

CORREÇÃO CIRÚRGICA ENDO ANAL DA RETOCELE IMPORTÂNCIA DO ANISMUS

JOSÉ RIBAMAR BALDEZ - TSBCP

BALDEZ JR. Correção Cirúrgica Endo Anal da Retocele Importância do Anismus. *Rev bras Coloproct*, 2005;25(1):41-45.

RESUMO: A retocele é frequentemente associada a sintomas ano-retais, sendo que várias técnicas são descritas para a sua correção. O presente estudo avalia os resultados funcionais do reparo trans anal da retocele, com particular ênfase para a existência pré operatória do Anismus. 50 pacientes do sexo feminino que foram submetidas ao reparo transanal de Retocele, por Defecação Obstruída, foram revistas. Todas as pacientes eram múltíparas com paridade variando entre 2 a 6 partos, sendo a média de 3. A idade das pacientes variou entre 28 a 50 anos, com média de 42 anos e o tempo médio de seguimento foi de 12 meses. O Anismus foi detectado através da história clínica e exames de fisiologia ano retal, em 14 pacientes (28%). Os resultados funcionais foram avaliados através de questionário padrão, exame físico e testes de fisiologia ano retal. Concluimos que os resultados funcionais do Reparo Transanal da Retocele foram melhores nas pacientes sem Anismus, tratando-se de uma cirurgia segura e que, na ausência de Contração Paradoxal do Assoalho Pélvico, efetivamente corrige a Defecação Obstruída.

Unitermos: Retocele; Correção Cirúrgica Transanal; Importância do Anismus.

INTRODUÇÃO

A Retocele é definida como uma herniação da parede retal anterior e vaginal posterior, dentro da cavidade da vagina. Existem 2 tipos: baixa e alta. Na Retocele alta existe concomitância de prolapso urogenital. A Retocele baixa é mais freqüente, sendo um defeito isolado da porção supra esfínteriana do septo reto vaginal.

Trata-se de uma causa muito significativa de sintomas ano retais, especialmente entre mulheres idosas e múltíparas, sendo freqüentemente associada a Defecação Obstruída. Outros sintomas comuns incluem plenitude retal, sensação de peso vaginal durante a defecação, evacuação incompleta, dor e

sangramento retal. Todavia, esta condição pode ser assintomática ou diagnosticada incidentalmente. Algumas publicações demonstram que aproximadamente 25% das pacientes com Retocele Clínica, são assintomáticas, constituindo-se em achados de Defecografia em 15 a 40%.

Várias técnicas cirúrgicas, usando via transvaginal, transanal, transperineal ou trans abdominal, com ou sem utilização de material sintético (marlex) têm sido descritas para o reparo cirúrgico da retocele.

O reparo transanal foi usado no presente estudo, sendo que o primeiro reparo utilizando esta técnica foi descrito em 1968 e desde então têm sido mostrado bons resultados em 70 a 90% dos casos. Algumas pacientes, porém, continuam sintomáticas, independentemente da técnica empregada. A causa destes resultados pós operatórios negativos ainda não é suficientemente clara, porém o ANISMUS (Contração Paradoxal dos Músculos do Assoalho Pélvico), parece ter um papel importante, embora isto possa ser um assunto muito discutido e controverso na literatura.

Trabalho realizado no Departamento de Fisiologia Ano Retal da Clínica de Proctologia do Maranhão.

Recebido em 16/03/2005

Aceito para publicação em 30/03/2005

O presente estudo objetiva estabelecer uma correlação entre os resultados funcionais do reparo transanal da Retocele e a presença de ANISMUS.

METODOLOGIA

PACIENTES

Um total de 50 pacientes do sexo feminino, que se submeteram ao Reparo Transanal da Retocele, por Defecação Obstruída, entre março/2001 a novembro/2003, foram retrospectivamente revistas. A cirurgia foi realizada em pacientes sintomáticas e portadoras de Retocele Baixa, com estrutura esfínteriana íntegra. A principal indicação para a operação foi Defecação Obstruída, requerendo excessivo esforço para evacuar, apesar do uso regular e imoderado de laxantes.

INVESTIGAÇÃO

O diagnóstico da Retocele foi feito pelo exame clínico realizado tanto pelo Ginecologista como pelo Colo Proctologista. A investigação pré operatória incluiu o Exame Clínico, Questionário padronizado, Manometria Ano Retal (n=50), Eletroneuromiografia do Assoalho Pélvico (esfínter externo e pubo retal) (50), estudo do Tempo de Trânsito Colônico (n = 22). Cada paciente foi avaliada antes da cirurgia e 12 meses após, usando-se um questionário padrão com informações sobre o funcionamento intestinal e sintomas referentes ao assoalho pélvico, tais como: esvaziamento retal, esforços acentuados para defecar e uso imoderado de laxativos. O índice de qualidade de vida foi obtido utilizando-se uma escala analógica de 1 a 10, com 10 sendo o melhor. Isto foi escorizado independentemente pelas pacientes.

A Manometria Ano Retal foi realizada utilizando-se um cateter de polietileno flexível, com perfusão contínua de água, 4 canais de aquisição, marca Dynamed, pela técnica dinâmica (pull through), para determinar a pressão de repouso e de contração voluntária do canal anal, o reflexo inibitório reto anal, assim como também a pressão registrada ao esforço evacuatório. A Eletromiografia (EMG) do esfínter

externo e pubo retal foi realizada com agulhas concêntricas e tinha o objetivo de avaliar a atividade mioelétrica dos músculos, em repouso, em contração voluntária, em contração reflexa e à evacuação induzida.

No presente estudo, o diagnóstico de ANISMUS foi baseado em sintomas de Defecação Obstruída, em trocas paradoxais nas pressões esfínterianas e atividade mioelétrica na defecação simulada. O estudo do Tempo de Transito Colônico usando marcadores radiopacos, foi realizado para detectar Transito Colônico Lento. Pacientes com este tipo de problema foram excluídos do estudo em virtude da possibilidade de sua influência nos resultados funcionais da cirurgia, resultados estes que foram avaliados por um Questionário Padrão, Manometria Ano Retal e Miografia do Esfínter Externo e Pubo Retal.

TÉCNICA CIRÚRGICA

Todas as pacientes foram submetidas a cirurgia sob anestesia raquidea, em posição de decúbito ventral, tendo sido utilizada limpeza mecânica reto colônica e administração profilática de antibióticos. Após injetar-se na sub mucosa retal, logo acima do pecten, +/- 10 ml de solução salina de adrenalina a 1/200.000, objetivando facilitar o descolamento reto vaginal, uma incisão transversal interessando a mucosa, a 1 cm acima da linha pectínea, foi realizada em toda a parede anterior do reto. A seguir promove-se uma dissecação roma afim de separar a parede anterior do reto da parede posterior da vagina com conseqüente exposição do septo reto vaginal e seu correspondente defeito herniário supra esfínteriano. Cumprida esta etapa, utilizando-se vicryl 000 com agulha atraumática de 2,5 cm, são dados 3 a 4 pontos separados a cada 0,5 a 1 cm, objetivando plicar o septo reto vaginal com conseqüente fechamento da herniação, devendo-se tomar cuidado para não perfurar ou incluir a mucosa vaginal na sutura, evitando-se desta maneira a formação de fístula reto vaginal. Por fim, resseca-se o excedente de mucosa retal, sendo a mucosa suturada à borda distal da incisão transversa inicialmente realizada (+/- 1 cm acima da linha pectínea), utilizando-se sertix catgut cromado 00, agulha atraumática 2,5 cm.

RESULTADOS

Todas as pacientes eram multiparas, com paridade variando entre 2 a 6 partos normais, sendo a média de 3. A idade variou de 28 a 50 anos, com média de 42 anos e o tempo médio de seguimento foi de 12 meses. Constipação intestinal foi o sintoma predominante e esteve presente em todas as 50 pacientes, apesar do uso de dieta rica em fibra e laxantes formadores. Outros sintomas incluíam: sensação de peso vaginal (n = 44; 88%); digitação vaginal para auxiliar a defecação (n = 24; 48%); extração digital intra retal das fezes (n = 27; 54%), uso prolongado de laxantes (n = 50; 100%), uso de enema retal (n = 10; 20%).

32 (64%) pacientes tinham se submetido anteriormente a reparo vaginal posterior para correção de retocele. 22 pacientes (44%) tinham passado de hemorroidectomia e 10 pacientes (20%) tinham prévia histerectomia.

Os resultados funcionais são a seguir discriminados:

- 27 (54%) do total de 50 pacientes apresentaram significativo alívio da Constipação Intestinal.

- Sensação de peso vaginal desapareceu em 38 pacientes (76%) após o reparo da retocele.

- Digitação vaginal e retal para auxílio evacuatório foram menos comuns após a cirurgia e persistiram em 4 das 24 pacientes (16%) e em 7 das 27 pacientes (25%), respectivamente.

- A redução do uso de laxantes ou enemas foi também notado, presente em 36 das 50 pacientes (72%) e 4 das 10 pacientes (40%), respectivamente.

- As melhoras sintomáticas foram superiores em pacientes sem Anismus (n = 36) do que com Anismus (n = 14), especialmente no que se refere à Constipação Intestinal e digitação retal.

- Através do questionário de avaliação, 33 (91%) das 36 pacientes sem Anismus mostraram melhoras significativas após a cirurgia, comparado com 5 (35%) das 14 pacientes com Anismus, configurando-se uma melhora marcada na qualidade de vida após a cirurgia, nas pacientes sem Contração Paradoxal do Assoalho Pélvico.

Não houve mortalidade no grupo operado.

Como complicações tivemos um caso de pequena fístula reto vaginal que fechou com medidas conservadoras, duas pacientes apresentaram sangramento pós operatório cessado com repouso e tamponamento retal. Não tivemos casos de infecção na ferida cirúrgica ou deiscência de sutura. Após seguimento de 12 meses, uma paciente apresentou sintomas de Defecação Obstruída, apesar da não evidência de recorrência da Retocele ou constatação de Anismus.

DISCUSSÃO

A Retocele é comumente associada com sintomas ano retais, especialmente em mulheres múltiparas, porém sua presença em pacientes com Defecação Obstruída não indica, necessariamente, que ela é a causa do sintoma.

Patologias ano retais como causas concomitantes como Prolapso parcial do reto, Intuscepção Interna ou Anismus podem ser responsáveis pelo distúrbio evacuatório. O diagnóstico da Retocele é feito no exame retal pela palpação da herniação da parede anterior do reto, logo acima dos esfíncteres anais.

O reparo transvaginal da retocele é indicado quando existem condições associadas como Cistocele, Prolapso Uterino ou outra patologia ginecológica, porém, ele não promove alívio nas pacientes com sintomas predominantes de Defecação Obstruída, o que pode estar relacionado com uma mobilização lateral limitada por receio de resultar uma estenose vaginal com dispareunia. Por isso, alguns autores recomendam esta via de acesso para corrigir a Retocele sem sintomas de defecação obstruída, embora existam dados da literatura relatando melhoras da função evacuatória após a utilização desta técnica.

O reparo transanal promove uma plicatura do defeito da estrutura do músculo fascial do septo retovaginal, longitudinalmente, com uma série de pontos interrompidos, utilizando fio absorvível, após vigorosa mobilização lateral e desta maneira promovendo a plicatura do septo retovaginal.

Alguns detalhes técnicos são importantes para a prevenção de complicações, tais como: dissecação meticulosa, boa hemostasia, bom preparo intestinal e antibioticoterapia profilática. A colocação dos pontos durante a plicatura do septo é também importante,

devendo ser suficientemente profunda para incluir suas fibras musculares, porém não incorporando a parede vaginal posterior, afim de evitar a formação de fístula. A incidência desta complicação, em várias publicações, é menor que 1%.

O reparo transanal permite também excisar a mucosa retal redundante, melhorando desta maneira a sensibilidade retal. Cuidados devem ser tomados para não estreitar demasiadamente o canal anal durante a cirurgia para que não ocorra alteração na função esfinteriana.

A evacuação após o reparo transanal da retocele pode permanecer insatisfatória em 10 a 30% das pacientes, sendo de 18% no presente estudo. Embora um reparo tecnicamente mal executado possa ser responsabilizado, a inadequada seleção das pacientes ou outras desordens evacuatórias existentes são fatores importantes.

Histectomia prévia e uso abusivo e continuado de laxativos estão relacionados com pobres resultados pós operatórios. A Constipação Intestinal pós Histectomia pode estar relacionada com existência de mega reto, aumento de complacência retal e alteração de sensibilidade, provavelmente secundária a danos no sistema nervoso parassimpático da pelve.

A concomitante presença de Trânsito Colônico lento pode ter influência negativa nos resultados funcionais da cirurgia. A incidência de Inércia Colônica em pacientes com Retocele tem sido relatada, em várias publicações, em torno de 30%. O estudo do Trânsito Colônico ajuda a identificar a existência desta anormalidade em pacientes com Retocele e que apresentem distensão abdominal, dor e constipação intestinal crônica. Todas as pacientes diagnosticadas como portadoras de Trânsito Colônico Lento foram excluídas do presente estudo.

Em pacientes com Retocele Sintomática, Anismus pode ser uma situação freqüente, ocorrendo em 20 a 50% dos casos, conforme várias publicações. No Anismus a evacuação retal é paradoxal e secundária a distúrbio funcional do assoalho pélvico e esfínteres anais. Muitos termos têm sido usados para descrever o Anismus: Pubo Retal Paradoxal, Síndrome de não Relaxamento do Pubo Retal, Síndrome do Assoalho Pélvico Espástico e Disquesia Retal. Não existe uma rotina propedêutica uniforme

no diagnóstico do Anismus. Alguns autores recomendam a Eletromiografia Anal como teste de escolha. Ahamos que o Anismus possa ser definido através de sintomas clínicos de Defecação Obstruída, aumento paradoxal na atividade mioelétrica e na pressão do músculo esfínter anal externo, durante o máximo esforço para defecar, demonstrados pela miografia e manometria anal.

O impacto do Anismus sobre o reparo da Retocele não tem sido bem estudado, embora ele possa contribuir para resultados pós operatórios desfavoráveis. Arnold e col. publicaram que 54% de suas pacientes ainda se queixavam de constipação intestinal após correção de Retocele por via transanal ou perineal. Karlbom e col. mostraram evidência de Anismus na miografia de pacientes que não melhoraram após reparo transanal da Retocele.

Embora existam estudos prospectivos demonstrando que o Anismus não tem influência nos resultados funcionais da correção cirúrgica da Retocele, no presente estudo sintomas de constipação intestinal, sensação de peso vaginal, digitação vaginal e uso de laxantes e enemas, estão mais significativamente ausentes em pacientes que não apresentam Anismus na avaliação pré operatória, suportando portanto a conduta de que esta condição é uma contra indicação relativa á cirurgia desta enfermidade.

CONCLUSÃO

Retocele é uma condição heterogênea com sintomas variados. A criteriosa seleção das pacientes e a detecção do Anismus podem ter um importante papel nos resultados pós operatórios. Biofeedback utilizando a manometria ano retal ou eletromiografia pode corrigir o Anismus pré operatoriamente, constituindo-se de valiosa importância.

O reparo transanal da Retocele é seguro e na ausência do Anismus, efetivamente corrige a Defecação Obstruída, influenciando positivamente na qualidade de vida das pacientes.

Finalmente, para melhor resultado pós operatório, outras situações que promovem Defecação Obstruída, como o Anismus, devem ser determinados antes de se proceder o tratamento cirúrgico da Retocele.

SUMMARY: Rectocele is often associated with anorectal symptoms. Various surgical techniques have been described to repair rectocele. This study evaluated the functional results of the transanal repair of the Rectocele, with particular emphasis on the impact of concomitant Anismus pré operatively. Fifty females patients who underwent transanal repair of Rectocele by Obstructed Defecation were reviewed. All 50 patients were parous, with parity ranging from 2 to 6, being 3 the mean parity. The age ranging was 28 to 50 years, with the mean age of 42 years and the mean time of follow up was 12 months. The anismus was detected by clinical history, and ano rectal physiology studies, in 14 patients (28%). The functional results were assessed by a standard questionnaire, physical examination and ano rectal physiology. In conclusion we found that the functional results of transanal repair of rectocele were better in the patients without anismus, it is a safe operation and in the absence of the paradoxical contraction of pelvic floor, the operation effectively corrects obstructed defecation.

Key words: Rectocele; Surgical Transanal Repair; The Importance of Anismus.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Arnold MW, Stewart WR, Aguilar PS. Rectocele Repair: four years experience. **Dis. Colon Rectum** 1990; 33: 684-7
2. Karlbom U, Graf W, Nilsson S, Pahlman I. Does Surgical Repair of rectocele improve rectal emptying? **Dis Colon Rectum** 1996; 39: 1296-1302
3. Rao GN, Carr MD. Endorectal repair of Rectocele Revisited (letter). **Br. J. Surg** 1997;84: 1034
4. Wexner SD, Cheape JD, Jorge JM, Heymen S, Jagelman DG. Prospective Assessment of Biofeedback for the Treatment of Paradoxical Puborectalis syndrome. **Dis colon Rectum** 1992; 35: 145-50.
5. Block Ir. Transrectal repair of rectocele using obliterative suture. **Dis Colon Rectum** 1986; 29: 707-11.
6. Richardson AC. The rectovaginal septum revisited: its Relationship to rectocele and its importance in rectocele repair. **Clin obstet gynecol** 1993; 36: 976-83.
7. Sehapayak S. Transectal repair of rectocele: an extended armamentarium of colorectal surgeons. A report of 355 cases. **Dis Colon Rectum** 1985; 28: 422-33
8. Marks MM. The Rectal side of the Rectocele. **Dis Colon Rectum** 1967; 10: 387-8
9. Infantino A, Masin A, Melega E, Dodi G, Lise M. Does surgery resolve out let obstruction from rectocele? **Int J colorectal dis** 1995; 10: 97-100
10. Mellegren A, Anzen B, Nilsson BY, et al. Results of Rectocele repair: A propective study. **Dis colon Rectum** 1995; 38: 7-13.
11. Sarles JC, Arnaud A, Sielezneff I, Olivier S. Endorectal Repair of Rectocele. **Int J Colorectal dis** 1989; 4: 167-71.
12. Khubchandani IT, Claney JP III, Rosen I, Riether RD, Stasik JJ Jr. Endorectal Repair of Rectocele Revisited. **Br j Surg** 1997; 84: 89-91.
13. Jorge JM, Wexner SD. Anorectal Manometry: Techniques and Clinical Applications. **South Med J** 1993; 86: 924-31
14. Kuijpers HC, Bleijenberg G. The spastic pelvic floor syndrome: A cause of constipation. **Dis Colon Rectum** 1985; 28: 669-72.
15. Murthy VK, Orking B, Smith LE, Glassman LM. Excellent Outcome using selective criteria for Rectocele Repair. **Dis Colon Rectum** 1996; 39: 374-8.
16. Johansson C, Nilsson BY, Holmstrom V, Dolk A, Mellere A. Association Between Rectocele and paradoxical Sphincter Response. **Dis Colon Rectum** 1992; 35: 503-9.
17. Preston DM, Lennard. Jones JL. Anismus in Chronic Constipation. **Dig Dis Sci** 1985; 30: 413-8.
18. Van Dam JH, Schouten WR, Ginai AZ, Huisman WM, Hop WC. The impact of anismus on the Clinical outcome of rectocele repair. **Int J Colorectal Dis** 1996; 11: 238-42.
19. Sorensen M, Tetzchner T, Rasmussen OO, Christiansen J. Relations Between electro myography and Anal Manometry of the external Anal Sphincter. **GUT** 1991; 32: 1031-4.

Endereço para correspondência:

JOSÉ RIBAMAR BALDEZ
Clínica de Proctologia do Maranhão
Av. Colares Moreira, 555 - 5º andar - Renascença II
65.075-441 - São Luís (MA)
Fone: (98) 3268-2929
E-mail: cpm@elo.com.br