

[Login](#)[Cadastro](#)

Volume 16 • 2018

ISSN: 1806-3144

[Home](#)[A Revista ESTIMA](#)[Edições](#)[Submissão](#)[Normas](#)[Assinatura](#)[Contato](#)[Portal SOBEST](#)

Capa > v. 5, n. 1 (2007) > Santos

Revisão 1

Vera Lúcia Conceição de Gouveia Santos

Aspectos Epidemiológicos dos Estomas

Epidemiology of stomas

Resumo

A escassez de dados estatísticos, nacionais e internacionais, sobre os estomas intestinais e urinários, bem como a consideração de se tratarem de seqüelas ou necessidades especiais levaram a autora a discutir a epidemiologia dos estomas a partir de compilação bibliográfica acerca das suas causas, principalmente o câncer e trauma, e da evolução das técnicas cirúrgicas para a preservação esfinteriana. Certamente, o caráter temporário ou permanente dos estomas também foi encontrado. Por outro lado, embora a literatura envolva mais trabalhos sobre as indicações e procedimentos para a sua construção, algumas medidas preventivas, respaldadas em revisões do tipo Cochrane também foram mencionadas. A análise dos documentos revela o profissional médico como o mais freqüente autor.

Palavras-chave: Epidemiologia. Colostomias. Ileostomias. Derivação urinária.

Abstract

The lack of national and international statistical data about intestinal and urinary stomas besides the fact that they are disease's sequelae or special condition led the author to discuss the epidemiology of stomas through bibliography revision. The accessed bibliography was related to the causes of stoma construction, mainly cancer and trauma, and also to the evolution of surgical techniques about sphincter preservation. The permanent and temporary aspects of stomas were also mentioned. Although the literature involves mainly papers about stoma indications and construction, some preventive measures were also found in Cochrane Library revisions type. The literature analysis pointed out to the medicine doctor as the main health professional author.

Key words: Epidemiology. Colostomy. Ileostomy. Urinary Diversion.

Introdução

Tratar da epidemiologia dos estomas, em nosso país, é tão difícil quanto de qualquer outro tema que demande registro sistematizado de informações. A dimensão continental, as falhas de registro, as dificuldades de comunicação - apesar da disseminação dos meios eletrônicos - constituem apenas alguns dos aspectos envolvidos na sistematização de dados e informações em saúde. Por outro lado, os estomas constituem seqüelas ou conseqüências de doenças ou traumas - morbidade - e não causas ou diagnósticos, o que dificulta sua informação.

Essas considerações levaram ao desenvolvimento deste artigo que objetivou rever, analisar e sistematizar a bibliografia existente sobre o tema.

Epidemiologia dos estomas

Informações diretas acerca da prevalência dos estomas podem ser obtidas nas próprias publicações sobre essa clientela - por meio de sua caracterização demográfica e clínica - ou ainda de organismos nacionais ou internacionais relacionados ao tema, principalmente as associações de

CONTEÚDO DA REVISTA

Procurar

- [Por Edição](#)
- [Por Autor](#)
- [Por título](#)

USUÁRIO

Login

Senha



Lembrar usuário

estomizados como a Associação Brasileira de Ostomizados - ABRASO, no Brasil - e a International Ostomy Association (IOA) e United Ostomy Association (UOA), mundial e norte-americana (EUA e Canadá), respectivamente. Informações indiretas provêm dos dados epidemiológicos das causas dos estomas, principalmente as neoplasias malignas - particularmente as colorretais e vesicais - além das doenças inflamatórias intestinais - Doença de Crohn e Retocolite Ulcerativa Inespecífica - e dos traumas/ causas externas - acidentes de trânsito e ferimentos por armas brancas ou de fogo. Embora não existam dados definitivos sobre o número de estomizados no país, algumas estimativas podem ser feitas a partir de informações publicadas pelo Ministério da Saúde e em boletins ou revistas das associações dos estomizados, brasileiras e internacionais. Desse modo, segundo Vladimir Kleinwachter* **, vice-presidente da International Ostomy Association, há cerca de 1 estomizado para cada 1000 habitantes, em países com um bom nível de assistência médica, podendo ser bem inferior nos países menos desenvolvidos. Essa estimativa foi baseada em coleta de dados feita junto aos países membros da organização, constatando-se ausência de muitas respostas. Projetando-se essa estimativa para o nosso país e tendo-se como base o censo de 2000* ** - quando a população total era de 169799170 pessoas - teríamos cerca de 170 mil estomizados.

Em publicação recente, na Revista da Associação Brasileira de Ostomizados -ABRASO(1), a respeito dos relatórios de alguns países, exibidos na Conferência Anual da United Ostomy Association, no Canadá, em 2005, têm-se: a Sérvia com 4000 estomizados, clientela que ocupa o terceiro lugar no país, somente após diabéticos e hemofílicos; a Ucrânia, com 50 mil e a Rússia com 120 mil pessoas com estomas. Além disso, a associação japonesa contava, em 2005, com 12 mil membros, com média etária de 61 anos.

Para a ABRASO(2), em 2003 havia 42627 estomizados, em 23 estados brasileiros, cadastrados junto às associações estaduais, dos quais 53% eram mulheres. Nessa mesma edição da Revista da ABRASO(3), publicou-se o número de "procedimentos de colostomia" - terminologia empregada na Portaria nº 1230 de 4/10/1999, para designar dispositivos coletores e protetores de pele para estomias - pagos pelo Ministério da Saúde, em 2003, totalizando 2501119 itens. Embora seja um número subestimado - pela falta de registro ou pelo financiamento parcial com verbas estaduais - e inclua protetores de pele, além dos equipamentos coletores, pode-se efetuar uma estimativa grosseira do número de pessoas atendidas. Dividindo-se esse valor pelo número médio de equipamentos usados por uma pessoa ao ano (total de dias do ano dividido pela durabilidade média do equipamento + 20%), tem-se, aproximadamente, 34262 pessoas, número considerado bastante abaixo não só das estimativas internacionais quanto na comparação com outros países, com nível de desenvolvimento similar.

Se, de um lado verifica-se ausência ou escassez dessas estatísticas, por outro lado reconhece-se que é no diagnóstico ou nas causas dos estomas que se encontra o maior respaldo da literatura.

A análise de nossa produção acadêmica(4) mostra o amplo predomínio das neoplasias malignas, principalmente intestinais, como origem da confecção da maioria dos estomas.

Segundo Secoli(5), os dados do Instituto Nacional do Câncer (INCa) indicavam a incidência de quase 470 mil casos de câncer no país, em 2005, dos quais 14 mil colorretais. Ainda conforme os dados do INCa, a mesma autora menciona ser esse o segundo em prevalência no mundo, com 945 mil casos novos ao ano, principalmente em países desenvolvidos. Esse perfil projeta-se na realidade brasileira à medida de sua maior ocorrência nos Estados de São Paulo e Rio de Janeiro, ou seja, estados da região sudeste, a mais desenvolvida do país. Conforme o DATASUS* ***, em 2003, houve 22,36 e 21,90 casos de cânceres colorretais para 100 mil homens e mulheres, respectivamente, em São Paulo, e 23,45 e 23,97 casos para 100 mil homens e mulheres, respectivamente, no Rio de Janeiro, constituindo as maiores taxas nacionais. No país como um todo, esse tipo de câncer ocupa o quarto lugar, tanto entre homens como mulheres. Para os homens, primeiramente estão os cânceres de pele, incluindo os melanomas (47,3%), seguidos pelos de próstata (40,5%) e de pulmões, traquéia e brônquios (17,4%). E, para as mulheres, além dos de pele (50,2%), estão os de mama (46,3%) e de colo de útero (18,3%), nessa ordem.

Os traumas ou causas externas também têm representado percentual importante como causas dos estomas, principalmente no meio urbano.

Evidentemente, as causas geralmente determinam o tipo e o caráter do estoma. Desse modo, constata-se a inequívoca predominância das colostomias definitivas, independentemente da idade e sexo, na maioria dos estudos.

É exatamente nesse sentido que as investigações mais recentes têm sido desenvolvidas, ou seja, desde o estabelecimento de diretrizes para o tratamento do câncer colorretal ao aperfeiçoamento das técnicas cirúrgicas visando à preservação esfinteriana. Inovações tecnológicas em cirurgia também têm sido testadas seja para evitar o estoma temporário ou, nas situações em que ele é indispensável, qual deles implicaria em menor morbidade. O uso da cirurgia laparoscópica na cirurgia colorretal também é um tema explorado.

O tratamento de escolha para o câncer colorretal é o cirúrgico e, dentre seus objetivos principais, está a preservação esfinteriana(6).

Em revisão de literatura para identificação dos métodos cirúrgicos de preservação esfinteriana e os respectivos resultados oncológicos e funcionais, McNamara e Parc(7) concluíram que esse tipo de operação é possível para a maioria dos pacientes com câncer retal. Ademais, resultados

funcionais ótimos podem ser obtidos nos cânceres de reto médio e baixo com o emprego de técnicas de preservação nervosa e de um reservatório colônico na reconstrução do trajeto. Saito et al⁽⁸⁾ por sua vez, ainda visando à preservação esfinteriana, propõem a ressecção inter-esfintérica, com ou sem ressecção parcial adicional do esfíncter externo, para adenocarcinomas na junção ano-retal. Testada em 35 pacientes, estudados prospectivamente, os autores verificaram recorrência tumoral em 5 pacientes (23 meses em média) e resultados funcionais considerados satisfatórios. Apenas um dos pacientes submeteu-se, posteriormente, à colostomia definitiva. Esses resultados apontam para a possibilidade de sua utilização em pacientes candidatos à amputação abdômino-perineal do reto, evitando o estoma.

Casos avançados de recorrências tumorais pélvicas, após radioterapia e quimioterapia, têm sido tratados por meio da exenteração pélvica ou extirpação das vísceras pélvicas - descrita por Brunschwig, em 1948 - cirurgia altamente mutiladora que objetiva maximizar a sobrevida com a menor alteração anatômica possível. Em revisão de literatura, Salom e Penalver⁽⁹⁾ mencionam os avanços da cirurgia, principalmente da fase reconstrutora, em que já é possível evitar o estoma - por meio de anastomoses colorretais baixas; realizar a construção de neovagina - permitindo a intimidade sexual e fortalecer o soalho pélvico, reduzindo a morbidade.

Dentre outras razões - como o diagnóstico precoce, o uso de antibiótico profilaxia e melhora da técnica cirúrgica - a preservação esfinteriana tornou-se possível, também, graças ao desenvolvimento das suturas mecânicas⁽⁶⁾. Apesar de constituir estratégia cirúrgica bastante empregada, mesmo em centros menores, recente revisão Cochrane mostra que não há evidências suficientes que demonstrem a superioridade dessa técnica comparada à sutura manual, para anastomoses colorretais, independentemente do seu nível. Após metanálise feita com nove ensaios randomizados controlados, Lustosa et al⁽¹⁰⁾ verificaram diferença estatisticamente significativa somente para a estenose, mais freqüente na sutura mecânica, e para o tempo de confecção da anastomose, maior para a sutura manual.

Aspectos importantes, presentes em algumas das publicações levantadas, referem-se à necessidade de utilização de estoma temporário e, quando necessário, qual estoma empregar (colostomia ou ileostomia), seja nas cirurgias de eleição para tumores retais baixos - ressecção anterior - seja na proteção anastomótica em geral. Para ambos aspectos, a literatura recente tem mostrado resultados controversos.

Estoma de proteção reduziu a taxa de deiscências de anastomose colorretal - que demandaram intervenções reparadoras - e as suas conseqüências em amplo estudo prospectivo com 881 pacientes (32,3% de 2729 pacientes atendidos no período), realizado por Gastinger et al⁽¹¹⁾. Embora também empregado por Bailey et al⁽¹²⁾, como medida de proteção anastomótica, os autores detectaram que 8% de 59 pacientes mantinham-se estomizados, após seguimento de 4 anos. Esses autores concluem que tal resultado não é adequado, à medida que a ressecção anterior baixa constitui exatamente uma alternativa ao estoma definitivo.

Já os resultados de Koperna⁽¹³⁾ sugerem um benchmark de 10% ou menos para a realização de estomas protetores e para a ocorrência de deiscências de anastomoses, em cirurgias de ressecção anterior, o que limitaria os custos totais a 12 mil Euros por paciente tratado, estimulando a implantação de programas especiais voltados para a redução de ambos índices (estomas temporários e deiscências). O autor ainda afirma que elevadas taxas de deiscências, apesar do alto número de estomas, depende muito mais da habilidade do cirurgião do que das características dos pacientes, exigindo mudanças nas estratégias cirúrgicas.

No que tange ao tipo de estoma temporário a ser empregado " colostomia ou ileostomia " os estudos também mostram resultados distintos quanto à sua morbidade, durante a permanência e após o fechamento. Nesse sentido, Law, Chu e Choi⁽¹⁴⁾ e Gastinger et al⁽¹¹⁾ são favoráveis às colostomias, enquanto Rulier et al⁽¹⁵⁾, Edwards et al⁽¹⁶⁾, Kuijpers⁽¹⁷⁾, Tocchi et al⁽¹⁸⁾ e Platel, Barwood e Makin⁽¹⁹⁾ preferem as ileostomias. Os estudos de Sakai et al⁽²⁰⁾ e Robertson et al⁽²¹⁾ mostraram percentuais gerais semelhantes entre ambos tipos de estomas. Enquanto os primeiros sugerem a realização de estudos futuros que investiguem e comparem a percepção dos pacientes sobre a qualidade de vida; os segundos apontam diferenças quanto à morbidade entre os dois tipos de estomas, ao longo de dois anos. Ressalta-se que todas as investigações mencionadas apresentam desenhos metodológicos diferentes.

Em revisão Cochrane, também recente, acerca da comparação entre as complicações de colostomias e ileostomias temporárias, Lertsithichai e Rattanapichart⁽²²⁾ realizaram metanálise com cinco estudos randomizados controlados. Constataram que as colostomias foram significativamente mais propensas à ocorrência de complicações dos estomas em pacientes com câncer colorretal, submetidos a cirurgias eletivas; enquanto as ileostomias mostraram maiores tendências para complicações após o fechamento. Os autores concluem que há necessidade de maior número de estudos e mais amplos para a indicação do tipo de estoma temporário mais adequado nessas condições.

A discussão acerca da necessidade de estoma provisório não ocorre, no entanto, somente para as cirurgias no tratamento do câncer retal. Ao terem indicação também em estomias de origem traumática, aqui reside outra grande polêmica acerca da cirurgia reparadora primária - com ou sem estoma de proteção? Revisão Cochrane (2006), realizada por Singer e Nelson⁽²³⁾, em que se procedeu à metanálise de seis estudos acerca do tratamento de lesões penetrantes do cólon, conclui que a técnica do reparo primário é superior à derivação fecal. Apesar das evidências

existentes, autores como Miller et al⁽²⁴⁾ discutem o uso de um algoritmo no qual pacientes com lesões destrutivas do cólon e presença de doença importante e de transfusão sanguínea devem ser submetidos à derivação fecal, em função do alto risco de mortalidade. Adesanya e Ekanem⁽²⁵⁾ apregoam o uso mais liberal das reparações primárias em lesões destrutivas do cólon, tendo em vista a ausência de diferenças estatisticamente significativas entre os pacientes com e sem colostomia, apesar da morbidade (21%) e mortalidade (5,3%) após fechamento do estoma provisório.

Além do tipo mais adequado de estoma temporário, encontram-se inúmeros outros estudos referentes a propostas técnicas para a sua confecção, novas ou revisitadas, como a derivação urinária e fecal combinada, sem anastomose intestinal⁽²⁶⁾; a ileostomia blow-hole (exteriorização do íleo através do cólon, com ou sem ileostomia em alça) para pacientes com megacólon tóxico ou grandes obstruções intestinais⁽²⁷⁾; a ileostomia com preservação da válvula íleo cecal⁽²⁸⁾; a ileostomia em alça sem suporte de fixação⁽²⁹⁾; a simplificação da técnica de colostomia, por meio de tubo plástico subcutâneo⁽³⁰⁾, e as colostomias⁽³¹⁾ e ileostomias⁽³²⁾ úmidas, que evitam a exteriorização de estoma duplo. Todas essas inovações visam a facilitar a técnica operatória, à sua manipulação pelo paciente ou, posteriormente, ao seu fechamento.

Nessa linha, encontra-se o emprego da cirurgia laparoscópica, como alternativa eficiente para a exteriorização de estomas. É o que mostram os estudos de Olmi et al⁽³³⁾ e Swain e Elis⁽³⁴⁾, respectivamente com 55 (23 colostomias terminais de Miles, 21 colostomias terminais de Hartman, 9 colostomias em alça e 3 ileostomias em alça) e 53 (ileostomias em alça) procedimentos, que resultaram em baixa morbidade, com tempo operatório bastante menor, principalmente para pacientes distendidos e obstruídos⁽³³⁾.

Esses resultados apoiam-se, de certa maneira, nas recomendações resultantes de uma revisão Cochrane, realizada por Schwenk et al⁽³⁵⁾, que reuniu 25 ensaios randomizados controlados acerca dos resultados imediatos da cirurgia laparoscópica em ressecções colorretais. Esse tipo de procedimento mostrou vantagens clínicas relevantes comparativamente à técnica tradicional, em pacientes selecionados. Os autores recomendam que, se os resultados oncológicos de longo prazo forem equivalentes para ambas técnicas, futuramente deve-se preferir a via laparoscópica. Em nosso meio, as diretrizes para tratamento do câncer colorretal recomendam que esse tipo de procedimento, para o tratamento paliativo, deve ser realizado somente em centros especializados⁽³⁶⁾.

Em estudo prospectivo de coorte⁽³⁷⁾, 59 pacientes consecutivos não oncológicos - com retocolite ulcerativa e polipose familiar - submeteram-se à cirurgia laparoscópica para realização de bolsa ileal, com e sem ileostomia de proteção. Embora considerada factível, o Índice de Massa Corporal (IMC) elevado foi identificado como fator de risco para o insucesso. Além disso, a cirurgia laparoscópica não inibe a necessidade de ileostomia protetora em pacientes selecionados - o que ainda não se encontra claramente estabelecido.

Para pacientes mais graves, sem indicação cirúrgica, Mattingly et al⁽³⁸⁾ propõem uma forma não invasiva para efetuar a derivação fecal, por meio de colonoscopia. Em revisão retrospectiva de 15 casos, em que foi utilizada somente anestesia local ou regional, não foram detectadas complicações.

Aspecto interessante nos trabalhos levantados - que também concorrem para a redução da prevalência de estomas provisórios - são os aspectos relacionados ao seu fechamento.

As publicações internacionais têm investigado o fechamento precoce, ainda durante a hospitalização⁽³⁹⁾; modificações para simplificar a abordagem pré-operatória, sem exame contrastado⁽⁴⁰⁾, ou a intra-operatória⁽⁴¹⁻⁴²⁾; morbidade após o fechamento^(17,39,43) - em torno de 10% a 18%, conforme a doença de base, tipo de estoma e de fechamento, além das condições do paciente - e ainda estudos funcionais acerca do impacto do estoma temporário na musculatura do esfíncter anal⁽⁴⁴⁾ ou na mucosa intestinal⁽⁴⁵⁾.

Embora se tenha tratado de preservação esfíncteriana, como tendência mesmo para o tratamento do câncer de reto baixo, há as condições em que o estoma definitivo torna-se imperativo, seja com finalidade curativa ou paliativa. Segundo as diretrizes nacionais para a abordagem do câncer de reto - inseridas no Projeto Diretrizes AMB - CFM - elaboradas pela Sociedade Brasileira de Coloproctologia, em 2001 - "sempre que houver lesão esfíncteriana, para lesão tumoral ou margem distal insuficiente, faz-se obrigatória uma cirurgia de amputação abdômino-perineal", que implica na exteriorização de um estoma permanente.

Estudo de coorte interessante, desenvolvido por Hodgson et al⁽⁴⁶⁾, objetivou associar o porte do hospital com o número de colostomias realizadas e a taxa de sobrevivência de pacientes com câncer de reto, durante três anos consecutivos. Os autores concluíram que os pacientes operados em hospitais de grande porte possuíam menos colostomias permanentes e melhor taxa de sobrevida comparativamente àqueles operados em hospitais de menor porte. Finalizam recomendando a revisão dos processos de cuidar que contribuem para tais diferenças, visando à melhora dos resultados, em todos os serviços.

Certamente, ao discutir-se sobre o câncer colorretal - como uma das principais causas dos estomas, particularmente os definitivos - é fundamental ressaltar que os estudos têm versado sobre o tema da prevenção. Evidentemente, a prevenção também interessa à epidemiologia dos estomas, à medida da possibilidade de evitar sua confecção, seja por meio do diagnóstico precoce

e ressecções mais econômicas seja na evitação da própria doença, o que ainda é bastante discutível. Corroborando essas suposições, em revisão Cochrane recente, em que se fez metanálise com estudos que envolveram casuística importante (mais de 10 mil sujeitos), Towler et al⁽⁴⁷⁾ concluíram que existem benefícios do rastreamento, por meio do teste de sangue oculto nas fezes "hemoccult" que incluem redução da mortalidade e possível redução da incidência de câncer - seja por intermédio da detecção e remoção precoces de adenomas seja, potencialmente, pelo tratamento de lesões com cirurgias menos invasivas. No entanto, também ocorrem efeitos indesejáveis como as complicações físicas das colonoscopias, a ruptura do estilo de vida, estresse e desconforto conseqüentes à investigação e à ansiedade causada pelos resultados falsos positivos. Desse modo, embora os benefícios superem os danos para a população com risco aumentado, são ainda necessárias mais informações sobre tais efeitos deletérios, sobre as respostas da comunidade e sobre os custos envolvidos, em diferentes sistemas de saúde, antes que o hemoccult possa ser estabelecido como recomendação.

Ainda no que se refere às medidas preventivas do câncer colorretal, duas outras revisões Cochrane tratam de aspectos dietéticos acerca, respectivamente, de fibras e de suplementação de cálcio. Analisando cinco estudos randomizados ou quase randomizados, junto a pacientes com adenomas e sem história de câncer, mostraram que não há evidências indicativas de que o aumento de fibras na dieta acarrete diminuição da incidência ou recorrência de pólipos adenomatosos, no período investigado, de 2 a 4 anos⁽⁴⁸⁾. Na outra revisão, que incluiu dois estudos randomizados com placebo controle (n = 1346 indivíduos), Weingarten, Zalmanovici e Yaphé⁽⁴⁹⁾ verificaram que, embora a suplementação de cálcio na dieta contribua moderadamente para a prevenção de pólipos adenomatosos colorretais, essa também não constitui evidência suficiente para transformá-la em recomendação.

Outros estudos tratam da indicação de estomas em condições pouco usuais como a constipação idiopática crônica grave⁽⁵⁰⁻⁵¹⁾ ou em paraplégicos após Lesão Medular Traumática⁽⁵²⁻⁵³⁾, com resultados satisfatórios principalmente para o segundo grupo. Em estudo de caso, Münch et al⁽⁵⁴⁾ indicam o uso da ileostomia temporária para um paciente com colite colagenosa - doença pouco freqüente e de etiologia desconhecida - com redução importante do processo inflamatório mucoso, normalização da degeneração epitelial e da permeabilidade da mucosa.

Considerações finais

Finaliza-se este artigo, reconhecendo-se a escassez de literatura específica e, principalmente, de estatísticas nacionais e internacionais que dêem suporte ao que se denominou epidemiologia dos estomas. O tema acaba sendo discutido muito mais à luz da literatura médica em cirurgia voltada para o estoma como conseqüência da impossibilidade do alcance de uma das metas mais importantes, qual seja a preservação esfinteriana. Atualmente, essa é muito mais factível na Urologia "através das ampliações vesicais, neo bexigas e esfíncteres artificiais" o que foi possível depreender pela ausência de publicações que tratam, especificamente, das urostomias ou derivações urinárias. Como tendências, podem-se apontar algumas inovações na cirurgia de ressecção anterior baixa, para o tratamento cirúrgico dos tumores retais baixos, e as indicações e tipos de estomas temporários, para proteção de anastomoses, no câncer e trauma. Esses temas, certamente, encontram-se relacionados à epidemiologia dos estomas, à medida que repercutem não somente no número de pessoas com estomas permanentes e definitivos, em diferentes condições clínicas, como no processo de cuidar, desde uma etapa diagnóstica precoce, durante o perioperatório, até etapas mais tardias.

Referências

Associação Brasileira de Ostomizados (ABRASO). Giro pelo mundo: ações pelo mundo. Rev ABRASO. 2005;(5):19-21.

Associação Brasileira de Ostomizados (ABRASO). Política pública: a saúde da pessoa ostomizada. Rev ABRASO. 2004a;(3):12.

Associação Brasileira de Ostomizados (ABRASO). Política pública: recomendações para a criação da Portaria Nacional específica para o atendimento à pessoa ostomizada. Rev ABRASO. 2004b;(3):13-4.

Santos VLCG. Cuidando do ostomizado: análise da trajetória no ensino, pesquisa e extensão. [livre docência]. São Paulo (SP): Escola de Enfermagem da USP; 2006. Disponível em www.teses.usp.br/teses/disponiveis/livredocencia

Secoli S. Perfil epidemiológico do câncer no adulto: panorama brasileiro. Âmb Hosp. 2005;17(171):59-62.

Habr-Gama A, Araújo SEA. Estomas intestinais: aspectos conceituais e técnicos. In: Santos VLCG, Cesaretti IUR, coordenadoras. Assistência em estomaterapia: cuidando do ostomizado. São Paulo: Atheneu; 2000. p. 39-54.

McNamara DA, Parc R. Methods and results of sphincter- preserving surgery for rectal cancer. *Cancer Control*. 2003;10(3):212-8.

Saito N, Ono M, Sugito M, Ito M, Morihiro M, Kosugi C, Sato K, Kotaka M, Nomura S, Arai M, Kobatake T. Early results of intersphincteric resection for patients with very low rectal cancer: an active approach to avoid a permanent colostomy. *Dis Colon Rectum*. 2004;47(4):459-66.

Salom EM, Penalver MA. Pelvic exenteration and reconstruction. *Cancer*. 2003;9(5):415-24.

Lustosa SAS, Matos D, Atalah NA, Castro AA. Stapled versus handsewn methods for colorectal anastomosis surgery. *Cochrane Database Syst Rev* [database online].2006;(1). Available from: <http://www.cochrane.org/reviews>. [Access at 27 jan 2006].

Gastinger I, Marusch F, Steinert R, Wolff S, Koeckerling F, Lippert H; Working Group Colon/Rectum Carcinoma. Protective defunctioning stoma in low anterior resection for rectal carcinoma. *Br J Surg*. 2005;92(9):1137-42.

Bailey CM, Wheeler JM, Birks M, Faraouk R. The incidence and causes of permanent stoma after anterior resection. *Colorectal Dis*. 2003;5(4):331-4.

Kopera T. Cost-effectiveness of defunctioning stomas in low anterior resections for rectal cancer: a call for benchmarking. *Arch Surg*. 2003; 138(12):1334-9.

Law WL, Chu KW, Choi HK. Randomized clinical trial comparing loop ileostomy and loop transverse colostomy for faecal diversion following total mesorectal excision. *Br J Surg*. 2002;89(11):1480-1.

Rulier E, Le Toux N, Laurent C, Garrelon JL, Parneix M, Saric J. Loop ileostomy versus loop colostomy for defunctioning low anastomoses during rectal cancer surgery. *World J Surg*. 2001;25(3):274-77.

Edwards DP, Leppington-Clarke A, Sexton R, Heald RJ, Moran BJ. Stoma-related complications are more frequent after transverse colostomy than loop ileostomy: a prospective randomized clinical trial. *Br J Surg*. 2001;88(3):360-3.

Kuijpers JH. Gastrointestinal surgery and gastroenterology. XI. Stomas and stoma surgery. *Ned Tijdschr Geneesk*. 2001;145(24):1144-8.

Tocchi A, Mazzoni G, Miccini M, Betteli E, Cassini D. Use of ileostomy and colostomy as temporal derivation in colorectal surgery. *G Chir*. 2002;23(1/2):48-52.

Platel C, Barwood N, Makin G. Clinical utility of a de- functioning loop ileostomy. *ANZ J Surg*. 2005;75(3):147-51.

Sakai Y, Nelson H, Larson D, Maidl L, Young-Fadok T, Ilstrup D. Temporal transverse coplostomy vs loop ileostomy in diversion: a case-matched study. *Arch Surg*. 2001;136(3):338- 42.

Robertson I, Leung E, Hughes D, Spiers M, Donnelly L, Mackenzie I, Macdonald A. Prospective analysis of stoma- related complications. *Colorectal Dis*. 2005;7(3):279-85.

Lertsithichai P, Rattanapichart P. Temporary ileostomy versus colostomy: a meta-analysis of complications. *Asian J Surg*. 2004;27(3):202-10.

Singer MA, Nelson RL. Primary repair for penetrating injuries: a systematic review. *Dis Colon Rectum*. 2002;45(12):1579-87.

Miler PR, Fabian TC, Croce MA, Magnotti LJ, Prichard EF, Minard G, Stewart RM. Improving outcomes following penetrating colon wounds: application of a clinical pathway. *Ann Surg*. 2002;235(6):775-81.

Adesanya AA, Ekanem EE. A ten-year study of penetrating injuries of the colon. *Dis Colon Rectum*. 2004;47(12):2169- 2177.

Costa JA, Kreder KJ, Howe JR. Combined urinary and fecal diversion using a no bowel anastomosis technique. *J Urol*. 2003;169(2):621-2.

Remzi FH, Oncel M, Hul TL, Strong AS, Lavery IC, Fazio VW. Current indications for blow-hole colostomy: ileostomy procedure. *Int J Colorectal Dis*. 2003;18(4):361-4.

Nio Y, Itakura M, Yamaguchi K, Hirahara N. Ileocecal valve- preserving ileostomy after total proctocolectomy: a novel technique for ileostomy. *Dig Surg*. 2004;21(1):7-9.

Papachristou DN, Papachristou MD. Loop ileostomy without a rod. *Ann Surg*. 2004;70(1):89-90.

Bancu S. A simplified method of diverting colostomy. *Chirurgia (Bucur)*. 2003; 98(4):361-3.

Blanco Díez A, Fernández Rosado E, Alvarez Castelo L, Sánchez Rodríguez-Losada J, Chantada Abal V, Novás Castro S, Barbagelata López A, Serrano Barrientos J, González Martín M. Double-barreled

wet colostomy: analysis of a urinary diversion. *Actas Urol Esp.* 2003;27(8):611-7.

Guimarães GC, Terabe F, Rossi BM, Aguiar Júnior S, Ferreira FO, Nakagawa WT, Lopes AA. The double-barreled wet ileostomy: an alternative method for simultaneous urinary and intestinal diversion without intestinal anastomosis after total colectomy and pelvic exenteration. *Int J Colorectal Dis.* 2005;20(2):190-3.

Olmi S, Croce E, Magnone S, Mastropasqua E. Laparoscopic stoma creation. *Chir Ital.* 2002;55(6):897-902.

Swain BT, Ellis CN. Laparoscopic-assisted loop ileostomy: an acceptable option for temporary fecal diversion after anorectal surgery. *Dis Colon Rectum.* 2002;45(5):705-7.

Schwenk W, Haase O, Neudecker J, Müller JM. Short term benefits for laparoscopic colorectal resection. *Cochrane Database Syst Rev* [database online]. 2006;(1). Available from: <http://www.cochrane.org/reviews> [Access at 27 jan 2006].

Cordeiro F, Yamaguchi NH, Habr-Gama A, Cutait R, Reinan RJ, Asbramoff R, Perdicaris M, Moraes A, Quilici FA, Sugahara R, Valério F. Diagnóstico, estadiamento e tratamento cirúrgico e multidisciplinar do câncer colorretal, de 14 de agosto de 2001. In: Projeto Diretrizes AMB-CFM [online]. Disponível em: <http://www.projetodiretrizes.org.br>. [Acesso em 30 jan 2006].

Kienle P, Weitz J, Benner A, Herfarth C, Schmidt J. Laparoscopically assisted colectomy and ileoanal pouch procedure with and without protective ileostomy. *Surg Endosc.* 2003;17(5):716-20.

Mattingly M, Wasvary H, Sacksner J, Deshmukh G, Kadro OO. Minimally invasive, endoscopically assisted colostomy can be performed without general anesthesia or laparotomy. *Dis Colon Rectum.* 2003;46(2):271-3.

Bakx R, Busch OR, van Geldere D, Bemelman WA, Slors JF, van Lanschot JJ. Feasibility of early closure of loop ileostomies: a pilot study. *Dis Colon Rectum.* 2003;46(12):1680-4.

Cowan T, Hil AG. Ileostomy closure without contrast study is safe in selected patients. *ANZ J Surg.* 2005;75(4):218-9.

Cantele H, Méndez A, Leyba J. Colostomy closure using local anesthesia. *Surg Today.* 2001;31(8):678-80.

Keating J, Kely EW, Hunt I. Save the skin and improve the scar: a simple technique to minimize the scar from a temporary stoma. *Dis Colon Rectum.* 2003;46(10):1428-9.

Wong KS, Remzi FH, Arrigain S, Church JM, Preen M, Fazio VW. Loop ileostomy closure after restorative proctocolectomy: outcome in 1504 patients. *Dis Colon Rectum.* 2005;48(2):243-50.

Sailer M, Fein M, Fuchs KH, Bussen D, Grun C, Thiede AA. Morphologic changes of the anal sphincter musculature during and after temporary stool deviation. *Langenbecks Arch Surg.* 2001;386(3):183-7.

Oh NG, Son GM, Sin JY, Ding XZ, Adrian TE. Time-course of morphologic changes and peptide YY adaptation in ileal mucosa after loop ileostomy in humans. *Dis Colon Rectum.* 2005;48(6):1287-94.

Hodgson DC, Zhang W, Zaslavsky AM, Fuchs CS, Wright WE, Ayanian JZ. Relation of hospital volume to colostomy rates and survival for patients with rectal cancer. *J Natl Cancer Inst.* 2003;95(10):708-16.

Towler BP, Irwig L, Glasziou P, Weller D, Kewenter J. Screening for colorectal cancer using the faecal occult blood test, Hemoccult. *Cochrane Database Syst Rev* [database online]. 2006;(1). Available from: <http://www.cochrane.org/reviews>. [Access at 27 jan 2006].

Asano TK, McLeod RS. Dietary fibre for the prevention of colorectal adenomas and carcinomas. *Cochrane Database Syst Rev* [database online]. 2006;(1). Available from: <http://www.cochrane.org/reviews>. [Access at 27 jan 2006].

Weingarten MA, Zalmanovici A, Yaphe J. Dietary calcium supplementation for preventing colorectal cancer and adenomatous polyps. *Cochrane Database Syst Rev* [database online]. 2006;(1). Available from: <http://www.cochrane.org/reviews>. [Access at 27 jan 2006].

Scarpa M, Barollo M, Keighley MR. Ileostomy for constipation: long-term postoperative outcome. *Colorectal Dis.* 2005;7(3):224-7.

El-Tawil AM. Reasons for creation of permanent ileostomy for the management of idiopathic chronic constipation. *J Gastroenterol Hepatol* 2004;19(8):844-6.

La Fuente SG, Levin LS, Reynolds JD, Olivares C, Pappas TN, Ludwig KA, Mantyh CR. Elective stoma construction improves outcomes in medically intractable pressure ulcers. *Dis Colon Rectum.*

2003;46(11):1525-30.

Safadi BY, Rosito O, Nino-Murcia M, Wolfe VA, Perlash I. Which stoma works better for colonic dysmobility in the spinal cord injured patients? Am J Surg. 2003;186(5):437-42.

Münch A, Söderholm JD, Walon C, Ost A, Olaison G, Ström M. Dynamics of mucosal permeability and inflammation in collagenous colitis before, during, and after loop ileostomy. Gut. 2005;54(8):1126-8.

Apontamentos

- Não há apontamentos.