

Mucoprolassectomia con suturatrice meccanica nel trattamento della patologia emorroidaria



Ann. Ital. Chir., LXXV, 6, 2004

G. Conzo, R. Buffardi, U. Brancaccio,
G. Astarita, A. Palazzo, M.G. Esposito,
S. Celsi

Cattedra di Chirurgia Generale
IV Divisione di Chirurgia Generale e di Endocrinochirurgia
(dir. Prof. A. Livrea)
Facoltà di Medicina e Chirurgia
Seconda Università degli Studi di Napoli

Introduzione

L'intervento di plastica muco-emorroidaria secondo la tecnica di Longo, descritto nel 1993, ha conosciuto una larga diffusione nel trattamento della patologia emorroidaria associata a prolasso mucoso rettale, grazie ad una sensibile riduzione del dolore post-operatorio. Rappresenta una reale innovazione in chirurgia proctologica ed è ancora fonte di molteplici controversie.

La metodica basa il razionale sulla teoria dello slittamento della mucosa rettale e dei cuscinetti anali (Thompson 1975) e prevede la correzione del prolasso mucoso ed emorroidario mediante l'escissione di una banda mucosa trasversale compresa tra l'ampolla rettale inferiore ed il canale anale prossimale a circa 2 cm dalla linea dentata con interruzione della vascolarizzazione "superiore". La malattia emorroidaria è dunque vista come malattia da prolasso, derivante tra l'altro dalla alterazione dei mezzi di sostegno connettivo-muscolari.

La sua correzione, mediante resezione muco-emorroidaria al giunto ano-rettale, che riduce l'iperafflusso vascolare ed al contempo elimina una quota del prolasso, è considerata curativa. Il ripristino di un corretto rapporto topografico tra mucosa e sfinteri anali, nel rispetto della mucosa anale e dell'anoderma, conserva inalterati i meccanismi fisiopatologici nel controllo della defecazio-

Abstract

STAPLED HEMORRHOIDOPEXY IN THE TREATMENT OF HEMORROIDAL PROLAPSE

In the treatment of hemorrhoidal prolapse, stapled hemorrhoidopexy, according to the Longo's technique, represents an innovative and interesting procedure. The Authors consider own experience in the years 2001-2002, estimating preliminary results in the treatment of 50 patients affected by hemorrhoidal disease classified as III-IV grade, associated with mucosal prolapse, rectocystocele in 5 cases, anal fissures in 6 and hyperplastic polyp in 1. The patients were submitted to mucosal prolapsectomy with mechanical stapler (PPH 01-33 Ethicon), applying haemostatic stitch on suture line, apart from intraoperative bleeding, associated to closed anal sphincterotomy in 6 cases, and resection of anal hyperplastic polyp in 1. In 5 cases of rectocystocele a Burch's culposuspension was associated to a stapled transanal rectal resection (STARR).

After 3 and 12 months the Authors performed ano-rectoscopy, anal manometry and defecography.

Mean operative time was 45 minutes (range 20'-130') and mean hospital stay was 3 days (range 2-6 days). In the early postoperative course urinary retention in 4 cases, treated with temporary catheterization in 3 and permanent for 72 hours in 1, was observed.

Only 1 patient, was reoperated in day-surgery and with loco-regional anesthesia for residual fibrous hemorrhoid. Bleeding, severe pain, anal stenosis, impairment of continence were not observed.

According to the Literature data, our experience confirm that mucoprolapsectomy represents an innovative, safe, simple and definitive operation in the treatment of hemorrhoids disease. In case of rectal prolapse associated to external fibrous hemorrhoids, a combined surgical treatment is requested in order to achieve better results.

Key words: Hemorrhoid, mucosal prolapsectomy, mechanical stapler.

ne e della continenza e consente una significativa riduzione del dolore post-operatorio.

Materiali e metodi

Gli Autori esaminano la propria esperienza valutando i risultati preliminari inerenti il trattamento chirurgico di 50 pazienti (30 F - 20 M) di età media di 48,4 anni (range 20-74 aa), osservati negli anni 2001-2002, affetti da patologia emorroidaria classificabile come III-IV grado, associato in ogni caso a significativo prolasso mucoso rettale, a retto-cistocele in 5 casi, a ragade anale in 6 ed a polipo iperplastico in 1.

La sintomatologia lamentata comprendeva: dolore e sanguinamento alla defecazione, senso di evacuazione incompleta o "stimolo" continuo, disagio nella posizione seduta e prurito. In caso di cistocele veniva lamentata incontinenza da sforzo fisico o per aumento della pressione endoaddominale. In caso di rettocele veniva riferito dolore alla defecazione, stipsi, sensazione di incompleto svuotamento, e digitalizzazione retto-vaginale.

L'inquadramento pre-operatorio prevede: esame clinico, anoretoscopia, pancoloscopia (pz. > 40 aa, < 40 aa con familiarità), manometria anorettale, ed in caso di retto-cistocele una defecografia, studio dei tempi di transito, cistografia minzionale, ecografia vescicale con misurazione del residuo postminzionale e calcolo dell'angolo vesicouretrale + es. urodinamico. La preparazione all'intervento si basa sulla somministrazione di Lattulosio e clisteri.

L'anestesia spinale è stata praticata in tutti i casi tranne 5 per una scelta dei pazienti.

I pazienti sono stati sottoposti a mucoprolassectomia con suturatrice meccanica (PPH 01 Ethicon Endo-Surgery, Cincinnati Ohio USA) secondo la tecnica di Longo, apponendo sempre, per una accurata emostasi, dei punti staccati in monofilamento riassorbibile 3-0 circonferenzialmente lungo tutta la linea di sutura muco-mucosa, indipendentemente dal sanguinamento intraoperatorio, al fine di garantire l'emostasi e migliorare il "lifting" mucoso. Il cilindro di mucosa resecato aperto a libro e misurato nella massima altezza, compresa tra il margine prossimale e distale (circa 3-4 cm), è stato inviato ad esame istologico.

In 6 pazienti si è resa necessaria una bonifica di noduli fibrosi emorroidari esterni, ed in 6 casi è stata praticata una sfinterotomia laterale sinistra sec. Notaras ed una anoplastica posteriore per la presenza di ragade invertebrata. In caso di rettocistocele una "stapled transanal rectal resection" (STARR), mediante medesima duplice suturatrice, confezionando tre emi-borse anteriori ad una distanza di circa 1 cm, è stata associata ad una sospensione vescicale sec. Burch per via laparotomica extraperitoneale, eseguita prima dell'approccio perineale. In una paziente l'intervento si è associato a sfinterotomia laterale sinistra, anoplastica posteriore ed asportazione di voluminoso polipo iperplastico del canale.

Infine è stato stilato un diario clinico post-operatorio dove il paziente registra il numero delle evacuazioni giornaliere, la presenza di sangue nelle feci, il dolore

durante e/o dopo l'evacuazione e l'uso eventuale di analgesici.

In caso di rettocele viene eseguita di routine una defecografia a 3 e 12 mesi.

Risultati

La durata media dell'intervento è stata di 45 minuti (range 20'-130'); l'altezza media della rima di sutura rispetto alla linea dentata è stata di 2,5 cm; la durata media della degenza ospedaliera è risultata pari a 3 giorni (2-6 giorni).

L'altezza della banda mucosa resecata è stata mediamente di 3,6 cm (range 2,8-5 cm).

Per quanto attiene le complicanze in nessun paziente si è verificato un sanguinamento nelle prime ore successive all'intervento chirurgico, tale da richiedere procedure emostatiche.

In 4 pazienti si è verificata una ritenzione urinaria, trattata in 3 casi con cateterismo vescicale temporaneo ed in 1 con cateterizzazione per 72 h, che ha prolungato la degenza ospedaliera. Nelle pazienti sottoposte a sospensione vescicale si è prolungata la cateterizzazione.

La maggior parte dei pazienti ha riferito dolenzia che tuttavia non ha richiesto la somministrazione di analgesici durante i giorni di ricovero; soltanto in due casi (10%) si è reso necessario l'utilizzo di analgesici maggiori (ketorolac trometamina) mediante pompa elastomerica in infusione continua per 24 ore (procedure chirurgiche associate).

Nel 25% dei pazienti si è avuta una ripresa delle normali funzioni intestinali prima della dimissione, di cui il 40% ha lamentato una esacerbazione del dolore all'atto della defecazione.

Nel 6% dei casi veniva osservato un cospicuo edema perianale associato a dolore, controllato con antiedemigeni. In un paziente, in cui è stata effettuata una rettosigmoidoscopia intraoperatoria al termine dell'intervento per un controllo della pervietà luminale, è stato osservato a distanza di 24 h un retro-pneumoperitoneo a risoluzione spontanea.

Il controllo clinico e l'anoretoscopia eseguiti a 6 settimane ed a 3 mesi dall'intervento chirurgico hanno rilevato la completa remissione del prolasso mucoso rettale. Un solo paziente che lamentava persistenza del prolasso, presentava invece all'esame obiettivo una emorroide fibrosa residua, rimossa successivamente in day-surgery ed in anestesia locale. Non abbiamo mai riscontrato stenosi a distanza.

Il controllo monometrico eseguito a 6 settimane ed a 3 mesi dall'intervento (in 15 pazienti) non ha mostrato differenze significative rispetto al controllo pre-operatorio.

Nelle pazienti affette da retto-cistocele veniva riportata una continenza completa, la scomparsa del dolore all'evacuazione, del tenesmo e del ricorso a digitalizzazione.

L'esame defecografico mostrava una regolarizzazione del profilo rettale.

Discussione

Il trattamento chirurgico delle emorroidi di III e IV grado associato a prollasso mucoso rettale, si avvale di numerose tecniche sviluppate nel corso degli anni, distinte in aperte e chiuse. Tra le tecniche "open" la Milligan-Morgan continua a rappresentare quella di maggiore successo, data una buona tollerabilità del paziente, una trascurabile morbilità e i soddisfacenti risultati a lunga distanza (1, 2, 3). Tra i metodi chiusi, quello di Parks, di complessa esecuzione, indicato nella patologia circonferenziale, trova numerosi sostenitori per i vantaggi legati alla ricostruzione mucosa. Pur tuttavia essa presenta una morbilità più elevata in termini di dolore post-operatorio, sanguinamento e degenza ospedaliera (4, 5, 6, 7). Anche la tecnica di Ferguson, preferita dagli Autori Americani, è caratterizzata dalle medesime complicanze (8). La mucoprolassectomia secondo Longo, diffusa da circa 10 anni, che utilizza un kit di strumenti monouso dedicati all'intervento (composto da una suturatrice meccanica circolare, un dilatatore anale ed un anoscopio), rappresenta una reale ed interessante innovazione in chirurgia proctologica, fonte di notevoli controversie (9). Il presupposto fisiopatologico di tale intervento è basato tra l'altro proprio sul prollasso mucoso del retto associato al prollasso della mucosa anale che deteriora nel tempo i legamenti sospensori di Parks come proposto da Thompson nel 1975 (10). In precedenza Virchow e Allingham, ritenevano l'ipertrofia e l'iperplasia dei cuscinetti anali causa principale della malattia emorroidaria, sconfessata dalla medesima costituzione istologica nei soggetti sani.

Secondo Thompson l'eccessiva vascolarizzazione dei cuscinetti emorroidari (fistola AV) produce nel tempo un aumento di volume e quindi il loro scivolamento talora causa di incontinenza. Si determina inoltre, come è noto, uno stiramento dei legamenti sospensori ed una sofferenza della mucosa ano-rettale. Edema, anossia ed acidosi possono sfociare nella trombosi emorroidaria. La mucoprolassectomia eseguita in un'aria pressochè priva di recettori algogeni garantisce un trascurabile dolore post-operatorio, determina un lifting della mucosa retto-anale, ripristinando l'anatomia regionale. Il rispetto dell'anoderma e delle terminazioni nervose perianali garantisce un brillante recupero funzionale.

Il reale vantaggio di questa tecnica chirurgica, secondo l'esperienza della letteratura, si riscontra nell'immediato post-operatorio (11). Rispetto alle metodiche classiche in cui le ferite sono responsabili del dolore intenso e del sanguinamento, la mucoprolassectomia è gravata da minori disagi per il paziente con una precoce riabilitazione. La tecnica è sicura, espone a trascurabili complicanze sia precoci, qualora sia rispettata una rigorosa emo-

stasi, che a distanza ed è riproducibile con semplicità. Per quanto attiene le complicanze esse sono generalmente distinte in precoci e tardive. Le prime sono rappresentate da dolore, emorragia, ritenzione di urina, edema della regione anale e trombosi emorroidaria; le seconde da ragade anale, recidiva emorroidaria, stenosi anale ed incontinenza a feci e/o gas.

L'emorragia rappresenta sicuramente la complicanza di rilievo più frequente con un'incidenza in letteratura che varia dal 4-8% richiedendo un reintervento in percentuale variabile dal 3-5% (12). Essa è legata indubbiamente ad un inadeguato controllo dell'emostasi della sutura meccanica. Nella nostra esperienza non si è verificata in nessun caso. Il dolore post-operatorio precoce corrisponde nella nostra esperienza a valori percentuali pari a quelli della letteratura (13). Può divenire persistente quando la borsa di tabacco e quindi la resezione-anastomosi viene realizzata in prossimità della linea dentata. Il minor dolore rispetto alle altre tecniche giustifica la diffusione che l'intervento sta assumendo in questi ultimi anni.

La stenosi è assente nella nostra esperienza come in quella della maggior parte degli Autori.

Ulteriori complicanze, riportate in letteratura, ma non presenti nella nostra esperienza sono rappresentate da: vasti ematomi sottomucosi, sepsi pelvica - causa di mortalità -, fistola retto-vaginale in caso di rettocele e perforazione traumatica del retto.

Il confronto con la mucoprolassectomia evidenzia significativi vantaggi in termini di riduzione del dolore, dell'ospedalizzazione, della guarigione, come risulta anche nella nostra breve esperienza.

Il ricorso ad anti-dolorifici maggiori si è richiesto solo nel 3% dei casi oltre le 48 ore.

Una delle maggiori critiche è rappresentata dal relativo costo del kit dedicato. Pur tuttavia, numerosi studi comparativi hanno dimostrato come, rispetto alle altre tecniche di emorroidectomia convenzionale, la maggiore spesa determinata dall'uso della stapler è ampiamente compensata da una minore durata dell'intervento, da un più breve recupero funzionale, da un minor dolore post-operatorio e da un precoce ritorno alle attività lavorative.

In caso di patologie perineali associate sono consentiti trattamenti chirurgici complessi sia per via laparotomica che endo-trans-anale, con analoghi risultati come ci è sembrato nella pratica clinica. Nei pazienti portatori di una significativa componente fibrosa esterna si rende tuttavia imperativa una bonifica associata secondo le tecniche tradizionali preferite di scuola, pena uno scadente risultato. Tale procedura aumenta tuttavia il dolore post-operatorio.

Conclusioni

L'analisi dei dati della letteratura consente di affermare

che la mucoprolassectomia rappresenta un importante strumento terapeutico, per facilità di esecuzione, trascurabile morbilità e ridotto dolore post-operatorio, anche in quei quadri di prollasso emorroidario circonfenziale di complessa correzione mediante le tecniche chirurgiche tradizionali. Pur tuttavia nei casi in cui il prollasso rettale sia associato ad una notevole componente esterna, riteniamo che tale tecnica, seppur valida, debba essere sempre associata ad una simultanea rimozione dei noduli fibrosi al fine di un migliore risultato a distanza.

A causa della nostra breve esperienza non siamo ancora in grado di valutare la frequenza delle recidive; è però evidente che, qualora si rendesse necessario, la metodica può essere agevolmente riproposta nello stesso paziente, cui non viene, peraltro preclusa la possibilità di essere trattato con tecniche tradizionali.

La mucoprolassectomia può inoltre essere associata ad interventi sul complesso sfinterico, sul canale anale e sulla pelvi per il trattamento di patologie associate – ragadi, polipi, cistocele, rettocele – senza che questi possano complicare il decorso post-operatorio derivante dal primo.

In sintesi la mucoprolassectomia con suturatrice meccanica rappresenta una reale innovazione nel trattamento della patologia emorroidaria di III e IV grado associata a prollasso mucoso per indiscutibili vantaggi. Sono tuttora necessari follow-up a lungo termine per la valutazione dei risultati a distanza.

Riassunto

Da alcuni anni, nel trattamento della patologia emorroidaria associata a prollasso mucoso, al fine di ridurre significativamente il dolore post-operatorio, si è notevolmente diffuso l'intervento di plastica muco-emorroidaria secondo la tecnica di Longo. Gli Autori esaminano la propria esperienza valutando i risultati preliminari in 50 pazienti, operati negli anni 2001-2002, affetti da patologia emorroidaria classificabile come III-IV grado, associata sempre a significativo prollasso mucoso rettale, a rettocistocele in 5 casi, ragade anale in 6 e polipo iperplastico in 1. I pazienti sono stati sottoposti a mucoprolassectomia mediante suturatrice meccanica (PPH 01 33 Ethicon), apponendo sempre, per un accurata emostasi, punti staccati circonfenzialmente lungo la linea di sutura muco-mucosa, indipendentemente dal sanguinamento intra operatorio, al fine di garantire l'emostasi e migliorare il lifting mucoso.

La valutazione clinica, l'anoretoscopia, la manometria anorettale e la defecografia sono state ripetute a 3 e 12 mesi dall'intervento chirurgico.

La durata media dell'atto chirurgico è stata di 45 minuti (range 20'-130') con una degenza media pari a 3 giorni (2-6 gg).

In nessun paziente si è verificato un sanguinamento nel-

le prime ore successive all'intervento, tale da richiedere procedure emostatiche.

In 4 pazienti si è verificata una ritenzione urinaria, trattata in 3 casi con cateterismo vescicale temporaneo ed in 1 con cateterizzazione permanente per 72 ore.

La maggior parte dei pazienti ha riferito dolenzia che tuttavia non ha richiesto la somministrazione di analgesici maggiori durante il ricovero. Nel 25% dei pazienti si è avuta una evacuazione prima della dimissione.

Il controllo clinico e l'anoretoscopia eseguiti a 6 settimane e a 3 mesi dall'intervento chirurgico hanno rilevato la completa remissione del prollasso mucoso rettale.

Un solo paziente, che lamentava persistenza del prollasso, presentava invece all'esame obiettivo un'emorroide fibrosa residua, rimossa in day-surgery ed in anestesia locale. Non abbiamo mai riscontrato stenosi a distanza. Il controllo monometrico eseguito a 6 settimane e a tre mesi dall'intervento (in 10 pz.) non ha mostrato differenze significative rispetto al pre-operatorio.

La nostra esperienza, in accordo con i dati della letteratura, consente di affermare che la mucoprolassectomia rappresenta un importante strumento terapeutico, per la facilità di esecuzione, trascurabile morbilità e ridotto dolore post operatorio, soprattutto in quei quadri di prollasso emorroidario circonfenziale di complessa correzione mediante tecniche chirurgiche classiche. Pur tuttavia nei casi in cui il prollasso rettale sia associato ad "emorroidi esterne", riteniamo che tale tecnica debba essere sempre associata ad una simultanea rimozione dei noduli fibrosi al fine di un migliore risultato a distanza.

La mucoprolassectomia può inoltre essere associata in ogni caso ad interventi sul complesso sfinterico, sul canale anale e sulla pelvi per il trattamento di patologie associate.

Parole chiave: Emorroidi, mucoprolassectomia, suturatrici meccaniche.

Bibliografia

- 1) Mehigan B.J., Monson S.R., Hartley J.E.: *Stapling procedure for haemorrhoides versus Milligan-Morgan haemorrhoidectomy. Randomized controlled trial.* Lancet, 2000, 355:782-85.
- 2) Shalaby R., Desoky A.: *Randomized clinical trial of stapled versus Milligan-Morgan haemorrhoidectomy.* Br J Surg, 2001, 88:1049-53.
- 3) Rowsell M., Bello M., Hemingway D.M.: *Circumferential mucosectomy (stapled haemorrhoidectomy) versus conventional haemorrhoidectomy: randomized controlled trial.* Lancet, 2000, 355:779-81.
- 4) Caragreti E.A., Kam M.A., McDonald P.J., Chadwick S.S., Phillips R.K.: *Randomized trial of open versus closed day - case haemorrhoidectomy.* Br J Surg, 1999, 86:612-13.
- 5) Rosa G.: *Park's procedure for fourth-degree haemorrhoidis.* Tech Coloproctal, 2003 Jul, 7(2):123-24.
- 6) Arberman G., Krook H., Haapaniemi S.: *Closed vs open haemorrhoidectomy - is there any difference?* Dis Colon Rectum, 2000 Jan, 43(1):31-34.

- 7) Schimdt M.P., Fischbein J., Shatavi H.: *Stapler haemorrhoidectomy versus conventional procedures - a clinical study*. Zentrolb Chir, 2002 Jan, 127(1):15-18. Germany.
- 8) Ferguson J.A., Maizer W.P.: *The closed technique of haemorrhoidectomy*. Surgery, 1971 Sep, 70(3):480-4.
- 9) Longo A.: *Treatment of haemorrhoid disease by reduction of mucosa and haemorrhoid prolapse with a circular-suturing device: a new procedure*. Proceeding of the 6th World Congress of Endoscopic Surgery. Rome, Italy, June 3-6, 1998, 777-84.
- 10) Thompson W.H.: *The nature of haemorrhoids*. Br J Surg, 1975, 62:542-52.
- 11) Beattie G.C., London M.H.: *Follow-up - confirms sustained benefit - of circumferential stapled anoplasty in the management of prolapsing haemorrhoids*. Br J Surg, 2001, 88:850-52.
- 12) Ravo B., Amato A., Bianco V., Boccasanta P., Battini C., Carriero A. et al.: *Complications after stapled haemorrhoidectomy can they be prevented?* Tech Coloproctal, 2002, 6:83-8.
- 13) Cheetham M.J., Mortensen N.S.M., Njstram P.O., Konn M.A., Phillips R.K.S.: *Persistent pain and faecal urgency after stapled haemorrhoidectomy*. Lancet, 2000, 356:730-33.

Commento

Commentary

Mario PESCATORI MD FRCS EBQS

Coordinatore della Unità di Colonproctologia di Villa Flaminia

Professore a contratto all'Università Gabriele D'Annunzio di Chieti

Ho letto volentieri questo articolo che riporta risultati positivi su 50 pazienti operati di emorroidopessi con stapler (SH). Sfortunatamente si tratta di uno studio retrospettivo non comparativo basato su una piccola serie che ha utilizzato varie tecniche chirurgiche con un follow-up breve, quindi, difficilmente aggiunge notizie rilevanti a quanto si conosce sull'argomento, se consideriamo che 20 trials prospettici randomizzati sono stati pubblicati in letteratura che confrontano la SH con la emorroidectomia convenzionale.

Tuttavia il lavoro offre diversi punti d'interesse:

a) La durata della SH è di 45 minuti, più di quanto riferito dalla maggior parte degli Autori. Ciò può dipendere dalla curva di apprendimento, dal tempo richiesto per effettuare una sutura emostatica su quella meccanica per ridurre il rischio di sanguinamento. Resta il fatto che nessun paziente presenta emorragia postoperatoria tale da richiedere un reintervento dopo SH (5% secondo Altomare, UCP News, 2000). Inoltre gli Autori ribadiscono la necessità di asportare le emorroidi esterne inveterate e noduli, quando presenti che, richiedono tempo, ma permettono un efficace trattamento dei noduli di 4° grado che ora rappresentano una controindicazione alla SH (Pescatori Br J Surg 2003). Alcuni Autori riferiscono di pazienti con noduli residui sintomatici dopo SH (Pescatori Br J Surg commento di Altomare et al., Br J Surg 2002).

b) Tra le complicazioni postoperatorie gli Autori non riportano alcun caso di stenosi anale ma un caso di retro-pneumoperitoneo, la stessa complicazione viene citata da Maw et al. e dal gruppo di Arullani (Dis Colon Rectum 2003).

c) Per quanto riguarda il dolore e l'edema postoperatori, solo il 16% dei casi aveva questo problema, ma il dolore era molto più frequente durante la prima evacuazione.

d) Il ricovero era di tre giorni nella maggioranza dei casi, superiore alla media riferita da altri Autori. In particolare Gabrielli et al. (Dis Colon Rectum 2002) e Kosorok (Tech Coloproctol 2004) effettuavano l'intervento su un paziente in regime ambulatoriale.

In conclusione gli Autori saggiamente suggeriscono: a) una sutura supplementare per ridurre il rischio di emorragia; b) l'asportazione di noduli esterni per prevenire precoci sintomi di recidiva; c) ritardare la dimissione dall'ospedale, ma non necessariamente dopo la prima evacuazione.

Il mio commento finale è che la SH è costosa, provoca poco dolore e consente una rapida convalescenza, ma potenzialmente presenta più gravi complicazioni rispetto alla emorroidectomia convenzionale come l'urgenza defecatoria. Il calibro del CAD della PPH di circa 36mm può causare incontinenza in pazienti con deboli sfinteri e c'è la speranza di avere la disponibilità sul mercato di un calibro più piccolo.

La SH dovrebbe essere praticata solo quando strettamente necessario possibilmente da chirurghi esperti nel trattare emorroidi di 3° associate a prolasso della mucosa di 2° e 3° grado. Dal momento che non ancora conosciamo la percentuale di guarigione nella serie di pazienti seguiti, ogni abuso dovrebbe essere scoraggiato.

I enjoyed reading this article which reports positive results in 50 patients operated on with stapled hemorrhoidopexy (SH). Unfortunately it is a non comparative retrospective study based on a small series who had several types of surgery with a short follow up, therefore it is unlikely to markedly increase the knowledge on this subject, if we consider that 20 randomized prospective trials have been published in the literature comparing SH with conventional hemorrhoidectomy. However it raises several point of interest:

a) the duration of SH is 45 min, longer than reported by most author. This might be due to the learning curve, to the associated procedure, to the time required to carry out the manual suture over the staple line aimed at decreasing the risk of bleeding. It's a matter of fact that none of the patients had postoperative bleeding, which not rarely requires a re-intervention after SH (5% according to Altomare, UCP News, 2000). Moreover the authors stress the need to excise fibrous symptomatic external piles and tags when present, which again require times, but presumably allows an effective management of the 4th degree piles, which now represent a contraindication to SH (Ortiz et al, Br J Surg 2003). Several authors report residual tags as cause of symptoms after SH (Pescatori Br J Surg, comment on Altomare et al, Br J Surg 2002).

b) Among postoperative complications the authors reported no case of anal stricture, but one case of retroperitoneum, the same complication having been reported by Maw et and by the group of Arullani, Dis Colon Rectum 2003).

c) As far as the postoperative pain and edema, only 16% of the cases had this problem, but pain was much more frequent during the first defecation.

d) The hospital day was 3 days in most cases, more than the average reported by other authors. In particular Gabrielli et al (Dis Colon Rectum, 2002) and Kosorok (Tech Coloproctol 2004) carried out the operation on an outpatient basis.

In conclusion the authors wisely suggest: a) to overstretch the staple line to minimize the risk of bleeding; b) to excise external fibrous piles, if any, in order to prevent an early recurrence of symptoms; c) to delay the discharge from the hospital, but not necessarily after the first evacuation.

My final comment is that SH is costly, carries less pain and earlier return at work, but potentially more severe complications and more urgency and tenesmus than conventional hemorrhoidectomy. The large 36mm size of the CAD of the PPH may cause incontinence to patients with weak sphincters and it is hoped to have a smaller size available in the market. SH should be performed only when strictly indicated, possibly by experienced surgeons dealing with circumferential 3rd degree piles associated with a 2nd-3rd degree mucosal prolapse. As we do not know yet the rate of cure over large series followed up for a long time, any abuse should be discouraged.

Autore corrispondente:

Dott. Giovanni CONZO
Via Generale Orsini, 42
80132 NAPOLI
Tel.: 330-34356