

BMJ Best Practice

Incontinência fecal em adultos

A informação clínica correta e disponível exatamente onde é necessária



Última atualização: Nov 27, 2018

Tabela de Conteúdos

Resumo	3
Fundamentos	4
Definição	4
Epidemiologia	4
Etiologia	4
Fisiopatologia	5
Prevenção	6
Prevenção primária	6
Rastreamento	6
Diagnóstico	7
Caso clínico	7
Abordagem passo a passo do diagnóstico	7
Fatores de risco	10
Anamnese e exame físico	12
Exames diagnóstico	14
Diagnóstico diferencial	16
Critérios de diagnóstico	18
Tratamento	19
Abordagem passo a passo do tratamento	19
Visão geral do tratamento	22
Opções de tratamento	26
Novidades	63
Acompanhamento	65
Recomendações	65
Complicações	65
Prognóstico	66
Diretrizes	68
Diretrizes de diagnóstico	68
Diretrizes de tratamento	68
Recursos online	70
Nível de evidência	71
Referências	73
Aviso legal	80

Resumo

- ◇ A patogênese da incontinência fecal é geralmente multifatorial com possível contribuição de doenças locais, anatômicas ou sistêmicas.
- ◇ Há resposta significativa à terapia conservadora e ao apoio adequado.
- ◇ Para aqueles que não respondem ao tratamento conservador, é recomendada uma investigação feita por especialistas para determinar etiologias subjacentes.
- ◇ Opções cirúrgicas incluem o reparo do esfíncter anterior e a formação de neoesfíncter.

Definição

A incontinência fecal é a eliminação involuntária de gases ou fezes. A etiologia subjacente é geralmente complexa, com múltiplos fatores contribuintes incluindo anomalias estruturais anorretais, transtornos neurológicos, disfunção cognitiva ou comportamental, consistência das fezes ou incapacidade geral (especialmente idade). Às vezes não é possível encontrar a causa. É extremamente comum, afetando até 10% dos adultos, mas a prevalência verdadeira permanece desconhecida devido ao estigma associado.[1] [2]

Epidemiologia

Dependendo da definição e da frequência da incontinência fecal, a prevalência varia de 1% a 10%.[1] [3] No entanto, quando são utilizadas metodologias e definições comparáveis, os estudos produzem taxas de prevalência notavelmente semelhantes em populações de diferentes comunidades (cerca de 8.3% a 8.4%, em entrevistas presenciais ou por telefone, e 11.2% para 12.4%, em levantamentos pelo serviço postal).[4]

A prevalência é considerada mais alta entre residentes de instituições asilares, mulheres parturientes, pacientes com comprometimento cognitivo ou transtornos neurológicos e idosos.[1] [3] Dentre a população institucionalizada, pode chegar a 50%.[5] Fora das instituições, continua sendo um problema altamente desconhecido, devido ao estigma social inerente. A lesão obstétrica (tanto dano direto ao músculo quanto neuropatia devido à distensão do nervo pélvico durante o parto) é uma causa comum, e por isso os pacientes geralmente são mulheres. A deterioração geral do músculo/tecido pélvico que ocorre com a idade resulta em uma maior frequência na população mais idosa. A disfunção cognitiva, a incapacidade geral e a tendência a ignorar o hábito intestinal resultando em constipação e impactação fecal também contribuem para a alta incidência na faixa etária mais idosa e frágil, especialmente entre aqueles que residem em instituições para idosos. A cirurgia no assoalho pélvico ou no intestino que ocasiona a redução do comprimento ou da complacência do intestino pode afetar uma população diferente.

Nos EUA, a incontinência fecal continua sendo um problema social e econômico importante que ocasiona um custo de mais \$400 milhões por ano em produtos para incontinência.

Etiologia

A etiologia da incontinência fecal é geralmente complexa e multifatorial. Há essencialmente 7 subgrupos etiológicos e os pacientes se encaixam em um ou mais grupos.[6]

1. Anomalias anorretais estruturais (por exemplo, trauma no esfíncter, prolapso retal) incluindo anomalias congênitas, quando os sintomas podem recorrer na vida adulta apesar de reparo cirúrgico
2. Anomalias neurológicas (por exemplo, esclerose múltipla, acidente vascular cerebral (AVC), neuropatia do nervo pudendo)[7]
3. Alterações na consistência das fezes (por exemplo, diarreia infecciosa, doença inflamatória intestinal)
4. Transbordamento (por exemplo, encoprese, impactação)
5. Disfunção cognitiva/comportamental (por exemplo, demência, dificuldades de aprendizado)
6. Incapacidade geral (por exemplo, idade, doença aguda)
7. Idiopático.

Há uma fraca associação com diabetes mellitus; a neuropatia autonômica pode resultar em disfunção do esfíncter interno e em incontinência passiva.[8] O dano do esfíncter após cirurgia obstétrica é a causa

mais comum de incontinência fecal em mulheres jovens e pode ocorrer em cerca de 10% a 13%.^{[9] [10]} Ocorre mais comumente em partos com uso de fórceps, bebês grandes, demora no segundo estágio do trabalho de parto e apresentação occipital posterior.^[10] A lesão iatrogênica é uma causa rara, mas alguns procedimentos, como a esfínterotomia lateral, envolvem incisão do músculo do esfíncter e podem resultar em incontinência fecal se o mesmo for muito dividido. Operações para reduzir a extensão do intestino podem reduzir a função de reservatório, especialmente se envolverem o reto. Por fim, doenças neurológicas podem afetar a continência ao interferirem com as vias sensoriais e/ou motoras relevantes.

Fisiopatologia

O complexo mecanismo de continência depende de uma interação entre a função do esfíncter, a consistência das fezes, o trânsito de conteúdos colônicos, a função e a complacência do reservatório retal, a sensação anorretal e a anatomia do assoalho pélvico. Normalmente, a passagem de fezes ou gases dentro do reto permite a distensão e o relaxamento temporário do esfíncter interno de modo que os conteúdos possam ser recolhidos pela zona anal de transição abundantemente inervada. Um centro de percepção mais alto permite maior relaxamento do complexo do esfíncter para evacuar caso seja socialmente aceitável. Se não for aceitável, o complexo do esfíncter externo é contraído e a vontade de defecar é contida até um momento posterior. Qualquer interrupção, disfunção ou sobrecarga dessa via pode resultar em incontinência.

Prevenção primária

Obesidade, atividade física limitada, dieta deficiente e tabagismo podem aumentar o risco de incontinência fecal, embora não haja evidências concretas. Evitar tais fatores pode ajudar. O treino do músculo do assoalho pélvico é efetivo e pode evitar e reverter algumas incontinências fecais relacionadas à gestação no primeiro ano após o parto. Como a evidência disponível é de baixa qualidade, não se sabe se o treinamento do músculo do assoalho pélvico pré-natal ou pós-parto é eficaz na prevenção e reversão da incontinência fecal relacionada à gravidez. No entanto, existem algumas evidências que sugerem benefícios de curta duração após cirurgia pélvica.[15] [16] O manejo efetivo de comorbidades clínicas, como o diabetes, irá reduzir a incontinência naquela população. Algumas intervenções precisam ser eliminadas (por exemplo, o uso rotineiro de episiotomia, o uso deliberado de esfínterectomia lateral e a distensão do esfíncter anal em mulheres). O parto cesáreo não parece ser preventivo.[17]

Rastreamento

A incontinência fecal é uma condição socialmente estigmatizada, o que significa que muitas pessoas com incontinência frequentemente não irão procurar ajuda. Embora o rastreamento ativo não seja realizado rotineiramente, os profissionais de saúde devem perguntar de maneira ativa, porém mantendo a sensibilidade, sobre sintomas em pessoas com fatores de risco associados.

Caso clínico

Caso clínico #1

Uma mulher saudável de 63 anos de idade apresenta uma história de mais de 7 anos de incontinência fecal e urinária. A incontinência fecal é caracterizada por urgência, sendo incapaz de adiar a defecação por mais de 1 a 2 minutos após a vontade de evacuar. Muitas vezes ela não percebe as perdas involuntárias e precisa usar absorventes constantemente. Embora faça exercícios para o assoalho pélvico, ela tem observado uma deterioração gradual de seus sintomas a ponto de estar virtualmente restrita a sua residência. Passeios ocasionais são geralmente limitados aos locais com fácil acesso aos sanitários. Sua história obstétrica consiste em 2 partos vaginais, sendo que o primeiro necessitou do uso de fórceps e resultou em uma laceração que foi reparada no momento do parto.

Caso clínico #2

Uma mulher de 85 anos de idade, residente em uma instituição asilar e com demência grave, é trazida por seu cuidador. O cuidador descreve que a paciente tem apresentado encoprese perianal e diarreia líquida constantes. O exame físico revela escoriação perianal marcada, ânus patuloso e um grande bolo fecal endurecido preenchendo o reto.

Outras apresentações

A interação complexa entre fatores subjacentes contribuintes resulta em uma variedade de apresentações. Elas podem incluir urgência e impossibilidade de adiar a defecação até um momento socialmente aceitável; perda involuntária passiva ou eliminação de gases ou fezes sem que seja percebido; ou o vazamento indesejado de fezes com evacuação e continência normais. Uma doença intestinal resultando em trânsito fecal rápido (por exemplo, doença intestinal funcional, gastroenterite, doença inflamatória intestinal, câncer de intestino) pode subjugar um assoalho pélvico normal. O início súbito e persistente da incontinência em um paciente até então sem fatores desencadeantes deve servir de alerta ao médico para descartar tais processos de doenças subjacentes.

Abordagem passo a passo do diagnóstico

A incontinência fecal é um sintoma e a causa geralmente é multifatorial. É necessária uma abordagem estruturada para o manejo, começando pelo diagnóstico e a correção de fatores contribuintes reversíveis. A avaliação inicial deve incluir a história, o exame físico e a anoscopia/sigmoidoscopia. Uma avaliação cognitiva também pode ser apropriada se houver dificuldades de aprendizado, demência ou problemas comportamentais como fatores contribuintes suspeitos. Exames especializados só devem ser feitos subsequentemente caso o manejo conservador inicial não proporcionar melhora dos sintomas. É fundamental considerar e descartar a possibilidade de câncer colorretal em qualquer pessoa que apresente incontinência.

História

É importante identificar possíveis fatores de risco (por exemplo, uma história de doença inflamatória intestinal, ressecção intestinal, prolapso retal ou constipação). Transtornos neurológicos, como esclerose

múltipla ou lesão prévia na medula espinhal, podem estar presentes. Quaisquer sinais que alertem para uma possível malignidade no trato gastrointestinal inferior devem ser investigados (por exemplo, perda de peso, sangue nas fezes, pólipos prévios ou história de câncer de intestino na família). É fundamental levantar a história obstétrica detalhada, com ênfase na história de partos vaginais, episiotomia, laceração perineal, uso de fórceps, demora no segundo estágio do parto e tamanho do bebê. Constipação anterior pode sugerir diarreia paradoxal e o histórico de viagens recentes pode ser compatível com uma etiologia infecciosa.

Os sintomas podem incluir escape ou perda involuntária passiva e, em geral, a incontinência fecal é frequentemente encontrada em conjunção à incontinência urinária, já que ambas apresentam mecanismos subjacentes similares. Geralmente, a urgência é associada à capacidade retal reduzida ou à chegada rápida das fezes no reto, assim como ocorre em causas infecciosas.

É importante obter uma avaliação da gravidade da incontinência, considerando-se fatores como o tipo, a frequência e o volume de incontinência, além do impacto em todos os aspectos da qualidade de vida do paciente. Isso também permite monitorar a resposta à terapia. Existem inúmeras escalas de incontinência para avaliar a gravidade da doença, mas muitas carecem de validação e de confiabilidade. Uma confiabilidade aceitável parece ser demonstrada nos sistemas de escalas de Vaizey, Jorge/Wexner e no sistema clínico norte-americano.^{[18] [19]}

- Índice de Wexner: considera 3 tipos de incontinência (sólida, líquida e gasosa), a necessidade de usar absorventes higiênicos externos e mudanças no estilo de vida. Atribui-se um valor de 0 (nunca), 1 (raramente), 2 (ocasionalmente), 3 (geralmente) ou 4 (sempre) à frequência de cada fator.
- Índice de Vaizey: similar ao Índice de Wexner, mas criado para incluir a urgência e a necessidade do uso de medicamentos constipantes. São avaliadas a incontinência relacionada às fezes sólidas, fezes líquidas e gases, além das alterações no estilo de vida. Atribui-se uma nota à frequência de cada um desses fatores: 0 (nunca), 1 (raramente), 2 (às vezes), 3 (semanalmente) ou 4 (diariamente). Além disso, os pacientes são questionados sobre a necessidade de usar absorventes higiênicos ou tampões, sobre o uso de medicamentos constipantes e sobre a falta de capacidade de adiar a defecação por 15 minutos. Uma resposta positiva para o uso de absorventes higiênicos ou de medicamentos constipantes conta 2 pontos cada uma, e a urgência conta 4 pontos.
- Sistema de avaliação clínica norte-americano: pede-se aos pacientes que relembrem os sintomas das 4 semanas anteriores. Os sintomas são classificados por 6 frequências: nunca, raramente, às vezes, semanalmente, diariamente ou várias vezes ao dia. Os pontos são atribuídos com base em 5 perguntas:
 - Você apresentou perda involuntária intestinal de gases acidentalmente?
 - Você apresentou encoprese involuntária intestinal leve?
 - Você apresentou perda involuntária intestinal significativa de fezes líquidas acidentalmente?
 - Você apresentou perda involuntária intestinal significativa de fezes sólidas acidentalmente?
 - Essa perda involuntária acidental afetou o seu estilo de vida?

Exame

A inspeção do períneo pode revelar cicatriz ou fístula. O prolapso retal será facilmente identificado com o paciente sentado em uma cadeira sanitária, realizando esforço para evacuar. O exame de toque é útil para avaliar tanto o tônus em contração como o em relaxamento (incluindo a manutenção da pressão em contração) e identificará impactação fecal. Pode haver uma massa retal devido à impactação do bolo fecal ou devido a um tumor maligno de reto. Um ânus patuloso é sinal de baixa pressão do esfíncter em relaxamento. A sensibilidade perianal reduzida, com uma história relevante, pode indicar prolapso agudo de hérnia de disco ou síndrome da cauda equina. A anosopia/sigmoidoscopia irá identificar hemorroidas ou doença inflamatória intestinal e pode revelar uma massa.

Investigações

Exames subsequentes são apropriados caso os sintomas não melhorem com manejo conservador, e causas específicas como cauda equina ou hemorroidas, já foram avaliadas. A escolha dos testes depende da etiologia subjacente suspeita e geralmente são feitos em centros especializados. Se houver suspeita de problema no esfíncter anal, são recomendados a manometria e o ultrassonografia endoanal.[20]

Se disponíveis, a eletromiografia e o teste do nervo pudendo também podem ser realizados, embora nem todos os centros ofereçam esses exames rotineiramente. A proctografia é reservada a pacientes com suspeita de prolapso. Coproculturas, exames de sangue (hemograma completo, proteína C-reativa) e biópsia retal são necessários apenas se a história sugere incontinência devido à diarreia; caso contrário, esses exames não são requisitados rotineiramente.

- A manometria anal fornece uma avaliação objetiva da continência anal. Ela permite mensurar a pressão anal gerada em repouso e durante a contração, dando uma ideia da função do esfíncter interno e externo, respectivamente. Ela também identifica a presença de reflexos normais associados à defecação, especialmente o reflexo inibitório reto-anal, e mensura a sensação do reto. Esses fatores podem ser anormais na presença de transtornos neurológicos. Uma sensibilidade retal elevada pode ser observada na síndrome do intestino irritável. A capacidade e a complacência retais podem ser alteradas em doenças que reduzem a função de reservatório do reto (por exemplo, após ressecção intestinal). Exames de fisiologia anorretal demonstram ser confiáveis e reproduzíveis.[21]
- Ultrassonografia endoanal: quando realizada por um médico experiente, a ultrassonografia endoanal é capaz de identificar defeitos no esfíncter com quase 100% de precisão.[22] Isso, juntamente ao exame de fisiologia, faz parte da avaliação de um especialista para pacientes que não responderam ao manejo inicial. Os avanços da tecnologia, incluindo imagens tridimensionais, melhoraram a precisão e o entendimento da patologia do esfíncter. A ultrassonografia transvaginal e transperineal são desenvolvimentos contínuos nessa área. Elas podem permitir uma avaliação mais detalhada, especialmente se existir outra patologia no compartimento do assoalho pélvico.[23]
- Ressonância nuclear magnética endoanal: tem sido recomendada por alguns autores como uma alternativa à ultrassonografia endoanal por delinear o complexo do esfíncter anal. O esfíncter externo é observado claramente e os defeitos são facilmente identificados. A clareza do esfíncter externo não sugere que este seja um exame superior à ultrassonografia endoanal, mas permite um diagnóstico mais preciso de atrofia, o que pode ser um preditor de sucesso do reparo do esfíncter.[24] [25] [26]

- Eletromiografia: grava a atividade elétrica gerada pelas fibras musculares durante a função do esfíncter e fornece informações sobre a função do músculo e sua inervação. Esse exame tem sido substituído pela ultrassonografia e pela RNM endoanais, e raramente é usado no diagnóstico da incontinência fecal.[27]
- Exame de latência motora terminal do nervo pudendo: uma mensuração do tempo necessário para um estímulo elétrico fixo deslocar-se pelo nervo pudendo. A latência elevada é um indicador de neuropatia do nervo pudendo e pode estar associada a desfecho insatisfatório após o reparo do esfíncter.[28] [29] [30] Em virtude da variabilidade do operador/laboratório e sobreposição de valores normais e anormais, esse exame tem valor clínico limitado.[27]
- Proctografia: pode ser útil em determinados pacientes com suspeita clínica de prolapso ou intussuscepção.

Fatores de risco

Fortes

sexo feminino

- As mulheres têm maior probabilidade de sofrer de incontinência fecal que os homens. A lesão do nervo pudendo ou do músculo do esfíncter ocorrida em um trauma obstétrico prévio é o principal fator de risco.[9] Também acredita-se que a síndrome do intestino irritável seja mais prevalente em mulheres e pode ser responsável por alguns casos.[11]

idade avançada

- A deterioração geral do músculo e do tecido conjuntivo com a idade aumenta a probabilidade dos sintomas ocorrerem nesse grupo.

residentes de instituição asilar

- Enquanto a incidência da incontinência fecal na comunidade pode chegar a 10%, até 50% dos residentes de instituição asilar são afetados.[5] Isso pode refletir o fato de que muitas pessoas são levadas para instituições asilares por causa da incontinência.

parto com fórceps

- O dano do esfíncter após cirurgia obstétrica é a causa mais comum de incontinência em mulheres jovens.[9] O dano ao esfíncter pode ser observado clinicamente após 10% a 13% dos partos normais e danos imperceptíveis detectados por meio de ultrassonografia endoanal podem ocorrer em até 80% dos partos com uso de fórceps.[10]
- Tanto a episiotomia quanto a laceração perineal de terceiro ou quarto grau são significativamente associadas com a incontinência anal.[12]

bebê >4 kg ou demora no segundo estágio do trabalho de parto

- A laceração direta do esfíncter anal pode resultar em trauma. Uma episiotomia é mais provável e isso pode resultar em dano iatrogênico ao esfíncter. A distensão indireta do nervo pudendo e do diafragma pélvico pode resultar em neuropatia do complexo do esfíncter.
- Tanto a episiotomia quanto a laceração perineal de terceiro ou quarto grau são significativamente associadas com a incontinência anal.[12]

apresentação occipital posterior

- Reconhecida por aumentar o risco de dano ao esfíncter e de subsequente incontinência fecal em mulheres durante o trabalho de parto.[10]

lesões iatrogênicas do esfíncter

- Embora raramente causem incontinência fecal, muitos procedimentos cirúrgicos podem comprometer a função do esfíncter indiretamente. Alguns procedimentos anais como esfínterectomia lateral e cirurgia de fístula têm como objetivo cortar propositalmente o esfíncter. A taxa de incontinência pode chegar a 52%.[5] Procedimentos de ressecção do intestino, principalmente aqueles que envolvem ressecção retal, afetam indiretamente a continência devido ao encurtamento do trânsito intestinal e redução da função de reservatório.

esclerose múltipla/acidente vascular cerebral (AVC)/neuropatia do nervo pudendo/lesão na medula espinhal

- A continência requer uma via neuronal intacta para permitir a sensação retal das fezes, manter a contração tônica subconsciente do esfíncter e permitir um centro de controle mais alto para a defecação. A ruptura da via em qualquer nível (central alto, medula espinhal, cauda equina, nervos periféricos) pode resultar em incontinência.

diarreia infecciosa ou doença inflamatória intestinal

- A presença de fezes líquidas e a chegada rápida ao reto podem subjugar até mesmo um complexo de esfíncter com funcionamento normal. Condições como a doença inflamatória intestinal, a proctite causada por radiação e cirurgias colorretais prévias podem resultar em trânsito rápido em conjunção com a redução da complacência retal e da função de reservatório.

constipação/impactação

- Pacientes com constipação grave frequentemente apresentam incontinência por transbordamento devido ao vazamento constante de fluido fecal do reto impactado. Os pacientes típicos são indivíduos internados em instituições, têm idade avançada ou comprometimento cognitivo. Além disso, uma lesão neurológica pode resultar em transbordamento devido à falta de percepção sensorial do reto distendido.

prolapso retal

- A causa da incontinência nesses pacientes é incerta, mas o prolapso pode resultar em incontinência devido à inibição profunda do esfíncter interno.[13] O reparo do prolapso pode levar à recuperação da continência.

hemorroidas de terceiro grau

- Hemorroidas prolapsadas podem ser graves o suficiente para comprometer a função do esfíncter, podendo contribuir para a perda involuntária de fezes.

anomalias congênitas do ano-reto

- Afetam principalmente crianças; ocasionalmente, apesar de cirurgia corretiva, os sintomas da incontinência podem permanecer ou recorrer na vida adulta.

demência/dificuldades de aprendizagem

- A disfunção cognitiva, a incapacidade geral e a tendência a ignorar o hábito intestinal resultando em constipação e impactação fecal também contribuem para a alta incidência na faixa etária mais idosa e frágil, especialmente entre aqueles que residem em instituições para idosos.

radioterapia pélvica

- Pode resultar em neuropatia do nervo pudendo, mas também em complacência reduzida da parede retal e urgência subsequente.

episiotomia

- Episiotomias são realizadas nas posições da linha média ou mediolateral. Ambas as técnicas têm sido associadas ao aumento da probabilidade de lesão do esfíncter quando comparadas à não episiotomia. Recomenda-se uma política altamente seletiva para a episiotomia, mas ainda não foi estabelecido um critério absoluto para o procedimento.[\[10\]](#)
- Tanto a episiotomia quanto a laceração perineal de terceiro ou quarto grau são significativamente associadas com a incontinência anal.[\[12\]](#)

doença neurológica central

- Comparadas à população em geral, pessoas com doença ou lesão neurológica central apresentam risco muito mais elevado de incontinência fecal e constipação.[\[14\]](#)

Fracos**diabetes mellitus**

- A neuropatia autonômica pode resultar em disfunção do esfíncter interno e em incontinência passiva.[\[8\]](#)

Anamnese e exame físico

Principais fatores de diagnóstico**trauma obstétrico (comum)**

- Aumento do risco de partos com uso de fórceps, bebê >4 kg, demora no segundo estágio do trabalho de parto ou apresentação occipital posterior.
- É a causa mais de comum de incontinência em mulheres jovens.[\[9\]](#) A etiologia subjacente pode ser um dano direto ao esfíncter ou uma lesão indireta de denervação devido à distensão do assoalho pélvico.

presença de outros fatores de risco (comum)

- Inclui: sexo feminino, idade avançada, residente de instituição asilar, história de doença inflamatória intestinal, hemorroidas, ressecção intestinal, cirurgia retal, prolapso retal ou transtorno neurológico.

ânus patuloso (comum)

- Um ânus entreaberto ou separado, o que é sinal de baixa pressão de relaxamento.

fraca pressão de contração (comum)

- Sinal de disfunção do esfíncter externo. A manutenção da contração também deve ser avaliada.

Outros fatores de diagnóstico

constipação (comum)

- Pode resultar em incontinência por transbordamento devido ao perda involuntária constante de fluido fecal do reto impactado. Os pacientes típicos são indivíduos institucionalizados, de idade avançada ou aqueles com comprometimento cognitivo.

incontinência urinária (comum)

- Comumente, a incontinência fecal e urinária coexistem e podem apresentar etiologias subjacentes similares.^[5]

urgência (comum)

- Amplamente reconhecida como um sinal de disfunção do esfíncter externo ou da capacidade retal reduzida.

perda involuntária passiva (comum)

- Indicador de disfunção do esfíncter interno, uma vez que o mesmo proporciona a maior parte do tônus de relaxamento, mantendo a continência subconscientemente. Observe, no entanto, que a proporção do tônus de relaxamento é fornecida pelo esfíncter externo e pelos Coxins Anais.^[31] Portanto, a perda involuntária passiva pode ocorrer com a disfunção do esfíncter externo e após hemorroidectomia. A perda involuntária passiva também pode ocorrer devida à falta de percepção causada por comprometimento cognitivo.

perda involuntária de fezes (comum)

- Comumente, ocorre após a evacuação incompleta de fezes e/ou sensação retal diminuída.

cicatrização perineal (comum)

- Indicativo de cirurgia ou lesão prévia.

fístula perianal (incomum)

- Pode indicar doença inflamatória intestinal.

massa retal (incomum)

- Pode indicar malignidade. Pode reduzir a capacidade retal ou afetar a função do esfíncter.
- Um bolo fecal pode ser palpável.

prolapso retal (incomum)

- A causa da incontinência nesses pacientes é incerta, mas o prolapso pode resultar em incontinência devido à inibição profunda do esfíncter interno.^[13] O reparo do prolapso pode levar à recuperação da continência. A melhor maneira de demonstrar o prolapso retal é pedir que o paciente se sente em uma cadeira sanitária e realize a manobra de Valsalva.

sensibilidade perianal anormal (incomum)

- Implica em dano à via de condução dos nervos S2, S3 e S4. A anestesia em sela é típica da síndrome da cauda equina.

Exames diagnóstico

Primeiros exames a serem solicitados

Exame	Resultado
exame físico associado à sigmoidoscopia <ul style="list-style-type: none"> A inspeção do períneo pode revelar cicatriz ou fístula. O prolapso retal será facilmente identificado com o paciente sentado em uma cadeira sanitária, realizando esforço para evacuar. O exame de toque é útil para avaliar tanto o tônus em contração como o em relaxamento (incluindo a manutenção da pressão em contração) e identificará impactação fecal. Pode haver uma massa retal devido à impactação do bolo fecal ou devido a um tumor maligno de reto. Um ânus patuloso é sinal de baixa pressão do esfíncter em relaxamento. A sensibilidade perianal reduzida, com uma história relevante, pode indicar prolapso agudo de hérnia de disco ou síndrome da cauda equina. A anosopia/sigmoidoscopia irá identificar hemorroidas ou doença inflamatória intestinal e pode revelar uma massa. 	o diagnóstico é clínico

Exames a serem considerados

Exame	Resultado
manometria anorretal <ul style="list-style-type: none"> As pressões de relaxamento e de contração refletem a função do esfíncter interno e externo, respectivamente. Sensação e reflexos refletem integridade neurológica. A capacidade e a complacência retais refletem a função de reservatório retal. O procedimento requer um transdutor de pressão (de perfusão de água ou de estado sólido), assim como um balão, que pode ser inflado gradativamente para avaliar a sensibilidade. Os intervalos normais para cada parâmetro variam entre os laboratórios. 	uma sensibilidade elevada pode ser observada na síndrome do intestino irritável; a capacidade e a complacência retais podem estar reduzidas na doença inflamatória intestinal e após cirurgia de ressecção retal
ultrassonografia endoanal <ul style="list-style-type: none"> O procedimento requer uma sonda específica e um transdutor, o que permite a avaliação em 360 graus do canal anal. Defeitos no esfíncter interno e externo podem ser detectados por meio da falta de simetria na configuração do 'anel' do complexo do esfíncter, sendo frequentemente representados por um padrão hipoeoico em conjunto com alterações da espessura da parede do músculo. Os avanços da tecnologia, incluindo imagens tridimensionais, melhoraram a precisão e o entendimento da patologia do esfíncter.[23] 	pode revelar defeito no esfíncter interno ± externo
ressonância nuclear magnética (RNM) endoanal <ul style="list-style-type: none"> A RNM tem sido recomendada por alguns autores como uma alternativa à ultrassonografia endoanal por delinear o complexo do esfíncter anal. O esfíncter externo é observado claramente e os defeitos são facilmente identificados. A clareza do esfíncter externo não sugere que este seja um exame superior à ultrassonografia endoanal, mas permite um diagnóstico mais preciso de atrofia, o que pode ser um preditor de sucesso do reparo do esfíncter.[24] [25] [26] 	pode revelar defeito no esfíncter interno ± externo

Exame	Resultado
exame de latência motora do nervo pudendo <ul style="list-style-type: none"> O procedimento requer um dispositivo especialmente adaptado que é usado no dedo. A ponta do dedo é colocada na espinha isquiática dentro do canal anal e um estímulo é detectado na base do dedo no canal anal. Isso fornece a latência do nervo pudendo, conforme as fibras percorrem esses dois pontos. Latências prolongadas podem indicar um desfecho insatisfatório após o reparo do esfíncter.[28] [29] [30] Em virtude da variabilidade do operador/laboratório e sobreposição de valores normais e anormais, esse exame tem valor clínico limitado.[27] 	prolongada na neuropatia (>2.1 ms)
eletromiografia <ul style="list-style-type: none"> A gravação pode ser feita através da superfície cutânea ou de um tampão anal, de uma agulha concêntrica ou de fios de eletrodos. Esse exame tem sido substituído pela ultrassonografia e RNM endoanais e raramente é usado no diagnóstico da incontinência fecal.[27] 	vários padrões de potenciais podem indicar lesão indireta do músculo, denervação ou reinervação
proctografia <ul style="list-style-type: none"> Exame especializado prescrito após uma terapia conservadora inicial malsucedida e somente se há suspeita de problema com as dinâmicas da defecação (por exemplo, intussuscepção ou retocele). A configuração da parede do reto e a adequação da evacuação podem ser gravadas. O reto é preenchido por uma mistura de bário líquido e sólido, com uma consistência similar à das fezes normais. A defecação é então gravada e vários parâmetros podem ser observados, como o ângulo anorretal, o descenso do assoalho pélvico, a presença de retocele ou de intussuscepção. 	dinâmicas da defecação; pode revelar ângulo anorretal ou descenso perineal anormais; evacuação inadequada pode ser observada
coprocultura <ul style="list-style-type: none"> Não é rotineiramente realizada. Necessária somente se houver suspeita de que a incontinência seja causada por diarreia. 	crescimento normal ou positivo se houver causa infecciosa da diarreia
biópsia retal <ul style="list-style-type: none"> Não é rotineiramente realizada. Necessária somente se houver suspeita de que a incontinência seja causada por diarreia. 	pode mostrar evidência de doença inflamatória intestinal
Hemograma completo <ul style="list-style-type: none"> Não é rotineiramente realizada. Necessária somente se houver suspeita de que a incontinência seja causada por diarreia. 	geralmente normal; contagem leucocitária elevada se houver infecção
proteína C-reativa <ul style="list-style-type: none"> Não é rotineiramente realizada. Necessária somente se houver suspeita de que a incontinência seja causada por diarreia. 	geralmente normal; elevada se houver infecção ou inflamação

Novos exames

Exame	Resultado
ultrassonografia transvaginal/transperineal <ul style="list-style-type: none"> As ultrassonografias transvaginal e transperineal são técnicas em desenvolvimento que podem permitir uma avaliação mais detalhada do esfíncter anal, especialmente se existir outra patologia do compartimento do assoalho pélvico.^[23] 	pode revelar defeito no esfíncter

Diagnóstico diferencial

Doença	Sinais/sintomas de diferenciação	Exames de diferenciação
Câncer colorretal	<ul style="list-style-type: none"> Sangramento, alteração no hábito intestinal, tenesmo, início súbito dos sintomas, história familiar de câncer colorretal, pólipos prévios. 	<ul style="list-style-type: none"> Colonoscopia: revela massa dentro do cólon. Enema de bário: estenose com aparência típica de "maçã mordida" conforme a passagem do bário é restrita pela massa.
Síndrome da cauda equina	<ul style="list-style-type: none"> Dor na coluna lombar, fraqueza e dormência nos membros inferiores, dor ciática irradiando para uma ou ambas as pernas, anestesia perianal. 	<ul style="list-style-type: none"> Ressonância nuclear magnética (RNM) da coluna: pode mostrar alterações artríticas degenerativas, hérnia de disco, infecção ou tumores que causam compressão da medula espinhal.
Doença de Crohn	<ul style="list-style-type: none"> A doença inflamatória intestinal pode modificar os hábitos intestinais em decorrência de inflamação e complacência intestinal alterada. O trânsito rápido resultante pode subjugar os mecanismos de continência. Frequentemente, há presença de sangue nas fezes. Pode haver dor abdominal e sintomas constitucionais. 	<ul style="list-style-type: none"> Enema de bário ou refeição de bário: pode revelar estenoses, ulceração e, às vezes, fístulas. Colonoscopia: boa visualização de pequenas úlceras, possibilita a realização de biópsias. Endoscopia por cápsula: lesões no intestino delgado.

Doença	Sinais/sintomas de diferenciação	Exames de diferenciação
Colite ulcerativa	<ul style="list-style-type: none"> A doença inflamatória intestinal pode modificar os hábitos intestinais em decorrência de inflamação e complacência intestinal alterada. O trânsito rápido resultante pode subjugar os mecanismos de continência. Frequentemente, há presença de sangue nas fezes. Pode haver dor abdominal e sintomas constitucionais. 	<ul style="list-style-type: none"> Sigmoidoscopia flexível ou colonoscopia: mucosa eritematosa, ulceração, mucosa friável. Biópsia retal: criptite, ramificação de criptas, plasmócitos na lâmina própria, abscessos em criptas. Exame contrastado do trânsito do intestino delgado: estenoses, ausência de lesões no intestino delgado.
Diarreia do viajante	<ul style="list-style-type: none"> Geralmente ocorre dentro de 2 semanas após a chegada em um país em desenvolvimento, frequentemente acompanhada de náusea e vômito, tenesmo e cólica abdominal. 	<ul style="list-style-type: none"> Leucócitos fecais: presença de grande número de leucócitos. Coprocultura: crescimento e identificação de etiologias bacterianas. Deteção de ovos e parasitas nas fezes: identifica parasitas comuns. teste do antígeno fecal de giárdia: positivo, se houver presença de giárdia.
Diarreia aguda	<ul style="list-style-type: none"> Ingestão de alimentos incomuns nos últimos 2 a 3 dias, outros membros da família podem ser afetados, viagem recente, acompanhada de vômito e, frequentemente, de cólica abdominal. A hospitalização recente ou o uso de antibióticos de amplo espectro podem sugerir infecção por <i>Clostridium difficile</i>. 	<ul style="list-style-type: none"> Coprocultura: crescimento positivo se houver causa infecciosa. Exame de fezes para a toxina do <i>Clostridium difficile</i>.
Diarreia crônica	<ul style="list-style-type: none"> Mais que 3 episódios de evacuações diarreicas/dia por >4 semanas; podem estar associados à perda de peso, sangue nas fezes, dor ou distensão abdominal. Pode ser causada por uma variedade de etiologias incluindo doença celíaca, doença diverticular e intolerância à lactose. 	<ul style="list-style-type: none"> Biópsia duodenal: aumento de linfócitos intraepiteliais, atrofia vilosa e hiperplasia da cripta (doença celíaca). Colonoscopia: presença de divertículos (doença diverticular). Teste de tolerância à lactose: a glicemia não aumenta após a ingestão de um líquido que contenha lactose (intolerância à lactose).

Doença	Sinais/sintomas de diferenciação	Exames de diferenciação
Fístula	<ul style="list-style-type: none"> História de abscesso anorretal ou doença inflamatória intestinal; abertura fistulosa pode ser observada em volta do ânus ou na proctoscopia. 	<ul style="list-style-type: none"> Exame sob anestesia: visualização e exame do trajeto fistuloso.

Critérios de diagnóstico

As escalas a seguir são designadas a avaliar a gravidade dos sintomas da incontinência fecal e a resposta à intervenção. Há muitas em uso, mas estas parecem oferecer confiabilidade e validade.^{[18] [19]}

Índice de Wexner

Esse índice é fácil de ser usado e considera 3 tipos de incontinência (sólida, líquida e gasosa), a necessidade de usar absorventes higiênicos e mudanças no estilo de vida. Atribui-se um valor de 0 (nunca), 1 (raramente), 2 (ocasionalmente), 3 (geralmente) ou 4 (sempre) à frequência de cada fator.

Índice American Medical System Score

Pede-se aos pacientes que relembrem dos sintomas das 4 semanas anteriores. Os sintomas são classificados por 6 frequências: nunca, raramente, às vezes, semanalmente, diariamente ou várias vezes ao dia. Os pontos são atribuídos com base em 5 perguntas:

- Você apresentou perda involuntária intestinal de gases acidentalmente?
- Você apresentou encoprese involuntária intestinal leve?
- Você apresentou perda involuntária intestinal significativa de fezes líquidas acidentalmente?
- Você apresentou perda involuntária intestinal significativa de fezes sólidas acidentalmente?
- Essa perda involuntária acidental afetou o seu estilo de vida?

Esse escore tem sido usado para avaliar o sucesso do neoesfíncter.

Índice de Vaizey

Esse escore é similar ao Índice de Wexner, mas foi criado para incluir a urgência e também a necessidade do uso de medicamentos constipantes. São avaliadas a incontinência relacionada às fezes sólidas, fezes líquidas e gases, além das alterações no estilo de vida. Atribui-se uma nota à frequência de cada um desses fatores: 0 (nunca), 1 (raramente), 2 (às vezes), 3 (semanalmente) ou 4 (diariamente). Além disso, os pacientes são questionados sobre a necessidade de usar absorventes higiênicos ou tampões, sobre o uso de medicamentos constipantes e sobre a falta de capacidade de adiar a defecação por 15 minutos. Uma resposta positiva para o uso de absorventes higiênicos ou de medicamentos constipantes conta 2 pontos cada uma, e a urgência conta 4 pontos.

Abordagem passo a passo do tratamento

A incontinência fecal é geralmente multifatorial e as causas reversíveis devem ser abordadas primeiramente. O manejo inicial pode ser realizado em ambiente de unidade básica de saúde, mas se não for bem-sucedido e o paciente desejar seguir um manejo ativo, é recomendado o encaminhamento a um serviço especializado para avaliação mais aprofundada e tratamento. O tratamento de problemas anorretais contribuintes, como prolapso retal e hemorroidas de terceiro grau, podem ajudar a aliviar os sintomas e deve ser considerado antes de tratamentos adicionais com especialistas.^[32]

Tratamento em serviços de atenção primária: dieta, intervenção do hábito intestinal, estratégias de enfrentamento

O objetivo da intervenção alimentar é promover a consistência ideal das fezes e esvaziamento intestinal previsível. Ao considerar mudanças alimentares é fundamental garantir que a ingestão de nutrientes em geral seja balanceada, especialmente em idosos. Um diário de alimentação é útil, com modificação de um alimento por vez, na tentativa de identificar potenciais colaboradores dos sintomas. Alimentos específicos que podem contribuir são ameixas, ruibarbo, sucos de frutas, alcaçuz e figos. Os adoçantes artificiais (por exemplo, sorbitol) também têm propriedades laxantes. Bebidas alcoólicas, cafeína e alguns vegetais (feijão, brócolis, couve-flor e repolho) estão frequentemente associados a evacuação diarreica. Um aumento no consumo de fibra alimentar solúvel (por exemplo, suplementos de ispágula) pode melhorar a consistência das fezes por absorção de água intraluminal.^[33] **1[B]Evidence** O aumento gradual da ingestão de fibras ao longo de alguns dias irá resultar em menor distensão abdominal e desconforto. Embora não haja evidências sobre sua efetividade, a opinião de especialistas sugere as seguintes intervenções no hábito intestinal:

- Incentive o movimento intestinal após uma refeição (usando o reflexo gastrocólico).
- Garanta instalações sanitárias facilmente acessíveis, confortáveis e que ofereçam privacidade.
- Incentive a posição sentada ou de cócoras para otimizar a evacuação e evitar o esforço.

Durante a avaliação inicial e o manejo da incontinência fecal, os pacientes devem ser orientados sobre mecanismos de enfrentamento. Isso inclui apoio emocional e psicológico para uma condição considerada desmoralizante e socialmente não aceitável. Além disso, devem ser fornecidas informações sobre o uso de produtos para continência como:

- Absorventes higiênicos externos descartáveis: não se constatou nenhuma vantagem em nenhum tipo específico de absorvente descartável externo para a incontinência fecal.^[35]
- Tampão anal: se tolerado, pode ser útil na prevenção de incontinência.^[36]
- Orientação sobre cuidado da pele.
- Produtos para o controle do odor e manejo na lavagem das roupas.
- Luvas descartáveis.

Devem ser fornecidos detalhes sobre contatos de grupos de apoio relevantes. Esses grupos podem orientar sobre produtos de continência e estratégias de enfrentamento.

Incontinência associada a evacuação diarreica

Se fatores alimentares, uso de laxantes e infecção já foram avaliados, podem ser oferecidos agentes antidiarreicos. Agentes antidiarreicos são melhor prescritos com regularidade. Medicamentos comumente usados incluem a loperamida e a codeína. Eles agem na diminuição da motilidade intestinal e de secreções. Além disso, a loperamida tem mostrado causar efeito direto na potencialização do esfíncter

anal.[37] A codeína é geralmente prescrita se a loperamida não for tolerada. A amitriptilina é um antidepressivo tricíclico que, em doses baixas, demonstrou melhorar a incontinência fecal em um estudo aberto.[38] Ela pode agir na redução da motilidade da atividade retal. A duração do tratamento pode ser indefinida, mas parece ser segura em longo prazo com baixa dosagem.[39] O difenoxilato/atropina é uma alternativa se os medicamentos preferidos não forem eficazes. Novamente, a duração do tratamento pode ser indefinida, mas a posologia deve ser reduzida após um controle inicial da doença para diminuir os efeitos colaterais.

Constipação e transbordamento

Se houver suspeita de que a constipação e a impactação fecal tenham atuação relevante, enemas e supositórios podem ajudar a promover um esvaziamento mais completo do intestino e a minimizar o vazamento pós-defecação.[40] 2[C]Evidence Tal programa pode beneficiar especialmente aqueles com constipação grave e com incontinência por transbordamento.[41] Inicialmente são recomendadas preparações retais e os pacientes podem precisar de tratamento regular por vários dias para haver depuração. Os laxantes por via oral são reservados aos pacientes para os quais as preparações retais não foram bem-sucedidas.

A irrigação retrógrada (via reto) ou anterógrada (geralmente por via de apendicostomia) pode ser considerada em determinadas pessoas com constipação ou alteração da motilidade colônica associada à incontinência. A irrigação anterógrada exige a formação cirúrgica de uma apendicostomia que permita a irrigação direta do lúmen intestinal através de um estoma. A irrigação permite a limpeza colônica efetiva e eficaz e minimiza a perda involuntária pós-defecação. A irrigação anterógrada pode ser complexa e ineficaz em todos os pacientes.[42]

Equipamentos modernos permitem a irrigação retrógrada rápida e fácil, embora o procedimento requeira uma certa destreza se usado sem orientação. O National Institute for Health and Care Excellence do Reino Unido recomenda a irrigação retrógrada, se não for possível obter a incontinência intestinal por medicação, ou mudanças de dieta e fisioterapia.[43]

Distúrbio da medula espinhal ou do intestino neurogênico

Se as medidas iniciais conservadoras não forem suficientes, é recomendado o encaminhamento a um programa de manejo intestinal neurológico. O objetivo é estabelecer uma rotina previsível de evacuação para evitar tanto a incontinência quanto a constipação. Para isso, pode-se considerar a estimulação anorretal de toque ou a evacuação manual. A irrigação anterógrada melhora a continência fecal e a qualidade de vida em pessoas com lesão na medula espinhal.[44] 3[C]Evidence

A estimulação do nervo sacral (ENS) envolve a aplicação de impulsos elétricos de baixa amplitude nos nervos sacrais.[45] [46] [47] Embora não esteja claro como a estimulação funciona, ela não é necessariamente uma resposta motora; muito provavelmente, é um efeito sensorial e/ou central. A eficácia do dispositivo pode requerer reprogramação, e uma perda na eficácia ao longo do tempo pode ser frequentemente resolvida pela individualização dos parâmetros do programa.[48] Além disso, está claro que o paciente não precisa sentir a estimulação; estimulação subsensorial é igualmente efetiva.[49]

O procedimento pode ser considerado para pacientes com incontinência fecal com complexo do esfíncter intacto (incontinência decorrente de denervação ou atrofia). O procedimento também pode ser indicado para pacientes com pequenos defeitos, nos quais a cirurgia do esfíncter é considerada imprópria. O modo de ação da ENS não é claramente compreendido.[50] Embora a ENS demonstre resultados iniciais promissores com mínima morbidade associada, não há disponibilidade de desfechos clínicos em longo

prazo.[50] Geralmente, um sistema temporário é testado por algumas semanas e se for bem-sucedido e aceito pelo paciente, um sistema permanente pode ser colocado em prática. Se a estimulação do nervo sacral não for bem-sucedida, um neoesfíncter pode ser considerado. Há duas opções: o neoesfíncter pela graciloplastia com eletroestimulação e o esfíncter intestinal artificial.[4][C]Evidence Ambas podem melhorar a continência, mas estão associadas à incidência significativa de efeitos adversos e a uma alta taxa de remoção.[51] [52] [53] [54] 5[C]Evidence

Deficiência do esfíncter externo

Se a orientação alimentar, a intervenção no hábito intestinal e as estratégias de enfrentamento não melhorarem os sintomas significativamente ou se o paciente requerer investigações adicionais, torna-se necessário encaminhar o paciente a um especialista. O controle pode incluir estratégias tais como exercícios para o assoalho pélvico, biofeedback e estimulação elétrica.[55] O objetivo é aumentar a sensação, a coordenação e a força do assoalho pélvico. Os exercícios podem ser autodirecionados, ensinados verbalmente ou por meio de instruções escritas, ou ensinados por meio do uso de equipamentos vaginais ou anais permitindo assim o feedback ao paciente por meio do dispositivo. A eletroestimulação é realizada através do uso de uma sonda anal específica.

O efeito benéfico do biofeedback pode variar. Embora muitos estudos sugiram uma melhora em até 90% dos pacientes, vários ensaios clínicos randomizados e controlados mostraram que tais intervenções não são melhores que o padrão de cuidados.[6] [56] Entretanto, o tratamento não causa danos e a opinião de consenso é que uma dessas intervenções deva ser considerada para pessoas que continuam apresentando episódios de incontinência fecal após o manejo inicial.

O reparo do esfíncter anterior é adequado aos pacientes com defeito no esfíncter externo e com sintomas que não respondem à terapia não cirúrgica. Defeitos no esfíncter interno, neuropatia do nervo pudendo, defeitos múltiplos e evacuação diarreica podem diminuir o sucesso do reparo do esfíncter anterior. O esfíncter anal externo é simplesmente reparado ou ajustado por meio de uma pequena incisão anterior. Embora as evidências sugiram que 70% a 80% irão melhorar inicialmente, alguns dados indicam haver uma rápida deterioração com o tempo. Apenas 10% terão continência completa após cerca de cinco anos após a operação.[57] Entretanto, a maioria dos pacientes permanece satisfeita com o desfecho de suas cirurgias.[58] O biofeedback adjuvante pode ajudar a manter a melhora ao longo do tempo.[56] [57] [59] [60] 6[C]Evidence Se houver contraindicação à cirurgia, a estimulação do nervo sacral é uma outra opção. Há algumas evidências de que, mesmo com um defeito do esfíncter importante, os pacientes parecem responder à ENS sem necessidade de reparar o esfíncter.[6] Se houver ruptura grave do esfíncter e o reparo não for possível, um neoesfíncter pode ser considerado, embora a natureza invasiva da cirurgia e as taxas de complicações consideráveis indiquem que esse tratamento deva ser reservado a pacientes altamente sintomáticos, para os quais opções menos invasivas tenham sido excluídas.

Disfunção no esfíncter interno

Se o manejo inicial for malsucedido, o manejo conservador especializado pode ser experimentado, incluindo exercícios para o assoalho pélvico, biofeedback e eletroestimulação.[55] Em pacientes com perda involuntária passiva devido a defeitos isolados no esfíncter interno ou a disfunções no esfíncter, o preenchimento do mesmo pode potencializar a selagem criada por ele e melhorar a continência. Um biomaterial é injetado dentro do espaço interesfincteriano.[61] Vários materiais têm sido usados para esse fim, incluindo gordura autóloga, compostos de colágeno, silicone, teflon, dextranômeros[62] [63] próteses autoexpansíveis.[64] É um procedimento seguro cujos efeitos colaterais limitam-se a

infecção, erosão e dor (geralmente relacionadas a um local de injeção muito superficial).^{[65] [66] [67]} O preenchimento do esfíncter interno pode fornecer uma selagem mais eficaz, podendo ser particularmente útil naqueles pacientes que se queixam de perda involuntária passiva (em geral, decorrente de disfunção no esfíncter interno). No entanto, as evidências quanto à eficácia são limitadas e a maior parte dos ensaios clínicos a respeito dessa intervenção apresentam fraquezas metodológicas.^[68]

Complexo do esfíncter intacto

O manejo inicial para pacientes com um complexo do esfíncter intacto ou somente uma pequena laceração é o mesmo. Orientação alimentar, intervenção do hábito intestinal e estratégias de enfrentamento são empregadas. Se malsucedidas, o biofeedback e os exercícios para o assoalho pélvico podem ajudar. A estimulação do nervo sacral pode ser benéfica se todas as outras alternativas conservadoras fracassarem. O neoesfíncter desempenha um papel importante no tratamento da incontinência fecal grave se a disfunção do esfíncter é significativa e outras terapias falharam. O antidepressivo tricíclico amitríptilina também tem demonstrado melhorar a incontinência.^[38]

Doença refratária afetando gravemente o estilo de vida

Um estoma (colostomia ou ileostomia) é adequado para a incontinência em estágio terminal se todas as outras terapias falharem ou forem impróprias, ou quando preferido pelo paciente. O procedimento é geralmente eficaz em aliviar os sintomas, mas pode ter um impacto psicológico significativo em relação à imagem corporal.

Visão geral do tratamento

Por favor, atente-se que fórmulas, rotas e doses podem se diferenciar de acordo com nomes de medicamentos e marcas, formulários de medicamentos ou localizações. Recomendações de tratamentos são específicas para grupos de pacientes. [Ver aviso legal](#)

Inicial (resumo)	
sintomático, mas causa indeterminada	
1a	orientação alimentar, intervenção do hábito intestinal, estratégias de enfrentamento e intervenções específicas à condição

Agudo (resumo)	
constipação com transbordamento	
1a	orientação alimentar, intervenção do hábito intestinal, estratégias de enfrentamento
2a	enema/supositórios
3a	laxantes por via oral
4a	irrigação retrógrada ou anterógrada

Agudo		(resumo)
dano à medula espinhal ou disfunção neurogênica		
	1a	orientação alimentar, intervenção do hábito intestinal, estratégias de enfrentamento, programa para manejo do intestino neurogênico
	adjunto	irrigação retrógrada ou anterógrada
	adjunto	medicamento antidiarreico
	adjunto	laxantes orais/enema/supositório
	2a	estimulação do nervo sacral
	adjunto	irrigação retrógrada ou anterógrada
	adjunto	medicamento antidiarreico
	adjunto	laxantes orais/enema/supositório
	3a	neoesfíncter
	adjunto	laxantes orais/enema/supositório
deficiência do esfíncter externo		
	1a	orientação alimentar, intervenção do hábito intestinal, estratégias de enfrentamento
	adjunto	medicamento antidiarreico
	adjunto	laxantes orais/enema/supositório
	2a	exercícios para o assoalho pélvico, biofeedback e estimulação elétrica
	adjunto	medicamento antidiarreico
	adjunto	laxantes orais/enema/supositório
	3a	reparo do esfíncter anterior
	adjunto	medicamento antidiarreico
	adjunto	laxantes orais/enema/supositório
	4a	estimulação do nervo sacral
	adjunto	medicamento antidiarreico
	adjunto	laxantes orais/enema/supositório
	5a	neoesfíncter
	adjunto	laxantes orais/enema/supositório
disfunção no esfíncter interno		

Agudo		(resumo)
1a	orientação alimentar, intervenção do hábito intestinal, estratégias de enfrentamento	
adjunto	medicamento antidiarreico	
adjunto	laxantes orais/enema/supositório	
2a	exercícios para o assoalho pélvico, biofeedback e estimulação elétrica	
adjunto	medicamento antidiarreico	
adjunto	laxantes orais/enema/supositório	
3a	injeções de agente de preenchimento	
adjunto	medicamento antidiarreico	
adjunto	laxantes orais/enema/supositório	
4a	estimulação do nervo sacral	
adjunto	medicamento antidiarreico	
adjunto	laxantes orais/enema/supositório	
complexo do esfíncter intacto		
1a	orientação alimentar, intervenção do hábito intestinal, estratégias de enfrentamento	
adjunto	medicamento antidiarreico	
adjunto	laxantes orais/enema/supositório	
2a	exercícios para o assoalho pélvico, biofeedback e estimulação elétrica	
adjunto	medicamento antidiarreico	
adjunto	laxantes orais/enema/supositório	
3a	estimulação do nervo sacral	
adjunto	medicamento antidiarreico	
adjunto	laxantes orais/enema/supositório	
4a	neoesfíncter	
adjunto	laxantes orais/enema/supositório	

Em curso		(resumo)
incontinência grave refratária a outros tratamentos		
1a	estoma	

Opções de tratamento

Por favor, atente-se que fórmulas, rotas e doses podem se diferenciar de acordo com nomes de medicamentos e marcas, formulários de medicamentos ou localizações. Recomendações de tratamentos são específicas para grupos de pacientes. [Ver aviso legal](#)

Inicial

sintomático, mas causa indeterminada

1a orientação alimentar, intervenção do hábito intestinal, estratégias de enfrentamento e intervenções específicas à condição

Opções primárias

» **ispágula**: consulte a bula do produto para obter orientações quanto à dose

» Nas unidades básicas de saúde, o tratamento pode ser iniciado sem um diagnóstico definido. Isso pode ser suficiente para alguns pacientes manejarem sua condição. A dieta é alterada para promover a consistência ideal das fezes e o esvaziamento intestinal previsível. Um diário alimentar é útil para identificar alimentos que possam estar associados a evacuações diarreicas.

» Suplementos de ispágula podem ajudar na consistência das fezes, mas devem ser introduzidos gradualmente à dieta para evitar distensão abdominal.

» A orientação sobre evacuação intestinal regular e efetiva pode reduzir a perda involuntária.

» A incontinência fecal pode ser uma doença desmoralizante e socialmente debilitante. Entretanto, vários mecanismos podem permitir que até mesmo as pessoas mais sintomáticas levem uma vida normal. Além de empatia, suporte e compreensão, a orientação sobre produtos de continência pode ajudar a evitar um tratamento mais invasivo. Um tampão anal é eficaz no controle da incontinência fecal em uma pequena proporção de pacientes que conseguem tolerá-lo.^[36] Os tampões de poliuretano são considerados melhores que os de álcool polivinílico.

» A intervenção específica à condição é o tratamento do prolapso retal, de hemorroidas de terceiro grau ou da cauda equina antes de qualquer encaminhamento ou investigação adicional da incontinência fecal.

Agudo**constipação com transbordamento****1a orientação alimentar, intervenção do hábito intestinal, estratégias de enfrentamento****Opções primárias**

» **ispágula**: consulte a bula do produto para obter orientações quanto à dose

» A dieta é alterada para promover a consistência ideal das fezes e o esvaziamento intestinal previsível. Um diário alimentar é útil para identificar alimentos que possam estar associados a evacuações diarreicas.

» Suplementos de ispágula podem ajudar na consistência das fezes, mas devem ser introduzidos gradualmente à dieta para evitar distensão abdominal.

» A orientação sobre evacuação intestinal regular e efetiva pode reduzir a perda involuntária.

» A incontinência fecal pode ser uma doença desmoralizante e socialmente debilitante. Entretanto, vários mecanismos podem permitir que até mesmo as pessoas mais sintomáticas levem uma vida normal. Além de empatia, suporte e compreensão, a orientação sobre produtos de continência pode ajudar a evitar um tratamento mais invasivo. Um tampão anal é eficaz no controle da incontinência fecal em uma pequena proporção de pacientes que conseguem tolerá-lo.[36] Os tampões de poliuretano são considerados melhores que os de álcool polivinílico.

2a enema/supositórios**Opções primárias**

» **fosfato sódico**: consulte a bula do produto para obter orientações quanto à dose

OU

» **glicerol retal**: consulte a bula do produto para obter orientações quanto à dose

» O uso de um regime de enema ou supositório pode ajudar a esvaziar o reto de maneira mais eficaz, removendo qualquer bolo fecal e reduzindo a incontinência por transbordamento. Tais programas são frequentemente usados em pacientes com lesão na medula espinhal onde a

Agudo

falta de sensação no reto resulta em impactação e transbordamento.

» Além disso, enemas e supositórios podem regular a função intestinal em pacientes não constipados, permitindo uma evacuação mais eficaz em um momento socialmente conveniente e reduzindo a perda involuntária pós-defecação.

» Supositórios podem causar queimação e irritação ao redor da região perianal. Enemas podem causar distúrbios hidroeletrolíticos se usados cronicamente.

3a laxantes por via oral

Opções primárias

» **lactulose**: 15-30 mL por via oral uma ou duas vezes ao dia, máximo de 60 mL/dia

OU

» **senna**: consulte a bula do produto para obter orientações quanto à dose

» Inicialmente são recomendadas preparações retais e os pacientes podem precisar de tratamento regular por vários dias para haver depuração. Os laxantes por via oral são reservados aos pacientes para os quais as preparações retais não foram bem-sucedidas.

4a irrigação retrógrada ou anterógrada

» A irrigação retrógrada ou anterógrada (geralmente por via de apendicostomia) pode ser considerada em determinadas pessoas com constipação ou alteração da motilidade colônica associada à incontinência. A irrigação permite a limpeza colônica efetiva e eficaz e minimiza a perda involuntária pós-defecação. A irrigação retrógrada é geralmente autoadministrada em intervalos regulares de acordo com a conveniência do paciente, mas requer um nível mínimo de destreza manual e cognição. O National Institute for Health and Care Excellence do Reino Unido recomenda a irrigação retrógrada, se não for possível obter a incontinência intestinal por medicação, ou mudanças de dieta e fisioterapia.[43] A irrigação retrógrada seria preferível à irrigação anterógrada, que exige cirurgia, pode ser complexa e não é eficaz em todos os pacientes. Em pacientes com uma apendicostomia para irrigação anterógrada, complicações relacionadas ao estoma ocorrem em até 36% dos pacientes, mas geralmente são fáceis de tratar. A estenose é mais comum.[69]

Agudo**dano à medula espinhal ou
disfunção neurogênica****1a orientação alimentar, intervenção
do hábito intestinal, estratégias de
enfrentamento, programa para manejo do
intestino neurogênico****Opções primárias**» **ispágula**: consulte a bula do produto para
obter orientações quanto à dose» A dieta é alterada para promover a
consistência ideal das fezes e o esvaziamento
intestinal previsível. Um diário alimentar é útil
para identificar alimentos que possam estar
associados a evacuações diarreicas.» Suplementos de ispágula podem ajudar
na consistência das fezes, mas devem ser
introduzidos gradualmente à dieta para evitar
distensão abdominal.» A orientação sobre evacuação intestinal
regular e efetiva pode reduzir a perda
involuntária.» A incontinência fecal pode ser uma doença
desmoralizante e socialmente debilitante.
Entretanto, vários mecanismos podem permitir
que até mesmo as pessoas mais sintomáticas
levem uma vida normal. Além de empatia,
suporte e compreensão, a orientação sobre
produtos de continência pode ajudar a evitar
um tratamento mais invasivo. Um tampão anal
é eficaz no controle da incontinência fecal
em uma pequena proporção de pacientes
que conseguem tolerá-lo.[36] Os tampões de
poliuretano são considerados melhores que os
de álcool polivinílico.» O objetivo do programa de manejo do intestino
neurogênico é formular uma rotina regular
para a evacuação intestinal. Isso pode incluir
estimulação anorretal de toque ou evacuação
manual.[6]**adjunto irrigação retrógrada ou anterógrada**Tratamento recomendado para ALGUNS dos
pacientes do grupo de pacientes selecionado» A irrigação retrógrada ou anterógrada
(geralmente por via de apendicostomia) pode
ser considerada em determinadas pessoas com
constipação ou alteração da motilidade colônica
associada à incontinência. A irrigação permite

Agudo

a limpeza colônica efetiva e eficaz e minimiza a perda involuntária pós-defecação.

» A irrigação retrógrada é geralmente autoadministrada em intervalos regulares de acordo com a conveniência do paciente, mas requer um nível mínimo de destreza manual e cognição.[43]

» Embora exija cirurgia, possa ser complexa e não seja efetiva em todos os pacientes, a irrigação anterógrada melhora a continência fecal e a qualidade de vida em pacientes com lesão na medula espinhal.[44] 3[C]Evidence Em pacientes com uma apendicostomia para irrigação anterógrada, complicações relacionadas ao estoma ocorrem em até 36% dos pacientes, mas geralmente são fáceis de tratar. A estenose é mais comum.[69]

adjunto medicamento antidiarreico

Tratamento recomendado para ALGUNS dos pacientes do grupo de pacientes selecionado

Opções primárias

» **loperamida**: 4 mg por via oral em dose única inicialmente, seguidos por 2 mg após cada evacuação diarreica, máximo de 16 mg/dia

Opções secundárias

» **fosfato de codeína**: 15-60 mg por via oral a cada 6-8 horas , máximo de 240 mg/dia

OU

» **difenoxilato/atropina**: 2.5 a 5 mg por via oral quatro vezes ao dia, máximo de 20 mg/dia
A dose se refere ao componente difenoxilato.

OU

» **amitriptilina**: 10-25 mg por via oral uma vez ao dia à noite

» Se a incontinência estiver associada a evacuações diarreicas, agentes antidiarreicos podem ser benéficos por reduzirem as secreções e a motilidade intestinais. A loperamida também tem um efeito potencializador no complexo do esfíncter.[37] Ela provoca menos efeitos colaterais que outros medicamentos desse grupo. É geralmente bem tolerada, mas pode causar dor abdominal, xerostomia, náuseas e tontura. Para os

Agudo

pacientes intolerantes à loperamida, a codeína seria a próxima alternativa. Outras alternativas incluem difenoxilato/atropina e amitriptilina, que podem agir na redução da atividade motora retal.[38]

» Para a maioria dos agentes, a duração do tratamento pode ser indefinida, mas parece ser segura em longo prazo com baixa dosagem. Se o difenoxilato/atropina for usado, novamente, a duração do tratamento pode ser indefinida, mas a posologia deve ser reduzida após um controle inicial da doença para diminuir os efeitos colaterais.

adjunto laxantes orais/enema/supositório

Tratamento recomendado para ALGUNS dos pacientes do grupo de pacientes selecionado

Opções primárias

» **fosfato sódico**: consulte a bula do produto para obter orientações quanto à dose

OU

» **glicerol retal**: consulte a bula do produto para obter orientações quanto à dose

Opções secundárias

» **lactulose**: 15-30 mL por via oral uma ou duas vezes ao dia, máximo de 60 mL/dia

OU

» **senna**: consulte a bula do produto para obter orientações quanto à dose

» O uso de um regime de enema ou supositório pode ajudar a esvaziar o reto de maneira mais eficaz, removendo qualquer bolo fecal e reduzindo a incontinência por transbordamento. Tais programas são frequentemente usados em pacientes com lesão na medula espinhal onde a falta de sensação no reto resulta em impactação e transbordamento. Além disso, enemas e supositórios podem regular a função intestinal em pacientes não constipados, permitindo uma evacuação mais eficaz em um momento socialmente conveniente e reduzindo a perda involuntária pós-defecação.

» Supositórios podem causar queimação e irritação ao redor da região perianal. Enemas podem causar distúrbios hidroeletrólíticos se usados cronicamente.

Agudo

2a estimulação do nervo sacral

» A estimulação do nervo sacral envolve a implantação de um fio estimulador através do forame sacral (geralmente S3) para estimular diretamente o plexo do nervo sacral. O mecanismo de ação é desconhecido, mas parece beneficiar aqueles com um elemento de denervação. Além disso, está claro que o paciente não precisa sentir a estimulação; estimulação subsensorial é igualmente efetiva.[49] Pacientes candidatos podem ser testados com um fio temporário antes que a estimulação permanente seja aplicada naqueles com boa resposta.

» Há poucas complicações e elas geralmente são leves. Os dados de uma revisão sistemática sugerem que a frequência de eventos adversos seja de 13%.[70] A complicação mais importante é infecção (2%), que pode exigir a remoção do dispositivo.

» A eficácia do dispositivo pode requerer reprogramação, e uma perda na eficácia ao longo do tempo pode ser frequentemente resolvida pela individualização dos parâmetros do programa.[48]

adjunto irrigação retrógrada ou anterógrada

Tratamento recomendado para ALGUNS dos pacientes do grupo de pacientes selecionado

» A irrigação retrógrada ou anterógrada (geralmente por via de apendicostomia) pode ser considerada em determinadas pessoas com constipação ou alteração da motilidade colônica associada à incontinência. A irrigação permite a limpeza colônica efetiva e eficaz e minimiza a perda involuntária pós-defecação.

» A irrigação retrógrada é geralmente autoadministrada em intervalos regulares de acordo com a conveniência do paciente, mas requer um nível mínimo de destreza manual e cognição.[43]

» Embora exija cirurgia, possa ser complexa e não seja efetiva em todos os pacientes, a irrigação anterógrada melhora a continência fecal e a qualidade de vida em pacientes com lesão na medula espinhal.[44] 3[C]Evidence Em pacientes com uma apendicostomia para irrigação anterógrada, complicações relacionadas ao estoma ocorrem em até 36% dos pacientes, mas geralmente são fáceis de tratar. A estenose é mais comum.[69]

Agudo

adjunto medicamento antidiarreico

Tratamento recomendado para ALGUNS dos pacientes do grupo de pacientes selecionado

Opções primárias

» **loperamida**: 4 mg por via oral em dose única inicialmente, seguidos por 2 mg após cada evacuação diarreica, máximo de 16 mg/dia

Opções secundárias

» **fosfato de codeína**: 15-60 mg por via oral a cada 6-8 horas, máximo de 240 mg/dia

OU

» **difenoxilato/atropina**: 2.5 a 5 mg por via oral quatro vezes ao dia, máximo de 20 mg/dia
A dose se refere ao componente difenoxilato.

OU

» **amitriptilina**: 10-25 mg por via oral uma vez ao dia à noite

» Se a incontinência estiver associada a evacuações diarreicas, agentes antidiarreicos podem ser benéficos por reduzirem as secreções e a motilidade intestinais. A loperamida também tem um efeito potencializador no complexo do esfíncter.[37] Ela provoca menos efeitos colaterais que outros medicamentos desse grupo. É geralmente bem tolerada, mas pode causar dor abdominal, xerostomia, náuseas e tontura. Para os pacientes intolerantes à loperamida, a codeína seria a próxima alternativa. Outras alternativas incluem difenoxilato/atropina e amitriptilina, que podem agir na redução da atividade motora retal.[38]

» Para a maioria dos agentes, a duração do tratamento pode ser indefinida, mas parece ser segura em longo prazo com baixa dosagem. Se o difenoxilato/atropina for usado, novamente, a duração do tratamento pode ser indefinida, mas a posologia deve ser reduzida após um controle inicial da doença para diminuir os efeitos colaterais.

adjunto laxantes orais/enema/supositório

Tratamento recomendado para ALGUNS dos pacientes do grupo de pacientes selecionado

Agudo

Opções primárias

» **fosfato sódico**: consulte a bula do produto para obter orientações quanto à dose

OU

» **glicerol retal**: consulte a bula do produto para obter orientações quanto à dose

Opções secundárias

» **lactulose**: 15-30 mL por via oral uma ou duas vezes ao dia, máximo de 60 mL/dia

OU

» **senna**: consulte a bula do produto para obter orientações quanto à dose

» O uso de um regime de enema ou supositório pode ajudar a esvaziar o reto de maneira mais eficaz, removendo qualquer bolo fecal e reduzindo a incontinência por transbordamento. Tais programas são frequentemente usados em pacientes com lesão na medula espinhal onde a falta de sensação no reto resulta em impactação e transbordamento. Além disso, enemas e supositórios podem regular a função intestinal em pacientes não constipados, permitindo uma evacuação mais eficaz em um momento socialmente conveniente e reduzindo a perda involuntária pós-defecação.

» Supositórios podem causar queimação e irritação ao redor da região perianal. Enemas podem causar distúrbios hidroeletrólíticos se usados cronicamente.

3a

neoesfínter

» Esse tratamento tem como objetivo reconstruir o esfínter, tanto com um músculo alternativo ao esfínter (geralmente o músculo grácil) ou com um aparelho de manguito artificial. A natureza invasiva da cirurgia e as taxas consideráveis de complicações sugerem que esse tratamento deva ser reservado a pacientes altamente sintomáticos, para os quais opções menos invasivas tenham sido malsucedidas ou para aqueles em que a intervenção cirúrgica não seja apropriada (devido a uma grande ruptura do esfínter, dano neural grave ou doenças congênitas, como atresia anal).^{5[C]}**Evidence** Com a técnica de transposição do músculo grácil, aproximadamente um terço dos pacientes desenvolve um grande problema de feridas

Agudo

envolvendo o períneo, o estimulador e/ou ferida na perna. A falha técnica (deslocamento da bateria/do fio condutor, fratura do condutor) também é comum.[51]

» A infecção é frequente com o esfíncter intestinal artificial; geralmente é o resultado da erosão do aparelho dentro do reto ou da pele perineal. A remoção ocorre em cerca de um terço dos pacientes.[52] Mesmo que o dispositivo possa ser recuperado, é necessário revisá-lo com frequência devido a mau funcionamento (ruptura do manguito, vazamentos do balão ou da bomba e migração).

adjunto laxantes orais/enema/supositório

Tratamento recomendado para ALGUNS dos pacientes do grupo de pacientes selecionado

Opções primárias

» **fosfato sódico**: consulte a bula do produto para obter orientações quanto à dose

OU

» **glicerol retal**: consulte a bula do produto para obter orientações quanto à dose

Opções secundárias

» **lactulose**: 15-30 mL por via oral uma ou duas vezes ao dia, máximo de 60 mL/dia

OU

» **senna**: consulte a bula do produto para obter orientações quanto à dose

» O uso de um regime de enema ou supositório pode ajudar a esvaziar o reto de maneira mais eficaz, removendo qualquer bolo fecal e reduzindo a incontinência por transbordamento. Tais programas são frequentemente usados em pacientes com lesão na medula espinhal onde a falta de sensação no reto resulta em impactação e transbordamento. Além disso, enemas e supositórios podem regular a função intestinal em pacientes não constipados, permitindo uma evacuação mais eficaz em um momento socialmente conveniente e reduzindo a perda involuntária pós-defecação.

» Supositórios podem causar queimação e irritação ao redor da região perianal. Enemas podem causar distúrbios hidroeletrólíticos se usados cronicamente.

Agudo**deficiência do esfíncter externo****1a orientação alimentar, intervenção do hábito intestinal, estratégias de enfrentamento****Opções primárias**

» **ispágula**: consulte a bula do produto para obter orientações quanto à dose

» A dieta é alterada para promover a consistência ideal das fezes e o esvaziamento intestinal previsível. Um diário alimentar é útil para identificar alimentos que possam estar associados a evacuações diarreicas.

» Suplementos de ispágula podem ajudar na consistência das fezes, mas devem ser introduzidos gradualmente à dieta para evitar distensão abdominal.

» A orientação sobre evacuação intestinal regular e efetiva pode reduzir a perda involuntária.

» A incontinência fecal pode ser uma doença desmoralizante e socialmente debilitante. Entretanto, vários mecanismos podem permitir que até mesmo as pessoas mais sintomáticas levem uma vida normal. Além de empatia, suporte e compreensão, a orientação sobre produtos de continência pode ajudar a evitar um tratamento mais invasivo. Um tampão anal é eficaz no controle da incontinência fecal em uma pequena proporção de pacientes que conseguem tolerá-lo.[36] Os tampões de poliuretano são considerados melhores que os de álcool polivinílico.

adjunto medicamento antidiarreico

Tratamento recomendado para ALGUNS dos pacientes do grupo de pacientes selecionado

Opções primárias

» **loperamida**: 4 mg por via oral em dose única inicialmente, seguidos por 2 mg após cada evacuação diarreica, máximo de 16 mg/dia

Opções secundárias

» **fosfato de codeína**: 15-60 mg por via oral a cada 6-8 horas, máximo de 240 mg/dia

OU

Agudo

» **difenoxilato/atropina**: 2.5 a 5 mg por via oral quatro vezes ao dia, máximo de 20 mg/dia. A dose se refere ao componente difenoxilato.

OU

» **amitriptilina**: 10-25 mg por via oral uma vez ao dia à noite

» Se a incontinência estiver associada a evacuações diarreicas, agentes antidiarreicos podem ser benéficos por reduzirem as secreções e a motilidade intestinais. A loperamida também tem um efeito potencializador no complexo do esfíncter.[37] Ela provoca menos efeitos colaterais que outros medicamentos desse grupo. É geralmente bem tolerada, mas pode causar dor abdominal, xerostomia, náuseas e tontura. Para os pacientes intolerantes à loperamida, a codeína seria a próxima alternativa. Outras alternativas incluem difenoxilato/atropina e amitriptilina, que podem agir na redução da atividade motora retal.[38]

» Para a maioria dos agentes, a duração do tratamento pode ser indefinida, mas parece ser segura em longo prazo com baixa dosagem. Se o difenoxilato/atropina for usado, novamente, a duração do tratamento pode ser indefinida, mas a posologia deve ser reduzida após um controle inicial da doença para diminuir os efeitos colaterais.

adjunto **laxantes orais/enema/supositório**

Tratamento recomendado para ALGUNS dos pacientes do grupo de pacientes selecionado

Opções primárias

» **fosfato sódico**: consulte a bula do produto para obter orientações quanto à dose

OU

» **glicerol retal**: consulte a bula do produto para obter orientações quanto à dose

Opções secundárias

» **lactulose**: 15-30 mL por via oral uma ou duas vezes ao dia, máximo de 60 mL/dia

OU

» **senna**: consulte a bula do produto para obter orientações quanto à dose

Agudo

» O uso de um regime de enema ou supositório pode ajudar a esvaziar o reto de maneira mais eficaz, removendo qualquer bolo fecal e reduzindo a incontinência por transbordamento. Além disso, enemas e supositórios podem regular a função intestinal em pacientes não constipados, permitindo uma evacuação mais eficaz em um momento socialmente conveniente e reduzindo a perda involuntária pós-defecação.

» Supositórios podem causar queimação e irritação ao redor da região perianal. Enemas podem causar distúrbios hidroeletrólíticos se usados cronicamente.

2a **exercícios para o assoalho pélvico, biofeedback e estimulação elétrica**

» Os exercícios para o músculo do assoalho pélvico, o biofeedback e a estimulação elétrica têm como objetivo aumentar a sensação, a coordenação e a força do assoalho pélvico. Alguns aspectos do tratamento podem ser autoadministrados e ensinados por uma enfermeira especialista; isso pode exigir equipamentos específicos fornecidos durante várias sessões.

» O efeito benéfico do biofeedback pode variar. Embora muitos estudos sugiram uma melhora em até 90% dos pacientes, vários ensaios clínicos randomizados e controlados mostraram que tais intervenções não são melhores que o padrão de cuidados.[6] [56] Entretanto, o tratamento não causa danos e a opinião de consenso é que uma dessas intervenções deva ser considerada para pessoas que continuam apresentando episódios de incontinência fecal após o manejo inicial.

adjunto **medicamento antidiarreico**

Tratamento recomendado para ALGUNS dos pacientes do grupo de pacientes selecionado

Opções primárias

» **loperamida**: 4 mg por via oral em dose única inicialmente, seguidos por 2 mg após cada evacuação diarreica, máximo de 16 mg/dia

Opções secundárias

» **fosfato de codeína**: 15-60 mg por via oral a cada 6-8 horas, máximo de 240 mg/dia

OU

Agudo

» **difenoxilato/atropina**: 2.5 a 5 mg por via oral quatro vezes ao dia, máximo de 20 mg/dia. A dose se refere ao componente difenoxilato.

OU

» **amitriptilina**: 10-25 mg por via oral uma vez ao dia à noite

» Se a incontinência estiver associada a evacuações diarreicas, agentes antidiarreicos podem ser benéficos por reduzirem as secreções e a motilidade intestinais. A loperamida também tem um efeito potencializador no complexo do esfíncter.^[37] Ela provoca menos efeitos colaterais que outros medicamentos desse grupo. É geralmente bem tolerada, mas pode causar dor abdominal, xerostomia, náuseas e tontura. Para os pacientes intolerantes à loperamida, a codeína seria a próxima alternativa. Outras alternativas incluem difenoxilato/atropina e amitriptilina, que podem agir na redução da atividade motora retal.^[38]

» Para a maioria dos agentes, a duração do tratamento pode ser indefinida, mas parece ser segura em longo prazo com baixa dosagem. Se o difenoxilato/atropina for usado, novamente, a duração do tratamento pode ser indefinida, mas a posologia deve ser reduzida após um controle inicial da doença para diminuir os efeitos colaterais.

adjunto **laxantes orais/enema/supositório**

Tratamento recomendado para ALGUNS dos pacientes do grupo de pacientes selecionado

Opções primárias

» **fosfato sódico**: consulte a bula do produto para obter orientações quanto à dose

OU

» **glicerol retal**: consulte a bula do produto para obter orientações quanto à dose

Opções secundárias

» **lactulose**: 15-30 mL por via oral uma ou duas vezes ao dia, máximo de 60 mL/dia

OU

» **senna**: consulte a bula do produto para obter orientações quanto à dose

Agudo

» O uso de um regime de enema ou supositório pode ajudar a esvaziar o reto de maneira mais eficaz, removendo qualquer bolo fecal e reduzindo a incontinência por transbordamento. Além disso, enemas e supositórios podem regular a função intestinal em pacientes não constipados, permitindo uma evacuação mais eficaz em um momento socialmente conveniente e reduzindo a perda involuntária pós-defecação.

» Supositórios podem causar queimação e irritação ao redor da região perianal. Enemas podem causar distúrbios hidroeletrólíticos se usados cronicamente.

3a reparo do esfíncter anterior

» O objetivo da cirurgia é restabelecer a integridade do músculo do esfíncter externo. O tratamento deve ser administrado somente se as opções de tratamento conservador não forem bem-sucedidas. Índices iniciais de sucesso de 70% a 80% são possíveis, mas há uma rápida deterioração, com menos de 45% dos pacientes ainda satisfeitos após 5 a 10 anos.[\[59\]](#) [\[71\]](#) [\[72\]](#) A função pode ser sustentada com biofeedback adjuvante.[\[56\]](#) [\[57\]](#) [\[59\]](#) [\[60\]](#) [6\[C\]](#)[Evidence](#) Se a deterioração for resultado de fracasso cirúrgico, a repetição do reparo pode ser considerada se houver indicação na ultrassonografia endoanal.[\[73\]](#)

» Apesar de resultados deficientes em longo prazo, a cirurgia tem poucas complicações graves. A infecção da ferida ocorre em aproximadamente um quarto dos casos, mas geralmente é leve e sem sequelas graves.[\[74\]](#) A ruptura da ferida ocorre em cerca de 10% dos casos, dos quais dois terços requerem cirurgia adicional por complicações, incluindo fístula retovaginal. Além disso, a maioria dos pacientes permanece satisfeita com o desfecho de suas cirurgias.[\[58\]](#)

» Em alguns pacientes, a estimulação do nervo sacral (ENS) pode ser o tratamento de primeira escolha em relação ao reparo do esfíncter.[\[6\]](#) Há evidências crescentes de que, mesmo com um defeito do esfíncter importante, os pacientes parecem responder à ENS sem necessidade de reparar o esfíncter.[\[6\]](#)

adjunto medicamento antidiarreico

Tratamento recomendado para ALGUNS dos pacientes do grupo de pacientes selecionado

Opções primárias

Agudo

» **loperamida**: 4 mg por via oral em dose única inicialmente, seguidos por 2 mg após cada evacuação diarreica, máximo de 16 mg/dia

Opções secundárias

» **fosfato de codeína**: 15-60 mg por via oral a cada 6-8 horas, máximo de 240 mg/dia

OU

» **difenoxilato/atropina**: 2.5 a 5 mg por via oral quatro vezes ao dia, máximo de 20 mg/dia. A dose se refere ao componente difenoxilato.

OU

» **amitriptilina**: 10-25 mg por via oral uma vez ao dia à noite

» Se a incontinência estiver associada a evacuações diarreicas, agentes antidiarreicos podem ser benéficos por reduzirem as secreções e a motilidade intestinais. A loperamida também tem um efeito potencializador no complexo do esfíncter.[37] Ela provoca menos efeitos colaterais que outros medicamentos desse grupo. É geralmente bem tolerada, mas pode causar dor abdominal, xerostomia, náuseas e tontura. Para os pacientes intolerantes à loperamida, a codeína seria a próxima alternativa. Outras alternativas incluem difenoxilato/atropina e amitriptilina, que podem agir na redução da atividade motora retal.[38]

» Para a maioria dos agentes, a duração do tratamento pode ser indefinida, mas parece ser segura em longo prazo com baixa dosagem. Se o difenoxilato/atropina for usado, novamente, a duração do tratamento pode ser indefinida, mas a posologia deve ser reduzida após um controle inicial da doença para diminuir os efeitos colaterais.

adjunto

laxantes orais/enema/supositório

Tratamento recomendado para ALGUNS dos pacientes do grupo de pacientes selecionado

Opções primárias

» **fosfato sódico**: consulte a bula do produto para obter orientações quanto à dose

OU

Agudo

» **glicerol retal**: consulte a bula do produto para obter orientações quanto à dose

Opções secundárias

» **lactulose**: 15-30 mL por via oral uma ou duas vezes ao dia, máximo de 60 mL/dia

OU

» **senna**: consulte a bula do produto para obter orientações quanto à dose

» O uso de um regime de enema ou supositório pode ajudar a esvaziar o reto de maneira mais eficaz, removendo qualquer bolo fecal e reduzindo a incontinência por transbordamento. Além disso, enemas e supositórios podem regular a função intestinal em pacientes não constipados, permitindo uma evacuação mais eficaz em um momento socialmente conveniente e reduzindo a perda involuntária pós-defecação.

» Supositórios podem causar queimação e irritação ao redor da região perianal. Enemas podem causar distúrbios hidroeletrólíticos se usados cronicamente.

4a estimulação do nervo sacral

» A ENS envolve a implantação de um fio estimulador através do forame sacral (geralmente S3) para estimular o plexo do nervo sacral diretamente. O mecanismo de ação é desconhecido, mas parece beneficiar aqueles com um elemento de denervação. Além disso, está claro que o paciente não precisa sentir a estimulação; estimulação subsensorial é igualmente efetiva.[49] Pacientes candidatos podem ser testados com um fio temporário antes que a estimulação permanente seja aplicada naqueles com boa resposta.

» Há poucas complicações e elas geralmente são leves. Os dados de uma revisão sistemática sugerem que a frequência de eventos adversos seja de 13%.[70] A complicação mais importante é infecção (2%), que pode exigir a remoção do dispositivo.

» A eficácia do dispositivo pode requerer reprogramação, e uma perda na eficácia ao longo do tempo pode ser frequentemente resolvida pela individualização dos parâmetros do programa.[48]

» Em alguns pacientes, a ENS pode ser o tratamento de primeira escolha em relação ao

Agudo

adjunto

reparo do esfíncter.[6] Há evidências crescentes de que, mesmo com um defeito do esfíncter importante, os pacientes parecem responder à ENS sem necessidade de reparar o esfíncter.[6]

medicamento antidiarreico

Tratamento recomendado para ALGUNS dos pacientes do grupo de pacientes selecionado

Opções primárias

» **loperamida**: 4 mg por via oral em dose única inicialmente, seguidos por 2 mg após cada evacuação diarreica, máximo de 16 mg/dia

Opções secundárias

» **fosfato de codeína**: 15-60 mg por via oral a cada 6-8 horas, máximo de 240 mg/dia

OU

» **difenoxilato/atropina**: 2.5 a 5 mg por via oral quatro vezes ao dia, máximo de 20 mg/dia
A dose se refere ao componente difenoxilato.

OU

» **amitriptilina**: 10-25 mg por via oral uma vez ao dia à noite

» Se a incontinência estiver associada a evacuações diarreicas, agentes antidiarreicos podem ser benéficos por reduzirem as secreções e a motilidade intestinais. A loperamida também tem um efeito potencializador no complexo do esfíncter.[37] Ela provoca menos efeitos colaterais que outros medicamentos desse grupo. É geralmente bem tolerada, mas pode causar dor abdominal, xerostomia, náuseas e tontura. Para os pacientes intolerantes à loperamida, a codeína seria a próxima alternativa. Outras alternativas incluem difenoxilato/atropina e amitriptilina, que podem agir na redução da atividade motora retal.[38]

» Para a maioria dos agentes, a duração do tratamento pode ser indefinida, mas parece ser segura em longo prazo com baixa dosagem. Se o difenoxilato/atropina for usado, novamente, a duração do tratamento pode ser indefinida, mas a posologia deve ser reduzida após um controle inicial da doença para diminuir os efeitos colaterais.

adjunto

laxantes orais/enema/supositório

Agudo

Tratamento recomendado para **ALGUNS** dos pacientes do grupo de pacientes selecionado

Opções primárias

» **fosfato sódico**: consulte a bula do produto para obter orientações quanto à dose

OU

» **glicerol retal**: consulte a bula do produto para obter orientações quanto à dose

Opções secundárias

» **lactulose**: 15-30 mL por via oral uma ou duas vezes ao dia, máximo de 60 mL/dia

OU

» **senna**: consulte a bula do produto para obter orientações quanto à dose

» O uso de um regime de enema ou supositório pode ajudar a esvaziar o reto de maneira mais eficaz, removendo qualquer bolo fecal e reduzindo a incontinência por transbordamento. Além disso, enemas e supositórios podem regular a função intestinal em pacientes não constipados, permitindo uma evacuação mais eficaz em um momento socialmente conveniente e reduzindo a perda involuntária pós-defecação.

» Supositórios podem causar queimação e irritação ao redor da região perianal. Enemas podem causar distúrbios hidroeletrólitos se usados cronicamente.

5a

neoesfínter

» Esse tratamento tem como objetivo reconstruir o esfínter, tanto com um músculo alternativo ao esfínter (geralmente o músculo grácil) ou com um aparelho de manguito artificial. A natureza invasiva da cirurgia e as taxas consideráveis de complicações sugerem que esse tratamento deva ser reservado a pacientes altamente sintomáticos, para os quais opções menos invasivas tenham sido malsucedidas ou para aqueles em que a intervenção cirúrgica não seja apropriada (devido a uma grande ruptura do esfínter, dano neural grave ou doenças congênitas, como atresia anal).^{5[C]}**Evidence** Com a técnica de transposição do músculo grácil, aproximadamente um terço dos pacientes desenvolve um grande problema de feridas envolvendo o períneo, o estimulador e/ou ferida na perna. A falha técnica (deslocamento da

Agudo

bateria/do fio condutor, fratura do condutor) também é comum.[51]

» A infecção é frequente com o esfíncter intestinal artificial; geralmente é o resultado da erosão do aparelho dentro do reto ou da pele perineal. A remoção ocorre em cerca de um terço dos pacientes.[52] Mesmo que o dispositivo possa ser recuperado, é necessário revisá-lo com frequência devido a mau funcionamento (ruptura do manguito, vazamentos do balão ou da bomba e migração).

adjunto laxantes orais/enema/supositório

Tratamento recomendado para ALGUNS dos pacientes do grupo de pacientes selecionado

Opções primárias

» **fosfato sódico**: consulte a bula do produto para obter orientações quanto à dose

OU

» **glicerol retal**: consulte a bula do produto para obter orientações quanto à dose

Opções secundárias

» **lactulose**: 15-30 mL por via oral uma ou duas vezes ao dia, máximo de 60 mL/dia

OU

» **senna**: consulte a bula do produto para obter orientações quanto à dose

» O uso de um regime de enema ou supositório pode ajudar a esvaziar o reto de maneira mais eficaz, removendo qualquer bolo fecal e reduzindo a incontinência por transbordamento. Além disso, enemas e supositórios podem regular a função intestinal em pacientes não constipados, permitindo uma evacuação mais eficaz em um momento socialmente conveniente e reduzindo a perda involuntária pós-defecação.

» Supositórios podem causar queimação e irritação ao redor da região perianal. Enemas podem causar distúrbios hidroeletrólíticos se usados cronicamente.

disfunção no esfíncter interno

1a orientação alimentar, intervenção do hábito intestinal, estratégias de enfrentamento

Agudo

Opções primárias

» **ispágula**: consulte a bula do produto para obter orientações quanto à dose

» A dieta é alterada para promover a consistência ideal das fezes e o esvaziamento intestinal previsível. Um diário alimentar é útil para identificar alimentos que possam estar associados a evacuações diarreicas.

» Suplementos de ispágula podem ajudar na consistência das fezes, mas devem ser introduzidos gradualmente à dieta para evitar distensão abdominal.

» A orientação sobre evacuação intestinal regular e efetiva pode reduzir a perda involuntária.

» A incontinência fecal pode ser uma doença desmoralizante e socialmente debilitante. Entretanto, vários mecanismos podem permitir que até mesmo as pessoas mais sintomáticas levem uma vida normal. Além de empatia, suporte e compreensão, a orientação sobre produtos de continência pode ajudar a evitar um tratamento mais invasivo. Um tampão anal é eficaz no controle da incontinência fecal em uma pequena proporção de pacientes que conseguem tolerá-lo.[36] Os tampões de poliuretano são considerados melhores que os de álcool polivinílico.

adjunto medicamento antidiarreico

Tratamento recomendado para ALGUNS dos pacientes do grupo de pacientes selecionado

Opções primárias

» **loperamida**: 4 mg por via oral em dose única inicialmente, seguidos por 2 mg após cada evacuação diarreica, máximo de 16 mg/dia

Opções secundárias

» **fosfato de codeína**: 15-60 mg por via oral a cada 6-8 horas, máximo de 240 mg/dia

OU

» **difenoxilato/atropina**: 2.5 a 5 mg por via oral quatro vezes ao dia, máximo de 20 mg/dia
A dose se refere ao componente difenoxilato.

OU

Agudo

» **amitriptilina**: 10-25 mg por via oral uma vez ao dia à noite

» Se a incontinência estiver associada a evacuações diarreicas, agentes antidiarreicos podem ser benéficos por reduzirem as secreções e a motilidade intestinais. A loperamida também tem um efeito potencializador no complexo do esfíncter.^[37] Ela provoca menos efeitos colaterais que outros medicamentos desse grupo. É geralmente bem tolerada, mas pode causar dor abdominal, xerostomia, náuseas e tontura. Para os pacientes intolerantes à loperamida, a codeína seria a próxima alternativa. Outras alternativas incluem difenoxilato/atropina e amitriptilina, que podem agir na redução da atividade motora retal.^[38]

» Para a maioria dos agentes, a duração do tratamento pode ser indefinida, mas parece ser segura em longo prazo com baixa dosagem. Se o difenoxilato/atropina for usado, novamente, a duração do tratamento pode ser indefinida, mas a posologia deve ser reduzida após um controle inicial da doença para diminuir os efeitos colaterais.

adjunto laxantes orais/enema/supositório

Tratamento recomendado para ALGUNS dos pacientes do grupo de pacientes selecionado

Opções primárias

» **fosfato sódico**: consulte a bula do produto para obter orientações quanto à dose

OU

» **glicerol retal**: consulte a bula do produto para obter orientações quanto à dose

Opções secundárias

» **lactulose**: 15-30 mL por via oral uma ou duas vezes ao dia, máximo de 60 mL/dia

OU

» **senna**: consulte a bula do produto para obter orientações quanto à dose

» O uso de um regime de enema ou supositório pode ajudar a esvaziar o reto de maneira mais eficaz, removendo qualquer bolo fecal e reduzindo a incontinência por transbordamento. Além disso, enemas e supositórios podem

Agudo

regular a função intestinal em pacientes não constipados, permitindo uma evacuação mais eficaz em um momento socialmente conveniente e reduzindo a perda involuntária pós-defecação.

» Supositórios podem causar queimação e irritação ao redor da região perianal. Enemas podem causar distúrbios hidroeletrólíticos se usados cronicamente.

2a **exercícios para o assoalho pélvico, biofeedback e estimulação elétrica**

» Os exercícios para o músculo do assoalho pélvico, o biofeedback e a estimulação elétrica têm como objetivo aumentar a sensação, a coordenação e a força do assoalho pélvico. Alguns aspectos do tratamento podem ser autoadministrados e ensinados por uma enfermeira especialista; isso pode exigir equipamentos específicos fornecidos durante várias sessões.

» O efeito benéfico do biofeedback pode variar. Embora muitos estudos sugiram uma melhora em até 90% dos pacientes, vários ensaios clínicos randomizados e controlados mostraram que tais intervenções não são melhores que o padrão de cuidados.[6] [56] Entretanto, o tratamento não causa danos e a opinião de consenso é que uma dessas intervenções deva ser considerada para pessoas que continuam apresentando episódios de incontinência fecal após o manejo inicial.

adjunto **medicamento antidiarreico**

Tratamento recomendado para ALGUNS dos pacientes do grupo de pacientes selecionado

Opções primárias

» **loperamida**: 4 mg por via oral em dose única inicialmente, seguidos por 2 mg após cada evacuação diarreica, máximo de 16 mg/dia

Opções secundárias

» **fosfato de codeína**: 15-60 mg por via oral a cada 6-8 horas , máximo de 240 mg/dia

OU

» **difenoxilato/atropina**: 2.5 a 5 mg por via oral quatro vezes ao dia, máximo de 20 mg/dia
A dose se refere ao componente difenoxilato.

OU

Agudo

» **amitriptilina**: 10-25 mg por via oral uma vez ao dia à noite

» Se a incontinência estiver associada a evacuações diarreicas, agentes antidiarreicos podem ser benéficos por reduzirem as secreções e a motilidade intestinais. A loperamida também tem um efeito potencializador no complexo do esfíncter.^[37] Ela provoca menos efeitos colaterais que outros medicamentos desse grupo. É geralmente bem tolerada, mas pode causar dor abdominal, xerostomia, náuseas e tontura. Para os pacientes intolerantes à loperamida, o fosfato de codeína seria a próxima alternativa. Outras alternativas incluem difenoxilato/atropina e amitriptilina, que podem agir na redução da atividade motora retal.^[38]

» Para a maioria dos agentes, a duração do tratamento pode ser indefinida, mas parece ser segura em longo prazo com baixa dosagem. Se o difenoxilato/atropina for usado, novamente, a duração do tratamento pode ser indefinida, mas a posologia deve ser reduzida após um controle inicial da doença para diminuir os efeitos colaterais.

adjunto **laxantes orais/enema/supositório**

Tratamento recomendado para ALGUNS dos pacientes do grupo de pacientes selecionado

Opções primárias

» **fosfato sódico**: consulte a bula do produto para obter orientações quanto à dose

OU

» **glicerol retal**: consulte a bula do produto para obter orientações quanto à dose

Opções secundárias

» **lactulose**: 15-30 mL por via oral uma ou duas vezes ao dia, máximo de 60 mL/dia

OU

» **senna**: consulte a bula do produto para obter orientações quanto à dose

» O uso de um regime de enema ou supositório pode ajudar a esvaziar o reto de maneira mais eficaz, removendo qualquer bolo fecal e reduzindo a incontinência por transbordamento. Além disso, enemas e supositórios podem

Agudo

regular a função intestinal em pacientes não constipados, permitindo uma evacuação mais eficaz em um momento socialmente conveniente e reduzindo a perda involuntária pós-defecação.

» Supositórios podem causar queimação e irritação ao redor da região perianal. Enemas podem causar distúrbios hidroeletrólíticos se usados cronicamente.

3a injeções de agente de preenchimento

» Em pacientes com perda involuntária passiva devido a defeitos isolados no esfíncter interno ou a disfunções no esfíncter, o preenchimento do mesmo pode potencializar a selagem criada por ele e melhorar a continência. Um biomaterial é injetado dentro do espaço interesfincteriano.[61] Vários materiais têm sido usados para esse fim, incluindo gordura autóloga, compostos de colágeno, silicone, teflon, dextranômeros[62] [63] próteses autoexpansíveis.[64] É um procedimento seguro cujos efeitos colaterais limitam-se a infecção, erosão e dor (geralmente relacionadas a um local de injeção muito superficial).[65] [66] [67] No entanto, as evidências quanto à eficácia são limitadas e a maior parte dos ensaios clínicos a respeito dessa intervenção apresentam fraquezas metodológicas.[68]

adjunto medicamento antidiarreico

Tratamento recomendado para ALGUNS dos pacientes do grupo de pacientes selecionado

Opções primárias

» **loperamida**: 4 mg por via oral em dose única inicialmente, seguidos por 2 mg após cada evacuação diarreica, máximo de 16 mg/dia

Opções secundárias

» **fosfato de codeína**: 15-60 mg por via oral a cada 6-8 horas, máximo de 240 mg/dia

OU

» **difenoxilato/atropina**: 2.5 a 5 mg por via oral quatro vezes ao dia, máximo de 20 mg/dia. A dose se refere ao componente difenoxilato.

OU

» **amitriptilina**: 10-25 mg por via oral uma vez ao dia à noite

Agudo

» Se a incontinência estiver associada a evacuações diarreicas, agentes antidiarreicos podem ser benéficos por reduzirem as secreções e a motilidade intestinais. A loperamida também tem um efeito potencializador no complexo do esfíncter.[37] Ela provoca menos efeitos colaterais que outros medicamentos desse grupo. É geralmente bem tolerada, mas pode causar dor abdominal, xerostomia, náuseas e tontura. Para os pacientes intolerantes à loperamida, a codeína seria a próxima alternativa. Outras alternativas incluem difenoxilato/atropina e amitriptilina, que podem agir na redução da atividade motora retal.[38]

» Para a maioria dos agentes, a duração do tratamento pode ser indefinida, mas parece ser segura em longo prazo com baixa dosagem. Se o difenoxilato/atropina for usado, novamente, a duração do tratamento pode ser indefinida, mas a posologia deve ser reduzida após um controle inicial da doença para diminuir os efeitos colaterais.

adjunto **laxantes orais/enema/supositório**

Tratamento recomendado para ALGUNS dos pacientes do grupo de pacientes selecionado

Opções primárias

» **fosfato sódico**: consulte a bula do produto para obter orientações quanto à dose

OU

» **glicerol retal**: consulte a bula do produto para obter orientações quanto à dose

Opções secundárias

» **lactulose**: 15-30 mL por via oral uma ou duas vezes ao dia, máximo de 60 mL/dia

OU

» **senna**: consulte a bula do produto para obter orientações quanto à dose

» O uso de um regime de enema ou supositório pode ajudar a esvaziar o reto de maneira mais eficaz, removendo qualquer bolo fecal e reduzindo a incontinência por transbordamento. Além disso, enemas e supositórios podem regular a função intestinal em pacientes não constipados, permitindo uma evacuação mais

Agudo

eficaz em um momento socialmente conveniente e reduzindo a perda involuntária pós-defecação.

» Supositórios podem causar queimação e irritação ao redor da região perianal. Enemas podem causar distúrbios hidroeletrólíticos se usados cronicamente.

4a estimulação do nervo sacral

» A estimulação do nervo sacral envolve a implantação de um fio estimulador através do forame sacral (geralmente S3) para estimular diretamente o plexo do nervo sacral. O mecanismo de ação é desconhecido, mas parece beneficiar aqueles com um elemento de denervação. Além disso, está claro que o paciente não precisa sentir a estimulação; estimulação subsensorial é igualmente efetiva.[49] Pacientes candidatos podem ser testados com um fio temporário antes que a estimulação permanente seja aplicada naqueles com boa resposta.

» Há poucas complicações e elas geralmente são leves. Os dados de uma revisão sistemática sugerem que a frequência de eventos adversos seja de 13%.[70] A complicação mais importante é infecção (2%), que pode exigir a remoção do dispositivo.

» A eficácia do dispositivo pode requerer reprogramação, e uma perda na eficácia ao longo do tempo pode ser frequentemente resolvida pela individualização dos parâmetros do programa.[48]

adjunto medicamento antidiarreico

Tratamento recomendado para ALGUNS dos pacientes do grupo de pacientes selecionado

Opções primárias

» **loperamida**: 4 mg por via oral em dose única inicialmente, seguidos por 2 mg após cada evacuação diarreica, máximo de 16 mg/dia

Opções secundárias

» **fosfato de codeína**: 15-60 mg por via oral a cada 6-8 horas, máximo de 240 mg/dia

OU

» **difenoxilato/atropina**: 2.5 a 5 mg por via oral quatro vezes ao dia, máximo de 20 mg/dia
A dose se refere ao componente difenoxilato.

Agudo

OU

» **amitriptilina**: 10-25 mg por via oral uma vez ao dia à noite

» Se a incontinência estiver associada a evacuações diarreicas, agentes antidiarreicos podem ser benéficos por reduzirem as secreções e a motilidade intestinais. A loperamida também tem um efeito potencializador no complexo do esfíncter.[37] Ela provoca menos efeitos colaterais que outros medicamentos desse grupo. É geralmente bem tolerada, mas pode causar dor abdominal, xerostomia, náuseas e tontura. Para os pacientes intolerantes à loperamida, a codeína seria a próxima alternativa. Outras alternativas incluem difenoxilato/atropina e amitriptilina, que podem agir na redução da atividade motora retal.[38]

» Para a maioria dos agentes, a duração do tratamento pode ser indefinida, mas parece ser segura em longo prazo com baixa dosagem. Se o difenoxilato/atropina for usado, novamente, a duração do tratamento pode ser indefinida, mas a posologia deve ser reduzida após um controle inicial da doença para diminuir os efeitos colaterais.

adjunto

laxantes orais/enema/supositório

Tratamento recomendado para ALGUNS dos pacientes do grupo de pacientes selecionado

Opções primárias

» **fosfato sódico**: consulte a bula do produto para obter orientações quanto à dose

OU

» **glicerol retal**: consulte a bula do produto para obter orientações quanto à dose

Opções secundárias

» **lactulose**: 15-30 mL por via oral uma ou duas vezes ao dia, máximo de 60 mL/dia

OU

» **senna**: consulte a bula do produto para obter orientações quanto à dose

» O uso de um regime de enema ou supositório pode ajudar a esvaziar o reto de maneira mais eficaz, removendo qualquer bolo fecal e

Agudo

reduzindo a incontinência por transbordamento. Além disso, enemas e supositórios podem regular a função intestinal em pacientes não constipados, permitindo uma evacuação mais eficaz em um momento socialmente conveniente e reduzindo a perda involuntária pós-defecação.

» Supositórios podem causar queimação e irritação ao redor da região perianal. Enemas podem causar distúrbios hidroeletrólíticos se usados cronicamente.

complexo do esfíncter intacto

1a orientação alimentar, intervenção do hábito intestinal, estratégias de enfrentamento

Opções primárias

» **ispágula**: consulte a bula do produto para obter orientações quanto à dose

» A dieta é alterada para promover a consistência ideal das fezes e o esvaziamento intestinal previsível. Um diário alimentar é útil para identificar alimentos que possam estar associados a evacuações diarreicas.

» Suplementos de ispágula podem ajudar na consistência das fezes, mas devem ser introduzidos gradualmente à dieta para evitar distensão abdominal.

» A orientação sobre evacuação intestinal regular e efetiva pode reduzir a perda involuntária.

» A incontinência fecal pode ser uma doença desmoralizante e socialmente debilitante. Entretanto, vários mecanismos podem permitir que até mesmo as pessoas mais sintomáticas levem uma vida normal. Além de empatia, suporte e compreensão, a orientação sobre produtos de continência pode ajudar a evitar um tratamento mais invasivo. Um tampão anal é eficaz no controle da incontinência fecal em uma pequena proporção de pacientes que conseguem tolerá-lo.^[36] Os tampões de poliuretano são considerados melhores que os de álcool polivinílico.

adjunto medicamento antidiarreico

Tratamento recomendado para ALGUNS dos pacientes do grupo de pacientes selecionado

Opções primárias

Agudo

» **loperamida**: 4 mg por via oral em dose única inicialmente, seguidos por 2 mg após cada evacuação diarreica, máximo de 16 mg/dia

Opções secundárias

» **fosfato de codeína**: 15-60 mg por via oral a cada 6-8 horas, máximo de 240 mg/dia

OU

» **difenoxilato/atropina**: 2.5 a 5 mg por via oral quatro vezes ao dia, máximo de 20 mg/dia. A dose se refere ao componente difenoxilato.

OU

» **amitriptilina**: 10-25 mg por via oral uma vez ao dia à noite

» Se a incontinência estiver associada a evacuações diarreicas, agentes antidiarreicos podem ser benéficos por reduzirem as secreções e a motilidade intestinais. A loperamida também tem um efeito potencializador no complexo do esfíncter.[37] Ela provoca menos efeitos colaterais que outros medicamentos desse grupo. É geralmente bem tolerada, mas pode causar dor abdominal, xerostomia, náuseas e tontura. Para os pacientes intolerantes à loperamida, a codeína seria a próxima alternativa. Outras alternativas incluem difenoxilato/atropina e amitriptilina, que podem agir na redução da atividade motora retal.[38]

» Para a maioria dos agentes, a duração do tratamento pode ser indefinida, mas parece ser segura em longo prazo com baixa dosagem. Se o difenoxilato/atropina for usado, novamente, a duração do tratamento pode ser indefinida, mas a posologia deve ser reduzida após um controle inicial da doença para diminuir os efeitos colaterais.

adjunto**laxantes orais/enema/supositório**

Tratamento recomendado para ALGUNS dos pacientes do grupo de pacientes selecionado

Opções primárias

» **fosfato sódico**: consulte a bula do produto para obter orientações quanto à dose

OU

Agudo

» **glicerol retal**: consulte a bula do produto para obter orientações quanto à dose

Opções secundárias

» **lactulose**: 15-30 mL por via oral uma ou duas vezes ao dia, máximo de 60 mL/dia

OU

» **senna**: consulte a bula do produto para obter orientações quanto à dose

» O uso de um regime de enema ou supositório pode ajudar a esvaziar o reto de maneira mais eficaz, removendo qualquer bolo fecal e reduzindo a incontinência por transbordamento. Além disso, enemas e supositórios podem regular a função intestinal em pacientes não constipados, permitindo uma evacuação mais eficaz em um momento socialmente conveniente e reduzindo a perda involuntária pós-defecação.

» Supositórios podem causar queimação e irritação ao redor da região perianal. Enemas podem causar distúrbios hidroeletrolíticos se usados cronicamente.

2a **exercícios para o assoalho pélvico, biofeedback e estimulação elétrica**

» Os exercícios para o músculo do assoalho pélvico, o biofeedback e a estimulação elétrica têm como objetivo aumentar a sensação, a coordenação e a força do assoalho pélvico. Alguns aspectos do tratamento podem ser autoadministrados e ensinados por uma enfermeira especialista; isso pode exigir equipamentos específicos fornecidos durante várias sessões. O benefício é variável, mas os procedimentos são seguros, sem efeitos colaterais reais ou complicações em potencial. Requer uma certa destreza manual e cognição e portanto não é adequada a todos os pacientes.

adjunto **medicamento antidiarreico**

Tratamento recomendado para ALGUNS dos pacientes do grupo de pacientes selecionado

Opções primárias

» **loperamida**: 4 mg por via oral em dose única inicialmente, seguidos por 2 mg após cada evacuação diarreica, máximo de 16 mg/dia

Opções secundárias

Agudo

» **fosfato de codeína**: 15-60 mg por via oral a cada 6-8 horas , máximo de 240 mg/dia

OU

» **difenoxilato/atropina**: 2.5 a 5 mg por via oral quatro vezes ao dia, máximo de 20 mg/dia
A dose se refere ao componente difenoxilato.

OU

» **amitriptilina**: 10-25 mg por via oral uma vez ao dia à noite

» Se a incontinência estiver associada a evacuações diarreicas, agentes antidiarreicos podem ser benéficos por reduzirem as secreções e a motilidade intestinais. A loperamida também tem um efeito potencializador no complexo do esfíncter.[37] Ela provoca menos efeitos colaterais que outros medicamentos desse grupo. É geralmente bem tolerada, mas pode causar dor abdominal, xerostomia, náuseas e tontura. Para os pacientes intolerantes à loperamida, a codeína seria a próxima alternativa. Outras alternativas incluem difenoxilato/atropina e amitriptilina, que podem agir na redução da atividade motora retal.[38]

» Para a maioria dos agentes, a duração do tratamento pode ser indefinida, mas parece ser segura em longo prazo com baixa dosagem. Se o difenoxilato/atropina for usado, novamente, a duração do tratamento pode ser indefinida, mas a posologia deve ser reduzida após um controle inicial da doença para diminuir os efeitos colaterais.

adjunto **laxantes orais/enema/supositório**

Tratamento recomendado para ALGUNS dos pacientes do grupo de pacientes selecionado

Opções primárias

» **fosfato sódico**: consulte a bula do produto para obter orientações quanto à dose

OU

» **glicerol retal**: consulte a bula do produto para obter orientações quanto à dose

Opções secundárias

» **lactulose**: 15-30 mL por via oral uma ou duas vezes ao dia, máximo de 60 mL/dia

Agudo

OU

» **senna**: consulte a bula do produto para obter orientações quanto à dose

» O uso de um regime de enema ou supositório pode ajudar a esvaziar o reto de maneira mais eficaz, removendo qualquer bolo fecal e reduzindo a incontinência por transbordamento. Além disso, enemas e supositórios podem regular a função intestinal em pacientes não constipados, permitindo uma evacuação mais eficaz em um momento socialmente conveniente e reduzindo a perda involuntária pós-defecação.

» Supositórios podem causar queimação e irritação ao redor da região perianal. Enemas podem causar distúrbios hidroeletrólíticos se usados cronicamente.

3a estimulação do nervo sacral

» A estimulação do nervo sacral envolve a implantação de um fio estimulador através do forame sacral (geralmente S3) para estimular diretamente o plexo do nervo sacral. O mecanismo de ação é desconhecido, mas parece beneficiar aqueles com um elemento de denervação. Além disso, está claro que o paciente não precisa sentir a estimulação; estimulação subsensorial é igualmente efetiva.[49] Pacientes candidatos podem ser testados com um fio temporário antes que a estimulação permanente seja aplicada naqueles com boa resposta.

» Há poucas complicações e elas geralmente são leves. Os dados de uma revisão sistemática sugerem que a frequência de eventos adversos seja de 13%.[70] A complicação mais importante é infecção (2%), que pode exigir a remoção do dispositivo.

» A eficácia do dispositivo pode requerer reprogramação, e uma perda na eficácia ao longo do tempo pode ser frequentemente resolvida pela individualização dos parâmetros do programa.[48]

adjunto medicamento antidiarreico

Tratamento recomendado para ALGUNS dos pacientes do grupo de pacientes selecionado

Opções primárias

» **loperamida**: 4 mg por via oral em dose única inicialmente, seguidos por 2 mg após

Agudo

cada evacuação diarreica, máximo de 16 mg/dia

Opções secundárias

» **fosfato de codeína**: 15-60 mg por via oral a cada 6-8 horas, máximo de 240 mg/dia

OU

» **difenoxilato/atropina**: 2.5 a 5 mg por via oral quatro vezes ao dia, máximo de 20 mg/dia
A dose se refere ao componente difenoxilato.

OU

» **amitriptilina**: 10-25 mg por via oral uma vez ao dia à noite

» Se a incontinência estiver associada a evacuações diarreicas, agentes antidiarreicos podem ser benéficos por reduzirem as secreções e a motilidade intestinais. A loperamida também tem um efeito potencializador no complexo do esfíncter.[37] Ela provoca menos efeitos colaterais que outros medicamentos desse grupo. É geralmente bem tolerada, mas pode causar dor abdominal, xerostomia, náuseas e tontura. Para os pacientes intolerantes à loperamida, a codeína seria a próxima alternativa. Outras alternativas incluem difenoxilato/atropina e amitriptilina, que podem agir na redução da atividade motora retal.[38]

» Para a maioria dos agentes, a duração do tratamento pode ser indefinida, mas parece ser segura em longo prazo com baixa dosagem. Se o difenoxilato/atropina for usado, novamente, a duração do tratamento pode ser indefinida, mas a posologia deve ser reduzida após um controle inicial da doença para diminuir os efeitos colaterais.

adjunto laxantes orais/enema/supositório

Tratamento recomendado para ALGUNS dos pacientes do grupo de pacientes selecionado

Opções primárias

» **fosfato sódico**: consulte a bula do produto para obter orientações quanto à dose

OU

» **glicerol retal**: consulte a bula do produto para obter orientações quanto à dose

Agudo

Opções secundárias

» **lactulose**: 15-30 mL por via oral uma ou duas vezes ao dia, máximo de 60 mL/dia

OU

» **senna**: consulte a bula do produto para obter orientações quanto à dose

» O uso de um regime de enema ou supositório pode ajudar a esvaziar o reto de maneira mais eficaz, removendo qualquer bolo fecal e reduzindo a incontinência por transbordamento. Além disso, enemas e supositórios podem regular a função intestinal em pacientes não constipados, permitindo uma evacuação mais eficaz em um momento socialmente conveniente e reduzindo a perda involuntária pós-defecação.

» Supositórios podem causar queimação e irritação ao redor da região perianal. Enemas podem causar distúrbios hidroeletrólíticos se usados cronicamente.

4a

neoesfínter

» Esse tratamento tem como objetivo reconstruir o esfínter, tanto com um músculo alternativo ao esfínter (geralmente o músculo grácil) ou com um aparelho de manguito artificial. A natureza invasiva da cirurgia e as taxas consideráveis de complicações sugerem que esse tratamento deva ser reservado a pacientes altamente sintomáticos, para os quais opções menos invasivas tenham sido malsucedidas ou para aqueles em que a intervenção cirúrgica não seja apropriada (devido a uma grande ruptura do esfínter, dano neural grave ou doenças congênitas, como atresia anal).^{5[C]}**Evidence** Com a técnica de transposição do músculo grácil, aproximadamente um terço dos pacientes desenvolve um grande problema de feridas envolvendo o períneo, o estimulador e/ou ferida na perna. A falha técnica (deslocamento da bateria/do fio condutor, fratura do condutor) também é comum.^[51]

» A infecção é frequente com o esfínter intestinal artificial; geralmente é o resultado da erosão do aparelho dentro do reto ou da pele perineal. A remoção ocorre em cerca de um terço dos pacientes.^[52] Mesmo que o dispositivo possa ser recuperado, é necessário revisá-lo com frequência devido a mau funcionamento (ruptura do manguito, vazamentos do balão ou da bomba e migração).

Agudo

adjunto laxantes orais/enema/supositório

Tratamento recomendado para ALGUNS dos pacientes do grupo de pacientes selecionado

Opções primárias

» **fosfato sódico**: consulte a bula do produto para obter orientações quanto à dose

OU

» **glicerol retal**: consulte a bula do produto para obter orientações quanto à dose

Opções secundárias

» **lactulose**: 15-30 mL por via oral uma ou duas vezes ao dia, máximo de 60 mL/dia

OU

» **senna**: consulte a bula do produto para obter orientações quanto à dose

» O uso de um regime de enema ou supositório pode ajudar a esvaziar o reto de maneira mais eficaz, removendo qualquer bolo fecal e reduzindo a incontinência por transbordamento. Além disso, enemas e supositórios podem regular a função intestinal em pacientes não constipados, permitindo uma evacuação mais eficaz em um momento socialmente conveniente e reduzindo a perda involuntária pós-defecação.

» Supositórios podem causar queimação e irritação ao redor da região perianal. Enemas podem causar distúrbios hidroeletrólíticos se usados cronicamente.

Em curso

incontinência grave refratária a outros tratamentos

1a estoma

» Um estoma geralmente é muito bem-sucedido no controle dos sintomas da incontinência fecal, mas pode gerar problemas psicossociais significativos e complicações relacionadas ao estoma. Em geral, é reservado aos pacientes nos quais outras opções falharam, mas pode ser considerado como opção inicial no esquema de tratamento se o paciente preferir, já que permite a volta à vida normal.^[75]

Em curso

- » O paciente deve receber aconselhamento apropriado e visualização da localização do estoma antes da cirurgia, além de receber suporte adequado em seguida. Isso irá reduzir a gravidade de muitas complicações potenciais.
- » As complicações comumente incluem queixas cutâneas, prolapso/retração do estoma e hérnia.

Novidades

Aplicação de energia por radiofrequência (SECCA) no músculo do canal anal

O procedimento SECCA® consiste em aplicar energia de radiofrequência com temperatura controlada aos esfíncteres anais. Esse calor causa contração de colágeno, cicatrização e remodelagem, resultando em fibras musculares mais curtas e firmes.[76] Um ensaio multicêntrico com 50 pacientes mostrou que o procedimento foi seguro e melhorou a continência após 6 meses do início do tratamento.[76] [77] Esse tratamento pode ser mais uma opção minimamente invasiva a ser considerada para pacientes com incontinência grave que não responderam às opções de tratamento mais conservadoras. O acompanhamento de 19 pacientes durante 5 anos demonstrou uma melhora sustentável de >50% nos sintomas e na qualidade de vida após a terapia de radiofrequência SECCA®.[78] No entanto, outro ensaio clínico randomizado e controlado por simulação sugeriu que o impacto clínico era insignificante, embora tenha mostrado um benefício estatisticamente significativo da radiofrequência em relação à simulação. São necessárias mais pesquisas sobre os preditores de sucesso relacionados ao paciente antes de recomendar o procedimento como parte aceita do algoritmo de tratamento.[79]

Estimulação do nervo tibial

O nervo tibial posterior se origina do plexo sacral. A estimulação percutânea no tornozelo pode produzir um efeito similar à estimulação convencional do nervo sacral, sem a necessidade de implantar um gerador de alto custo. A estimulação transcutânea também é possível.[80] Já foram realizados muitos estudos que sugerem melhoras significativas em algumas medidas de desfecho.[81] [82] [83] [84] No entanto, um ensaio clínico de alta qualidade fracassou ao tentar mostrar qualquer melhora na incontinência em comparação com a estimulação simulada,[85] e outro sugeriu apenas um pequeno benefício.[86] Subgrupos de pacientes, tais como os que apresentam um elemento de defecação obstruída, podem beneficiar-se mais do que outros.[87] Atualmente, a estimulação do nervo tibial não pode ser recomendada com base nas evidências disponíveis. A terapia é trabalhosa, requerendo múltiplos episódios de tratamento e potencial necessidade de terapia complementar. A estimulação transcutânea é mais fácil de colocar em prática do ponto de vista logístico quando o paciente é capaz de aplicar os absorventes higiênicos com instrução mínima e sem necessidade de comparecer ao hospital. Contudo, os resultados em termos de desfecho também são decepcionantes.[80]

Esfíncteres artificiais inovadores

Vários designs de esfíncteres artificiais foram desenvolvidos em uma tentativa de reduzir potenciais complicações e aumentar a eficácia. Um desses dispositivos incorpora uma série de ímãs. O design simples pode reduzir a incidência de falha do dispositivo e até mesmo infecção, embora cerca de 20% dos pacientes ainda se submetam ao explante do dispositivo no período de até 1 ano após a inserção.[88] Pesquisas adicionais são necessárias.[89] mas pode ser inibido pela suspensão atual da fabricação do dispositivo por motivos comerciais.

Injeções de célula-tronco

A injeção de mioblastos autólogos de células do músculo posicionado diretamente no esfíncter anal externo tem sido alvo de investigação. Um estudo piloto, composto por 10 pacientes, mostrou resultados promissores,[90] e um ensaio subsequente, de fase 2, sugeriu benefício clínico em relação ao placebo em 24 pacientes aos 12 meses.[91]

Tampão anal e balão vaginal novos

O uso de tampões anais não é bem tolerado; no entanto, desenvolveram-se novos designs melhor tolerados e estão sendo testados. A Food and Drug Administration dos EUA aprovou o uso de balão vaginal que, quando inflado, aciona pressão no reto, reduzindo assim os episódios de incontinência.[92]

Farmacoterapia

Há evidências limitadas sugerindo que medicamentos usados para melhorar o tônus do esfíncter, como fenilefrina e valproato de sódio, podem ser úteis em pacientes com incontinência e um complexo do esfíncter intacto.[93] Clonidina pode reduzir a sensação retal e urgência; no entanto, resultados são inconclusivos.[94]

Recomendações

Monitoramento

Profissionais de unidades básicas de saúde devem oferecer orientação e apoio, revisões de controle dos sintomas a cada 6 meses e monitorar a necessidade de avaliação por um especialista.

A intervenção de um especialista requer acompanhamento com base no tipo de intervenção. Especificamente, a intervenção elétrica (estimulação do nervo sacral) requer acompanhamento constante para o ajuste do gerador e reposição da bateria ocasionalmente. A formação de estoma requer treinamento inicial para garantir que o paciente seja capaz de manejar seu estoma e para garantir que estejam atentos sobre quando procurar orientação se complicações acontecerem. Eles podem se beneficiar de uma consulta com um médico especialista em estomas, que poderá orientar sobre uso de produtos para o manejo do estoma, oferecer suporte e tranquilização.

Instruções ao paciente

Os pacientes devem ser orientados sobre métodos de enfrentamento. Elas incluem:

- Orientação sobre hábitos alimentares e intestinais, preservando a dignidade e a independência
- Produtos para continência
- Cuidado da pele
- Suporte psicológico e emocional
- Estratégias para alcançar independência (por exemplo, planejar rotas de viagens para facilitar o acesso a sanitários públicos)
- Exercícios da musculatura pélvica. [\[National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases: fecal incontinence\]](#)

Complicações

Complicações	Período de execução	Probabilidade
impactação após formação do neoesfíncter	curto prazo	alta
As opções de tratamento incluem medicamentos, enemas e evacuação manual.		
remoção após a inserção do neoesfíncter	curto prazo	alta
Em um ensaio não randomizado multicêntrico, 99 de 112 pacientes relataram 384 eventos adversos relacionados ao dispositivo; 51 (46%) dos paciente solicitaram revisão da operação; 37% tiveram o dispositivos retirado; 7 desses 51 pacientes tiveram reimplante bem-sucedido. [54]		
rompimento/infecção de ferida após reparo do esfíncter anterior	curto prazo	média
Geralmente sequela mínima, mas o cuidado meticuloso com a limpeza da ferida é necessário. Incentive banhos de assento (um tipo de banho onde apenas os quadris e as nádegas são submersos). Evite constipação, abstendo o paciente de analgesia opiácea e prescrevendo laxantes regularmente.		

Complicações	Período de execução	Probabilidade
infecção após a inserção de gerador elétrico/esfíncter artificial	curto prazo	baixa
Uma infecção pode requerer a remoção do dispositivo, a antibioticoterapia e a consideração de estratégias alternativas de tratamento.		
irritação da pele perianal	longo prazo	média
É provável que ocorra irritação local e escoriação na pele se não tratada. Orientações sobre absorventes e produtos para cuidado da pele podem ajudar a minimizar esse risco.		
perturbação psicológica/emocional	longo prazo	média
A estigmatização social é comum, resultando em exclusão, ansiedade e depressão. Empatia, apoio e orientação devem ser oferecidos, com encaminhamento a um psiquiatra se os problemas psicológicos persistirem.		
recorrência dos sintomas após reparo do esfíncter anterior	longo prazo	média
Se os sintomas recorrerem, uma ultrassonografia endoanal pode ser indicada para descartar uma ruptura recorrente com reparo subsequente se indicado. Caso contrário, o biofeedback pode sustentar a função normal.		
complicações relacionadas a estoma	variável	média
Muitas complicações são relacionadas a questões técnicas na construção do estoma, juntamente a fatores relacionados ao paciente (por exemplo, peso), mas podem ser controladas com aparelhos apropriados (por exemplo, aparelhos convexos para retração do estoma, cintos de estoma para o controle da hérnia parastomal). Alguns estomas podem exigir reparo cirúrgico. Após cirurgia de irrigação anterógrada, a estenose ocorre em mais de 36% dos pacientes e pode exigir revisão cirúrgica. ^[69]		
falha do dispositivo após a inserção de gerador elétrico/esfíncter artificial	variável	baixa
A falha do dispositivo pode ocorrer por várias razões. O simples ajuste da configuração do eletrodo e a amplitude e a frequência dos impulsos elétricos pode resolver o problema. O deslocamento ou a fratura das derivações requerem reposição.		

Prognóstico

A resposta ao tratamento varia de acordo com a etiologia subjacente e a capacidade do paciente de adotar e seguir estratégias específicas de tratamento.

- Terapia conservadora: a combinação de mudanças alimentares e medicamentos antimotilidade controlarão a maioria dos pacientes, principalmente aqueles com incontinência fecal leve, e evitarão a necessidade de encaminhamento a um especialista. Mesmo que o controle do intestino não seja totalmente restaurado, o impacto da incontinência na vida diária ainda pode ser consideravelmente reduzido a um nível tolerável para a maioria dos pacientes.
- Biofeedback: é difícil combinar e avaliar as informações disponíveis referentes à eficácia do biofeedback, pois não há um regime terapêutico padrão. Entretanto, inúmeros estudos de múltiplos centros sugeriram que há melhora da continência com uso da terapia em até 90% dos pacientes.[56] [59] [60] [95] 6[C]Evidence
- Reparo do esfíncter anterior: índices iniciais de sucesso de 70% a 80% são possíveis após a cirurgia de esfíncter, mas há uma rápida deterioração, com menos de 45% dos pacientes ainda satisfeitos após 5 a 10 anos.[59] [71] [73]
- Injeções de excipientes: não é possível obter uma conclusão definitiva sobre a eficácia em longo prazo das injeções perianais de excipientes na redução da incontinência fecal, em decorrência dos dados limitados e de baixa qualidade disponíveis.[65]
- Estimulação do nervo sacral: o prognóstico em longo prazo de pacientes com estimulação do nervo sacral é desconhecido atualmente. O tempo útil da bateria é de 7 a 10 anos e irá necessitar reposição após esse prazo.
- Formação de estoma: geralmente resulta em melhora significativa e sustentável na qualidade de vida.[75]

Diretrizes de diagnóstico

Europa

Guidelines for the investigation of chronic diarrhoea in adults, 3rd edition

Publicado por: British Society of Gastroenterology

Última publicação em:
2018

Internacional

Executive summary: the International Consultation on Incontinence 2008 - Committee on "Dynamic Testing": for urinary or faecal incontinence. Part 3: anorectal physiology studies

Publicado por: International Consultation on Incontinence 2008 Committee on Dynamic Testing

Última publicação em:
2010

Diretrizes de tratamento

Europa

Peristeen transanal irrigation system for managing bowel dysfunction

Publicado por: National Institute for Health and Care Excellence

Última publicação em:
2018

Surgery for faecal incontinence in adults

Publicado por: Cochrane Incontinence Group

Última publicação em:
2013

Percutaneous tibial nerve stimulation for faecal incontinence

Publicado por: National Institute for Health and Care Excellence

Última publicação em:
2011

Endoscopic radiofrequency therapy of the anal sphincter for faecal incontinence

Publicado por: National Institute for Health and Care Excellence

Última publicação em:
2011

Faecal incontinence in adults: management

Publicado por: National Institute for Health and Care Excellence

Última publicação em:
2007

Internacional

Management of faecal incontinence in adults

Publicado por: International Consultation on Incontinence

Última publicação em:
2010

América do Norte

The American Society of Colon and Rectal Surgeons' clinical practice guideline for the treatment of fecal incontinence

Publicado por: American Society of Colon and Rectal Surgeons

Última publicação em:
2015

Recursos online

1. [National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases: fecal incontinence](#) (*external link*)

Nível de evidência

1. Porcentagem de incontinência fecal: há evidências de qualidade moderada de que a suplementação de fibras reduz a quantidade de fezes incontinentes. Dois estudos randomizados envolvendo 228 voluntários com incontinência fecal compararam vários suplementos de fibra alimentar e placebo. Pacientes com incontinência fecal podem experimentar uma redução nos episódios de incontinência após suplementação com psyllium.[33] [34]
Nível de evidência B: Estudos clínicos randomizados e controlados (ECRCs) de <200 participantes, ECRCs de >200 participantes com falhas metodológicas, revisões sistemáticas (RSs) com falhas metodológicas ou estudos observacionais (coorte) de boa qualidade.
2. Frequência da incontinência fecal: há evidências de baixa qualidade que respaldam o uso de enemas para reduzir a incontinência fecal. Um estudo de caso controle de 52 pacientes residentes em instituição asilar que foram tratados com enemas e comparados com 30 residentes incontinentes que receberam apenas o padrão de cuidados demonstrou uma diminuição estatisticamente significativa na incontinência após o tratamento.[40]
Nível de evidência C: Estudos observacionais (coorte) de baixa qualidade ou estudos clínicos randomizados e controlados (ECRCs) de <200 participantes com falhas metodológicas.
3. Incontinência fecal e qualidade de vida após irrigação anterógrada: há evidências de baixa qualidade de que a irrigação anterógrada melhora a continência fecal e a qualidade de vida em pacientes com lesão na medula espinhal.[44]
Nível de evidência C: Estudos observacionais (coorte) de baixa qualidade ou estudos clínicos randomizados e controlados (ECRCs) de <200 participantes com falhas metodológicas.
4. Continência, qualidade de vida e medidas de desfecho secundário de complicações perioperatórias e tardias: há evidências de baixa qualidade de que esfíncteres artificiais melhoram a continência e a qualidade de vida. Um ensaio randomizado prospectivo testou 14 adultos com incontinência grave que foram randomizados para a colocação de um esfíncter intestinal artificial ou para cuidados de suporte durante 6 meses. A incontinência melhorou significativamente, mas complicações importantes ocorreram em 3/7 dos pacientes. Houve grandes melhoras na qualidade de vida do grupo que recebeu esfíncter artificial.[51]
Nível de evidência C: Estudos observacionais (coorte) de baixa qualidade ou estudos clínicos randomizados e controlados (ECRCs) de <200 participantes com falhas metodológicas.
5. Segurança, eficácia e qualidade de vida após a implantação do esfíncter intestinal artificial: há evidências de baixa qualidade de que esfíncteres intestinais artificiais podem melhorar a continência e a qualidade de vida. Em um ensaio não randomizado multicêntrico, 99 de 112 pacientes relataram 384 eventos adversos relacionados ao dispositivo; 46% dos pacientes pediram operação de revisão; 37% tiveram o dispositivo retirado. Uma melhora na continência e na qualidade de vida foi registrada em 85% dos pacientes com um aparelho em funcionamento após 6 meses, formando 53% do grupo de intenção de tratamento.[54]

Nível de evidência C: Estudos observacionais (coorte) de baixa qualidade ou estudos clínicos randomizados e controlados (ECRCs) de <200 participantes com falhas metodológicas.

6. Medidas da qualidade de vida: há evidências de baixa qualidade de que o biofeedback adjuvante melhora os escores de qualidade de vida após a cirurgia do esfíncter. Não houve diferença estatisticamente significativa nas variáveis fisiológicas ou funcionais. As medidas da qualidade de vida melhoraram no grupo de biofeedback, embora não tenham sido estatisticamente significativas.[\[59\]](#)

Nível de evidência C: Estudos observacionais (coorte) de baixa qualidade ou estudos clínicos randomizados e controlados (ECRCs) de <200 participantes com falhas metodológicas.

Artigos principais

- Ehrenpreis ED, Chang D, Eichenwald E. Pharmacotherapy for fecal incontinence: a review. *Dis Colon Rectum*. 2007 May;50(5):641-9. [Resumo](#)
- Thaha MA, Abukar AA, Thin NN, et al. Sacral nerve stimulation for faecal incontinence and constipation in adults. *Cochrane Database Syst Rev*. 2015 Aug 24;(8):CD004464. [Texto completo](#) [Resumo](#)
- Chatoor DR, Taylor SJ, Cohen CR, et al. Faecal incontinence. *Br J Surg*. 2007 Feb;94(2):134-44. [Resumo](#)

Referências

1. Perry S, Shaw C, McGrother C, et al. Prevalence of faecal incontinence in adults aged 40 years or more living in the community. *Gut*. 2002 Apr;50(4):480-4. [Texto completo](#) [Resumo](#)
2. MacMillan AK, Merrie AE, Marshall RJ, et al. The prevalence of fecal incontinence in community-dwelling adults: a systematic review of the literature. *Dis Colon Rectum*. 2004 Aug;47(8):1341-9. [Resumo](#)
3. Nelson R, Norton N, Cautley E, et al. Community-based prevalence of anal incontinence. *JAMA*. 1995 Aug 16;274(7):559-61. [Resumo](#)
4. Sharma A, Yuan L, Marshall RJ, et al. Systematic review of the prevalence of faecal incontinence. *Br J Surg*. 2016 Nov;103(12):1589-97. [Resumo](#)
5. Nelson RL. Epidemiology of fecal incontinence. *Gastroenterology*. 2004 Jan;126(1 Suppl 1):S3-7. [Resumo](#)
6. National Institute for Health and Care Excellence. Faecal incontinence in adults: management. June 2007 [internet publication]. [Texto completo](#)
7. Wyndaele JJ, Kovindha A, Igawa Y, et al. Neurologic fecal incontinence. *Neurourol Urodyn*. 2010;29(1):207-12. [Resumo](#)
8. Schiller LR, Santa Ana CA, Schmulen AC, et al. Pathogenesis of fecal incontinence in diabetes mellitus: evidence for internal-anal-sphincter dysfunction. *N Engl J Med*. 1982 Dec 30;307(27):1666-71. [Resumo](#)
9. Madoff RD, Parker SC, Varma MG, et al. Faecal incontinence in adults. *Lancet*. 2004 Aug 14-20;364(9434):621-32. [Resumo](#)
10. Dudding TC, Vaizey CJ, Kamm MA. Obstetric anal sphincter injury: incidence, risk factors, and management. *Ann Surg*. 2008 Feb;247(2):224-37. [Resumo](#)

11. Drossman DA. What can be done to control incontinence associated with the irritable bowel syndrome? Am J Gastroenterol. 1989 Apr;84(4):355-7. [Resumo](#)
12. LaCross A, Groff M, Smaldone A. Obstetric anal sphincter injury and anal incontinence following vaginal birth: a systematic review and meta-analysis. J Midwifery Womens Health. 2015 Jan-Feb;60(1):37-47. [Texto completo](#) [Resumo](#)
13. Pfiefer J, Agachan F, Oliveira L, et al. Clinical significance of the rectoanal inhibitory reflex in patients with rectal prolapse. Tech Coloproctol. 1996;4:122-124.
14. Coggrave M, Norton C, Cody JD. Management of faecal incontinence and constipation in adults with central neurological diseases. Cochrane Database Syst Rev. 2014 Jan 13;(1):CD002115. [Texto completo](#) [Resumo](#)
15. Landefeld CS, Bowers BJ, Feld AD, et al. National Institutes of Health state-of-the-science conference statement: prevention of fecal and urinary incontinence in adults. Ann Intern Med. 2008 Mar 18;148(6):449-58. [Texto completo](#) [Resumo](#)
16. Woodley SJ, Boyle R, Cody JD, et al. Pelvic floor muscle training for prevention and treatment of urinary and faecal incontinence in antenatal and postnatal women. Cochrane Database Syst Rev. 2017;(12):CD007471. [Texto completo](#) [Resumo](#)
17. Norton C, Whitehead WE, Bliss DZ, et al; Conservative Management of Fecal Incontinence in Adults Committee of the International Consultation on Incontinence. Management of fecal incontinence in adults. Neurourol Urodyn. 2010;29(1):199-206. [Resumo](#)
18. Baxter NN, Rothenberger DA, Lowry AC. Measuring fecal incontinence. Dis Colon Rectum. 2003 Dec;46(12):1591-605. [Resumo](#)
19. Vaizey CJ, Carapeti E, Cahill JA, et al. Prospective comparison of faecal incontinence grading systems. Gut. 1999 Jan;44(1):77-80. [Texto completo](#) [Resumo](#)
20. Arasaradnam RP, Brown S, Forbes A, et al. Guidelines for the investigation of chronic diarrhoea in adults: British Society of Gastroenterology, 3rd edition. Gut. 2018 Aug;67(8):1380-99. [Texto completo](#) [Resumo](#)
21. Jorge JM, Wexner SD. Anorectal manometry: techniques and clinical applications. South Med J. 1993 Aug;86(8):924-31. [Resumo](#)
22. Sultan AH, Kamm MA, Talbot IC, et al. Anal endosonography for identifying external sphincter defects confirmed histologically. Br J Surg. 1994 Mar;81(3):463-5. [Resumo](#)
23. Abdool Z, Sultan AH, Thakar R. Ultrasound imaging of the anal sphincter complex: a review. Br J Radiol. 2012 Jul;85(1015):865-75. [Texto completo](#) [Resumo](#)
24. Terra MP, Deutekom M, Beets-Tan RG, et al. Relationship between external anal sphincter atrophy at endoanal magnetic resonance imaging and clinical, functional, and anatomic characteristics in patients with fecal incontinence. Dis Colon Rectum. 2006 May;49(5):668-78. [Resumo](#)

25. Tan E, Anstee A, Koh DM, et al. Diagnostic precision of endoanal MRI in the detection of anal sphincter pathology: a meta-analysis. *Int J Colorectal Dis.* 2008 Jun;23(6):641-51. [Resumo](#)
26. Sajid MS, Khatri K, Siddiqui MR, et al. Endo-anal ultrasound versus endo-anal magnetic resonance imaging for the depiction of external anal sphincter pathology in patients with faecal incontinence: a systematic review. *Magy Seb.* 2010 Feb;63(1):9-15. [Resumo](#)
27. Rosier PF, Hosker GL, Szabó L, et al. Executive summary: The International Consultation on Incontinence 2008 Committee on: "Dynamic Testing" for urinary or fecal incontinence. Part 3: Anorectal physiology studies. *Neurourol Urodyn.* 2010;29(1):153-8. [Resumo](#)
28. Wexner SD, Marchetti F, Jagelman DG. The role of sphincteroplasty for fecal incontinence reevaluated: a prospective physiologic and functional review. *Dis Colon Rectum.* 1991 Jan;34(1):22-30. [Resumo](#)
29. Jacobs PP, Scheuer M, Kuijpers JH. Obstetric fecal incontinence. Role of pelvic floor denervation and results of delayed sphincter repair. *Dis Colon Rectum.* 1990 Jun;33(6):494-7. [Resumo](#)
30. Sangwan YP, Collier JA, Barrett RC, et al. Unilateral pudendal neuropathy. Impact on outcome of anal sphincter repair. *Dis Colon Rectum.* 1996 Jun;39(6):686-9. [Resumo](#)
31. Frenckner B, Euler C. Influence of pudendal block on the function of the anal sphincters. *Gut.* 1975 Jun;16(6):482-9. [Texto completo](#) [Resumo](#)
32. Agency for Healthcare Research and Quality. Comparative effectiveness review number 165: treatments for fecal incontinence. March 2016 [internet publication]. [Texto completo](#)
33. Bliss DZ, Savik K, Jung HJ, et al. Dietary fiber supplementation for fecal incontinence: a randomized clinical trial. *Res Nurs Health.* 2014 Oct;37(5):367-78. [Resumo](#)
34. Bliss DZ, Jung HJ, Savik K, et al. Supplementation of dietary fiber improves fecal incontinence. *Nurs Res.* 2001 Jul-Aug;50(4):203-13. [Resumo](#)
35. Fader M, Cottenden AM, Getliffe K. Absorbent products for moderate-heavy urinary and/or faecal incontinence in women and men. *Cochrane Database Syst Rev.* 2008 Oct 8;(4):CD007408. [Texto completo](#) [Resumo](#)
36. Deutekom M, Dobben A. Plugs for containing faecal incontinence. *Cochrane Database Syst Rev.* 2015 Jul 20;(7):CD005086. [Texto completo](#) [Resumo](#)
37. Read M, Read NW, Barber DC, et al. Effects of loperamide on anal sphincter function in patients complaining of chronic diarrhea with fecal incontinence and urgency. *Dig Dis Sci.* 1982 Sep;27(9):807-14. [Resumo](#)
38. Santoro GA, Eitan BZ, Pryde A, et al. Open study of low-dose amitriptyline in the treatment of patients with idiopathic fecal incontinence. *Dis Colon Rectum.* 2000 Dec;43(12):1676-81. [Resumo](#)
39. Ehrenpreis ED, Chang D, Eichenwald E. Pharmacotherapy for fecal incontinence: a review. *Dis Colon Rectum.* 2007 May;50(5):641-9. [Resumo](#)

40. Tobin GW, Brocklehurst JC. Faecal incontinence in residential homes for the elderly: prevalence, aetiology and management. *Age Ageing*. 1986 Jan;15(1):41-6. [Resumo](#)
41. King JC, Currie DM, Wright E. Bowel training in spina bifida: importance of education, patient compliance, age and anal reflexes. *Arch Phys Med Rehabil*. 1994 Mar;75(3):243-7. [Resumo](#)
42. Tod AM, Stringer E, Levery C, et al. Rectal irrigation in the management of functional bowel disorders: a review. *Br J Nurs*. 2007 Jul 26-Aug 8;16(14):858-64. [Resumo](#)
43. National Institute for Health and Care Excellence. Peristeen transanal irrigation system for managing bowel dysfunction. Feb 2018 [internet publication]. [Texto completo](#)
44. Christensen P, Bazzocchi G, Coggrave M, et al. A randomized, controlled trial of transanal irrigation versus conservative bowel management in spinal cord-injured patients. *Gastroenterology*. 2006 Sep;131(3):738-47. [Resumo](#)
45. Matzel KE. Sacral nerve stimulation for faecal incontinence: its role in the treatment algorithm. *Colorectal Dis*. 2011 Mar;13(suppl 2):10-4. [Resumo](#)
46. Hetzer FH. Fifteen years of sacral nerve stimulation: from an open procedure to a minimally invasive technique. *Colorectal Dis*. 2011 Mar;13(suppl 2):1-4. [Resumo](#)
47. Dudding TC, Hollingshead JR, Nicholls RJ, et al. Sacral nerve stimulation for faecal incontinence: patient selection, service provision and operative technique. *Colorectal Dis*. 2011 Aug;13(8):e187-95. [Resumo](#)
48. Dudding TC, Hollingshead JR, Nicholls RJ, et al. Sacral nerve stimulation for faecal incontinence: optimizing outcome and managing complications. *Colorectal Dis*. 2011 Aug;13(8):e196-202. [Resumo](#)
49. Duelund-Jakobsen J, Buntzen S, Lundby L, et al. Sacral nerve stimulation at subsensory threshold does not compromise treatment efficacy: results from a randomized, blinded crossover study. *Ann Surg*. 2013 Feb;257(2):219-23. [Resumo](#)
50. Thaha MA, Abukar AA, Thin NN, et al. Sacral nerve stimulation for faecal incontinence and constipation in adults. *Cochrane Database Syst Rev*. 2015 Aug 24;(8):CD004464. [Texto completo](#)
[Resumo](#)
51. O'Brien PE, Dixon JB, Skinner S, et al. A prospective, randomized, controlled clinical trial of placement of the artificial bowel sphincter (Acticon Neosphincter) for the control of fecal incontinence. *Dis Colon Rectum*. 2004 Nov;47(11):1852-60. [Resumo](#)
52. Niriella DA, Deen KI. Neosphincters in the management of faecal incontinence. *Br J Surg*. 2000 Dec;87(12):1617-28. [Resumo](#)
53. Tillin T, Chambers M, Feldman R. Outcomes of electrically stimulated gracilis neosphincter surgery. *Health Technol Assess*. 2005 Jul;9(28):1-102. [Resumo](#)

54. Wong WD, Congliosi SM, Spencer MP, et al. The safety and efficacy of the artificial bowel sphincter for fecal incontinence: results from a multicenter cohort study. *Dis Colon Rectum*. 2002 Sep;45(9):1139-53. [Resumo](#)
55. Chatoor DR, Taylor SJ, Cohen CR, et al. Faecal incontinence. *Br J Surg*. 2007 Feb;94(2):134-44. [Resumo](#)
56. Norton CC, Cody JD. Biofeedback and/or sphincter exercises for the treatment of faecal incontinence in adults. *Cochrane Database Syst Rev*. 2012 Jul 11;(7):CD002111. [Texto completo](#) [Resumo](#)
57. Malouf AJ, Norton CS, Engel AF, et al. Long-term results of overlapping anterior anal-sphincter repair for obstetric trauma. *Lancet*. 2000 Jan 22;355(9200):260-5. [Resumo](#)
58. Glasgow SC, Lowry AC. Long-term outcomes of anal sphincter repair for fecal incontinence: a systematic review. *Dis Colon Rectum*. 2012 Apr;55(4):482-90. [Resumo](#)
59. Davis KJ, Kumar D, Poloniecki J. Adjuvant biofeedback following anal sphincter repair: a randomized study. *Aliment Pharmacol Ther*. 2004 Sep 1;20(5):539-49. [Resumo](#)
60. Rao SS, Benninga MA, Bharucha AE, et al. ANMS-ESNM position paper and consensus guidelines on biofeedback therapy for anorectal disorders. *Neurogastroenterol Motil*. 2015 May;27(5):594-609. [Texto completo](#) [Resumo](#)
61. Watson NF, Koshy A, Sagar PM. Anal bulking agents for faecal incontinence. *Colorectal Dis*. 2012 Dec;14(suppl 3):29-33. [Texto completo](#) [Resumo](#)
62. Graf W, Mellgren A, Matzel KE, et al. Efficacy of dextranomer in stabilised hyaluronic acid for treatment of faecal incontinence: a randomised, sham-controlled trial. *Lancet*. 2011 Mar 19;377(9770):997-1003. [Resumo](#)
63. Hoy SM. Dextranomer in stabilized sodium hyaluronate (Solesta): In adults with faecal incontinence. *Drugs*. 2012 Aug 20;72(12):1671-8. [Resumo](#)
64. Ratto C, Donisi L, Litta F, et al. Implantation of SphinKeeper(TM): a new artificial anal sphincter. *Tech Coloproctol*. 2016 Jan;20(1):59-66. [Texto completo](#) [Resumo](#)
65. Malouf AJ, Vaizey CJ, Norton CS, et al. Internal anal sphincter augmentation for fecal incontinence using injectable silicone biomaterial. *Dis Colon Rectum*. 2001 Apr;44(4):595-600. [Resumo](#)
66. Vaizey CJ, Kamm MA. Injectable bulking agents for treating faecal incontinence. *Br J Surg*. 2005 May;92(5):521-7. [Resumo](#)
67. Australian Safety, Efficacy Register of New Interventional Procedures - Surgical. Horizon scanning report: injectable silicone biomaterial implants. December 2005 [internet publication]. [Texto completo](#)
68. Maeda Y, Laurberg S, Norton C. Perianal injectable bulking agents as treatment for faecal incontinence in adults. *Cochrane Database Syst Rev*. 2013 Feb 28;(2):CD007959. [Texto completo](#) [Resumo](#)

69. De Ganck J, Everaert K, Van Laecke E, et al. A high easy-to-treat complication rate is the price for a continent stoma. *BJU Int.* 2002 Aug;90(3):240-3. [Resumo](#)
70. Jarrett ME, Mowatt G, Glazener CM, et al. Systematic review of sacral nerve stimulation for faecal incontinence and constipation. *Br J Surg.* 2004 Dec;91(12):1559-69. [Resumo](#)
71. Bravo Gutierrez A, Madoff RD, Lowry AC, et al. Long-term results of anterior sphincteroplasty. *Dis Colon Rectum.* 2004 May;47(5):727-31. [Resumo](#)
72. Cook TA, Mortensen NJ. Management of faecal incontinence following obstetric injury. *Br J Surg.* 1998 Mar;85(3):293-9. [Resumo](#)
73. Giordano P, Renzi A, Efron J, et al. Previous sphincter repair does not affect the outcome of repeat repair. *Dis Colon Rectum.* 2002 May;45(5):635-40. [Resumo](#)
74. Zorcolo L, Covotta L, Bartolo DC. Outcome of anterior sphincter repair for obstetric injury: comparison of early and late results. *Dis Colon Rectum.* 2005 Mar;48(3):524-31. [Resumo](#)
75. Norton C, Burch J, Kamm MA. Patients' views of a colostomy for fecal incontinence. *Dis Colon Rectum.* 2005 May;48(5):1062-9. [Resumo](#)
76. Efron JE, Corman ML, Fleshman J, et al. Safety and effectiveness of temperature-controlled radio-frequency energy delivery to the anal canal (Secca procedure) for the treatment of fecal incontinence. *Dis Colon Rectum.* 2003 Dec;46(12):1606-16. [Resumo](#)
77. National Institute for Health and Care Excellence. Endoscopic radiofrequency therapy of the anal sphincter for faecal incontinence. May 2011 [internet publication]. [Texto completo](#)
78. Takahashi-Monroy T, Morales M, Garcia-Osogobio S, et al. SECCA procedure for the treatment of fecal incontinence: results of five-year follow-up. *Dis Colon Rectum.* 2008 Mar;51(3):355-9. [Resumo](#)
79. Visscher AP, Lam TJ, Meurs-Szojda MM, et al. Temperature-controlled delivery of radiofrequency energy in fecal incontinence: a randomized sham-controlled clinical trial. *Dis Colon Rectum.* 2017 Aug;60(8):860-5. [Resumo](#)
80. George AT, Kalmar K, Sala S, et al. Randomized controlled trial of percutaneous versus transcutaneous posterior tibial nerve stimulation in faecal incontinence. *Br J Surg.* 2013 Feb;100(3):330-8. [Resumo](#)
81. Govaert B, Pares D, Delgado-Aros S, et al. A prospective multicentre study to investigate percutaneous tibial nerve stimulation for the treatment of faecal incontinence. *Colorectal Dis.* 2010 Dec;12(12):1236-41. [Resumo](#)
82. Boyle DJ, Prosser K, Allison ME, et al. Percutaneous tibial nerve stimulation for the treatment of urge fecal incontinence. *Dis Colon Rectum.* 2010 Apr;53(4):432-7. [Resumo](#)
83. National Institute for Health and Care Excellence. Percutaneous tibial nerve stimulation (PTNS) for faecal incontinence. May 2011 [internet publication]. [Texto completo](#)

84. Horrocks EJ, Thin N, Thaha MA, et al. Systematic review of tibial nerve stimulation to treat faecal incontinence. *Br J Surg*. 2014 Apr;101(5):457-68. [Resumo](#)
85. Knowles CH, Horrocks EJ, Bremner SA, et al. Percutaneous tibial nerve stimulation versus sham electrical stimulation for the treatment of faecal incontinence in adults (CONFIDeNT): a double-blind, multicentre, pragmatic, parallel-group, randomised controlled trial. *Lancet*. 2015 Oct 24;386(10004):1640-8. [Resumo](#)
86. van der Wilt AA, Giuliani G, Kubis C, et al. Randomized clinical trial of percutaneous tibial nerve stimulation versus sham electrical stimulation in patients with faecal incontinence. *Br J Surg*. 2017 Aug;104(9):1167-76. [Resumo](#)
87. Horrocks EJ, Chadi SA, Stevens NJ, et al. Factors associated with efficacy of percutaneous tibial nerve stimulation for fecal incontinence, based on post-hoc analysis of data from a randomized trial. *Clin Gastroenterol Hepatol*. 2017 Dec;15(12):1915-21. [Resumo](#)
88. Sugrue J, Lehur PA, Madoff RD, et al. Long-term experience of magnetic anal sphincter augmentation in patients with fecal incontinence. *Dis Colon Rectum*. 2017 Jan;60(1):87-95. [Resumo](#)
89. National Institute for Health and Care Excellence. Insertion of a magnetic-bead band for faecal incontinence. March 2014 [internet publication]. [Texto completo](#)
90. Frudinger A, Kölle D, Schwaiger W, et al. Muscle-derived cell injection to treat anal incontinence due to obstetric trauma: pilot study with 1 year follow-up. *Gut*. 2010 Jan;59(1):55-61. [Resumo](#)
91. Boyer O, Bridoux V, Giverne C, et al. Autologous myoblasts for the treatment of fecal incontinence: results of a phase 2 randomized placebo-controlled study (MIAS). *Ann Surg*. 2018 Mar;267(3):443-50. [Resumo](#)
92. Richter HE, Matthews CA, Muir T, et al. A vaginal bowel-control system for the treatment of fecal incontinence. *Obstet Gynecol*. 2015 Mar;125(3):540-7. [Resumo](#)
93. Omar MI, Alexander CE. Drug treatment for faecal incontinence in adults. *Cochrane Database Syst Rev*. 2013 Jun 11;(6):CD002116. [Texto completo](#) [Resumo](#)
94. Rao SS. Current and emerging treatment options for fecal incontinence. *J Clin Gastroenterol*. 2014 Oct;48(9):752-64. [Texto completo](#) [Resumo](#)
95. Heymen S, Jones KR, Ringel Y, et al. Biofeedback treatment of fecal incontinence: a critical review. *Dis Colon Rectum*. 2001 May;44(5):728-36. [Resumo](#)

Aviso legal

Este conteúdo destinase a médicos que não estão nos Estados Unidos e no Canadá. O BMJ Publishing Group Ltd. ("BMJ Group") procura certificarse de que as informações fornecidas sejam precisas e estejam atualizadas; no entanto, não fornece garantias nesse sentido, tampouco seus licenciantes, que fornecem determinadas informações vinculadas ao seu conteúdo ou acessíveis de outra forma. O BMJ Group não defende nem endossa o uso de qualquer tratamento ou medicamento aqui mencionado, nem realiza o diagnóstico de pacientes. Os médicos devem utilizar seu próprio julgamento profissional ao utilizar as informações aqui contidas, não devendo considerálas substitutas, ao abordar seus pacientes.

As informações aqui contidas não contemplam todos os métodos de diagnóstico, tratamento, acompanhamento e medicação, nem possíveis contraindicações ou efeitos colaterais. Além disso, com o surgimento de novos dados, tais padrões e práticas da medicina sofrem alterações; portanto, é necessário consultar diferentes fontes. É altamente recomendável que os usuários confirmem, por conta própria, o diagnóstico, os tratamentos e o acompanhamento especificado e verifiquem se são adequados para o paciente na respectiva região. Além disso, é necessário examinar a bula que acompanha cada medicamento prescrito, a fim de verificar as condições de uso e identificar alterações na posologia ou contraindicações, em especial se o agente a ser administrado for novo, raramente utilizado ou tiver alcance terapêutico limitado. Devese verificar se, na sua região, os medicamentos mencionados são licenciados para o uso especificado e nas doses determinadas. Essas informações são fornecidas "no estado em que se encontram" e, na forma da lei, o BMJ Group e seus licenciantes não assumem qualquer responsabilidade por nenhum aspecto da assistência médica administrada com o auxílio dessas informações, tampouco por qualquer outro uso destas. Estas informações foram traduzidas e adaptadas com base no conteúdo original produzido pelo BMJ no idioma inglês. O conteúdo traduzido é fornecido tal como se encontra na versão original em inglês. A precisão ou confiabilidade da tradução não é garantida nem está implícita. O BMJ não se responsabiliza por erros e omissões provenientes da tradução e da adaptação, ou de qualquer outra forma, e na máxima extensão permitida por lei, o BMJ não deve incorrer em nenhuma responsabilidade, incluindo, mas sem limitação, a responsabilidade por danos provenientes do conteúdo traduzido.

NOTA DE INTERPRETAÇÃO: Os numerais no conteúdo traduzido são exibidos de acordo com a configuração padrão para separadores numéricos no idioma inglês original: por exemplo, os números de 4 dígitos não incluem vírgula nem ponto decimal; números de 5 ou mais dígitos incluem vírgulas; e números menores que a unidade são representados com pontos decimais. Consulte a tabela explicativa na Tab 1. O BMJ não aceita ser responsabilizado pela interpretação incorreta de números em conformidade com esse padrão especificado para separadores numéricos. Esta abordagem está em conformidade com a orientação do Serviço Internacional de Pesos e Medidas (International Bureau of Weights and Measures) (resolução de 2003)

<http://www1.bipm.org/jsp/en/ViewCGPMResolution.jsp>

Estilo do BMJ Best Practice	
Numerais de 5 dígitos	10,000
Numerais de 4 dígitos	1000
Numerais < 1	0.25

Tabela 1 Estilo do BMJ Best Practice no que diz respeito a numerais

O BMJ pode atualizar o conteúdo traduzido de tempos em tempos de maneira a refletir as atualizações feitas nas versões originais no idioma inglês em que o conteúdo traduzido se baseia. É natural que a versão em português apresente eventuais atrasos em relação à versão em inglês enquanto o conteúdo traduzido não for atualizado. A duração desses atrasos pode variar.

Veja os [termos e condições do website](#).

Contacte-nos

+ 44 (0) 207 111 1105

support@bmj.com

BMJ

BMA House

Tavistock Square

London

WC1H 9JR

UK

BMJ Best Practice

Colaboradores:

// Autores:

Steven Brown, MBChB, BmedSci, FRCS, MD

Consultant Surgeon

Department of Surgery, Sheffield Teaching Hospitals, Sheffield, UK

DIVULGAÇÕES: SB is an author of a reference cited in this topic.

// Colegas revisores:

Andrew Miller, MD

Consultant Colorectal/General Surgeon

Leicester Royal Infirmary, Leicester, UK

DIVULGAÇÕES: AM declares that he has no competing interests.

Steven Wexner, MD, FACS, FRCS, FRCS Ed, FASCRS, FAC

Chief of Staff

Chairman, Department of Colorectal Surgery, Cleveland Clinic, Weston, FL

DIVULGAÇÕES: SW was a member of the Scientific advisory board, has received honoraria, and is a consultant for GlaxoSmithKline.

David Hackam, MD, PhD

Assistant Professor of Surgery

Children's Hospital of Pittsburgh, Pittsburgh, PA

DIVULGAÇÕES: DH declares that he has no competing interests.