

---

JULHO/SETEMBRO 2000

---

ARTIGOS ORIGINAIS

---

## **QUALIDADE DE VIDA NO SEGUIMENTO TARDIO DE DOENTES SUBMETIDOS À PROCTOCOLECTOMIA COM BOLSA ILEAL**

MARISTELA GOMES DE ALMEIDA - TSBCP  
DESIDÉRIO ROBERTO KISS - TSBCP  
MAGALY GÊMIO TEIXEIRA - TSBCP  
ANGELITA HABR-GAMA - TSBCP

---

ALMEIDA MG; KISS DR; TEIXEIRA MG; HABR-GAMA A. – Qualidade de vida no seguimento tardio de doentes submetidos à Proctocolectomia com Bolsa Ileal – *Rev bras Coloproct*, 2000; 20(3): 145-153

**RESUMO:** A proctocolectomia com anastomose de bolsa ileal ao canal anal é considerada terapêutica incorporada ao tratamento cirúrgico da retocolite ulcerativa. As atenções atuais se voltam para a qualidade de vida (QV) de doentes submetidos a essa operação, parâmetro considerado importante para a avaliação de resultados terapêuticos, e que engloba aspectos físicos, psíquicos e sociais. Este estudo analisa 30 doentes submetidos à proctocolectomia com anastomose de bolsa ileal em J ao canal anal, divididos em três grupos, de acordo com realização ou não de mucosectomia, de ileostomia e de anastomose manual ou mecânica. Aplicou-se o Questionário para Doenças Inflamatórias Intestinais (IBDQ) para avaliar a qualidade de vida, correlacionando-a com o grau de satisfação, complicações e resultados funcionais. Verificou-se que a QV foi considerada excelente em sete doentes (23,33%), boa em 15 (50,00%), regular em seis (20,00%) e má em dois (6,66%), estando 87% dos doentes satisfeitos com a cirurgia. Escapes fecais e bolsite influenciaram negativamente a pontuação da qualidade de vida, enquanto que doentes com maior tempo de seguimento apresentaram excelente ou boa qualidade de vida. Conclui-se que esta cirurgia é boa opção terapêutica para doentes com retocolite ulcerativa, visto que 73,33% dos doentes deste estudo têm QV boa ou excelente.

**UNITERMOS:** retocolite ulcerativa; tratamento cirúrgico; qualidade de vida

---

A Retocolite Ulcerativa (RCU) é uma doença cada vez mais diagnosticada em nosso meio, apresentando, em estudo epidemiológico realizado no Serviço de Colo-Proctologia do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, incidência de 22 casos novos por ano (Teixeira et al., 1991) <sup>(35)</sup>.

Estima-se que entre 20 e 30% dos doentes necessitem de tratamento cirúrgico (Lee e Truelove, 1980) <sup>(15)</sup>, sendo a intratabilidade clínica sua indicação mais comum (Kiss et al, 1991; Habr-Gama et al, 1993) <sup>(13,8)</sup>.

Em 1977, apoiando-se no fato de que tanto a RCU quanto a polipose cólica familiar acometem apenas o intestino grosso, particularmente sua mucosa, desenvolveu-se técnica cirúrgica (Martin et al, 1977) <sup>(17)</sup>, cujas bases já

havam sido lançadas nas décadas de 40 e 50 (Nissen, 1932; Ravitch, 1947) <sup>(24,28)</sup>, objetivando-se a cura radical e a conservação esfinteriana anorretal. Praticava-se a proctocolectomia, enquanto o coto retal distal era submetido à mucosectomia, abaixando-se o íleo por dentro desse tubo muscular anorretal e anastomosando-o à linha pectínea.

Passou-se, então, à realização de reservatório ileal, objetivando-se um “neo-reto”, na tentativa de melhorar os resultados funcionais tardios (Parks e Nicholls, 1978) <sup>(25)</sup>, técnica que, com algumas modificações, permanece nos dias atuais como a alternativa cirúrgica mais utilizada para pacientes portadores de retocolite ulcerativa.

Após cerca de duas décadas de experiência com essa cirurgia, cujos trabalhos iniciais preocupavam-se com a sua exequibilidade técnica e possíveis complicações que influíssem em seus resultados funcionais, pode-se dizer que,

---

*Trabalho realizado e apresentado como dissertação na Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, para obtenção do título de mestre em Medicina.*

apesar de complexa e sujeita a complicações pós-operatórias importantes, atualmente está suficientemente padronizada, de forma que sua morbi-mortalidade pós-operatória encontra-se em níveis estáveis e aceitáveis, compatíveis com qualquer cirurgia colorretal de grande porte.

Portanto, as atenções atuais concentram-se no estudo da qualidade de vida em pacientes submetidos à proctocolectomia com anastomose de reservatório ileal ao canal anal, que engloba não apenas aspectos funcionais ou orgânicos, mas também parâmetros sistêmicos, emocionais e sociais que possam interferir de maneira significativa na rotina diária desses indivíduos (Irvine et al., 1994; Maunder et al., 1995; Habr-Gama e Araújo, 1996) <sup>(11,20,9)</sup>.

A literatura internacional sugere que a estabilização dos parâmetros funcionais ocorre um ano após a cirurgia ou o fechamento da ileostomia (Williams e Jonhston, 1985; McHugh et al., 1987; Sagar et al., 1992, Salemans e Nagengast, 1995; Fazio et al., 1995) <sup>(42,21,30,31,4)</sup>, permitindo a avaliação adequada desses resultados após esse período.

A qualidade de vida é geralmente mensurada através de questionários e entrevistas, instrumentos que podem ser gerais ou específicos para determinada doença. Cada instrumento de medida de qualidade de vida relacionada à saúde possui vantagens e limitações.

Para que permitam uma análise estatística adequada dos resultados e sejam considerados uma boa medida de qualidade de vida, esses questionários devem incluir critérios de reprodutibilidade, confiabilidade, validação, facilidade de utilização, sensibilidade ou resposta a alterações, clareza quanto ao significado dos resultados, além de serem uma amostra da perspectiva do paciente (Ware, 1987; Spilker, 1991; Guyatt et al., 1993) <sup>(40,34,7)</sup>.

O objetivo deste trabalho foi avaliar, através da aplicação de questionário específico, o Questionário de Doenças Inflamatórias Intestinais (IBDQ), a qualidade de vida de pacientes portadores de RCU, submetidos à proctocolectomia com anastomose de bolsa ileal em J ao canal anal, divididos em 3 grupos, de acordo com variações da técnica (mucosectomia com ileostomia temporária; duplo grampeamento sem mucosectomia e com ileostomia e duplo grampeamento sem mucosectomia e sem ileostomia), tentando-se identificar os possíveis fatores que mais influenciaram na melhora ou piora desse índice.

## CASUÍSTICA E MÉTODO

Foram estudados 30 doentes portadores de retocolite ulcerativa (RCU) submetidos à proctocolectomia com conservação esfinteriana e anastomose de bolsa ileal em J ao canal anal, que tiveram trânsito intestinal restabelecido ou

a cirurgia realizada há pelo menos um ano, operados entre 1985 e 1997. Destes, 22 doentes foram operados na Disciplina de Coloproctologia do Departamento de Gastroenterologia da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (Profa. Titular Dra. Angelita Habr-Gama) e oito doentes operados no Serviço de Coloproctologia do Hospital Prof Edmundo Vasconcelos, chefiado pelo Prof. Dr. Desidério Roberto Kiss.

Baseando-se nas variações técnicas quanto ao tipo de anastomose realizada (manual ou mecânica) e na realização ou não de ileostomia, dividimos os doentes em 03 grupos:

Grupo I (GI): constituído por 10 doentes submetidos à mucosectomia retal transanal, com anastomose bolsa-anal manual e feitura de ileostomia protetora;

Grupo II (GII): constituído por 10 doentes submetidos à anastomose bolsa-anal mecânica, técnica de duplo grampeamento e feitura de ileostomia protetora, sem mucosectomia retal;

Grupo III (GIII): constituído por 10 doentes submetidos à proctocolectomia com anastomose bolsa-anal, técnica de duplo grampeamento, sem mucosectomia e sem ileostomia protetora, obedecendo aos critérios citados anteriormente para a não-realização da mesma.

Os doentes foram entrevistados pessoalmente pela autora, quando compareciam a consulta rotineira de acompanhamento pós-operatório ou através de convocação telefônica, quando necessário.

Para investigar a qualidade de vida relacionada à cirurgia, utilizou-se o **Questionário para Doenças Inflamatórias Intestinais (IBDQ)**, aceito na literatura como índice específico e fidedigno para verificação da qualidade de vida em portadores de doença inflamatória intestinal (Guyatt et al., 1989) <sup>(6)</sup>, já adequadamente validado para este fim (Guyatt et al., 1989; Guyatt et al., 1993) <sup>(6,7)</sup>.

O IBDQ contém 32 questões, devidamente traduzidas para aplicação em nosso meio, agrupadas em quatro categorias ou domínios: sintomas intestinais, relacionados à frequência de evacuações, presença de dores e cólicas abdominais, grau de continência e urgência evacuatória; sintomas sistêmicos onde se investiga a presença de mal-estar geral, fadiga, insônia e perda de peso; alterações emocionais, que objetivam verificar mudanças de comportamento, irritabilidade, raiva, angústias e grau de satisfação relacionados à cirurgia; alterações sociais, relacionadas à capacidade laborativa, atividades sociais e de lazer.

As respostas são graduadas por uma escala de Likert de sete pontos (Downie et al., 1978) <sup>(3)</sup>, onde o 7 corresponde a nenhum problema ou satisfação completa, e 1 a problemas muito graves ou insatisfação. A escala de pontos, resultante da somatória de cada resposta, varia de 32

a 224, onde a maior pontuação indica melhor qualidade de vida (Irvine et al., 1994) <sup>(11)</sup>. A duração da aplicação do questionário variou de 15 a 30 minutos, onde o doente, previamente instruído, escolhia em fichas numeradas de um a sete, a que contivesse a melhor resposta à pergunta realizada.

Estudaram-se, ainda, através dos protocolos de acompanhamento ambulatorial dos doentes, parâmetros relacionados com a operação, tais como indicação do tratamento cirúrgico, idade na época da cirurgia, intervalo de tempo entre a cirurgia e a aplicação do questionário de qualidade de vida, complicações pós-operatórias precoces e tardias, sendo também perguntado ao doente sua satisfação ou não com o tratamento cirúrgico realizado, comparando-se esses parâmetros com a qualidade de vida aferida pela aplicação do IBDQ.

Para facilitar a interpretação dos dados obtidos e com base em estudos clínicos com utilização do IBDQ (Martin et al., 1990; The Canadian Inflammatory Bowel Disease Study Group, 1993; Irvine et al., 1994; Feagan et al., 1994) <sup>(18,37,11,5)</sup>, nos quais grupos controle apresentavam pontuação acima de 200, doentes estáveis com doença inflamatória intestinal apresentavam média de pontuação de 169 e doentes com doença inflamatória em atividade pontuação abaixo de 150, utilizou-se a seguinte classificação para a qualidade de vida pós-operatória dos doentes deste estudo: <sup>3</sup> 200 pontos = Excelente; 151 - 199 = Boa; 101 - 150 = Regular; ≤ 100 pontos = Má.

O teste Qui-quadrado foi utilizado para se verificar a existência de diferenças significativas entre os grupos para idade, proporção entre homens e mulheres, número de evacuações e grau de satisfação com a cirurgia. Para cada domínio e para todos eles, foi utilizado o teste de Kruskal-Wallis, para verificar se há diferenças na qualidade de vida entre os grupos, significativa aos 5% (p<0,05). Para estudar as diferenças entre grupos aos pares e para todos os

domínios, utilizou-se o teste de Mann-Whitney, significativo a 1% (p<0,01). Para verificar se existiam diferenças da qualidade de vida entre os domínios, ou seja, se um domínio influenciou mais que o outro, foi calculado o teste de Friedman para cada grupo.

## RESULTADOS

Dos 30 doentes estudados, 19 (63%) eram do sexo feminino e 11 (37%) do sexo masculino, não sendo encontradas diferenças estatisticamente significantes das proporções de homens e mulheres entre grupos (p=0,37).

O número de evacuações nas 24 horas foi de 5,3 ± 2,8 no grupo I, 5,1 ± 2,5 no grupo II e de 7,0 ± 3,3 no grupo III. A média de idade dos doentes na época da cirurgia foi de 35,6 anos, nos grupos I e II, e de 29,11 anos no grupo III. Não houve diferença estatística significativa nas médias de idade (F = 0,796, p=0,462) e nem no número de evacuações (Qui-quadrado=2,49, p=0,287) entre os grupos estudados.

O tempo decorrido entre a cirurgia ou fechamento da ileostomia e a aplicação do questionário foi de 114,1 meses no grupo I, 52,2 no grupo II e de 46,3 meses no grupo III, havendo diferença estatística significativa entre o intervalo de tempo da realização da cirurgia e a aplicação do questionário do grupo I e os demais grupos.

Na tabela 1, encontram-se as médias de idade dos doentes, tempo transcorrido desde a cirurgia até a aplicação do questionário e do número de evacuações nas 24 horas após a cirurgia.

Em 17 doentes (90,1%), a intratabilidade clínica foi o motivo da indicação de cirurgia. Nos outros três casos, a indicação cirúrgica foi hemorragia em um (3,3%), hemorragia e pioderma em um (3,3%) e megacólon tóxico em um (3,3%).

**Tabela - 1 - MÉDIAS E DESVIOS PADRÃO DA IDADE DOS DOENTES, TEMPO TRANSCORRIDO ENTRE A OPERAÇÃO E A APLICAÇÃO DO QUESTIONÁRIO E NÚMERO DE EVACUAÇÕES NAS 24 HORAS**

Variável	Grupo		
	Grupo I	Grupo II	Grupo III
Idade	35 anos 6 meses (11 anos 2 meses)	35 anos 6 meses (12 anos 2 meses)	29 anos 11 meses (11 anos)
Tempo desde a operação	114,1 meses (36 meses)	52,2 meses (24 meses)	46,3 meses (12 meses)
Nº de evacuações	5,3 (2,8)	5,1 (2,5)	7,0 (3,3)

**Tabela - 2 - DISTRIBUIÇÃO DAS COMPLICAÇÕES PÓS-OPERATÓRIAS IMEDIATAS POR GRUPOS**

Complicações	Grupo			Total
	Grupo I	Grupo II	Grupo III	
TVP MID	1 10%	0	0	1 3.3%
Abscesso de parede	0	1 10%	0	1 3.3%
Deiscência P+TCS	0	1 10%	0	1 3.3%
Deiscência de anastomose	1 10%	0	0	1 3.3%
Fístula enterocutânea	0	1 10%	0	1 3.3%
Obstrução intestinal	1 10%	0	0	1 3.3%
Sem complicações	7 70%	7 70%	10 100%	24 80%
Total	10 100%	10 100%	10 100%	30 100%

TVP= Trombose venosa profunda; MID= Membro inferior direito; P= Pele; TCS= Tecido celular subcutâneo.

Em seis doentes (20,00%), ocorreram complicações pós-operatórias imediatas, havendo necessidade de reintervenção cirúrgica nos doentes que apresentaram deiscência da anastomose bolsa-anal, fístula enterocutânea e obstrução intestinal (Tabela 2).

Avaliados pelo menos um ano após o restabelecimento do trânsito intestinal, 14 doentes (46,66%) apresentavam escape fecal diurno e/ou noturno. Cinco pertenciam ao grupo I, quatro ao grupo II e cinco ao grupo III. Episódios de bolsite ocorreram em três doentes (10%), todos pertencentes ao grupo III. Estenose da anastomose foi encontrada em três casos (10%), dos quais dois pertenciam ao grupo II e um ao grupo III.

Quando interrogados, numa avaliação global pessoal, se estavam satisfeitos ou não com a cirurgia, 26 doentes (87%) relataram satisfação com a cirurgia e quatro doentes (13%) disseram-se insatisfeitos.

Dos pacientes insatisfeitos, um pertencia ao grupo I e apresentava 10 evacuações líquidas em 24 horas, intensa dermatite perianal e escapes fecais diurnos e noturnos. Outro, pertencente ao grupo II, além de escapes fecais noturnos, relatou incômodo devido às cicatrizes cirúrgicas e à conseqüente alteração da imagem corporal. Os outros dois pacientes pertenciam ao grupo III, ambos evoluindo com episódios de bolsite, anemia constante, e, em um deles, ocorrência de fístulas perianais.

Aplicando-se o Questionário para Doenças Inflamatórias Intestinais (IBDQ), verificou-se que a pontuação média da qualidade de vida para o total de doentes foi de  $169,33 \pm 36,73$ , sendo de  $184,70 \pm 15,20$  no grupo I,  $176,60 \pm 41,51$  no grupo II e  $146,70 \pm 38,76$  no grupo III (Tabela 3).

Aplicando-se o teste de Kruskal-Wallis, verificou-se que houve diferença de qualidade de vida entre os grupos para o total dos domínios e que os domínios intestinal e social foram possivelmente os que mais influenciaram essas diferenças, já que apresentaram níveis muito próximos da significância estatística (Tabela 4).

Quando se estudaram os grupos aos pares, para se verificar diferenças entre grupos, para todos os domínios, observou-se que o grupo I apresentou melhor qualidade de vida quando comparado ao grupo III (tabela 5).

Adotando a classificação definida na metodologia, verificou-se que a qualidade de vida foi excelente (acima ou igual a 200 pontos) em sete doentes (23,33%), boa (151-199 pontos) em 15 doentes (50,00%), regular (101-150 pontos) em seis (20,00%) e má (abaixo ou igual a 100 pontos) em dois (6,66%). Todos os doentes do grupo I apresentaram qualidade de vida entre boa (dois casos) e excelente (oito casos). No grupo II, foi excelente em quatro doentes, boa em três, regular em dois e má em um. No grupo III, a qualidade de vida foi excelente em um doente, boa em quatro, regular em quatro e má em um caso.

**Tabela - 3 - MÉDIAS, DESVIOS-PADRÃO E PERCENTIS DA PONTUAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA PARA CADA DOMÍNIO, POR GRUPO E POR TOTAL DA AMOSTRA**

Domínio						
Grupo		Intestinal	Sistêmico	Emocional	Social	Total
I	Média ± desvio	56,50±6,85	26,00±4,27	68,30±8,00	31,30±2,41	184,70±15,20
	P25%	53,25	26	64,5	29,25	177,5
	P50%	54,50	28,50	71,00	32,00	183,50
	P75%	60,75	32,25	73,5	33	192,5
II	Média ± desvio	58,30±13,29	27,50±8,32	60,60±18,21	30,20±5,37	176,60±41,51
	P25%	55,25	25,25	49	25,5	155,5
	P50%	62,50	29,50	65,50	33,00	185,00
	P75%	66,25	33,75	76	34,75	208,75
III	Média ± desvio	49,20±11,23	22,60±7,11	51,30±17,22	23,60±8,72	146,70±38,76
	P25%	42	18	43,25	20,25	132,75
	P50%	52	23	45,50	23,50	149,00
	P75%	54	27	64,75	31,5	158,5
Total	Média ± desvio	54,67±11,16	26,23±7,06	60,07±16,27	28,37±6,81	169,33±36,73
	P25%	51,5	22,5	46	24,25	150,25
	P50%	55	27	65	31	176
	P75%	62,75	32,75	71,75	33	195,5

No total, 22 doentes (73,33%) apresentaram qualidade de vida com pontuação acima de 151, demonstrando ser excelente ou boa na maioria dos que foram submetidos à proctocolectomia com conservação esfíncteriana e anastomose de bolsa ileal em J ao canal anal (Tabela 6).

## DISCUSSÃO

O estudo da qualidade de vida em portadores de doença inflamatória intestinal e, especialmente, em doentes tratados cirurgicamente, é fato relativamente recente na literatura mundial, embora cada vez mais freqüente nos últimos anos.

A proctocolectomia com conservação esfíncteriana (PCE) e anastomose de bolsa ileal ao canal anal é considerada atualmente o procedimento-padrão para doentes com

retocolite ulcerativa tratados cirurgicamente, principalmente por evitar a presença de uma ileostomia terminal definitiva e todo ônus acarretado pela presença do estoma.

Entretanto, trata-se de cirurgia com alta morbidade e com resultados que nem sempre correspondem às expectativas dos cirurgiões e principalmente dos pacientes a ela submetidos.

A percepção dos cirurgiões, de que a maioria dos pacientes se mostra satisfeita por ter evitado um estoma, permite que esta cirurgia mantenha seu lugar de destaque.

Nota-se assim, que a avaliação pós-operatória dos doentes portadores de RCU passou por dois momentos distintos: num primeiro instante, foi prioridade das pesquisas o estudo dos resultados funcionais da cirurgia e de como se poderia melhorar esses resultados, diminuir o número de complicações e conseqüentemente a morbi-

**Tabela - 4 - RESULTADOS DO TESTE DE KRUSKAL-WALLIS PARA CADA DOMÍNIO E PARA O TOTAL DA AMOSTRA**

Grupos	Domínio	Qui-quadrado	Graus de liberdade	Nível de significância (p)
1-2-3	Intestinal	5.942	2	0.051NS
1-2-3	Sistêmico	4.301	2	0.116NS
1-2-3	Emocional	4.632	2	0.099NS
1-2-3	Social	5.959	2	0.051NS
1-2-3	Total	6.045	2	0.049*

N.S.: não significante, \*: significante a 5%.

**Tabela - 5 - RESULTADOS DO TESTE DE MANN-WHITNEY PARA O TOTAL DA AMOSTRA**

Grupos	U	Nível de significância (p)
1-2	48.50	0.912 N.S.
1-3	15.50	0.007**
2-3	29.50	0.121 N.S.

N.S.: não significante, \*\*: significante a 1%.

**Tabela - 6 - QUALIDADE DE VIDA DE ACORDO COM PONTUAÇÃO DO IBDQ.**

Pontuação	n	%
≥ 200	7	23.33%
151-199	15	50.00%
101-150	6	20.00%
≤ 100	2	6.66%

mortalidade relacionada ao procedimento; posteriormente, passou a existir uma preocupação constante com a qualidade de vida que esses pacientes apresentam, levando-se em conta, agora, não apenas os resultados funcionais, mas uma visão global do indivíduo como ser físico, emocional e social.

Assim como a retocolite ulcerativa produz alteração na rotina de seus portadores, a realização do tratamento cirúrgico implica na possibilidade de complicações precoces e tardias, tendo ainda impacto na imagem pessoal, nas relações pessoais e de trabalho, assim como nas funções psicológicas e sexuais do paciente.

Neste estudo, observaram-se complicações pós-operatórias precoces em 20% dos casos, metade das quais relacionadas com a cirurgia propriamente dita. Em uma doente do grupo I, verificou-se deiscência da anastomose bolsa-anal e sepsé pélvica, que levou à reintervenção cirúrgica e à retirada da bolsa ileal, preservada pela realização de uma "bolsostomia" temporária. Ulteriormente, o trânsito intestinal foi reconstruído pela anastomose manual desta mesma bolsa ao canal anal, com boa evolução pós-operatória (Kiss et al., 1996)<sup>(14)</sup>. Em outro caso desse grupo, a doente evoluiu com fístula enterocutânea após o fechamento da ileostomia, sendo necessária a correção cirúrgica da mesma. A obstrução intestinal ocorreu em um doente após o fechamento da ileostomia, levando à realização de laparotomia exploradora para secção de bridas. Entre esses pacientes com complicações precoces, a qualidade de

vida foi considerada excelente e boa em três casos, regular em dois e má em um. Na doente que apresentou deiscência de anastomose bolsa-anal, que poderia levar a alterações funcionais e à conseqüente diminuição da qualidade de vida, verificou-se a melhor qualidade de vida desse grupo, explicada por ela como resultado da adaptação progressiva à sua evolução pós-operatória e principalmente por ter-se evitado a ileostomia definitiva.

McLeod e Baxter (1998)<sup>(23)</sup> relataram que essas discrepâncias poderiam ser explicadas, entre outros motivos, pela aceitação pelo doente de seu estado de saúde e pela racionalização de que seu tratamento foi superior a outras alternativas.

A doente que apresentou fístula enterocutânea foi um dos casos com pior pontuação em todo o estudo (85 pontos), indicando uma má qualidade de vida, explicada principalmente pelas expectativas não correspondidas em relação aos resultados cirúrgicos. Ela afirmou que o número de evacuações fôra superior ao que esperava, a presença de escapes constrangedora e que sua imagem corporal ficou alterada pelas cicatrizes cirúrgicas, fato este comprovado em estudos realizados por Shamberger et al. (1999)<sup>(32)</sup>, onde observaram que em pacientes jovens (média de 18,1 anos) submetidos a esta cirurgia, a presença de cicatriz cirúrgica foi o único fator negativo significativo a interferir na qualidade de vida.

Dos 20 doentes que apresentaram complicações tardias (66,66%), três evoluíram com episódios de bolsite,

caracterizados por critérios clínicos, endoscópicos e anatomopatológicos e que responderam à terapia com metronidazol. Sabendo-se que a presença de bolsite está frequentemente associada à baixa pontuação na qualidade de vida (Tiainen e Matikainen, 1999) <sup>(38)</sup>, observou-se que os doentes que apresentavam bolsite eram do grupo III e a qualidade de vida, sem dúvida alguma, sofreu influência dessa complicação, já que se situam, no estudo, entre aqueles com menor pontuação (abaixo de 151 pontos).

Estenose da anastomose ocorreu em três casos (10,00%), todas em doentes com anastomose bolsa-anal grampeada e tratadas clinicamente. A qualidade de vida foi considerada regular nestes doentes, sendo mais influenciada pelo domínio emocional. Entretanto, os três se dizem satisfeitos com a operação, principalmente quando comparavam com suas condições pré-operatorias.

A presença de escapes diurnos ou noturnos foi a complicação tardia mais frequente em nossa série, ocorrendo em 46,66% dos casos e estavam igualmente distribuídas nos três grupos, apesar de a literatura enfatizar que essas alterações funcionais seriam mais frequentes nos doentes submetidos a mucosectomia retal e anastomose manual da bolsa ileal ao canal anal (Brunetti Netto, 1994) <sup>(1)</sup>. Os achados do presente estudo vêm ao encontro de publicações que não encontraram diferenças no número de complicações e nos resultados funcionais, quando comparavam a anastomose manual com a mecânica (Cohen et al., 1991; Luukkonen e Jarvinen, 1993; Reilly et al., 1997) <sup>(2,16,29)</sup>.

Entretanto, quando aplicado o IBDQ para avaliação da qualidade de vida, verificou-se que o grupo I foi o que registrou pontuação mais alta (184,70±15,20) e, conseqüentemente, melhor qualidade de vida, principalmente se comparado com os doentes do grupo III. O grupo II apresentou qualidade de vida próxima ao grupo I e melhor que o grupo III, porém sem significância estatística. Se levarmos em consideração que um grupo que realizou ileostomia como parte do tempo cirúrgico apresentou melhor qualidade de vida que o grupo III, sem ileostomia, podemos inferir que, provavelmente, a ileostomia não interferiu diretamente na qualidade de vida, embora seja evidente que a sua não-realização seria um transtorno a menos ao doente.

Ainda comparando a qualidade de vida dos doentes do grupo I com os do grupo III, verificou-se variação significativa do tempo decorrido desde a cirurgia até a entrevista (114,1 meses contra 46,3 meses), pois, historicamente, as operações com mucosectomia foram as primeiras a ser realizadas, podendo este fator funcionar como mecanismo maior de adaptação à cirurgia realizada e maior tolerância às alterações desenvolvidas.

Quando perguntados se estavam satisfeitos com a cirurgia, 26 doentes (87%) responderam afirmativamente e quatro disseram-se insatisfeitos, dados semelhantes aos de Perrault et al. (1988) <sup>(26)</sup>, que apontaram 85% dos doentes satisfeitos com a realização dessa cirurgia. Skargard et al. (1989) <sup>(33)</sup> também verificaram um índice elevado de satisfação, onde 92% dos doentes escolheriam novamente essa operação.

Entre os doentes satisfeitos, notou-se que vários apresentavam baixa pontuação para a qualidade de vida, entre eles, a paciente com a pior pontuação em todo o estudo. Ela apresentava escapes fecais ocasionais e um número elevado de evacuações (12x/24 horas). Embora reconhecesse que a cirurgia melhorou sensivelmente sua urgência evacuatória, não se conformava em ser portadora de retocolite ulcerativa, fato que a deixava deprimida e sem motivação para adaptar-se a seus resultados funcionais, comprovando que a pontuação da qualidade de vida pode ser fortemente influenciada pela personalidade do doente (Weinryb et al., 1995) <sup>(41)</sup>, fator que deve ser levado em conta quando da indicação de determinado procedimento cirúrgico.

Entre os doentes insatisfeitos, os domínios que mais contribuíram para a diminuição da pontuação foram o emocional e o intestinal, explicados pela presença de escapes fecais, bolsite e fístulas perianais. Dois doentes relataram que a operação não correspondeu às expectativas pessoais, outro queixou-se que não foi devidamente informado sobre os possíveis resultados e o último porque continuou dependente dos medicamentos que utilizava antes da operação.

Por outro lado, estudando os pacientes com melhor qualidade de vida, ou seja, aqueles com pontuação acima de 200, verificou-se que também o domínio emocional foi o maior responsável pelo não-alcance da pontuação máxima, mais uma vez evidenciando que, mesmo nos pacientes com excelente qualidade de vida, existe algum grau de comprometimento dos aspectos avaliados.

A qualidade de vida é um importante instrumento para se verificar os resultados cirúrgicos em pacientes com retocolite ulcerativa e, com a tendência cada vez maior de participação do paciente na escolha das alternativas de tratamento, essa informação pode ser útil para orientar e influenciar decisões clínicas (McLeod, 1991) <sup>(22)</sup>.

Medidas específicas de qualidade de vida tendem a ser mais responsivas a alterações de determinada doença e sua subjetividade permite identificar os problemas que mais incomodam o doente e, numa análise otimista e de longo prazo, influenciar a direção de pesquisas e o uso de recursos da saúde (Irvine, 1993) <sup>(10)</sup>. É importante lembrar que a escolha do questionário para medida da qualidade de vida está ligada ao que se deseja estudar, permitindo informa-

ções confiáveis sobre os resultados obtidos (Velanovich, 1999) <sup>(39)</sup>.

Para avaliar a qualidade de vida em pacientes clínicos portadores de doença inflamatória intestinal existem vários questionários específicos validados. Entretanto, para avaliação da qualidade de vida em pacientes submetidos a tratamento cirúrgico, estes questionários não existem. Por esse motivo, autores tendem a desenvolver questionários próprios, pobremente validados e não publicados, o que dificulta a padronização e análise estatística dos dados obtidos.

Para esse estudo, escolheu-se o Questionário para Doenças Inflamatórias Intestinais (Guyatt et al., 1989) <sup>(6)</sup>, por se tratar de instrumento já reconhecido e divulgado, em que o doente foi seu próprio controle, avaliando suas respostas em relação às alterações decorrentes de sua doença antes da operação.

Quando se verificaram os resultados da qualidade de vida nos três grupos, observou-se que, em geral, a pontuação obtida indicava uma boa qualidade de vida, porém refletindo sempre algum comprometimento. Isto poderia ser explicado, segundo Martin et al. (1998) <sup>(19)</sup>, por uma percepção subjetiva de que a doença ainda estaria presente, cujas conseqüências emocionais e psicossociais estariam sendo medidas através do instrumento utilizado.

Verificou-se ainda que, quando um domínio apresentava valores maiores ou menores, os outros domínios tendiam a sofrer a mesma alteração, reforçando a interligação existente entre fatores físicos, emocionais e sociais, e que, apesar de não ter-se uma medida quantitativa da qualidade de vida no pré-operatório, os achados permitiram considerar que a proctocolectomia com anastomose de bolsa ileal em J ao canal anal determinou uma melhor qualidade de vida nesses doentes.

Embora a comparação da qualidade de vida entre do-

entes com ileostomia definitiva e com bolsa ileal fosse semelhante em vários estudos (McLeod et al., 1991; Probert et al., 1996; Jymmo e Hyman, 1998) <sup>(22,27,12)</sup>, observou-se que os doentes deste estudo desejavam evitar ileostomia definitiva, aceitando riscos inerentes à cirurgia.

Segundo Teixeira et al. (1996) <sup>(36)</sup>, uma vez ciente sobre a evolução natural da doença, das alternativas e conseqüências de qualquer operação escolhida, o ideal seria que doente e médico chegassem a um consenso quanto ao tipo de operação e o melhor momento para realizá-la.

Finalmente, observou-se que o IBDQ foi instrumento confiável para a mensuração da qualidade de vida em doentes submetidos a tratamento cirúrgico de retocolite ulcerativa, parâmetro cada vez mais importante para avaliação terapêutica nas doenças inflamatórias intestinais, permitindo selecionar objetivamente as alternativas cirúrgicas disponíveis, estudando e avaliando suas possíveis implicações, para o atendimento das necessidades globais de saúde, em todos os aspectos que compõem esse conceito.

## CONCLUSÃO

Verificou-se, neste estudo, que a qualidade de vida dos doentes submetidos à proctocolectomia com anastomose de bolsa ileal em J ao canal anal foi considerada boa na maioria dos doentes, independentemente de variáveis como realização de ileostomia temporária ou não, sexo, idade ou número de evacuações. Entre os fatores que influenciaram a pontuação da qualidade de vida estão o tempo decorrido entre a cirurgia e a realização da entrevista, o grau de satisfação com a cirurgia realizada e, sem dúvida alguma, a presença de bolsite e as alterações emocionais próprias dos doentes ou conseqüentes da operação.

---

**SUMMARY:** Restorative proctocolectomy with ileal pouch-anal anastomosis plays an important role in the surgical treatment of ulcerative colitis. At present, attention is focused on quality of life of patients submitted to this operation, a very important instrument to evaluate therapeutic results in many chronic diseases, including physical, emotional and social aspects. In the present work, 30 patients treated by restorative proctocolectomy and ileal J pouch-anal anastomosis were distributed in three groups, according to variations of surgical technique. The Inflammatory Bowel Disease Questionnaire (IBDQ) was applied to evaluate quality of life after surgery, trying to make its correlation with patient's satisfaction, complications and long-term functional results. Quality of life was excellent in seven patients (23,33%), good in 15 patients (50,00%), regular in six (20,00%) and poor in two patients (6,66%). Soiling and pouchitis had negative influence on quality of life. Patients with long follow-up) had excellent or good quality of life. 26 patients (87%) were satisfied after surgery. This work concluded that restorative proctocolectomy is a good option to patients with ulcerative colitis because the majority of patients (73.33%) in this study had good or excellent quality of life.

**KEY WORDS:** ulcerative colitis; surgical treatment; quality of life

---

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Brunetti Netto C. Avaliação clínica e eletromanométrica da anastomose ileo-anal com reservatório ileal para retocolite ulcerativa. Tese apresentada à Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo para obtenção do Título de Doutor em Medicina - 1994.
2. Cohen S, Tsunoda A & Nicholls RJ. Prospective randomized trial comparing anal function after hand sewn ileoanal anastomosis with mucosectomy versus stapled anastomosis without mucosectomy in restorative proctocolectomy. *Br J Surg* 1991; 78: 430-434.
3. Downie WW, Leatham PA & Rhind VM. Studies with pain rating scales. *Ann Rheum Dis* 1978; 37: 378-381.



4. Fazio VW, Ziv Y, Church JM, Oakley JR, Lavery IC, Jeffrey WM & Schroeder TK. Ileal pouch anastomosis complications and function in 1005 patients. **Ann Surg** 1995; 222: 120-127.
5. Feagan B, McDonald JWD, Rochon J, Archambault A, Fedorak RN, Groll A, Kinnear D, Saibil F & Irvine EJ. Chronic low dose cyclosporine in the treatment of Crohn's disease. **N Engl J Med** 1994; 330: 1846-1851.
6. Guyatt GH, Mitchell A, Irvine EJ, Singer J, Williams N, Goodacre R & Tompkins C. A new measure of health status for clinical trials in inflammatory bowel disease. **Gastroenterology** 1989; 96: 804-810.
7. Guyatt GH, Feeny DH & Patrick DL. Measuring health-related quality of life. **Ann Intern Med** 1993; 118: 622-629.
8. Habr-Gama A, Teixeira MG, Brunetti CN, Sousa Jr AHS, Alves PRA, Vieira MJF & Pinotti HW. Proctocolectomia total com anastomose ileoanal e bolsa ileal em J para tratamento de retocolite ulcerativa. **Rev. Bras. Colo-Proct** 1993; 13: 100-105.
9. Habr-Gama A, Araújo SEA. Retocolectomia total e qualidade de vida. **Arq Gastroenterol** 1996; 37: 45-47.
10. Irvine, EJ. Quality of life : Rationale and methods for developing a disease-specific instrument for inflammatory bowel disease. **Scand J Gastroenterol** 1993; 199 (Suppl): 22-27.
11. Irvine EJ, Feagan BG, Rochon J, Archambault A, Fedork RN, Groll A, Kinnear D, Saibil F & McDonald JWD. Quality of life: a valid and reliable measure of therapeutic efficacy in the treatment of IBD. **Gastroenterol** 1994; 106: 287.
12. Jimmo B & Hyman NH. Is ileal pouch-anal anastomosis really the procedure of choice for patients with ulcerative colitis? **Dis Colon Rectum** 1998; 41: 41-45.
13. Kiss DR, Vilarino TC & Almeida MG. Tratamento cirúrgico da RCU e da polipose cólica familiar pela proctocolectomia com anastomose de reservatório ileal em J ao canal anal, com e sem mucosectomia retal. **Rev Bras Colo-Proct** 1991; 11: 131-141.
14. Kiss DR, Almeida MG & Baraviera AC. Bolsostomia temporária: recurso técnico para a preservação de bolsas ileais pélvicas nas complicações sépticas das proctocolectomias com conservação esfinteriana. **Rev. Bras Colo-Proct** 1996; 16.
15. Lee EC & Truelove SC. Proctocolectomy for ulcerative colitis. **World J Surg** 1980; 4: 195-201.
16. Luukkonen P & Jarvinen H. Stapled vs hand-sutured ileoanal anastomosis in restorative proctocolectomy. **Arch Surg** 1993; 128: 437-440.
17. Martin LW, Lecoultre C & Schubert WK. Total colectomy and mucosal proctectomy with preservation of continence in ulcerative colitis. **Ann Surg** 1977; 186: 477-80.
18. Martin F, Sutherland L & Beck IT. Oral 5-ASA versus prednisone in short-term treatment of Crohn's disease: a multicentre controlled trial. **Can J Gastroenterol** 1990; 4: 452.
19. Martin A, Dinca M, Leone L, Fries W, Angriman I & Tropea A. Quality of life after proctocolectomy and ileo-anal anastomosis for severe ulcerative colitis. **Am J Gastroenterol** 1998; 93: 166-169.
20. Maunder RG, Cohen Z, McLeod RS & Greenberg GR. Effect of intervention in inflammatory bowel disease on health-related quality of life: a critical review. **Dis Colon Rectum** 1995; 38: 147-161.
21. McHugh SM, Diamant NE, McLeod R & Cohen Z. S-pouches vs. J-pouches: a comparison of functional outcomes. **Dis Colon Rectum** 1987; 30: 671-677.
22. McLeod RS, Churchill DN, Lock AM, Vanderburgh S & Cohen Z. Quality of life of patients with ulcerative colitis preoperatively. **Gastroenterology** 1991; 101: 1307-1313.
23. McLeod RS & Baxter NN. Quality of life of patients with inflammatory bowel disease after surgery. **World J Surg** 1998; 22: 375-81.
24. Nissen R. Demonstrationem aus der operativen chirurgie zunächst einigen beonachtungen aus der plastischen chirurgie. **Zentralbl Chir** 1932; 60: 883.
25. Parks AG & Nicholls RJ. Proctocolectomy without ileostomy for ulcerative colitis. **Br. Med. J** 1978; 2: 85.
26. Perrault J, Telander RL, Zinsmeister AR & Kaufman B. The endorectal pull-through procedure in children and young adults: a follow-up study. **J Pediatr Gastroenterol Nutr** 1988; 7: 89-94.
27. Probert C, Jayanthi V & Mayberry JF. Quality of life after colectomy. A comparison of conventional ileostomy and sphincter saving continent procedures. **Arq Gastroenterol** 1996; 33: 48-51.
28. Ravitch MM & Sabiston DC. Anal ileostomy with preservation of the sphincter. **Surg Gynecol Obstet** 1947; 84: 1095-1099.
29. Reilly WT, Pemberton JH, Wolff BG, Nivatvongs S, Devine RM, Litchy WJ & McIntyre PB. Randomized prospective trial comparing ileal pouch-anal anastomosis performed by excising the anal mucosa to ileal pouch-anal anastomosis performed by preserving the anal mucosa. **Ann Surg** 1997; 225: 666-677.
30. Sagar PM, Holdsworth PJ, Godwin PGR, Quirke P, Smith NA & Johnston D. Studies on manovolumetry, fecal bacteriology, fecal volatile fatty acids, mucosal morphology and functional results. **Gastroenterology** 1992; 102: 520-528.
31. Salemans JMJI & Nagengast FM. Clinical and physiological aspects of ileal pouch-anal anastomosis. **Scand J Gastroenterol** 1995; 30: 3-12 Supplement 212.
32. Shamberger RC, Masek BJ, Leichtner AM, Winter HS & Lillehei CW. Quality of life assessment after ileoanal pull-through for ulcerative colitis and familial adenomatous polyposis. **J Pediatr Surg** 1999; 34: 163-166.
33. Skarsgard ED, Atkinson KG, Bell GA, Pezim ME, Seal AM & Sharp FR. Function and quality of life results after ileal pouch surgery for chronic ulcerative colitis and familial polyposis. **Am J Surg** 1989; 157: 467-471.
34. Spilker B. Teaching courses in clinical trial research methods. **J Clin Pharmacol** 1991; 31: 496-508.
35. Teixeira MG, Habr-Gama A, Takiguti CK, Brunetti Netto C & Pinotti HW. Aspectos epidemiológicos da retocolite ulcerativa inespecifica no Serviço de Coloproctologia do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. **Rev Bras Colo-Proct** 1991; 11: 87-91.
36. Teixeira MG, Habr-Gama A, Rocha MES, Santos HAL & Oliveira ALP. Qualidade de vida dos doentes com doença inflamatória intestinal antes e após tratamento cirúrgico. **Rev Bras Colo-Proct** 1996; 16: 186-191.
37. The Canadian Inflammatory Bowel Disease Study Group. Oral budesonide in active Crohn's disease: results of a randomized placebo controlled, double-blind, multicenter trial. **Gastroenterology** 1993; 104: A675.
38. Tiainen J & Matikainen M. Health-related quality of life after ileal J-pouch-anal anastomosis for ulcerative colitis: long-term results. **Scand J Gastroenterol** 1999; 34: 601-605.
39. Velanovich V. Using quality-of-life instruments to assess surgical outcomes. **Surgery** 1999; 126: 1-4.
40. Ware JE. Standards for validating health measures: definition and content. **J Chron Dis** 1987; 40: 473-480.
41. Weynrib RM, Ggustavsson JP & Liljeqvist L. A prospective study of the quality of life after pelvic operation. **J Am Coll Surg** 1995; 180: 589-595.
42. Williams NS & Johnston D. The current status of mucosal proctectomy and ileo-anal anastomosis in the surgical treatment of ulcerative colitis and adenomatous polyposis. **Br J Surg** 1985; 72: 159-168.

**Endereço para Correspondência:**  
Rua Correia de Lemos, 407-Apto131  
Chácara Inglesa - São Paulo/SP.  
CEP: 04140-000