

TRATAMENTO CIRÚRGICO DA INCONTINÊNCIA FECAL IDIOPÁTICA (NEUROGÊNICA)

Francisco Sérgio Pinheiro Regadas¹
Pedro Henrique Saraiva Leão²
Mauro Farias Camurça³
Ernani Ximenes Rodrigues⁴

RESUMO

Os autores apresentam os resultados obtidos no tratamento de 23 pacientes portadores de incontinência fecal idiopática (neurogênica). A técnica operatória utilizada foi o reparo pós-anal e a avaliação clínica foi feita após um período de seguimento mínimo de dois anos e máximo de seis. Também são discutidos os fatores etiológicos e as alterações anátomo-funcionais inerentes à incontinência fecal idiopática (neurogênica). O índice de cura atingiu a 82% dos pacientes.

UNITERMOS: **cirurgia; incontinência fecal**

A incontinência fecal neurogênica é uma entidade já devidamente definida, largamente diagnosticada e com uma técnica cirúrgica garantindo resultados curativos satisfatórios.

Acomete com maior frequência o sexo feminino numa proporção de aproximadamente 80%^{1, 6, 7, 10} e numa faixa etária média de 58 anos^{1, 6, 8, 10}. Até há poucos anos, este tipo de incontinência tinha uma conotação idiopática já que não havia um conhecimento exato de sua etiologia. Somente com os trabalhos de Parks e cols. em 1977¹¹, Browning, em 1983¹, Kiff e col.¹⁰, Snooks¹⁶, Kuypers⁹ em 1984, Swash¹⁸ e Snooks^{15, 17} em 1985, que utilizando a eletromiografia, eletromanometria e a histopatologia muscular, chegaram à conclusão de que a causa se devia à presença de uma neuropatia do assoalho pélvico, provocando alterações na condu-

ção do estímulo nervoso a estes músculos. Assim, as modificações ocorridas e que são caracterizadas pela diminuição do tônus muscular de repouso e da força de contratilidade dos músculos que compõem o períneo e, em particular, o aparelho esfinteriano anal, deve-se fundamentalmente a lesão dos ramos terminais do nervo pudendo. Tal fenômeno decorre de múltiplas causas, sendo o trauma obstétrico¹⁵ a mais importante. Também sugere-se que ocorra um alongamento nos nervos pudendos¹⁰ em sua porção localizada além da espinha isquiática do osso íliaco; tal alongamento seria devido a excessiva descida do assoalho pélvico durante o ato defecatório. Este fenômeno foi evidenciado experimentalmente ao ser constatada a presença de distúrbio de condução nos segmentos mais terminais do nervo.

Em conseqüência a esta desnervação, a musculatura degenera e torna-se flácida¹⁸. O esfíncter anal externo é o mais atingido, perdendo em torno de 60 a 70% de sua força máxima de contratilidade^{8, 10}. O esfíncter anal interno normalmente é o responsável por 85%⁴ do tônus

Trabalho realizado na Clínica de Colo-Proctologia do Hospital Geral de Fortaleza – INAMPS

- 1 Cirurgião da Clínica e Chefe da Unidade de Colonoscopia, TSBCP, Pós-Graduando da Universidade de São Paulo – USP
- 2 Chefe da Clínica, TSBCP
- 3 Cirurgião da Clínica, TSBCP
- 4 Residente da Clínica

de repouso ao nível do canal anal e nestes casos acha-se diminuído em 50%¹⁰ de sua capacidade. Estas alterações musculares produzem portanto a descida do assoalho pélvico^{2, 12} e perda da angulação anorretal com encurtamento ou ausência do canal anal fazendo com que o comprimento fisiológico médio do esfíncter interno permaneça diminuído em 1,3 cm¹⁰ em relação aos indivíduos normais.

O reparo pós-anal constitui a técnica de escolha^{1, 3, 5, 6, 7, 13} para o tratamento da incontinência fecal neurogênica. Visa reparar os defeitos anatômicos existentes através de uma abordagem interesfincteriana posterior com o intuito de aproximar os músculos puborretais, pubococcígeos e as fibras mais internas do esfíncter anal externo. Desta maneira se refaz o ângulo anorretal, reconstituindo-se em consequência o canal anal. Numa avaliação de 42 pacientes, Browning e Parks^{1, 12} relataram um aumento no comprimento do esfíncter anal interno de 1,4 cm e elevação média do valor pressórico de repouso de 19 cm/H₂O e da pressão voluntária máxima de 13 cm/H₂O. Segundo a maioria dos autores^{1, 6, 14, 18}, a continência tem sido restaurada em mais de 70% dos casos. Já Henry e cols. em 1985⁵ relataram resultado satisfatório somente em 58,3%.

PACIENTES E MÉTODOS

Vinte e três pacientes foram incluídos neste trabalho num estudo retrospectivo. Vinte (87%) pertenciam ao sexo feminino sendo constatada uma idade média de 50 anos. Todas eram portadores de franca incontinência fecal para conteúdo sólido. Nenhum deste grupo apresentava concomitância de prolapso retal completo ou incompleto e/ou doenças neoplásicas e/ou inflamatórias no segmento anorretal. Nenhum deles foi submetido a quaisquer tipos de cirurgia proctológica previamente. Todos os pacientes foram tratados cirurgicamente utilizando-se o reparo pós-anal. Não foi instituída antibioticoterapia profilática pré-operatoriamente e nem indicada a realização de colostomia temporária. Realizamos somente o preparo mecânico do intestino utilizando clister com soro fisiológico glicerinado e mantivemos os pacientes constipados até o 5º dia do pós-operatório, ocasião em que prescrevemos clister evacuatório. Utilizamos fio de ácido poliglicólico monofilamentado (Dexon 2-0) para aproximação dos músculos puborretais nos primeiros 10 casos e fio de seda 0 nos 13 restantes.

RESULTADOS

Com relação à incidência de complicações, observamos em nossa casuística, cinco casos (21%) de deiscência da sutura da pele sem infecção, um caso (4%) de abscesso profundo e um caso (4%) de rejeição do fio de seda utilizado na sutura dos planos mais superficiais. Após a detecção do processo de rejeição, o fio foi removido sob anestesia local.

O tempo de seguimento pós-operatório variou de um período mínimo de dois anos e máximo de seis, sendo a maioria dos casos com mais de 4 anos (Tabela 1).

Tabela 1

Tempo de seguimento (anos)	Nº de casos
2 – 3	10 (43,5%)
4 – 6	13 (56,5%)

Após este tempo de seguimento, obtivemos o retorno à continência normal em 19 pacientes (82%), persistência de incontinência para flatos em três (13%) e insucesso em um caso.

DISCUSSÃO

O sexo feminino é acometido em mais de 80% dos casos e deve-se fundamentalmente a ocorrência de lesão dos ramos terminais do nervo podendo por ocasião dos partos realizados por via vaginal¹⁵. Também as mulheres são mais comumente acometidas da constipação intestinal crônica e como este fato acarreta um contínuo esforço para exonerar o bolo fecal, ocorreria uma maior predisposição para desenvolverem a síndrome do perúneo descido, provocando um alongamento do nervo podendo e determinando as conseqüências já anteriormente referidas. Todas as pacientes do nosso grupo apresentavam evidente descida e flacidez dos músculos perineais, com desaparecimento do canal anal. Quanto ao toque retal se percebia evidência do ângulo anorretal, o músculo puborretal era facilmente tracionável no sentido posterior desaparecendo assim o canal anal ao se desfazer o ângulo anorretal. Esta manobra nos dá uma indicação clínica da diminuição da força de contratilidade muscular.

Tecnicamente, o reparo pós-anal não se constitui num procedimento cirúrgico difícil mas requer que o cirurgião tenha boa experiência na prática de cirurgias proctológicas e profundo conhecimento da anatomia cirúrgica do perúneo pois é necessário que a abordagem seja feita de maneira

absolutamente correta, através do plano inter-esfincteriano posterior pois, caso contrário, corre-se o risco de provocar graves lesões nos músculos esfincterianos e parede posterior do reto. O fásia de Waldeyer deve ser identificado e seccionado completamente para que se possa fazer um amplo descolamento do reto de seu leito sacral pois somente após esta mobilização, torna-se possível se refazer adequadamente o ângulo anorretal. Entretanto não há necessidade de unir completamente as duas bordas do músculo pois esta tentativa pode provocar o esgarçamento de suas fibras. Daí a razão de advogarmos a utilização de fios inabsorvíveis e de grosso calibre nesta sutura pois garantirão a aproximação parcial dos puborretais até que ocorra o completo acolamento às estruturas vizinhas.

A complicação mais comumente referida é a infecção da ferida operatória. Em nossa casuística, observamos um caso (4%) de infecção grave, com formação de abscesso profundo que requereu drenagem cirúrgica sob anestesia. As demais complicações estão de acordo com as descritas na literatura.

A avaliação pós-operatória destes pacientes pode ser realizada através de exame clínico e/ou eletromanometria e/ou eletromiografia. O exame clínico consiste basicamente na investigação da remissão da queixa de incontinência e da realização de toque retal para avaliação do tônus, do comprimento do canal anal e da presença do ângulo anorretal. A eletromanometria contribui confirmando os achados clínicos¹ e proporcionando-nos os valores reais do aumento do comprimento fisiológico do esfíncter anal interno, da elevação da pressão de repouso e da pressão voluntária máxima exercida pelo esfíncter anal externo.

Os nossos resultados foram avaliados após um tempo de seguimento suficientemente longo que nos permite confirmar os bons resultados que se obtém utilizando o reparo pós-anal para o tratamento deste tipo de incontinência fecal. Os pacientes foram avaliados clinicamente e atribuímos o insucesso ocorrido à presença de excessiva flacidez da musculatura pélvica e a importante diminuição da massa muscular dos puborretais

e pubococccígeos, fatores estes que limitam o tratamento cirúrgico da incontinência fecal neurogênica.

Snooks e cols.¹⁴, após estudarem 20 pacientes que não readquiriram sua continência após o emprego do reparo pós-anal, concluíram que ocorre nestes casos um processo neuropático contínuo que independe de fatores inerentes à técnica cirúrgica adotada.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Browning GGP. Postanal repair for neuropathic faecal incontinence: Correlation of clinical result and anal canal pressure. *Brit J Surg* 1983; 70: 101-104.
2. Bartolo DCC. Differences in anal sphincter function and clinical preservation in patients with Pelvic Floor Descent. *Gastroenterology* 1983; 85: 68-75.
3. Carvalho FS, Carvalho A, Carvalho AS, Pinho M. Incontinência anal: visão atual do tratamento cirúrgico. *Rev Bras Colo-Proct*, 1981; 1(1): 28-38.
4. Cohen M. Rationale for medical or surgical therapy in anal incontinence. *Dis Colon Rect* 1986; 29(2): 120-122.
5. Henry MM. Results of postanal repair. A retrospective study. *Brit J Surg* 1985; 72(suppl): 517-519.
6. Keighley MRB, Fielding JWL. Management of faecal incontinence and results of surgical treatment. *Brit J Surg* 1983; 70: 463-468.
7. Keighley MRB. Postanal repair for faecal incontinence. *J Roy Soc Med* 1984; 77: 285-288.
8. Keighley MRB, Shouler PJ. Abnormalities of colonic function in patients with rectal prolapse and faecal incontinence. *Brit J Surg* 1984; 71: 892-895.
9. Kuypers JH. Faecal Incontinence and the anorectal angle. *The Neth J Surg* 1984; 36(1): 20-22.
10. Kiff ES, Swash M. Slowed conduction in the pudendal nerves in Idiopathic (neurogenic) faecal incontinence. *Brit J Surg* 1984; 71: 614-616.
11. Parks AG, Swash M, Urich H. Sphincter denervation in anorectal incontinence and rectal prolapse. *Gut*, 1977; 18: 656-665.
12. Parks AG, Porter NH, Hardcastle J. The syndrome of the descending perineum. *Proc Roy Soc Med* 1966; 59: 477-482.
13. Regadas FSP. Incontinência anal. *Rev Bras Colo-Proct*, 1985; 5(3): 117-126.
14. Snooks SJ, Swash M, Henry M. Electrophysiologic and manometric assessment of failed Postanal Repair for anorectal incontinence. *Dis Colon Rect* 1984; 27(11): 733-736.
15. Snooks SJ, Swash M. Risk factors in childbirth causing damage to the pelvic floor innervation. *Brit J Surg*, 1985; 72(suppl): 515-517.
16. Snooks SJ, Swash M, Setchell M, Henry MM. Injury to innervation of pelvic floor sphincter musculature in childbirth. *The Lancet*, 1984; 8: 545-550.
17. Snooks SJ, Henry MM, Swash M. Anorectal incontinence and rectal prolapse: differential assessment of the innervation to puborectalis and external and sphincter muscles. *Gut*, 1985; 26: 470-476.
18. Swash M. Anorectal incontinence: electrophysiological tests. *Brit J Surg* 1985; 72(suppl): 514-515.