

OPERAÇÃO DE HARTMANN

Alberto E. Laurence*

O objetivo desta comunicação é analisar a experiência acumulada pelos autores utilizando a operação de *Hartmann* para o tratamento de patologias do cólon esquerdo e do reto sob o prisma dos conhecimentos atuais.

Em 1908, quando *Ernest Miles* descreveu a variante definitiva de sua ressecção abdomino-perineal do reto em uma etapa, dava-se início a um critério oncológico moderno. Incluídas nas virtudes da técnica estavam a ressecção primária do tumor e a ampla exérese das vias linfáticas aferentes; sua desvantagem na época em que foi descrita era o risco elevado, que determinava em suas mãos uma mortalidade de 36% em seus primeiros 61 casos apresentados em 1914. Isto determinou que por muitos anos se desse preferência à técnica de *Lockhart-Mummery* que dividia o risco em duas etapas menores e retirava o tumor na segunda. Se bem que houve menção de realizar-se a chamada "cirurgia de *Miles* em duas etapas", o próprio *Miles* lhe negou paternidade em 1939, dizendo: "A operação abdomino-perineal pode ser efetuada em uma etapa tal como a descrevi, ou pode ser feita em duas etapas com um intervalo de 10 a 14 dias, sendo chamada então operação de *Coffey*".

O conceito de ressecção dos tumores do reto superior e retossigmóide em uma etapa por via abdominal parece ter sido desenvolvido por *William Mayo*, que descreveu quatro casos em que, deixando o coto proximal ou sigmóide como colostomia ilíaca, ressecava parte do segmento distal junto com o tumor; o reto inferior era seccionado abaixo do tumor entre duas pinças

anguladas, a mais distal era deixada no local durante um tempo prudente com seu cabo exteriorizado pela ferida abdominal.

Henri Hartmann viveu entre os anos 1860 e 1952, foi um cirurgião geral no mais amplo sentido. Foi respeitado na França e em toda a Europa, onde recebeu os mais altos postos de honra pelos avanços conceptuais e técnicos que introduziu na cirurgia do estômago, intestino, vias biliares, pâncreas, baço e apêndice, além de ser pioneiro na cirurgia ginecológica e urológica. Em 1923, aplicando o conceito iniciado por *Mayo*, publicou nos "Bulletins et Memoires de la Société de Chirurgie de Paris" sua técnica para a ressecção do câncer do retossigmóide e da parte superior da ampola retal, dizendo que consistia da "ressecção por via abdominal da parte superior do reto e da totalidade do sigmóide com seu meso, terminando a cirurgia pelo fechamento em fundo de saco do coto anorretal e por uma colostomia terminal". Seus primeiros dois casos publicados em 1921 tinham uma colostomia já estabelecida em etapa prévia, limitando-se a ressecar o tumor da maneira descrita, mas a partir do terceiro em 1923 a ressecção tumoral foi primária. O fechamento do coto anorretal era feito com sutura contínua total perfurante, seguida de um segundo plano não perfurante serosseroso. Ele menciona a possibilidade de deixar o coto retal aberto com um tubo e fio de gaze (mecha) impregnados de

* Buenos Aires – Argentina

— Proibida a reprodução total ou parcial para fins comerciais

iodoformo em seu interior, "como a vagina depois de uma histerectomia total". Esta possibilidade tem sido lembrada por *Goligher* como "Hartmann ampliada" para o caso em que ficar um coto distal muito curto e difícil de fechar.

Não houve tentativa de restituição do trânsito em nenhum dos casos para não diminuir as chances de evolução benigna com o método, se bem que outros já faziam isto imediatamente (*Morrison, Lockhart-Mummary, Mérola e Okinezye*) ou em segunda intenção (*Schwaetz*). Ele se refere especialmente à intenção radical e curativa de sua técnica, baseando-se nos estudos de *Villemín, Huard e Montagné* sobre a drenagem quase exclusivamente ascendente dos linfáticos para o pedículo abdominal, demonstrada em 1925.

PACIENTES E MÉTODOS

Apresentamos a experiência retrospectiva acumulada no serviço nº 1 e no serviço de Proctologia do Hospital Britânico de Buenos Aires durante duas décadas, de 1961 a 1980 inclusive, período em que foi utilizada esta técnica 24 vezes. Na primeira década foi utilizada em seis casos e na segunda em 18. Em todos os casos houve motivos que fizeram preferir esta técnica, exceção à ressecção anterior com anastomose imediata (utilizada 240 vezes no mesmo período) ou à amputação abdominoperineal (efetuada em 84 casos).

Fazem parte da casuística 11 mulheres e 13 homens.

A idade média foi de 69 anos, com idade máxima de 83 e mínima de 56. A distribuição por décadas foi a seguinte:

51 a 60 anos	5
61 a 70 anos	10
71 a 80 anos	6
81 ou mais	3

As causas que levaram à utilização da operação de *Hartmann* em troca de outras técnicas mais correntes antes mencionadas foram:

Risco cirúrgico muito elevado	14
Dificuldades técnicas	7
Obstrução ou preparo insuficiente	5
Ressecção paliativa	5
Agravamento pré-operatório	3
Sépsis local grave	1
Recidiva anastomótica	1
Ressecção considerada incompleta	1
Irrigação deficiente do coto proximal	1
Total	38

Vários casos apresentaram mais de uma causa. Do total de 24 doentes, 21 foram operados por câncer, dois por isquemia do cólon com perfuração, e um por doença diverticular estenosante com fibrose retroperitoneal obstruindo o ureter esquerdo.

Entre as lesões malignas cinco se localizavam no cólon sigmóide, 11 no retossigmóide ou reto superior, e cinco no reto inferior proximal.

Dezesseis dos casos operados por câncer tinham indicação curativa e cinco foram ressecções paliativas.

Dois casos atípicos foram incluídos. Em um caso de adenocarcinoma de sigmóide com perfuração foi possível abocar o coto distal à pele da região suprapúbica, o que tornou fácil a reconstituição do trânsito três meses mais tarde. Em outro caso de perfuração do cólon descendente por isquemia do cólon se fez uma ressecção ampla com colostomia transversa. Ambos casos foram incluídos por se considerar que respeitavam o conceito primário da técnica ao ressecar a lesão na primeira intervenção e não realizar anastomose.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Sendo uma intervenção utilizada em emergências ou em caso de necessidade devido às más condições clínicas do doente, achamos que a mortalidade e a sobrevida a longo prazo dificilmente podem ser comparadas às séries com intervenções eletivas.

Houve uma morte cirúrgica ocorrida sete dias após a intervenção, em um caso do sexo masculino, de 60 anos, operado com intenção paliativa na presença de obstrução, sendo necessário ressecar um segmento aderido de intestino delgado. A morte decorreu de choque séptico. Nossa mortalidade operatória foi então de 4,16%.

Nos 16 casos operados por câncer em que a intenção cirúrgica foi curativa ignora-se a evolução de um, ficando para análise a sobrevida de 15.

Seis doentes foram acompanhados menos de um ano: um faleceu por neoplasia, um por doença cardíaca intercorrente, e quatro operados recentemente vivem, se bem que um deles teve que ser reoperado por recidiva no coto retal.

Entre dois doentes seguidos por mais de três e menos de cinco anos, um tem evolução posterior desconhecida e outro foi operado por recidiva no coto aos 30 meses de sua primeira cirurgia, encontrando-se agora sem sinais de recidiva.

Entre quatro doentes acompanhados mais de cinco anos, três vivem sem sinais de recidiva 5, 7

e 16 anos após a cirurgia. O quarto caso foi seguido durante 10 anos sem sinais de recidiva, perdendo-se depois o acompanhamento.

Em nossa casuística de 24 casos tentou-se reconstituir o trânsito em seis casos, com êxito em quatro e insucesso em dois por dificuldades técnicas.

A procura bibliográfica rendeu poucos trabalhos dedicados à cirurgia que comentamos, fato que atribuímos à pouca frequência com que se realiza, à natureza atípica dos casos que dificulta a análise comparativa, ou ao fato de serem incluídos em comunicações de natureza mais geral. A mortalidade pós-operatória encontrada foi a seguinte:

Autor	Nº de casos	Nº de mortes	Mortalidade (%)
Hartmann e Soupault	34	3	8,8
Muir (1939)	9	0	0
Cattell (1943)	17	4	23,5
Hayden (1945)	16	4	25
Carranza (1947)	12	1	8,3
Bacon (1948)	18	2	11,1
Gabriel (1949)	14	1	7,1
Labow, Salvati e Rubin (1977)	15	0	0 (Enf. Div.)
Autores (1981)	24	1	4,1

No nosso meio encontramos comunicações sobre o tema de R. Finochietto, Carranza, Yodice e Garcia Mata, Ichcovich e Laurence e Murray.

Ao comentar as complicações omitiremos aquelas próprias de toda cirurgia maior do abdômen, limitando-nos a mencionar aquelas próprias da operação de *Hartmann*, entre as quais se encontram as seguintes:

- Impactação de Muco
- Deiscência e Abscesso
- Granuloma
- Retite
- Recidiva no coto residual

A impactação de muco na luz retal excluída do trânsito constitui apenas um incômodo que deve ser previsto e evitado ou tratado com irrigações periódicas.

Uma complicação relativamente freqüente é a deiscência da sutura do coto retal no pós-operatório imediato, o que produz infecção e abscesso na pelve menor, geralmente bem tolerada e drenada pelo próprio reto para o exterior e curada sem seqüências.

Quando esta infecção não é completamente evacuada ou quando foram utilizados fios de sutura não absorvíveis no reto, podem ocorrer granulomas de longa evolução.

Uma complicação interessante, e muitas vezes desconhecida quanto ao seu real significado, é a retite provavelmente relacionada à situação patológica do cólon desfuncionalizado. Esta síndrome descrita por *Chifflet* em 1959 foi objeto de investigação experimental por seu discípulo *Harretche* no Uruguai em 1965, estudando o reto mediante manometria, radiologia, estudos da flora microbiana e da anatomia patológica do cólon desfuncionalizado. De acordo com os conceitos de *Chifflet* comprovou-se que a exclusão do trânsito, longe de transformar o segmento em um órgão de repouso, pode produzir uma patologia própria por alterações de sua fisiologia normal. *Harretche* pôde determinar que o segmento "des-transitado" mantém sua atividade motora, com hipertonia e hipercinesia se estas existiam anteriormente, respondendo aos reflexos da alimentação. Existem também alterações na flora que a diferenciam daquela do segmento proximal à derivação, e que podem ser altamente patológicas. Do ponto de vista histológico observa-se uma maior proporção de células caliciformes e de muco e podem ser encontradas ulcerações da mucosa. Pode ocorrer estenose quando existe ulceração com proliferação do tecido de granulação, causando às vezes verdadeiras sinéquias.

Esta patologia, provavelmente atribuível a estase e falta de renovação fisiológica produzida pelo trânsito das fezes, foi lembrada recentemente por *Castro* no Congresso de Cirurgia do Cólon e Reto realizado em Melbourne, Austrália, ao descrever especificamente as alterações no coto retal após a operação de *Hartmann*. Ele apresentou cinco casos operados por doença diverticular e um por câncer retossigmóide, nos quais houve um grau variável de inflamação no reto que restou, com discreta febre séptica, supuração e aspecto similar à colite ulcerativa na mucosa, alterações que não cederam a irrigações com antibióticos. No primeiro caso foi necessário postergar a reconstituição do trânsito devido à infecção na pelve, atribuível talvez a uma reação tipo corpo estranho causada por suturas não absorvíveis. Nos casos restantes este fator não pareceu ser significativo, se bem que também houve uma retite acentuada. *Castro* conclui que, quando a reconstituição do trânsito for possível, esta não deve ser atrasada já que a mucosa torna a assumir seu aspecto normal poucas semanas após o restabelecimento da continuidade.

Chama a atenção o fato de que a retite não se apresenta em todos os casos, pelo que se deve supor que exista outro fator significativo por enquanto desconhecido. Esta complicação esteve presente em alguns casos de nossa série, ainda que com uma frequência que ignoramos por não ter sido tabelada nos primeiros anos.

A recidiva no coto é sem dúvida a complicação mais grave da operação de *Hartmann*, e alguns autores consideram que o risco desqualifica a técnica do ponto de vista oncológico. Ela sem dúvida existe e se apresenta com frequência variável, ainda que não tenhamos encontrado estatísticas sobre o tema. Antes de condenar a técnica, cuja utilização é necessária, deve-se lembrar que a ressecção abdominoperineal, mesmo efetuada na sua forma mais radical, não está isenta de recidivas locais, que *Stearns* avalia em 6,8%, *Gallem* em 20,7%, *Slanetz* em 28%, enquanto que outros acham que as mesmas são responsáveis pela metade dos fracassos da operação de *Miles*, ou seja, ocorrendo em 20 a 25% dos casos.

Na nossa experiência a recidiva no coto retal ocorreu em quatro casos, em três destes antes do primeiro ano de evolução e no quarto com dois anos e meio. Dois destes foram reoperados, encontrando-se atualmente sem sinais de recidiva. Ambos foram grau B de *Lukes*, enquanto que os dois que faleceram devido à recidiva local foram grau C. Nossa frequência de recidivas confirmadas foi assim de 16,6%, cifra que poderia ser aumentada conhecendo-se com precisão as condições do coto ao falecimento de outros doentes.

No momento atual a técnica de *Hartmann* ganhou novamente terreno para o tratamento de exceção no câncer colorretal distal, como também em algumas emergências provocadas por doenças proctológicas de natureza inflamatória ou vascular. Isto se baseia no fato de que constitui uma técnica de menor risco que a ressecção anterior com anastomose primária ou a ressecção abdominoperineal, retendo ainda o mérito de completar a retirada imediata da lesão tumoral aguda, geralmente com perfuração. Isto está de acordo com os conceitos atuais sobre a conveniência de ressecar a lesão na primeira oportunidade cirúrgica. No caso dos tumores malignos, se fundamenta na suposta queda da imunocompetência que se estabeleceria em todo pós-operatório e que favoreceria uma maior probabilidade de disseminação geral; no caso das lesões com perfuração ou hemorragia, se baseia na conveniência de ressecar imediatamente o foco séptico ou hemorrágico.

Em relação à natureza radical do método na doença maligna consideramos, como já expôs *Hartmann*, que cumpre adequadamente com o

objetivo de remover as vias e gânglios linfáticos de acordo com os conceitos de *Villemain*, *Huard* e *Montagné*, logo confirmados por *Westhues*, *Dulce* e outros.

A ressecção local do tumor deve ser tão ampla e completa no sentido distal e lateral como se se estivesse efetuando uma ressecção anterior com objetivo curativo.

A operação original tem sofrido modificações impostas pelo gradual aperfeiçoamento da cirurgia proctológica.

Não é possível falar de uma posição ideal para esta cirurgia se aceitamos que costuma ser uma técnica adotada em substituição a outra eletiva. Se fizermos toda cirurgia do cólon esquerdo e reto na posição ideal de decúbito dorsal com suportes para as pernas que permitam acesso simultâneo ao abdômen e ao pernéo por duas equipes cirúrgicas, isto nos permitirá eleger a técnica indicada no momento e fazer irrigações do reto antes de sua secção.

Construímos a colostomia sigmóide com trajeto extraperitoneal, na fossa ilíaca esquerda, plana e com abertura imediata.

O fechamento do coto retal pode ser feito com sutura contínua ou pontos separados, e em um ou dois planos, com material de sutura absorvível. Preferimos a sutura contínua com fios de absorção lenta tipo *Dexon* ou *Vicryl*, com "pegadas" subtotais extramucosas. Não temos experiência com o instrumento TA 55 para suturas mecânicas, mas as referências são boas.

A dissecação e ressecção do reto portador do tumor com uma margem sadia de 3 a 5 cm, junto com seu meso e "asas" laterais, deve ter a mesma amplitude radical que nas cirurgias eletivas.

A reconstituição do trânsito está contraindicada pelas mesmas razões que a tornaram desaconselhável na primeira cirurgia. Ocasionalmente, se o motivo for contornável, como o mau preparo do cólon, sepse local grave ou um agravamento reversível do estado geral, poderá tentar-se em uma segunda etapa. No entanto, exceto nos casos em que a localização proximal da lesão tenha permitido abocar o segmento distal à pele suprapúbica, a reconstituição da continuidade por anastomose secundária constitui uma intervenção difícil que nem sempre pode ser levada a um final satisfatório, especialmente quando houver radioterapia pós-operatória, como ocorreu em dois de nossos casos. É comum ver ao término do fechamento do coto distal que este cai no fundo da pequena pelve, e apesar de utilizar os recursos de um mandril ou retossigmoidoscópio iluminado para encontrá-lo na segunda cirurgia, a dissecação deste segmento curto, retraído e aderido pode

levar a lacerações do mesmo ou do delgado aderido, ou a lesões vesicais ou ureterais baixas com fístulas urinárias. Se bem que o instrumento facilite a anastomose não se consegue dar "condições de vôo" novamente ao coto retal. O problema é exatamente este, devido à profundidade e fibrose do reto residual. A mesma observação é válida para a interposição de alças do intestino delgado para aumentar o comprimento do coto proximal.

Em 1974 *Ichcovich* propôs utilizar a técnica de *Duhamel* para reconstituir secundariamente o trânsito, sugestão com a qual não concordaram *Fraise, Astiz, Marengo* e *Stescobich*, devido à dificuldade de constituir o túnel por trás do coto retal retraído, abocando em troca por uma anastomose por sutura ou por telescopagem.

A sutura da ferida mediana do abdômen é feita, como em todas nossas laparotomias para grande cirurgia, com ponto contínuo de mononylon tornando o plano musculoaponeurótico. Nos doentes magros, às vezes, incluímos o peritônio, suturando-o separadamente com *Dexon* contínua nos obesos.

Quanto às indicações da operação de *Hartmann*, deve-se levar em conta que a possibilidade de realizar anastomoses mecânicas mais baixas eliminará sua necessidade em alguns casos. Quando esta for possível sem ultrapassar o risco cirúrgico admissível, não há dúvidas de que é preferível e a cirurgia de *Hartmann* não estará indicada. No entanto, o aumento dos casos com idade avançada

da e mau risco obriga, com freqüência crescente, a conformar-se com algo menos que o ideal. Nestas circunstâncias apresenta a vantagem de que, se for aceita a imposição de uma colostomia geralmente permanente, permite eliminar a etapa perineal da cirurgia com seu correspondente risco aumentado, sofrimento pós-operatório, e maior probabilidade de seqüelas nas esferas urinária e sexual, fatores particularmente importantes nos casos de cirurgia paliativa.

CONCLUSÕES

1) A experiência acumulada e a análise cuidadosa da mesma nos fazem crer que a técnica de *Hartmann* tem indicações ocasionais mas precisas, nas quais é dificilmente substituível. Portanto sua técnica atualizada deve ser valorizada.

2) Cumpre com a exigência de remover a patologia existente na primeira intervenção, premissa considerada recomendável no momento, tanto nos casos de tumores malignos como nas emergências de origem inflamatória ou vascular.

3) Cumpre com os requisitos da cirurgia oncológica do cólon sigmóide e retal superior. As recidivas locais não são exclusividade desta técnica.

4) Devido às características de idade avançada e risco da população cirúrgica atual, a cirurgia de *Hartmann* permite diminuir o risco cirúrgico quando não são aconselháveis as técnicas eletivas.