

Desfechos Funcionais Após Ressecção Retal Para Endometriose Pélvica Infiltrativa Profunda: Resultados De Longo Prazo

Suna Erdem¹ • Sara Imboden, MD² • Andrea Papadia, MD, Ph.D.² Susanne Lanz, MD² • Michael D. Mueller, MD² • Beat Gloor, MD¹ Mathias Worni, MD, MHS¹

1. Departamento de Cirurgia e Medicina Visceral, Inselspital, Hospital Universitário de Berna, Universidade de Berna, Suíça

2. Departamento de Ginecologia e Obstetria, Inselspital, Hospital Universitário de Berna, Universidade de Berna, Suíça

ANTECEDENTES: O tratamento curativo da endometriose profunda infiltrativa requer a remoção completa de todos os implantes endometrióticos. A abordagem cirúrgica para envolvimento retal tornou-se um tópico de debate dada a possível disfunção intestinal pós-operatória e complicações.

OBJETIVO: O presente estudo tem como objetivo avaliar em longo prazo os desfechos pós-operatórios de evacuação e incontinência após a ressecção retal segmentar laparoscópica para endometriose profunda infiltrativa envolvendo a parede retal.

DESENHO: Este é um estudo retrospectivo de dados coletados prospectivamente.

DEFINIÇÕES: Este estudo monocêntrico foi realizado no Hospital Universitário de Berna, na Suíça.

PACIENTES: Foram incluídos pacientes com endometriose profunda infiltrativa envolvendo o reto, submetidos à ressecção retal de junho de 2002 a maio de 2011 com pelo menos 24 meses de acompanhamento.

Conteúdo digital suplementar está disponível para esse artigo. As citações diretas de URL aparecem no texto impresso e os links para os arquivos digitais são exibidos nas versões HTML e PDF do artigo no site da revista (www.dcrjournal.com).

Suporte / Financiamento: Nenhum relatado.

Divulgações Financeiras: Nenhum a relatada.

Apresentado na reunião da Swiss Surgical Society, Berna, Suíça, de 31 de Maio a 2 de Junho de 2017.

Correspondência: Beat Gloor, MD, Departamento de Cirurgia e Medicina Visceral, Inselspital, Hospital Universitário de Berna, Universidade de Berna, Freiburgstrasse, CH- 3010 Berna, Suíça. E-mail: beat.gloor@insel.ch

Dis Colon Rectum 2018; 61: 00-00
DOI: 10.1097 / DCR.0000000000001047

© The ASCRS 2018

PRINCIPAIS MEDIDAS DE DESFECHO: Além dos sintomas relacionados à endometriose, os sintomas detalhados sobre evacuação (pontos: 0 (melhor) a 21 (pior)) e incontinência (0-24) foram avaliados utilizando um questionário padronizado antes e pelo menos 24 meses após a cirurgia.

RESULTADOS: Das 66 mulheres que foram submetidas à ressecção retal, 51 estiveram disponíveis para análises com um período médio de acompanhamento de 86 meses (intervalo: 26-168). Quarenta e oito pacientes (94%) foram submetidos à ressecção laparoscópica (4% convertida, 2% primária aberta), com anastomose término-terminal em 41 pacientes (82%). Dois pacientes (4%) apresentavam insuficiência anastomótica; 1 caso foi complicado por fistula retovaginal. Dismenorreia, dor não menstrual e dispareunia melhoraram substancialmente ($p < 0,001$ para todas as comparações). O escore geral de evacuação aumentou de uma mediana de 0 (intervalo: 0-11) para 2 pontos (0-15), $p = 0,002$. A incontinência geral também aumentou de 0 (intervalo: 0-9) para 2 pontos (0-9), $p = 0,003$.

LIMITAÇÕES: O presente estudo foi limitado pela sua natureza retrospectiva e pelo número moderado de pacientes.

CONCLUSÕES: A ressecção retal segmentar laparoscópica para o tratamento de endometriose profunda infiltrativa, incluindo a parede retal, está associada a bons resultados em sintomas relacionados à endometriose, embora os pacientes devam ser informados sobre possíveis complicações pós-operatórias na evacuação e incontinência. No entanto, seu impacto clínico não supera o benefício que pode ser obtido por meio dessa abordagem. Consulte o **Vídeo Resumo** em <http://links.lww.com/DCR/A547>.

PALAVRAS-CHAVE: Endometriose; Dismenorreia; Evacuação; Incontinência; Laparoscopia; Ressecção retal.

A endometriose é uma doença generalizada caracterizada pela presença de glândula endometrial e estroma fora do útero, afetando de 10% a 15% das mulheres em idade reprodutiva.¹ Os sintomas estão mais frequentemente relacionados à dor pélvica associada à menstruação e à infertilidade, que ocorre em cerca de dois terços das mulheres afetadas.² A endometriose infiltrativa profunda é definida como uma penetração de implantes endometrióticos >5 mm sob a superfície peritoneal.³ Esses implantes são comumente encontrados nos ligamentos uterossacros, septo retovaginal ou parede do intestino e são frequentemente responsáveis pelos sintomas do paciente, como dispareunia, dismenorreia, dor durante a defecação ou sangramento retal durante a menstruação.^{4,5}

O envolvimento do reto ou da junção reto sigmoides significa uma forma grave de endometriose infiltrativa profunda que afeta 5,3% a 12% das mulheres com endometriose.¹ Apenas uma minoria desses pacientes é assintomático, enquanto os outros frequentemente apresentam inchaço abdominal, constipação, cólica intestinal, hematocécia ou movimentos intestinais dolorosos. Esses sintomas estão frequentemente associados a uma redução significativa na qualidade de vida.⁶⁻⁸ O tratamento de pacientes com endometriose infiltrativa profunda que são sintomáticos ou que estejam tentando engravidar é difícil e desafiador, mas sempre envolve uma tentativa de alcançar a ressecção completa.⁹ A abordagem tradicional para tentar a ressecção completa é realizar uma ressecção segmentar colorretal da área afetada, enquanto as técnicas mais recentes incluem raspar a área afetada ou realizar excisões discais.¹⁰ No entanto, o alívio duradouro dos sintomas e o controle da recorrência parecem melhorar entre os pacientes submetidos à ressecção retal, em comparação com a abordagem cirúrgica mais conservadora.¹¹⁻¹³ Entretanto, cirurgias mais conservadoras levam a melhores desfechos funcionais digestivos e a redução de complicações pós-operatórias precoces.

Embora a taxa de recorrência possa ser menor, a desvantagem potencial da ressecção retal segmentar é a possibilidade de disfunção intestinal e um aumento das complicações pós-operatórias precoces.^{6,9} Esses sintomas são bem descritos em pacientes submetidos a ressecções retais formais com excisão total do mesorreto, por exemplo, para câncer retal,^{14,15} e incluem aumento da frequência de evacuações, fragmentação intestinal, urgência fecal, bem como incontinência, todos com impacto negativo significativo sobre a qualidade de vida.

Entretanto, o impacto da ressecção retal para a endometriose infiltrativa profunda sobre a disfunção intestinal pós-operatória não está claramente definido. Em 2013, Roman et al publicaram dados para desfechos funcionais aparentemente melhores em mulheres com endometriose retal que foram submetidas à terapia cirúrgica conservadora (raspagem do reto ou excisão discal) em comparação com a população após ressecção colorretal, mas apenas alguns estudos avaliaram a disfunção intestinal pós-operatória e o impacto sobre a qualidade de vida utilizando um questionário padronizado.^{9,16-18}

Portanto, o objetivo primário do presente estudo observacional foi avaliar, em detalhe, os desfechos pós-operatórios de defecação em longo prazo após a remoção completa de todos os implantes endometrióticos, incluindo ressecção retal segmentar. Em segundo lugar, os sintomas ginecológicos associados à endometriose foram avaliados para garantir que o objetivo primário da cirurgia fosse alcançado.

MÉTODOS

A aprovação ética foi obtida da Comissão de Ética da Universidade de Berna, no Cantão de Berna. Todos os pacientes incluídos no estudo foram tratados com ressecção retal segmentar para endometriose retovaginal infiltrativa profunda no Departamento de Ginecologia e Obstetria do Hospital Universitário de Berna, Suíça, de junho de 2002 a maio de 2011.

No pré-operatório, todos os pacientes foram examinados por exame pélvico e ultrassonografia transvaginal. Em casos pouco claros, uma ressonância magnética pré-operatória foi realizada para caracterizar ainda mais a disseminação da doença. Todos os pacientes com suspeita de endometriose profunda infiltrativa com envolvimento retal potencial foram informados no pré-operatório sobre uma possível ressecção retal. No entanto, a decisão definitiva de realizar uma ressecção retal foi realizada no intraoperatório com base em discussão interdisciplinar.

A informação de base dos pacientes foi coletada em um banco de dados mantido prospectivamente. As características do paciente incluíam idade, cirurgia prévia ou tratamento médico para endometriose, infertilidade, gestação, paridade e escore revisada da American Fertility Society. As características cirúrgicas incluíram a técnica utilizada (laparoscópica, convertida, primária aberta), nível de anastomose da borda anal, tipo de anastomose (término-terminal, latero-terminal), tempo de operação, perda de sangue, cirurgia simultânea e complicações pós-operatórias.

Para avaliar detalhadamente a função intestinal, utilizamos um questionário publicado por Hallböök (consulte Tabelas Suplementares 1 e 2, <http://links.lww.com/DCR/A632> e <http://links.lww.com/DCR/A633>).¹⁹ Este questionário enfoca aspectos importantes da defecação, evacuação e sintomas de incontinência. O escore de evacuação é baseado em 7 perguntas; para cada questão, há 0 a 3 pontos para alocar (total de 0 é o melhor escore, um total de 21 pontos é o pior). Em analogia, o escore de incontinência é baseado em 8 perguntas com distribuições idênticas de pontos possíveis. O acompanhamento em longo prazo foi realizado por pelo menos 24 meses após a cirurgia por meio de entrevista telefônica realizada por 2 pesquisadores (SE, MW). Além disso, os pacientes foram questionados se apresentavam dor durante a defecação, se sentiam constipação, esvaziamento incompleto da bexiga e / ou incontinência de urgência ou de esforço. Em analogia às questões anteriores, eles foram classificados de 0 (melhor) a 3 (pior). Para avaliar sintomas específicos relacionados à endometriose, os pacientes também foram questionados em uma escala de 4 pontos sobre dismenorria, dor pélvica não menstrual e disporeunia.

Descrição da técnica cirúrgica

Todos os pacientes foram operados em um ambiente interdisciplinar por um ginecologista e um cirurgião colorretal. Todos os pacientes foram submetidos a preparo intestinal mecânico pré-operatório. O pneumoperitônio foi estabelecido com dióxido de carbono (CO₂) ao nível do umbigo, utilizando uma técnica aberta e um trocar de 12 mm. Três trocarter adicionais, um trocar de 12 mm suprapúbico na linha média e dois trocarter de 5 mm na fossa ilíaca esquerda e direita, foram colocados sob controle visual. Após a exploração da cavidade pélvica e a excisão de todos os implantes endometrióticos visíveis, o reto foi mobilizado. A vagina dorsal foi aberta sob controle digital e, em seguida, a lesão endometriótica foi retirada primeiro da vagina e depois do septo retovaginal. Nesse ponto, a lesão endometriótica ainda estava aderida apenas à parede do reto ventral, e aqui foi tomada a decisão sobre a necessidade e a extensão da ressecção retal. A mobilização retal foi feita preservando o mesorreto. Dissecção cuidadosa foi realizada para evitar lesões em qualquer um dos nervos autonômicos pélvicos. O mesorreto e o reto foram seccionados em aproximadamente 1 cm distal do implante endometriótico, utilizando-se um dissecador ultrassonográfico e Endo-GIA. A incisão suprapúbica foi aumentada para 4 a 6 cm para permitir a exteriorização intestinal. A ressecção foi limitada ao segmento infiltrado com uma distância de segurança de 1 a 2 cm. A transecção foi realizada com tesoura, permitindo uma clara visibilidade da perfusão intestinal. O intestino grosso foi fechado criando uma bolsa para a bigorna. O final do intestino grosso foi colocado de volta na cavidade pélvica e a incisão suprapúbica abdominal foi fechada. Utilizando um grameador intraluminal curvo (diâmetro de 29 ou 33 mm) introduzido por via retal, a anastomose retal foi criada sob controle laparoscópico. Todas as anastomoses foram testadas no intraoperatório com ar. A criação de uma ileostomia protetora em alça ficou a critério do cirurgião colorretal e foi principalmente defendida por anastomoses ≤ 5 cm da borda anal.

Análise Estatística

Considerando os dados de desfechos correspondentes, as análises estatísticas foram realizadas utilizando o teste de postos sinalizados não paramétricos de Wilcoxon. Análises de subgrupos foram realizadas dividindo-se a coorte de pacientes de acordo com a distância mediana da anastomose da borda anal (7 cm). Além disso, análises de subgrupos em relação à evacuação e incontinência foram realizadas de acordo com o tempo de acompanhamento; os pacientes foram agrupados em acompanhamento longo (≤ 7 anos) e muito longo (> 7 anos). O nível de significância estatística foi estabelecido em $p < 0,05$. Todas as análises foram realizadas utilizando a versão 11.2 do STATA/SE (Stata Corporation, College Station, TX).

RESULTADOS

Durante o período do estudo, 213 mulheres foram tratadas cirurgicamente em nossa instituição para endometriose localizada no septo retovaginal.

Tabela 1. Informações de pacientes, cirúrgicas e pós-operatórias.

Características	Pacientes tratados, n (%)	Pacientes com acompanhamento em longo prazo, n (%)
Pacientes	66 (100)	51 (100)
Idade mediana, anos (intervalo)	33 (24-46)	32 (24-46)
Cirurgia anterior para endometriose	46 (70)	38 (75)
Tratamento médico prévio para endometriose	41 (62)	32 (63)
Gestação	11 (17)	10 (20)
Paridade	7 (11)	6 (12)
Escore rAFs ^a IVa	55 ^a (83)	43 (84)
Técnica		
Laparoscopia	63 (95)	48 (94)
Conversão	2 (3)	2 (4)
Laparotomia primária	1 (2)	1 (2)

Nível de anastomose		
Em ou abaixo de 7 cm da borda anal	40 (61)	29 (57)
Acima de 7 cm da borda anal /	26 (39)	22 (43)
Distância mediana do ânus, cm (variação)	7 (3-18)	7 (3-18)
Anastomose término-terminal	56 (85)	42 (82)
Anastomose latero-terminal	9 (14)	9 (18)
Tempo de operação, min., mediana (intervalo)	309 (160-480)	300 (180-480)
Perda mediana estimada de sangue, ml (variação)	280 (50-1500)	200 (50-1000)
Complicações		
Insuficiência anastomótica	2	2
Estenose anastomótica ^b	1	1
Fístula retovaginal	1	1
Retenção urinária transitória	2	1
Lesão de ureter	1	1
Infecção superficial da ferida	1	1
Abscesso no trato urogenital	1	1
Mortalidade	0	0
Cirurgia adicional		
Salpingo-ooforectomia	11	10
Ureterólise	26	21
Ureteroneocistostomia	1	1
Excisão peritoneal de implantes endometrióticos	45	33
Ressecção da parte dorsal da vagina	6	5
Ileostomia protetora	7	7
Acompanhamento mediano, n (intervalo)	N / A	86 (26-168)

rAFS = revista American Fertility Society.

^a No total, 11 pacientes tinham endometriose com estágio rAFS score III.

^b Tratado por dilatação endoscópica única.

O foco do presente estudo é sobre o total de 66 mulheres que foram submetidas à ressecção colorretal com anastomose retal para endometriose infiltrativa profunda, de junho de 2002 a maio de 2011. Dessas pacientes, a idade mediana foi de 33 anos (24-46) (Tabela 1). Dado que 15 pacientes foram perdidos para o acompanhamento, apenas 51 pacientes estavam disponíveis para acompanhamento em longo prazo. Entre esses, a idade mediana foi de 32 anos (intervalo: 24-46). Uma grande proporção desses pacientes apresentava história de tratamento de endometriose cirúrgica (75%) ou médica (63%) (Tabela 1).

TABELA 2. Evacuação geral e escore de incontinência (n = 51)

Características	Escore de Evacuação			Escore de Incontinência		
	Pré-Operatório	Acompanhamento	Valor p	Pré-Operatório	Acompanhamento	Valor p
Todos os pacientes						
Mediana (intervalo)	0 (0-11)	2 (0-15)	0,002	0 (0-9)	2 (0-9)	0,003
Média (DP)	1,7 (3,0)	3,4 (3,8)		1,3 (2,0)	2,1 (2,3)	
Altura da anastomose						
≤ 7 cm (n = 29)						
Mediana (intervalo)	0 (0-11)	2 (0-15)	0,02	1 (0-5)	1 (0-5)	0,1
Média (DP)	2,1 (3,3)	3,7 (4,2)		1,0 (1,5)	1,5 (1,4)	
> 7 cm (n = 22)						
Mediana (intervalo)	0 (0-11)	1,5 (0-11)	0,03	0 (0-9)	2 (0-9)	0,008
Média (DP)	1,1 (2,5)	2,9 (3,1)		1,6 (2,6)	3,0 (3,0)	

O pré-tratamento cirúrgico consistiu principalmente em ressecção laparoscópica de implantes peritoneais visíveis, enquanto nenhum paciente foi submetido à ressecção anterior de intestino delgado, cólon ou reto. Durante o trabalho clínico, todos os pacientes foram submetidos a cuidadoso exame ginecológico, incluindo ultrassonografia endovaginal para avaliar a extensão da endometriose, enquanto 7 pacientes (13,7%) tiveram uma ressonância magnética, além de achados pouco claros. A ressonância magnética confirmou endometriose infiltrativa profunda em todos os 7 pacientes; houve suspeita de infiltração na parede retal, sendo documentada em 4. A maioria dos pacientes foi tratada cirurgicamente por laparoscopia (n = 48, 94%); 2 pacientes (4%) tiveram que ser convertidos para cirurgia aberta devido a sangramento intraoperatório incontrolável não relacionado à ressecção retal; e em 1 paciente, um procedimento cirúrgico aberto foi realizado devido às extensas aderências esperadas com base na cirurgia abdominal aberta prévia. Dois pacientes apresentaram grandes complicações pós-operatórias. Ambos os pacientes apresentaram uma insuficiência anastomótica tratada com drenagem e criação de ileostomia de alça; após verificação da cicatrização da insuficiência anastomótica em 1 paciente, a ileostomia foi retirada sem maiores problemas. A segunda insuficiência anastomótica foi complicada adicionalmente por uma fístula retovaginal após o fechamento da ileostomia. A cirurgia reoperativa consistiu na criação de uma nova ileostomia de alça. Durante a mesma intervenção, a fístula retovaginal foi fechada por sutura direta e interposição de um remendo omental. Após a confirmação da cura adequada, a ileostomia foi fechada sem maiores complicações. Todos os pacientes apresentaram remoção completa de todos os implantes visíveis durante a cirurgia. A histologia mostrou um envolvimento da camada muscular e submucosa da parede retal em todos os pacientes. O diâmetro máximo da lesão endometriótica intramural foi de 0,2 a 1 cm (mediana: 8 mm). No entanto, isso descreve apenas a parte da lesão endometriótica na parede e não o tamanho total da lesão, porque todos os pacientes apresentaram fibrose perifocal significativa, levando a lesões macroscopicamente maiores na parede retal. Cinco pacientes (9,8%) apresentaram ileostomia protetora de alça devido ao baixo nível da anastomose (todos ≤ 5cm), enquanto que, em 2 pacientes, foi criada ileostomia devido à complicação pós-operatória de insuficiência anastomótica, conforme descrito acima. Todas as ileostomias foram revertidas com sucesso durante os primeiros 3 meses do pós-operatório. Durante o acompanhamento, 3 pacientes apresentaram recorrência no septo retovaginal e 1 paciente necessitou de uma nova ressecção, no entanto, do intestino delgado.

Escore Composto de Evacuação e Incontinência

Após um acompanhamento médio de 86 meses (variação: 26-168), o escore composto de evacuação aumentou de uma mediana de 0 (variação: 0-11) para 2 (variação: 0-15), $p = 0,002$ (Tabela 2). O aumento do escore total de evacuação é baseado principalmente no aumento da medicação utilizada para evacuar, dificuldades para esvaziar, necessidade de retorno para evacuação, sensação de esvaziamento incompleto e tempo necessário para evacuar ($p < 0,05$ para todas as variáveis) (Tabela 3). O escore composto de incontinência também aumentou de uma mediana de 0 (intervalo: 0-9) para 2 (intervalo: 0-9), $p = 0,003$. Aqui, o alerta antes do movimento de passagem e a capacidade de adiar a evacuação foram os principais responsáveis por essa mudança ($p < 0,05$ para ambas as variáveis) (Tabela 4).

Sintomas ginecológicos

Após acompanhamento em longo prazo, 35 pacientes (68,6%) estavam livres de dismenorreia, enquanto 16 pacientes (31,4%) relataram sintomas persistentes leves ($p < 0,001$) (Figura 1A). Resultados semelhantes foram encontrados para dor não menstrual; 36 pacientes (70,6%) apresentaram dor não menstrual antes da cirurgia, enquanto 37 pacientes (68,6%) não relataram dor não menstrual durante o acompanhamento em longo prazo ($p < 0,001$) (Figura 1B). Além disso, a dor durante a relação sexual diminuiu. Apesar de 32 pacientes (62,8%) terem apresentado dispareunia antes da cirurgia, apenas 16 pacientes (31,4%) relataram dispareunia durante o acompanhamento em longo prazo ($p < 0,001$) (Figura 1C).

Análises de Subgrupo por Altura da Anastomose / Duração do Acompanhamento

Todas as análises foram repetidas para o subgrupo de pacientes com uma anastomose igual ou inferior a 7 cm ($n = 29$, 57%), medida a partir da linha anocutânea, ou acima de 7 cm ($n = 22$, 43%).

TABELA 3. Escore Composto de Evacuação

Variáveis	Geral			<7 cm			> 7 cm		
	Pré-op.	F / U	Valor de p	Pré-op.	F / U	Valor de p	Pré-op.	F / U	Valor de p
Medicação para evacuar (enemas ou supositórios)									
Nunca (0)	46 (90,2)	35 (68,6)	0,007	27 (93,1)	20 (69,0)	0,01	19 (86,4)	15 (68,2)	0,28
Menos de uma vez por semana (1)	4 (7,8)	10 (19,6)		2 (6,9)	4 (13,8)		2 (9,1)	6 (27,3)	
1-6 vezes por semana (2)	0	3 (5,9)		0	3 (10,3)		0	0	
Todos os dias (3)	1 (2,0)	3 (5,9)		0	2 (6,9)		1 (4,6)	1 (4,6)	
Dificuldades para esvaziar									
Nunca (0)	40 (78,4)	29 (56,9)	0,03	20 (69,0)	14 (48,3)	0,22	20 (90,9)	15 (68,2)	0,05
Menos de uma vez por semana (1)	4 (7,8)	12 (23,5)		2 (6,9)	8 (27,6)		2 (9,1)	4 (18,2)	
1-6 vezes por semana (2)	4 (7,8)	7 (13,7)		4 (13,8)	4 (13,8)		0	3 (13,6)	
Todos os dias (3)	3 (5,9)	3 (5,9)		3 (10,3)	3 (10,3)		0	0	
Digitação para evacuar									
Nunca (0)	51 (100)	49 (96,1)	0,16	29 (100)	27 (93,1)	0,16	22 (100)	22 (100)	1
Menos de uma vez por semana (1)	0	2 (3,9)		0	2 (6,9)		0	0	
1-6 vezes por semana (2)	0	0		0	0		0	0	
Todos os dias (3)	0	0		0	0		0	0	
Retorno para evacuar									
Nunca (0)	44 (86,3)	33 (64,7)	0,02	24 (82,8)	18 (62,1)	0,10	20 (90,9)	15 (68,2)	0,08
Menos de uma vez por semana (1)	1 (2,0)	8 (15,7)		1 (3,5)	4 (13,8)		2 (9,1)	4 (18,2)	
1-6 vezes por semana (2)	2 (3,9)	7 (13,7)		2 (6,9)	5 (17,2)		0	2 (9,1)	
Todos os dias (3)	4 (7,8)	3 (5,9)		2 (6,9)	2 (6,9)		0	1 (4,6)	
Sensação de esvaziamento incompleto									
Nunca (0)	42 (82,4)	29 (56,9)	0,008	22 (75,9)	16 (55,2)	0,17	20 (90,9)	13 (59,1)	0,008
Menos de uma vez por semana (1)	3 (5,9)	11 (21,6)		2 (6,9)	6 (20,7)		1 (4,6)	5 (22,7)	
1-6 vezes por semana (2)	3 (5,9)	7 (13,7)		3 (10,3)	5 (17,2)		0	2 (9,1)	
Todos os dias (3)	3 (5,9)	4 (7,8)		2 (6,9)	2 (6,9)		1 (4,6)	2 (9,1)	
Esforço para evacuar									
<5 min. (0)	42 (82,4)	37 (72,6)	0,23	22 (75,9)	20 (69,0)	0,40	20 (90,9)	17 (77,3)	0,39
5-10 min. (1)	8 (15,7)	12 (23,5)		7 (24,1)	8 (27,6)		1 (4,6)	4 (18,2)	
10-20 min. (2)	1 (2,0)	1 (2,0)		0	0		1 (4,6)	1 (4,6)	
> 20 min. (3)	0	1 (2,0)		0	1 (3,5)		0	0	
Tempo necessário para evacuar									
<5 min. (0)	40 (78,4)	34 (66,7)	0,04	21 (72,4)	19 (65,5)	0,45	19 (86,4)	15 (68,2)	0,03
15-10 min. (1)	10 (19,6)	12 (23,5)		8 (27,6)	9 (31,0)		2 (9,1)	3 (13,6)	
10-20 min. (2)	1 (2,0)	3 (5,9)		0	0		1 (4,6)	3 (13,6)	
> 20 min. (3)	0	2 (3,9)		0	1 (3,5)		0	1 (4,6)	

Valores exibidos são o número de respostas (%) para questões individuais.

F / U = Acompanhamento; Pré-op. = pré-operatório

O escore composto de evacuação aumentou significativamente para ambos os subgrupos durante o acompanhamento, enquanto o escore de incontinência aumentou apenas significativamente para pacientes com uma anastomose maior que 7 cm (Tabela 2). Os detalhes do escore composto de evacuação e incontinência para os dois subgrupos podem ser encontrados nas Tabelas 3 e 4. Para pacientes com anastomose baixa, a dor durante a defecação diminuiu, enquanto a incontinência de urgência aumentou significativamente (Tabela 5). Para anastomoses maiores que 7 cm, a constipação aumentou significativamente. Análises de subgrupos adicionais foram realizadas para avaliar se o tempo de acompanhamento muito longo (> 7 anos) teria um desfecho diferente dos pacientes com acompanhamento em longo prazo (≤ 7 anos). Pacientes com acompanhamento em longo prazo tiveram um comprometimento do escore composto mediano de evacuação de 1 para 3 ($p = 0,32$), enquanto foi de 0 para 1,5 ($p = 0,43$) para pacientes com acompanhamento muito longo. O escore composto mediano de incontinência aumentou de 0 para 1 ($p = 0,17$) para pacientes com acompanhamento em longo prazo, enquanto aumentou de 0 para 2 pontos ($p = 0,55$) para pacientes com acompanhamento muito longo.

DISCUSSÃO

Esta é uma avaliação da função intestinal tardia pós-operatória após ressecção retal segmentar para endometriose infiltrativa profunda. Este estudo observacional conclui que o tratamento da endometriose infiltrativa profunda do reto, incluindo a ressecção retal segmentar, pode ser realizada com segurança por meio de uma abordagem interdisciplinar. Os sintomas de defecação e incontinência são, no entanto, levemente comprometidos, mesmo durante o acompanhamento em longo prazo. No entanto, a excisão cirúrgica completa de todos os implantes endometrióticos leva a uma melhora significativa dos sintomas relacionados à endometriose, incluindo dismenorreia, dor não menstrual e dispareunia. Dispareunia ainda foi relatado por alguns pacientes.

TABELA 4. Escore Composto de Incontinência

Variáveis	Global			≤7			>7 cm		
	Pré-op.	F/U	Valor de p	Pré-op.	F/U	Valor de p	Pré-op.	F/U	Valor de P
Alerta antes do movimento de passagem									
Sempre (76,5)	(0)39	31 (60,8)	0,006	23 (79,3)	18 (62,1)	0,1	16 (72,7)	13 (59,1)	0,03
Frequentemente (1)	5 (9,8)	9 (17,7)		3 (10,3)	7 (24,1)		2 (9,1)	2 (9,1)	
Algumas vezes (2)	3 (5,9)	7 (13,7)		0	2 (6,9)		3 (13,6)	5 (22,7)	
Nunca (3)	4 (7,8)	4 (7,8)		3 (10,3)	2 (6,9)		1 (4,6)	2 (9,1)	
Capacidade de diferenciar gases de fezes									
Sempre (0)	41 (80,4)	39 (76,5)	0,48	23 (79,3)	23 (79,3)	0,96	18 (81,8)	16 (72,7)	0,16
Frequentemente (1)	6 (11,8)	7 (13,7)		4 (13,8)	5 (17,2)		2 (9,1)	2 (9,1) s	
Algumas vezes (2)	2 (3,9)	3 (5,9)		2 (6,9)	1 (3,5)		0	2 (9,1)	
Nunca (3)	2 (3,9)	2 (3,9)		0	0		2 (9,1)	2 (9,1)	
Capacidade de adiar a evacuação									
> 30 min. (0)	43 (84,3)	35 (68,6)	0,03	24 (82,8)	22 (75,9)	0,73	19 (86,4)	13 (59,1)	0,008
15min. (1)	4 (7,8)	7 (13,7)		3 (10,3)	6 (20,7)		1 (4,6)	1 (4,6)	
5 min. (2)	1 (2,0)	7 (13,7)		1 (3,5)	1 (3,5)		0	6 (27,3)	
Nunca (3)	3 (5,9)	2 (3,9)		1 (3,5)	0		2 (9,1)	2 (9,1)	
Usar absorvente durante o dia									
Nunca (0)	50 (98,0)	48 (94,1)	0,16	29 (100)	28 (96,6)	0,32	21 (95,5)	20 (90,9)	0,32
Menos de uma vez por semana (1)	0	1 (2,0)		0	1 (3,5)		0	0	
1-6 vezes por semana (2)	0	1 (2,0)		0	0		0	1 (4,6)	
Todos os dias (3)	1 (2,0)	1 (2,0)		0	0		1 (4,6)	1 (4,6)	
Usar absorvente à noite									
Nunca (0)	50 (98,0)	48 (94,1)	0,16	29 (100)	28 (96,6)	0,32	21 (95,5)	20 (90,9)	0,32
Menos de uma vez por semana (1)	0	1 (2,0)		0	1 (3,5)		0	0	
1-6 vezes por semana (2)	0	1 (2,0)		0	0		0	1 (4,6)	
Todos os dias (3)	1 (2,0)	1 (2,0)		0	0		1 (4,6)	1 (4,6)	
Incontinência de gases									
Nunca (0)	49 (96,1)	45 (88,2)	0,11	29 (100)	25 (86,2)	0,05	20 (90,9)	20 (90,9)	0,97
Menos de uma vez por semana (1)	1 (2,0)	5 (9,8)		0	3 (10,3)		1 (4,6)	2 (9,1)	
1-6 vezes por semana (2)	1 (2,0)	1 (2,0)		0	0		1 (4,6)	0	
Todos os dias (3)	0	0		0	1 (3,5)		0	0	
Incontinência de fezes soltas									
Nunca (0)	48 (94,1)	45 (88,2)	0,08	27 (93,1)	25 (86,2)	0,16	21 (95,5)	20 (90,9)	0,32
Menos de uma vez por semana (1)	3 (5,9)	5 (9,8)		2 (6,9)	4 (13,8)		1 (4,6)	1 (4,6)	
1-6 vezes por semana (2)	0	1 (2,0)		0	0		0	1 (4,6)	
Todos os dias (3)	0	0		0	0		0	0	
Incontinência de fezes									
Nunca (0)	51 (100)	50 (98,0)	0,32	29 (100)	29 (100)	1,0	22 (100)	21 (95,5)	0,32
Menos de uma vez por semana (1)	0	1 (2,0)		0	0		0	1 (4,6)	
1-6 vezes por semana (2)	0	0		0	0		0	0	
Todos os dias (3)	0	0		0	0		0	0	

Valores exibidos são o número de respostas (%) para questões individuais.

F / U = acompanhamento; Pré-op. = Pré-operatório

No entanto, as queixas forma menores e, portanto, nenhum desses pacientes foi submetido à nova laparoscopia diagnóstica para excluir endometriose recorrente ou persistente, dada a etiologia multidimensional da dispareunia.

A endometriose retovaginal infiltrativa profunda afeta significativamente a qualidade de vida devido à sua associação com dor pélvica crônica, dismenorreia, disporeunia profunda e alterações intestinais cíclicas.¹⁸ Muitos estudos têm demonstrado que uma remoção cirúrgica radical da endometriose leva à melhora dos sintomas e também da qualidade de vida.²⁰⁻²² No entanto, complicações pós-operatórias e disfunção intestinal em longo prazo podem prejudicar esses resultados positivos e, portanto, é essencial conhecer o efeito esperado da técnica cirúrgica escolhida.²³⁻²⁵ O tratamento da endometriose retovaginal infiltrativa profunda ainda é motivo de controvérsias, principalmente no que diz respeito à técnica cirúrgica.²⁶ A cirurgia é a principal modalidade de tratamento para a endometriose infiltrativa profunda sintomática envolvendo o reto.¹³

Embora o tratamento clínico seja geralmente eficaz para a dor relacionada à endometriose, é menor para a doença retovaginal infiltrativa profunda.²⁷ A avaliação cuidadosa dos sintomas, a extensão da doença e o conhecimento dos planos reprodutivos do paciente são necessários para selecionar o tratamento apropriado. Como tal, uma equipe ginecológica especializada em conjunto com cirurgiões experientes em cirurgia colorretal laparoscópica é mais adequada para lidar com o problema da endometriose envolvendo o reto; isso também tem sido defendido por outros.²⁸

A. Número de Pacientes x Meses no pós-operatório

Grave
Intenso
Leve
Ausente

B. Número de Pacientes (%) x Meses no pós-operatório

Grave
Intenso
Leve
Ausente

A. Número de Pacientes (%) x Meses no pós-operatório

Grave
Intenso
Leve
Ausente

FIGURA 1. A, Dor durante a menstruação antes e após a operação. B, dor não menstrual antes e após a operação. C, dor durante a relação sexual antes e após a operação.

Devido aos avanços nas técnicas laparoscópicas, incluindo a chamada técnica poupadora de nervos, a endometriose pélvica profunda pode ser manejada por laparoscopia, mesmo quando a ressecção retal anterior baixa é necessária.^{13,28} A viabilidade e a segurança da laparoscopia são apoiadas pela baixa taxa de conversão e de complicações perioperatórias neste estudo. Devido à ampliação associada à câmera e à melhor visualização dos implantes endometrióticos, a excisão laparoscópica da endometriose é nossa técnica preferida. Em 3 (4,5%) dos nossos pacientes, a conversão para uma técnica aberta ou primária foi necessária. Essa taxa se compara bem a valores entre 12,7% e 13,7% relatados para ressecções colorretais para endometriose e doenças colorretais primárias.⁶ Além do comprometimento funcional, a ressecção retal também está associada à morbidade pós-operatória.²⁸ Uma das complicações mais temidas após a cirurgia colorretal com preservação do esfíncter, com incidência relatada de 2,5% a 23%, é a insuficiência anastomótica e a fístula retovaginal; ambos estão associadas ao risco de complicações relacionadas à anastomose em longo prazo.^{15,29} Um fator de risco independente para a ocorrência de vazamentos anastomóticos após ressecção segmentar intestinal é a anastomose colorretal a menos de 10 cm da borda anal.³⁰ Portanto, a recomendação nesses casos é a consideração de uma ileostomia protetora temporária.³¹ Em geral, uma taxa de insuficiência anastomótica de 3% (n = 2) e uma taxa de fístula de 1,5% (n = 1), entre nossa população de pacientes é comparativamente baixa para estudos anteriores com uma incidência entre 0% a 10% e 0% a 14%.^{21,32} Outras abordagens cirúrgicas para o tratamento da endometriose retal são a excisão discal ou a raspagem retal.¹⁰ Esse tipo de tratamento pode ser realizado em menor envolvimento da parede retal, mas em lesões maiores ele apresenta risco de ressecção incompleta. Segundo Remorgida et al,³³ a ressecção discal resulta em remoção incompleta da lesão em mais de 40% dos pacientes. Em nossa série, o laudo anatomopatológico confirmou o envolvimento da parede retal através da camada muscular e dentro da camada submucosa, indicando que uma ressecção de espessura total era necessária e que não eram necessárias ressecções retais desnecessárias. Em um estudo anterior do nosso grupo, mostramos que margens positivas na cirurgia retal são um fator de risco independente para a recorrência da doença.¹³ No entanto, nenhuma recorrência foi observada na linha grampeada, originando-se de focos colorretais. De fato, três pacientes tiveram uma recorrência no septo retovaginal e um necessitou de uma ressecção do intestino delgado. Dito isto, dado que a ressecção segmentar fornece alívio da dor em longo prazo, é segura e apresenta, no geral, apenas um pequeno comprometimento nos resultados de função intestinal em longo prazo, deve ser considerada como uma opção de tratamento para pacientes com endometriose infiltrativa profunda real do reto para obter uma ressecção completa de todos os implantes endometrióticos. Entretanto, para provar que a ressecção retal é mais benéfica do que a raspagem retal mais conservadora, seriam necessários dados prospectivos randomizados.

No caso de um procedimento de preservação esfinteriana na cirurgia colorretal, a perda parcial ou total do reservatório retal e sua substituição pelo cólon remanescente está associada a alterações no hábito intestinal, incluindo um amplo espectro de sintomas, entre os quais movimentos intestinais frequentes, urgência, incontinência fecal e evacuação conturbada.^{34,35} Keane et al³⁴ resumiram recentemente a questão complexo sobre os desfechos funcionais após a ressecção retal em uma revisão sistemática.

TABELA5. Outros sintomas gerais

Variáveis	Geral			<7			> 7 cm		
	Pré-op.	F / G	Valor de p	Pré-op.	F / G	Valor de p	Pré-op.	F / G	Valor de p
Dor durante a defecação									
Nunca (0)	38	44 (86,3)	0,08	20 (69,0)	26 (89,7)	0,01	18 (81,8)	18 (81,8)	0,88
Menos de uma vez por semana (1)	(74,5)	7 (13,7)		5 (17,2)	3 (10,3)		2 (9,1)	4 (18,2)	
1-6 vezes por semana (2)	7 (13,7)	0		3 (10,3)	0		1 (4,6)	0	
Todos os dias (3)	4 (7,8)	0		1 (3,5)	0		1 (4,6)	0	
Constipação	2 (3,9)								
Nunca (0)	39	26 (51,0)	<0,001	18 (62,1)	15 (51,7)	0,05	21 (95,5)	11 (50,0)	0,002
Menos de uma vez por semana (1)	(76,5)	18 (35,3)		11 (37,9)	10 (34,5)		1 (4,6)	8 (36,4)	
1-6 vezes por semana (2)	11	6 (11,8)		0	3 (10,3)		0	3 (13,6)	
Todos os dias (3)	(21,6)	1 (2,0)		0	1 (3,5)		0	0	
Esvaziamento incompleto da bexiga	1 (2,0)								
Nunca (0)	46	41 (80,4)	0,01	24 (82,8)	21 (72,4)	0,05	22 (100)	20 (90,9)	0,16
Menos de uma vez por semana (1)	(90,2)	7 (13,7)		5 (17,2)	5 (17,2)		0	2 (9,1)	
1-6 vezes por semana (2)	5 (9,8)	2 (3,9)		0	2 (6,9)		0	0	
Todos os dias (3)	0	1 (2,0)		0	1 (3,5)		0	0	
Incontinência de urgência	0								
Nunca (0)	48	42 (82,4)	0,01	27 (93,1)	21 (72,4)	0,01	21 (95,5)	21 (95,5)	1,0
Menos de uma vez por semana (1)	(94,1)	7 (13,7)		2 (6,9)	6 (20,7)		1 (4,6)	1 (4,6)	
1-6 vezes por semana (2)	3 (5,9)	0		0	0		0	0	
Todos os dias (3)	0	2 (3,9)		0	2 (6,9)		0	0	
Incontinência de esforço	0								
Nunca (0)	50	48 (94,1)	0,16	28 (96,6)	26 (89,7)	0,16	22 (100)	22 (100)	1,0
Menos de uma vez por semana (1)	(98,0)	3 (5,9)		1 (3,5)	3 (10,3)		0	0	
1-6 vezes por semana (2)	1 (2,0)	0		0	0		0	0	
Todos os dias (3)	0	0		0	0		0	0	
	0								

Valores exibidos são o número de respostas (%) para questões individuais.

F / U = Acompanhamento; Pré-op. = pré-operatório

Eles relatam que 18 instrumentos de função intestinal, mais de 30 sintomas e períodos de tempo pós-operatório variando de 4 semanas a 14,6 anos são relatados durante um período de 1986 a 2016. Uma comparação direta desses resultados obtidos principalmente de pacientes após ressecções colorretais baseadas em doenças oncológicas ou ressecções associadas a complicações de doença diverticular com os resultados do nosso estudo seriam enganosas. Existem diferenças inerentes na demografia dos pacientes e na extensão da ressecção, bem como a aplicação de tratamento local ou sistêmico neoadjuvante ou adjuvante. Todos esses fatores são conhecidos por estarem associados a piores desfechos funcionais em longo prazo e são limitados, se não ausentes, em nossa população de pacientes. Scheer et al.³⁶ realizaram revisão sistemática e meta-análise sobre os desfechos funcionais gastrintestinais em longo prazo, após ressecção anterior de câncer retal em 2011. Verificaram que incontinência e urgência foram relatadas em até 90% dos pacientes, enquanto 75% estavam usando absorventes, taxas significativamente mais altas do que as relatadas pelos nossos pacientes.

Nossos resultados sugerem um comprometimento clínico aceitável nos sintomas de evacuação e incontinência; com base nos questionários desenvolvidos e publicados por Hallböök e Södahl, este comprometimento aumenta apenas em média 2 pontos para os escores de evacuação (9,5%) e de incontinência (8,3%). Em contraste, Roman et al.⁹ relataram em um estudo retrospectivo melhores desfechos em longo prazo para constipação e incontinência caso os pacientes fossem tratados com raspagem ao invés de ressecção retal, com base em vários escores estabelecidos. Entretanto, em nossa experiência, a ressecção retal ao invés de ressecção em espessura total não é uma opção para lesões endometrióticas infiltrativas profundas, pois descobrimos que a ressecção microscopicamente incompleta foi um fator de risco para recidiva.¹³

Nosso estudo também apresenta algumas limitações que precisam ser discutidas. O número de pacientes incluídos é limitado e o acompanhamento não é completo. Além disso, nossos resultados são baseados integralmente em desfechos relatados por pacientes e nenhum exame clínico formal foi realizado para objetivar a disfunção intestinal, tal como exame clínico por um cirurgião colorretal, manometria ou estudo de evacuação por contraste. Pesquisas futuras devem incluir tais medidas.

CONCLUSÕES

Embora a cirurgia retal radical acarrete alguns riscos em relação à incontinência e constipação, a melhora geral dos sintomas relacionados à endometriose que podem ser alcançados em um ambiente de equipe envolvendo cirurgiões ginecológicos e colorretais torna a ressecção colorretal viável e segura. No entanto, é primordial informar aos pacientes sobre as possíveis complicações e mudanças em longo prazo nos hábitos intestinais antes da operação. Mais pesquisas serão necessárias para comparar diretamente a ressecção retal, a excisão discal e a raspagem em estudos futuros. Até então, a ressecção completa, incluindo a ressecção retal, é uma opção de tratamento no arsenal de qualquer equipe dedicada que lida com a endometriose infiltrativa profunda do reto.

REFERÊNCIAS