

# AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA DE DOENTES DE CARCINOMA RETAL, SUBMETIDOS À RESSECÇÃO COM PRESERVAÇÃO ESFINCTERIANA OU À AMPUTAÇÃO ABDÔMINO – PERINEAL

RUY CHARLES CARDOSO DE SOUZA, CARLOS ANDRÉ ANTUNES DE BARROS, ROSANA RODRIGUES LEAL DE SOUZA, MARIA AUXILIADORA P. CESAR, DALTRO LEMOS ROSA, FANG CHIA BIN, WILMAR ARTUR KLUG, PERETZ CAPELHUCHNIK

*Departamento de Cirurgia da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil*

---

SOUZA RCC, BARROS CAA, SOUZA RRL, CESAR MAT, ROSA DL, BIN FC, KLUG WA, CAPELHUCHNIK P. Avaliação da Qualidade de Vida de Doentes de Carcinoma Retal, Submetidos à Ressecção com Preservação Esfincteriana ou à Amputação Abdômino – Perineal. *Rev bras Coloproct*, 2005;25(3): 235-240.

**RESUMO:** O objetivo foi avaliar a qualidade de vida de portadores de carcinoma do reto distal, comparando duas operações distintas, para determinar o impacto de cada uma delas na saúde do doente.

O estudo é prospectivo, com 29 pacientes divididos em dois grupos. O primeiro com 15 pacientes tratados com ressecção abdômino-perineal e o segundo com 14, submetidos à ressecção anterior com preservação esfincteriana. Utilizamos os questionários desenvolvidos pela Organização Européia de Pesquisa e Tratamento do Câncer(EORTC).

Os resultados mostraram que a qualidade de vida foi semelhante nos dois grupos em relação à idade, sexo e tempo de seguimento, independente da terapêutica adotada. Entretanto, foi superior naqueles com ressecção anterior, no aspecto das funções emocional, sexual e imagem corporal e sintomas de fadiga e problemas urinários.

**Descritores:** Qualidade de vida, Carcinoma retal, Ressecção anterior, Amputação abdômino-perineal.

O objetivo foi avaliar a qualidade de vida de portadores de carcinoma do reto distal, comparando duas operações distintas, para determinar o impacto de cada uma delas na saúde do doente.

O estudo é prospectivo, com 29 pacientes divididos em dois grupos. O primeiro com 15 pacientes tratados com ressecção abdômino-perineal e o segundo com 14, submetidos à ressecção anterior com preservação esfincteriana. Utilizamos os questionários desenvolvidos pela Organização Européia de Pesquisa e Tratamento do Câncer(EORTC).

Os resultados mostraram que a qualidade de vida foi semelhante nos dois grupos em relação à idade, sexo e tempo de seguimento, independente da terapêutica adotada. Entretanto, foi superior naqueles com ressecção anterior, no aspecto das funções emocional, sexual e imagem corporal e sintomas de fadiga e problemas urinários.

**Descritores:** Qualidade de vida, Carcinoma retal, Ressecção anterior, Amputação abdômino-perineal.

---

## INTRODUÇÃO

A operação para carcinoma retal tem sério impacto sobre a qualidade de vida dos pacientes, apesar do aperfeiçoamento das técnicas empregadas, nos últimos anos. A introdução de grampeadores circulares

tornou o procedimento mais rápido e seguro, e a radioterapia e a quimioterapia neoadjuvantes podem reduzir o tamanho e a invasão tumoral, facilitando a ressecção retal com preservação esfincteriana, evitando, desta forma, a colostomia definitiva.

---

*Trabalho realizado na Disciplina de Coloproctologia do Departamento de Cirurgia da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo, São Paulo, SP.*

*Recebido em 20/07/2005*

*Aceito para publicação em 21/08/2005*

Como mostrado em numerosos estudos, as ressecções anteriores com preservação esfínteriana e anastomose coloanal não comprometem os resultados oncológicos quando comparadas à ressecção abdômino-perineal<sup>1,2,3,4</sup> Embora, a indicação da melhor opção cirúrgica para cada caso mereça discussão, os métodos de avaliação da qualidade de vida, que vêm sendo desenvolvidos para melhor compreensão das alterações causadas pela doença, ajudam a definir a melhor terapêutica a ser empregada.

Poucos estudos mediram a qualidade de vida após a cirurgia para câncer retal e só recentemente foram desenvolvidos questionários para estudar esse aspecto, com níveis adequados de validade e confiança.<sup>5,6</sup>

Por falta de trabalhos em nosso meio sobre o assunto, optamos por avaliar a qualidade de vida de portadores de adenocarcinoma do reto distal, comparando doentes submetidos à ressecção anterior com outros tratados com amputação abdômino-perineal.

## MÉTODO

O estudo foi prospectivo e entrevistamos 29 doentes, divididos em dois grupos. O primeiro composto por 15 pacientes tratados com amputação abdômino-perineal e colostomia definitiva, sendo nove do sexo masculino (60%) e seis do feminino (40%), com idade média de 63,57 anos, variando de 47 a 75 anos. O segundo, com 14 doentes tratados com ressecção anterior com preservação esfínteriana, com idade média de 63,29 anos, variando de 42 a 79 anos, e sem diferença entre os sexos. Incluímos os portadores de adenocarcinoma de reto localizado até 7 cm da borda anal com diagnósticos confirmados por exame histopatológico em material de biópsias. Todos estavam em seguimento médio de dois anos, sem sinais de recidiva local ou à distância.

Orientamos os doentes selecionados na execução do questionário, sendo o termo de consentimento livre e informado previamente assinado.

Utilizamos dois questionários desenvolvidos pela Organização Européia de Pesquisa e Tratamento do Câncer (EORTC). O primeiro para avaliação da qualidade de vida de doentes oncológicos, EORTC/QLQ-C30,<sup>7</sup> e o segundo para doentes com câncer do reto, EORTC/QLQ-CR38.<sup>5</sup> A tradução, adaptação cultural e validação para o Brasil foram feitas pela

Doutora Mirian H. H. Federico, Diretora do Serviço de Oncologia Clínica do Instituto de Radiologia do Hospital das Clínicas da Universidade de São Paulo em 2.001.

O QLQ-C30 consiste de 30 questões, 24 das quais são combinadas para formar seis escalas de funções física (questões 01 a 05), cognitiva (20 e 25), rotina (06 e 07), emocional (21 a 24), social (26 e 27) e qualidade de vida geral (29 e 30) e nove escalas de sintomas que avaliam sintomas de dor (09 e 19), fadiga (10,12 e 18), vômitos (14 e 15), evacuações (16 e 17), dispnéia (08), apetite (13), distúrbios do sono (11) e dificuldades financeiras (28). O questionário QLQ-CR38 constitui-se de 38 questões, sendo dez aplicáveis a todos os doentes e o restante a sub-grupos específicos (masculino ou feminino, pacientes com ou sem estomas). Avalia quatro escalas de funções: imagem corporal (questões 43 a 45), função sexual (47 e 48), prazer sexual (49) e perspectivas de futuro (46) e ainda sete escalas de sintomas: problemas miccionais (31 a 33), efeito de quimioterapia (40 a 42), sintomas do trato gastrointestinal (34 a 38) e problemas de evacuação (55 a 61), sexuais (50 a 53) e relacionados ao estoma (62 a 68) e perda de peso (39). Fonte: QL Coordinator Quality of Life Unit, EORTC Data Center Avenue E Mounier 83-B11, 1200 brussels, BELGIUM Tel: +3227741611-Fax: +3227794569-E-mail: abo@eortc.be

Os resultados das questões são dados em valores que variam de um a quatro, conforme a intensidade ou frequência, ou de acordo com as questões de um a sete. Os índices de funções e sintomas são obtidos através da associação de uma ou mais respostas e sua média. Utilizaram-se fórmulas para transformação deste número em índice que varia de 0 a 100, chamada transformação linear.

A aplicação deste método de avaliação, além de mostrar a qualidade de vida, fornece o grau de acometimento de cada função, proporcionando dados clínicos valiosos que auxiliarão na decisão do melhor tratamento a ser realizado para cada doente.

É importante observar que o alto índice na escala de função corresponde à boa qualidade de vida ou bom funcionamento, por outro lado o índice elevado na escala de sintoma, corresponde a pior qualidade de vida ou maiores problemas.

As variáveis clínicas estudadas foram: idade maior ou menor que 70 anos, sexo e presença de

doenças associadas. As variáveis terapêuticas foram: presença de complicação cirúrgica (no período da entrevista), incontinência anal, tempo de seguimento e tipo de terapêutica adotada (amputação do reto e ressecção anterior do reto). Avaliamos o índice de incontinência anal no momento da entrevista e o classificamos de acordo com a Tabela-1, de incontinência anal<sup>8</sup>, e também por estudos manométricos.

Após a aplicação dos questionários QLQ-C30 e QLQ-CR38 nos 29 doentes estudados, obtiveram-se as médias dos índices das funções e sintomas de todo o grupo.

Para avaliar os perfis dos doentes quanto a sexo, estágio e idade entre os dois tipos de terapêutica, utilizamos os testes de homogeneidade entre grupos, Teste de Fisher( $p < 0,05$ )

## RESULTADOS

Devido a grande quantidade de valores de funções e sintomas a serem comparados, descreveremos apenas os índices das médias das funções ou sintomas de relevância, ou seja aqueles que apresentaram diferença estatisticamente significativa nos dois questionários da EORTC.

### 1. VARIÁVEIS CLÍNICAS

#### 1.1. IDADE

Estatisticamente os doentes com menos de 70 anos apresentaram um índice superior quanto ao aspecto de rotina (88,24% x 58,33%).

#### 1.2. SEXO

Não houve diferença estatística quanto ao sexo.

#### 1.3. DOENÇAS ASSOCIADAS

O grupo que apresentava doenças associadas, teve maior índice relacionado à constipação, porém apresentava a mesma qualidade de vida geral.

#### 1.4. COMPLICAÇÕES CIRÚRGICAS

No momento de estudo da qualidade de vida, apenas três referiam complicações decorrentes do procedimento operatório. Embora a análise estatística seja de pouco valor pelo pequeno número de doentes com complicações, os dois grupos apresentaram resultados estatísticos semelhantes.

#### 1.5. TEMPO DE SEGUIMENTO

Não houve diferenças significativas na qualidade de vida geral e nem nas demais funções, em relação ao tempo de seguimento.

#### 1.6. INCONTINÊNCIA ANAL

Dividimos os 14 pacientes submetidos à ressecção retal com anastomose coloanal e preservação esfincteriana em dois grupos, conforme o índice de incontinência anal. Grupo I com 10 pacientes com incontinência com grau de 1 a 6 e Grupo II com quatro incontinentes com grau acima de 6. Não observamos diferença entre os grupos. Todos foram submetidos a estudos manométricos com perfusão, com oito canais, precedidos de preparo do cólon.

O comprimento do canal anal variou de 2 a 3,5 cm com média de 2,68 cm, e a avaliação mano-

**Tabela 1 – Índice de incontinência anal.**

| Parâmetros             | Nunca | Raro | Às Vezes | Usual | Sempre |
|------------------------|-------|------|----------|-------|--------|
| Gases                  | 0     | 1    | 2        | 3     | 4      |
| Líquidos               | 0     | 1    | 2        | 3     | 4      |
| Sólidos                | 0     | 1    | 2        | 3     | 4      |
| Proteção Vestes        | 0     | 1    | 2        | 3     | 4      |
| Alteração da Qualidade | 0     | 1    | 2        | 3     | 4      |

NUNCA = 0, RARO < ou = 1/Mês, ÀS VEZES < ou = 1/Semana e > 1/Mês, USUAL < ou = 1/Dia e > 1/Semana, SENPRE > ou = 1/Dia

**Tabela 2** – Resultados das manômetrias realizadas nos pacientes com anastomose coloanal.

| Comprimento do canal anal   | 5 cm  | 4 cm  | 3 cm  | 2 cm   | 1 cm  |
|-----------------------------|-------|-------|-------|--------|-------|
| Pressão máxima de repouso   | 21,42 | 30,56 | 28,64 | 35,84  | 29,40 |
| Pressão máxima de contração | 55,02 | 70,35 | 82,69 | 126,40 | 93,12 |
| Pressão máxima de evacuação | 52,10 | 52,65 | 47,77 | 50,05  | 30,63 |

**Tabela 3** – Altura das anastomoses nos pacientes com anastomose coloanal.

| Altura    | 2 cm | 2,5 cm | 3 cm | 3,5 cm |
|-----------|------|--------|------|--------|
| Pacientes | 7    | 2      | 3    | 2      |

métrica revelou que os pacientes com anastomose coloanal apresentam baixas pressões de repouso e canal anal curto.

### 1.6. TIPO DE TERAPÊUTICA

Os pacientes submetidos à ressecção anterior com preservação esfinteriana apresentaram maior índice de qualidade de vida geral, quando comparados aos submetidos à amputação de reto (31,54% x 22,77%). Da mesma forma, apresentaram melhor qualidade de vida sob o aspecto emocional (83,03% x 51,94%), imagem corporal (27,00% x 16,90%) e função sexual (33,33% x 17,85%). Já com relação aos sintomas, o grupo dos submetidos à ressecção anterior, apresentaram menores índices de fadiga (11,67% x 39,29%) e problemas urinários (31,11% x 44,40%).

## DISCUSSÃO

O objetivo de avaliar a qualidade de vida dos doentes submetidos à ressecção anterior com anastomose coloanal e aqueles submetidos à amputação reto-abdominal foi determinar qual o impacto de cada forma terapêutica no doente. Vários estudos foram realizados com a finalidade de definir qual das duas operações, as mais utilizadas para o carcinoma retal, proporcionam menor impacto na saúde do doente. Entretanto, pela falta de um questionário padronizado

e validado, nenhuma conclusão definitiva foi obtida.<sup>9,10</sup> A elaboração de um questionário com capacidade de determinar adequadamente a qualidade de vida, transformando aspectos subjetivos em dados numéricos e estatísticos foi realizado por AARONSON et al.<sup>11</sup> Assim, através do uso desses questionários padronizados e validados, obtivemos os resultados acima relacionados.

Quanto à comparação dos doentes em relação à sua idade, observamos que o grupo dos mais idosos apresentava maior dificuldade em realizar atividades cotidianas e até mesmo atividades de lazer, embora outros autores verificassem que a idade não influenciou nos índices de qualidade de vida geral.<sup>12</sup>

Não chegamos à conclusão em relação ao sexo, devido o tamanho reduzido da amostra, porém outros autores referem índices de função sexual mais baixos no sexo masculino<sup>12,13</sup>; e impacto negativo da condição psicológica sobre a função sexual<sup>14</sup> e maiores dificuldades financeiras<sup>15</sup>.

Notamos que os doentes que apresentavam anastomoses mais baixas (três e dois centímetros) mostraram maior índice de incontinência em relação ao grupo com anastomoses de quatro a cinco centímetros. E, os estudos manométricos revelaram baixas pressões de repouso e canal anal curto. Entretanto, no geral, não encontramos diferença estatística, ao contrário dos estudos já publicados.<sup>16,17,18</sup>

Aqueles submetidos à ressecção anterior com preservação esfinteriana receberam ileostomia protetora que permaneceu em média três meses. Após fechamento, foram interrogados pela preferência de permanecer ou não com ileostomia, sendo unânimes em desejar seu fechamento, mesmo na presença de algum grau de incontinência anal; semelhante ao resultado de ALL et al.<sup>12</sup>

Quanto ao tipo de terapêutica utilizada, houve diferenças significativas em relação aos aspectos funcionais: emocional, sexual, imagem corporal e qualidade de vida geral e quanto à fadiga, problemas

urinários e constipação. Os resultados de qualidade de vida geral discordaram dos trabalhos de ALLAL et al<sup>16</sup> e de GRUMANN et al<sup>17</sup>, e foram semelhantes aos de SPRANGERS et al<sup>9</sup> e de CAMILLE-BRENANN, STELLE,<sup>10</sup>

Os pacientes com ressecção anterior apresentavam melhores condições emocionais em relação ao outro grupo com menores problemas de ansiedade, depressão, irritabilidade e vergonha, ao contrário dos resultados relatados por GRUMANN et al<sup>17</sup>

A função sexual que neste estudo traduziu o grau de libido, apresentou melhor índice nos submetidos à ressecção anterior, mostrando menor índice em relação à imagem corporal. Já em relação à imagem corporal e constipação, obtivemos resultados semelhantes aos da literatura.<sup>12,18</sup>

No geral, nosso estudo mostrou que pacientes submetidos à ressecção anterior com preservação esfínteriana têm melhor qualidade de vida geral que o grupo dos submetidos à amputação abdômino-perineal, em relação ao aspecto emocional, função sexual e

imagem corporal. Entretanto, alguns estudos mostraram resultados contrários ao nosso, mostrando a necessidade de estudo multicêntrico e prospectivo com maior número de pacientes e de tempo de seguimento. No caso específico fica clara a necessidade de avaliar os pacientes em todos os seus aspectos cognitivos, funcionais, sociais e adaptativos, e não somente em termos de resultados cirúrgicos imediatos ou tardios.

## CONCLUSÃO

O estudo dos doentes com adenocarcinoma do reto distal tratados com ressecção anterior ou amputação de reto, empregando os questionários QLC-C30 e QLC-CR38, permitiu definir que a qualidade de vida é semelhante nos dois grupos em relação à idade, sexo e tempo de seguimento, independente da conduta terapêutica adotada, e é melhor nos submetidos à ressecção anterior com preservação esfínteriana nos aspectos de função: imagem corporal, função emocional e sexual e de sintomas tais como fadiga e problemas urinários.

---

**SUMMARY:** The objective of this issue was to compare life quality in patients with distal rectum cancer submitted to anterior resection or abdominoperineal amputation, defining the impact of each therapy on patient's health.

This study was prospective with 29 patients divided into two groups; the first composed by 15 persons treated by abdominoperineal amputation and the second group with 14 patients submitted to anterior resection and sphincter preservation. Patients of both groups answered the questionnaires developed by the European Organization of Research and Treatment of Cancer (EORTC). Our results showed that life quality was the same in both groups in terms of age, sex and follow up time despite the embracing therapeutic, and was better in those submitted to anterior resection on functional aspects: emotional, sexual and self-body image and feelings like tiredness and urinary disturbances.

**Key words:** Quality of life, rectal cancer, anterior resection, abdominoperineal amputation

---

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Papillon J. Radiation therapy in the management of epidermoid carcinoma of the anal region. *Dis. Colon Rectum* 1974; 17:181-7.
2. Nigro N. D, Vaitkevicius V.K, Considine B. Combined therapy for cancer of the anal canal : a preliminary report. *Dis. Colon Rectum* 1974;27:763-66.
3. Williams N.S. The rationale for preservation of the anal sphincter in patients with low rectal cancer. *Br. J. Surg* 1984;71: 575-81.
4. Odou M. W, O'connell T.X. Changes in the treatment of rectal carcinoma and effects on local recurrence. *Arch. Surg* 1986;121:1114-6.
5. Sprangers M.A.G, Velde A, Aarson N.K. The construction and testing
6. Of the EORTC colorectal cancer-specific quality of life questionnaire module (QLQ-CR38). *Europe. J. Cancer* 1999; 35:238-47.
7. Rockwood T.H, Church J.M, Fleshman J.W, Kane R.L, Mavrantonis C, Thorson A.G, Wexner S.D, Bliss D, Lowry A.C. Fecal incontinence quality of life scale: quality of life instrument for patients with fecal incontinence. *Dis. Colon Rectum* 2000;43:9-17.
8. Aaronson N.K, Ahmedzai S, Bergman B, Bullinger M, Cull A, Duez N.J, Filiberti A, Flechtner H, Fleishman, S.B, Haes J.C.J.M, Kaasa S, Klee M, Osoba D, Razavi D, Rofe P.B, Schraub S, Sneeuw K, Sullivan M, Takaeda F. The European Organiza-

- tion for Research and Treatment of Cancer (QLC-C30) : A quality of life instrument for use in International clinical trials in oncology. *J.Natl. Cancer Int* 1993;85:365-76.
9. Jorge J.M.N, Wexner S.D. Etiology and management of fecal incontinence. *Dis. Colon Rectum* 1993;36:77-97.
  10. Sprangers M.A, Taal B.G, Tevelde A. Quality of life in colorectal cancer. *Dis. Colon Rectum* 1995;38:361-9.
  11. Camilleri-Brennan J, Steele JC. Quality of life after treatment for rectal cancer. *Br. J. Surg* 1998;85:1036-43.
  12. Aaronson N.K, Bullinger M, Ahmedzai S. A modular approach to quality-of-life assessment in cancer clinical trials. *Recent Results Cancer Res* 1998;111:231-49
  13. Allal A.S, Sprangers M.A.G, Laurencet F, Reymond M.A, Kurtz L.M. Assessment of long-term quality of life in patients with anal carcinomas treated by radiotherapy with or without chemotherapy. *Br. J. Cancer* 1999; 80:1588-94.
  14. Bergmann J.F, Chassany O. The role of quality of life in functional gastrointestinal disorders: regulatory issues. *Eur. J. Surg* 1998; 583:87-91.
  15. White C.A, Hunt J.C. Psychological factors in postoperative adjustment to stoma surgery. *Ann.R.Coll.Surg.Engl* 1997;79:3-7.
  16. Souza P.M.S.B. Avaliação da qualidade de vida dos doentes com adenocarcinoma do reto distal tratado com radioterapia e quimioterapia como primeira abordagem e submetidos a diferentes condutas terapêuticas. 2003; Tese (doutorado em medicina). Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.
  17. Williams N.S, Johnston D. The quality of life after rectal excision for low rectal cancer. *Br. J. Surg* 1983;70:460-2.
  18. Teramoto T, Watanabe M, Kitajima M, Per anum inter-sphincteric rectal dissection with direct coloanal anastomosis for lower rectal cancer. *Dis. Colon Rectum* 1997;40(suppl):S43-S47
  19. Schiessel R, Karner-Hanusch J, Herbst F, Teleky B, Wunderlich M. Intersphincteric resection for low rectal tumours. *Br. J. Surg* 1994;81:1376-8
  20. Allal A.S, Bieri S, Pelloni A, Spataro V, Anchisi S, Ambrosetti P, Sprangers M.A, Kurtz J.M, Gertsch P. Sphincter-sparing surgery after preoperative radiotherapy for low rectal cancers: feasibility, oncologic results and quality of life outcomes. *Br. J. Cancer* 2000;82:1131-7.
  21. Grumann M.M, Noack E.M, Hoffmann I.A, Schlag P.M. Comparison of quality of life in patients undergoing abdominoperineal extirpation or anterior resection for rectal cancer. *Ann. Surg* 2001; 233: 149-56.
  22. Camilleri-Brennan J, Steele JC. Prospective analysis of quality of life and survival following mesorectal excision for rectal cancer. *Br. J. Surg* 2001; 88:1617-22.
- Endereço para correspondência:**  
RUY CHARLES CARDOSO DE SOUZA  
Rua Brigadeiro Galvão, 344/12-Barra Funda  
01151-São Paulo-SP.  
E-mail: ruyccs@ig.com.br