

UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
FACULDADE DE MEDICINA
DEPARTAMENTO DE CIRURGIA

**ANÁLISE DA PREVALÊNCIA DE ANORRETOCELE ANTERIOR
EM MULHERES ADULTAS, COMPARANDO COM A PARIDADE
E IDADE ATRAVÉS DE CINEDEFECOGRAFIA.**

FÁBIO ALVES SOARES

FORTALEZA
2006

FÁBIO ALVES SOARES

**ANÁLISE DA PREVALÊNCIA DE ANORRETOCELE ANTERIOR
EM MULHERES ADULTAS, COMPARANDO COM A PARIDADE
E IDADE ATRAVÉS DE CINEDEFECOGRAFIA.**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-
Graduação *Stricto Sensu* em Cirurgia, nível de
Mestrado da Faculdade de Medicina da
Universidade Federal do Ceará.

ORIENTADOR:
Prof. Dr. Francisco Sérgio Pinheiro Regadas

Fortaleza
2006

FICHA CATALOGRÁFICA

S654a

Soares, Fábio Alves

Análise da prevalência de anorretocel anterior em mulheres adultas, comparando com a paridade e idade através de cinedefecografia / Fábio Alves Soares. – Fortaleza, 2006.

Xxxf. : il.

Orientador: Prof. Dr. Francisco Sérgio Pinheiro Regadas
Dissertação (Mestrado). Universidade Federal do Ceará. Faculdade de Medicina, 2006

1. Retocel 2. Paridade 3. Defecografia 4. Constipação
I. Regadas, Fco. Sérgio Pinheiro (orient.) II. Título

CDD: 612.36

Aos meus pais, Helga e João Bosco e aos meus irmãos, Ana Maria e João Bosco Júnior por escutarem sempre tudo o que tenho a dizer e dizerem sempre tudo o que preciso escutar.

AGRADECIMENTOS

Ao Prof. Dr. Francisco Sérgio Pinheiro Regadas, razão que me trouxe a Fortaleza, pela acolhida, exemplo e lições que jamais serão esquecidas.

Ao Prof. Dr. Lusmar Veras Rodrigues, exemplo de caráter, liderança e bom-senso, por ter possibilitado que eu vivesse os anos mais importantes do meu aprendizado em ambiente de harmonia e respeito.

Ao Dr. Francisco Jean Crispim. Pela cumplicidade intelectual e carinho que dedica aos residentes, ser-lhe-ei eternamente grato.

À Prof^a. Sthela Maria Murad-Regadas, por deixar claro a todos à sua volta que trabalho e amor à profissão são indispensáveis e gratificantes.

Ao Prof. Dr. Rodrigo Dornfeld Escalante, rigoroso cientista, a quem devo ensinamentos fundamentais que nortearam este trabalho.

Aos demais assistentes do Serviço de Coloproctologia do Hospital Universitário Walter Cantídio, Prof. Francisco Leopoldo Albuquerque Filho, Dr. José Josias Jr. e Dr. André Pierre Lima, pelos momentos de companheirismo e aprendizado.

Aos amigos da residência, Beethoven Landim, Kilson Coelho e Érico Holanda, pessoas com os quais tive a alegria do convívio diário e com quem muito aprendi.

Especialmente aos ex-colegas Gabriel Soares e Walysson Tocantins, que agora trago no peito como verdadeiros irmãos.

Aos amigos da Pós-Graduação em Cirurgia da FM/UFC, especialmente Flávio Roberto, Doryane Lima e Rosilma Barreto, com quem dividi as angústias da solidão e a alegria da descoberta a que se entregam um mestrando.

À competente bibliotecária Maria Josineide Silva Góis pelo prestimoso auxílio.

Às secretárias da Pós-Graduação em Cirurgia da FM/UFC, Luciene e Magda, por me ensinarem pacientemente o caminho das pedras.

Aos amigos residentes e funcionários do Hospital Universitário Walter Cantídio e da FM/UFC, grandes companheiros durante toda a caminhada.

Aos amigos de Brasília, André Bicalho, Wellington (*in memoriam*), Jorge, Chico, Leandro, João Marcelo, Cláudio, Batata, Nanuque, Raquel, Cazé, pedras fundamentais e angulares na minha vida.

Aos (novos) amigos de Fortaleza, Dra. Ana Marta, Marcela, Cécile, Samara, Geórgia, Mirella, Daniela, Christiane, Carol, Flávia...

Ao Serginho, outro grande (novo) amigo que agora deixo aqui.

Aos amigos do GEC, em especial à Renata e ao Raphael, pelo auxílio inestimável na realização deste trabalho.

Ao Eduardo, cunhado favorito e colega, a quem devo o gosto pela cirurgia e pela coloproctologia em especial.

À Cynthia, cunhada favorita e colega, por tanto incentivo.

À Jordana e Johanna, pela cumplicidade e companheirismo mais que especiais nos momentos mais importantes desta caminhada.

À Marcela, com carinho especial.

Aos meus sobrinhos queridos, Pedro, Helena e Luísa. A vida é outra agora por causa de vocês.

Aos meus pais e irmãos pelo apoio efetivo desde as primeiras letras. Todo mérito que porventura haja na minha trajetória deve ser antes de mais nada creditado a vocês.

À tia Loló (*in memoriam*), Dido e Gu. Gostaria que estivessem aqui agora.

Ao bom povo do Ceará e de Fortaleza, que fez de mim um pouco cearense.

“Naquele duro transporte
sai aquela pobre gente,
agüentando paciente
o rigor da triste sorte.
Levando a saudade forte
de seu povo e seu lugar,
sem um nem outro falar,
vão pensando em sua vida,
deixando a terra querida,
para nunca mais voltar.”

Patativa do Assaré

RESUMO

Análise da prevalência de anorretocele anterior em mulheres adultas, comparando com a paridade e idade através de Cinedefecografia.

Programa de Pós-Graduação em Cirurgia do Departamento de Cirurgia da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Cirurgia.

Autor: Fábio Alves Soares

Orientador: Prof. Titular Francisco Sérgio Pinheiro Regadas

A anorretocele caracteriza-se pelo abaulamento da parede anterior do canal anal superior e junção anorretal, projetando-se em direção à parede posterior da vagina. Suas relações com os mecanismos e lesões induzidas pelo parto vaginal e idade são controversas e ainda pouco conhecidas. Este estudo tem por objetivo analisar a prevalência de anorretocele em mulheres adultas de acordo com a paridade e idade utilizando a Cinedefecografia. Foram avaliadas 45 mulheres adultas com sintomas de evacuação obstruída, oriundas do ambulatório de Coloproctologia do Hospital Universitário Walter Cantídio da Universidade Federal do Ceará, no período de março a agosto de 2006 com relação à idade, dados obstétricos, escore do Sistema de Classificação da Cleveland Clinic para Constipação (SCCC-C), dados manométricos e achados de cinedefecografia. A média etária foi de 46,3 anos (23-73). O escore médio do SCCC-C foi de 13,3 pontos (6-23). Quinze (33,3%) pacientes eram nulíparas, 7 (15,6%) primíparas e 23 (51,1%) múltíparas, com a média de 2,8 (0-11) partos vaginais por paciente. Dezoito (60,0%) pacientes haviam sido submetidas a parto vaginal com episiotomia, sendo verificado feto macrossômico em 14 (46,7%) e aplicação de fórceps em duas (6,7%). O comprimento funcional médio do canal anal foi 2,0 cm (1-3), a pressão média de repouso (PMR) foi 60,4 mmHg (3-119) e a pressão voluntária média (PVM) foi 140,4 mmHg (27-304). A sensibilidade retal mínima foi em média 21,3 ml (10-50) e a capacidade retal máxima foi em média 233,3 ml. Foi observada hipertonia esfíncteriana (PMR > 70 mmHg) em 14 (31,1%) e hipotonia (PMR < 40 mmHg) em 8 (17,8%) pacientes. A sustentação voluntária no intervalo de 40 segundos foi considerada adequada em 32 (71,1%) pacientes. O reflexo inibitório reto-anal (RIRA) estava presente em 43 (95,6%) pacientes. Foi identificado *anismus* em 13 (28,9%) pacientes. Foram demonstradas anorretoceles em 34 (75,6%) pacientes, observando-se retenção de contraste após a evacuação na anorretocele em 19 (55,9%) pacientes. O tamanho das anorretoceles (TAR) foi em média de 24,8 mm (0 - 64). O ângulo anorretal em repouso foi em média de 113,9° (54-150),

em contração de 81,6° (44-144) e de 129,7° (36-156) durante o esforço evacuatório. A mobilidade da junção anorretal comparando-se o esforço evacuatório e o repouso foi em média de 3,9 cm (-1 – 11,5) e 36 (80%) pacientes apresentavam descenso perineal móvel acentuado (DPM). Houve retenção de contraste no reto após a evacuação em 36 (80%) pacientes, prolapso mucoso (PM) em 17 (37,8%) e intussuscepção reto-anal (IRA) em doze (26,7%). Foi observado alargamento da distância reto-vaginal em duas (4,4%) pacientes. Não houve correlação entre anorretocele e hipertonia esfinteriana ($p = 0,7171$), *anismus* ($p = 0,4666$), IRA ($p = 0,6991$), PM ($p = 0,2279$), paridade comparando-se nulíparas e multíparas ($p = 1,000$), episiotomia ($p = 1,0000$), uso de fórceps ($p = 1,0000$) e parto de feto macrossômico ($p = 1,0000$). Não houve também correlação entre TAR e PMR ($p = 0,0883$), PVM ($p = 0,7327$), paridade ($p = 0,4987$) e idade ($p = 0,8603$). Houve correlação entre anorretocele e DPM ($p = 0,0275$), escore de constipação do SCCC-C ($p = 0,0082$) e hipotonia esfinteriana ($p = 0,0141$). Conclui-se que a prevalência de anorretocele é elevada e não se correlacionou com paridade, idade, trauma obstétrico produzido por episiotomia e/ou feto macrossômico, *anismus*, IRA e PM e apresentou correlação com hipotonia esfinteriana, DPM e escore do SCCC-C na população estudada.

ABSTRACT

Prevalence analysis of anterior anorectocele in adult women comparing with parity and age according to cinedefaecography.

Post-Graduate Program in Surgery, Department of Surgery, Federal University of Ceará Medical School, as a requirement for obtaining of Master in Surgery title.

Author: Fábio Alves Soares

Coordinator: Full-Professor Francisco Sérgio Pinheiro Regadas

Anorectocele is an anterior outpocketing of the anorectal junction and the upper anal canal toward the vaginal lumen. Its relations to vaginal delivery mechanisms and induced lesions as to ageing process are controversial and far from understood. The aim of this study is to analyse the prevalence of anorectocele in adult women according to parity and age by means of cinedefaecography. Forty-five adult women complaining of obstructed defecation were evaluated at the Coloproctology Unit of the Walter Cantídio University Hospital of the Federal University of Ceará from march to august, 2006, regarding age, obstetrical data, Constipation Score of the Cleveland Clinic Classification System (SCCC-C), manometric and cinedefaecographic findings. Mean age was 46.3 years (23-72). Mean SCCC-C score was 13.3 points (6-23). Fifteen (33.3%) patients were nulliparous, seven (15,6%) primiparous and 23 (51,1%) multiparous, with mean parity per patient of 2.8 (0-11), considering only vaginal deliveries. Eighteen (60%) had a history of episiotomy, fourteen (46,7%) delivered macrosomic children and two (6,7%) had history of forceps-assisted delivery. Mean functional length of the anal canal was 2 cm (1-3), mean anal resting pressure (PMR) was 60,4 mmHg (3-119) and mean voluntary

anal pressure was 140,4 mmHg (27-304). Mean rectal sensitivity was 21,3 ml (10-50) and mean rectal capacity was 233,3 ml. Anal hipertony (PMR > 70 mmHg) was verified in fourteen (31,1%) patients, while anal hipotony (PMR < 40 mmHg) was present in eight (17,8%). Thirty-two patients (71,1%) were able to sustain an adequate pressure profile at 40 seconds interval. Inhibitory rectoanal reflex (RIRA) was present in 43 (95,6%) patients. *Anismus* was identified in thirteen (28,9%) patients. Anorecocoles were demonstrated in 34 (75,6%) patients, with post-toilet retention of contrast in 19 (55,9%) of them. Anorectocole mean size (TAR) was 24,8 mm (0-64). Anorectal mean angle (AAR) was 113, 9° (54-150) at rest, 81,6° (44-144) during squeeze and 129,7° (36-156) while straining. Mean anorectal junction mobility comparing squeeze and rest was 3,9 cm (-1 – 11,5), with 36 (80%) patients presenting excessive perineal descent (DPM). Post-toilet rectal contrast retention was verified in 36 (80%) patients, rectal mucosal prolapse (PM) in 17 (37,8%) and rectoanal intussusception (IRA) in twelve (26,7%). Widening of rectovaginal space was present in two (4,4%) patients. There was no correlation between anorectocole and anal hipertony ($p = 0,7171$), *anismus* ($p = 0,4666$), IRA ($p = 0,6991$), PM ($p = 0,2279$), parity comparing nulliparous and multiparous patients ($p = 1,000$), episiotomy ($p = 1,0000$), forceps assistance ($p = 1,0000$) and delivery of macrosomic children ($p = 1,0000$). There was also no correlation between TAR and PMR ($p = 0,0883$), PVM ($p = 0,7327$), parity ($p = 0,4987$) and age ($p = 0,8603$). There was correlation between anorectocole and DPM ($p = 0,0275$), score of SCCC-C ($p = 0,0082$) and anal hipotony ($p = 0,0141$). In conclusion, anorectocole prevalence is high and doesn't correlate to parity, age, obstetrical trauma induced by episiotomy and/or macrosomic children delivery, *anismus*, IRA and PM, but correlates to anal hipotony, DPM and score of SCCC-C in the studied population.

SUMÁRIO

RESUMO

ABSTRACT

1.INTRODUÇÃO	16
2.OBJETIVO	22
3. PACIENTES E MÉTODOS	23
3.1.Critérios de exclusão	25
3.2. Exames clínico e complementares	25
3.2.1. Eletromanometria anorretal	26
3.2.1.1.Equipamentos de eletromanometria anorretal	26
3.2.1.2. Aspectos técnicos do exame	28
3.2.2.Cinedefecografia	32
3.2.2.1. Preparo do contraste baritado	33
3.2.2.2. Preparo do exame	33
3.2.2.3. Assento e posicionamento	33
3.2.2.4. Equipamentos para registro	34
3.2.2.5. Aspectos técnicos do exame	34
3.2.2.5.1. Fase estática	35
3.2.2.5.1. Fase dinâmica	40
3.3. Parâmetros de avaliação	41
3.3.1. Eletromanometria	41
3.3.2. Cinedefecografia	41
3.3.3. Dados obstétricos	41
3.3.4. Hábito intestinal	41
3.4. Análise estatística	42
4. RESULTADOS	43
4.1. Eletromanometria	43
4.2. Cinedefecografia	45
4.3. Dados obstétricos	51
4.4. Hábito intestinal	53
5. DISCUSSÃO	56
6. CONCLUSÕES	64
7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	65

8. APÊNDICES

8.1. Apêndice I

71

8.2. Apêndice II

73

8.3. Apêndice III

74

1. INTRODUÇÃO

A constipação intestinal afeta até 12,8% (SANDLER *et al*, 1990) da população adulta norte-americana, apresentando grande variabilidade de acordo com hábitos dietéticos, comorbidades e atividade física. A obstipação, ou constipação intestinal associada a obstrução de via de saída, tem prevalência pouco conhecida, estimando-se que até 31% da população ocidental adulta apresenta ao menos 4 episódios mensais de esforço evacuatório intenso às evacuações (DENT *et al*, 1986). THOMPSON *et al* (2002) relataram que 18% das mulheres adultas e 23% das mulheres com mais de 60 anos apresentam sintomas de defecação obstruída (DO).

Diversas afecções associam-se à DO, podendo classificá-las como funcionais ou orgânicas. Estas podem apresentar-se isolada ou concomitantemente, o que é mais freqüente. Dentre as causas orgânicas, as mais freqüentes são a anorretocele, as peritoniocèles (que, dependendo do conteúdo, podem ser denominadas enteroceles ou sigmoidocèles), as intussuscepções reto-retal ou retoanal, a procidência retal, o prolapso mucoso retal e a síndrome do descenso perineal. A principal afecção funcional que causa sintomas de DO é a contração paradoxal do músculo puborretal ou *anismus*. Estas afecções formam o espectro da Síndrome da Defecação Obstruída (SDO) (THOMPSON *et al*, 2002).

Anorretocele é definida, em mulheres, como a herniação da junção anorretal e da parede anterior do canal anal superior em direção à luz da vagina (REGADAS *et al*, 2005). A etiopatogenia da anorretocele em mulheres não é completamente conhecida, assumindo-se como fatores preponderantes o parto vaginal e a evacuação obstruída, fatores também comumente implicados na gênese de outras entidades, como o descenso perineal, a procidência retal, a colpocele e a cistocele. Ademais, outros fatores como alterações do colágeno, idade e comorbidades parecem também relacionar-se ao desenvolvimento de anorretocele em mulheres (SMITH *et al*, 1994).

Uma combinação de lesões neuromusculares relacionadas à distensão do nervo podendo pelos mecanismos do parto ou, cronicamente, pela constipação crônica, levam ao enfraquecimento das estruturas do assoalho pélvico, parecendo estar relacionado à gênese da anorretocele em mulheres. A lesão de partes moles induzida pelo parto vaginal, especialmente de fetos macrossômicos e quando

assistidos por fórcepe, tem sido também implicada na fisiopatogenia dessa afecção (ZBAR *et al*, 2003).

A fásia endopélvica, uma extensão caudal da fásia endoabdominal, atua na sustentação e suspensão dos órgãos pélvicos, de modo que alterações que comprometam sua integridade podem resultar em diversas formas de prolapsos de órgãos pélvicos. Postula-se que alterações do septo retovaginal - homólogo feminino da fásia de Denonvilliers – possam resultar em anorretoceles em mulheres, particularmente pelo fato destas não possuírem órgãos ou estruturas que sirvam de anteparo anatômico à herniação da parede anterior do reto em direção à luz da vagina, como no caso da próstata em homens. Alterações do metabolismo do colágeno próprias do envelhecimento, associadas à pressão endorretal elevada e prolongada em indivíduos com constipação crônica, também foram descritas como importantes no desenvolvimento da anorretocele em mulheres. (LÓPEZ *et al*, 2005)

O papel preponderante do septo retovaginal e suas lesões na gênese da anorretocele é motivo de controvérsia, pois não há concordância entre diversos autores sequer sobre a real existência de um septo retovaginal morfohistologicamente demonstrável. Há 75 anos, GOFF (1931), estudando peça cadavérica obtida de uma jovem nulípara, demonstrou não haver septo retovaginal histologicamente. Recentemente, KLEEMAN *et al* (2005) publicaram resultados semelhantes. RICCI *et al* (1947) demonstraram haver apenas tecido conjuntivo frouxo interposto entre o reto e a vagina, o qual carece de força tênsil e, portanto, não pode ser denominado “fásia”. Ressalta ainda que denominá-lo fásia retovaginal apenas contribui para perpetuar a confusão sobre o assunto. No entanto, UHLENHUTH *et al* (1948), demonstraram a existência de um septo retovaginal firmemente interposto e aderido entre o reto e a vagina, a que atribuiu origem no tecido peritoneal do recesso reto vesical durante o desenvolvimento embrionário. RICHARDSON (1995) descreveu o septo retovaginal como um tecido fascial conectado lateralmente aos músculos elevadores do ânus, distalmente ao corpo perineal e proximalmente aos ligamentos útero-sacrais. Referiu ainda que defeitos pontuais no septo retovaginal seriam responsáveis pela formação de anorretoceles, defendendo seu reparo primário em sua correção.

FRITSCH e HORZINGER (1995), a partir da utilização de técnicas de ressonância nuclear magnética e tomografia computadorizada, demonstraram a

inexistência de fáschia no nível do septo retovaginal, colocando em questão a etiopatogenia da anorrotocele em mulheres.

REGADAS *et al* (2006), por meio de endossonografia anorretal tridimensional, avaliaram o canal anal e a junção anorretal em mulheres normais, comparando-as a portadoras de anorrotocele de diversos tamanhos, visando identificar alterações anatômicas eventualmente associadas à gênese de anorrotocele. Observaram diferenças no canal anal superior e junção anorretal anteriormente, descrevendo uma área de fragilidade natural neste nível e denominando a herniação anterior resultante de anorrotocele.

As alterações do metabolismo do colágeno são também mencionadas como coadjuvantes na etiopatogênese da anorrotocele, sendo bem descrito que há decréscimo quantitativo e qualitativo nas fibras de colágeno com a idade em humanos e em modelo animal (KOVACS *et al*, 1994; MAYS *et al*, 1991). No entanto, o impacto da idade e das reduções do colágeno na fáschia endopélvica e seus prolongamentos são pouco conhecidos. DIETZ & STEENSMA (2005) demonstraram elevação da prevalência de anorrotocele em mulheres de acordo com a idade, mas não com a paridade.

A constipação crônica com padrão obstrutivo acarreta elevação da pressão endorretal, por transmitir a pressão endoabdominal ao reto, dissipando o vetor de forças radialmente ao encontrar o anteparo à saída do bolo fecal, geralmente no nível do canal anal. SHAFIK *et al* (2002) descreveram a existência de um gradiente pressórico reto-vaginal, em que haveria elevação concomitante da pressão intra-vaginal por ação muscular reflexa, evitando a formação de anorrotoceles. Alterações neste mecanismo compensatório gerando maior gradiente pressórico reto-vaginal levaria à formação de anorrotoceles mesmo em pacientes com septo reto-vaginal íntegro.

O diagnóstico da anorrotocele em mulheres parte da história clínica, em que sintomas predominantes de obstrução de via de saída e, particularmente, digitação da parede posterior da vagina para auxiliar a evacuação, sugerem o diagnóstico (ZBAR, 2003).

Diversos sistemas de escore clínico para avaliação de pacientes com constipação intestinal têm sido adotados, possibilitando não apenas verificar e quantificar a gravidade do quadro, como a resposta terapêutica para cada paciente. Dentre estes, destaca-se o Sistema de Classificação da Cleveland Clinic para

Constipação (AGACHAN *et al*, 1996), em que são atribuídos pontos de acordo com a frequência e duração de quesitos como hábito intestinal, dor abdominal ou anal à evacuação, sensação de evacuação incompleta, tentativas frustradas de evacuação ao longo de 24 horas, duração em anos das queixas, necessidade de auxílio à evacuação e tempo necessário às tentativas de evacuar. A pontuação obtida em cada item é somada e totalizada. Este sistema foi validado por correlacionar-se à gravidade de sintomas e seu emprego tem tornado possível comparar diversas séries publicadas.

O exame físico é fundamental para o diagnóstico de outras afecções que produzem sintomas semelhantes e podem somar-se à anorretocele, produzindo as queixas de constipação com obstrução de via de saída, como descenso perineal, prolapso mucoso, prolapso retal oculto e procidência retal (THEOFRASTOUS *et al*, 1998).

Exames funcionais e de imagem são usualmente realizados a fim de mensurar o tamanho das retoceles, estimar sua repercussão na constelação clínica apresentada pelas pacientes bem como permitir o diagnóstico diferencial das outras causas de obstrução da defecação que amiúde somam-se e agravam-se. Desta forma, permitem a seleção de pacientes candidatas ao tratamento cirúrgico e a otimização do tratamento clínico às demais (SHORVON, 2005). Dentre os exames de imagem disponíveis, o mais utilizado é a Cinedefecografia (CD). Novas alternativas menos invasivas e/ou de custo mais acessível têm sido recentemente disponibilizadas e agregadas ao arsenal propedêutico, dentre as quais a defecografia por ressonância nuclear magnética (D-RNM), a ultrassonografia transperineal dinâmica (USTP-D), a ultrasonografia endorretal dinâmica (KARASICK *et al*, 1993; BEER-GABEL *et al*, 2005; ROSS *et al*, 2002) e mais recentemente, a ecodefecografia, proposta por MURAD-REGADAS *et al* (2006).

A eletromanometria anorretal agrega dados funcionais importantes na investigação, sendo usualmente realizada concomitantemente a uma ou mais das técnicas de imagem mencionadas (JORGE e WEXNER, 1993).

A CD como é atualmente empregada foi descrita na primeira metade da década de 1980 (MAHIEU *et al*, 1984), sendo exame radiológico realizado mediante aplicação de contraste baritado no reto, canal anal e vagina, possibilitando a avaliação dinâmica destas estruturas e sua relação com os marcos ósseos pélvicos. Provê dados objetivos que permitem o diagnóstico diferencial entre

diversas afecções no contexto da SDO, notadamente anorretoceles, enteroceles, sigmoidoceles, peritoniocceles, síndrome do descenso perineal, prolapso mucoso retal, intussuscepção retal, procidência retal e contração paradoxal do músculo puborretal. Permite ainda a avaliação estática comparativa entre o ângulo anorretal, mobilidade da junção anorretal e da distância reto-vaginal entre o repouso, a contração e o esforço evacuatório e avaliação do resíduo pós-evacuatório.

À CD, a anorretocele pode ser identificada como a herniação da parede anterior da junção anorretal, em direção à parede posterior da vagina, no mais das vezes levando ao abaulamento desta. Pode ser medida traçando-se uma linha imaginária na projeção esperada da parede anterior do reto e unindo-a ao ápice da anorretocele, medindo-a em milímetros. Alternativamente, pode-se medi-la a partir de uma linha traçada tangencialmente ao canal anal anteriormente e, desta, até o ápice da retocele (JORGE et al, 2001). Anorretoceles com significado clínico habitualmente medem acima de 3 cm. Também importante é a avaliação pós-evacuatória da retenção de contraste no interior da anorretocele, admitindo-se como relevante quando há mais de 20% de retenção de contraste ao fim da evacuação (STOJKOVIC *et al*, 2003). Em alguns centros, pacientes que realizam digitação vaginal para auxiliar a evacuação são orientadas e fazê-lo durante o exame a fim de melhor compreender a repercussão deste ato à evacuação (SHORVON PJ E MARSHALL MM, 2005).

A eletromanometria anorretal é utilizada na avaliação clínica de alterações anorretais como incontinência fecal e constipação. Realizada com sistema hidro-pneumático computadorizado, possibilita a avaliação do tônus esfinteriano de repouso e em contrações voluntárias máxima e sustentada, do relaxamento esfinteriano à evacuação, da sensibilidade e capacidade retais e aferição do reflexo inibitório reto-anal (RIRA). Trata-se de exame com elevada acurácia no diagnóstico de *anismus* bem como possibilita inferir e localizar lesões musculares induzidas por parto. Seus achados, quando interpretados à luz dos dados clínicos e de outros exames como a CD, endossonografia anorretal e o tempo de trânsito cólico (TTC), permitem o diagnóstico diferencial dos distúrbios do assoalho pélvico associados à SDO e a otimização terapêutica individualizada para cada paciente. (JORGE e WEXNER, 1993).

Portanto, apesar de a gênese da anorretocele classicamente estar associada às lesões ao septo reto-vaginal induzidas pelo parto vaginal, dúvidas

persistem sobre o real mecanismo etiopatogênico da anorretocele, corroboradas pelo fato observado de que mulheres nulíparas e jovens amiúde apresentam anorretocele (DIETZ *et al*, 2005), e que muitas vezes não são demonstradas mesmo em mulheres idosas e múltíparas.

2. OBJETIVO

Avaliar a prevalência e o tamanho de anorrotocele em mulheres adultas, diagnosticadas pela CD, correlacionando-as com a paridade, idade, parâmetros obstétricos, achados cinedefecográficos e eletromanométricos anorretais.

3 - PACIENTES E MÉTODOS

Foi realizado estudo seccional, transversal, com 57 mulheres adultas, portadoras de constipação intestinal crônica com padrão de obstrução de via de saída, com escore médio de 13,3 pontos (6-23) aferido pelo Sistema de Classificação da Cleveland Clinic para Constipação (SCCC-C) (Tabela I). Todas as pacientes foram oriundas do ambulatório de Coloproctologia do Hospital Universitário Walter Cantídio. Doze foram excluídas por perda do seguimento e não ter sido possível realizar todos os exames.

As pacientes incluídas apresentavam a média etária de 46,3 anos (23-73), com desvio-padrão (DP) de 14,08 (Tabela I).

Quinze (33,3%) pacientes eram nulíparas, 7 (15,6%) primíparas e 23 (51,1%) múltíparas, ocorrendo em média 2,8 (0-11) partos vaginais por paciente, com DP de 3,31 (Tabela I). Foram realizadas episiotomias em 18 (60%) das pacientes com parto vaginal, sendo verificado feto macrossômico em 14 (46,7%) e aplicação de fórcepe em duas (6,7%) destas pacientes (Tabela I).

Sete (15,6%) pacientes relataram episódios de incontinência fecal, com escore médio de 9,0 (2-18) segundo o Sistema de Classificação da Cleveland Clinic para Incontinência Fecal (SCCC-I) (Tabela I).

Tabela 1 – Características das pacientes. Valores de idade (em anos), escore do SCCC-C (em pontos), paridade (em partos vaginais) expressos para cada paciente, média, desvio-padrão e intervalos interquartis (percentis 25, 50 e 75). Episiotomia, parto assistido por fórcepe, parto de feto macrossômico e incontinência fecal (IF) são expressos quanto a presença (+) ou ausência (-) do evento para cada paciente.

Paciente	Idade (anos)	Escore do SCCC-C (pontos)	Paridade (em partos vaginais)	Episiotomia	Parto assistido por fórcepe	Parto de feto macrossômico	IF
1	24	19	0	-	-	-	-
2	33	18	0	-	-	+	+
3	59	19	10	-	-	+	-
4	40	20	1	+	-	-	-
5	46	7	1	+	-	-	-
6	64	10	11	+	-	-	-
7	41	22	2	+	-	+	+
8	67	22	6	-	-	+	-
9	65	13	8	-	+	-	-
10	44	16	1	+	-	-	-
11	51	11	3	+	-	+	-
12	54	10	4	+	-	-	-
13	52	15	1	+	-	-	-
14	35	15	2	+	-	+	-
15	33	7	0	-	-	-	-
16	73	9	11	-	-	-	-
17	45	15	3	+	-	-	-
18	33	9	0	-	-	-	-
19	50	10	0	-	-	-	-
20	32	11	0	-	-	-	-
21	65	8	0	-	-	-	-
22	35	23	1	+	-	+	-
23	24	7	0	-	-	-	-
24	44	7	1	-	-	-	-
25	55	7	8	-	-	+	-
26	30	14	2	+	-	-	-
27	59	7	3	+	-	-	-
28	50	14	3	+	-	-	-
29	23	9	0	-	-	-	-
30	55	22	7	-	-	-	-
31	35	18	2	+	-	+	-
32	69	15	6	-	-	+	+
33	36	16	1	+	-	-	+
34	55	9	3	-	-	-	-
35	46	17	3	+	-	-	-
36	65	11	9	-	-	+	-
37	49	16	0	+	-	+	-
38	27	15	0	-	-	-	-
39	48	12	4	+	-	-	-
40	28	18	0	-	-	-	-
41	43	18	0	+	+	+	+
42	66	12	0	-	-	-	-
43	52	12	3	-	-	+	+
44	23	6	0	-	-	-	-
45	61	8	7	-	-	-	+
Média			46,3	13,3	2,8		
DP			14,08	4,9	3,31		
P₂₅			35	9	0		
P₅₀			46	13	2		
P₇₅			55	17	4		

Todos os pacientes foram avaliados com relação aos dados de história clínica, exame físico, manometria anorretal e cinedefecografia (CD), sendo confeccionada base de dados informatizada para posterior análise estatística dos dados. Antes do atendimento, foram devidamente informados com relação ao termo de consentimento livre e esclarecido (Apêndice I), sendo o mesmo assinado pelas pacientes. Este estudo está em consonância com os princípios da Declaração de Helsínquia sobre pesquisa envolvendo seres humanos e obedece a legislação brasileira vigente sobre ética em pesquisa envolvendo seres humanos estabelecida pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. O projeto de pesquisa foi registrado no Sistema Nacional de Ética em Pesquisa (SISNEP), tendo sido gerada a folha de rosto número 97235 e recebeu aprovação da Comissão de Ética em Pesquisa (CEP) do Hospital Universitário Walter Cantídio (Apêndice II).

3.1. Critérios de Exclusão

Foram excluídas do estudo pacientes com história de doença inflamatória intestinal, incontinência fecal de etiologia traumática ou que tenham sido submetidas a procedimentos cirúrgicos proctológicos e/ou perineais.

3.2. Exames clínico e complementares

As pacientes foram então entrevistadas de acordo com questionário padronizado em que constavam questões sobre idade, história obstétrica e história clínica direcionada ao hábito intestinal, hábito evacuatório e queixas proctológicas.

Em seguida, as pacientes foram submetidas a exame proctológico padronizado, sendo realizadas inspeções estática e dinâmica das regiões perianal e perineal, toque retal e anoscopia (Apêndice III).

3.2.1. Eletromanometria Anorretal

Todos os exames de eletromanometria anorretal foram realizados no setor de fisiologia anorretal do Hospital Universitário Walter Cantídio, conforme rotina padronizada. Foram utilizados enemas evacuatórios antes do exame somente nos pacientes com impactação fecal.

3.2.1.1. Equipamentos de Eletromanometria Anorretal - Foi utilizado um equipamento hidro-pneumático Medtronic®, composto por:

- Catéter radial de oito canais Medtronic® com orifícios dispostos meridianamente a intervalos de 45 graus, confeccionado em material plástico, flexível, com diâmetro de 4,5 mm e canal central de insuflação de ar de 1,8 mm de diâmetro (Figura 1).
- Sistema hidro-pneumático de oito canais marca Medtronic® contendo bomba pneumática alimentada por cilindro de nitrogênio, manômetro de pressão de gás, 8 transdutores de pressão, cabos transdutores, presilhas de transdutores e tubos pressurizadores (Figura 2).
- Cilindro de Nitrogênio padrão, marca White Martins®.
- Polígrafo eletrônico Medtronic®, modelo *PolygrafID*, com saída *USB 1.1*.
- Sistema computadorizado em plataforma *Intel Pentium IV*, com sistema operacional *Windows 2000 Professional*.
- Software *Polygram 98* com módulo de manometria anorretal de oito canais radiais (Figura 3).



Figura.1: Catéter radial de oito canais para manometria anorretal.

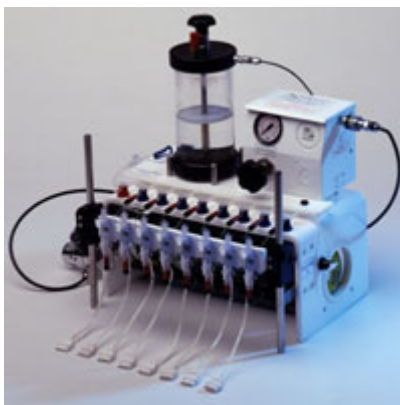


Figura 2: Sistema hidropneumático Medtronic para manometria anorretal de oito canais.

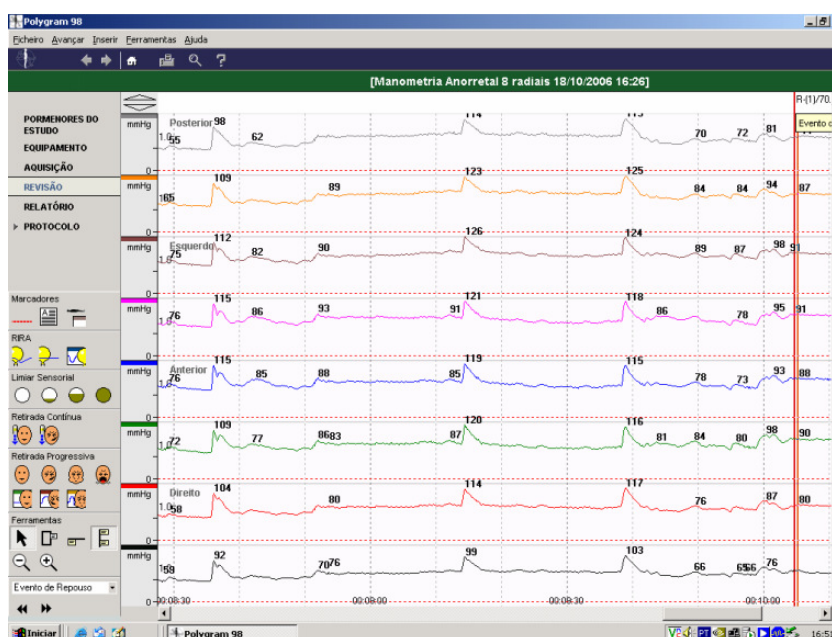


Figura 3: Tela do software Polygram98 durante registro de exame de manometria anorretal de oito canais.

3.2.1.2. Aspectos técnicos do Exame - A paciente era posicionada em decúbito lateral esquerdo e lubrificada a região perianal com gel lubrificante aquoso sem anestésico. Foi utilizado catéter plástico de perfusão de oito canais por sistema hidropneumático, com orifícios de saída dispostos radialmente e o exame realizado por técnica de retirada escalonada manual a intervalos de um centímetro, iniciando-se 6,0 centímetros cranialmente à margem anal (MA). Eram então determinadas a zona de alta pressão (ZAP) - correspondente ao comprimento funcional do canal anal (CFCA) – e a zona de mais alta pressão (ZMAP), onde era então posicionado o catéter para realização das demais

aferições do exame, à exceção da aferição do reflexo inibitório retoanal (RIRA), que foi sempre realizada a dois centímetros da MA.

Após estabilização das curvas pressóricas, aferia-se o intervalo em repouso, cujas médias pressóricas determinam a pressão média de repouso (PMR), em mmHg (Figura 4).

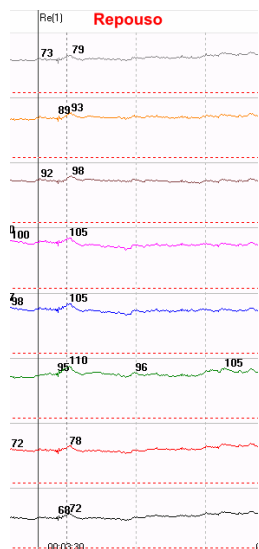


Figura 4: Registro simultâneo em oito canais de período de repouso, para cálculo da pressão média de repouso (PMR).

Em seguida, solicitava-se à paciente que realizasse esforço máximo de contração do canal anal por três tentativas subseqüentes, sendo a pressão voluntária máxima (PVM) calculada como a média dos picos pressóricos em cada canal na melhor tentativa, determinada em mmHg (Figura 5).

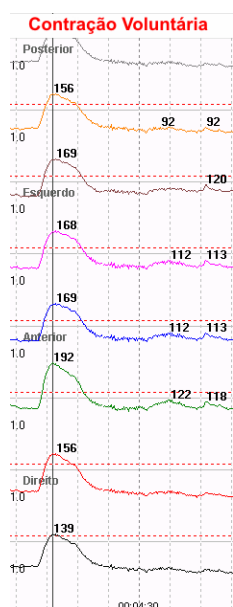


Figura 5: Registro simultâneo em oito canais do instante de contração voluntária máxima, para cálculo da pressão voluntária máxima (PVM).

Seguindo-se período de repouso de 30 segundos, solicitava-se à paciente que fizesse esforço de contração voluntária do canal anal de maneira sustentada e ininterrupta ao longo de 40 segundos, observando-se o padrão de sustentação. Pacientes capazes de manter pressões ao menos 20% acima dos

níveis basais de repouso durante todo o intervalo foram classificadas como tendo sustentação adequada em 40 segundos (Figura 6).

Após o retorno aos níveis basais de repouso, solicitava-se às pacientes que fizessem esforço evacuatório e aferiam-se as pressões obtidas comparando-as aos níveis basais, repetindo-se o procedimento por três ocasiões (Figura 7). Elevação dos perfis pressóricos à evacuação nas três tentativas foram consideradas como indicativo de *anismus*.

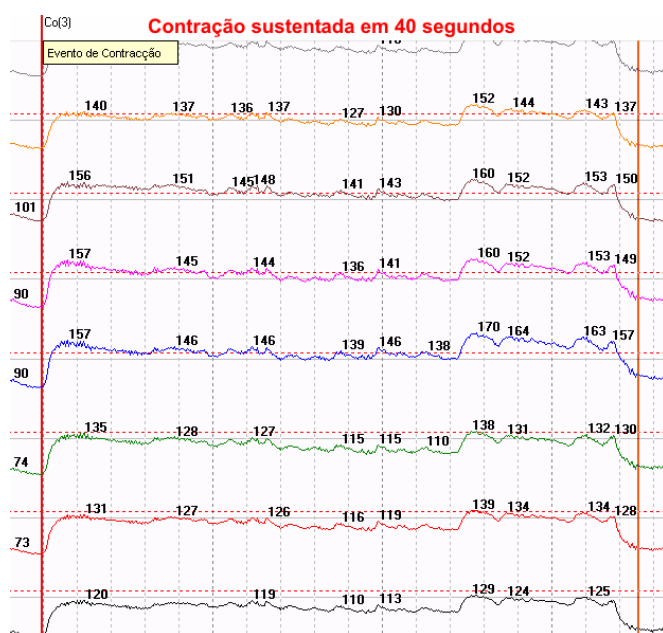


Figura 6: Registro simultâneo em oito canais de período de contração voluntária sustentada em 40 segundos. Observar a sustentação uniforme acima da linha de base durante todo o período.

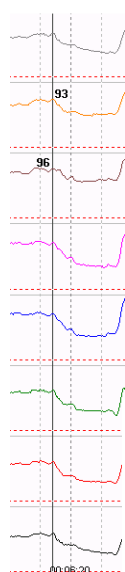


Figura 7: Registro simultâneo em oito canais durante esforço evacuatório. Observar as esperadas quedas de pressões simultaneamente em todos os canais.

Em seguida eram realizadas insuflações do balão de látex atado à ponta do catéter com os orifícios do catéter a dois centímetros da MA. As insuflações eram feitas de maneira sustentada com volumes a partir de 30 ml de

ar e observada a redução mínima de 20% dos valores basais de repouso. Em caso de não se observar redução adequada, fazia-se a insuflação sustentada com volumes maiores. A não redução das pressões nos níveis esperados após três tentativas consecutivas eram indicativas de ausência de RIRA (Figura 8).

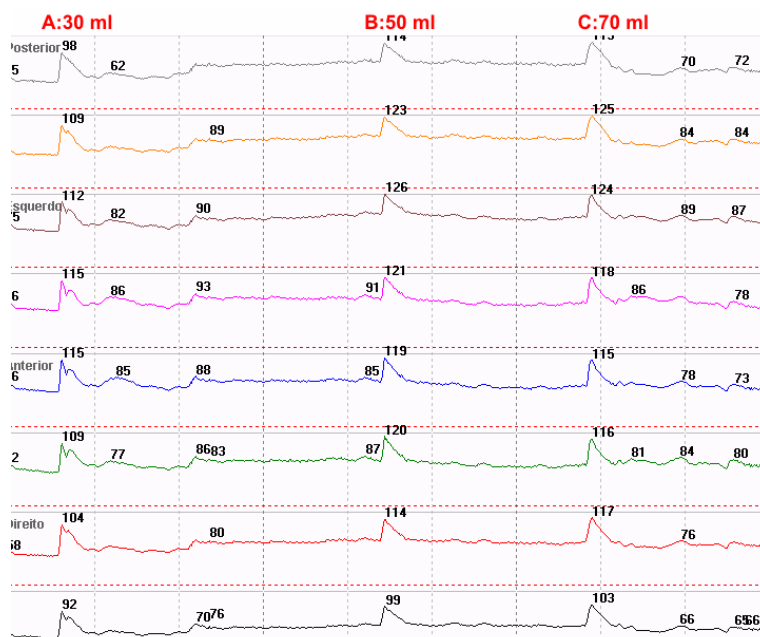


Figura 8: Registro simultâneo em oito canais durante insuflação do balão retal com volumes sucessivamente crescentes (30, 50 e 70 ml). Não ocorreu queda dos níveis pressóricos, demonstrando ausência de reflexo inibitório retoanal (RIRA).

Era determinada em seguida a sensibilidade retal mínima, realizada com insuflação lenta e contínua do balão de látex, com o catéter no mesmo nível da aferição anterior. O volume insuflado no exato momento da primeira sensação retal referida pela paciente era determinada e, em seguida, aumentada a velocidade de insuflação a fim de determinar o máximo volume insuflado tolerado pelas pacientes, determinando a capacidade retal máxima.

3.2.2. Cinedefecografia

Os exames foram realizados no setor de radiologia do Hospital Universitário Walter Cantídio, em ambiente reservado e privativo, à meia-luz. Previamente ao exame, dava-se ênfase à explicação concisa e clara dos procedimentos à paciente, bem como das manobras e exercícios que esta deveria realizar durante o exame.

3.2.2.1. Preparo do Contraste Baritado - O contraste baritado era preparado na véspera do exame, mediante aquecimento de 200 ml de água, ao que se adicionavam 100g de amido de milho em pó e 75 ml de sulfato de bário em solução gelatinosa. O preparado final, com consistência similar à das fezes,

tão logo resfriado, era acondicionado em bisnaga apropriada com capacidade de 350 ml, suficiente para a realização de um exame.

3.2.2.2. Preparo do Exame - Enema evacuatório prévio era realizado em pacientes com impactação fecal, sendo feito na manhã do exame com 500 ml de solução glicerinada, fracionada em duas aplicações. A paciente era então posicionada em decúbito lateral esquerdo, para introdução do contraste baritado radiopaco. Introduzia-se o aplicador de contraste primeiramente na vagina, onde eram aplicados aproximadamente 50 ml de contraste, com a retirada lenta e progressiva da pistola aplicadora. Em seguida, introduzia-se o aplicador no ânus e prosseguia-se a aplicação do contraste até desencadear sensação evacuatória ou até completar o volume de 300 ml de contraste, retirando-a gradualmente, tendo o cuidado de opacificar o canal anal. Retiravam-se os excessos de contraste com auxílio de gaze úmida.

3.2.2.3. Assento e posicionamento - O assento utilizado foi confeccionado em madeira e era recoberto por tampa plástica de assento sanitário a fim de simular o aparelho sanitário residencial habitual.

A paciente era então orientada a sentar-se sendo a fonte de raios-X posicionada na lateral esquerda da pelve e o chassis de filme, bem como o receptor fluoroscópico, posicionados à direita da paciente (Figura 9).



Figura 9



Figura 10

Figura 9 – Paciente posicionada no assento de proctografia evacuatória – visão lateral

Figura 10 – Equipamento de fluoroscopia telecomandado.

Uma régua com marcações radiopacas era então posicionada e fixada de modo a ser exibida tanto no sinal de vídeo quanto nos filmes.

3.2.2.4. Equipamentos para Registro - Utilizou-se aparelho radiológico de fluoroscopia telecomandado marca Philips®, modelo *Diagnost 92* (Figura 10) e videocassete padrão S-VHS marca Sony®. Eram utilizados filmes radiográficos padrão Kodak®.

3.2.2.5. Aspectos técnicos do exame - O exame compreendia duas fases, registradas simultaneamente: uma fase estática e outra dinâmica.

3.2.2.5.1. Fase Estática - Era registrada em filmes radiográficos em repouso, nos momentos de máxima contração e esforço evacuatório (os dois últimos determinados por controle fluoroscópico). Após a evacuação retal espontânea obtida com a paciente em toailete privativo (contíguo à sala de exame) era realizado o registro pós-evacuatório.

Simultaneamente era realizada a gravação em fita S-VHS em tempo real de todos os momentos do exame, para registro e posterior revisão de avaliação dinâmica.

Durante as fases de repouso, máxima contração e máximo esforço evacuatório, eram identificados os marcos ósseos da pelve, notadamente o ramo inferior do púbis e a ponta do cóccix. Em pacientes em que não era possível identificar o púbis, utilizavam-se as tuberosidades isquiáticas para a marcação ou, na pior das hipóteses, a linha horizontal demarcada pelo assento, no caso de não ser possível individualizar quaisquer estruturas ósseas fixas. As marcações utilizavam os mesmos marcos nos três filmes para uma mesma paciente. Orientava-se a paciente a evitar mover-se ou reposicionar-se no assento entre os momentos do exame.

Uma linha reta era traçada tangenciando o ramo inferior do púbis e a ponta do cóccix, a que se denominava linha pubococcígea (LPC). Analogamente, podia-se utilizar a linha isquiococcígea quando não fosse possível a visualização do púbis.

Identificava-se então o ápice do canal anal, geralmente em forma de “V” contiguamente à extremidade inferior do reto, determinando-se seu eixo, geralmente correspondente à bissetriz do ângulo formado por este “V”.

Uma linha tangenciando a parede posterior do reto, que repousa sobre o sacro, era traçada. O ângulo anorretal (AAR), formado pela interseção desta linha com a linha correspondente ao eixo do canal anal era medida com o auxílio de um goniômetro.

A determinação da LPC e do AAR era realizada em repouso, durante a contração e durante o esforço evacuatório.

Do ponto de formação do AAR, correspondente à junção anorretal (JAR), era traçada uma linha perpendicularmente à LPC e seu comprimento determinado em centímetros. A variação desta distância entre o repouso e o esforço evacuatório determinava a mobilidade da JAR (Figuras 11 e 12).

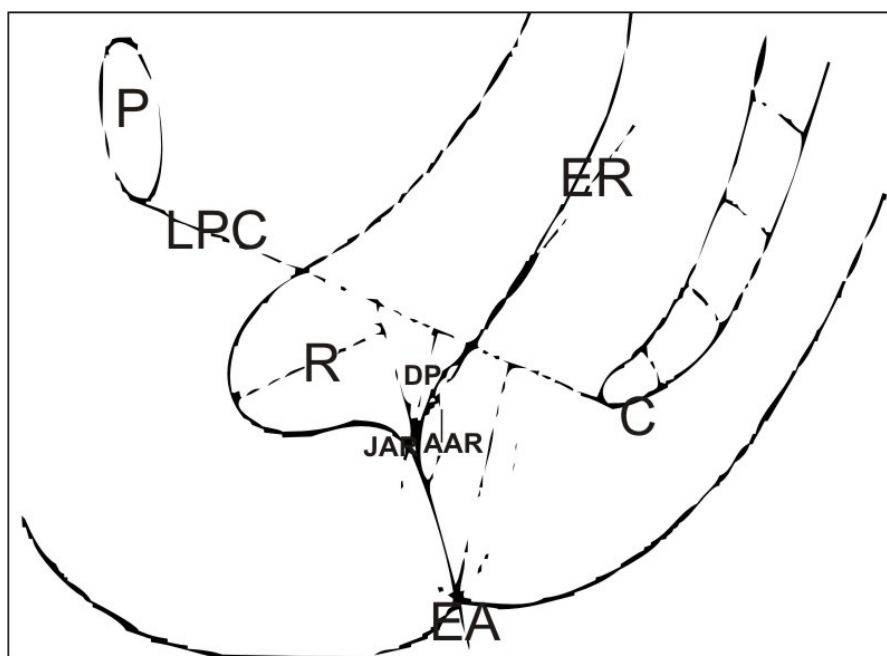


Figura 11 - Marcos ósseos e parâmetros anatômicos avaliados à proctografia evacuatória: P – Púbis; C – Cóccix; LPC – Linha pubococcígea; ER - Linha tangencial à parede posterior do reto; EA – Eixo do canal anal; R – Anorretocele; DP – Descenso perineal; JAR – Junção anorretal; AAR: Ângulo anorretal.

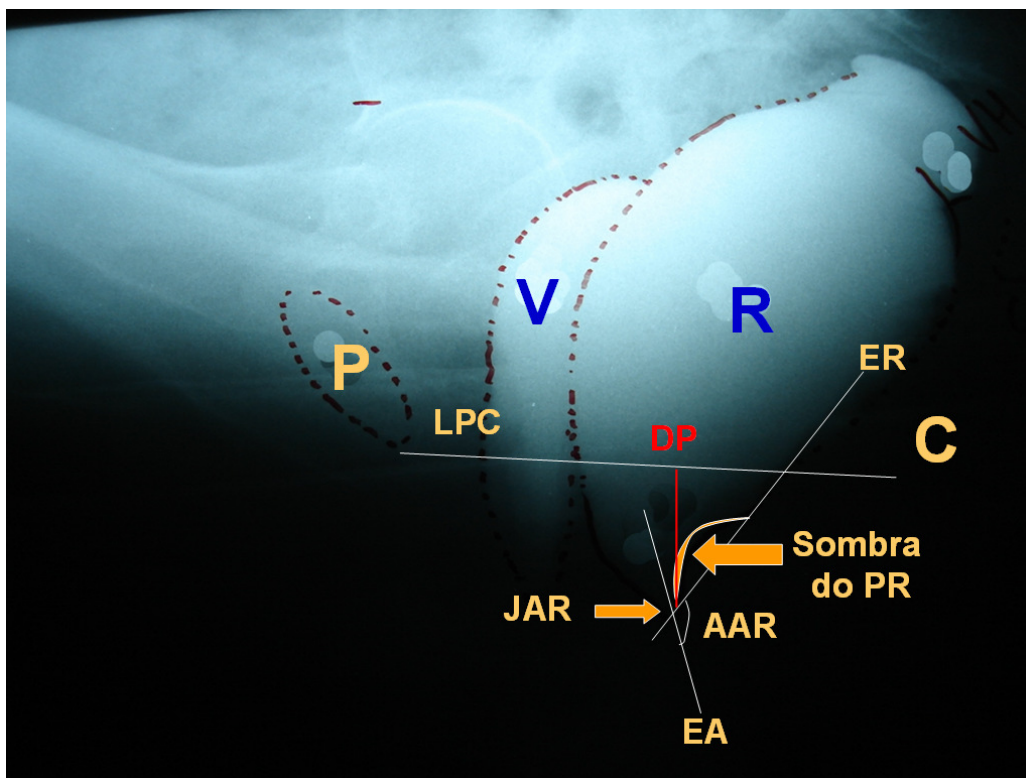


Figura 12 – Filme estático de cinedefecografia com as marcações em repouso.

Para quantificar o tamanho da anorretocel, traçava-se uma linha imaginária correspondente ao eixo do canal anal e media-se a distância até o seu ápice no momento do esforço evacuatório máximo, em milímetros (Figura 13).

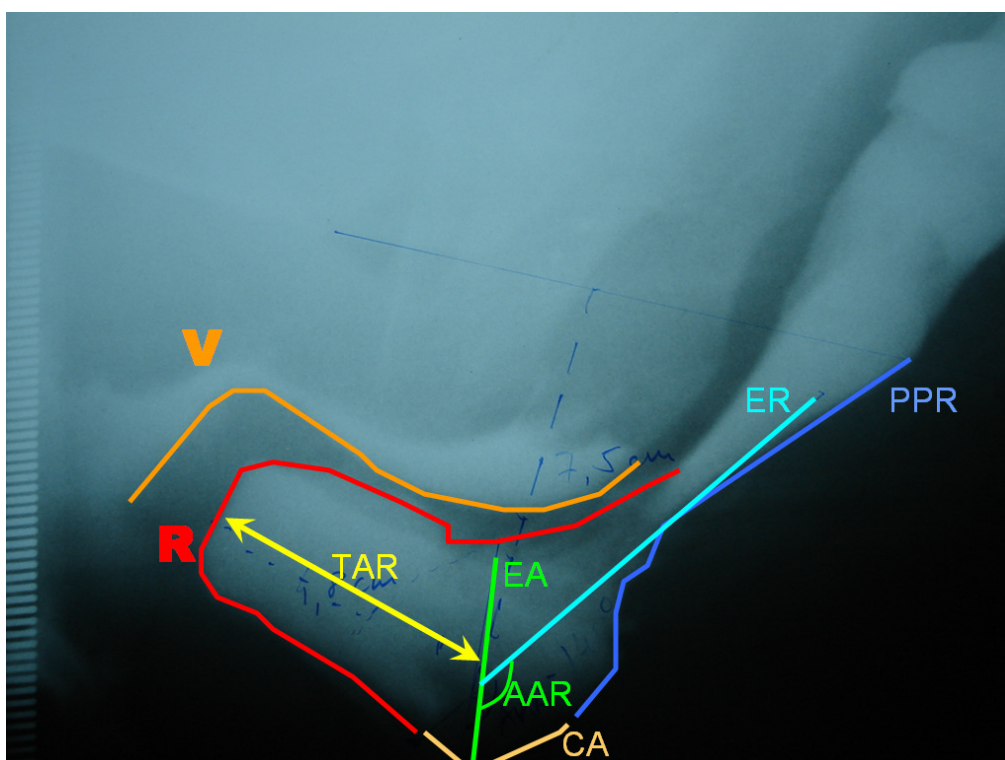
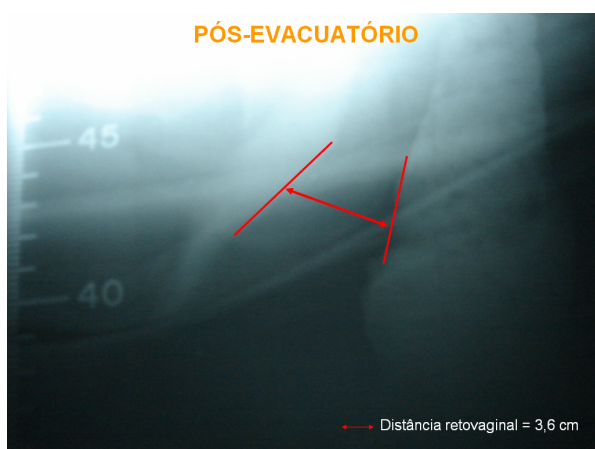
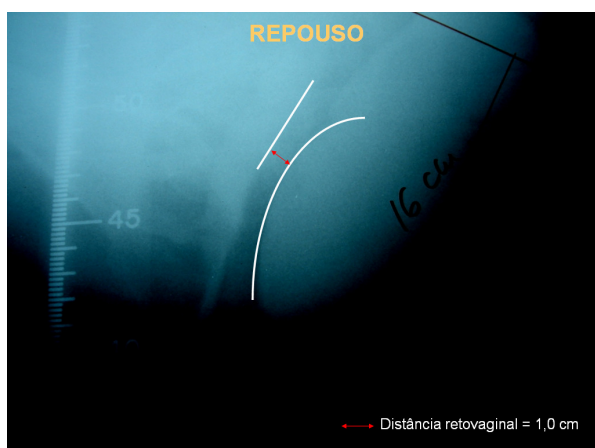


Figura 13 – Volumosa anorretocele em filme estático de cinedefecografia: V – Vagina; R – Anorretocele; ER - Linha tangencial à parede posterior do reto; EA – Eixo do canal anal; AAR - Ângulo anorretal; CA – Canal anal; PPR – Parede posterior do reto.

A distância reto-vaginal era aferida traçando-se uma linha entre a parede posterior da vagina e a anterior do reto, no terço médio da vagina, medindo-se esta distância em centímetros. Registrava-se e comparava-se a variação desta medida em repouso e durante o esforço evacuatório.

O registro gráfico pós-evacuatório era avaliado quanto à retenção de contraste na anorretocele e no reto, considerando-se como havendo retenção em ambos os casos quando a área remanescente fosse maior que 20% da área inicial em repouso. Alterações de projeção mucosa (Figuras 14 e 15) e alargamento da distância reto-vaginal (Figura 16) também puderam ser observados neste registro, quando presentes.



Figuras 14 (esquerda) e 15 (direita) – Alargamento pós-evacuatório da distância reto-vaginal numa mesma paciente, sugestivo de peritoniocèle (setas vermelhas).

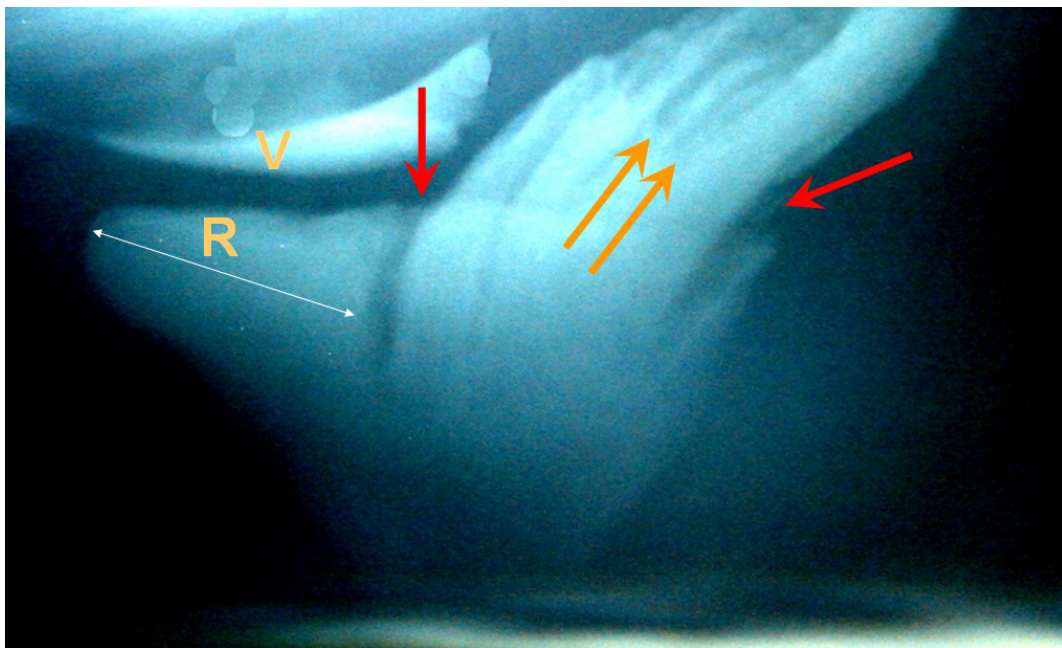


Figura 16 – Filme estático de cinedefecografia revela volumosa anorretocele (R), prolapso mucoso (setas amarelas) e intussuscepção reto-anal (setas vermelhas). V – Vagina.

3.2.2.5.2. Fase Dinâmica - Era realizada durante o repouso e as manobras de contração e evacuação, sendo realizado o registro em vídeo, que possibilitava a revisão do exame. Avaliavam-se e anotavam-se os seguintes dados para relato posterior no laudo do exame: a) Presença de relaxamento puborretal à evacuação; b) Abaulamento anterior caracterizando anorretocele (Figura 17); c) Retenção de contraste no reto e/ou na anorretocele ao término da evacuação; d) Alterações da projeção mucosa ou falhas de enchimento características de prolapso mucoso, intussuscepção ou procidência retal; e) Alargamento da distância reto-vaginal em repouso e à evacuação e/ou abaulamento extrínseco posterior da parede anterior do reto, caracterizando peritoniocèle, sigmoidocèle ou enterocele; f) Mobilidade aumentada da junção anorretal à evacuação, caracterizando síndrome do descenso perineal; g) Abaulamentos posteriores do reto, caracterizando hérnias perineais posteriores.

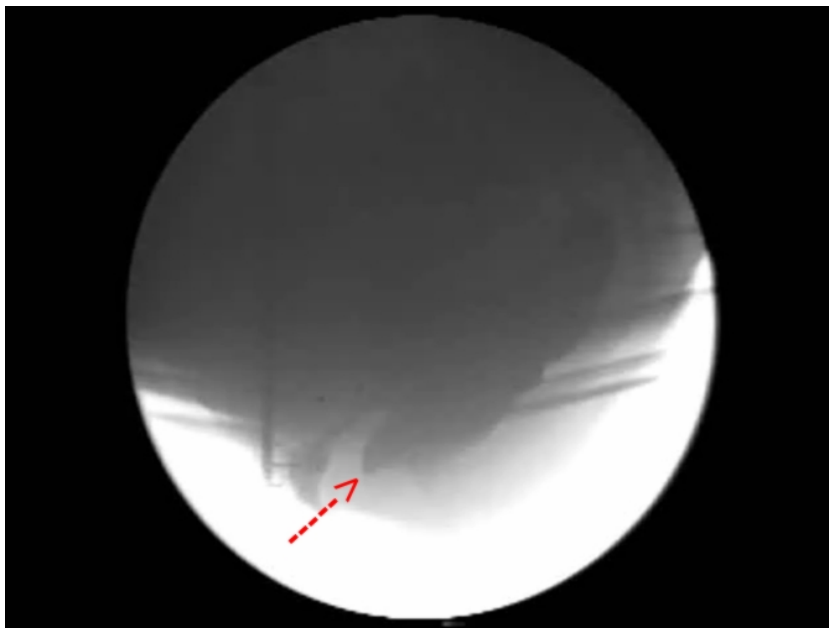


Figura 17: Captura de tela de PED em fase dinâmica. Observar anorretocele em repouso (seta).

3.3. Parâmetros de Avaliação

Os parâmetros avaliados foram:

3.3.1. Eletromanometria: comprimento funcional do canal anal (CFCA), pressões médias de repouso (PMR), pressões voluntárias máximas (PVM), sensibilidade retal mínima (Sens. Mín.), capacidade retal máxima (Cap. Máx.), prevalência de hipertonia esfinteriana, prevalência de hipotonia esfinteriana, sustentação adequada das pressões voluntárias no intervalo de 40 segundos, presença de reflexo inibitório reto-anal (RIRA) e *anismus*.

3.3.2. Cinedefecografia: presença e tamanho de anorretocele (TAR), retenção de contraste na anorretocele, retenção de contraste no reto, ângulo anorretal (AAR) em repouso, contração e evacuação, mobilidade da junção anorretal (JAR), prevalência de descenso perineal móvel acentuado (DPM), prevalência de prolapso mucoso retal (PM), prevalência de intussuscepção reto-anal (IRA), prevalência de alargamento reto-vaginal.

3.3.3. Dados obstétricos: paridade (em partos vaginais), prevalência de episiotomia, prevalência de partos assistidos por fórcepe, prevalência de parto de fetos macrossômicos.

3.3.4. Hábito intestinal: escore do Sistema de Classificação da *Cleveland Clinic* para Constipação (SCCC-C), prevalência de incontinência fecal (IF).

Após a obtenção de todos os dados mencionados, foram comparados a presença e o tamanho da anorretocele com a idade, escore de constipação e de incontinência fecal, paridade, parto assistido por fórcepe, parto de feto macrossômico, episiotomia, PMR, PVM, anismus, IRA, PM e DPM.

3.4. Análise Estatística

A análise estatística foi realizada com auxílio softwares em plataforma Windows XP (*GraphPad Prism* para Windows v.4.03 e *GraphPad Instat* para Windows v.3.06, *GraphPad*, San Diego, CA, EEUU).

As variáveis numéricas são apresentadas conforme média, intervalo, intervalos interquartis (percentis 25, 50 e 75) e desvio-padrão (DP).

As variáveis categóricas são apresentadas conforme frequência.

Foi utilizado teste não-paramétrico de *Spearman* entre variáveis contínuas, aplicado para verificar as correlações entre tamanho de anorretocele (em mm) e paridade (em número de partos), tamanho de anorretocele e idade (em anos), tamanho de anorretocele e PMR (em mmHg) e tamanho de anorretocele e PVM (em mmHg), sendo os resultados expressos conforme o intervalo de confiança de 95% (IC₉₅) e valores de p e r.

Correlações entre variáveis categóricas foram avaliadas através de teste exato de *Fisher* duplo-caudado, com IC₉₅ calculado com aproximação de *Katz*, sendo os resultados expressos conforme o IC₉₅, valores de P e risco relativo (RR).

Foram considerados estatisticamente significantes valores de $P < 0,05$.

4-RESULTADOS

4.1. Eletromanometria

O comprimento funcional do canal anal (CFCA) médio foi 2,0 cm (1-3), com DP de 0,7. A média da PMR foi 60,4 mmHg (3-119), com DP de 26,9 e a média da PVM foi 140,4 mmHg (27-304), com DP de 49,3 (Tabela II).

A sensibilidade retal mínima (Sens. Mín.) foi em média 21,3 ml (10-50), com DP de 10,1. A capacidade retal máxima aferida foi em média 233,3 ml (150-410), com DP de 59,9 (Tabela II).

Foi observada hipertonia esfinteriana (PMR > 70 mmHg) em 14 (31,1%) pacientes e hipotonia (PMR < 40 mmHg) em 8 (17,8%) pacientes. (Tabela

II). A sustentação voluntária no intervalo de 40 segundos foi considerada adequada em 32 (71,1%) pacientes.

O reflexo inibitório reto-anal (RIRA) estava presente em 43 (95,6%) pacientes.

Foi identificado Anismus em 13 (28,9%) pacientes. (Tabela II).

Tabela II – TAR (em mm) *versus* achados à eletromanometria. Valores de PVM (em mmHg), PMR (em mmHg), CFCA (em cm), sensibilidade retal mínima (Sens. Mín. – em ml) e capacidade retal máxima (Cap. Máx. – em ml) expressos para cada paciente, média, desvio-padrão e intervalos interquartis (percentis 25, 50 e 75). Valores de *anismus* são expressos quanto a presença (+) ou ausência (-) para cada paciente.

Paciente	TAR (mm)	PMR (mmHg)	PVM (mmHg)	CFCA (cm)	Sens. Mín. (ml)	Cap. Máx. (ml)	Anismus
1	10	54	148	2,5	22	240	+
2	48	103	164	2	14	150	-
3	18	63	92	2	30	300	-
4	20	55	204	2	30	270	+
5	0	79	184	2	10	170	-
6	25	41	171	3	27	270	-
7	42	22	57	2	15	200	+
8	38	44	160	3	40	300	-
9	25	97	161	3	30	300	+
10	30	98	145	2	30	240	-
11	50	87	165	3	28	270	-
12	35	77	122	2,5	14	270	-
13	64	48	92	2	20	180	-
14	0	34	66	1	11	210	-
15	0	86	139	2,5	12	230	-
16	20	13	108	1	40	170	+
17	60	56	98	1	20	220	-
18	30	91	304	2	20	190	-
19	30	57	130	2,5	12	300	-
20	30	58	94	2,5	10	170	-
21	0	31	126	2	50	410	-
22	18	67	142	1	15	180	-
23	0	84	168	2	12	180	+
24	34	59	142	1	20	300	+
25	28	77	136	3	11	230	-
26	0	95	145	3	25	240	-
27	18	66	195	2,5	15	210	-
28	0	44	92	1	12	390	-
29	22	119	205	3	20	160	+
30	46	51	90	2	12	180	-
31	35	117	212	2	30	260	-
32	0	32	92	1	40	300	-
33	52	53	98	2	10	300	+
34	34	70	149	2	20	230	-
35	20	50	112	2	15	180	-
36	26	76	180	2	15	180	+
37	38	48	114	1	10	170	-
38	0	45	185	2	15	190	+
39	38	64	210	3	20	270	+
40	40	63	158	1	12	170	-
41	28	20	155	2	40	180	-
42	35	42	96	2	18	240	-
43	0	3	27	1,5	30	280	-

44	30	61	164	3	30	240	+
45	0	16	123	1	25	180	-
Média	24,8	60,4	140,4	2	21,3	233,3	
DP	17,85	26,9	49,3	0,7	10,1	59,9	
P₂₅	10	44	98	2	12	180	
P₅₀	28	58	142	2	20	230	
P₇₅	35	78	166,5	2,5	30	270	

4.2. Cinedefecografia

Foram demonstradas anorretoceles em 34 (75,6%) pacientes, observando-se retenção de contraste após a evacuação na anorretocele em 19 (55,9%) pacientes. O tamanho das anorretoceles (TAR) foi em média de 24,8 mm (0 - 64), (DP=17,85) (Tabela III).

O AAR em repouso foi em média de 113,9° (54-150), com DP de 19,7. O AAR em contração foi em média de 81,6° (44-144), com DP de 25,6. O AAR durante esforço evacuatório foi em média de 129,7° (36-156), com DP de 19,4 (Tabela III).

A mobilidade da JAR comparando-se o esforço evacuatório e o repouso foi em média de 3,9 cm (-1 – 11,5), com DP de 2,8 (Tabela III) e 36 (80%) pacientes apresentavam descenso perineal móvel acentuado (DPM), ou seja, maior que 4,0 cm.

Houve retenção de contraste no reto após a evacuação em 36 (80%) pacientes, prolapso mucoso (PM) em 17 (37,8%) e intussuscepção reto-anal (IRA) em doze (26,7%) (Tabela III). Foi observado alargamento da distância reto-vaginal em duas (4,4%) pacientes.

Tabela III –TAR *versus* demais achados à cinedefecografia. Valores de TAR (em mm), AAR em repouso, contração e à evacuação (em graus) e mobilidade da JAR (em cm) expressos para cada paciente, média (em mm), desvio-padrão e intervalos interquartis (percentis 25, 50 e 75). Valores de IRA, PM e *anismus* são expressos quanto a presença (+) ou ausência (-) para cada paciente.

Paciente	TAR (mm)	AAR em repouso (graus)	AAR em contração (graus)	AAR em evacuação (graus)	Mobilidade da JAR (cm)	IRA	PM
1	10	95	90	106	2	-	+
2	48	94	68	140	6,5	+	+
3	18	126	96	135	2	+	+
4	20	108	55	102	1,5	-	+
5	0	101	88	126	5,5	-	+
6	25	70	44	116	0,2	-	+
7	42	120	62	128	4	+	+
8	38	124	110	150	3,5	+	+
9	25	131	124	110	6	-	+
10	30	130	64	140	1,1	-	+
11	50	130	128	130	3,5	-	+
12	35	128	130	130	5,4	-	+
13	64	110	90	130	4	+	-
14	0	112	92	130	1,8	-	+
15	0	126	86	146	11,5	-	+
16	20	124	58	135	3,5	-	+
17	60	140	80	156	4,8	-	+
18	30	100	54	120	6,5	-	+
19	30	116	78	140	5	-	-
20	30	120	108	140	9,6	+	-
21	0	130	106	132	2,4	-	+
22	18	100	56	110	1,5	-	+
23	0	104	68	140	3,3	-	-
24	34	144	134	136	-1	+	+
25	28	102	60	130	6,2	-	+
26	0	112	92	120	-0,2	-	-
27	18	110	56	128	5,2	-	+
28	0	144	70	144	2,2	-	+
29	22	100	60	140	5,7	-	-
30	46	126	96	150	6,7	-	+
31	35	78	66	140	10,5	-	+
32	0	116	54	126	2,7	-	-
33	52	110	94	125	2,7	+	+
34	34	112	70	120	3,4	-	+
35	20	150	144	156	4,5	-	-
36	26	100	72	114	4,6	-	+
37	38	120	60	125	1,4	+	+
38	0	120	86	126	0,8	-	-
39	38	82	46	126	7	-	+
40	40	148	94	150	4,4	-	+
41	28	108	80	120	7,8	-	+
42	35	126	50	140	0,3	+	-
43	0	116	102	140	1,5	+	+
44	30	54	50	36	2,2	-	+
45	0	110	102	154	1	-	+
Média	24,8	113,9	81,6	129,7	3,9		
DP	17,85	19,7	25,6	19,4	2,8		
P₂₅	10	102	60	125	1,8		
P₅₀	28	116	80	130	3,5		
P₇₅	35	126	96	140	5,5		

Não houve correlação entre TAR (em mm) e PMR (em mmHg) no teste de correlação de *Spearman*, com $p = 0,0883$ ($IC_{95} = -0,5186 - 0,0485$) e $r = -0,2570$ (Tabela II).

Não houve correlação entre TAR (em mm) e PVM (em mmHg) no teste de correlação de *Spearman*, com $p = 0,7327$ ($IC_{95} = -0,3486 - 0,2534$) e $r = -0,0524$ (Tabela II).

Não houve correlação entre TAR (em mm) e paridade (em partos vaginais) no teste de correlação de *Spearman*, com $p = 0,4987$ ($IC_{95} = -0,3930 - 0,2046$) e $r = -0,1035$ (Tabela IV).

Não houve correlação entre TAR (em mm) e idade (em anos) no teste de correlação de *Spearman*, com $p = 0,8603$ ($IC_{95} = -0,3261 - 0,2770$) e $r = -0,02700$ (Tabela IV).

Tabela IV – TAR *versus* paridade (em partos vaginais), idade (em anos), parto assistido por fórcepe, episiotomia e parto de feto macrossômico (≥ 4 Kg) . Valores de paridade e idade estão expressos por paciente, média, desvio-padrão e intervalos interquartis (percentis 25, 50 e 75). Valores de parto assistido por fórcepe, episiotomia e parto de feto macrossômico estão expressos para cada paciente em termos de ocorrência do evento, se presente (+) ou ausente (-).

Paciente	TAR (mm)	Idade (anos)	Paridade (em partos vaginais)	Episiotomia	Parto assistido por fórcepe	Parto de feto macrossômico
1	10	24	0	-	-	-
2	48	33	0	-	-	+
3	18	59	10	-	-	+
4	20	40	1	+	-	-
5	0	46	1	+	-	-
6	25	64	11	+	-	-
7	42	41	2	+	-	+
8	38	67	6	-	-	+
9	25	65	8	-	+	-
10	30	44	1	+	-	-
11	50	51	3	+	-	+
12	35	54	4	+	-	-
13	64	52	1	+	-	-
14	0	35	2	+	-	+
15	0	33	0	-	-	-
16	20	73	11	-	-	-
17	60	45	3	+	-	-
18	30	33	0	-	-	-
19	30	50	0	-	-	-
20	30	32	0	-	-	-
21	0	65	0	-	-	-
22	18	35	1	+	-	+
23	0	24	0	-	-	-
24	34	44	1	-	-	-
25	28	55	8	-	-	+
26	0	30	2	+	-	-
27	18	59	3	+	-	-
28	0	50	3	+	-	-
29	22	23	0	-	-	-
30	46	55	7	-	-	-
31	35	35	2	+	-	+
32	0	69	6	-	-	+
33	52	36	1	+	-	-
34	34	55	3	-	-	-
35	20	46	3	+	-	-
36	26	65	9	-	-	+
37	38	49	0	+	-	+
38	0	27	0	-	-	-
39	38	48	4	+	-	-
40	40	28	0	-	-	-
41	28	43	0	+	+	+
42	35	66	0	-	-	-
43	0	52	3	-	-	+
44	30	23	0	-	-	-
45	0	61	7	-	-	-
Média			24,8	46,3	2,8	
DP			17,85	14,08	3,31	
P ₂₅			10	35	0	
P ₅₀			28	46	2	
P ₇₅			35	55	4	

Onze pacientes não apresentavam anorretocele, sendo que cinco (45,5%) apresentavam hipotonia esfinteriana (PMR < 40 mmHg). Das 34 pacientes com anorretocele, três (8,8%) apresentavam hipotonia esfinteriana. Houve correlação estatisticamente significativa entre anorretocele e hipotonia no teste exato de *Fisher*, com $p = 0,0141$ (IC₉₅: 0,1046-0,6435) e RR = 0,2595 (Tabelas II e V).

Tabela V – Correlação entre hipotonia esfinteriana (hipotonia) e retocele. **P=0,0141**; RR=0,2595; IC₉₅: 0,1046-0,6435.

	s/ anorretocele	c/ anorretocele	Total
s/ hipotonia	6 (13%)	31 (69%)	37 (82%)
c/ hipotonia	5 (11%)	3 (7%)	8 (18%)
Total	11 (24%)	34 (76%)	45 (100%)

Foi identificada hipertonia esfinteriana (PMR > 70 mmHg) à eletromanometria anorretal em 4/11 (36,4 %) pacientes sem anorretocele e em 10/34 (29,4 %) com anorretocele. Não houve correlação estatisticamente significativa entre anorretocele e hipertonia no teste exato de *Fisher*, com $p = 0,7171$ (IC₉₅: 0,2754-2,268) e RR = 0,7903 (Tabelas II e VI).

Tabela VI – Correlação entre hipertonia esfinteriana (hipertonia) e retocele. **P=0,7171**; RR=0,7903; IC₉₅: 0,2754-2,268.

	s/ anorretocele	c/ anorretocele	Total
s/ hipertonia	7 (16%)	24 (53%)	31 (69%)
c/ hipertonia	4 (9%)	10 (22%)	14 (31%)
Total	11 (24%)	34 (76%)	45 (100%)

Havia 11/34 (32,4%) pacientes portadoras de *anismus* dentre as que apresentavam anorretocele e 2/11 (18,2%) com *anismus* dentre as que não apresentavam anorretocele. Não houve correlação entre *anismus* e anorretocele no teste exato de *Fisher*, com $p = 0,4666$ (IC₉₅: 0,4637-6,829) e RR = 1,779 (Tabelas II e VII).

Tabela VII – Correlação entre *anismus* e retocele. **P=0,4666**; RR=1,779; IC₉₅: 0,4637-6,829.

	s/ <i>anismus</i>	c/ <i>anismus</i>	Total
s/ anorretocele	11 (24%)	23 (51%)	32 (76%)
c/ anorretocele	2 (4%)	9 (20%)	13 (24%)
Total	13 (29%)	32 (71%)	45 (100%)

Havia IRA em 10/34 (29,4%) pacientes com anorretocele e em 2/11 (18,2%) sem anorretocele. Não houve correlação entre IRA e anorretocele no teste exato de *Fisher*, com $p = 0,6991$ (IC₉₅: 0,4161 - 6,289) e RR = 1,618 (Tabelas III e VIII).

Tabela VIII – Correlação entre intussuscepção retoanal (IRA) e retocele. **P=0,6991**; RR=1,618; IC₉₅: 0,4161 – 6,289.

	c/ IRA	s/ IRA	Total
c/ anorretocele	10 (22%)	24 (53%)	34 (76%)
s/ anorretocele	2 (4%)	9 (20%)	11 (24%)
Total	12 (27%)	33 (73%)	45 (100%)

Havia PM em 28/34 pacientes com anorretocele e em 7/11 (63,6 %) sem anorretocele. Não houve correlação entre anorretocele e PM no teste exato de *Fisher*, com $p = 0,2279$ (IC₉₅: 0,730 - 5,479) e RR = 2,0 (Tabelas III e IX).

Tabela IX – Correlação entre prolapso mucoso retal (PM) e retocele. **P=0,2279**; RR=2,0; IC₉₅: 0,730 – 5,479.

	s/ anorretocele	c/ anorretocele	Total
s/ PM	4 (9%)	6 (13%)	10 (22%)
c/ PM	7 (16%)	28 (62%)	35 (78%)
Total	11 (24%)	34 (76%)	45 (100%)

Havia 30/34 (88,2%) pacientes com anorretocele que apresentavam DPM, e 6/11 (54,5%) pacientes sem anorretocele que apresentavam DPM. Houve correlação estatisticamente significativa entre DPM e anorretocele no teste exato de *Fisher*, com $p = 0,0275$ (IC₉₅: 0,9301-2,813) e RR = 1,618 (Tabelas III e X).

Tabela X – Correlação entre descenso perineal móvel acentuado (DPM), definido como mobilidade da JAR > 4 cm e retocele. **P=0,0275**; RR=1,618; IC₉₅: 0,9301-2,813.

	s/ DPM	c/ DPM	Total
s/ anorrotocele	30 (67%)	4 (9%)	34 (76%)
c/ anorrotocele	6 (13%)	5 (11%)	11 (24%)
Total	36 (80%)	9 (20%)	45 (100%)

4.3. Dados obstétricos

Quinze (39,5%) pacientes eram nulíparas e 23 (60,5%) multíparas. Foram identificadas anorrotoceles em 11/15 (73,3%) nulíparas e em 17/23 (73,9%) multíparas. Não houve correlação entre paridade e anorrotocele entre nulíparas e multíparas no teste exato de *Fisher*, com $p = 1,000$ (IC₉₅: 1,3453-3,026) e RR = 1,022 (Tabelas IV e XI).

Tabela XI – Correlação entre paridade e presença de retocele, comparando-se nulíparas e multíparas. Pacientes primíparas foram excluídas. **P=1,000**; RR=1,022; IC₉₅: 1,3453-3,026.

	s/ anorrotocele	c/ anorrotocele	Total
Nulíparas	4 (11%)	11 (29%)	15 (39%)
Multíparas	6 (16%)	17 (45%)	23 (61%)
Total	10 (26%)	28 (74%)	38 (100%)

Foram identificadas anorrotoceles em 13/18 (72,2%) pacientes submetidas previamente a episiotomia e em 9/12 (75,0%) sem episiotomia. Não houve correlação entre episiotomia e anorrotocele entre as pacientes submetidas a parto vaginal no teste exato de *Fisher*, com $p = 1,0000$ (IC₉₅: 0,3045-4,157) e RR = 1,125 (Tabelas IV e XII).

Tabela XII – Correlação entre antecedente de episiotomia e presença de retocele. Pacientes nulíparas foram excluídas. **P=1,000**; RR=1,125; IC₉₅: 0,3045-4,157.

	s/ anorrotocele	c/ anorrotocele	Total
s/ episiotomia	3 (10%)	9 (30%)	12 (40%)
c/ episiotomia	4 (13%)	14 (47%)	18 (60%)
Total	7 (23%)	23 (77%)	30 (100%)

Foram identificadas anorrotoceles nas duas pacientes com parto vaginal assistido por fórcepe e em 25/28 (89,3%) pacientes com parto vaginal sem

uso de fórcepe. Não houve correlação entre uso de fórcepe e anorretocele entre as pacientes submetidas a parto vaginal no teste exato de *Fisher*, com $p = 1,0000$ ($IC_{95}: \infty - \infty$) e $RR = \infty$ (Tabelas IV e XIII).

Tabela XIII – Correlação entre antecedente de parto assistido por fórcepe e presença de retocele. Pacientes nulíparas foram excluídas. **P=1,000**; $RR=\infty$; $IC_{95}: \infty - \infty$.

	s/ anorretocele	c/ anorretocele	Total
s/ fórcepe	3 (10%)	25 (83%)	28 (93%)
c/ fórcepe	0 (0%)	2 (7%)	2 (7%)
Total	3 (10%)	27 (90%)	30 (100%)

Foram identificadas anorretoceles em 11/14 (78,6%) pacientes submetidas a parto vaginal de feto macrossômico e em 12/16 (75,0%) pacientes sem feto macrossômico. Não houve correlação entre parto de feto macrossômico e anorretocele entre as pacientes submetidas a parto vaginal no teste exato de *Fisher*, com $p = 1,0000$ ($IC_{95}: 0,3135-4,342$) e $RR = 1,167$ (Tabelas IV e XIV).

Tabela XIV – Correlação entre antecedente de parto de feto macrossômico (macrossomia) e presença de retocele. Pacientes nulíparas foram excluídas. **P=1,000**; $RR=1,167$; $IC_{95}: 0,3135-4,342$.

	s/ anorretocele	c/ anorretocele	Total
s/ macrossomia	4 (13%)	12 (40%)	16 (53%)
c/ macrossomia	3 (10%)	11 (37%)	14 (47%)
Total	7 (23%)	23 (77%)	30 (100%)

4.4. Hábito Intestinal

Foram identificadas anorretoceles em 19/30 (63,3 %) pacientes que apresentavam escore menor ou igual a 15 pontos no SCCC-C e em todas as pacientes com escore maior que 15. Houve forte correlação entre escore de constipação do SCCC-C e anorretocele no teste exato de *Fisher*, com $p = 0,0082$ ($IC_{95}: \infty - \infty$) e $RR = \infty$ (Tabelas XV e XVI).

Tabela XV – Incontinência fecal (IF). Valores expressos para cada paciente em termos de presença (+) ou ausência (-). TAR *versus* escore de SCCC-C (em pontos) e incontinência fecal (IF). Valores do escore de SCCC-C estão expressos em pontos seguidos por média (em pontos), desvio-padrão e intervalos interquartis (percentis 25, 50 e 75). Valores de IF estão expressos para cada paciente em termos de ocorrência do evento, se presente (+) ou ausente (-).

Paciente	TAR (mm)	Escore do SCCC-C (pontos)	IF
1	10	19	-
2	48	18	+
3	18	19	-
4	20	20	-
5	0	7	-
6	25	10	-
7	42	22	+
8	38	22	-
9	25	13	-
10	30	16	-
11	50	11	-
12	35	10	-
13	64	15	-
14	0	15	-
15	0	7	-
16	20	9	-
17	60	15	-
18	30	9	-
19	30	10	-
20	30	11	-
21	0	8	-
22	18	23	-
23	0	7	-
24	34	7	-
25	28	7	-
26	0	14	-
27	18	7	-
28	0	14	-
29	22	9	-
30	46	22	-
31	35	18	-
32	0	15	+
33	52	16	+
34	34	9	-
35	20	17	-
36	26	11	-
37	38	16	-
38	0	15	-
39	38	12	-
40	40	18	-
41	28	18	+

42	35	12	-
43	0	12	+
44	30	6	-
45	0	8	+
Média	24,8	13,3	
DP	17,85	4,9	
P₂₅	10	9	
P₅₀	28	13	
P₇₅	35	17	

Tabela XVI – Correlação entre escore do SCCC-C e presença de retocele, para um ponto de corte de 15. **P=0,0082**; RR= ∞ ; IC₉₅: $\infty - \infty$.

	s/ anorretocele	c/ anorretocele	Total
Escore do SCCC-C \leq 15	11 (24%)	19 (42%)	30 (67%)
Escore do SCCC-C $>$ 15	0 (0%)	15 (33%)	15 (33%)
Total	11 (24%)	34 (76%)	45 (100%)

Foram identificadas anorretocelos em 4/7 (57,1 %) pacientes com incontinência fecal e em 30/38 sem incontinência. Não houve correlação entre anorretocele e incontinência fecal no teste exato de *Fisher*, com $p = 0,3368$ (IC₉₅: 0,1712-1,41) e RR = 0,4912 (Tabelas XV e XVII).

Tabela XVII – Correlação entre incontinência fecal (IF) e retocele. **P=0,3368**; RR=0,4912; IC₉₅: 0,1712-1,41.

	s/ anorretocele	c/ anorretocele	Total
s/ IF	8 (18%)	30 (67%)	38 (84%)
c/ IF	3 (7%)	4 (9%)	7 (16%)
Total	11 (24%)	34 (76%)	45 (100%)

5-Discussão

A prevalência real de anorretocele em mulheres é desconhecida, variando das características das pacientes e dos métodos utilizados para o diagnóstico. DIETZ e CLARKE (2005), estudando um grupo de 178 jovens nulíparas utilizando ultrassonografia transperineal dinâmica (USTD), identificaram retocele em 12% das pacientes. MURTHY *et al* (1995), numa série de 180 pacientes com queixas de defecação obstruída submetidas a cindefecografia (CD), relataram 79% de pacientes com retocele. HOCK *et al* (1993), realizando colpocistodefecografia, identificaram prevalência de 75%. No presente estudo, em que foram estudadas pacientes com defecação obstruída, havia 75,6% de pacientes com retocele diagnosticada à CD. Esta elevada prevalência está de acordo com o relatado por outros autores.

Classicamente a etiopatogenia da anorretocele tem sido atribuída às lesões induzidas ao septo retovaginal durante o trabalho de parto (TP) por via vaginal. No entanto, poucos estudos avaliaram os efeitos do parto vaginal sobre a integridade do septo retovaginal e sobre a incidência de anorretocele em mulheres. DIETZ e STEENSMA (2006), em estudo longitudinal não-controlado, acompanharam 68 pacientes durante a gestação e, destas, 52 após o parto vaginal. Utilizando USTP, demonstraram formação de retocele em 6 pacientes após o parto ($P=0,02$). DANNECKER *et al* (2004) compararam um grupo de 26 primíparas no pós-parto a um grupo de 41 nulíparas assintomáticas e demonstraram que as primíparas têm retoceles mais volumosas quando comparadas às nulíparas. No entanto, em um estudo anterior, DIETZ e STEENSMA (2005) haviam demonstrado em outra série de pacientes, utilizando ultrassonografia pélvica tridimensional que, apesar da retocele ser mais prevalente em mulheres que haviam tido parto vaginal, defeitos do septo retovaginal não foram correlacionados à paridade ou ao parto vaginal. Na verdade, das 112 portadoras de retocele, 55 (44%) apresentavam septo retovaginal íntegro. Neste estudo, não houve correlação entre paridade e anorretocele, seja pela avaliação não-paramétrica de *Spearman*, em que a variável contínua TAR foi comparada à variável contínua paridade, seja pela avaliação por teste exato de *Fisher*, em que as primíparas foram excluídas e as pacientes restantes foram agrupadas entre nulíparas e múltiparas e avaliadas conforme presença ou ausência de anorretocele. Anorretocele ocorreu

indistintamente em pacientes nulíparas e multíparas. Sua ausência também foi observada em proporções muito similares nos dois grupos.

Outros fatores, como idade, alterações do colágeno e constipação crônica com esforço evacuatório excessivo também têm sido relatados como desencadeantes de anorretocele em mulheres. No entanto, a etiopatogenia da anorretocele em mulheres é em grande parte desconhecida e pouco estudada, não havendo consenso sobre qualquer um destes fatores.

Durante o coroamento cefálico fetal ocorrido nas fases tardias do TP, ocorre aumento importante do hiato elevador, cuja área em repouso, entre 6 e 18 cm², eleva-se entre 4 e 15 vezes, podendo atingir uma área de 90 cm² (DIETZ *et al*, 2005). Adicionalmente, o parto de fetos macrossômicos, o TP prolongado, a assistência por fórcepe e a episiotomia têm sido implicados na etiopatogenia da anorretocele (FELT-BERSMA *et al*, 2001). Estes fatores teriam um mecanismo comum: a lesão do septo retovaginal, estrutura de tecido conjuntivo firme interposta entre a parede posterior da vagina e a parede anterior do reto, responsável pela contenção do compartimento pélvico posterior, evitando assim o prolapso vaginal posterior (MILEY e NICHOLS, 1969).

No entanto, a existência de uma estrutura fascial de contenção correspondente ao septo retovaginal tem sido questionada por outros estudos nos últimos 75 anos. GOFF (1931) abriu o debate estudando peça cadavérica de uma mulher nulípara de 27 anos. Neste estudo, definiu haver dois tipos de fáscia, uma do tipo areolar, constituída por tecido conjuntivo frouxo e gordura, que revestiria vísceras, vasos sangüíneos e nervos e outra, do tipo denso, que formaria bainhas que revestiriam e uniriam os músculos estriados. Apenas este último apresentaria propriedades de contenção. Realizou estudo macroscópico e três cortes para avaliação microscópica da peça, logo acima do corpo perineal, no terço médio da vagina e junto ao fundo-de-saco posterior. Macroscopicamente, descreveu que a parede posterior da vagina une-se frouxamente à parede retal desde o seu ápice até o nível do canal anal, onde estão firmemente unidos. Microscopicamente, descreveu que não havia qualquer tipo de fáscia no primeiro corte e apenas tecido conjuntivo areolar nos demais cortes, que tornavam-se mais densos apenas lateralmente, na direção dos elevadores do ânus. Concluiu que este tecido areolar seria impossível de dissecar como uma camada individual e, portanto, impossível de ser utilizado no reparo cirúrgico da parede posterior da vagina.

Recentemente KLEEMAN *et al* (2005) estudaram 4 peças cadavéricas de mulheres sem prolapso pélvico mas submetidas previamente a histerectomia. As peças foram fixadas por formol, incluídas em parafina e realizadas entre 7 e 26 cortes de cada espécime. Estes foram então corados por hematoxilina e eosina, tricromo de Masson e pelo método de Verhoeff Von Gieson, qualitativo para fibras colágenas. Os cortes foram divididos entre os segmentos cranial, médio e distal da vagina. Os autores denominaram de adventícia da vagina o tecido antes denominado de “fáscia areolar”, não tendo demonstrado tecido conjuntivo denso correspondente ao septo retovaginal.

A introdução de novas e sofisticadas técnicas de imagem nas últimas duas décadas trouxeram nova luz à discussão sobre a etiopatogenia da anorretocele. FRITSCH e HOTZINGER (1995) estudaram o conteúdo de tecido conjuntivo pélvico utilizando tomografia computadorizada e ressonância nuclear magnética. Não encontraram evidências de tecido conjuntivo denso correspondente ao septo retovaginal por estes métodos.

DIETZ e STEENSMA (2005), utilizando ultrassonografia pélvica tridimensional, estudaram 198 pacientes. Definiram defeito do septo retovaginal como uma descontinuidade claramente visível no contorno muscular da junção anorretal. Relataram defeitos do septo retovaginal em 56% das pacientes portadoras de retocele.

A fim de avaliar a possível correlação entre o trauma obstétrico e o tamanho da anorretocele, foram avaliadas as relações entre TAR, PMR e PVM e entre a presença de anorretocele com episiotomia, parto de feto macrossômico e parto assistido por fórcepe. Apesar de que alterações de PMR e PVM possam ser ocasionados por alterações neurogênicas, não houve correlação entre TAR e PMR ou entre TAR e PVM (teste de *Spearman*). Também não houve correlação entre presença de anorretocele e episiotomia, parto de feto macrossômico ou parto assistido por fórcepe (teste de *Fisher*), sugerindo que fatores desencadeantes de trauma obstétrico podem não estar necessariamente relacionados à gênese de anorretocele em mulheres.

Estes achados estão de acordo com o proposto por ARUMUGAN *et al* (2004) que, estudando um grupo de 39 pacientes antes de serem submetidas a histerectomia abdominal, compararam achados manométricos e defecográficos com dados obstétricos. Estes autores avaliaram uma população com tamanho, média etária e prevalência de anorretocele semelhantes à amostra deste estudo.

Relataram não haver correlação entre retocele, paridade, modalidade de parto ou parto de feto macrossômico entre outras variáveis. A ausência de avaliação por métodos de imagem sobre lesão muscular anterior nesta série constitui limitação do presente estudo.

REGADAS *et al* (2005), em estudo realizado por meio de endossonografia anorretal tridimensional, identificaram que a área desprovida de contenção muscular estriada, entre o EAE anterior e a junção anorretal é constituída pelas mesmas camadas da parede do reto e EAI mais distalmente e é significativamente maior nas mulheres. Demonstraram ainda, através de ecodefecografia (MURAD-REGADAS *et al*, 2006), que a herniação ocorre no nível do canal anal superior e junção anorretal, daí sugerirem a denominação de anorretocele. Atribuíram a esta variação anatômica um papel chave na etiopatogênese da anorretocele, que seria desencadeada pelo esforço defecatório crônico e excessivo.

LEMBO e CAMILLERI (2003) atribuem ao esforço defecatório intenso cronicamente importante papel na gênese da retocele, como nos casos de *anismus*, em que a elevação da pressão retal contra um assoalho pélvico espástico cronicamente levaria à formação da anorretocele.

MURTHY *et al* (1995) chamam atenção para o fato de que volumosas retoceles por vezes não trazem repercussões desfavoráveis à evacuação retal à CD, o que resultaria na correção cirúrgica insatisfatória da retocele a menos que sejam utilizados critérios rígidos de seleção de candidatas à cirurgia, reservando o procedimento àquelas que apresentassem volumosa retocele associada a prolapso anterior à CD, digitação vaginal e sensação de peso vaginal ou retenção pós-evacuatória de contraste na retocele à CD. Desta forma, obtiveram 92% de sucesso pós-operatório. Sugerem então que grande parte das pacientes portadoras de retocele não têm suas queixas evacuatórias desencadeadas por ela, mas por outros fatores associados, como *anismus* ou intussuscepção retoanal. Resultados semelhantes foram relatados por JANSSEN e VAN DIJKE (1994).

SHAFIK *et al* (2003) realizaram estudo comparando 23 mulheres portadoras de retocele e 12 controles saudáveis quanto à pressão endorretal, pressão endovaginal e atividade eletromiográfica dos músculos puborretal e bulbocavernoso. Demonstraram haver nas pacientes com retocele um gradiente pressórico entre o reto e a vagina, que atribuíram à diminuição da atividade

contrátil muscular que mantivesse pressões endovaginais elevadas durante a tosse e o esforço defecatório. Concluem o estudo afirmando que “lesões do septo retovaginal não são pré-requisito para a formação de retocele, uma vez que o septo parece normal na defecação obstruída apesar da ocorrência freqüente de retocele”. Neste estudo, houve correlação entre constipação e anorretocele, sendo esta significativamente mais prevalente em pacientes com escore do SCCC-C > 15. Por tratar-se de estudo transversal, não há como determinar o papel na gênese da anorretocele, podendo ser, na verdade, uma consequência desta.

O papel da idade na etiopatogenia da anorretocele foi pouco estudado até o momento. Como as alterações do metabolismo do colágeno são também mencionadas como coadjuvantes na etiopatogênese da retocele, sendo bem descrito que há decréscimo quantitativo e qualitativo nas fibras de colágeno com a idade em humanos e em modelo animal (KOVACS *et al*, 1994; MAYS *et al*, 1991), pode-se inferir que haja decréscimo na sustentação anterior provida pelo septo retovaginal no decorrer da idade. No entanto, o impacto da idade e das alterações do colágeno especificamente na fásia endopélvica e seus prolongamentos não foram estudados.

No presente estudo, não houve correlação entre idade, presença de anorretocele e TAR de acordo com o teste de *Spearman*. STEENSMA e DIETZ (2005) demonstraram haver correlações entre retocele e idade bem como entre defeito do septo retovaginal e idade. No entanto, estes utilizaram outro meio para o diagnóstico (endossonografia pélvica tridimensional) e, em sua série, havia uma menor prevalência de retocele. A relação entre idade e retocele não foi estudada em outras séries.

6 - Conclusões

1 – A prevalência de anorrotocele (75,6%) foi elevada e não se correlacionou com paridade, idade, trauma obstétrico produzido por episiotomia e/ou feto macrossômico, *anismus*, IRA e PM na população estudada.

2 - Houve correlação entre presença de anorrotocele com hipotonia esfinteriana, DPM e escore do SCCC-C na população estudada.

7 – Referências Bibliográficas

AGACHAN F, CHEN T, PFEIFER J, REISSMAN P, WEXNER SD. A constipation scoring system to simplify evaluation and management of constipated patients. **Dis. Colon Rectum**, 1996;39:681-5.

BEER-GABEL M, FRUDINGER A, ZPAR AP. Ultrasound in coloproctologic practice: dynamic transperineal ultrasound and transvaginal sonography. In: Wexner SD, Zbar AP e Pescatori M, editors. **Complex Anorectal Diseases, 1ª Ed.**, Springer-Verlag, Londres, 2005, p 246-62.

BRUBAKER L. Rectocele. **Curr. Opin. Obstet. Gynecol.** 1996;8:876–9.

DENT OF, GOULSTON KJ, ZUBRYCKI J, CHAPIUS PH. Bowel symptoms in an apparently well population. **Dis. Colon Rectum**, 1986;29:243-7.

DIETZ HP ET AL. The prevalence of rectocele in young nulliparous women. **Aust N Z J Obstet Gynaecol.** 2005;45:391-4.

DIETZ HP, SHEK C, CLARKE B. Biometry of the pubovisceral muscle and levator hiatus by three-dimensional pelvic ultrasound. **Ultrasound Obstet Gynecol**, 2005;25:580-5

FRITSCH H, HOTZINGER H. Tomographical anatomy of the pelvis, visceral pelvic connective tissue and its compartments. **Clin Anat**, 1995;8(1):17-24

GOFF BH. An histologic study of the perivaginal fascia in a nullipara. **Surg Gynecol Obstet.** 1931;52:32-42.

JORGE JMN, HABR-GAMA A, WEXNER SD. Clinical applications and techniques of cinedefecography. **Am. J. Surg.** 2001;182:93-101.

JORGE JMN. History, clinical examination and basic physiology. In: WEXNER SD, ZBAR AP E PESCATORI M, editors. **Complex Anorectal Diseases, 1^a Ed.**, Springer-Verlag, Londres, 2005, p 18-38.

JORGE JMN, WEXNER SD. Anorectal manometry: techniques and clinical applications. **South Med J.** 1993;86:924-31.

KARASICK ET AL. Functional disorders of the anus and rectum: findings on defecography. **Am J Roengenol.** 1993;160:777-782.

KLEEMAN SD ET AL. Rectoceles and the anatomy of the posterior vaginal wall: revisited. **Am. J. Obstet. Gynecol.** 2005;6:2050-5.

KOVACS ET AL, DIPIETRO LA. Fibrogenic cytokines and connective tissue production. **FASEB J.** 1994;8:854-61.

LUDWIKOWSKI B, HAYWARD IO, FRITSCH H. Rectovaginal fascia: an important structure in pelvic visceral surgery? About its development, structure and function. **J. Pediatr. Surg.** 2002;37:634-8.

MAHIEU P, PRINGOT J, BODART P. Defecography: I. Description of a new procedure and results in normal patients. **Gastrointest. Radiol.**, 1984;9:247-51.

MAYS PK ET AL. Age-related changes in collagen synthesis and degradation in rat tissues. Importance of degradation of newly synthesized collagen in regulating collagen production. **Biochem J.** 1991;276:307-13.

MILEY OS, NICHOLS DH. A correlative investigation of the human rectovaginal septum. **Anat Rec**, 1969;163:443-51

MURAD-REGADAS ET AL. Ecodefecografia tridimensional dinâmica. Nova técnica para avaliação da síndrome da defecação obstruída (SDO). **Rev Bras Coloproct.** 2006;26(2)168-77.

REGADAS FSP ET AL. Anorectal three-dimensional endosonography and anal manometry in assessing anterior rectocele in women. A new pathogenesis concept and the basic surgical principle. **Colorectal Dis.** 2006 (publicado on line)

REGADAS, SMM ET AL. Three-dimensional echodefecography. A novel procedure to assess anterior anorectoceles in women. **Tech. Coloproctol.** 2006 (*In press*)

RICCI ET AL. The relationship of the vagina to adjacent organs in reconstructive surgery. **Am J Surg.** 1947;74:387-410.

RICHARDSON AC. The anatomic defects in rectocele and enterocele. **J Pelv Surg.** 1995;1:214-21.

ROSS JE ET AL. Experience of 4 years with open MR defecography: pictorial review of anorectal anatomy and disease. **Radiographics.** 2002;22:817-32.

SANDLER RS, JORDON MC, SKELTON BJ. Demographic and dietary determinants of constipation in the U.S. population. **Am. J. Publ. Health,** 1990;80(2):185-9.

SHAFIK A ET AL. On the pathogenesis of rectocele: the concept of the rectovaginal pressure gradient. **Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct.** 2003;14(5):310-5

SHORVON PJ, MARSHALL MM. Evacuation Proctography. In: Wexner SD, Zbar AP e Pescatori M, editors. **Complex Anorectal Diseases, 1ª Ed.,** Springer-Verlag, Londres, 2005, p 171-198.

SMITH AR. Role of connective tissue and muscle in pelvic floor dysfunction. **Curr. Opin. Obstet. Gynecol.** 1994,6:317-9.

STOJKOVIC SG, BALFOUR L, BURKE D, FINAN PJ, SAGAR PM. Does the need to self-digitate or the presence of a large or nonemptying rectocele on proctography influence the outcome of transanal rectocele repair? **Colorectal Dis.** 2003; 5(2):169-72

THEOFRASTOUS JP, SWIFT SE. The clinical evaluation of pelvic floor dysfunction. **Obstet. Gynecol. Clin. North Am.** 1998;25:783–804.

THOMPSON JR ET AL. Incidence of occult rectal prolapse in patients with clinical rectoceles and defecatory dysfunction. **Am J Obstet Gynecol.** 2002;187(6):1494-9.

UHLENHUTH *ET AL.* The rectovaginal septum. **Surg Gynecol Obstet.** 1948;86:148-63.

ZBAR AP, LIENEMANN A, FRITSCH H, BERR-GABEL M, PESCATORI M. Rectocele: pathogenesis and surgical management. **Int. J. Colorectal Dis.,** 2003;18:369-84.

8.1. Apêndice I

AValiação DA PREVALÊNCIA DE RETOCELE ANTERIOR EM MULHERES DE ACORDO COM A PARIDADE, CONFORME ACHADOS DE PROCTOGRAFIA EVACUATÓRIA DINÂMICA.

CONFIDENCIAL

CONSENTIMENTO INFORMADO PARA PARTICIPAÇÃO DO PACIENTE NESTE ESTUDO

Este é um estudo que tem por objetivo avaliar com que frequência podem ser observadas retocele em mulheres, bem como a sua correlação com partos normais. Retoceles são regiões de fragilidade da parede do reto e do ânus, que tendem a formar abaulamentos na direção da vagina em mulheres, causando dificuldades para evacuar.

A avaliação consistirá em entrevista, exame clínico, manometria anorretal, proctografia evacuatória, ultrassonografia endorretal e ultrassonografia endoanal.

A entrevista será confidencial, realizada por médico pesquisador, em que serão avaliados aspectos como dificuldades para evacuar, queixas na região do ânus, reto e vagina, além de informações sobre gestações e partos sempre que pertinente.

O exame clínico, que será realizado pelo mesmo médico pesquisador, consistirá em exame clínico geral e exame proctológico, onde serão realizadas inspeção do ânus, do reto, da vagina e das regiões vizinhas, através de inspeção visual, exames de toque retal, anoscopia (onde é utilizado um instrumento para visualização do interior do ânus). Estes exames, apesar de não oferecer riscos à saúde do indivíduo, podem gerar algum desconforto físico ou constrangimento, por expor as partes íntimas do paciente e requerer a introdução no ânus de instrumentos como o anuscópio e do dedo do examinador. Tais exames serão realizados em sala privativa no ambulatório de coloproctologia do Hospital Universitário Walter Cantídio, em que apenas estarão presentes o médico pesquisador e uma auxiliar do sexo feminino.

A manometria anorretal é feita com uma sonda de silicone, semelhante a um canudo, que é introduzida através do ânus do paciente e que permite avaliar as pressões dos músculos que envolvem o ânus. Este exame apesar de não oferecer riscos à saúde do indivíduo, pode gerar algum desconforto físico ou constrangimento, por expor as partes íntimas do paciente e requerer a introdução no ânus da sonda de silicone. Será realizado em sala privativa no setor de fisiologia anorretal do Hospital Universitário Walter Cantídio, em que apenas estarão presentes o médico pesquisador e uma auxiliar.

A proctografia evacuatória é um exame radiológico em que, por meio da evacuação uma substância pastosa colocada através do ânus e da vagina, pode-se avaliar como acontece a evacuação em cada paciente. Será realizado privativamente em uma sala em que apenas a paciente estará presente, podendo ser visualizado o aspecto radiológico pela equipe de pesquisadores em outra sala, sem que seja possível ver as partes íntimas da paciente. Por utilizar radiação do tipo raios-X, pode haver perigo para o feto em caso de mulheres gestantes, que portanto NÃO SERÃO SUBMETIDAS AO ESTUDO COM RAIOS-X. As doses de radiação são baixas, não oferecendo perigo às

demais pacientes. O exame no entanto pode gerar algum desconforto físico ou constrangimento, por expor as partes íntimas do paciente ao examinador durante o exame ou durante o preparo do exame, em que é necessário introduzir um aplicador de contraste através do ânus e da vagina. Constrangimento também pode ocorrer uma vez que a paciente deverá defecar o contraste durante o exame.

Os exames de ultrassonografia endoanal e endorretal são exames radiológicos que não envolvem radiação ionizante, sendo inofensivos às pacientes. Servem para visualizar as estruturas presentes ao redor do ânus e do reto e entre estes e a vagina. Este exame apesar de não oferecer riscos à saúde do indivíduo, pode gerar algum desconforto físico ou constrangimento, por expor as partes íntimas das pacientes ao examinador e por envolver a colocação de um instrumento plástico (transdutor) através do ânus. Será realizado em sala privativa no Centro de Coloproctologia do Ceará, situado no Hospital São Carlos, localizado na Av. Pontes Vieira número 2551, 2º andar, nesta capital, em que apenas estarão presentes o médico pesquisador e uma auxiliar. Não haverá custos de qualquer espécie aos pacientes em quaisquer etapas dos estudos.

As pacientes que aceitarem participar deste estudo podem livremente abandoná-lo se assim o desejarem, em qualquer momento.

Ao participar desta pesquisa, estará sendo cuidadosamente examinada quanto a eventuais problemas proctológicos com auxílio dos exames proctológicos mais modernos disponíveis e, além disto, estará dando uma inestimável contribuição ao progresso do conhecimento científico, realizado em universidade pública, que poderá resultar na melhoria do atendimento aos pacientes que sofrem de distúrbios evacuatórios.

Declaro que as informações acima foram lidas em voz alta na minha presença e que pude sanar as dúvidas que tinha a seu respeito, sendo minha livre opção fazer parte deste estudo.

DATA: ____ / ____ / ____

Polegar Direito:

Nome _____ da
nte: _____

Assinatura _____ da
nte: _____

Dados Pessoais do Pesquisador Responsável:
Fábio Alves Soares - Rua dos Arariús, 55, Bl. B Ap. 401
Praia de Iracema – Fortaleza – CE CEP: 60060-260
Tel. (85)3219-0506/8723-8352

Assinatura _____ do
Pesquisador: _____

Assinatura _____ da
Testemunha: _____

Estes documentos devem ser inseridos nos assentamentos médicos do paciente.

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA (CEP/HUWC/UFC) - FONE: (85) 3366.8589/4011.8213

8.2. Apêndice II



MINISTÉRIO DA SAÚDE
Conselho Nacional de Saúde
Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP

FOLHA DE ROSTO PARA PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS				FR - 97235	
Projeto de Pesquisa AValiação da Prevalência de Retocele Anterior em Mulheres de acordo com a Paridade, conforme Achados de Proctografia Evacuatória Dinâmica.					
Área de Conhecimento 4.00 - Ciências da Saúde - 4.01 - Medicina - Diag.			Grupo Grupo III	Nível	
Área(s) Temática(s) Especial(s)				Fase Não se Aplica	
Unitermos Retocele, Proctografia Evacuatória Dinâmica, Defecação Obstruída, Ecodefecografia, Manometria Anorretal, Paridade					
Sujeitos na Pesquisa					
Nº de Sujeitos no Centro 2	Total Brasil 2	Nº de Sujeitos Total 2	Grupos Especiais		
Placebo NAO	Medicamentos HIV / AIDS NÃO	Wash-out NÃO	Sem Tratamento Específico NÃO	Banco de Materiais Biológicos NÃO	
Pesquisador Responsável					
Pesquisador Responsável Fábio Alves Soares		CPF 000.044.001-94	Identidade 1522631-SSP/DF		
Área de Especialização CIRURGIA		Maior Titulação GRADUAÇÃO - MEDICINA	Nacionalidade BRASILEIRA		
Endereço RUA DOS ARARIÚS, 55, BLOCO B, APARTAMENTO 401		Bairro PRAIA DE IRACEMA	Cidade FORTALEZA - CE		
Código Postal 60060-320	Telefone (85)87238352 / (85)32190506	Fax	Email fa-soares@uol.com.br		
Termo de Compromisso					
Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Res. CNS 196/96 e suas complementares. Comprometo-me a utilizar os materiais e dados coletados exclusivamente para os fins previstos no protocolo e publicar os resultados sejam eles favoráveis ou não.					
Aceito as responsabilidades pela condução científica do projeto acima.					
Data: _____ / _____ / _____					Assinatura

Instituição Onde Será Realizado

Nome Universidade Federal do Ceará - CE	CNPJ 07.272.636/0001-31	Nacional/Internacional Nacional
Unidade/Órgão Programa de Pós-Graduação em Cirurgia	Participação Estrangeira NÃO	Projeto Multicêntrico NÃO
Endereço Rua Cap Francisco Pedro 1290	Bairro Rodolfo Teófilo	Cidade Fortaleza - CE
Código Postal	Telefone	Fax
		Email

60430270

085 32888000

085 32888316

comepe@ufc.br

Termo de Compromisso

Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Res. CNS 196/96 e suas complementares e como esta instituição atende às condições para o desenvolvimento deste projeto, autorizo sua execução.

Assinatura:

Data: ____/____/____

Assinatura

O Projeto deverá ser entregue no CEP em até 30 dias a partir de 07/06/2006. Não ocorrendo a entrega nesse prazo esta Folha de Rosto será INVALIDADA.

8.3. Apêndice III

FICHA PADRONIZADA DE ATENDIMENTO**IDENTIFICAÇÃO:**

Nome: _____
 Prontuário: _____ Idade: _____ Data de
 Nascimento: ____/____/____

DADOS OBSTÉTRICOS:

Paridade: G ___ P ___ A ___ C ___
 Feto macrossômico? []sim []não. Quantos _____
 Uso de fórcepe? []sim []não. Quantas vezes _____
 Episiotomia? []sim []não. Quantas vezes _____
 Diabetes gestacional? []sim []não

DADOS PROCTOLÓGICOS - Constipação:

Hábito intestinal: evacua ____ vezes a cada ____ dias.
 Esforço evacuatório intenso? []sim []não
 Fezes endurecidas? []sim []não
 Sensação de evacuação incompleta? []sim []não
 Dor abdominal? []sim []não; Se sim, é aliviada ao evacuar? []sim []não
 Disquezia? []sim []não
 Hematoquezia? []sim []não
 Sensação de peso vaginal? []sim []não
 Digitação? []sim [] não; Se sim: [] vaginal [] perineal
 Escore do SCCC-C _____ pontos.

ESCORE DO SCCC-C

Freq.Int	S	Dor à Evac	S
-1-2x/d	0	-Nunca	0
-2x/s	1	-Rara//	1
-1x/s	2	-Às vezes	2
<-1/s	3	-Geral//	3
<-1/s	4	-Sempre	4
Evac.Inc.	S	Dor Abdom	S
-Nunca	0	-Nunca	0
-Rara//	1	-Rara//	1
-Às vezes	2	-Às vezes	2
-Geral//	3	-Geral//	3
-Sempre	4	-Sempre	4
Tent.Evac	S	Auxilio Evac.	S
<-5	0	-Não	0
-5-10	1	-Laxante	1
-10-20	2	-Digit/Enema	2
-20-30	3		
>-30	4		
Tent.Evac/d	S	Duração	S
-0	0	-0	0
-1-3	1	-1-5	1
-3-6	2	-5-10	2

-6-9	3	-10-20	3
->9	4	->20	4
Consistência das fezes-----			
Sensação de prolapso retal -----			

TOTAL→

DADOS PROCTOLÓGICOS – Incontinência:

Incontinência para gases ou sólidos? []sim []não

Score do SCCC-I _____ pontos.

ESCORE DE INCONTINÊNCIA DO SCC-I

Score = 0 indica continência completa

Score = 20 indica incontinência franca

	Nunca	Raramente	Algumas vezes	Freqüentemente	
Sempre					
sólido	0	1	2	3	4
Líquido	0	1	2	3	4
Gás	0	1	2	3	4
Proteção vestes	0	1	2	3	4
Alt. Estilo de vida	0	1	2	3	4

Raramente – Menos de um episódio por mês.

Algumas vezes – Um episódio ou mais por mês, menos de um por semana.

Freqüentemente - Um episódio ou mais por semana, menos de um por dia.

Sempre – Mais de um episódio por dia

Soma= _____

EXAME FÍSICO:• **Inspeção Estática:**

Fissura anal aguda? []sim []não; Localização: _____

Fissura anal crônica? []sim []não; Localização: _____

Fístula perianal? []sim []não; Localização: _____

Doença hemorroidária? []externa []interna []não; Grau _____

Plicomas anais? []sim []não;

• **Inspeção Dinâmica:**

Prolapso hemorroidário? []sim []não;

Prolapso mucoso? []sim []não;

Procidência retal? []sim []não;

Descenso perineal? []sim []não.

• **Toque retal:**

Retocele anterior? [] sim []não; Grau _____

Fezes endurecidas na ampola? [] sim []não;

Outras alterações

(descrever): _____

• **Anuscopia:**

Prolapso hemorroidário? []sim []não;

Prolapso mucoso? []sim []não;

Outras alterações

(descrever): _____
