

Trattamento della malattia emorroidaria con suturatrice meccanica circolare



Ann. Ital. Chir., LXXIV, 1, 2003

G. Zanghì, F. Catalano, A. Zanghì, S. Gangi,
M. Furci, G. Basile, G. Benfatto, F. Basile

Università degli studi di Catania
Dipartimento di Chirurgia
Sezione di Chirurgia Generale ed Oncologica
Direttore: Prof. Francesco Basile

Introduzione

La malattia emorroidaria è estremamente diffusa e costituisce la patologia dell'ano-retto di più frequente riscontro. Si calcola che l'80% della popolazione adulta al di sopra dei 50 anni ne sia affetta e che il 25% di essa si rivolge ad un medico per un adeguato trattamento (1). Le migliori conoscenze sulla fisiopatologia delle emorroidi, un tempo considerate come delle semplici varicosità del plesso emorroidario, hanno fatto sì che si sviluppasse delle tecniche chirurgiche volte non solo alla semplice asportazione del gavocciolo ma al trattamento della malattia su base patogenetica.

La malattia emorroidaria si caratterizza istologicamente per la frammentazione del tessuto connettivo e muscolare di sostegno ai plessi emorroidari interni, i quali si prollassano al di sotto della linea dentata; tale prollasso determina un ostacolo al deflusso venoso, con conseguente congestione delle emorroidi e predisposizione alla trombosi ed al sanguinamento.

La resezione muco-emorroidaria trasversale mediante suturatrice circolare secondo la tecnica di Longo permette la correzione dell'iperafflusso arterioso, del ristagno venoso e del prollasso mucoso.

Scopo del presente studio retrospettivo è riportare la nostra esperienza nel trattamento chirurgico delle emorroidi mediante utilizzo della suturatrice meccanica circolare, analizzandone le effettive indicazioni, gli accorgi-

Abstract

SURGICAL TREATMENT OF MUCOSAL HEMORRHOIDAL PROLAPSE USING A CIRCULAR STAPLER

We present a retrospective clinical study concerning our personal experience with the circular stapler in the treatment of hemorrhoids; the aim of this study was to evaluate the results of this surgical procedure, in terms of operative time, postoperative pain and rate of both short and long-term complications.

Twenty-seven patients with grade 3 or 4 hemorrhoids, from January 1999 to June 2001, were included in the study.

The main technical details of this procedure, requiring only a short learning period, are described and both short-term complications (such as severe postoperative pain, bleeding, urinary and fecal retention) and long-term ones (such as persistent or recurrent haemorrhoidal prolapse, anal stenosis) are analyzed.

The reported results show that, in the presence of appropriate local anatomic conditions, this procedure is able to reduce the operative time, is almost painless and is characterized by low rate of complications.

Key words: Hemorrhoids, hemorrhoidectomy, circular stapler.

menti di tecnica chirurgica ritenuti di maggiore importanza ed i risultati ottenuti in termini di durata dell'intervento chirurgico, di dolore postoperatorio e di complicanze precoci e tardive.

Materiali e metodi

Dal gennaio 1999 al giugno 2001 sono stati sottoposti ad emorroidectomia con impiego della stapler secondo la tecnica di Longo 27 pazienti. Di questi 17 (63%) erano di sesso femminile e 10 (37%) di sesso maschile. L'età era compresa tra i 34 ed i 72 anni, età media 48 anni.

Tutti i pazienti prima dell'intervento sono stati sottoposti, oltre che agli esami ematochimici di routine, a pancoloscopia ed a manometria ano-rettale in presenza di alterazioni del tono dello sfintere anale.

I sintomi riferiti dai pazienti sono stati così suddivisi: rettorragia 76%, sensazione di dolore gravativo e senso di ingombro 38%, crisi emorroidarie 9%, soiling 3%. In rapporto allo stadio della malattia abbiamo osservato 6 (29,6%) pazienti con emorroidi di quarto grado e 21 (77,8%) di terzo grado; sono stati esclusi dallo studio i pazienti con emorroidi di secondo grado. In nessun caso abbiamo evidenziato patologia neoplastica, mentre in due pazienti abbiamo riscontrato rispettivamente in un caso una diverticolosi del sigma e nell'altro la presenza di un polipo adenomatoso anche a sede sigmoidea.

Tutti i pazienti sono stati sottoposti a regolare toilette intestinale con semplici clisteri evacuativi e a tutti è stata praticata antibioticoteraapia monodose prima dell'intervento.

L'anestesia di scelta è stata la spinale in 22 casi (81,5%), in 4 (14,8%) l'anestesia generale è stata espressamente richiesta dai pazienti mentre in 3 (11,1%) casi è stato effettuato un blocco perineale posteriore. Non abbiamo mai adoperato pomate anestetiche locali mentre siamo soliti somministrare 10 mg di diazepam ev circa 30 minuti prima dell'intervento ed una fiala di atropina per via intramuscolare all'inizio del trattamento chirurgico. Nella nostra esperienza utilizzando la suturatrice circolare abbiamo sempre ritenuto sufficiente il confezionamento di una sola borsa di tabacco, fatta eccezione di un caso in cui la presenza di un importante prolasso mucoso ci ha indotti a confezionare una doppia borsa per maggiore sicurezza. La distanza minima della rima di sutura dalla linea pettinata è stata mediamente di 35 mm, in nessun caso siamo scesi al di sotto di 15-20 mm. L'altezza del resecato, sempre accuratamente valutato ed inviato per esame istologico è risultata tra i 25 e i 28 mm.

Per quanto riguarda i possibili sanguinamenti intraoperatori dobbiamo precisare che abbiamo dovuto perfezionare l'emostasi subito dopo la rimozione della suturatrice in 3 casi (11,1%), nei quali comunque è stato sufficiente aggiungere qualche punto transfixo in materiale a lento riassorbimento in corrispondenza della rima anastomotica.

Il tempo operatorio medio è stato di 26 minuti (range: 19-45 minuti).

In due casi (7,4%), si è verificato un sanguinamento nell'immediato decorso post-operatorio (4-6 ore), il quale ha richiesto un successivo intervento con apposizione di punti di sutura ad "U". L'emorragia nella nostra esperienza ha rappresentato la complicanza più frequente e bene concorda con i dati riportati dalla letteratura dove oscilla tra il 4 e l'8% (3, 4, 7). Non abbiamo mai impiegato la sonda di Imbert o un catetere di Foley così come consigliano alcuni autori in presenza di sanguinamenti o di una emostasi non perfetta (5, 6).

Tutti i pazienti hanno ripreso la deambulazione il giorno stesso dell'intervento e l'alimentazione il giorno dopo. In nessun caso è stato necessario somministrare purgan-

ti, come proposto da alcuni autori per favorire l'evacuazione, bensì blandi lassativi. La ripresa della canalizzazione è avvenuta tra le 12 e le 24 ore. Nessun paziente ha lamentato sintomatologia dolorosa persistente, ma solo modesta dolenzia al momento della defecazione e solitamente per la prima settimana. L'assunzione di analgesici si è resa utile, così come riferito da tutti i pazienti, nelle prime 24-48 ore, talvolta non per una reale necessità ma solo per paura di avvertire dolore alla defecazione.

Non è stato necessario in nessun caso l'apposizione del catetere per blocco vescicale.

Nei casi non complicati la degenza è stata di 2 giorni. Tutti i pazienti sono stati controllati a distanza di una settimana, uno tre e sei mesi. All'ispezione della regione anale, solo in 9 pazienti si è evidenziata una modestissima soffiatura ecchimotica al primo controllo, mentre alla rettoscopia a 6 mesi si dimostrava in tutti i pazienti una buona cicatrizzazione della linea anastomotica senza segni di stenosi e con mucosa soffice e ben distensibile. In due pazienti abbiamo osservato dei gavoccioli residui che a distanza di due mesi apparivano ridotti di volume e appena apprezzabili.

Per quel che concerne le complicanze a lungo termine, non abbiamo osservato recidive di emorroidi, né stenosi né si è reso necessario procedere alla rimozioni di eventuali clips residue.

Discussione

La terapia delle emorroidi è da sempre argomento assai controverso e dibattuto; di volta in volta sono stati proposti trattamenti ora conservativi, quali la scleroterapia, la crioterapia o la legatura elastica, ora di tipo francamente chirurgico con tecniche le più diverse.

La tecnica di Longo (2) sfrutta l'impiego di una suturatrice meccanica circolare n. 33 ed ha come momento originale quello di asportare una plica circolare di mucosa rettale, di ampiezza proporzionata al prolasso muco-emorroidario, al di sopra della linea dentata e la contemporanea anastomosi muco-mucosa termino-terminale. La tecnica consente sia la legatura circolare completa dei peduncoli vascolari mucosi e sottomucosi sia la risoluzione del prolasso mucoso.

Appare chiaro come con questa metodica che interrompe i rami terminali dell'arteria rettale superiore vengano ad essere corretti contemporaneamente l'ipertensione e la stasi venosa nel canale anale con conseguente scomparsa dei noduli emorroidari (8, 7, 2, 4).

La suturatrice circolare di fatto realizza una transezione muco-emorroidaria trasversale circolare fra i 2 ed i 3 cm. dalla linea pettinata con una anastomosi muco-mucosa. Anche nella nostra esperienza, che bene concorda con quella di altri autori il confezionamento della borsa di tabacco troppo in alto, laddove la mucosa appare più ridondante, non ha consentito una adeguata riduzione

del prollasso pur in presenza di un'ampia escissione di mucosa (9, 10). Pertanto ci sentiamo di insistere sull'esatto posizionamento della borsa a circa 2-3 cm dalla linea dentata per evitare possibili insuccessi (riduzione minima del prollasso, dolore post-operatorio intenso) che talvolta impongono un reintervento (9, 11).

Conclusioni

La metodica descritta si è dimostrata, dopo un breve periodo di apprendimento, senz'altro tecnicamente agevole e di rapida esecuzione.

Sulla scorta della nostra esperienza, riteniamo di potere affermare che i vantaggi della metodica sono in gran parte legati alla risoluzione della patologia su base patogenetica, ma anche al rispetto della pars "sensibile" del canale anale ed alla totale assenza di ferite chirurgiche.

È anche da sottolineare che la più rapida canalizzazione dei pazienti operati con questa nuova tecnica e la mancata necessità di ripetute medicazioni, spesso assai dolorose, sono fattori che contribuiscono ad elevare ulteriormente l'indice di gradimento della metodica stessa che oramai viene spesso richiesta dagli stessi pazienti. Infine anche dal punto di vista del rapporto costo-beneficio sebbene il costo della suturatrice sia elevato, pensiamo che in realtà è ampiamente ammortizzato dalla breve degenza ospedaliera che tale tecnica richiede.

Riassunto

Nel presente studio clinico retrospettivo, gli autori riferiscono la loro personale esperienza relativa all'impiego della suturatrice meccanica circolare nel trattamento della patologia emorroidaria, allo scopo di valutarne i risultati, soprattutto in termini di durata dell'intervento chirurgico, di dolore postoperatorio e di incidenza di complicanze precoci e tardive. Dal gennaio 1999 al giugno 2001, 27 pazienti con emorroidi di terzo e quarto grado sono stati inseriti nello studio.

Vengono descritti i principali accorgimenti di tecnica chirurgica adottati nell'esecuzione della metodica, la quale risulta facilmente eseguibile dopo una breve curva di apprendimento, e le possibili complicanze, precoci (dolore postoperatorio severo e persistente, emorragia, ritenzione urinaria e fecale) e tardive (emorroidi persistenti o recidive, stenosi).

Dall'analisi dei risultati emerge che la tecnica consente, in presenza delle opportune condizioni anatomiche-cliniche, una valida risposta terapeutica su base patogenetica e determina una riduzione dei tempi operatori, scarso dolore postoperatorio e bassa incidenza di complicanze.

Parole chiave: Emorroidi, emorroidectomia, suturatrice circolare.

Bibliografia

- 1) Haas P.A., Haas G.P., Schmaltz S., Fox T.A.: *The prevalence of hemorrhoids*. Dis Colon Rectum, 26:435, 1983.
- 2) Longo A.: *Trattamento della patologia emorroidaria mediante correzione del prollasso mucoso rettale con suturatrice circolare. Tecnica originale*. Archivio ed Atti 100° Congresso Nazionale SIC Roma, Vol. 2:233-246, 1998.
- 3) Politi A., Succi L., Pontillo L., Prumeri S., Urrico GS.: *Emorroidectomia: Milligan-Morgan - Longo. Quale scelta*. Archivio ed Atti 102° Congresso Nazionale SIC Roma, 2000.
- 4) Oggianu A., Colombo L., Mauri S.: *Il trattamento della patologia emorroidaria con suturatrice meccanica circolare: nostra esperienza*. Archivio ed Atti 102° Congresso Nazionale SIC Roma, 2000.
- 5) Gabrielli F., Chiarelli M., Cioffi U., Guttadauro A., De Simone M., Di Mauro P., Arriciati A.: *Day Surgery for mucosal-hemorrhoidal prolapse using a circular stapler and modified regional anesthesia*. Dis Colon Rectum, 44, n. 6:842-844, 2001.
- 6) Castagnola M., de Silva GM., Muià R., Ciferri E., Bertirotti S., Toccafondi G., Municinò O., Bondanza G.: *Studio prospettico su 106 pazienti con malattia emorroidaria trattati con PPHA. Risultati precoci e a distanza*. Chirurgia Italiana, 54 n. 1:65-69, 2002.
- 7) Cingolani P., Guglielmetti D., Poddie D.: *La prolassotomia con suturatrice meccanica circolare nelle emorroidi di terzo grado: contributo casistico*. Chirurgia oggi, 17:52-53, 2000.
- 8) Longo A.: *Treatment of hemorrhoids disease by reduction of mucosa and hemorrhoidal prolapse with a circular suturing device: new procedure*. Proc. 6th World Congress of Endoscopic Surgery, 1:777-784, 1998.
- 9) Cancrini F., Urciuoli P., Di Matteo F., Peparini N., D'Orazi V., Mezzetti G., Greco L., Ghinassi S., De Ruvo E., Custureri F.: *Trattamento della patologia emorroidaria con suturatrice meccanica circolare*. Chirurgia Italiana, 53, 1:95-99, 2001.
- 10) Farinetti A., Saviano M.: *Trattamento chirurgico della malattia emorroidaria mediante suturatrice meccanica circolare*. Minerva Chir, 55, 6, 2000.
- 11) Roveran A., Susa A., Petergnani N.: *Emorroidectomia con suturatrice circolare nella patologia emorroidaria avanzata*. Giorn Chir, 19, 5:2392-40, 1998.

Commento

Commentary

Prof. Ercole CIRINO

Ordinario di Chirurgia d'Urgenza

Pronto Soccorso

Università degli Studi di Catania

L'emorroidectomia rappresenta l'opzione terapeutica di scelta in presenza di emorroidi interne od esterne sintomatiche. Diverse sono le tecniche chirurgiche di volta in volta proposte dai vari autori. La tecnica descritta nel presente lavoro prevede una resezione muco-emorroidaria trasversale mediante l'impiego di una suturatrice meccanica circolare: tale metodica, in accordo con le ipotesi etiopatogenetiche più recenti della patologia emorroidaria, consente la correzione dell'iperafflusso arterioso e della stasi venosa, riducendo o risolvendo il prollasso muco-emorroidario.

Recenti studi clinici prospettici randomizzati sull'utilizzo della suturatrice meccanica circolare nel trattamento del prollasso emorroidario di terzo e quarto grado hanno riportato risultati promettenti in termini di durata dell'intervento chirurgico, di dolore postoperatorio e di ripresa dell'attività lavorativa, senza evidenza di elevate incidenze di complicanze precoci e tardive.

Concordiamo con gli autori circa l'importanza che una adeguata selezione dei pazienti riveste ai fini dell'effettivo successo di una siffatta metodica e riteniamo che l'indicazione ideale all'utilizzo della suturatrice circolare possa essere rappresentata dal prollasso emorroidario mobile, riducibile, non fisso esternamente; un attento esame clinico preoperatorio si dimostra di fondamentale importanza ai fini della corretta selezione dei pazienti.

Hemorrhoidectomy is the most recommended therapy for symptomatic internal and external hemorrhoids. Several different techniques have been proposed. The procedure described by the authors involves the resection of mucosal-hemorrhoidal prolapse using a circular stapler device: this method, according to the pathogenetic theory discussed in the report, allows the repair of arterial hyperaemia and venous dilation, reducing mucosal prolapse.

Recently, several randomized controlled trials reported promising results of stapled hemorrhoidectomy in the treatment of third- and fourth-degree piles in terms of operative time, postoperative pain and return to normal activities and it was found no major complications during short- and long-term follow-up.

We agree with authors that selection of patients is essential for success with stapled hemorrhoidectomy. We believe that ideal indication for the stapler operation is hemorrhoidal prolapse that is not fixed externally; preoperative examination seems to be an effective predictor of the degree of prolapse and the ability to reduce prolapse with the stapling technique.

Autore corrispondente:

Guido ZANGHÌ,

Via G. Bertoni, 5

TREMESTIERI ETNEO

95030 CATANIA

Tel.: 095/493058 - 360/401848