

Recomendações
Guidelines

J. LEITE¹
F. POÇAS²

(1) Serviço de Cirurgia III, Hospitais da Universidade de Coimbra, Coimbra
(2) Serviço de Gastreenterologia, Hospital Geral de Santo António, Porto

Correspondência

J. Leite
Serviço de Cirurgia III
Hospitais da Universidade de Coimbra
Av. Byssaia Barreto e Praceta Mota Pinto
3000-075 Coimbra

TRATAMENTO DA INCONTINÊNCIA FECAL

Introdução

Considera-se existir incontinência fecal quando há perda involuntária de conteúdo fecal pelo ânus ⁽¹⁾. A incontinência para gases deve também ser incluída nesta definição pois, isoladamente, pode afectar de forma significativa a qualidade de vida do doente. A incontinência fecal perturba o equilíbrio emocional, social e psicológico do paciente que frequentemente oculta esta situação de grande embaraço social e que vem a condicionar toda a sua normal actividade.

Existem diferentes graus de incontinência fecal: desde a fuga involuntária de gases à perda de fezes sólidas. Os pacientes apresentam três tipos de queixas dominantes que importa caracterizar. A verificação de sujidade perianal e na roupa interior (*fecal seepage*), a perda fecal inconsciente (incontinência passiva) ou a incapacidade de impedir a vontade de defecar (incontinência com urgência) ⁽²⁾. Frequentemente os doentes apresentam queixas associadas, nomeadamente a incontinência passiva com a urgência.

É difícil avaliar a verdadeira prevalência de incontinência fecal na população, sendo referidos valores de 1,4 a 20% para o grupo com idade superior a 40 anos ^(3,4). Os estudos clínicos têm demonstrado que a incontinência fecal é mais frequente nas mulheres, mas em vários trabalhos epidemiológicos não se confirmou existir essa diferença nos dois sexos ^(1,5).

Etiologia

Existem vários mecanismos que conjugadamente contribuem para a normal continência fecal: a motilidade intestinal, o volume e a consistência fecal, o grau de consciência mental, o tónus esfíncteriano anal e a integridade da inervação neuronal ⁽²⁾. A incontinência surge geralmente após uma lesão traumática esfíncteriana, sendo raros os casos de etiologia congénita, quer por agenesia ano-rectal ou por meningomielocelo ⁽¹⁾. Na mulher predomina o trauma obstétrico, podendo existir lesão esfíncteriana em 35% das parturientes após o parto normal, embora só em menor percentagem surjam sintomas de incontinência ⁽⁶⁾. Várias intervenções ano-rectais complicam-se de incontinência, tais como a esfíncterotomia, a fistulotomia, a hemorroidectomia ou a dilatação anal ⁽⁷⁾. O trauma perineal com fractura da bacia pode também condicionar graves lesões esfíncterianas ou nervosas.

Nos doentes com diabetes, esclerose múltipla ou com demência há repercussão nas funções neuromusculares e várias doenças musculares associam lesão esfíncteriana, tais como as distrofias neuromusculares, a amiloidose ou a *miastenia gravis* ⁽²⁾.

A ausência de distensibilidade rectal é outro factor que pode condicionar o aparecimento de incontinência fecal sem lesão esfíncteriana. Tal pode acontecer nas situações de proctite ulcerativa, proctite rádica ou de prolapso rectal ⁽¹⁾. Os estudos clínicos evidenciam também que o efeito rádico

se manifesta na função esfíncteriana, apresentando estes pacientes maior incidência de incontinência fecal e de urgência⁽⁸⁾. O mesmo pode acontecer de forma errática na síndrome do cólon irritável com tendência diarreica por redução da distensibilidade rectal e associação com conteúdo fecal líquido⁽⁹⁾.

Avaliação da Gravidade da Incontinência Fecal

Na metodologia da avaliação da incontinência fecal deverá atender-se não só ao grau dessa incontinência como também ao seu impacto na qualidade de vida. O grau de incontinência é classicamente descrito de acordo com o *score* de Williams em cinco graus, atendendo à presença de incontinência para gases, para fezes líquidas e para fezes sólidas⁽¹⁰⁾ (grau II, incontinência para gases; grau III, incontinência ocasional para fezes líquidas; grau IV, incontinência ocasional para fezes sólidas; grau V, incontinência frequente para fezes sólidas). Estas escalas embora úteis pela simplicidade do estadiamento não incluem a frequência das queixas ao longo do dia ou da semana. O número de episódios de incontinência registados numa semana tem constituído o método simples de quantificação da incontinência fecal mais utilizado na avaliação dos resultados da estimulação sagrada⁽¹¹⁾.

Têm maior validade as escalas em que se avalia a frequência e também o impacto na qualidade de vida. Uma das mais utilizadas é a de Wexner⁽¹²⁾, num *score* de 0 a 20, que se baseia na frequência de episódios de incontinência para gases, fezes líquidas ou sólidas, bem como na necessidade de utilizar penso anal e na alteração da qualidade de vida, em que cada um destes cinco critérios são graduados de 0 a 4 (1, raramente; 2, às vezes; 3, semanalmente; 4, diariamente).

Diagnóstico

Através de uma história clínica detalhada é possível diagnosticar a severidade da incontinência e compreender que, frequentemente, o início de dejeções diarreicas explica a sua ocorrência fisiológica. A história obstétrica e de prévia cirurgia ou de eventual trauma ano-rectal deverá orientar o exame mais detalhado do caso. A presença de cicatriz residual ou de orifício fistuloso poderá confirmar a história. A presença associada de prolapso rectal mucoso ou completo deverá ser observada logo após o esforço em posição defecatória. O toque rectal efectuado por um clínico experiente permite uma avaliação do grau de tônus basal anal e da pressão de contracção anal voluntária muito aproximada da realidade. A identificação de fecalomas ou de

massa rectal sugere a etiologia da incontinência. O exame clínico só fica completo após a realização de anoscopia e de uma rectossigmoidoscopia, podendo diagnosticar-se hemorróidas, uma neoplasia ou proctite.

A ecografia endoanal permite identificar com grande precisão os diferentes músculos esfíncterianos e estruturas do pavimento pélvico, como o corpo perineal, e constitui um exame complementar indispensável. Sabe-se contudo que uma lesão esfíncteriana não se correlaciona necessariamente com a presença ou o grau de incontinência fecal⁽¹³⁾.

A manometria ano-rectal complementa a informação clínica, embora também não se verifique ter boa correlação com o grau de incontinência devido à variabilidade dos resultados encontrados no conjunto de doentes assintomáticos e dependendo também da idade ou do sexo do paciente. A manometria contribui para a decisão terapêutica no contexto global das restantes informações clínicas. Pode servir de guia de avaliação da resposta a terapias efectuadas (*Biofeedback*, cirurgia).

A prova da continência a um enema de soro fisiológico poderá ajudar na objectivação da resistência esfíncteriana e da acomodação rectal.

O estudo da sensação rectal à distensão de um balão permite reconhecer as situações de hipersensibilidade rectal, assim como de hiposensibilidade (encontrada nas incontinências de *overflow*, como na encoprese ou na diabetes).

Tratamento Médico

Na maioria dos doentes com sintomas ligeiros, as recomendações dietéticas com proposta de aumento da dose de fibras, bem como a abstenção de alimentos associados a diarreia e a medicação antidiarreica, particularmente com a loperamida, são suficientes para melhorar os sintomas e a qualidade de vida desses pacientes⁽¹⁴⁾. O ensino do doente através das técnicas de *biofeedback* tem permitido taxas de sucesso terapêutico muito variável, mas os estudos randomizados têm revelado não ser superior aos dos grupos de doentes que apenas receberam recomendações convencionais médicas e de enfermagem com incentivo nos exercícios da musculatura do pavimento pélvico⁽¹⁵⁾.

Geralmente os pacientes que apresentam queixas severas de incontinência fecal não obtêm melhoria clínica significativa com as medidas antes referidas. Impõe-se a necessidade de equacionar as opções cirúrgicas.

Opções Cirúrgicas

1. A *esfincteroplastia* com sobreposição ou com aproximação directa dos topos tem permitido obter bons resultados em 30 a 80 % dos pacientes ⁽¹⁶⁻¹⁸⁾. Contudo, os benefícios da reparação do esfíncter tendem a perder-se com o tempo e cerca de cinco a dez anos após a intervenção cirúrgica só 40 a 45% dos doentes mantêm resultados funcionais aceitáveis ^(19,20). Após recidiva clínica, repetindo a esfincteroplastia é possível obter aceitáveis resultados em cerca de metade dos pacientes.

2. A *reparação anal posterior* de Parks, bem como a reparação total do pavimento pélvico, foi utilizada nos últimos 30 anos para as situações de incontinência neuropática; a avaliação dos resultados à distância veio também mostrar que só cerca de 50% mantinham aceitável grau de continência ^(21,22).

3. Nas situações de incontinência passiva associadas a alterações estruturais do esfíncter anal interno a *injecção de biomaterial siliconado* no plano interesfíntérico pode melhorar temporariamente a incontinência, desconhecendo-se actualmente os resultados à distância ⁽²³⁾.

4. A *estimulação nervosa sagrada* foi inicialmente utilizada em 1981⁽²⁴⁾ para o tratamento de incontinência urinária com urgência e associadamente verificou-se que vários doentes também melhoravam dos sintomas de incontinência fecal concomitante ⁽²⁵⁾. O efeito da estimulação sagrada a nível do pavimento pélvico e do segmento distal do cólon e do recto não está completamente esclarecido. Tem sido demonstrado que durante a estimulação sagrada há melhoria da sensibilidade rec-

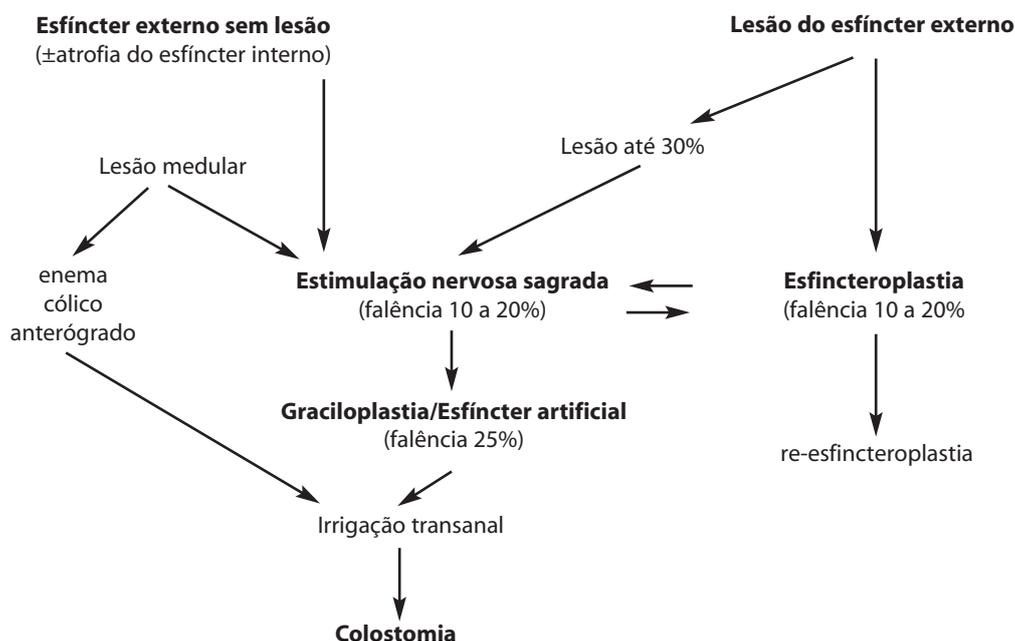
tal, passando os pacientes a terem a sensação de necessidade defecatória com volumes mais baixos de distensão rectal, quer em doentes com incontinência fecal ou com obstipação ⁽²⁶⁻²⁸⁾.

Nos últimos anos as indicações para a estimulação nervosa sagrada alargaram-se para situações de incontinência com lesão iatrogénica do esfíncter anal interno ⁽²⁸⁾, lesões parciais da medula ⁽²⁹⁾, esclerodermia ⁽³⁰⁾, após reparação de prolapso rectal ⁽²⁸⁾ e também após ressecção anterior baixa ⁽³¹⁾. Recentemente verificaram-se também bons resultados clínicos em situações de incontinência associando lesão esfínteriana até cerca de 30% da sua circunferência ^(32,33).

A estimulação nervosa sagrada consiste em duas fases: a) *teste de estimulação nervosa* com eléctrodo (também denominada PNE, *peripheral nerve evaluation*), no qual se avalia qual o nervo sagrado que produz melhor resposta motora e b) fase de implantação definitiva do *pacemaker*, após duas a três semanas, se houver redução superior a 50% do número de episódios de incontinência por semana. Quando há resposta motora podem prever-se bons resultados clínicos em mais de 80% dos doentes.

5. Nos casos de lesão esfínteriana grave, ou da sua ausência por lesões congénitas, a reconstrução *esfincteriana* constitui a única alternativa à colostomia. A partir dos anos 90 passou a ser utilizada a *graciloplastia dinâmica* que consiste na transposição do músculo recto interno com estimulação eléctrica permanente dum *pacemaker*. Esta estimulação permite transformar essas fibras num músculo com contractura tónica, susceptível de ser desactivada por consola manual quando o paciente necessita de defecar. A obtenção de con-

Figura 1 - Algoritmo de tratamento da incontinência fecal refractária ao tratamento médico.



tinência aceitável tem sido variável, ocorrendo em cerca de 35 a 85% dos doentes ^(34,35), dependendo da experiência do cirurgião, com taxas relativamente elevadas de morbidade e mesmo de insucesso ^(36,37).

6. A alternativa à graciloplastia tem sido o esfíncter artificial que é tecnicamente menos complexa e tem revelado resultados idênticos ⁽³⁸⁾; no entanto tem-se verificado a necessidade da sua excisão à distância em 20 a 53% dos casos ^(36,39-41).

7. O enema cólico anterógrado de Malone ⁽⁴²⁾ tem sido útil nas crianças com disfunções neurológicas e a utilização da apendicostomia *in situ* tem mesmo revelado melhores resultados nos adultos com problemas de incontinência ou de obstipação resistente aos tratamentos convencionais, particularmente com lesões medulares ou malformações ano-rectais ⁽⁴³⁾.

8. A irrigação transanal (enema cólico retrógrado) tem-se revelado também útil em várias situações neurológicas associadas a incontinência ou a obstipação, sendo utilizado um cateter rectal com balão ou um dispositivo para irrigação de colostomia. Nestes doentes este método constitui uma alternativa à colostomia quando há falência da estimulação nervosa sagrada ⁽⁴⁴⁾, com bons resultados em cerca de 50% dos casos.

9. A colostomia constitui a melhor opção quando as anteriores medidas falham, particularmente nos casos associados a lesões medulares e nos doentes acamados ⁽⁴⁵⁾, acompanhando-se de melhoria significativa na qualidade de vida.

O conjunto de evidências científicas que têm surgido nas publicações dos últimos anos fundamenta o algoritmo de tratamento da incontinência fecal (Figura 1). O fracasso dos resultados à distância da reparação anal anterior e posterior conduziu à escolha prioritária da estimulação sagrada. Por outro lado, excepto nos casos com grave destruição esfíncteriana, sem possibilidade de esfíncterorrafia e com indicação para reconstrução esfíncteriana, a escolha recaiu agora sobre a estimulação nervosa sagrada por se tratar dum procedimento minimamente invasivo, com escassa morbidade e com resultados muito satisfatórios e persistentes, mesmo em presença de lesão parcial do esfíncter anal.

Bibliografia

1. Madoff RD, Parker SC, Varma MG, Lowry AC. Faecal incontinence in adults. *Lancet*. 2004;364:621-32.
2. Rao SS. Diagnosis and management of fecal incontinence. *Am J Gastroenterol*. 2004;99:1585-604.
3. Perry S, Shaw C, MaGrother C, Matthews RJ, Assassa RP, Dallosso H, et al. Prevalence of faecal incontinence in adults aged 40 years or more living in the community. *Gut*. 2002;50:480-4.
4. Nelson R, Norton N, Cautley E. Community-based prevalence of anal incontinence. *JAMA*. 1995;274:559-61.
5. Nelson RL. Epidemiology of fecal incontinence. *Gastroenterology*. 2004;126:S3-7.
6. Kamm MA. Obstetric damage and fecal incontinence. *Lancet*. 1994;344:730-3.
7. Lindsey I, Jones OM, Smilgin-Humphreys MM, Cunningham C, Mortensen NJ. Patterns of fecal incontinence after anal surgery. *Dis Colon Rectum*. 2004;47:1643-9.
8. Shedda S, Lavery I. Bowel function is worse after restorative procedure with preoperative long course radiation. *Dis Colon Rectum*. 2008;51:633.
9. Bharucha AE, Zinsmeister AR, Luke GR. Risk factors for fecal incontinence: a population-based study In women. *Am J Gastroenterol*. 2006;101:1305-12.
10. Womack N, Morrison J, Williams N. Prospective study of the effects of postanal repair In neurogenic faecal incontinence. *Br J Surg*. 1988;75:48-52.
11. Leite JS, Monteiro A, Martins M, Manso A, Oliveira J, Castro Sousa F. A estimulação nervosa sagrada no tratamento da incontinência fecal e da obstipação. *Revista Portuguesa de Coloproctologia*. 2008;5(2):24-37.
12. Jorge JM, Wexner SD. Etiology and management of fecal incontinence. *Dis Colon Rectum*. 1993;36:77-97.
13. Karoui S, Savoye-Collet C, Koning E, Leroi AM, Denis P. Prevalence of anal sphincter defects revealed by sonography in 335 incontinent patients and 115 continent patients. *Am J Roentgenol*. 1999;173:389-92.
14. Wald A. Fecal incontinence. *Curr Treat Options Gastroenterol*. 2005;8:319-24.
15. Norton C, Chelvanayagam S, Wilson-Barnett J, Redfern S, Kamm MA. Randomized controlled trial of biofeedback for fecal incontinence. *Gastroenterology*. 2003;125:1320-9.
16. Engel AF, Kamm MA, Sultan AH, Bartram CI, Nicholls RJ. Anterior anal sphincter repair in patients with obstetric trauma. *Br J Surg*. 1994;81:1231-4.
17. Fleshman JW, Peters WR, Shemesh EI, Fry RD, Kodner IJ. Anal sphincter reconstruction: anterior overlapping muscle repair. *Dis Colon Rectum*. 1991;34:739-43.
18. Osterberg A, Edebol Eeg-Olofsson K, Graf W. Results of surgical treatment for faecal incontinence. *Br J Surg*. 2000;87:1546-52.
19. Zorcolo L, Covotta L, Bartolo DC. Outcome of anterior sphincter repair for obstetric injury: comparison of early and late results. *Dis Colon Rectum*. 2005;48:524-31.
20. Bravo Gutierrez A, Madoff RD, Lowry AC, Parker SC, Buie WD, Baxter NN. Long-term results of anterior sphincteroplasty. *Dis Colon Rectum*. 2004;20:727-31.
21. Setti-Carraro P, Kamm MA, Nicholls RJ. Long-term results of postanal repair for treatment of neuropathic

- thic faecal incontinence. *Br J Surg.* 1994;81:140-4.
22. Pinho M, Ortiz J, Oya M, Panagamuwa B, Asperer J, Keighley MR. Total pelvic floor repair for treatment of neuropathic faecal incontinence. *Am J Surg.* 1992;163:340-3.
 23. Tjandra JJ, Lim JF, Hiscock R, Rajendra P. Injectable silicone biomaterial for fecal incontinence due to internal anal sphincter dysfunction is effective. *Dis Colon Rectum.* 2004;47:2138-46.
 24. Tanagho EA, Schmidt RA. Bladder pacemaker: scientific basis and clinical future. *J Urol.* 1982;20:614-19.
 25. Pettit PD, Thompson JR, Chen AH. Sacral neuromodulation: new applications in the treatment of female pelvic floor dysfunction. *Curr Opin Obstet Gynecol.* 2002;14:521-5.
 26. Holzer B, Rosen HR, Novi G, Ausch C, Hölbling N, Schiessel R. Sacral nerve stimulation for neurogenic faecal incontinence. *Br J Surg.* 2007;94:749-53.
 27. Gladman MA, Scott SM, Chan CL, Williams NS, Lunniss PJ. Rectal hyposensitivity: prevalence and clinical impact in patients with intractable constipation and fecal incontinence. *Dis Colon Rectum.* 2003;46:238-46.
 28. Jarrett ME, Varma JS, Duthie GS, Nicholls RJ, Kamm MA. Sacral nerve stimulation for faecal incontinence in the UK. *Br J Surg.* 2004;91:755-61.
 29. Jarrett ME, Matzel KE, Christiansen J, Baeten CG, Rosen H, Bittorf B, et al. Sacral nerve stimulation for faecal incontinence in patients with previous partial spinal injury including disc prolapse. *Br J Surg.* 2005;92:734-9.
 30. Kenefick NJ, Vaizey CJ, Nicholls RJ, Cohen R, Kamm MA. Sacral nerve stimulation for faecal incontinence due to systemic sclerosis. *Gut.* 2002;51:881-3.
 31. Matzel KE, Bittorf B, Stadelmaier U, Hohenberger W. Sacral nerve stimulation in the treatment of faecal incontinence. *Chirurg.* 2003;74:26-32.
 32. Melenhorst J, Koch SM, Uludag O, van Gemert WG, Baeten CG. Is a morphologically intact anal sphincter necessary for success with sacral nerve modulation in patients with faecal incontinence? *Colorectal Dis.* 2008;10:257-62.
 33. Chan MK, Tjandra JJ. Sacral nerve stimulation for fecal incontinence: external anal sphincter defect vs intact anal sphincter. *Dis Colon Rectum.* 2008;51:1015-25.
 34. Koch SM, Uludağ O, Rongen MJ, Baeten CG, van Gemert W. Dynamic graciloplasty in patients born with an ano-rectal malformation. *Dis Colon Rectum.* 2004;47:1711-9.
 35. Chapman AE, Geerdes B, Hewett P, Young J, Eyers T, Kiroff G, Maddern GJ. Systematic review of dynamic graciloplasty in the treatment of faecal incontinence. *Br J Surg.* 2002;89:138-53.
 36. Tan JY, Chan M, Tjandra JJ. Evolving therapy for fecal incontinence. *Dis Colon Rectum.* 2007;50:1950-64.
 37. Leite J, Martins M, Portela I, Oliveira O, Manso A, Monteiro A, et al. Outcome after dynamic graciloplasty for severe faecal incontinence. *Colorectal Dis.* 2008;10(Suppl.2):56.
 38. Christiansen J, Rasmussen O, Lindorff-Larsen K. Long-term results of artificial anal sphincter implantation for severe anal incontinence. *Br J Surg.* 2004;91:665-72.
 39. Michot F, Costaglioli B, Leroi AM, Denis P. Artificial anal sphincter in severe faecal incontinence: outcome of prospective experience with 37 patients in one institution. *Ann Surg.* 2003;237:52-6.
 40. Wexner S, Li V, Pulido N, Wexner S, Li V, Pulido N, Person B, Wang D, Sands D, et al. Factors predictive of long-term failure of artificial bowel sphincter. *Dis Colon Rectum.* 2008;52:797.
 41. Wong WD, Congliosi SM, Spencer MP, Corman ML, Tan P, Opelka FG, et al. The safety and efficacy of the artificial bowel sphincter implantation for severe anal incontinence: results from a multicenter cohort study. *Dis Colon Rectum.* 2002;45:1139-53.
 42. Malone PS, Ransley PG, Kiely EM. Preliminary report: the antegrade continence enema. *Lancet.* 1990;336:1217-8.
 43. Worsøe J, Christensen P, Krogh K, Buntzen S, Laurberg S. Long-term results of antegrade colonic enema in adult patients: Assessment of functional results. *Dis Colon Rectum.* 2008;51:1523-8.
 44. Christensen P, Krogh K, Buntzen S, Payandeh F, Laurberg S. Long-term outcome and safety of transanal irrigation for constipation and fecal incontinence. *Dis Colon Rectum.* 2009;52:286-92.
 45. Tan JJ, Chan M, Tjandra JJ. Evolving therapy for fecal incontinence. *Dis Colon Rectum.* 2007;50:1950-67.