

SACROPROMONTO-FIXAÇÃO DO RETO COM REFORÇO POSTERIOR DO DIAFRAGMA PÉLVICO

SÉRGIO BRENNER, TSBCP
ANTÔNIO CARLOS L. CAMPOS
FERNANDO JORGE DE SOUZA, TSBCP
JOÃO BATISTA MARCHESINI
OSVALDO MALAFAIA
ROBERTO DA SILVEIRA MORAES

BRENNER S, CAMPOS ACL, SOUZA FJ, MARCHESINI JB, MALAFAIA O, MORAES RS - Sacropromonto-fixação do reto com reforço posterior do diafragma pélvico. Rev bras Colo-Proct., 1988; 8(3): 91-93.

RESUMO: Os elevados índices de recidiva, obtidos com os diversos procedimentos existentes para o tratamento cirúrgico da procidência do reto, justificam a avaliação de novas técnicas para o tratamento desses pacientes. Nesse estudo, avaliamos clínica e manometricamente cinco pacientes submetidos à sacropromonto-fixação do reto associada à plicatura posterior dos feixes puborretais dos músculos elevadores do ânus, por via abdominal. Houve aumento das pressões basais a 2,3 e 4 cm do bordo anal, sendo estatisticamente significativa a 2 cm (15,5 para 33 mmHg). A retenção líquida média passou de 940 ml no pré-operatório para 1.490 ml após a cirurgia. Não houve nenhuma complicação operatória e nenhuma recidiva no pós-operatório (média de acompanhamento: 3,6 anos). Os resultados favoráveis obtidos sugerem que a sacropromonto-fixação do reto, associada à plicatura posterior dos puborretais, por via abdominal, deve ser considerada no tratamento cirúrgico da procidência do reto.

UNITERMOS: procidência do reto; manometria anal; cirurgia

A procidência do reto tem sido objeto de numerosos estudos fisiológicos, anatômicos e cirúrgicos, procurando-se não só determinar as alterações anátomo-funcionais mais importantes na sua etiopatogenia, bem como buscando o tratamento cirúrgico mais efetivo. Algumas bases teóricas têm sido apontadas como de importância, isoladas ou associadas com outras, no desenvolvimento da procidência do reto. Esses estudos foram muito bem sintetizados por Goligher⁵.

Procurando minimizar os índices de recidiva, sempre elevados com os procedimentos usualmente empregados, estudamos a associação da aproximação posterior dos feixes puborretais dos músculos elevadores do ânus à

sacropromonto-fixação do reto. Procuramos, dessa forma, reangular a junção anorretal através da plicatura dos feixes puborretais anormalmente frouxos, associando a isso uma fixação do reto às estruturas adjacentes através da sacropromonto-fixação.

Essa técnica, descrita inicialmente por Wookey (citado por Palmer¹¹), em 1947, não foi ainda convenientemente avaliada. Os resultados obtidos com esse procedimento cirúrgico, em um grupo de cinco pacientes, são o objeto deste trabalho.

MATERIAL E MÉTODOS

Foram estudados cinco pacientes portadores de procidência do reto, submetidos à sacropromonto-fixação do reto associada à aproximação posterior dos feixes puborretais dos músculos elevadores do ânus. Eram quatro mulheres e um homem, com idade variando de 29 a 77 anos.

Os pacientes foram estudados utilizando-se um protocolo, através do qual eram inquiridos a respeito de sua continência fecal e também questionados quanto à frequência de exteriorização do reto pelo ânus e da necessidade de sua redução manual. A seguir, um estudo manométrico foi realizado. Para tanto, utilizou-se um sistema de balões confeccionados com dedeiras de luva de látex, conectadas ao exterior através de um cateter de polietileno nº 8, o qual registrava as pressões em um manômetro Tycos, com leitura direta. O balão estava atado a uma haste metálica de 3 mm de diâmetro, graduada em centímetros, e era inflado com 7 ml de ar, quando media 4 x 2 cm. As pressões foram registradas a 2,3 e 4 cm do bordo anal, e repetidas três vezes, com dois minutos de intervalo entre elas. Foi registrada também a capacidade de contração máxima voluntária, medida a 2 cm. Procedeu-se então a uma prova de capacidade de retenção líquida, com a introdução de 2.000 ml de água morna via retal, observando-se o volume necessário para desencadear incontinência. Por fim, introduziu-se um balão de látex

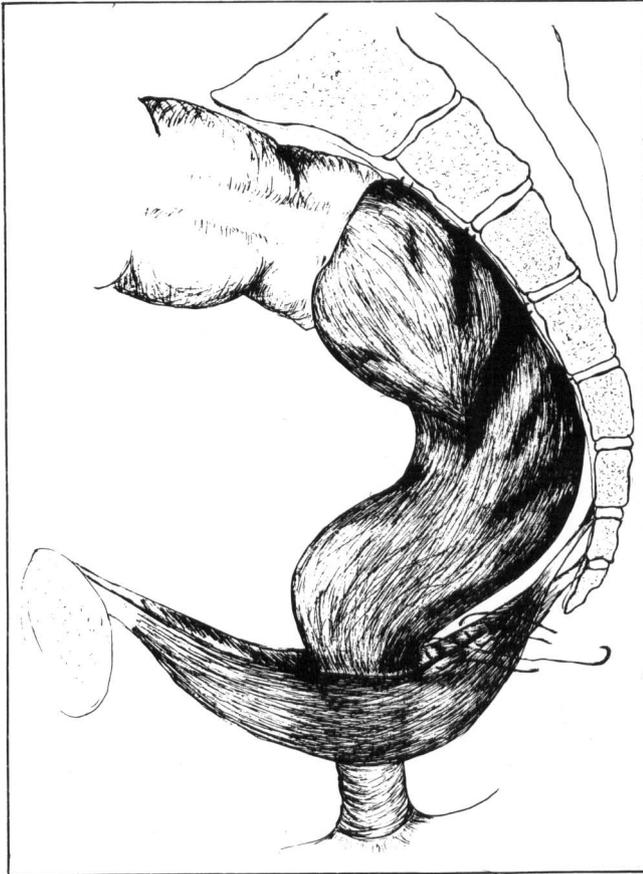


Fig. 1

conectado a uma sonda de polietileno nº6, o qual insuflou-se até um volume máximo de 300 ml de ar ou até que o paciente não mais suportasse e assim evacuasse o balão. Essas provas foram realizadas no pré-operatório e entre os 30 e 45 dias de pós-operatório. Todos os resultados foram submetidos a análise estatística pelo teste "t" de Student.

Técnica cirúrgica

A técnica cirúrgica consiste de uma ampla mobilização posterior do reto, através de laparotomia mediana. A seguir, é feita dissecação cuidadosa do feixe puborretal dos músculos elevadores do ânus, na sua porção posterior. O reto é então mobilizado anteriormente e dois ou três pontos de algodão nº0 são colocados posteriormente, reangulando a junção anorretal. Duas fileiras de pontos são então colocadas na concavidade sacra e suturadas ao reto, fixando-o dessa forma no sacro até o promontório.

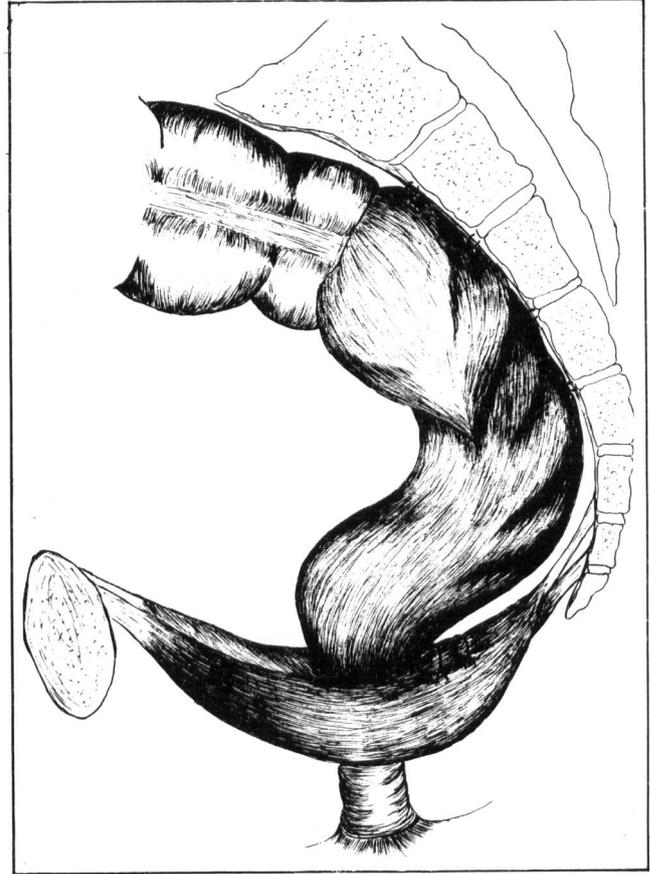


Fig. 2

O peritônio pélvico é fechado sem colocação de dreno (Figs. 1 e 2).

RESULTADOS

No pré-operatório, apenas um paciente apresentava incontinência fecal, tornando-se continente após a operação. Todos os pacientes apresentavam procidência do reto, que necessitava de redução manual. Dois dos cinco pacientes eram doentes psiquiátricos.

Os resultados estão expressos na Tabela 1. As pressões médias do esfíncter a 2, 3 e 4 cm foram, no período pré-operatório, respectivamente: 15,6; 18,4 e 18,8 mmHg. A contração máxima voluntária média foi de 53,8 mmHg. No pós-operatório essas pressões foram, respectivamente, 33, 26,6 e 19,4 mmHg. A contração máxima voluntária foi de 61,4 mmHg. Houve diferença estatisticamente significativa entre as médias de pressão a 2 cm ($p < 0,05$). Quanto à capacidade de retenção líquida, a média no

Tabela 1 - Resultados

	Pressão 2 cm mmHg	Pressão 3 cm (mmHg)	Pressão 4 cm (mmHg)	Pressão máx. (mmHg)	Vol. balão (ml)	Reten. líq. (ml)
Pré-operatório	15,6	18,4	18,8	53,8	252,5	940
Pós-operatório	33,0*	26,6	19,4	61,4	282,0	1.490

* $p < 0,05$

pré-operatório foi de 940 ml, sendo anormal em três dos cinco pacientes. No pós-operatório, apenas um paciente permaneceu incontinente para volumes superiores a 250 ml. Nos demais, a prova tornou-se normal (retenção acima de 1.500 ml). Por fim, a distensão do balão retal média no pré-operatório foi de 252,5 ml e de 282 ml no pós-operatório.

Não houve recidiva em nenhum paciente no período de acompanhamento (média: 3,6 anos).

DISCUSSÃO

Os elevados índices de recidiva obtidos com os diversos procedimentos existentes para a correção cirúrgica da procidência do reto justificam a avaliação de novas operações para o tratamento dessa doença, procurando-se minimizar as recidivas.

A fixação do reto na concavidade sacral e promontória, desenvolvida por *Cutait*² e posteriormente modificada, através da utilização da fásia-lata¹⁰ ou polivinil¹², em pouco ou nada modifica a perda do eixo anorretal normal, fator importante na manutenção da continência fecal³. A aproximação dos cabos puborretais anteriormente ao reto, associada à sacropromonto-fixação, proposta por *Roscoe Graham*⁶, possui a vantagem, segundo *Goligher*⁴, de permitir uma maior fixação do reto às estruturas adjacentes, sem contudo modificar o eixo anorretal. *Nichols*⁹ sugere a plicatura dos feixes puborretais dos elevadores por via perineal, através do acesso posterior ao ânus, associando a fixação do reto ao sacro por essa via. No procedimento que avaliamos nesse estudo, a plicatura posterior dos feixes puborretais é feita por via abdominal, associando-se a sacropromonto-fixação do reto. Essa operação foi aparentemente proposta por *Wooley* em 1947, segundo citação de *Palmer*¹¹. Esse autor comenta sobre a vantagem de se reestabelecer o eixo anorretal normal. Com isso, seria possível melhorar o controle esfinteriano, uma vez que os feixes puborretais são reconhecidos por exercerem importante papel no mecanismo esfinteriano¹¹. *Goligher* comenta essa possibilidade, concordando com as vantagens teóricas da reangulação do reto⁴. No entanto, considera tecnicamente mais difícil do que a sutura anterior, proposta por *Graham*⁶. Entretanto, nos nossos casos, essa aproximação posterior não foi motivo de dificuldade técnica aumentada, nem expôs os pacientes a maior risco.

Frente aos resultados favoráveis obtidos com essa técnica, mesmo considerando o tempo de seguimento relativamente curto (3,6 anos) e o pequeno número de pacientes, acreditamos que a aproximação posterior dos puborretais, associada à sacropromonto-fixação do reto, é

um procedimento mais que fisiológico, devendo por isso ser considerado no tratamento cirúrgico da procidência do reto.

BRENNER S, CAMPOS ACL, SOUZA FJ, MARCHESINI JB, MA LAFALA O, MORAES RS - Sacropromontory fixation of the rectum associated with retrorectal levatorplasty.

SUMMARY: High recurrence rates have been observed following the surgical treatment of massive rectal prolapse. In this study, five patients were submitted to abdominal sacropromontory fixation associated with retrorectal levatorplasty and were evaluated clinically and manometrically pre and postoperatively. No surgical complications were observed. Mean basal pressures increased at 2,3 and 4 cm, and were statistically significant at 2 cm (15.6 to 33 mmHg). No recurrences have been observed (mean follow-up: 3,6 years). These results suggest that sacropromontory-fixation of the rectum associated with retrorectal levatorplasty is a safe procedure that should be considered in the treatment of the procidencia of the rectum.

KEY WORDS: Rectal prolapse, anal manometry; surgery

REFERÊNCIAS

1. Brodén B, Snellman B. Procidentia of the rectum studied with cineradiography: a contribution to the discussion of causative mechanism. *Dis Colon Rectum* 1968; 11: 303.
2. Cutait DE. Sacropromontory fixation of the rectum for complete rectal prolapse. *Proc R Soc Med* 1959; 52(Suppl.): 105.
3. Duthie HL. Rectal prolapse. In: *Modern Trends In Surgery*. Arvine WT(ed). Vol. 3. London: Batterworth, 1971.
4. Goligher JC. Prolapse of the rectum. In: *Goligher JC (ed.). Surgery of the Anus, Rectum and Colon*. Ballière Tindall. London 4^{ed} pp. 224-258, 1980.
5. Goligher JC. The treatment of complete prolapse of the rectum by the roscoe grahan operation. *Br J Surg* 1958; 45: 323-333.
6. Graham RR. The operative repair of massive rectal prolapse. *Ann Surg* 1942; 115: 1007.
7. Moschowitz AV. The pathogenesis, anatomy and cure of prolapse of the rectum. *Surg Gynecol Obstet* 1912; 15: 7.
8. Muir EG. Prolapse of the rectum. Presidential adress. Section of Proctology. *Proc R Soc Med* 1955; 48: 33.
9. Nichols DH. Retrorectal levatorplasty for anal and perineal prolapse. *Surg Gynecol Obstet* 1982; 154: 251-254.
10. Orr TG. Suspension operation for prolapse of the rectum. *Ann Surg* 1947; 126: 833.
11. Palmer JA. The management of massive rectal prolapse. *Surg Gynecol Obstet* 1961; 112: 502-506.
12. Wells CA. (in SHAFIELD, T.L.) Polyvinyl-alcohol sponge. An inert plastic for use as a prothesis in the repair of large hernias. *Br J Surg* 1955; 42: 618.

Endereço para correspondência:

Sérgio Brenner
Rua Brasilino Moura, 559
80530 - Curitiba - PR