

FECHAMENTO DE COLOSTOMIA PÓS-HARTMANN ASSISTIDA POR VIDEOLAPAROSCOPIA. EXPERIÊNCIA INICIAL

LUÍS CLÁUDIO PANDINI, TCBC
CELSO APARECIDO GONÇALVES

PANDINI LC & GONÇALVES CA - Fechamento de colostomia pós-Hartmann assistida por videolaparoscopia. Experiência inicial. *Rev bras Colo-Proct*, 1995; 15(2): 65-67

RESUMO: Os autores analisam os resultados de 11 pacientes submetidos a fechamento de colostomia pós-Hartmann assistida por videolaparoscopia. Nove eram do sexo masculino e dois do sexo feminino, com idade média de 51 anos. Em relação à etiologia primária seis casos foram de diverticulite perforada com peritonite, três casos de volvo de sigmóide com comprometimento vascular, e dois traumas abdominais. As complicações ocorreram em dois casos, sendo um por infecção da ferida e fistula colo-cutânea tardia (três meses). Houve dois casos de conversão (18,1%). Os pacientes apresentaram pouca dor pós-operatória com íleo paralítico reduzido e alta hospitalar precoce (média 4,3 dias). A mortalidade operatória foi nula e a morbidade foi de 18,1%.

UNITERMOS: cirurgia de Hartmann; videolaparoscopia; colostomia

A ressecção do cólon sigmóide com colostomia terminal e fechamento do coto retal (operação de Hartmann) tem sido utilizada na diverticulite perforada com peritonite e outras doenças.

A presença de abscessos abdominais e peritonite generalizada impede muitas vezes a realização de uma anastomose primária segura, podendo levar a uma alta incidência de deiscência. A cirurgia de Hartmann necessita de uma segunda operação para o restabelecimento do trânsito intestinal.

O fechamento de colostomia pós-operação de Hartmann apresenta uma baixa mortalidade de 0% a 3% (1, 2). Este procedimento tem sido associado a uma permanência hospitalar prolongada (2).

A introdução de colecistectomia laparoscópica para o tratamento de colecistopatias alterou de forma significativa o tratamento de doenças biliares.

Este avanço tecnológico tem levado ao desenvolvimento e aplicação desta técnica em inúmeros procedimentos como a apendicectomia, herniorrafia inguinal, correção do refluxo gastroesofágico, colectomias, avaliação do trauma abdominal e outros.

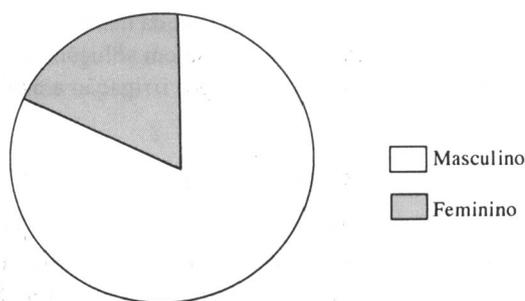
A cirurgia laparoscópica tem demonstrado vantagens em relação à convencional sob diversos aspectos. Os pacientes apresentam menor dor pós-operatória, íleo paralítico reduzido ou ausente, menor perda sangüínea, permanência hospitalar reduzida e um melhor efeito cosmético.

O interesse pela cirurgia videolaparoscópica levou-nos a aplicar esta técnica no fechamento de colostomia pós-operação de Hartmann.

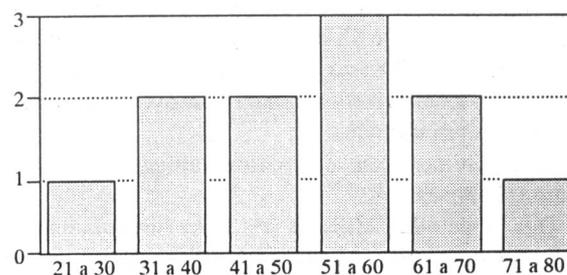
PACIENTES E MÉTODOS

Foram submetidos à reconstituição do trânsito pós-cirurgia de Hartmann por laparoscopia 11 pacientes, sendo nove do sexo masculino e dois do sexo feminino, com idades compreendidas entre 25 e 79 anos e idade média de 51 anos (Quadros 1 e 2).

Quadro 1 - Sexo.



Quadro 2 - Idade (anos).



No trabalho foram analisadas a etiologia primária, o tempo operatório, o retorno do peristaltismo, a dor pós-operatória, complicações e a taxa de conversão.

Técnica

Os pacientes sob anestesia geral são colocados na posição de litotomia modificada (loyd Davies).

A colostomia é liberada da pele e o cólon esquerdo é mobilizado pela própria incisão, assim como avaliada sua extensão a fim de promover uma anastomose segura e livre de tensão. A extremidade cutâneo-mucosa é ressecada e o bordo proximal é preparado para introdução da ogiva do grameador circular.

Aderências intra-abdominais à parede também podem ser liberadas neste momento com ajuda digital, e então é colocado o primeiro trocarte de 10 mm supra-umbilical sob visão direta. A incisão da colostomia é fechada após introdução do cólon com a ogiva na cavidade e então é iniciado o pneumoperitônio.

Uma ótica de 0 graus é introduzida pelo trocarte umbilical para inspeção da cavidade. Dois trocartes de 10 mm são colocados na fossa ilíaca direita e flanco direito. Por estas portas são introduzidas pinças de apreensão e tesoura para lise de aderências. A mobilização do cólon esquerdo é realizada quando necessária.

O grameador é introduzido através do ânus pelo auxiliar, para facilitar a visualização e liberação do coto retal. Após liberação complementar o cólon descendente é trazido à pelve para verificação do comprimento da alça.

O grameador é posicionado no reto e este é perfurado sob visão laparoscópica. A ogiva é acoplada e o instrumento é fechado e disparado. Após retirada do aparelho é verificada se os dois anéis estão perfeitos.

A integridade da anastomose é testada insuflando ar pelo reto enquanto a anastomose é imersa em solução salina.

O procedimento é completado por irrigação e aspiração da cavidade.

RESULTADOS

De dezembro de 1992 a agosto de 1994, 11 pacientes foram submetidos a fechamento de colostomia pós-Hartmann, assistidos por laparoscopia. As cirurgias foram realizadas na Sta. Casa de Misericórdia de Araçatuba.

A média de permanência hospitalar foi de 4,3 dias (de três a nove dias) incluindo um dia pré-operatório para preparo intestinal.

O tempo operatório médio foi de 2 horas e 5 minutos (de 50 minutos a 3 horas e 45 minutos): O peristaltismo estava presente entre 6 a 48 horas com média de 30 horas.

A dor pós-operatória foi avaliada pela quantidade de doses analgésicas administradas:

1. Dor mínima - Não necessitou analgésicos ou até no máximo três doses
2. Dor moderada - Mais de três doses em dois dias
3. Dor intensa - Necessitou analgesia continuada por mais de dois dias

Tabela 1 - Dor pós-operatória.

Intensidade	Número de pacientes
Mínima	5
Moderada	6
Intensa	0

A etiologia primária para a operação de Hartmann incluiu seis casos de diverticulite perforada, três casos de volvulo de sigmóide e dois casos de trauma abdominal por acidente automobilístico, sendo um caso de contusão abdominal fechada e outro por perfuração contusa.

Tabela 2 - Etiologia e complicações. Casos.

Etiologia	Complicações
1. Volvo de sigmóide*	Nenhuma
2. Diverticulite	Nenhuma
3. Diverticulite	Nenhuma
4. Trauma fechado	Nenhuma
5. Diverticulite	Nenhuma
6. Trauma perfurado*	Infecção da ferida
7. Volvo de sigmóide	Nenhuma
8. Diverticulite	Coleção abdominal + fístula tardia
9. Volvo de sigmóide	Nenhuma
10. Diverticulite	Nenhuma
11. Diverticulite	Nenhuma

*Conversões

As complicações incluíram uma infecção de ferida operatória e uma coleção intra-abdominal (hematoma) que foi drenada por punção orientada por ultra-som. Este paciente desenvolveu fístula no pós-operatório, que fechou com medidas clínicas (dieta sem resíduos). O segundo caso foi devido a aderências extensas na pelve e lesão do coto com o grameador.

Foi utilizada uma incisão transversa suprapúbica para cirurgia aberta como conversão.

Este grupo de pacientes apresentou uma taxa de mortalidade de 0% e morbidade de 18,1%.

DISCUSSÃO

Nas doenças em que uma anastomose primária não possa ser realizada com segurança ou naqueles casos em que a derivação do conteúdo fecal é necessária, a operação de Hartmann é uma opção valiosa para o cirurgião.

Para restabelecer o trânsito intestinal um segundo procedimento é necessário, acarretando aos pacientes dor pós-operatória, permanência hospitalar e período de convalescença prolongado.

A reconstrução do trânsito pós-Hartmann leva a uma baixa mortalidade, contudo com alta morbidade e tempo de internação prolongado (6).

As diversas cirurgias realizadas por videolaparoscopia têm apresentado vantagens sobre as cirurgias convencionais no que diz respeito à dor, tempo de íleo paralítico, permanência hospitalar e retorno às atividades normais.

A técnica laparoscópica foi utilizada em nossa série e os resultados avaliados demonstraram benefícios semelhantes aos de outros procedimentos laparoscópicos. Entretanto são necessários outros estudos prospectivos e randomizados para obtermos conclusões definitivas.

Problemas associados com esta técnica poderão existir em especial quando encontramos aderências abdominais e pélvicas extensas ou dificuldade na localização do coto retal principalmente se este for curto e aderido à bexiga.

Pode-se utilizar a luz do sigmoidoscópio ou a introdução do grampeador para facilitar a visualização do coto distal.

Nossa taxa de conversão foi de 18% (dois pacientes) e foram decorrentes à dificuldade na perfuração do coto retal em um caso e por aderências pélvicas em outro.

Os custos hospitalares não foram analisados, porém não julgamos que tenham sido elevados, visto utilizarmos os grampeadores quando reconstituímos pela técnica convencional. Os pacientes obtiveram alta mais precoce, principalmente pelo tempo reduzido de íleo paralítico.

CONCLUSÃO

Concluimos que o fechamento de colostomia pós-Hartmann assistida por videolaparoscopia trouxe benefícios aos pacientes por ser um procedimento menos invasivo e deve ser realizado por cirurgiões treinados em cirurgia videolaparoscópica e com experiência em cirurgias coloproctológicas.

A técnica laparoscópica para reconstituição de trânsito intestinal pós-cirurgia de Hartmann é segura e eficaz devendo ser utilizada como opção à cirurgia convencional.

REFERÊNCIAS

1. Foster ME, Leaper DJ, William RC. Changing patterns in colostomy. The Bristol experience 1975-1982. *Br J Surgery* 1985; 72: 142-5.
2. Roe AM et al. Reversal of Hartmann's procedure. Timing anal operative technique. *Br J Surgery* 1991; 78: 1167-70.
3. DelleMagne B et al. Laparoscopic Nissen Fundo Plication - Preliminary report. *Surg Laparosc Endosc* 1991; 3: 138-43.
4. Fowler DL, White SA. Laparoscopy assisted sigmoid resection. *Surg Laparosc Endosc* 1991; 3: 183-8.
5. Jacobs M, Verdeja J, Glodstein H. Minimally invasive colon resection (Laparoscopic Colectomy). *Surg Laparosc End* 1991; 1: 144-5.
6. Mosdell DM, Doberveck RC. Morbidity and mortality of ostomy closure. *Am J Surg* 1992; 162: 633-7.
7. Regadas FSP, Nicodemos AM, Rodrigues IV, Garcia JHP, Nóbrega AGS. Anastomose colorretal por via laparoscópica. Apresentação de dois casos e descrição da técnica operatória. *Rev Bras Colo-Proctologia* 1992; 12(1): 21-3.
8. Regadas FSP. Anastomose colorretal por via laparoscópica após técnica de Hartmann. In Creuz O. *Manual de Cirurgia Vídeo-Endoscópica*. Rio de Janeiro, Ed. Revinter 1993: 263-7.
9. Habr-Gama A, Gama-Rodrigues J, Brasciani C, Teixeira MG. Reconstituição do trânsito intestinal por via laparoscópica após operação de Hartmann. In Brasciani C, Gama-Rodrigues J, Habr-Gama A, Carrilho F, Lech J. *Cirurgia videolaparoscópica e laparoscopia diagnóstica em aparelho digestivo*. São Paulo, Independente, 1992: 184-5.
10. Regadas FSP. Cirurgia dos cólons. Colectomia laparoscópica. In: Pinotti HV, Domene CE. *Cirurgia Videolaparoscópica*. São Paulo. Robe Editorial, 1993: 291-311.
11. Reis Neto JA. Suturas mecânicas em cirurgia videolaparoscópica colorretal. In: *Vídeo Cirurgia CBC - São Paulo*. Robe Editorial, 1993: 393-407.
12. Habr-Gama A, Sousa Jr. AHS, Araújo SA. Análise crítica das intervenções laparoscópicas sobre o cólon. In *Colégio Brasileiro de Cirurgiões. Vídeo-cirurgia*. São Paulo. Robe Editorial, 1993: 377-389.

Endereço para correspondência:

Luís Cláudio Pandini
Rua Tiradentes, 722
10015-20 - Araçatuba - SP