



# **PROBLEMATICHE DI CONTINENZA DEI PAZIENTI SOTTOPOSTI A RESEZIONE ANTERIORE DEL RETTO DOPO RICANALIZZAZIONE**

**Gruppo di Studio Stomaterapisti**

**Coordinatrici:** *Giovanna Bosio, Maria Russo*

**A cura del sottogruppo:** *“Problematiche di continenza dei pazienti”*

**Referente:** *Elisabetta Laganà*

**Partecipanti:** *Franca Alladio, Paula Carp, Maria Friio, Elisabetta Laganà, Maria Marino, Elena Maria Morano, Cinzia Rastello, Cristina Valle*

**Documento approvato dal Gruppo di Studio**

# **PROBLEMATICHE DI CONTINENZA DEI PAZIENTI SOTTOPOSTI A RESEZIONE ANTERIORE DEL RETTO DOPO RICANALIZZAZIONE**

Autori: Alladio F., Carp P., Friio M., Laganà E., Marino M., Morano E., Rastello C., Valle C.,

## **INTRODUZIONE**

Il cancro del colon-retto è il terzo tumore più comune al mondo.

Il trattamento chirurgico è l'unica terapia curativa per il tumore del retto. La chirurgia transaddominale può essere eseguita sia con tecniche di risparmio dello sfintere (Resezione Anteriore del Retto R.A.R.) sia con una resezione perineale addominale. (Sec. Miles).

Storicamente la resezione addomino perineale era il gold standard per il trattamento dei tumori rettali bassi. Con l'avvento di migliori tecniche, attrezzature chirurgiche e la terapia neoadiuvante, la resezione addomino perineale è stata gradualmente sostituita da procedure di resezione anteriore con risparmio degli sfinteri.

La resezione anteriore del retto consente di escludere la stomia definitiva, preservando gli sfinteri, ma modificando la fisiologia del retto che perde completamente o in parte la sua funzioni di serbatoio.

Il 90% delle persone sottoposte a resezione anteriore del retto con anastomosi bassa o ultrabassa, con confezionamento di ileostomia o colostomia temporanea, presentano dopo il ripristino della continuità intestinale, un cambiamento nelle abitudini evacuative. Queste modifiche intestinali comprendono un insieme di sintomi, denominata sindrome da resezione anteriore del retto (LARS), che costituiscono un grande problema perché hanno un enorme impatto sulla qualità di vita dei pazienti.

## **SINTOMI LARS**

Urgenza defecatoria, tenesmo, dolore anale e all'evacuazione, incontinenza fecale, evacuazione incompleta e frazionata. Difficoltà a riconoscere la necessità di evacuare feci o espellere aria.

La sintomatologia si va attenuando con il passare dei mesi ma permane in circa 1/3 dei pazienti con grave compromissione della qualità di vita.

Tali condizioni determinano conseguenze negative fisiche, sociali e psicologiche per la persona e un aumento dei costi del SSN.

## OBIETTIVO DELLO STUDIO

Partendo dalla revisione della letteratura questo studio vuole valutare i sintomi dei pazienti sottoposti a RAR dopo ricanalizzazione e capire quali strumenti mettere in atto per migliorarne la qualità di vita.

## METODI E MATERIALI

Nel periodo da marzo a maggio 2022 è stato realizzato un confronto tra tutti gli stomaterapisti del gruppo di lavoro riguardo i problemi legati alla continenza dei pazienti sottoposti a ricanalizzazione, le tecniche riabilitative utilizzate e la gestione dei sintomi.

Abbiamo utilizzato i dati emersi da un'indagine svolta dai colleghi dell'Ospedale San Luigi di Orbassano, dove hanno usato lo strumento LARS score su un campione di 22 pazienti sottoposti a RAR e ricanalizzati.

## RISULTATI

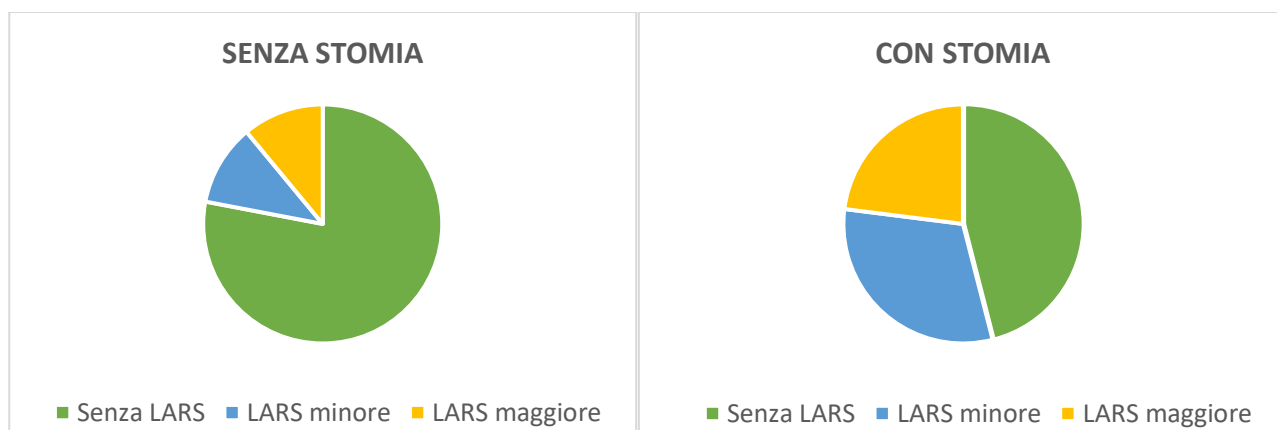
Raccolta dati questionari LARS<sup>1</sup> (dal 29/10/21 al 15/03/2022).

Gli interventi di RAR sono stati eseguiti in un arco di tempo compreso tra il 31/08/2016 e il 30/04/2021. Gli interventi di ricanalizzazione sono stati eseguiti in un arco di tempo compreso tra il 01/06/2017 e il 07/05/2021.

Il campione è composto da 22 pazienti, con una media di 75 anni (range da 60 a 80). I dati si sono potuti raccogliere su 22 pazienti a cui è stata confezionata una stomia e a 9 a cui non è stata confezionata una stomia.

Il tempo medio intercorso tra intervento di RAR e la ricanalizzazione è di 15 mesi con un tempo minimo di 1 mese ed un massimo di 40 mesi.

Questionari	0-20 assenza LARS	21-29 LARS minore	30-42 LARS maggiore
LARS pz con stomia	6	4	3
LARS pz.senza stomia	7	1	1



<sup>1</sup> Allegato 1raccolta questionari

## DISCUSSIONE

I risultati ottenuti dall'indagine hanno rivelato quanto il problema della gestione intestinale sia forte e presente per quasi tutte le persone ricanalizzate.

I pazienti hanno presentato sintomi LARS conformi ai dati presenti in letteratura: in uno studio di Emmertsen e coll. (2013)<sup>2</sup> si è riscontrato la presenza di LARS nel 58% di un campione composto da 260 pazienti sottoposti a RAR dopo 3 mesi dalla ricanalizzazione. La sintomatologia diminuiva dopo 12 mesi. Il rischio di avere una forma maggiore della sindrome aumenta significativamente nei pazienti sottoposti a terapia neoadiuvante ed escissione mesorettale totale. La Qdv era strettamente associata alla presenza della sindrome.

In uno studio condotto su 16 pazienti intervistati, 11 (68%) presentavano i sintomi della LARS. Tutti lamentavano una sensazione di evacuazione incompleta e utilizzavano pannolini, 9 pazienti (56,2%) presentavano una forte urgenza ad evacuare e 6 pazienti (37,5%) avvertivano una sensazione di gonfiore dopo l'evacuazione, anche dopo 24 mesi dall' intervento. I sintomi si aggravavano nei pazienti sottoposti a RAR basse e ultra basse influenzando negativamente sulla Qdv.<sup>3</sup>

Attualmente dal confronto dei centri intervistati e dagli articoli della letteratura è emerso che i trattamenti utilizzati per ridurre la sintomatologia della LARS sono:

*Valutazione clinica:* visita proctologica, anamnesi sulla presenza e sulla intensità dei sintomi, e impatto sulla qualità di vita mediante questionari quali AMS (allegato 2), Ccsl, Fecal Incontinence Quality of life e LARS score(allegato 3).

*Valutazione strumentale:* anoscopia, ecografia transanale, manometria anorettale, defecografia, elettromiografia e studio della latenza dei pudendi.

---

<sup>2</sup>Emmertsen KJ, Lauberg S. Impact of bowel dysfunction on quality of life after sphincter-preserving resection for rectal cancer. Br J Surg 2013; 100:1377-87

<sup>3</sup>Maglie E., Azzarito G., Barbierato M. La low anterior resection syndrome nei pazienti sottoposti a resezione anteriore del retto nel presidio ospedaliero di Bentivoglio e l'influenza della riabilitazione del pavimento pelvico sulla loro qualità di vita. AIOSS anno29-n.04/21

## **TECNICHE RIABILITATIVE**

Fisiochinesi terapia (FKT), Biofeedback (BFB), Elettrostimolazione (ES), Stimolazione del nervo tibiale, Irrigazione transanale (TAI), Dieta e terapia farmacologica

### **FKT**

Consiste in una serie di esercizi di contrazione e di rilascio della muscolatura, diretti a ripristinare il controllo della muscolatura perianale da parte del soggetto. È una ginnastica attiva che aiuta a riconoscere ed a contrarre correttamente la muscolatura del pavimento pelvico.

### **BFB**

È una tecnica usata per coadiuvare la chinesiterapia. Si effettua tramite inserimento di una sonda a livello anale collegata a un processore computerizzato munito di display e/o di scheda sonora. L'attività sfinteriale viene registrata dalla sonda e trasformata in un'immagine grafica o in un suono, permettendo di valutarne la sua efficacia.

### **SEF**

È una stimolazione passiva. Consiste nel causare una contrazione (contrazione indotta) ripetuta dello sfintere anale mediante stimoli elettrici, serve a rafforzare il tono sfinteriale a comprendere quale muscolo utilizzare e aumenta la sensibilità rettale. Agisce anche sull'urgenza.

## **STIMOLAZIONE DEL NERVO TIBIALE POSTERIORE**

La stimolazione del nervo tibiale posteriore avviene attraverso l'applicazione di un elettrodo di superficie a livello del malleolo mediale della caviglia destra o sinistra, poco posteriormente rispetto al margine tibiale. Contemporaneamente sulla superficie mediale del calcagno viene posizionato un elettrodo di superficie. Vengono connessi ad uno stimolatore elettrico di basso voltaggio con una corrente di stimolazione che può essere modificata, incrementando o diminuendo l'impulso, nel rispetto del livello di soglia di tolleranza del paziente, fino a quando non si nota la flessione dell'alluce o l'apertura a ventaglio di tutte le dita del piede. In genere, alla risposta motoria si affianca un formicolio che si irradia alla pianta del piede. Ogni volta che questa sensazione, nel corso della seduta, si affievolisce si provvede ad aumentare lo stimolo elettrico così da mantenere inalterato l'effetto.

## **IRRIGAZIONE TRANSANALE (TAI)**

È l'irrigazione retrograda del colon, utilizzata nel trattamento di stipsi ostinata e/o incontinenza fecale. La procedura viene effettuata utilizzando un sistema composto da una sacca riempita con acqua, un'unità di controllo per la gestione della manovra e una sonda rettale munita di palloncino di ancoraggio. Grazie allo stato di continenza creato dal palloncino è possibile irrigare il colon discendente fino alla flessura splenica. Questo determina una distensione della parete intestinale, funge da stimolo per l'attivazione della peristalsi, che, insieme all'azione di wash-out dell'acqua, favorisce uno svuotamento intestinale completo.

Mantenendo il colon discendente libero da feci con delle irrigazioni effettuate regolarmente è possibile prevenire le perdite involontarie, le evacuazioni frazionate e il senso di urgenza tipici della LARS.

## **DIETA**

L'effetto della dieta sull'apparato digerente varia da persona a persona ed è quindi difficile fornire consigli dietetici standardizzati. Si consiglia di non escludere alcuni alimenti dalla dieta, ma di introdurne uno alla volta per verificare l'effetto sull'assorbimento ed eliminazione.

## **CONSIGLI COMPORTAMENTALI**

Mangiare lentamente e masticare bene, frazionare i pasti ed evitare le abbuffate, evitare l'assunzione di alimenti e bevande troppo calde o troppo fredde in quanto la temperatura può influenzare la motilità intestinale. Limitare l'uso di cibi molto grassi o molto elaborati e preferire metodi di cottura semplici. È opportuno non coricarsi subito dopo il pasto per evitare la formazione di gas.

## **INDICAZIONI DIETETICHE**

Limitare gli alimenti che stimolano o irritano il tratto gastro intestinale come le preparazioni speziate e piccanti, caffè, the, cioccolato, bevande alcoliche e zuccherate, cibi grassi e snack fritti.

Evitare alimenti contenenti lattosio, latte e derivati, formaggi freschi e yogurt, soprattutto dopo trattamento chemio/radioterapico perché creano uno stato di intolleranza.

Alcuni dolcificanti artificiali (sorbitolo, mannitolo, xilitolo) contenuti nei prodotti senza zucchero possiedono proprietà lassative.

Limitare i cibi che aumentano la produzione di gas come i legumi, brassicacee (cavolo, cavolfiore, verza), aglio, cipolla, cetriolo, carni grasse, frittura, panna, salse, bevande gasate e gomma da masticare.

Regolare l'assunzione di fibre: la fibra insolubile presente nei cereali integrali, alcuni ortaggi (fagiolini, cavolfiore ecc. e verdure) accelera il transito intestinale.

La fibra solubile presente in alimenti quali carote, patate, avena, segala ed orzo, semi di psillio, favorisce la giusta consistenza delle feci. La fibra solubile

può essere assunta con gli integratori di fibra che hanno la funzione di gelificare la consistenza del materiale fecale.

La derivazione intestinale temporanea provoca una disfunzione intestinale con cambiamenti della parete del colon e del microbiota: disbiosi e malassorbimento degli acidi biliari.

Anche la radioterapia provoca alterazioni ischemiche e fibrotiche della mucosa nonché infiammazione con compromissione della fisiologica funzione gastrointestinale con sviluppo di disturbo cronici quali il malassorbimento degli acidi biliari, alterata proliferazione batterica, insorgenza di intolleranza (es. Lattosio) che causano diarrea, flatulenza, gonfiore, dolore o costipazione. Può essere indicata l'integrazione di probiotici che favoriscono l'equilibrio della flora batterica e rafforzano la mucosa intestinale.

## FARMACI

**Loperamide** è un principio attivo che fa parte del gruppo anti-diarroici è indicato nel trattamento della diarrea acuta e nella riacutizzazione della diarrea cronica. Non va assunto per lunghi periodi e non è privo di controindicazioni anche se acquistabile senza ricetta medica<sup>4</sup>.

### **Probiotici/prebiotici fermenti lattici**

I prebiotici sono sostanze organiche non digeribili, capaci di stimolare selettivamente la crescita e/o l'attività di uno o di un numero limitato di batteri benefici presenti nel colon.

I probiotici sono "micro-organismi vivi che, somministrati in quantità adeguata, apportano un beneficio alla salute dell'ospite"<sup>5</sup>

### **Agenti formanti massa**

fibre solubili (effetto formante massa) e insolubili (effetto prebiotico), che assorbendo acqua all'interno dell'intestino riducono la liquidità delle feci<sup>6</sup>.

---

<sup>4</sup>Hallgren Fasth S, Delbro D, Loperamide improves anal sphincter function and continence after restorative proctocolectomy dig dis sci 1994

<sup>5</sup> (EN) Report of a Joint FAO/WHO Expert Consultation on Evaluation of Health and Nutritional Properties of Probiotics in Food Including Powder Milk with Live Lactic Acid Bacteria, Health and Nutritional Properties of Probiotics in Food including Powder Milk with Live Lactic Acid Bacteria (PDF) [collegamento interrotto], in Food and Agriculture Organization of the United Nations, World Health Organization, (ottobre 2001).

<sup>6</sup>Bliss Dz, Jung Hj, Savik K, Lowry A Le Moine M, Jensen L, Werner C., Shaffer K. supplementation with dietary fiber improves fecal incontinence, Nurs Res (2001)

## LIMITI DEL LAVORO

- numero ridotto del campione
- tempi ristretti
- scarsa casistica

### Gaps di miglioramento:

- riprendere lo studio e analizzare il campione a distanza di un anno dall'arruolamento e dalle tecniche riabilitative per valutare la qualità di vita;
- includere nel PDTA del colon retto i pazienti con sintomi LARS;
- incrementare i centri attivi sulla riabilitazione del pavimento pelvico;
- creare percorso integrato di cura (PIC), a livello regionale, della persona portatrice di stomia.

## CONCLUSIONI

In questo studio sono emerse le problematiche di continenza dei pazienti sottoposti a RAR e (alcune soluzioni messe in atto dagli infermieri stomaterapisti) e individuato interventi finalizzati a ridurre i sintomi e migliorare la qualità di vita.

È emerso che la LARS incide significativamente sulla qualità di vita dei pazienti, tutti gli studi ne prendono atto ma nessuno ha stabilito, o perlomeno consigliato, delle modalità da seguire per migliorare la qualità di vita delle persone affette da LARS. Anche se l'indagine è stata supportata da una esigua casistica, va però nella direzione dei dati presenti in letteratura. Pare evidente la necessità di prendersi cura dei pazienti che presentano i sintomi precedentemente descritti, uniformando i comportamenti e metodiche per ridurre la sindrome di LARS nei pazienti sottoposti a RAR, con la creazione di un percorso strutturato e standardizzato, identificando il ruolo dello stomaterapista all'interno di tale percorso. La sindrome di LARS è presente nei pazienti sottoposti a RAR e ad oggi non ci sono percorsi formalizzati neanche nei PDTA già esistenti per il carcinoma del colon retto. Questa situazione è presente anche nella realtà piemontese. Sarebbe auspicabile prendere in carico tali pazienti non solo per il follow up oncologico ma anche per quanto riguarda il miglioramento della qualità di vita. Lo scopo del nostro lavoro è infatti quello di gettare le basi per costruire un protocollo riabilitativo comune e condiviso da adottare nei vari centri di stomaterapia presenti sul territorio piemontese, implementando i PDTA con la presa in carico della sindrome di LARS e relativa riabilitazione del pavimento pelvico. La riabilitazione del pavimento pelvico, se eseguita in modo corretto con personale esperto, può



essere impiegata sia nel pre che nel post operatorio per migliorare i sintomi LARS e di conseguenza, la Qdv<sup>7</sup>.

I centri di cura delle stomie, presenti in Piemonte e Valle d'Aosta<sup>8</sup>, in riferimento al documento redatto dagli stomaterapisti nel 2019 e presente sul sito della rete oncologica, sono trentanove di cui quattordici si occupano anche di riabilitazione del pavimento pelvico. Come si rileva dalla mappatura dei vari servizi sparsi sul territorio regionale, alcune realtà ospedaliere o territoriali non offrono attività di riabilitazione del pavimento pelvico: Verbania, Vercelli, Novara e in Valle d'Aosta. Quindi ad oggi sul territorio piemontese ci sono quattordici centri attivi per la riabilitazione del P.P che possono dare anche una risposta alla persona che presentano sindrome di LARS e nel prossimo futuro, potrebbero essere ben di più i centri ad occuparsene attivamente.



<sup>7</sup>Maglie E., Azzarito G., Barbierato M. la low anterior resection syndrome nei pazienti sottoposti a resezione anteriore del retto nel presidio ospedaliero di Bentivoglio e l'influenza della riabilitazione del pavimento pelvico sulla loro qualità di vita. AIOSS anno29-n.04/21

<sup>8</sup>Sito Rete oncologica centri cura della stomia e riabilitazione del PP [www.reteoncologica.it](http://www.reteoncologica.it)

## BIBLIOGRAFIA

- Annicchiarico A., Martellucci J., Solari S., - Scheiterle M., Bergamini C., Prospero P.; Low anterior resection syndrome: can it be prevented? Vol.:(0123456789)13International Journal of Colorectal Disease
- Bartolami A.; Raibilitazione del pavimento pelvico; Elsevier (2009)
- Bliss Dz, Jung Hj, Savik K, Lowry A Le Moine M, Jensen L, Werner C., Shaffer K. supplementation with dietary fiber improves fecal incontinence, Nurs Res (2001)
- Bulfone G., Del Negro F., Del Medico E., Codarin L., Bressan V., Stevanin Simone; Rehabilitation strategies for low anterior resection syndrome. A systematic review. Ann Ist Super Sanità 2020 | Vol. 56, No. 1: 38-4
- Christensen P., Baeten C., Espín-Basany E., Martellucci J., P Nugent K., Zerbib F., Pellino G., Rosen H., MANUEL Project Working Group; Management guidelines for low anterior resection syndrome-the Manuel project. Colorectal Disease. 2021; 23:461–475.
- Dulskas A., Smolskas E., Kildusiene I., Narimantas E. Samalavicius; Treatment possibilities for low anterior resection syndrome: a review of the literature; International Journal of Colorectal Disease (2018) 33:251–260
- Emmertsen KJ, Lauberg S. Impact of bowel dysfunction on quality of life after sphincter-preserving resection for rectal cancer. Br J Surg 2013; 100:1377-87
- (EN) Report of a Joint FAO/WHO Expert Consultation on Evaluation of Health and Nutritional Properties of Probiotics in Food Including Powder Milk with Live Lactic Acid Bacteria, Health and Nutritional Properties of Probiotics in Food including Powder Milk with Live Lactic Acid Bacteria (PDF), in Food and Agriculture Organization of the United Nations, World Health Organization, October 200
- Giordani C. Impatto della sindrome da resezione anteriore bassa LARS sulla qualità di vita. (2021)
- Hallgren Fasth S, Delbro D, Loperamide improves anal sphincter function and continence after restorative proctocolectomy dig dis sci 1994
- Lai X., Yuet Wong F., Yin Ching S.S.; Review of bowel dysfunction of rectal cancer patients during the first five years after sphincter-preserving surgery: A population in need of nursing attention. European Journal of Oncology Nursing 17 (2013) 681e692
- Maglie E., Azzarito G., Barbierato M.; La low anterior resection syndrome nei pazienti sottoposti a resezione anteriore del retto nel presidio ospedaliero di Bentivoglio e l'influenza della riabilitazione del pavimento pelvico sulla loro qualità di vita. AIOSS anno29-n.04/21
- Pala C., Serventi F., Paliogiannis P., et al – Le sequele funzionali dopo chirurgia del retto basso. (2019)
- Pucciani F. - A review on functional results of sphincter- saving surgery for rectal cancer; the resectin syndrome. Review article (2013)
- Sarcher T., Dupont B., Alves A., Menahem B.; Anterior resection syndrome: What should we tell practitioners and patients in2018? Journal of Visceral Surgery (2018) 155,383—3
- Theresa H. Nguyen and Reena V. ChoKshi – Low Anterior Resection syndrome (2020)
- Ziv Y., Zbar A., Bar- Shavit Y., Igov I.; Low anterior resection syndrome (LARS): cause and effect and reconstructive considerations (2013)

# ALLEGATI

## Allegato 1Tabella

Paziente	Età	Data intervento	Data ricanalizz.	Data Lars	Score Lars	Tempo con stomia
1	61	19/09/19	30/07/20	29/10/21	20	10 mesi
2	66	04/05/18	04/08/21	30/11/21	27	39 mesi
3	79	31/08/16	19/05/18	28/12/21	0	21 mes
4	51	15/01/21	22/02/21	15/03/22	20	1 mese
5	58	15/12/16	01/06/17	12/10/17	7	
6	62	12/12/17	21/05/18	15/01/19	32	
7	69	07/09/17	No stomia	14/12/21	0	
8	56	01/02/18	08/07/20	23/11/21	0	29 mesi
9	79	02/03/21	No stomia	28/01/22	34	
10	53	02/03/18	26/11/18	01/03/22	32	40 mesi
11	71	29/01/19	No stomia	17/12/21	0	
12	71	30/04/21	No stomia	15/02/22	4	
13	70	15/01/19	02/03/20	01/02/22	0	14 mesi
14	85	01/10/20	09/12/20	29/10/21	37	2 mesi
15	71	14/01/20	No stomia	05/11/21	5	
16	75	09/01/18	26/06/18	14/12/21	25	5 mesi
17	72	18/03/20	12/04/21	28/01/22	12	13 mesi
18	71	11/01/18	21/02/19	05/11/21	22	13 mesi
19	57	02/12/20	No stomia	21/12/21	4	
20	60	11/07/19	No stomia	18/02/22	28	
21	82	19/06/20	18/01/21	16/11/21	23	7 mesi
22	75	28/01/21	No stomia	09/11/21	19	
23	79	23/07/20	07/05/21	04/11/21	39	10 mesi
24	70	23/03/21	No stomia	19/11/21	11	

## Allegato 2

### Score di valutazione incontinenza fecale

#### Score WEXNER-CCS

Tipo di incontinenza	Frequenza				
	Mai	Raramente	Qualche volta	Spesso	Sempre
Feci solide	0	1	2	3	4
Feci liquide	0	1	2	3	4
Gas	0	1	2	3	4
Uso pannolini	0	1	2	3	4
Alterazione delle attività quotidiane	0	1	2	3	4

Raramente = meno di 1 episodio al mese

Qualche volta = meno di 1 episodio a settimana, più di 1 episodio al mese

Spesso = meno di 1 episodio al giorno, più di 1 episodio a settimana

Sempre = più episodi al giorno

Lo score totale è dato dalla somma dei singoli punteggi

#### Score AMS

	<i>1/mese</i>	<i>&gt;1/mese-&lt;1/sett</i>	<i>&gt;1/sett-&lt;1/die</i>	<i>1/die</i>	<i>&gt;1/die</i>
<i>Gas</i>	1	7	13	19	25
<i>Soiling</i>	31	37	43	49	55
<i>Feci liquide</i>	61	73	85	97	109
<i>Feci solide</i>	67	79	91	103	115
<i>Alt. Stile di vita</i>	1	2	3	4	5

Lo score totale è dato dalla somma dei singoli punteggi

## Allegato 3 LARS SCORE

### Questionario sulla Sindrome da Resezione Anteriore del Retto (LARS score)

- Ha mai avuto perdite incontrollate di gas o difficoltà a controllare tali emissioni?
  - No,mai 0
  - Sì,meno di una volta a settimana 4
  - Sì,almeno una volta a settimana 7
  
- Ha mai avuto perdite incontrollate di feci liquide?
  - No,mai 0
  - Sì,meno di una volta a settimana 3
  - Sì,almeno una volta a settimana 3
  
- Con quale frequenza va di corpo?
  - Più di 7 volte al giorno (24 h) 4
  - 4-7 volte al giorno (24 h) 2
  - 1-3 volte al giorno (24 h) 0
  - Meno di una volta al giorno 5
  
- Le è mai capitato di dover andare di corpo a meno di un'ora dall'ultima evacuazione?
  - No,mai 0
  - Meno di una volta a settimana 9
  - Sì,almeno una volta a settimana 11
  
- Ha mai avvertito un'urgenza all'evacuazione tale da dover correre in bagno?
  - No,mai 0
  - Sì,meno di una volta a settimana 11
  - Sì,almeno una volta a settimana 16

0-20= non Sindrome LARS

21-29= Sindrome LARS di grado minore

30-42 Sindrome LARS di alto grado