

# Emorroidectomia secondo Ferguson in day-surgery.

## Esperienza e risultati



Ann. Ital. Chir., 2006; 77: 47-50

Antonio Carditello, Francesco Stilo

Dipartimento di Discipline Chirurgiche Generali e Speciali, (Direttore: Prof. S. Di Mauro). Università degli Studi di Messina.

### Haemorrhoidectomy according to Ferguson in day-surgery. Experience and results

**AIM OF THE STUDY:** *To evaluate of results of 1511 surgical haemorrhoidectomies performed in day-surgery setting (7-24 hours hospital stay) with improvement of both cost effectiveness and patient comfort.*

**MATERIAL AND METHODS:** *From January 1980 to December 2002, 1511 patients underwent haemorrhoidectomy according to Ferguson, 1011 patients for grade III-IV haemorrhoids 10% of them for recurrence and 5% previous treated by criotherapy or elastic ligature, 500 patients for grade II haemorrhoids 25% of them previous treated by criotherapy or elastic ligature and 7% for recurrence. 97,6% of patients were operated on with loco-regional anaesthesia; the others with narcosis and peripheral anaesthesia. The hospital-stay was 24 hours in 34% of patients, while the remaining 66% operated on under loco-regional anaesthesia were hospitalised for 7-10 hours. Twenty-seven patients (1.8%) have had postoperative haemorrhage, only three patients (0.2%) underwent reoperation under general anaesthesia with a hospital stay of 7 days. In 52% of patients clinical recovery was observed at first follow-up (7 days); 48% had recovered at the second follow-up (14 days).*

**RESULTS:** *In 1286 patients (98% of patients came back to control) anatomical recovery was observed at the follow-up three months after surgery. Patients satisfaction 6 months after operation was high in 73%; good in 26%; low in 1%.*

**CONCLUSIONS:** *These results seems confirm the feasibility of haemorrhoidectomy in day-surgery in almost all patients, with both a considerably cost reduction and enhanced patient comfort and compliance.*

**KEY WORDS:** Day-surgery, Haemorrhoids, Haemorrhoidectomy according to Ferguson, Loco-regional anaesthesia.

### Introduzione

Nell'ultimo decennio, soprattutto nei paesi più industrializzati, si è assistito ad una progressiva riduzione del numero e della durata dei ricoveri ospedalieri, soprattutto in ambito chirurgico, con una sempre maggior diffusione della chirurgia ambulatoriale o "di un giorno"<sup>1-4</sup>.

Le casistiche d'interventi ambulatoriali od in "one day-surgery" si sono fatte via via più numerose e, contemporaneamente, si è assistito ad un fiorire di congressi ed alla nascita di varie società di Chirurgia Ambulatoriale, di Day-Surgery e Mini-Invasiva.

È da rilevare tuttavia che in ambito proctologico non si è assistito alla stessa evoluzione: numerosi Autori<sup>5-7</sup> non hanno accettato l'attuazione di tali interventi in regime

ambulatoriale e consigliano ancora oggi, soprattutto per l'emorroidectomia, il ricovero tradizionale, sia pure di minore durata rispetto agli anni passati, limitando il trattamento ambulatoriale soltanto a tecniche non chirurgiche quali la crioterapia, la legatura elastica<sup>8</sup>, o la coagulazione a raggi infrarossi.

Da più di un decennio noi, probabilmente spinti da necessità logistiche, abbiamo effettuato la maggior parte degli interventi chirurgici d'emorroidectomia in regime ambulatoriale o di ricovero breve (7-24 ore), con risultati più che soddisfacenti.

Riteniamo pertanto utile riferire sulla nostra esperienza.

### Pazienti e Metodi

Dal gennaio 1989 al dicembre 2002, 1511 pazienti affetti da malattia emorroidaria sono stati sottoposti ad intervento chirurgico prevalentemente in regime di day-surgery (con ricovero di 7-12 ore); alcuni in regime di one day-surgery (24 ore). Tutti i pazienti erano stati prece-

Pervenuto in Redazione Gennaio 2005. Accettato per pubblicazione Maggio 2005.

Per corrispondenza: Prof. Antonio Carditello, Via Bevaceto 26, 98057 Milazzo (Messina) (e-mail: frastilo@hotmail.com).

dentemente sottoposti a visita ambulatoriale, nel corso della quale, oltre a porre diagnosi, venivano fornite al paziente le indicazioni ad eventuali ulteriori indagini diagnostiche ambulatoriali (esami di laboratorio, Rx torace, visita cardiologica ed ecg, manometria ano-rettale, rettoscopia, valutazione anestesiológica), contemporaneamente veniva chiaramente esposto il programma terapeutico ai fini del consenso informato all'intervento chirurgico con ricovero breve, chiarendo anche la possibilità di poter prolungare il ricovero in caso di complicazioni.

Venivano esclusi dal suddetto programma i pazienti nei quali la visita o precedenti esami facevano rilevare o sospettare la presenza di neoplasie ano-rettali, sia benigne (adenomi) che maligne (carcinomi) o di patologie croniche infiammatorie (colite ulcerosa, m. di Crohn, fistole in pazienti con m. di Crohn), pazienti tutti avviati verso un ricovero tradizionale per le ulteriori indagini ed il successivo trattamento chirurgico. Sono stati ugualmente esclusi dal suddetto programma pazienti anziani, portatori di gravi patologie sistemiche tali da poter compromettere il decorso post-operatorio e per i quali vi era l'indicazione ad una degenza post-operatoria più prolungata. Infine è stato sconsigliato l'intervento ambulatoriale a quei pazienti il cui domicilio era molto distante o nei quali non esisteva un adeguato livello culturale nel proprio ambito familiare. L'età dei pazienti era compresa tra 16 e 83 anni, con un'età media di 37 anni. L'incidenza della patologia emorroidaria era più elevata nel sesso femminile (1249 pazienti). Le affezioni per le quali, nel corso della consultazione ambulatoriale, è stata posta l'indicazione al trattamento chirurgico ambulatoriale o un ricovero di 24 ore erano quelle riportate nella Tab. I.

TABELLA I – Patologia emorroidaria per la quale è stata posta indicazione al trattamento chirurgico

	%	Recidive	Post leg.	Emorroidi
		Post leg.	elastica	Sanguinanti
		o crioterapia		
Emorroidi II grado	500 33	7%	25%	6%
Emorroidi III-IV grado	1011 67	10%	5%	40%

I pazienti sono stati sottoposti ad emorroidectomia chiusa secondo Ferguson<sup>4</sup> – Khubchandani<sup>6</sup>.

La maggior parte dei pazienti (97,6%) è stata operata in anestesia loco-regionale assistita (blocco perineale mediante mepivacaina 1% con adrenalina 1:200.000, alla dose media di 20 cc). I rimanenti sono stati sottoposti ad intervento in narcosi (Diprivan) o in anestesia peridurale. Sono state apportate alcune varianti tecniche alla metodica: per ridurre la comparsa di emorragia post-operatoria il nodo della legatura del peduncolo viene compresso e coperto dalla sutura successiva che viene chiusa fino alla parte distale per evitare la possibile comparsa

di fistolizzazioni, inoltre viene sempre posizionata una spugnetta emostatica a fine sutura che viene eliminata dal soggetto con la prima evacuazione; nei soggetti con emorroidi recidive con parziale stenosi anale è sempre stata effettuata simultaneamente la sfinterotomia interna, negli altri soggetti si è eseguita sfinterotomia interna parziale, di entità valutata preoperatoriamente in base ad esame manometrico; per la sutura viene utilizzato un filo riassorbibile monofilamento 3/0.

Ai fini della valutazione dei risultati, sono stati presi in esame i seguenti parametri post-operatori: 1) intensità del dolore nelle prime ore dopo l'intervento e numero di fiale analgesiche post-operatorie; 2) complicità post-operatorie; 3) durata della degenza ospedaliera post-operatoria; 4) intensità del dolore al momento della prima evacuazione; 5) tempi di ripresa dell'attività fisica; 6) tempi di guarigione clinica; 7) sequele a distanza; 8) grado di soddisfazione dei pazienti in merito al trattamento chirurgico nel corso di follow-up ad 1-3-6 mesi dopo l'intervento chirurgico.

## Risultati

62 pazienti (4%), 18 dei quali operati in narcosi, hanno riferito algie post-operatorie di grado elevato, con necessità di ripetute infusioni di analgesici per via parenterale durante le prime 24 ore (3-4 f di FANS) e di almeno 3 fiale i.m./die al proprio domicilio sino alla prima evacuazione post-operatoria. 1143 pazienti (76%) hanno riferito dolore di media entità con necessità di una fiala di analgesico, mediamente 4 ore dopo l'intervento chirurgico. Gli stessi pazienti hanno avuto necessità di una fiala analgesica i.m. con somministrazione serale al proprio domicilio, per 3-4 giorni dopo l'intervento, coprendo per il resto la necessità di un'efficace analgesia diurna con analgesici per os (Ketoralac orale). Nei rimanenti 306 (20%), tutti dimessi mediamente 7 ore dopo l'intervento, si è resa necessaria solo la somministrazione di una fiala i.m. di analgesico prima della dimissione, in quanto l'entità del dolore era minima. Gli stessi pazienti hanno assunto analgesici orali al proprio domicilio per 3 giorni. Tre pazienti (0,2%), sottoposti ad intervento per emorroidi recidive, sono andati incontro ad emorragia post-operatoria precoce di tale entità da non potere essere gestita con trattamento conservativo ma necessitante di emostasi con punti transfissi eseguita in sala operatoria in narcosi. La degenza post-operatoria di questi pazienti è stata pertanto di 7 giorni. Quattro pazienti (0,3%) hanno sviluppato un ascesso perianale mediamente 10 giorni dopo l'intervento. Essi sono stati ospedalizzati e sottoposti in narcosi ad intervento di incisione e drenaggio, con una degenza media di 5 giorni e successivi controlli ambulatoriali sino a guarigione. Otto pazienti (0,5%) hanno accusato ritenzione urinaria che ha reso necessario cateterismo temporaneo. Due pazienti (0,1%)

sono andati incontro ad ematoma laterale perineale, che ha richiesto il prolungamento della degenza per tre giorni, con successiva dimissione e risoluzione spontanea dopo 10 giorni. Non si sono avute incontinenze gravi postoperatorie, ma lievi perdite di feci nel 3% dei casi nelle prime due settimane che sono andate migliorando con la stabilizzazione dell'alvo. Il 34% dei pazienti, comprendenti anche quelli sottoposti ad intervento in narcosi ed in anestesia peridurale, hanno avuto una degenza di 24 ore. Il 66%, la maggior parte dei quali operati in anestesia loco-regionale per emorroidi di 2° e 3° grado sono stati dimessi tra 7 e 10 ore dopo l'intervento chirurgico, non più bisognevoli di cure ospedaliere e con terapia medica domiciliare. Sulla base dei colloqui telefonici domiciliari o dei dati riferiti al momento del primo controllo post-operatorio ambulatoriale, è risultato che il 18% ha avvertito dolore intenso al momento della prima evacuazione sedabile con assunzione di antidolorifici (1-2 fiale) per via i.m., il 28% ha riferito dolore di media entità, ben controllato con la terapia analgesica orale, il rimanente 54% non ha accusato sintomatologia dolorosa tale da dovere assumere farmaci antidolorifici. Il 50% dei pazienti ha ripreso la propria attività 12-14 giorni dopo l'intervento chirurgico, il 42% 6-10 giorni dopo l'intervento e l'8% 3-4 giorni dopo l'intervento. Al primo controllo ambulatoriale effettuato 7-8 giorni dopo l'intervento chirurgico il 52% è risultato clinicamente guarito, nel rimanente 48% la guarigione clinica è stata costata al secondo controllo ambulatoriale (14 giorni). Al controllo effettuato 3 mesi dopo l'intervento su 1310 pazienti presentatisi, nel 98% dei casi è stata constatata la guarigione anatomica. Le sequele a distanza sono riportate nella Tab. II. Il grado di soddisfazione dei pazienti presentatisi al controllo ambulatoriale 6 mesi dopo l'intervento è riportato nella Tab. III.

TABELLA II – Sequele a distanza

Sequele	N. Casi	%
Malattia emorroidaria recidiva con necessità di reintervento	3/1310	0,2
Stenosi anale post-emorroidectomia sottoposta ad anoplastica	2/1310	0,1

TABELLA III – Grado di soddisfazione dei pazienti manifestato al controllo ambulatoriale 6 mesi dopo

Grado di soddisfazione	N. casi	%
Elevato	956	73
Buono	337	26
Basso	17	1
Totale	1310	100

## Discussione e conclusioni

La nostra esperienza ci porta a considerare che la tecnica di Ferguson <sup>9</sup> modificata da Khubchandani <sup>6</sup> si adatta bene alla maggior parte dei pazienti affetti da patologia emorroidaria e presenta vantaggi non trascurabili: a) è eseguibile in anestesia loco-regionale con assistenza anestesiológica ma sempre in sala operatoria; b) permette un'escissione radicale ed una ricostruzione accurata del canale anale con ridotto rischio di sanguinamento post-operatorio e con minore necessità di medicazioni post-operatorie così da potere essere gestita a distanza; c) restituisce rapidamente le fisiologiche funzioni alvine grazie ad una minore intensità del dolore postoperatorio conseguente alla parziale sfinterotomia interna che riduce, tra l'altro, lo spasmo sfinterico intenso post-operatorio senza causare permanenti incontinenze <sup>10</sup>; d) è eseguibile in regime di day-surgery con notevole risparmio dei costi ospedalieri ed una migliore accettazione da parte dei pazienti, tuttavia in locali sempre pronti a gestire eventuali complicanze urgenti.

Rispetto alla tecnica di Milligan-Morgan <sup>11</sup> ha il vantaggio di presentare un minore tasso di sanguinamento e di dolore grazie alla copertura della mucosa che si ottiene con la sutura continua <sup>12</sup>. Si evitano così medicazioni dolorose e la possibile sovrainfezione della zona.

L'utilizzo nella quasi totalità dei nostri casi dell'anestesia loco-regionale con la precoce mobilitazione da parte del soggetto ha, inoltre, favorito un basso tasso di ritenzione urinaria.

Non abbiamo esperienza in merito all'Emorroidopessi con Stapler che negli ultimi reports <sup>3,13,14</sup> presenta risultati decisamente interessanti con tassi di complicità uguali o minori alla chirurgia tradizionale, con una significativa riduzione del dolore postoperatorio <sup>13,14</sup> dovuta alla resezione e sutura in territorio privo di terminazioni algogene al contrario dell'anocute che presenta numerose terminazioni sensitive tali da fare preferire suture meno estese distali in caso di ricostruzione mucosa. Noi preferiamo eseguire la ricostruzione completa della mucosa sovrastante per il migliore controllo dell'emostasi sia per evitare possibili fistolizzazioni.

L'utilizzo della Stapler ha dei costi notevolmente elevati, in quanto si tratta di Kit monouso, al contrario della metodica di Ferguson <sup>9</sup> o di Milligan-Morgan <sup>11</sup> che presentano la spesa esclusiva dei fili di sutura.

Inoltre in alcune statistiche è presente una percentuale di pazienti che necessitano a breve di piccole correzioni chirurgiche post-emorroidopessi con Stapler <sup>15</sup>, in parte dovute alla fisiologica curva di apprendimento della metodica. Riteniamo che l'emorroidectomia secondo Ferguson <sup>9</sup> rappresenti attualmente una tecnica più che soddisfacente per il malato e remunerativa per le strutture per il trattamento della malattia emorroidaria in regime di Day-Hospital, in locali idonei, previo un corretto e comple-

to studio preoperatorio del malato, ed una esaustiva informazione del tipo di intervento e delle possibili complicanze.

### Riassunto

**OBIETTIVO DELLO STUDIO:** È stato quello della valutazione dei risultati degli interventi chirurgici per malattia emorroidaria eseguiti in regime di day-surgery (7-24 ore) con lo scopo di ridurre i costi di gestione, con un maggiore comfort per i pazienti a parità di risultati immediati ed a distanza.

**MATERIALE E METODO:** Dal gennaio 1989 al dicembre 2002, 1511 pazienti precedentemente visitati in ambulatorio, sono stati successivamente sottoposti ad intervento chirurgico: 1011 erano affetti da patologia emorroidaria di 3-4° grado di cui il 10% recidive ed il 5% in precedenza trattati con legatura elastica o crioterapia, 500 da emorroidi di 2° grado di cui il 25% era stato in precedenza sottoposto a trattamenti di crioterapia o legatura elastica con scarso successo ed il 7% recidive. Il 97,6% dei pazienti è stato operato in anestesia loco-regionale, i rimanenti in narcosi ed in anestesia periferica. Il 34% dei pazienti ha avuto una degenza di 24 ore, il 66%, la maggior parte dei quali operati in anestesia loco-regionale, sono stati ricoverati per 7-10 ore. Ventisette pazienti (1,8%) durante il periodo post-operatorio sono andati incontro ad emorragia, ma solo in tre casi (0,2%) l'episodio ha necessitato di trattamento chirurgico, con degenza finale di 7 giorni.

**RISULTATI:** Il 52% dei pazienti è risultato clinicamente guarito al primo controllo ambulatoriale (7 giorni), il restante 48% al secondo (14 giorni). Su 1310 pazienti presentatisi al controllo ambulatoriale tre mesi dopo l'intervento il 98% era anatomicamente guarito. Il grado di soddisfazione dei pazienti al controllo ambulatoriale 6 mesi dopo l'intervento era elevato nel 73%, buono nel 26% e basso nel 1%.

**CONCLUSIONI:** La revisione dei risultati ottenuti mediante interventi in anestesia loco-regionale ed in day-surgery consente di affermare che l'emorroidectomia secondo Ferguson in day-surgery è oggi attuabile nella maggior parte dei casi, con una notevole riduzione dei costi, un maggiore comfort e, di conseguenza, una migliore accettazione da parte dei pazienti.

### Bibliografia

- 1) Mansat C, Banco P: *Chirurgie ambulatoire*. Paris: Masson, 1993; 212-18.
- 2) Pietroletti R, Navarra L, Cianca G, Maggi S, Simi M: *Proctological surgery in the one-day-surgery regimen: The preliminary results with 232 patients*. Ann Ital Chir, 1998; 69:499-503.
- 3) Vayre P: *Heurs et malheures de la chirurgie ambulatoire*. J Chir, 1994; 131:519-21.
- 4) Vecchioni R, Baggio E, Lipari G, Stefanelli N, Fiorini B, Starcampiano P, Refatti, Zecchinelli MP: *La pratica del "one day surgery" (Etica e procedure)*. Acta Chir Ital, 1994; 50:533-41.
- 5) Corman ML: *Colon and Rectal Surgery*. Philadelphia: Lippincott JB, 1993; 297-304.
- 6) Khubchandani JT: *Anal stenosis*. Surg Clin North Am, 1994; 74(6):1293-307.
- 7) Mazier WP: *Haemorrhoids, fissures and pruritus ani*. Surg Clin North Am, 1994; 74(6):1353-360.
- 8) Di Giorgio A, Arnone P, Canavese A, al Mansour M, Campagna SA, Pallotti M: *Ambulatory treatment of haemorrhoidal pathology with elastic bands according to a modified Barron technique*. Ann Ital Chir, 1997; 68:687-92.
- 9) Ferguson JA, Heaton JR: *Closed haemorrhoidectomy*. Dis Colon Rectum, 1959; 2:176-82.
- 10) Lolli P, Piccinelli D, Girardi S, Fasoli GL, Bettini P, Zago A, Rosa G: *When to combine internal sphincterotomy with haemorrhoidectomy*. Ann Ital Chir, 1995; 66:809-12.
- 11) Di Bella F, Giordano M, Blanco GF: *Hemorrhoidectomy: Milligan and Morgan technique*. Ann Ital Chir, 1995; 66:791-99.
- 12) Di Giorgio A, Arnone P, Canavese A, al Mansour M, Campagna SA, Pallotti M: *Ambulatory treatment of hemorrhoidal pathology with elastic bands according to a modified Barron technique*. Ann Ital Chir, 1997; 68:687-92.
- 13) Ganio E, Altomare DF, Gabrielli F, Milito G, Canuti S: *Prospective randomized multicentre trial comparing stapled with open haemorrhoidectomy*. Br J Surg, 2001; 88:669-74.
- 14) Pescatori M, Orsini, Tregon, Vasapollo: *Emorroidopessi con stapler*. Ann Ital Chir, 1995.
- 15) Senagore AJ, Singer M, Abcarian H, Fleshman J, Corman M, Wexner S, Nivatvongs S: *A prospective, randomized, controlled multicenter trial comparing stapled hemorrhoidopexy and Ferguson hemorrhoidectomy: perioperative and one-year results*. Dis Colon Rectum, 2004; 47:1824-836.