



UNIVERSIDADE DA BEIRA INTERIOR

Ciências da Saúde

Qualidade de vida após encerramento de estoma

Pedro Miguel Dias dos Santos

Dissertação para obtenção do Grau de Mestre em
Medicina
(Ciclo de estudos integrado)

Orientador: Dr. Pedro Silva Vaz
Coorientador: Dra. Sílvia Borges
Coorientador: Mestre Enf. Ana Monteiro

Covilhã, Setembro de 2018

Agradecimentos

As primeiras palavras de agradecimento vão para o Dr. Pedro Silva Vaz pela orientação e apoio na realização desta tese.

À Dra. Sílvia Borges que me soube guiar desde o primeiro dia, pela disponibilidade e suporte demonstrados em todo o processo.

À Mestre Enfermeira Ana Monteiro pela sua importante colaboração na realização deste projeto.

Por último não posso deixar de agradecer a Unidade Local de Saúde de Castelo Branco e ao Serviço de Cirurgia Geral por terem permitido a realização desta tese.

Resumo

Doentes com estomas de eliminação intestinal enfrentam inúmeros problemas tanto físicos como psicológicos. O encerramento do estoma apresenta-se como uma solução para esses problemas. Embora seja geralmente considerado um procedimento simples não previne eventuais complicações decorrentes tanto da patologia de base como da intervenção cirúrgica ou dos processos que lhe estão associados

Esta dissertação surge com o propósito de, através da revisão bibliográfica e de um estudo retrospectivo com aplicação do *score* LARS aos doentes submetidos ao restabelecimento do trânsito intestinal após realização de estoma, analisar o real impacto do encerramento do estoma na qualidade de vida dos doentes nomeadamente no que diz respeito à continência fecal.

Este estudo permitiu constatar uma baixa incidência de incontinência fecal bem como uma melhoria da qualidade de vida após o encerramento do estoma. A aplicação de questionários validados e o seu uso generalizado na prática clínica, com vista a um follow-up padronizado, permitirá a adoção de melhores estratégias visando maximizar a qualidade de vida do doente.

Palavras-chave

Estoma, Incontinência Fecal, LARS, Qualidade Vida.

Abstract

Stoma patients face a great number of physical and psychological ordeals. Stoma closure seems to be an answer to these problems. Although usually considered to be a simple procedure, stoma closure does not consider possible complications that may arise from the disease that lead to the stoma creation or from the surgical procedure.

The aim of this thesis is to analyse the real impact of stoma closure on quality of life with special focus on faecal continence. We achieved this by designing a retrospective study with application of the LARS score to patients submitted to stoma closure.

In this study we concluded there was a low incidence of faecal incontinence and an improvement in quality of life after stoma closure. We believe the use of validated scores and its use in our daily practice as a standardised follow-up routine will allow us to adopt new strategies to improve the patients' quality of life.

Keywords

Ostomy, Faecal incontinence, LARS, Quality of life.

Índice

1 Introdução	1
2 Material e Métodos	4
3 Análise Estatística	6
3.1 Resultados	7
4 Discussão de Resultados	13
5 Conclusão	15
6 Referências Bibliográficas	16

Lista de Figuras

Figura 1.1 – Esquema ilustrativo das etapas na obtenção da amostra em estudo	5
Figura 1.2 – <i>Score</i> LARS em Português	5

Lista de Tabelas

Tabela 1 - Frequência das características demográficas e clínicas dos doentes	8
Tabela 2 - Resultados Score de LARS	9
Tabela 3 - Associação entre o Score de LARS e as variáveis demográficas e clínicas da população	11
Tabela 4 - Associação entre o Score de LARS e as variáveis clínicas que caracterizam o estoma	12

Lista de Acrónimos

UBI	Universidade da Beira Interior
LARS	Low Anterior Resection Syndrome
MSKCC BFI	Memorial Sloan-Kettering Cancer Center Bowel Function Instrument
FIS Index	Faecal Incontinence Severity Index
FIQL	Faecal Incontinence Quality of Life Scale
MHQ	Manchester Health Questionnaire
NSFI	New Score for Faecal Incontinence
ULSCB	Unidade Local de Saúde de Castelo Branco
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences

Introdução

A criação de um estoma é um procedimento cirúrgico no qual se realiza a exteriorização de parte de um órgão oco, como o intestino ou a bexiga, criando uma abertura do abdômen (1). Existem diversos tipos de estomas, usualmente classificam-se em ileostomia ou colostomia conforme o tipo de intestino usado e em “terminal” ou em “ansa” de acordo com a finalidade da utilização do estoma (2).

As causas para a realização de um estoma intestinal são diversas, como a patologia obstrutiva, traumática, inflamatória ou neoplásica, sendo a mais frequente associada à neoplasia colorretal (3).

A criação de um estoma leva a uma redução da capacidade de retenção de conteúdo fecal e do controlo sobre a sua eliminação, estando comumente associada a perturbações físicas e psicológicas do doente, nomeadamente as devidas à alteração da imagem corporal, à dificuldade acrescida na higiene pessoal e às complicações relacionadas com o estoma (extravasamento de conteúdo fecal, reações cutâneas, má adaptação ou insuflação do saco coletor) (4).

O encerramento do estoma é realizado logo que possível e encontra-se associado ao aumento da qualidade de vida dos doentes. No entanto, existem poucos dados na literatura que avaliam a qualidade de vida após o encerramento do estoma (5).

A forma dos doentes encararem as mudanças corporais associadas ao estoma geram ansiedade, constrangimento, alteração do estilo de vida, afetando o comportamento em relação à família e amigos e perturbações em diversas áreas incluindo a vida sexual (6).

A prevalência das complicações relacionadas ao estoma não é consensual, Leenen e Kuypers (7) referem que estão presentes em 36% dos doentes, Cheung (8) descreve uma taxa global de complicações de 66,8% e Arumugam et al. (9) afirmam que 50,5% dos doentes desenvolveram uma ou mais complicações. As complicações deste procedimento são, portanto, um evento frequente, com efeitos adversos sobre a qualidade de vida do doente (10). Existem estudos que apoiam o encerramento precoce do estoma sempre que possível (11), no entanto, este procedimento nem sempre significa a resolução das diversas complicações.

Os estudos que incidem em doentes submetidos a reconstrução do trânsito intestinal são em número reduzido e no que diz respeito à prevalência de incontinência fecal são díspares. Alguns referem que aproximadamente 60-90% dos doentes que são submetidos a cirurgia com preservação do esfíncter anal apresentam alterações dos hábitos intestinais, após o encerramento do estoma, com um espectro de sintomas desde incontinência a

obstipação, designados por LARS (12,13). Outros descrevem entre 10-85% dos doentes, após o encerramento do estoma apresentam diversos graus de sintomatologia de incontinência fecal (14).

A continência fecal depende, entre outros fatores, do normal funcionamento do esfíncter anal e dos músculos do pavimento pélvico, sujeitos a reflexos neurais locais e espinhais que, por sua vez, são modificados por *inputs* somáticos do tronco cerebral e do lobo frontal, podendo este mecanismo estar comprometido por lesão do esfíncter ou dos músculos do pavimento pélvico, lesão nervosa por doença sistémica (ex. Diabetes mellitus), por traumatismo direto, diminuição da capacidade de distensão do reto (cirurgia, radioterapia ou doença inflamatória), por obstáculos ao relaxamento do ânus (hemorroidas externas ou prolapso retal) e ainda por inatividade por parte do doente como no caso dos doentes dependentes (15).

A incontinência fecal é definida como passagem involuntária ou incapacidade de controlar a perda de matéria fecal, incluindo gases, através do ânus. Apesar de não ser uma doença fatal, está associada a elevada morbidade causando ansiedade e sentimento de vergonha, com conseqüente distúrbio do equilíbrio emocional, social e psicológico do doente, agravado pelo facto da ocultação frequente desta situação (15). A incontinência fecal é uma condição com grande importância na qualidade de vida dos doentes. O conhecimento dos diversos fatores com influência na continência fecal e o seu real impacto na prevalência e grau de incontinência fecal pós-encerramento de estoma poderá permitir a otimização dos procedimentos, técnicas e protocolos terapêuticos com vista a diminuição da sua incidência, contribuindo para a melhoria da qualidade de vida.

Existem diversas escalas que permitem avaliar a continência fecal tais como: *low anterior resection syndrome score* (LARS) (16), *Memorial Sloan-Kettering Cancer Center bowel function instrument* (MSKCC BFI) (17), *Wexner faecal incontinence score* (Wexner score) (18), *St. Mark's incontinence score* (St. Mark's score) (19), *faecal incontinence severity index* (FIS Index) (20), *faecal incontinence quality of life scale* (FIQL) (21), *Manchester health questionnaire* (MHQ) (22) e *new score for faecal incontinence* (NSFI) (23).

O *score* LARS bem como o MSKCC BFI são questionários que avaliam os hábitos intestinais após cirurgia com atingimento do reto e preservação do esfíncter, com ou sem radioterapia. O *score* LARS é o mais utilizado, permitindo não só uma avaliação rápida da presença de incontinência fecal, mas também o seu impacto na qualidade de vida do doente. O *score* LARS avalia os cinco problemas mais graves da LARS com pelo menos uma questão para cada um dos aspetos: incontinência para gases e fezes líquidas, frequência, urgência e dificuldades de esvaziamento.

Utilizando uma escala ordinal não linear, ao contrário de outros scores, que usam escalas ordinais lineares, o *score* LARS classifica os cinco sintomas com mais influência na vida quotidiana, totalizando entre 0 e 42 pontos: no LARS (0-20 pontos), minor LARS (21-29 pontos) e major LARS (30-42 pontos) (24). O *score* LARS encontra-se, atualmente, validado para a população portuguesa (25).

Neste sentido, o presente estudo tem como principal objetivo avaliar a aplicação do *score* LARS nos doentes submetidos a reconstrução de trânsito intestinal.

Material e métodos

Inicialmente, foi realizada a revisão de literatura nas bases de dados *UptoDate* e *PubMed* utilizando as palavras chave: “*stoma*”, “*stoma closure*”, “*faecal incontinence*”, “*faecal continence*”, “*scores evaluation of faecal continence*” “*quality of life*”. As publicações foram selecionadas de acordo com a relevância do seu conteúdo tendo como critério preferencial serem escritos em língua inglesa ou portuguesa. Foi adotado o *score* LARS pela sua fácil aplicabilidade e pela inexistência de trabalhos publicados em população portuguesa. O *score* engloba os diversos aspetos conhecidos da incontinência fecal e permite uma noção do impacto das alterações na qualidade de vida dos doentes.

Foi elaborado um estudo de investigação, transversal e retrospectivo, tendo sido identificados os doentes seguidos atualmente na Consulta de Ostomia e submetidos ao restabelecimento do trânsito intestinal após estoma no Serviço de Cirurgia Geral da Unidade Local de Saúde de Castelo Branco (ULSCB) entre 2007 e 2017 (Figura 1.1).

Para a recolha da informação, realizada entre janeiro e fevereiro de 2018, foram consultados os registos clínicos dos doentes através do SAM® e ALERT®PFH. Foi, após a colheita da informação, realizada o contacto telefónico onde foi aplicado o *score* LARS (Figura 1.2)

Foram incluídos no estudo 25 doentes (60% da população inicial) e construída a base de dados com todas as variáveis, com a respetiva pré-análise, tendo-se optado pela exclusão de algumas variáveis por serem constantes em toda a amostra.

A obtenção dos dados, previamente aprovada pela Comissão de Ética da ULSCB, foi realizada acedendo-se ao sistema informático institucional e via telefónica. Os dados foram mantidos em sigilo e armazenados pelos investigadores dentro dos padrões éticos de confidencialidade.

Figura 1.1- Esquema ilustrativo das etapas na obtenção da amostra em estudo

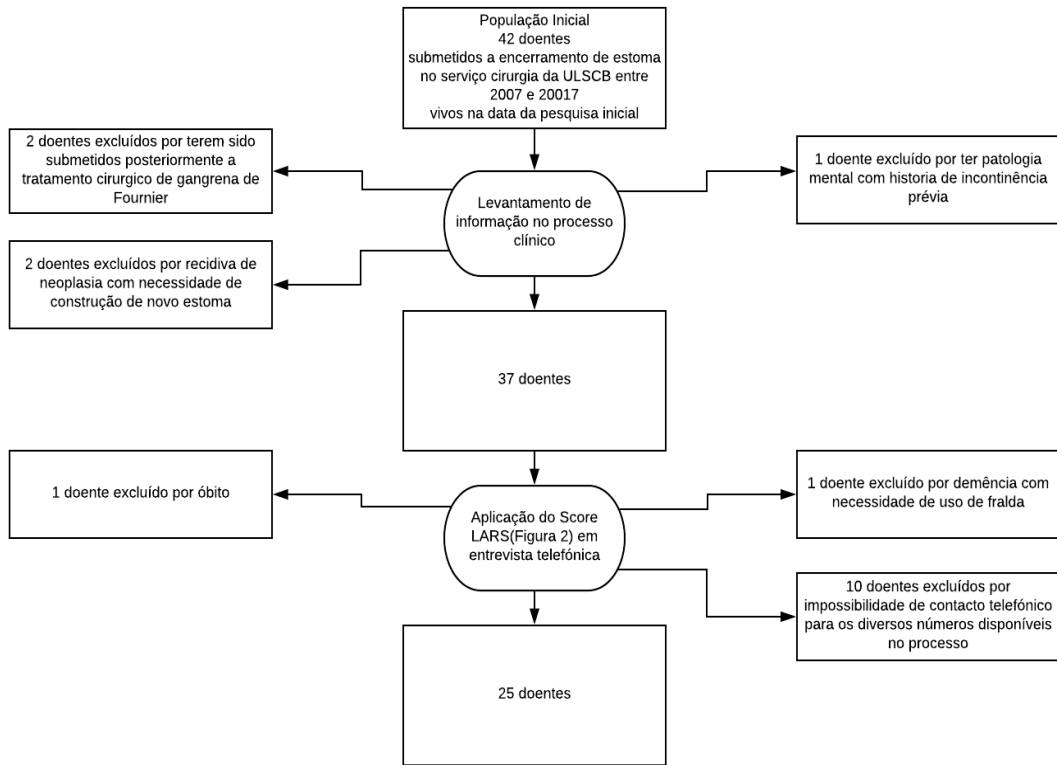


Figura 1.2 - Score LARS em Português

Tem por vezes ocasiões em que não consegue controlar a flatulência (gases)?	
<input type="checkbox"/> Não, nunca.	0
<input type="checkbox"/> Sim, menos de uma vez por semana.	4
<input type="checkbox"/> Sim, pelo menos uma vez por semana.	7
Tem por vezes alguma perda involuntária de fezes líquidas?	
<input type="checkbox"/> Não, nunca.	0
<input type="checkbox"/> Sim, menos de uma vez por semana.	3
<input type="checkbox"/> Sim, pelo menos uma vez por semana.	3
Com que frequência evacua?	
<input type="checkbox"/> Mais de 7 vezes por dia (24horas).	4
<input type="checkbox"/> 4-7 vezes por dia (24horas).	2
<input type="checkbox"/> 1-3 vezes por dia (24horas).	0
<input type="checkbox"/> Menos de 1 vez por dia (24horas).	5
Tem por vezes de evacuar novamente até uma hora depois da última dejeção?	
<input type="checkbox"/> Não, nunca.	0
<input type="checkbox"/> Sim, menos de uma vez por semana.	9
<input type="checkbox"/> Sim, pelo menos uma vez por semana.	11
Tem por vezes uma pressa tão grande de evacuar que tem de correr para a casa de banho?	
<input type="checkbox"/> Não, nunca.	0
<input type="checkbox"/> Sim, menos de uma vez por semana.	11
<input type="checkbox"/> Sim, pelo menos uma vez por semana.	16
<hr/>	
0-20: <i>no LARS</i>	21-29: <i>minor LARS</i>
30-42: <i>major LARS</i>	TOTAL:

Análise estatística

Para a apresentação dos dados recorreremos ao uso de tabelas, com os respectivos dados estatísticos antecedidos de análise.

A análise dos dados foi realizada através de estatística descritiva e inferencial, utilizando-se o software SPSS-24.0 (*Statistical Package for the Social Sciences*).

Para verificar a existência de diferenças nas proporções das categorias das variáveis em estudo foi aplicado o teste de ajustamento do qui-quadrado.

Para verificar associação entre as variáveis em estudo foi aplicado o teste de independência do qui-quadrado (X^2) que testa se duas ou mais populações (ou grupos) independentes diferem relativamente a uma determinada característica, isto é, se a frequência com que os elementos da amostra se repartem pelas classes de uma variável qualitativa é ou não aleatória (26). Consideramos que existiam diferenças estatisticamente significativas entre os grupos sempre que o resultado foi de $p < 0,05$.

Resultados

Numa pré-análise efetuada, do total da população em estudo (25 doentes), obteve-se os dados apresentados em seguida.

Conforme apresentado na Tabela 1, a amostra total é constituída por 25 doentes, dos quais 12 (48%) do sexo masculino e 13 (52%) do sexo feminino. A mediana de idades foi de 72 anos, com um mínimo de 47 anos e um máximo de 85 anos de idade.

A patologia associada de influência na continência fecal avaliada neste estudo foi a Diabetes mellitus, tendo-se verificado que apenas 16% da população era diabética.

A neoplasia consta como a patologia de base mais frequente (52%), apresentando como estadio IV 38,4% dos doentes com neoplasia maligna colorretal. Doze por cento da população estudada foi submetido a quimioterapia e radioterapia de carácter neoadjuvante. Os estomas foram realizados predominantemente de carácter urgente (84%). Quando se efetuou anastomose cólica esta foi efetuada abaixo dos 5cm do orifício externo do canal anal (OECA) em 12% dos doentes.

A mediana de permanência dos estomas nesta amostra foi de 9 meses. Os questionários telefónicos foram realizados com uma mediana de 49 meses após o encerramento do estoma (entre um mínimo de 3 meses e um máximo de 120 meses).

Tabela 1 - Frequência das características demográficas e clínicas dos doentes

	N	Mediana	Mínimo	Máximo	Quartis			
					25	50	75	
Idade	25	72	47	85	60,5	72	81,5	
						Frequência	[n(%)]	
Sexo								
		Masculino				12(48)		
		Feminino				13(52)		
Patologia associada de influência na continência fecal								
		Sim				4(16)		
		Não				21(84)		
Patologia Base								
		Neoplasia				13(52)		
		Oclusão intestinal causa não neoplásica				1(4)		
		Perfuração				5(20)		
		Diverticulite/ Divertículos do Colon				4(16)		
		Hérnia encarcerada				1(4)		
		Corpo estranho				1(4)		
Estadiamento da Neoplasia								
		Estadio I				2(15,4)		
		Estadio IIA				1(7,7)		
		Estadio IIB				1(7,7)		
		Estadio IIIB				4(30,8)		
		Estadio IV				5(38,4)		
Quimioterapia/Radioterapia Pré-operatória								
		Sim				3(12)		
		Não				22(88)		
Quimioterapia/Radioterapia Pós-operatória								
		Sim				8(32)		
		Não				17(68)		
Programada/Urgente								
		Programada				4(16)		
		Urgente				21(84)		
Tipo Cirurgia								
		Hartmann				14(56)		
		Sigmoidectomia				3(12)		
		Hemicolectomia esquerda				1(4)		
		Rafia de perfuração				5(20)		
		Hemicolectomia direita				1(4)		
		Resseção do Colon Transverso				1(4)		
Altura da anastomose								
		=< 5 cm				3(12)		
		> 5cm				22(88)		
Terminal / Ansa								
		Terminal				17(68)		
		Ansa				8(32)		
						Quartis		
		N	Mediana	Mínimo	Máximo	25	50	75
Tempo Estoma (meses)	25	9	1	68	5,5	9	17,5	
Tempo decorrido desde encerramento estoma até a data de aplicação dos questionários 03/2018(meses)	25	49	3	120	24	49	91	

A Tabela 2 apresenta a população distribuída pelo *score* LARS (*no* LARS, *minor* LARS e *major* LARS) após a aplicação do questionário. Verifica-se que o nível mais encontrado na população estudada foi “*no* LARS” com 84%, enquanto que “*minor* LARS” e “*major* LARS” apresentam a mesma percentagem (8%).

Tabela 2 - Resultados Score de LARS

		Frequência [n(%)]	<i>p</i>
Score LARS	No LARS (0-20)	21(84)	
	Minor LARS(21-29)	2(8)	
	Major LARS (30-42)	2(8)	<0,001

(*p* Ajustamento χ^2)

Quando se avalia a associação entre as diversas variáveis e o resultado do *score* LARS (Tabela 3), verifica-se que o grupo “*major* LARS” apresenta uma mediana de 62 anos de idade, mais baixa que grupo “*no* LARS” que apresenta uma mediana de 74 anos de idade.

Constata-se, relativamente ao sexo, uma distribuição semelhante (52% da amostra é do sexo feminino e 48% do sexo masculino), não se verificando uma associação entre o sexo e os resultados do *score* LARS ($p=0,996$).

Quando se analisam os antecedentes pessoais, nomeadamente à patologia associada com possível influência na continência fecal (Diabetes mellitus), verifica-se que 84% dos doentes não têm patologia associada e os restantes 16% são diabéticos, no entanto, a presença deste antecedente não influencia o *score* LARS ($p=0,635$).

Na população estudada, constata-se que a maioria dos casos esteve relacionada com neoplasia (52%), seguido de perfuração (20%) e diverticulite (16%). No que diz respeito à associação com os resultados do *score* LARS verifica-se dois doentes no grupo “*minor* LARS”, ambos por neoplasia e dois doentes no grupo “*major* LARS”, um por neoplasia e outro por perfuração, não se verificando associação entre as diferentes patologias base e o *score* LARS ($p=0,702$).

Quando se analisa a causa neoplásica, nomeadamente o estadio de apresentação, constata-se que existe um total de 13 doentes, dos quais 69,2% se distribuem pelos estadios IIIB e IV. Observa-se que três dos casos estão nos grupos “*minor* LARS” ou “*major* LARS” correspondendo a dois casos de Estadio IV e um caso de Estadio IIIB. Não se verifica associação entre a distribuição pelos diferentes estádios e o *score* LARS ($p=0,902$).

No que diz respeito à quimioterapia e radioterapia de carácter neoadjuvante constata-se que foi realizada em 12% dos casos, apresentando todas alterações no *score* LARS ($p<0,001$).

No que diz respeito ao tipo de cirurgia, constata-se que 84% das intervenções foram realizadas em regime de urgência, no entanto, o *score* LARS distribuiu-se de forma igual entre as cirurgias programadas e as urgentes ($p=0,129$). Quanto ao tipo de cirurgia constata-se que a maioria dos doentes foram submetidos a operação de Hartmann (56%), seguindo-se a rafia de perfuração (20%) e a sigmoidectomia (12%). No que diz respeito à associação com os resultados do *score* LARS verifica-se que os dois doentes no grupo “*minor* LARS” foram submetidos a operação de Hartmann e hemicolectomia esquerda e os dois doentes no grupo “*major* LARS”, foram submetidos a operação de Hartmann e a rafia de perfuração.

Relativamente à altura da anastomose verifica-se que 88% dos casos correspondem a uma altura de anastomose maior que 5 cm do OECA. No que diz respeito a associação com os resultados do *score* LARS verifica-se que tanto os doentes no grupo “*minor* LARS” como os no grupo “*major* LARS” se dividem de forma igual as diferentes alturas da anastomose.

Tabela 3 - Associação entre o score LARS e as variáveis demográficas e clínicas da população

	No LARS (0-20)		Minor LARS(21-29)		Major LARS(30-42)			
Idade	N 21		N 2		N 2			
Mediana	74		Mediana	65,5	Mediana	62		
Mínimo	47		Mínimo	62	Mínimo	56		
Máximo	85		Máximo	69	Máximo	68		
	Frequência [n(%)]		Frequência [n(%)]		Frequência [n(%)]			
Sexo							<i>Total</i>	<i>p</i>
Masculino	10 (47,6)		1(50)		1(50)		12(48)	
Feminino	11(52,4)		1(50)		1(50)		13(52)	
Total	21(100)		2(100)		2(100)		25(100)	0,996
Patologia associada de influência na continência Fecal							<i>Total</i>	<i>p</i>
Sim	4(19)		0(0)		0(0)		4(16)	
Não	17(81)		2(100)		2(100)		21(84)	
Total	21(100)		2(100)		2(100)		25(100)	0,635
Patologia Base							<i>Total</i>	<i>p</i>
Neoplasia	10(47,6)		2(100)		1(50)		13(52)	
Oclusão intestinal (*)	1(4,8)		0(0)		0(0)		1(4)	
Perfuração	4(19)		0(0)		1(50)		5(20)	
Diverticulite (**)	4(19)		0(0)		0(0)		4(16)	
Hérnia encarcerada	1(4,8)		0(0)		0(0)		1(4)	
Corpo estranho	1(4,8)		0(0)		0(0)		1(4)	
Total	21(100)		2(100)		2(100)		25(100)	0,702
Estadiamento da Neoplasia							<i>Total</i>	<i>p</i>
Estadio I	2(20)		0(0)		0(0)		2(15,4)	
Estadio IIA	1(10)		0(0)		0(0)		1(7,7)	
Estadio IIB	1(10)		0(0)		0(0)		1(7,7)	
Estadio IIIB	3(30)		1(50)		0(0)		4(30,8)	
Estadio IV	3(30)		1(50)		1(100)		5(38,4)	
Total	10(100)		2(100)		1(100)		13(100)	0,902
Quimioterapia/Radioterapia Pré-operatória							<i>Total</i>	<i>p</i>
Sim	0(0)		2(100)		1(50)		3(12)	
Não	0(0)		0(0)		1(50)		22(88)	
Total	21(100)		2(100)		2(100)		25(100)	(a)<0,000
Quimioterapia/Radioterapia Pós-operatória							<i>Total</i>	<i>p</i>
Sim	6(28,6)		1(50)		1(50)		8(32)	
Não	15(71,4)		1(50)		1(50)		17(68)	
Total	21(100)		2(100)		2(100)		25(100)	0,702
Programada/Urgente							<i>Total</i>	<i>p</i>
Programada	2(9,5)		1(50)		1(50)		4(16)	
Urgente	19(90,5)		1(50)		1(50)		21(84)	
Total	21(100)		2(100)		2(100)		25(100)	0,129
Tipo Cirurgia							<i>Total</i>	<i>p</i>
Hartmann	12(57,1)		1(50)		1(50)		14(56)	
Sigmoidectomia	3(14,3)		0(0)		0(0)		3(12)	
Hemicolectomia esquerd	0(0)		1(50)		0(0)		1(4)	
Rafia perfuração (***)	4(19)		0(0)		1(50)		5(20)	
Hemicolectomia direita	1(4,8)		0(0)		0(0)		1(4)	
Resseção transversa	1(4,8)		0(0)		0(0)		1(4)	
Total	21(100)		2(100)		2(100)		25(100)	0,111
Altura da anastomose							<i>Total</i>	<i>p</i>
≤ 5 cm	1(4,8)		1(50)		1(50)		3(12)	
> 5cm	20(95,2)		1(50)		1(50)		22(88)	
Total	21(100)		2(100)		2(100)		25(100)	(a)0,039

(*) Oclusão intestinal causa não neoplásica

(**) Diverticulite/ Divertículos do Colon

(***) rafia perfuração com construção de estoma de proteção

a) P-value não significativo devido a 5 células (83,3%) esperarem uma contagem menor que 5. A contagem mínima esperada é ,24.

Relativamente à Tabela 4 que apresenta a associação entre as variáveis que caracterizam o estoma e o resultado do *score* LARS observa-se que dezassete (68%) doentes foram submetidos a ostomia terminal. No que diz respeito aos resultados do *score* LARS, verifica-se que tanto os doentes no grupo “*minor LARS*” como os do grupo “*major LARS*” se dividem de forma igual entre doentes que foram portadores de estoma terminal e estoma em ansa ($p=0,702$).

Quando se analisa o tempo decorrido entre a criação e encerramento do estoma (meses) constata-se que o grupo “*no LARS*” apresenta uma mediana de 9 enquanto que os grupos “*minor LARS*” e “*major LARS*” apresentam medianas de 6 e 10,5 respetivamente. E quando se analisa o tempo decorrido entre encerramento do estoma e a data do estudo (meses) o grupo “*no LARS*” apresenta uma mediana de 51 meses enquanto que os grupos “*minor LARS*” e “*major LARS*” apresentam medianas de 16 e 56,5 meses, respetivamente.

Tabela 4 - Associação entre o *score* LARS e as variáveis clínicas que caracterizam o estoma

	No LARS (0-20)	Minor LARS(21-29)	Major LARS(30-42)		
	Frequência [n(%)]	Frequência [n(%)]	Frequência [n(%)]	Total	p
Estoma Terminal/Ansa					
Terminal	15(71,4)	1(50)	1(50)	17(68)	
Ansa	6(28,6)	1(50)	1(50)	8(32)	
Total	21(100)	2(100)	2(100)	25(100)	0,702
Tempo estoma (meses)	N 21	N 2	N 2		
Mediana	9	Mediana 6	Mediana 10,5		
Mínimo	1	Mínimo 3	Mínimo 7		
Máximo	68	Máximo 9	Máximo 14		
Tempo decorrido desde o encerramento estoma (meses)	N 21	N 2	N 2		
Mediana	51	Mediana 16	Mediana 56,5		
Mínimo	3	Mínimo 3	Mínimo 18		
Máximo	120	Máximo 29	Máximo 95		

Discussão de resultados

No presente estudo verifica-se que, após a aplicação do *score* LARS, 16% da amostra apresentava alterações dividindo-se igualmente entre os grupos “*minor* LARS” e “*major* LARS”. Uma baixa prevalência quando se comparam estes resultados com os obtidos nos estudos existentes, os quais referem que 25 a 80% dos doentes submetidos a resseção baixa ou muito baixa do reto vão padecer de um conjunto de sintomas incluindo urgência em evacuar, aumento da frequência dos movimentos intestinais e incontinência, referidos coletivamente como LARS (26). No entanto, é importante salientar que a população desses estudos é na sua totalidade constituída por doentes que foram diagnosticados com carcinoma colorretal e submetidos a resseção anteriores baixas com excisão total do mesorreto (12), enquanto a população em estudo apresenta uma maior diversidade de patologias, desde neoplasias com várias localizações, perfurações, corpos estranhos, patologia inflamatória, obstrução intestinal ou hérnias. A causa neoplásica é a categoria com maior prevalência, englobando, nesta população estudada, 52% dos doentes.

Relativamente ao estadiamento das neoplasias, os mais prevalentes são os estadios IIIB e IV que juntos reúnem 75% dos doentes, que apresentam alterações do *score* LARS, no entanto, este fator não pode ser referido de forma isolada, mas sim em associação com a realização de quimioterapia e radioterapia neoadjuvante, em que a totalidade dos doentes apresenta alteração do *score* LARS. Quando se comparam estes dados com a bibliografia existente constata-se que as evidências de qualquer efeito de radioterapia ou quimioterapia neoadjuvante na continência fecal são contraditórios, com a existência de poucos dados prospetivos. São necessários mais estudos para avaliar o efeito dos protocolos atuais na função anorretal, e equilibrar os seus efeitos com os benefícios conhecidos em termos de recorrência local (18).

A maior diversidade de patologias na população em estudo está associada à utilização de uma maior diversidade de procedimentos cirúrgicos que incluem operação de Hartmann, sigmoidectomia, hemicolectomia esquerda, resseção do colon transverso, ileostomia e rafia de perfuração. Assim, a baixa prevalência de doentes nos grupos “*minor* LARS” e “*major* LARS”, no presente estudo comparativamente aos estudos descritos na bibliografia em que a população é exclusivamente constituída por doentes submetidos a resseções anteriores do reto por neoplasias, poderá estar relacionada com o facto de uma das causas associadas ao *score* LARS ser a possível lesão mecânica do esfíncter e dos plexos nervosos retais (12).

Outra causa que poderá estar associada à baixa prevalência de incontinência fecal neste estudo é a criação de um estoma temporário, sendo geralmente reconhecido que este, embora não elimine o risco de deiscência da anastomose, diminui a sua prevalência e as suas consequências (28). Tendo em conta que os estudos de prevalência de incontinência fecal

após cirurgia não discriminam se houve lugar a criação de estoma temporário ou não, pode-se, portanto, questionar se existirá a mesma associação com ocorrência futura de menor número de complicações relacionadas com a incontinência fecal.

Os mecanismos que causam disfunção intestinal após ressecção do reto, consideram-se multifatoriais (24). São apontados vários fatores, nomeadamente, as técnicas usadas na reconstrução retal, a radioterapia de carácter neoadjuvante, a presença de estoma, as complicações pós-operatórias e o nível da anastomose (12). Nesse sentido é importante referir os principais resultados deste estudo evidenciando os principais fatores que surgiram associados a alterações do *score* LARS. Um dos fatores que sobressaem é a altura da anastomose, nomeadamente doentes com anastomose a uma altura igual ou inferior a 5 cm, em que apesar do baixo número de observações nesta categoria com apenas 12% da população é importante ressaltar que dos 16% da população com alterações do *score* metade corresponde a doentes nesta categoria. Outro fator cuja relação com a alteração do *score* de salientar é o tipo de cirurgia, nomeadamente a operação de Hartmann que reúne 56% das observações da população, e que tal como a categoria anastomose a uma altura igual ou inferior a 5 cm engloba metade das observações com alterações do *score* existentes na população. Estes factos são compatíveis com a literatura existente em que se constata que doentes submetidos a cirurgias com anastomose baixa e com necessidade de excisão parcial ou completa do reto em que a diminuição do tónus esfíncteriano que se observa a posteriori poderá estar maioritariamente ligada à lesão do plexo nervoso intra e extramural por mobilização completa do reto estão associados a *scores* LARS mais elevados (24).

Analisados os principais resultados é importante referir algumas limitações que condicionaram este estudo, nomeadamente o reduzido número de doentes incluídos no estudo com uma heterogeneidade de patologias base, tratar-se de um estudo retrospectivo e ser baseado num contacto telefónico para aplicação do *score* LARS com heterogeneidade no tempo relativamente ao encerramento de colostomia. Para além do referido, é de salientar que por ser um tema pouco abordado na sociedade, sendo por isso mesmo, causa de constrangimento é possível que os resultados tenham sido condicionados pelo fato de os doentes não se sentirem à vontade em assumirem problemas relacionados com a incontinência fecal.

Conclusão

A incontinência fecal implica grandes custos diretos ou indiretos para o doente, entidade empregadora e para o estado, nomeadamente em fraldas, roupas, perda de produtividade, dias de baixa médica, nos cuidados de saúde e no desemprego (29). De uma forma ainda mais importante, causa grande impacto na qualidade de vida, nomeadamente, baixa autoestima, vergonha, depressão, necessidade de planeamento de atividades em locais próximos de casas de banho e evitar determinadas atividades (30). Todos estes aspetos não estão restritos ao doente, mas afetam de forma semelhante os familiares próximos (31).

Apesar de não ser uma doença fatal é bastante incapacitante e causa de grande ansiedade e vergonha. De tal forma que, apesar do grande impacto na qualidade de vida, a maioria das doentes não a reporta aos clínicos, tendo de ser diretamente questionadas sobre a sua existência (32). Nesse sentido, após reconstrução do trânsito intestinal e eliminação de algo tão deletério para a autoimagem e qualidade de vida do doente é importante verificar quais as situações em que este procedimento se revela a solução para os problemas e mais importante ainda prever e diagnosticar precocemente quais aquelas das quais vai resultar a manutenção dos problemas existentes ou o aparecimento de novos problemas relacionados com a continência fecal ou outros.

Este estudo permitiu retirar algumas conclusões. Foi verificada a relação entre a realização de quimioterapia e radioterapia pré-operatórias e realização de anastomose baixa ou muito baixa (altura \leq 5cm) e o aumento da prevalência de incontinência fecal. Também as neoplasias que foram a causa mais frequente neste estudo para a criação de um estoma temporário, nomeadamente aquelas com estadios IIIB e IV aparecem associadas a este aumento. No entanto, apesar destes fatores, foi possível constatar que na maioria dos doentes da amostra o encerramento do estoma significou uma melhoria da qualidade de vida.

Tratando-se de uma temática ainda pouco abordada e com escassos artigos científicos disponíveis, torna-se pertinente a realização de mais trabalhos de carácter prospetivos, em populações mais homogéneas e englobando vários centros no sentido de uma avaliação quer da qualidade de vida do doente, mas também as indicações para a realização de estomas de eliminação, das técnicas usadas, das complicações verificadas e sua resolução. Estes estudos vão permitir uma aplicação protocolada dos questionários já validados e uma avaliação mais objetiva da continência/incontinência fecal.

Referências bibliográficas

1. Mota MS, Gomes GC, Petuco VM. Repercussões no processo de viver da pessoa com estoma. *Texto Contexto Enferm.* 2016;25(1):e1260014
2. Schwartz colon, rectum, and anus. Dunn KMB, Rothenberger DA
3. Szpilewska K, Juzwizyn J, Bolanowska Z, Milan M, Chabowski M, Janczak D. Acceptance of disease and the quality of life in patients with enteric stoma. *Pol Przegl Chir.* 2018; 90:13-7.
4. Silva MA, S. MBB, Ratnayake G, Deen KI, D. M, S. M. Quality of life of Stoma Patients: Temporary Iliostomy vs Colostomy. *World J Surg.* 2003;27:421-4.
5. Siassi M, Hohenberger W, Lösel F, Weiss M. Quality of life and patient's expectations after closure of a temporary stoma. *Int J Colorectal Dis.* 2008;23(12):1207-12.
6. Nugent KP, Daniels P, Stewart B, Patankar R, Johnson CD. Quality of life in stoma patients. *Dis Colon Rectum.* 1999;42(12):1569-74.
7. Leenen LP, Kuypers JH. Some factors influencing the outcome of stoma surgery. *Dis Colon Rectum.* 1999;32(6):500-4
8. Cheung MT. Complications of an abdominal stoma: an analysis of 322 stomas. *Aust N Z J Surg.* 1996;65(11): 808-11
9. Arumugam PJ, Bevan L, Macdonald L, et al. A prospective audit of stomas - analysis of risk factors and complications and their management. *Colorectal Dis.* 2003;5(1):49-52
10. Colwell JC, Beitz J. Survey of wound, ostomy and continence (WOC) nurse clinicians on stomal and peristomal complications: a content validation study. *J Wound Ostomy Continence Nurs.* 2007;34(1):57-69
11. Sier MF, van Gelder L, Ubbink DT, Bemelman WA, Oostenbroek RJ. Factors affecting timing of closure and non-reversal of temporary ileostomies. *Int J Colorectal Dis.* 2015;30(9):1185-92.
12. Ekkarat P, Boonpipattanapong T, Tantiphlachiva K, Sangkhathat S. Factors determining low anterior resection syndrome after rectal cancer resection: A study in Thai patients *Asian Journal of Surgery.* 2016; 39:225-31.

13. Kye B-H, Kim H-J, Kim G, et al. The Effect of Biofeedback Therapy on Anorectal Function after the reversal of Temporary Stoma When Administered During the Temporary Stoma Period in Rectal Cancer Patients with Sphincter-Saving Surgery. *Medicine*. 2016; 95:1-7.
14. Lin YH, Yang HY, Hung SL, Chen HP, Liu KW, Chen TB, et al. Effects of pelvic floor muscle exercise on faecal incontinence in rectal cancer patients after stoma closure. *Eur J Cancer Care (Engl)*. 2016;25(3):449-57.
15. Leite J, Poças F. Tratamento da incontinência fecal. *Revista Portuguesa de Coloproctologia*. 2010;7(2):68-72.
16. Juul T, Ahlberg M, Biondo S, et al. International validation of the low anterior resection syndrome score. *Ann Surg* 2014;259(4):728-34
17. Ihn MH, Kang SB, Kim DW, et al. Risk factors for bowel dysfunction after sphincter-preserving rectal cancer surgery: a prospective study using the Memorial Sloan Kettering Cancer Center bowel function instrument. *Dis Colon Rectum*. 2014;57(8):958-66
18. Cam C, Selçuk S, Asoglu MR, et al. Validation of the Wexner scale in women with fecal incontinence in a Turkish population. *Int Urogynecol J*. 2011;22(11):1375-9
19. Maeda Y, Parés D, Norton C, et al. Does the St. Mark's incontinence score reflect patients' perceptions? A review of 390 patients. *Dis Colon Rectum*. 2008;51(4):436-42
20. Kucukbas M, Selçuk S, Asoglu MR, et al. Validation of the Fecal Incontinence Severity Index in a Turkish Population. *Female Pelvic Med Reconstr Surg*. 2016;22(4):283-6
21. Devesa JM; Vicente R, Abraira V. Visual analogue scales for grading faecal incontinence and quality of life: their relationship with the Jorge-Wexner score and Rockwood scale. *Tech Coloproctol*. 2013;17(1):67-71
22. Kwon S, Visco AG, Fitzgerald MP, et al. Validity and reliability of the Modified Manchester Health Questionnaire in assessing patients with fecal incontinence. *Dis Colon Rectum*. 2005;48(2):323-31
23. Paquerre IM, Abodeely A, Johnson BL, Rafferty JF. Quantifying patient improvement following sacral neuromodulation: is it time for a new scoring system for fecal incontinence? *Dis Colon Rectum* 2014;57(10):1209-12
24. L C Bryant C, J Lunniss P, H Knowles C, Thaha M, L H Chan C. Anterior resection syndrome. *Lancet Oncology*. 2012; 13:403-8.

25. https://www.escp.eu.com/imagens/news_and_reports/2018/lars-scoring-tool/Portuguese-Portugal-LARS-Questionnaire.pdf, Acedido a 21/08/2018
26. Maroco, J. *Análise Estatística: com o SPSS Statistics (6ª ed.)*. 2014 ReportNumber. ISBN 978-989-96763-4-3.
27. Ziv Y, Zbar A, Bar-Shavit Y, Igov I. Low anterior resection syndrome (LARS): cause and effect and reconstructive considerations. *Tech Coloproctology*. 2013; 17:151-62.
28. Edwards DP, Leppington-Clarke A, Sexton R, Heald RJ, Moran BJ. Stoma-related complications are more frequent after transverse colostomy than loop ileostomy: a prospective randomized clinical trial. *Br J Surg*. 2001;88(3):360-3.
29. Xu X, Menees SB, Zochowski MK, Fenner DE. Economic cost of fecal incontinence. *Dis Colon Rectum*. 2012; 55:586-598.
30. Paquette IM, Varma MG, Kaiser AM, Steele SR, Rafferty JF. The American Society of Colon and Rectal Surgeons' Clinical Practice Guideline for the Treatment of Fecal Incontinence. *Dis Colon Rectum*. 2015; 58:623-636.
31. Meyer I, Richter HE. Impact of fecal incontinence and its treatment on quality of life in women. *Womens Health (Lond)* 2015;11:225-238.
32. Wald A. Fecal incontinence in Adults. *N Engl J Med*. 2007; 356:1648-55.
33. Andromanakos N., et al. Anorectal incontinence, pathogenesis and choice of treatment. *J Gastrointestin Liver Dis*. 2006;15(1): 41-49.
34. Camilleri-Brennan J, Steele RJ. Prospective analysis of quality of life after reversal of a defunctioning loop ileostomy. *Colorectal Dis*. 2002; 4(3):167-71.
35. Gadan S, Floodeen H, Lindgren R, Matthiessen P. Does a Defunctioning Stoma Impair Anorectal Function After Low Anterior Resection of the Rectum for Cancer? A 12-Year Follow-up of a Randomized Multicenter Trial. *Dis Colon Rectum*. 2017;60(8):800-6.
36. Herrle F, Sandra-Petrescu F, Weiss C, Post S, Runkel N, Kienle P. Quality of Life and Timing of Stoma Closure in Patients With Rectal Cancer Undergoing Low Anterior Resection With Diverting Stoma: A Multicenter Longitudinal Observational Study. *Dis Colon Rectum*. 2016;59(4):281-90.

37. Rama N, Passadouro R, Ferreira PL, Pimentel J. Measuring the quality of life in patients with fecal incontinence. *Revista Portuguesa de Coloproctologia*. 2015;26-31.
38. Taylor C, Morgan L. Quality of life following reversal of temporary stoma after rectal cancer treatment. *Eur J Oncol Nurs*. 2011; 15(1):59-66.
39. Yetişir F, Şarer A, Acar HZ, Çiftçiler E. The Reversal of Stoma Following Open Abdomen Management. *Indian J Surg*. 2016;78(3):182-6.
40. Yusuf S, Jorge J, Habr-Gama A, Kiss D, Rodrigues J. Avaliação da qualidade de Vida na Incontinência Anal: validação do questionário FIQL (Faecal Incontinence Quality of Life). *Arq Gastroenterol*. 2004; 41(3):202-8.
41. Reinwalds M, Blixter A, Carlsson E. A Descriptive, Qualitative Study to Assess Patient Experiences Following Stoma Reversal after Rectal Cancer Surgery. *Ostomy Wound Management*. 2017; 63(12):29-37.