

---

# CONTRIBUIÇÃO DA TÉCNICA DE DUHAMEL-HADDAD NO TRATAMENTO CIRÚRGICO DO PROLAPSO RETAL COMPLETO

JOSÉ HERMES G. COSTA, TSBC  
MARCO AURÉLIO V. FRANÇA  
CARLUCIO C. PRIMO  
HÉLIO MOREIRA, TSBCP  
HILTON P. MAIA  
IRENO F. DE AZEVEDO, TSBCP

---

COSTA JHG, FRANÇA MAV, PRIMO CC, MOREIRA H, MAIA HP, AZEVEDO IF - Contribuição técnica de Duhamel-Haddad no tratamento cirúrgico do prolapso retal completo. *Rev bras Colo-Proct*, 1990; 10 (2): 61-64

**RESUMO:** Os autores analisam os resultados iniciais com o uso da técnica de Duhamel-Haddad no tratamento cirúrgico do prolapso completo de reto, em onze pacientes, acompanhados por um período de 8 meses a 7 anos. Fazem uma análise dos resultados operatórios em relação à recidiva e continência fecal. Salientam a necessidade de corrigir a incontinência fecal, como uma etapa no ato cirúrgico do prolapso retal (Reparo pós-anal de Parks), quando necessário. Embora o número de casos operados seja pequeno, conclui-se que a técnica de Duhamel-Haddad é uma alternativa nova e válida no tratamento desta patologia em pacientes selecionados.

**UNITERMOS:** prolapso retal completo; cirurgia de Duhamel-Haddad

---

Inúmeras técnicas têm sido descritas para o tratamento cirúrgico do prolapso retal completo, baseadas nos fatores etiológicos até então conhecidos (1, 3). Entretanto, na grande maioria, estes procedimentos deixaram de ser usados, visto que apresentavam resultados pouco satisfatórios, por atuarem somente nas alterações anatômicas que acompanham o prolapso retal completo e não nos seus verdadeiros fatores etiológicos. Baseados na observação de que certos pacientes portadores de megacólon chagásico, na evolução de sua patologia colônica, desenvolviam prolapso retal completo e de que os mesmos ao serem tratados pela técnica de Duhamel-Haddad curavam-se de ambas as patologias, resolvemos indicar o mesmo tratamento para pacientes selecionados, de risco cirúrgico aceitável, portadores de somente prolapso retal completo.

Este trabalho visa mostrar os resultados iniciais dos pacientes tratados por este método.

## MATERIAL E MÉTODOS

Foram estudados, retrospectivamente, os prontuários de onze pacientes atendidos nos Serviços de Colo-Proctologia do Hospital Geral de Goiânia - INAMPS e Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da UFGO, no período de 1980 a 1989 e cujo tempo de seguimento variou de 8 meses a 7 anos. A distribuição etária, do sexo e diagnóstico são mostrados na *Tabela 1*.

---

*Trabalho realizado nos Serviços de Colo-Proctologia do Hospital Geral de Goiânia (INAMPS) e Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da UFGO.*

**Tabela 1 - Distribuição etária e sexo**

	Fem	Masc	Total	Idade (anos)
Prolapso c/ megacolo	1	5	6	58 (52-67)
Prolapso	3	2	5	54,5 (40-66)

*Tipo III (Altemeir et al - 1971)*

Cinco pacientes do sexo masculino e um do sexo feminino apresentavam associação de megacólon chagásico e prolapso retal completo, com idade variada de 52-67 anos, com média de 58 anos. Dois pacientes do sexo masculino e três do sexo feminino apresentavam apenas prolapso retal completo, com idade média de 54,4 anos. Todos apresentavam prolapso tipo III pela classificação de *Altemeir* (2).

O diagnóstico de todos os casos foi baseado na história clínica, exame físico e exames complementares. Na história clínica, foram inquiridos a respeito do hábito intestinal, continência fecal, frequência do prolapso de reto e da necessidade de sua redução manual. No exame físico foi observado o grau de prolapso e o estado da musculatura pélvica.

Além dos exames rotineiros para o tratamento cirúrgico do prolapso de reto, em todos os casos foram realizados enema opaco, retossigmoidoscopia, imunofluorescência para T.A., estudo radiológico do esôfago e avaliação cardiológica completa. Não foi realizado estudo eletromanométrico ou eletromiográfico do reto.

As doenças associadas e alterações laboratoriais são mostradas na *Tabela 2*.

**Tabela 2 - Doenças associadas e alterações laboratoriais**

Doença mental	4
Hérnia inguinal	3
Megaesôfago chagásico	4
Cardiopatia chagásica	5
Incontinência	8
Obstipação	7
RGM +	5

### Técnica cirúrgica

A técnica cirúrgica utilizada foi a proposta por *Duhamel* (4, 5) em 1956 e modificada por *Haddad* em 1965 (6, 7, 8). Nos primeiros casos, o preparo de cólon foi realizado com manitol a 10% (9) e antibioticoterapia terapêutica. Nos quatro últimos casos, o cólon foi preparado de acordo com a técnica de oral-gut, nos quais foi empregado antibioticoterapia profilática. Em três pacientes que permaneceram incontinentes, o tratamento cirúrgico foi complementado com o reparo pós-anal de *Parks* (11, 12).

## RESULTADOS

Não foi registrado óbito nesta casuística e no seguimento que variou de 8 meses a 7 anos não houve recidiva do prolapso.

Os resultados foram analisados quanto a complicações imediatas e tardias, correção anatômica do prolapso e quanto à função em relação à continência e regularização do hábito intestinal, conforme a *Tabela 3*.

**Tabela 3 - Tratamento cirúrgico do prolapso de reto-Duhamel-Haddad, complicações, resultados anatômicos e funcionais**

Pacientes	Complicações	Recidiva	Incontinência
1	-	-	-
2	Abs. coto retal	-	melhora
3	-	-	inalterada
4	Íleo prolongado	-	inalterada
5	-	-	-
6	-	Prolapso mucoso	inalterada (Ressecção + Parks)
7	Pneumonia Esporão baixo	-	inalterada (Ressecção esporão)
8	-	-	melhora
9	-	Prolapso mucoso	inalterada (Parks)
10	-	-	melhora
11	-	-	inalterada (Parks)

(Seguimento: 8 m - 7 anos)

Em três pacientes observamos abscesso de coto retal, íleo prolongado e pneumonia, respectivamente, o que foi solucionado por meios clínicos. Em dois pacientes que apresentavam apenas prolapso retal, observamos tardiamente prolapso mucoso e esporão baixo da anastomose colorretal, respectivamente, os quais foram tratados com medidas cirúrgicas complementares. Todos os pacientes portadores de megacólon apresentavam obstipação rebelde e apenas dois não eram incontinentes. Dois pacientes que apresentavam associação de megacólon e prolapso retal permaneceram incontinentes no período observado de 8 a 10 meses respectivamente, perdendo-se o seu seguimento antes da época prevista para a realização da cirurgia complementar, proposta para a restauração da continência (Reparo pós-anal de *Parks*). Os três pacientes que apresentavam apenas prolapso retal e que permaneceram incontinentes no pós-operatório tiveram resolução satisfatória através da aproximação dos elevadores do ânus (Cirurgia de *Parks*). Em um desses casos realizou-se também a ressecção de esporão baixo (septoplastia). A dieta rica em fibras foi indicada para todos os pacientes e quando

necessário empregamos mucilóides hidrófilos no pós-operatório tardio (13).

## DISCUSSÃO

Sabe-se hoje que a etiologia do prolapso retal é multifatorial. As teorias que justificavam até pouco tempo a sua formação são questionadas, como a de *Moschocowitz* (14), em 1912, que explica o prolapso como hérnia de deslizamento. Atualmente, sabemos que a hérnia de deslizamento que acompanha o prolapso é efeito e não causa do mesmo. *Devadar* (15), em 1965, propôs que o prolapso seria devido a intussuscepção reto-retal, fato comprovado por estudos cineradiográficos realizados por *Broden e Snellman*, em 1968 (16). As cineradiografias obtidas durante a defecação mostravam que a intussuscepção circunferencial ocorria num ponto situado no reto à cerca de 6-8 cm da margem anal. Entretanto, os fatores que permitiam o aparecimento desta intussuscepção continuavam inexplicados. Atualmente a atenção dos pesquisadores tem se voltado para as alterações que ocorrem no assoalho pélvico, para justificar o desenvolvimento do prolapso. Estudos eletromiográficos do assoalho pélvico, realizado por *Porter* (17) em 1962, evidenciam que grandes esforços defecatórios em certos indivíduos impedem o reflexo de inibição do pubo-retal, predispondo ao prolapso progressivo. Estes estudos também mostravam que em alguns casos há um aumento paradoxal na atividade do pubo retal, ocorrendo durante a defecação, principalmente nos pacientes com úlcera solitária do reto e síndrome do períneo descendente.

A teoria mais moderna é a proposta por *Parks* (18), *Swasch e Urich* (1977), baseada na denervação histológica do pubo-retal e esfíncter externo. Eles sugerem que repetidos esforços durante a defecação resultam no estiramento do nervo pudendo e nervos retais inferiores com progressiva denervação do assoalho pélvico, iniciando-se assim a formação do prolapso retal. Portanto, a alteração anatômica principal é a diástase dos elevadores que ocorre devido à denervação progressiva do assoalho pélvico, sendo acompanhada de outras, tais como, fundo de saco de Douglas anormalmente profundo, redundância de alça de sigmóide, esfíncter anal aberto, perda da horizontalidade do reto e da sua fixação sacral (21), *Tabela 4*.

A revisão da literatura médica (*Aminev e Malyshev* - 1964) (19), mostra que existem mais de 130 técnicas propostas para a cura do prolapso, número este indicativo das incertezas em relação à sua etiologia. Estas técnicas (20) são variações de um ou mais dos seguintes procedimentos, conforme a *Tabela 5*.

**Tabela 4 - Fator etiológico e alterações anatômicas no prolapso retal**

Invaginação reto-retal (*Broden e Snellman* - 1968)

- 1 - Diástase dos elevadores
- 2 - FSD anormalmente profundo
- 3 - Alça sigmóide redundante
- 4 - Esfíncter anal aberto
- 5 - Perda da posição horizontal do reto e de sua fixação sacral

(*Goldberg, Gordon e Nivatvogns* - 1980)

**Tabela 5 - Fundamentos da correção cirúrgica do prolapso de reto - 130 técnicas - (*Aminev e Malyshev* - 1964)**

- 1 - Estreitamento do orifício anal
- 2 - Obliteração do FSD
- 3 - Restauração do assoalho pélvico
- 4 - Ressecção intestinal
- 5 - Suspensão ou fixação do reto
- 6 - Prevenção da invaginação
- 7 - Combinação de duas ou mais técnicas

Abdominal

Perineal

Ao sacro

A outras estruturas

(*Boutsis e Ellis* - 1974)

A técnica de *Duhamel-Haddad* atua na correção de várias alterações anatômicas que acompanham o prolapso retal. Ao realizarmos a retossigmoidectomia e o abaixamento retro-retal do cólon, desviando de certa maneira o trânsito fecal, prevenimos a invaginação retotorretal, ressecamos a sigmóide redundante e pela formação da fibrose que advém do descolamento da face posterior do reto, promovemos a fixação do mesmo na cavidade pélvica. Durante a reperitonização das áreas cruentas, é feita a correção do FSD anormalmente profundo, conforme mostrados na *Tabela 6*.

**Tabela 6 - A técnica de Duhamel-Haddad no tratamento do prolapso retal**

- 1 - Prevenção da invaginação (Retossigmoidectomia)
- 2 - Ressecção da sigmóide redundante
- 3 - Correção do FSD
- 4 - Fixação do reto na cavidade pélvica
- 5 - Associação com o reparo pós-anal de Parks

Nos casos em que persiste a incontinência fecal, existe a possibilidade do emprego, em outro tempo cirúrgico, do reparo pós-anal de Parks, que reconstitui o assoalho pélvico.

## CONCLUSÕES

1) A técnica de *D. Haddad* é uma nova alternativa no tratamento do prolapso retal completo, naqueles pacientes com bom risco cirúrgico.

2) Nos casos em que persiste a incontinência fecal, deve-se realizar, em ato cirúrgico posterior, o reparo pós-anal pela técnica proposta por *Parks* (11, 3). A cirurgia de *Duhamel-Haddad* apresenta indicação inquestionável no tratamento do prolapso retal completo associado ao megacólon tripanosomático.

---

**COSTA JHG, FRANÇA MAV, PRIMO CC, MOREIRA H, MAIA HP, AZEVEDO IF - Treatment of complete rectal prolapse by Duhamel-Haddad's procedure.**

**SUMMARY:** The authors analyse the initial results with the Duhamel-Haddad's procedure in the surgical treatment of the complete rectal prolapse in 11 patients with follow-up from 8 months to 7 years. They analyse the surgical results regarding to relapse and fecal continence. They point out the necessity to correct the fecal incontinence as a step in the surgical treatment of the rectal prolapse (*Park's* postanal repair). Although the number of operated patients is little they conclude that Duhamel-Haddad's technique is a new and valid alternative in the surgical management of this pathology in selected patients.

**KEY WORDS:** complete rectal prolapse; Duhamel-Haddad's surgery

---

## REFERÊNCIAS

1. Watts JD, Rothenberger DA, Geldberg SM. In *Coloproctology and Pelvic Floor*, p. 308 (M.M. Henry e M. Swash), London: Butterworth, 1985.
2. Altermeier WA, Cuthbertson WR, Schowengerdt C, Hunt J. Nineteen years experience with the one-stage perineal repair of rectal prolapse. *Annals of surgery* 1971; 173: 993-1006.
3. Goligher J. *Surgery of the Anus, Rectum and Colon*, 5<sup>th</sup> edn, pp 246-284 - London; Boillière, Tindal.
4. Duhamel B. Une nouvelle opération pour le mégacólon congenital. *La Presse med* 1956; 64: 2249-2250.
5. Duhamel B. A new operation for the treatment of hirschsprung's disease. *Arch Dis Child* 1960; 35: 38-39.
6. Haddad J, Raia A, Correa Neto A. Abaixamento retrorretal do cólon com colostomia perineal no tratamento do megacólon adquirido. *Operação de Duhamel modificada*. *Rev Assoc Med Bras* 1965; 11: 83-88.
7. Haddad J. Tratamento do megacólon adquirido pelo abaixamento retro-retal do cólon com colostomia perineal (operação de Duhamel modificada). *Rev Hosp Clin Fac Med. São Paulo*, 1968; 23: 235-253.
8. Haddad J. Estado atual do tratamento cirúrgico do megacólon congênito e adquirido. *Rev Hosp Clin Fac Med. São Paulo* 1968; 23: 101-115.
9. Habr-Gama A et alli. Preparo intestinal pela ingestão de Manitol a 10%. *Rev Bras Colo-Proct* 1981; 1:1.
10. Hewitt J, Rigby J, Reeve J, Cox AG. Whole gut irrigation in preparation for large bowel surgery. *Lancet* 1973; 2: 337.
11. Parks AG. Post-anal perineorrhaphy for rectal prolapse. *Proceedings of the Royal Society of Medicine* 1967; 60: 920-921.
12. Parks AG. Anorectal incontinence. *Proc R Soc Med* 1975; 68: 681.
13. Porter NH. Collective results of operations for rectal prolapse. *Proceedings of the Royal Society of Medicine* 1962; 55: 1090.
14. Moschowitz AV. The pathogenesis, anatomy and cure of prolapse of the rectum. *Surg Gynecol Obstet* 1912; 15: 7-21.
15. Devadhar DSC. A new concept of mechanism and treatment of rectal proctentia. *Diseases of colon and rectum* 1965; 8: 75-77.
16. Broden B, Snellman B. Proctentia of the rectum studied with cineradiography: a contribution to the discussion of causative mechanism, diseases of the colon and rectum 1968; 11: 330-347.
17. Porter NH. A physiological study of the pelvic floor in rectal prolapse. *Annals of the Royal College of Surgeons of England* 1962; 31: 379-404.
18. Parks AG, Swash M, Urich H. Sphincter denervation in anorectal incontinence and rectal prolapse. *Gut* 1977; 18: 656-665.
19. Aminev AM, Malyshev JVI. Rectal prolapse: a comparative evaluation of some operative methods of treatment concerning late observations made by the surgeons of the Soviet Union. *American Journal of Proctology* 1964; 15: 355-360.
20. Boutsis C, Ellis H. The ivalon sponge-wrap operation for rectal prolapse: an experience with 26 patients. *Diseases of colon and rectum* 1974; 17: 21-37.
21. Goldberg SM, Gordon PH, Nivatvongs S. *Essentials of Anorectal Surgery*, pp 248-268. Philadelphia, Lippencott. 1980.

### Endereço para correspondência:

Dr. José Hermes G. Costa  
Rua 135, 165 - Setor Sul  
74000 - Goiânia - GO