitis. Ann Intern Med,1988; 108(2):274-78.
- 26.-Collins RH,Feldman M,& Fordtran JS.Colon cancer,dysplasia and surveillance in patients with ulcerative colitis. NEJM, 1987; 316(26):1654-1658.
- 27.-Bergman L, & Krause U. Crohn's disease,a long term study of the clinical course in 186 patients. Scand J Gastroent, 1977; 12:937-975.

- 28.-Bijnen AB, Schreve RH, & Westbroek DL. Calibration of stenosis of small intestine with marbles. *Surg Gynecol Obst*, 1989;10: 670-71.
- 29.-Williams JA, Fielding JF, & Cooke WT. A comparison of results of excision and bypass for ileal Crohn's disease. *Gut*, 1972; 12:973-975.
- 30.-Heyen F, Winslet MC, & Andrews H et al. Vaginal fistulas in Crohn's disease. *Dis Colon Rectum*, 1989; 32:379-383.
- 31.-Beart RW. Proctocolectomy and ileoanal anastomosis. --  
*World J Surg*, 1988; 12:160-163.
- 32.-Hewlwy FR. Emergency surgery for ulcerative colitis --  
*World J Surg*, 1988; 12:169-173.