

POSICIONAMENTOS CIENTÍFICOS DO GEDIIB

Incontinência fecal na Doença Inflamatória Intestinal

GEDIIB
ORGANIZAÇÃO BRASILEIRA DE DOENÇA DE CROHN E COLITE

Editores/Revisores

Eduardo Garcia Vilela

Rogério Saad Hossne

Incontinência fecal na Doença Inflamatória Intestinal



São Paulo/SP – 2025



 WWW.GEDIIB.ORG.BR

Copyright © 2025 por Organização Brasileira de Doença de Crohn e Colite (GEDIIB).

Todos os direitos reservados ao GEDIIB.
Av. Brigadeiro Faria Lima, 239 - 10º andar
CEP 01452-000 - São Paulo – SP
www.gediib.org.br • contato@gediib.org.br

Coordenação Editorial

Fátima Lombardi

Projeto Gráfico e Produção

Roberta Kawashima

*É expressamente proibida a reprodução desta obra,
no todo ou em partes, sem a autorização do GEDIIB.
Este livro é subsídio científico exclusivamente para médicos.*

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
(Câmara Brasileira do Livro, SP, Brasil)

**Autores: Amanda Lima, Gilmara
Pandolfo Zabet, Ornella Sari Cassol**

Revisores: *Eduardo Garcia Vilela e Rogerio Saad Hossne*

1. Introdução

A incontinência fecal (IF), de acordo com os critérios de Roma IV, é definida pela eliminação involuntária e recorrente de fezes sólidas ou líquidas, por pelo menos três meses, em indivíduos com idade de desenvolvimento maior que quatro anos. Esta condição está associada à perda de qualidade de vida e pode ser incapacitante, sobretudo quando acomete pacientes com doença inflamatória intestinal (DII).(1)

Um estudo recente que avaliou 26.000 pacientes com DII, observou que os três piores sintomas que contribuíram para a diminuição da qualidade de vida foram, dor, fadiga e IF.(2) A IF contempla três manifestações distintas: 1) incontinência passiva, caracterizada por eliminação fecal involuntária e sem percepção pelo paciente; 2) incontinência de urgência, definida pela perda fecal apesar de esforço ativo de contenção; e 3) episódios de perda fecal mesmo com continência preservada e evacuação habitual mantida.(3) seu diagnóstico é desafiador, pois os pacientes relutam em relatar esse sintoma devido ao constrangimento agregado.(4)⁴

2. Incidência e prevalência

A prevalência de IF nos pacientes com DII é maior quando comparada à população em geral, especialmente entre pacientes com histórico de fístula perianal ou proctocolectomia total com bolsa ileal. Enquanto a taxa na população geral varia entre 2,2% e 15%, a IF está presente em um em cada seis pacientes com DIIs, sem diferença entre a Retocolite Ulcerativa (RCU) e a doença de Crohn (DC).(3) Nos pacientes com bolsa ileal esta taxa é de aproximadamente 30%.(5)

Um estudo recente realizado na Suíça, avaliou a prevalência da urgência e IF. Para classificar a gravidade dos sintomas, foi utilizada uma escala visual analógica (EVA) variando de 0 (ausência de sintomas) a 10 (sintomas mais graves). Para avaliar a contribuição para a gravidade da doença, foi utilizada uma EVA variando de 0 (sem contribuição) a 100 (contribuição de 100%). Urgência e IF moderadas a graves foram definidas como EVA > 5 em uma escala de 0 a 10 (0 indicando ausência de sintomas e 10 indicando sintomas mais graves).(6). Urgência fecal pelo menos diariamente (em um período sem crise) foi observada em 66,9% dos pacientes, enquanto essa proporção aumentou para 92,7% durante uma crise ($p < 0,001$). O número de evacuações matinais e a gravidade da urgência fecal (EVA 0–10) aumentaram

significativamente durante uma crise ($p < 0,0001$). Urgência fecal pelo menos diariamente (em um período sem crise) foi observada em 66,9% dos pacientes, enquanto essa proporção aumentou para 92,7% durante uma crise ($p < 0,001$). Em um período sem crise, 48,7% dos pacientes não toleraram urgência fecal por mais de 5 minutos, enquanto essa proporção aumentou para 85,2% durante uma crise ($p < 0,001$). A urgência fecal impactou consideravelmente as atividades diárias (EVA 5, IC 3-8) e contribuiu para 60% da gravidade da doença (IC 40-80%). A frequência de urgência fecal foi semelhante entre homens e mulheres, mas as mulheres foram mais gravemente afetadas (EVA 6 vs. 5, $p = 0,0025$).⁽⁶⁾ O estudo ainda concluiu que 11,8% dos pacientes achavam que seu médico subestimava o problema.⁽⁶⁾

3. Fatores predisponentes

Os fatores de risco para IF na DII são vários e os principais estão listados no Quadro 1. Alguns estudos foram desenhados no sentido de trazer mais sustentação teórica. Revisão sistemática seguida de metanálise foi conduzida a partir de 17 estudos que apresentavam dados sobre prevalência, fisiopatologia ou tratamento da IF na DC. Ao avaliar as variáveis que se associavam ao IF foi evidenciado que a presença de doença perianal, histórico de cirurgias anorretais (especialmente para tratamento de fístulas), ressecções intestinais extensas e maior duração da doença contribuíam para este desfecho. Atividade inflamatória no momento da avaliação e a presença de diarreia também aumentaram o risco, assim como dano ao esfíncter anal secundário a processos inflamatórios ou intervenções cirúrgicas. Fatores extra-intestinais tais como parto vaginal também podem contribuir, segundo os autores.⁽⁷⁾ Em outra publicação que tinha como objetivo validar fatores de risco populacionais para IF na DC, foi demonstrado que presença de fezes líquidas, comportamento estenosante da doença e doença perianal foram fatores independentes relacionados a IF, após realização da regressão multivariada. Outros fatores associados foram idade, classificação de Montreal A3 (idade ≥ 40 anos), presença de ressecção intestinal principalmente ileocecal, doença perianal, estenose anal e história de fissura anal.⁽⁸⁾ Em outro estudo realizado por meio do registro SPARC (*Study of a Prospective Adult Research Cohort with IBD*) foram avaliados dados de pacientes com DII e foi observado que a IF não esteve associada à localização e fenótipo da doença ou envolvimento perianal. No entanto, as variáveis

idade superior a 50 anos ou 15 anos de doença aumentaram as chances de IF. Por outro lado, a remissão da doença diminuiu.(3) Deve-se salientar divergências entre os estudos não invalidam os resultados pois os métodos utilizados por cada um foram diferentes.

Quadro 1 - Fatores De Risco para IF na DII
Idade ao diagnóstico Montreal A3 (idade ≥40 anos)
Idade
Presença de evacuações líquidas
Doença perianal
Ressecções intestinais
Grau de atividade de doença
Histórico de cirurgias anorretais

Fonte – adaptado de Shi et al., 2025; Vollebregt PF et al., 2017(7)

4. Urgência intestinal

A urgência intestinal, também considerada uma forma da IF, é descrita como a necessidade repentina ou imediata de evacuar e está presente em mais de 50% dos pacientes com DII. Ela pode ser uma consequência do aumento da sensibilidade retal devido à inflamação e espasmo associado, ou ainda, decorrente de lesões e disfunções retais.(9)

Quando o processo inflamatório não está presente, outros fatores podem estar associados à urgência, tais como má absorção de ácidos biliares, supercrescimento bacteriano do intestino delgado, defecação dissinérgica, síndrome de ativação de mastócitos e, até mesmo síndrome do intestino irritável.(9)⁹

Uma proporção significativa de pacientes com DII quiescente apresenta sintomas persistentes de incontinência fecal, urgência e distúrbios defecatórios resultantes de disfunção anorretal.(9)

5. Fisiopatologia

A fisiopatologia da urgência e IF permanece indefinida, mas caracteristicamente a complacência da parede do reto pode estar reduzida devido a processos inflamatórios recorrentes, o que resulta em fibrose.(6) Além disso, o aumento da sensibilidade retal pode ser secundário a uma resposta contrátil exacerbada a sua distensão. Este fenômeno, associado à redução da capacidade retal, explica o sintoma de urgência fecal em várias formas de acometimento da DII.(9)⁹

6. Avaliação diagnóstica

Os questionários representam o principal método para avaliação da IF. Em uma revisão sistemática que incluiu 328 estudos, sendo 22 em pacientes com DII, os escores de Jorge-Wexner (anexo 1), Vaizey e o questionário de qualidade de vida **FIQL** foram os instrumentos mais comumente adotados.(10) A avaliação dos pacientes incluiu a realização manometria anorretal em cerca de 40% dos casos em ambos os grupos, enquanto a ultrassonografia endoanal foi mais adotada em pacientes não-DII do que em pacientes com DII (34,0% vs. 18,2%, respectivamente). A defecografia foi realizada em uma porcentagem semelhante de estudos em ambos os grupos examinados (8,5% vs. 9,1%), enquanto investigações sobre fisiopatologia anal (como tempo de latência do nervo pudendo e eletromiografia) e estudos morfológicos (como ressonância magnética, tomografia computadorizada e endoscopia) foram usadas apenas em um pequeno número de pacientes não-DII.(10) A diarreia comumente associada a IF, também pode fazer parte da avaliação. Nestes casos a escala de Bristol é útil na caracterização da manifestação.(11) De forma resumida, sugere-se que o escore de Jorge-Wexner pode ser usado como o primeiro passo para a avaliação em ensaios clínicos de pacientes com DII e, a manometria anal e/ou ultrassonografia endoanal como métodos de acompanhamento em caso de questionários positivos.(12)

Quadro 1 – Escore de continência de Jorge-Wexner

Tipo de Incontinência	Frequência				
	Nunca	Raramente	Às vezes	Usualmente	Sempre

Sólida	0	1	2	3	4
Líquida	0	1	2	3	4
Gases	0	1	2	3	4
Uso de Protetores	0	1	2	3	4
Mudança no estilo de vida	0	1	2	3	4

Pontos: 0 = perfeito 20 = continência completa.
Nunca = 0 (nunca). Raramente = <1/mês. Às vezes = <1/semana, >1/mês.
Frequentemente = <1/dia, >1/semana. Sempre = >1/dia. O escore de continência é determinado somando-se os pontos da tabela acima, que leva em consideração o tipo e a frequência da incontinência, bem como o grau em que ela altera a vida do paciente. Adaptado de Jorge et al., 1993(16)

Quadro 2 – Escala de Fezes de Bristol

Tipo 1		Pequenas bolinhas duras, separadas como coquinhos (difícil para sair).
Tipo 2		Formato de língua encaroçada, com pequenas bolinhas grudadas.
Tipo 3		Formato de língua com rachaduras na superfície.
Tipo 4		Alongada com formato de salsicha ou cobra, lisa e macia.
Tipo 5		Pedaços macios e separados, com bordas bem definidas (fáceis de sair).
Tipo 6		Massa pastosa e fofa, com bordas irregulares.
Tipo 7		Totalmente líquida, sem pedaços sólidos.

Fonte: Martinez AP, Azevedo GR. Referência: Martinez AP, Azevedo GR. Tradução, adaptação cultural e validação da Bristol Stool Form Scale para a população brasileira. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2012;20(3):[7 telas].(11)

7. Tratamento

Diversas modalidades de tratamento com graus distintos de sucesso foram avaliadas em vários estudos. Estas incluem tratamento medicamentoso, “biofeedback” e fisioterapia pélvica, cirurgia, estimulação do nervo sacral e estimulação percutânea do nervo tibial, além do tratamento comportamental direcionado ao intestino que mostrou ser bastante eficaz na melhora dos sintomas intestinais funcionais.(13)

Mesmo quando a DII está em remissão, os pacientes podem manifestar queixas de incontinência ou urgência fecal. Nestes casos, a prescrição de loperamida diminui os sintomas. Recentemente, o tratamento de indução com upadacitinibe, um dos desfechos secundários, evidenciou reduções significativas na urgência fecal em comparação com o placebo em pacientes com RCU moderada a grave.(9) Já a fisioterapia pélvica e o “biofeedback” parecem ser benéficos em pacientes com DII com doença quiescente e sintomas defecatórios associados à dissinergia do assoalho pélvico.(14)

Embora a tecnologia de neuromodulação bioelétrica tenha evoluído significativamente na última década, a estimulação do nervo sacral para IF continua sendo o único protocolo de neuromodulação comumente utilizado para doenças gastrointestinais. Para o tratamento de DII, diversas técnicas de neuromodulação elétrica têm sido estudadas, como estimulação do nervo vago, estimulação do nervo sacral e estimulação do nervo tibial. Os mecanismos de ação subjacentes para indicação da neuromodulação elétrica não são claros, mas esta modalidade parece ser promissora.(13) Está especialmente indicada quando a incontinência associa-se a lesão esfíncteriana parcial ou falha de reparo esfíncteriano prévio, incontinência pós-cirúrgica, hipossensibilidade retal, distúrbios da motilidade retal até em situações extra-intestinais tal como a incontinência pós-parto.

Um estudo europeu, randomizado, mostrou que mesmo em remissão, os pacientes continuam a apresentar os sintomas de dor, fadiga e IF. Desta forma, medidas comportamentais como informar aos pacientes sobre o papel dos fatores cognitivos e comportamentais relacionados aos sintomas/doenças pode apoiá-los a adotar estratégias que possam aliviar os sintomas. Explicar como esses fatores cognitivos, comportamentais e emocionais se relacionam com o eixo cérebro-intestino evita gerar o sentimento de “sintoma psicológico” que muitas vezes esses pacientes podem interpretar.(15)

8. Conclusões

A IF na DII tem uma incidência e prevalência elevada, sem distinção entre a RCU e a DC e que resulta em piora considerável da qualidade de vida desses pacientes mesmo quando a doença está em remissão. Muitas vezes esse sintoma não é relatado pelo paciente devido ao grau de constrangimento, por isso a importância da abordagem do tema pela equipe que presta o atendimento. Atualmente, existem várias modalidades de tratamento, desde as menos invasivas como terapias clínicas, comportamentais e fisioterapia, como as mais avançadas que envolvem procedimentos de neuromodulação elétrica. A neuromodulação é indicada para pacientes com incontinência anal refratária ao tratamento conservador. Isso significa que ela deve ser considerada quando o paciente permanece sintomático apesar de modificações dietéticas, antidiarreicos ou reguladores de trânsito e fisioterapia do assoalho pélvico/ “biofeedback”,

REFERÊNCIAS

1. Williams EY, Rickman EE, Elder ZB. The quest of therapy for heroin addiction. Experience with calcium gluconate. *J Natl Med Assoc.* 1972;64(3):205-210. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/5035713>
2. Roukas C, Miller L, Cléirigh Büttner F, et al. Impact of pain, fatigue and bowel incontinence on the quality of life of people living with inflammatory bowel disease: A UK cross-sectional survey. *United Eur Gastroenterol J.* 2025;13(3):364-375. doi:10.1002/ueg2.12668
3. Kamal N, Motwani K, Wellington J, Wong U, Cross RK. Fecal Incontinence in Inflammatory Bowel Disease. *Crohn's colitis* 360. 2021;3(2):otab013. doi:10.1093/crocol/otab013
4. Kurt S, Caron B, Gouynou C, et al. Faecal incontinence in inflammatory bowel disease: The Nancy experience. *Dig Liver Dis.* 2022;54(9):1195-1201. doi:10.1016/j.dld.2022.01.125
5. Chang S, Shen B, Remzi F. When Not to Pouch: Important Considerations for Patient Selection for Ileal Pouch-Anal Anastomosis. *Gastroenterol Hepatol (N Y).* 2017;13(8):466-475. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28867978>
6. Wespi N, Vavricka S, Brand S, et al. Fecal urgency and incontinence in inflammatory bowel disease perceived by physician and patient: Results from the Swiss fecal urgency survey. *United Eur Gastroenterol J.* 2025;13(3):392-401. doi:10.1002/ueg2.12657
7. Shi Y, Zhu Y, Lan Y, Xu L. The prevalence, pathophysiology, and treatment of fecal incontinence in patients with Crohn's disease: a systematic review and meta-analysis. *Front Med.* 2025;12:1590971. doi:10.3389/fmed.2025.1590971
8. Vollebregt PF, Visscher AP, van Bodegraven AA, Felt-Bersma RJF. Validation of Risk Factors for Fecal Incontinence in Patients With Crohn's Disease. *Dis Colon Rectum.* 2017;60(8):845-851. doi:10.1097/DCR.0000000000000812
9. Caron B, Ghosh S, Danese S, Peyrin-Biroulet L. Identifying, Understanding, and Managing Fecal Urgency in Inflammatory Bowel Diseases. *Clin Gastroenterol Hepatol.* 2023;21(6):1403-1413.e27. doi:10.1016/j.cgh.2023.02.029
10. D'Amico F, Wexner SD, Vaizey CJ, Gouynou C, Danese S, Peyrin-Biroulet L. Tools for fecal incontinence assessment: lessons for inflammatory bowel disease trials based on a systematic review. *United Eur Gastroenterol J.* 2020;8(8):886-922. doi:10.1177/2050640620943699

11. Martinez AP, de Azevedo GR. The Bristol Stool Form Scale: its translation to Portuguese, cultural adaptation and validation. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2012;20(3):583-589. doi:10.1590/s0104-11692012000300021
12. Clarke K. Addressing Fecal Incontinence in Inflammatory Bowel Disease Patients: A Messy Problem. *Crohn's colitis* 360. 2021;3(2):otab014. doi:10.1093/crocol/otab014
13. Yasmin F, Sahito AM, Mir SL, et al. Electrical neuromodulation therapy for inflammatory bowel disease. *World J Gastrointest Pathophysiol*. 2022;13(5):128-142. doi:10.4291/wjgp.v13.i5.128
14. Khera AJ, Chase JW, Stillman BC, et al. Pelvic floor behavioral treatment for fecal incontinence and constipation in quiescent inflammatory bowel disease. *Scand J Gastroenterol*. 2022;57(7):807-813. doi:10.1080/00365521.2022.2039280
15. Wileman V, Chilcot J, Norton C, et al. Modifiable Psychological Factors are Associated With Clusters of Pain, Fatigue, Fecal Incontinence, and Irritable Bowel Syndrome-Type Symptoms in Inflammatory Bowel Disease: A Latent Profile Analysis. *J Crohns Colitis*. 2025;19(5). doi:10.1093/ecco-jcc/jjae183
16. Jorge JM, Wexner SD. Etiology and management of fecal incontinence. *Dis Colon Rectum*. 1993;36(1):77-97. doi:10.1007/BF02050307