

La prolassomucosectomia sec. Longo. Risultati a medio termine



Ann. Ital. Chir., LXXV, 1, 2004

A. Cappellani, A. Zanghì, M. Di Vita,
G. Tomarchio, A. De Luca, G. Alfano,
G. Aprile*

Università di Catania
Dipartimento di Chirurgia
Cattedra di Chirurgia Generale
Titolare: Prof. A. Cappellani
*Cattedra di Chirurgia Endoscopica
Titolare: Prof. A. Russo

Abstract

PROLASSOMUCOSECTOMY SEC. LONGO

We present results obtained in our first series of 25 patient treated by prolassomucosectomy for haemorrhoidal prolaps with a follow up of 18-36 months. Control of the disease and functional results proved to be optimal. After small early haemorrhages from the suture line, we started adding stitch sutures with haemostatic intent to all three vascular pedicles. Early or late additional complication were not observed.

Key words: Haemorrhoids, prolapse, prolassomucosectomy.

Introduzione

Da quando nel 1937 Milligan e Morgan descrissero l'emorroidectomia peduncolare questa ha costituito il trattamento chirurgico di scelta nella patologia emorroidaria in quanto fisiopatologicamente efficace, di facile esecuzione e ben tollerata dai pazienti per lo scarso dolore post-operatorio, seppure gravata da una certa percentuale di recidive e complicanze.

Nel 1994 Longo propose una tecnica che rivoluzionava il principio del trattamento chirurgico convenzionale, conservando l'anatomia del canale anale ed ottenendo una riduzione del prolasso emorroidario attraverso una anopessi con interruzione del flusso ematico ai peduncoli emorroidari che vengono quindi conservati e riposizionati in sede naturale. Non viene quindi effettuata una "emorroidectomia" ma un vero e proprio lifting della mucosa.

La prolassomucosectomia (PPH) sec. Longo viene proposta nelle emorroidi di III e IV grado, rappresenta una tecnica rapida, quasi indolore, ed in grado di controllare la malattia emorroidaria in modo completo ovvero circonferenzialmente, grazie all'esecuzione di una vera e propria transezione anorettale. In questo modo inoltre viene rispettato il ruolo fisiologico dei cuscinetti emorroidari di Thomson (1).

Convinti della validità fisiopatologica di tale metodica quando eseguita con le giuste indicazioni abbiamo dal

1999 iniziato ad attuarla e presentiamo qui i risultati ottenuti su 25 pazienti con follow up medio-breve. L'interesse è stato suscitato dalla rapidità dei tempi operatori, la riferita assenza di recidive cliniche e sintomatologiche così come di complicanze severe immediate e tardive e, last but not least, la possibilità di eseguire l'intervento in regime di one-day-surgery.

Pazienti e Metodi

Tra il 1999 ed il 2001 abbiamo eseguito 25 interventi di prolasso-mucosectomia con stapler secondo la tecnica di Longo (PPH); 24 in anestesia spinale ed in 1 anestesia generale per le precarie condizioni cardiologiche. I pazienti, 18 maschi e 7 femmine di età compresa tra 32 e 68 anni, presentavano emorroidi di III e IV grado con prolasso mucoso; sono stati esclusi i pazienti in cui complicanze flogistiche, stenotiche, fibrosi, etc. impedissero la riduzione manuale del prolasso. In 3 pazienti è stato necessario associare una sfinterotomia laterale interna per la presenza di ipertono sfinterico e ragade anale. Nei primi tre casi la borsa di tabacco mucosa è stata eseguita con "tecnica esterna", ovvero sulla mucosa prolassata, mentre nei successivi 22 con quella "interna" utilizzando un Kit dedicato che ha consentito il confezionamento della borsa di tabacco 3 cm circa sopra la linea dentata per via transanale.

Nei primi 5 pazienti operati (3 con tecnica "esterna" e 2 con tecnica "interna") abbiamo osservato in 4 casi un modesto sanguinamento della rima di sutura della mucosa anale e in 1 un sanguinamento severo che ha richiesto una revisione chirurgica dell'emostasi.

Alla luce di questa osservazione nei successivi 20 pazienti è stata adottata di principio l'apposizione di punti emostatici (vicryl 3\00) in corrispondenza della rima di sutura a h 7, h 3, h 11, sulla presunta proiezione dei peduncoli vascolari emorroidari.

In 24 pazienti si è osservata una modesta rettorragia postoperatoria, in 21 pazienti soltanto nei primi 3 giorni postoperatori; in altri 3 pazienti tale sintomo è perdurato sino a 6 giorni; in nessun caso è stato necessario intervenire. In 1 caso il malposizionamento di una clip metallica sull'anastomosi ha mantenuto il sanguinamento, sempre di modesta entità, per una durata di 40 gg, fino ad identificazione e rimozione della clip dislocata.

L'intervento è stato condotto in tutti i casi tranne uno in anestesia spinale ed in 8 pazienti (6 maschi e 2 donne) si è avuta ritenzione urinaria post-operatoria, che ha reso necessaria la apposizione di catetere vescicale per una durata sempre inferiore alle 12 ore. Altre sequele riconducibili alla anestesia spinale sono state in cinque pazienti (2 donne e 3 uomini) la cefalea persistente, di cui una severa ma sempre facilmente controllata con riposo in posizione supina e somministrazione di fluidi e analgesici (elettrolitica M 1500 ml in 12\18h e 1-2 fl di Ketorolac 30 mg ev).

Per quanto attiene invece il dolore post-operatorio esso è stato assente 4 pazienti, in cui non si è reso necessario l'utilizzo di analgesici. Negli altri è stato di modesta entità: 19 pazienti hanno richiesto la somministrazione di 1-2 fl di Ketorolac 30 mg nelle prime 18\24 h, e 2 pazienti di 3 fl di Ketorolac nelle 24h post-intervento. La durata dell'intervento è passata da 30\47 m (primi 10 interventi), a 19\28 minuti nei successivi 15.

La durata di degenza in ospedale è stata di 48h per 23 pazienti, 2 sono stati dimessi dopo 72 h per il persistere del dolore.

È stata effettuata una valutazione del controllo e della durata del dolore nel periodo successivo alla dimissione mediante richiamo telefonico dei pazienti: dopo la dimissione 10 pazienti hanno utilizzato da 1 a 2 compresse al giorno di Ketorolac per 2 gg, 8 pazienti 2 compresse al giorno per 3 gg, 1 paziente ha utilizzato 2 compresse al giorno per 6 gg mentre 6 pazienti non hanno riferito uso di analgesici. La ripresa dell'attività lavorativa è avvenuta dopo 3 gg dalla dimissione per 19 pazienti, dopo 5 gg per 4 pazienti e dopo 7 gg per 2 pazienti la cui sede lavorativa si trovava a oltre 30 km di distanza dalla abitazione.

Tutti i pazienti sono stati sottoposti a follow-up a 1 mese, 3 mesi ed 1 anno con risultati soddisfacenti: in 24 pazienti si è avuto entro il terzo mese (II controllo) la completa scomparsa del prolasso emorroidario e la riduzione del volume dei gavoccioli emorroidari, in 1

paziente tale riduzione è avvenuta dopo 7 mesi dall'intervento. In nessun caso, al controllo dopo 1 anno (III controllo), sono state riscontrate conseguenze funzionali, in particolare non sono state osservate nè stenosi anali, nè incontinenza fecale, soiling o difficoltosa evacuazione.

Discussione

I risultati immediati di questo nuovo metodo nel trattamento del prolasso emorroidario sembrano essere confermati dalla bassa morbilità, dall'evidente vantaggio che il paziente ha nel postoperatorio in rapporto alla riduzione del dolore, alla brevissima degenza ospedaliera ed una più rapida ripresa dell'attività lavorativa e sociale. I benefici di questa tecnica sono stati evidenziati sia in studi non controllati europei, tra cui uno studio francese multicentrico del 1998 (2), sia da recenti studi controllati britannici e italiani (3 -5) e da altri non controllati (6-8). Dalla nostra esperienza preliminare emerge un dato fondamentale: la qualità dei risultati dipende sia dalla tecnica, sia dalla scelta delle indicazioni. L'efficacia della tecnica è legata allo scrupoloso rispetto di alcuni dettagli tecnici: l'altezza della borsa di tabacco che va effettuata sempre almeno 4 cm dalla linea pettinata in un'area poco algogena; una presa non troppo profonda con l'ago, nel confezionare la borsa, che interessi esclusivamente la mucosa e la sottomucosa senza inglobare la muscolare, evitando così il rischio di stenosi; un controllo scrupoloso dell'emostasi in corrispondenza della linea di sutura e con aggiunta di punti emostatici. L'utilizzo di un kit dedicato ha consentito di semplificare l'effettuazione corretta della metodica riducendo altresì sia la "learning curve" che la durata dell'intervento (19\28m contro i 30\47 m). L'osservazione attenta di questi artifici tecnici ci ha permesso di ottenere una riduzione significativa dei sanguinamenti a breve e lungo termine, dello score del dolore postoperatorio e di complicanze funzionali (incontinenza, soiling, ecc.). Boccasanta e coll. in uno studio comparativo hanno riportato una durata della degenza ospedaliera nei pazienti sottoposti a tecnica con stapler di $2+/-0.5$ contro $3+/-0.4$ nei pazienti con tecnica convenzionale. Nella nostra casistica la durata della degenza è stata di $2+/-0.5$ giorni con una ripresa dell'attività lavorativa entro $3+/-2$ giorni. Questo ci ha portato a ritenere la metodica utilizzabile in "one day surgery" come in effetti facciamo da circa un anno a questa parte. Ma la qualità di questo nuovo metodo può essere messa in evidenza solo quando venga eseguita con le corrette indicazioni. Non è sicuramente facile trovare una interpretazione univoca sugli stadi della malattia emorroidaria per cui ci sembra più facile stabilire il profilo del paziente candidato a tale metodica. Si tratta per lo più di pazienti che si lamentano per l'impaccio anale, aumentato dalla presenza del prolasso che fuoriesce spontaneamente o sotto ponzamento, per la presenza di dolore o di perdite ematiche

che talvolta si traducono in veri e propri episodi emorragici durante la defecazione. Le complicanze acute, invece, come le trombosi esterne o edemi voluminosi sembrano ancora rappresentare una giusta indicazione alla esecuzione di una emorroidectomia convenzionale (9).

Conclusioni

I risultati ottenuti dalla nostra esperienza e da studi controllati evidenziano un miglioramento significativo in termini di decorso postoperatorio; l'eccellente controllo della malattia emorroidaria si mantiene anche a distanza di 18-36 mesi dall'intervento. L'assenza di complicanze, il risultato "estetico" ottimale e l'elevata compliance manifestata dai pazienti spingono sempre più a considerare l'anopessi meccanica l'intervento di scelta in presenza di prollasso emorroidario di III o IV grado non complicato.

Riassunto

Gli Autori presentano l'esperienza iniziale di 25 prollassomucosectomie eseguite con un follow-up a medio termine di 18-36 mesi.

In tutti i casi si è ottenuto il controllo della sintomatologia con ottimi risultati funzionali. Un caso di emorragia post-operatoria severa, ha rappresentato il presupposto per applicare suture emostatiche "profilattiche", in corrispondenza dei peduncoli vascolari in tutti i casi successivi. Non sono state mai osservate complicanze tardive.

Parole chiave: Emorroidi, prollasso, prollasso-mucosectomia.

Bibliografia

- 1) Kohlstadt C.M., Weber J., Prohm P.: *Stapler Hemorrhoidectomy. A new alternative to conventional methods*. Zentralbl Chir, 124(7): 676, 1999.
- 2) Papillon M., Arnaud J.P., Descottes B., Graviè J.F., Hutten N., De Manzi N.: *Le traitement de la maladie hémorroïdaire par la technique de Longo. Résultats préliminaires d'une étude prospective portant sur 94 cas*. Chirurgie, 124:666-669, 1999.
- 3) Mehigan B.J., Monson J.R., Hartley J.E.: *Stapling procedure for Haemorrhoids versus Milligan-Morgan haemorrhoidectomy: randomised controlled trial*. Lancet, 355:782-785, 2000.
- 4) Rowsell M., Bello M., Hemingway D.M.: *Circumferential mucosectomy (stapled haemorrhoidectomy) versus conventional haemorrhoidectomy: randomized controlled trial*. Lancet, 355:779-781, 2000.
- 5) Boccasanta P., Capretti P.G., Venturi M., Cioffi U., De Simone M., Sala G., Contessini-Aversani E., Perrachia A.: *Randomised controlled trial between stapled circumferential mucosectomy and conventional circular hemorrhoidectomy advanced hemorrhoids with external mucosal prolapse*. Am J Surg, 182(1):64-8, 2001 Jul.
- 6) Pernice L.M., Bartalucci B., Bencini L., Borri A., Catarzi S., Kroining K.: *Early and late (ten years) experience with circular stapler hemorrhoidectomy*. Dis Colon Rectum, 44:836-841, 2001.
- 7) Seow-Choen F.: *Stapled haemorrhoidectomy: pain or gain*. Br J Surg, 88:1-3, 2001.
- 8) Gabrielli F., Chiarelli M., Cioffi U., Guttadauro A., De Simone M., Arriciati A.: *Day surgery for mucosal-hemorrhoidal prolapse using a circular stapler and modified regional anesthesia*. Dis Colon Rectum, 44(6):842-4, 2001, Jun.
- 9) Gentile M., Cricri A.M., D'Antonio D., Bucci L.: *Hemorrhoidectomy with stapler vs traditional hemorrhoidectomy: comparative outcome of 2 groups of patients*. Ann Ita Chir, 73(2):181-4, 2002.

Commento

Commentary

Prof. Francesco BASILE
Ordinario di Chirurgia all'Università di Catania

L'interesse suscitato negli ultimi anni dalla prollassomucosectomia sec. Longo nel trattamento delle emorroidi di III e IV stadio si è tradotto in un proliferare di esperienze. Alcuni studi italiani in particolare hanno sia sviluppato le problematiche tecniche e anestesologiche, sia confrontato con rigore i risultati ottenibili con la nuova metodica rispetto alle tecniche tradizionali mettendo a fuoco indicazioni e limiti (1-2).

Tuttavia per quanto promettente sia una tecnica, e soddisfacente in termini di riduzione dei tempi operatori, della degenza e della somministrazione di analgesici, solo una valutazione dei risultati a distanza può dirci che non si tratta di un successo effimero. Il presente lavoro, volutamente limitato all'esame dei primi casi trattati e con un follow up variabile da un minimo di 18 a 36 mesi, ci permette di verificare l'efficacia della metodica a medio termine. La precisione metodologica e la puntuale descrizione dei dettagli di tecnica e dei presidi adottati rendono questo lavoro un utilissimo supporto per un confronto fra la metodica di Longo e i trattamenti convenzionali

Bibliografia

- 1) Gabrielli F., Chiarelli M., Cioffi U., Guttadauro A., De Simone M., Arriciati A.: *Day surgery for mucosal-hemorrhoidal prolapse using a circular stapler and modified regional anesthesia*. Dis Colon Rectum, 44(6):842-4, 2001 Jun.
- 2) Gentile M., Cricri A.M., D'Antonio D., Bucci L.: *Hemorrhoidectomy with stapler vs traditional hemorrhoidectomy: comparative outcome of 2 groups of patients*. Ann Ita Chir, 73(2):181-4, 2002.

