

# Emorroidectomia con stapler VS. emorroidectomia tradizionale: risultati comparativi tra due gruppi di pazienti



Ann. Ital. Chir., LXXIII, 2, 2002

**M. Gentile, A.M. Cricrì, D. D'Antonio,  
L. Bucci**

Dipartimento di Chirurgia Generale, Geriatrica, Oncologica  
e Tecnologie Avanzate  
Università degli Studi di Napoli "Federico II"

## Introduzione

Il trattamento chirurgico della malattia emorroidaria è stato sottoposto più volte a revisione critica, negli ultimi anni, dal momento che accanto agli interventi tradizionali si sono affiancate nuove metodiche chirurgiche ed ambulatoriali allo scopo di risolvere quelli che, a tutt'oggi, restano ancora i punti più dibattuti e controversi della terapia: consentire una ripresa funzionale (es. in termini di giornate lavorative) entro limiti accettabili, e, soprattutto, necessità di ridurre il dolore post operatorio (1).

È noto, infatti, che se da un lato i trattamenti chirurgici tradizionali garantiscono una adeguata risoluzione del problema, ma con sequele postoperatorie (dolore), talvolta, anche di settimane, le procedure ambulatoriali sortiscono effetti benefici di durata ormai codificata in tre-quattro anni (2), anche se spesso risultano più gradite al paziente per la maggiore semplicità con la quale vengono praticate.

Una via alternativa per efficacia di trattamento e tollerabilità dei sintomi sembra essersi dischiusa con l'uso delle suturatrici meccaniche, a cui, sempre più spesso, si è fatto ricorso in questi ultimi anni nel trattamento delle emorroidi di III e IV grado sintomatiche.

Le opzioni chirurgiche possono essere, in questi pazienti, così sintetizzate: tecniche chirurgiche con asportazione dei noduli emorroidari (aperte, chiuse/semichiuse);

## Abstract

**STAPLING ANOPEXY VS. TRADITIONAL HAEMORRHOIDECTOMY: COMPARATIVE OUTCOME OF TWO GROUPS OF PATIENTS**

*Authors compare the results of two groups of patients, with III and IV degree haemorrhoids. The first group (48 patients) were treated with traditional surgery, open or closed. The second group (42 patients) treated with stapling haemorrhoidectomy. The groups were compared in order to determine if a true advantage exists regarding post-operative pain and functional recovery.*

*Authors conclude that stapler haemorrhoidectomy, is somehow better in reducing the pain and offers a quick functional recovery. But the technique must be adopted in selected patients with mucosal prolapse, when the haemorrhoidal plexus is below the dentate line. In those cases, with inveterate mucosal prolapse, and thickened external fibrous tissue, or an irreducible prolapse of the external haemorrhoidal plexus, the choice must be carefully evaluated.*

**Key words:** Anopexy, haemorrhoidectomy, Stapler, ruber band ligation, Postoperative pain.

riposizionamento della mucosa senza asportazione dei noduli o, come Nystrom (3) la definisce, anopessi. È opportuno, quindi, fare chiarezza sulle indicazioni all'uso delle diverse opzioni allo scopo di conseguire risultati ottimali a seconda delle molteplici presentazioni della patologia emorroidaria. Abbiamo, pertanto, ritenuto di dover confrontare i risultati della nostra esperienza nell'uso della chirurgia tradizionale e delle suturatrici meccaniche, per valutare se e in quali casi le une sono sovrapponibili, o addirittura preferibili, rispetto alle altre.

## Materiali e metodi

### *I gruppo → tecniche tradizionali*

Abbiamo, inizialmente, ripreso i dati di un nostro studio randomizzato e controllato comprendente 48 pz con emorroidi di III e IV grado, senza patologia associata e non in fase acuta allo scopo di confrontare tra loro,

soprattutto dal punto di vista del dolore postoperatorio, dell'efficacia del trattamento e della ripresa funzionale, le due tecniche chirurgiche aperte e chiuse (Milligan-Morgan modificata sec. St. Mark's e Fergusson).

Tutti i pazienti sono stati operati in anestesia spinale selettiva; l'intervento è stato eseguito con l'ausilio del bisturi elettrico, senza infiltrazione di adrenalina; il peduncolo è sempre stato trasfisso con Vicryl (nella Fergusson i margini sono stati riavvicinati con Catgut 3/0). Tutti i pazienti hanno ricevuto 2 fl di Ketorolac in flebo; la sera dell'intervento sono state somministrate 20 gtt di sodio picosulfato. Alla dimissione a tutti i pazienti è stata consigliata una dieta ricca di fibre ed acqua, e l'assunzione di Ispagula tegumento seminale; qualora dopo due giorni non ci fosse stata una seconda defecazione, si è fatto ricorso a 30 gr di solfato di magnesio. Il controllo postoperatorio è stato fissato tra la V e la VII giornata. Tutti i pazienti hanno avuto un follow-up minimo di 6 mesi e sono stati randomizzati in due gruppi: 22 trattati con Ferguson e 26 con Milligan-Morgan modificata. L'età media è stata di 48.2 anni nel I gruppo e 52.4 nel secondo; il rapporto F/M nella Ferguson è stato di 5/17, mentre nella Milligan-Morgan 4/22. Abbiamo valutato il dolore postoperatorio (se >3 fl di antidolorifico), la ritenzione urinaria partendo da una uguale somministrazione di liquidi, il sanguinamento postoperatorio (solo in caso di ulteriore trattamento), e la presenza di stenosi e recidiva intese come procidenza anoscopica sintomatica.

#### *II gruppo → Emorroidectomia con Stapler (Gruppo non randomizzato)*

Da una casistica totale di 65 pazienti (37 M, 28 F), trattati dal 1997 a Marzo 2000, abbiamo estrapolato 42 pazienti con follow up minimo di 12 mesi. L'età media è stata di 51 anni (range 25-77), il grado di presentazione della patologia sec. Goligher III/IV (43/22). Di questi pazienti, 37 hanno ricevuto un'anestesia spinale selettiva e 5, per espressa volontà, un'anestesia generale. In 15 casi, l'intervento è stato praticato con borsa di tabacco ad oltre 2 cm dalla linea dentata, praticata con l'ausilio di un divaricatore di Eisenhammer o di Fansler (6), utilizzando una suturatrice circolare di calibro 33 o 31, per mancanza dell'approvvigionamento del kit specifico; negli altri 27 pazienti, l'intervento è stato condotto con il kit ad hoc PPH 31 Ethicon Endosurgery secondo la tecnica (7) originale di Longo. In tutti i pazienti al termine dell'intervento è stato lasciato a dimora un catetere di Foley (8). Sono stati valutati: il dolore postoperatorio (se >3 fl di Ketorolac), il sanguinamento, la ritenzione vescicale e la presenza di stenosi e recidive, nonché la ripresa dell'attività lavorativa a 7 giorni.

Tale gruppo presentava come sintomi iniziali: sanguinamento in quasi il 100% dei casi (in 4 pazienti del II gruppo era presente un'anemizzazione severa inferiore o

uguale a 7 gr % Hb), sensazione di ano umido nel 32% dei casi, tenesmo nel 64% dei casi; due pazienti, inoltre, presentavano un qualche grado di incontinenza (minor soiling 5%).

I due gruppi sono stati successivamente comparati tra loro allo scopo di stabilire quale delle tecniche offrisse i maggiori vantaggi nel trattamento dei pazienti. Tutti i pazienti sono stati valutati preoperatoriamente con visita proctologica e rettosigmoidoscopia di routine, proctoscopia e solo in una ridotta percentuale di casi è stata praticata, con indicazione specifica di diagnosi differenziale, una cinedefecografia ed una manometria anorettale. Analogamente, sono stati valutati postoperatoriamente con visita proctologica, anosopia ed esplorazione digitale che ha, successivamente, indicato la necessità di un controllo manometrico al raggiungimento di un follow up minimo di 6 mesi, mentre in nessun paziente è stata praticata una cinedefecografia comparativa.

### **Risultati**

#### *I gruppo → tecniche tradizionali*

Dei 48 pz operati, tutti hanno manifestato dolore nella I notte dopo il trattamento ed hanno richiesto ulteriore somministrazione di analgesico. Dolore alla defecazione è stato, inoltre, lamentato da 18 (81.8%) dei pazienti con tecnica chiusa e da 15 (57.6%) con tecnica aperta. Sono state rilevate 5 ritenzioni urinarie (10.4%), di cui 2 nella Ferguson e 3 nella aperta. Soltanto il 31% dei pazienti, globalmente nei due gruppi, ha avuto un'evacuazione nelle 24 ore successive, mentre la parte rimanente ha necessitato di ulteriore somministrazione di solfato di magnesio. Tenesmo è stato lamentato dall'81.8% degli operati con Ferguson e nell'88% dei pazienti con Milligan-Morgan. Nessun paziente ha presentato stenosi a 6 mesi e nessuno ha avuto emorragia profusa.

#### *II gruppo → Emorroidectomia con Stapler (Gruppo non randomizzato)*

Nei 42 pazienti il dolore postoperatorio è stato molto intenso/intenso in 22 casi, tollerabile in 11 e lieve in 9; si è riscontrato un sanguinamento (necessità di punti di sutura) in 7 casi, uno dei quali è stato, successivamente, posto in trazione con Foley. La ritenzione vescicale è stata rilevata in 6 casi, probabilmente anche in relazione al fatto che, in questo gruppo, 5 pazienti sono stati sottoposti ad anestesia generale con differente volume di liquidi somministrati; infine un edema dei noduli residui, con un caso di trombosi emorroidaria, è stato riscontrato in 2 pazienti. Le complicanze tardive sono state 2

## EMORROIDECTOMIA CON STAPLER VS. EMORROIDECTOMIA TRADIZIONALE

- *Dolore postoperatorio intenso*  
 >3 Fl di analgesico: 52% (22 Pz) Vs 85% (41 Pz)
- *Ritenzione urinaria*  
 14% (6 Pz) Vs 10% (5 Pz)\*  
 \*11.2% in 500 Pz (Gruppo storico)
- *Evacuazione nelle 24 ore successive*  
 60% (25 Pz) Vs 31% (15 Pz)
- *Controllo dei sintomi a 6 settimane*  
 42% (18 Pz) Vs 40% (19 Pz)
- *Dimissione a 24 ore*  
 86% (36 Pz) Vs 50% (24 Pz)

N.B.: Nel gruppo dei pazienti con stapler sono inclusi 10 pazienti con trattamenti associati.

procidenze emorroidarie e 6 stenosi, con 4 casi trattati con dilatatori. Globalmente a 7 giorni dal trattamento, circa l'85 % dei pazienti ha ricominciato la propria attività lavorativa. In questo gruppo di 42 pazienti trattati è da segnalare la presenza di 12 casi di interventi associati, ossia asportazione di noduli residui che erano singoli in 7 casi e doppi in 5. Questi pazienti inclusi nel gruppo delle emorroidectomie con Stapler ne hanno, in parte, inficiato i risultati presentando dolore postoperatorio più intenso (quasi il 100% dei casi) ed un ritardo di guarigione superiore a 6 settimane (40% dei 12 pazienti trattati).

## Discussione

L'indagine condotta nel primo gruppo di pazienti operati con tecnica chirurgica tradizionale ha mostrato una relativa esiguità di complicanze globalmente valutate, al punto che, per ulteriore controllo, è stato effettuato un raffronto con un gruppo storico di 500 pazienti intervistati telefonicamente e con controlli minimi da 1 a 5 anni, con drop-out di 57 pazienti su 500, che ha mostrato che, sostanzialmente, non esistono apprezzabili differenze in termini statistici (9) tra le due tecniche aperta e chiusa e l'ulteriore gruppo di controllo in termini di dolore postoperatorio se non in occasione della I defecazione (10) che si rivela più dolorosa nei pazienti trattati con tecnica chiusa e che richiede un maggior uso di purganti salini fino al primo controllo (11). Gli interventi tradizionali, quindi, continuano a trovare una loro razionale collocazione in considerazione del fatto che consentono di conseguire risultati soddisfacenti con degenze brevi, da taluni riportate in regime di day-surgery e controllo del dolore, sostanzialmente, accettabile senza il ricorso ad analgesici maggiori (12). Nei pazienti con

emorroidi di III e IV grado, queste procedure si sono rivelate sicuramente più efficaci rispetto a qualsiasi altro tipo di trattamento ambulatoriale (13) che sono, oramai, caratterizzati da percentuali di successo molto basse negli studi a lungo termine e quasi mai raggiungono un follow-up superiore a tre anni. Restano, comunque, aperti i problemi del dolore postoperatorio e della ripresa dell'attività lavorativa, in considerazione del fatto che molti pazienti restano lontani dalle loro abituali attività per periodi superiori a due settimane.

L'intervento di emorroidectomia con suturatrice meccanica, invece, si propone come potenzialmente innovativo e migliorativo rispetto alle tecniche tradizionali. Proposto nella forma originale da Antonio Longo, è stato inizialmente applicato a pazienti con emorroidi di III e IV grado, senza distinzioni di sorta. Questo uso indiscriminato della tecnica ha reso necessarie una serie di valutazioni alla luce di talune complicanze che scaturivano dalle indicazioni all'intervento. C'è oggi un generale accordo che debba essere applicato a pazienti in cui si riscontri un prollasso della mucosa del canale anale con coinvolgimento del plesso emorroidario, che viene dislocato al di sotto della linea dentata (14). Nei casi in cui coesiste una protusione del plesso emorroidario esterno, difficilmente riducibile, o un prollasso inveterato, con abbondanza di tessuto fibroso esterno, l'indicazione va attentamente valutata dal momento che, come visto anche nella nostra esperienza, è necessario praticare interventi associati che snaturano in parte lo spirito della tecnica stessa (15). Anzitutto ci si è chiesti quale fosse la necessità di proporre un intervento di riduzione della mucosa, se in pratica è già da anni attuata, e con lo stesso scopo la legatura elastica. La risposta viene dalla esperienza di piccoli prollassi trattati efficacemente con la legatura, laddove nelle forme maggiori è necessario un gran numero di sedute successive con una validità del trattamento limitata nel tempo. Esistono in letteratura a tutt'oggi soltanto due studi randomizzati e controllati (16-17) che confrontano la validità della mucosectomia circonferenziale con le tecniche di legatura ed asportazione tradizionale ed in particolare con la Milligan-Morgan. Da entrambi si evince che esiste certamente un vantaggio del trattamento con suturatrice meccanica, rispetto alle tecniche tradizionali in termini di dolore post-operatorio che è significativamente più basso nel primo gruppo in entrambi gli studi, e in termini di degenza media e ritorno alle attività lavorative che è analogamente più breve. Per quanto riguarda gli altri parametri i risultati dei due gruppi si presentano praticamente sovrapponibili. Il commento critico a questi studi è sostanzialmente imperniato sul fatto che il follow-up di questi pazienti è ancora relativamente breve (18) (Fazio li definisce "First randomized trials to examine short-term efficacy and value of stapled Haemorrhoidectomy"), e che sussiste il rischio di un danno sfinteriale da purse-stringe come accade nelle resezioni anteriori e che i costi sono ancora estremamente elevati al punto da non

consentire il benchè minimo errore nella applicazione dello strumento.

Certamente non può essere considerata nei rischi ordinari della tecnica la segnalazione di un episodio di sepsi pelvica gravissima a seguito di emorroidectomia con stapler. La tecnica si mostra, quindi, promettente nei risultati a breve termine ma necessita di parametri più omogenei di valutazione del dolore a lungo termine e di un'accurata valutazione manometrica ed endosonografica della funzionalità sfinteriale, anche se in tutte le esperienze riportate in letteratura il coinvolgimento muscolare risulta pressochè nullo e dall'esame istologico dell'anello asportato, anche nei casi in cui si rinvenivano elementi muscolari, la quantità di tessuto è del tutto trascurabile.

## Riassunto

Gli autori confrontano i risultati ottenuti in due gruppi di pazienti affetti da emorroidi di III e IV grado. Nel primo gruppo 48 pazienti sono stati trattati con tecniche chirurgiche tradizionali, sia aperte che chiuse. Nel secondo gruppo 42 pazienti sono stati sottoposti ad emorroidectomia con stapler di cui 27 secondo la tecnica originale di Longo. I due gruppi sono stati successivamente comparati tra loro allo scopo di stabilire quale delle due tecniche offrisse i maggiori vantaggi sia in termini di dolore post-operatorio che in termini di ripresa lavorativa. Gli autori concludono sostenendo che l'emorroidectomia con stapler, presenta sicuramente dei vantaggi in termini di ridotto dolore post-operatorio e più rapida ripresa funzionale. Ritengono altresì che la tecnica debba essere utilizzata in pazienti nei quali si verifichi un prolasso della mucosa del canale anale con coinvolgimento del plesso emorroidario che si disloca al di sotto della linea dentata. In casi particolari, dove vi sia un prolasso inveterato, con abbondanza di tessuto fibroso esterno, o una protusione del plesso emorroidario esterno difficilmente riducibile, l'adozione della tecnica deve essere attentamente valutata.

Parole chiave: Anopessi, emorroidectomia, suturatrici, bendaggio elastico, dolore postoperatorio.

## Bibliografia

- 1) Phillips R., Milligan M.: *Haemorrhoidectomy. Atti Colorectal disease in the new millennium* F.t Lauderdale, Florida, 2000.
- 2) Carapeti E., Phillips R.K.S.: *Modern treatment for internal haemorrhoids*. Br Med J, 315:881, 1997.
- 3) Nystrom P.O.: *Circular stapler haemorrhoidectomy. Atti Colorectal disease in the new millennium*. F.t Lauderdale, Florida, 2000.
- 4) Ferguson J.A., Heaton J.R.: *Closed hemorrhoidectomy*. Dis Colon Rectum, 2:176-83, 1959.
- 5) Milligan E.T.C., Morgan C., Naughton Jones L.F., Office R.R.: *Surgical anatomy of the anal canal and the operative treatment of haemorrhoids*. Lancet, 2:1119-1124, 1937.
- 6) Kohlstadt C.M., Weber J., Prohm P.: *Stapler haemorrhoidectomy. A new alternative to conventional methods*. Zentralbl Chir, 124:238-43, 1999.
- 7) Longo A.: *Treatment of haemorrhoidal disease by reduction of mucosa and haemorrhoidal prolapse with a circular stapling device: a new procedure*. 6<sup>th</sup> World Congress of Endoscopic Surgery, Monduzzi Editore, 777-84, 1998.
- 8) Smellie G.D.: *Control of post-haemorrhoidectomy bleeding with a Foley catheter and a pack*. J R Coll Surg Edinb, 10:328, 1965.
- 9) Wolfe J.S., Munoz J.J., Rosin J.D.: *Survey of Haemorrhoidectomy practices: open versus closed techniques*. Dis Colon Rectum, 22:536-8, 1979.
- 10) Roe A.M., Bartolo D.C., Vellacott K.D., Locke-Edmunds J., Mortensen N.J.: *Submucosal versus ligation excision haemorrhoidectomy: a comparison of anal sensation, anal sphincter manometry and postoperative pain and function*. Br J Surg, 74:948-51, 1987.
- 11) London N.J., Bramley P.D., Windle R.: *Effect of four days of preoperative lactulose on posthaemorrhoidectomy pain: results of placebo controlled trial*. BMJ, 295:363-4, 1987.
- 12) Carapeti E.A., Kamm M.A., McDonald P.J., Chadwick S.J.D., Phillips R.K.S.: *Randomised trial of open versus closed day-case haemorrhoidectomy*. Br J Surg, 86:612-3, 1999.
- 13) Cheng F.C., Shum D.W., Ong G.B.: *The treatment of second degree haemorrhoids by injection, rubber band ligation, maximal anal dilatation, and haemorrhoidectomy: a prospective clinical trial*. Aust NZ J Surg, 51:458-62, 1981.
- 14) Pescatori M., Favetta U., Dedola S., Orsini S.: *Trans anal stapled excision of rectal mucosal prolapse*. Tech Coloproct, 1:96-98 [PubMed], 1997.
- 15) Kohlstadt C.M., Weber J., Prohm P.: *Stapler haemorrhoidectomy. A new alternative to conventional methods*. Zentralbl Chir, 124:238-43, 1999.
- 16) Mehigan B.J., Monson J.R.T., Hartley J.E.: *Stapling procedure for haemorrhoids versus Milligan-Morgan haemorrhoidectomy: randomised controlled trial*. Lancet, 355:782-85, 2000.
- 17) Rowsell M., Bello M., Hemingway D.M.: *Circumferential mucosectomy (stapled haemorrhoidectomy) versus conventional haemorrhoidectomy: randomised controlled trial*. Lancet, 355:779-81, 2000.
- 18) Milligan E.T.C., Morgan C.N., Jones L.E., Officer R.: *Surgical anatomy of the anal canal and operative treatment of haemorrhoids*. Lancet, 2:1119-24, 1937.
- 19) Ho Y.H., Tan M., Leong A., Eu K.W., Nyam D., Seow-Choen F.: *Anal pressures impaired by stapler insertion during colorectal anastomosis: a randomized, controlled trial*. Dis Colon Rectum, 42:89-95 [Pub Med], 1999.
- 20) Tuckson W.B., Lavery I.C., Fazio V.W., Oakley J., Church J.M., Milsom J.W.: *Manometric and functional comparison of ileal pouch anal anastomosis with and without anal manipulation*. Am J Surg, 6:90-96, 1991.

## Commento

## Commentary

Prof. Gennaro ROSA

Ordinario di Chirurgia Generale  
Università di Verona

*Gli Autori pongono a confronto dapprima l'emorroidectomy aperta (Milligan-Morgan) con quella chiusa (Ferguson) in un gruppo di 48 pazienti, e successivamente questo gruppo nel suo complesso con una serie di 42 pazienti trattati con tecnica di Longo (mucosectomia con stapler circolare). Essi valutano le complicanze postoperatorie immediate e quelle tardive.*

*Le tecniche di emorroidectomy prese in esame sono quelle tradizionali, cioè quelle più eseguite nel mondo, con una prevalenza assoluta della Ferguson negli Stati Uniti e della Milligan-Morgan in Europa.*

*Tra qualche anno dovremo considerare tra le tecniche tradizionali anche l'intervento di Longo, che, sebbene non sia una emorroidectomy vera e propria, cura le emorroidi attraverso una mucosectomia a monte dei gavoccioli emorroidari ed una anopessi; il suo successo è crescente e le serie numerose di operati dovrebbero portare in breve ad una ampia valutazione dei risultati a distanza.*

*Le indicazioni sono in realtà sovrapponibili a quelle delle altre forme di emorroidectomy; emorroidi di II grado (sanguinanti), III e IV grado (cioè con prollasso temporaneo o permanente al di fuori dell'ano).*

*Nelle emorroidi di IV grado, quando al prollasso permanente dei noduli interni si aggiunge uno scivolamento in basso della linea dentata e la presenza di emorroidi esterne (spesso circolari), gli interventi sopra citati non danno buoni risultati (incompletezza dell'escissione, stenosi, incontinenza sensoriale, in percentuale notevole). In questi casi soltanto la Whithead più o meno modificata il cui tasso di complicanze è molto elevato o la poco eseguita emorroidectomy sottomucosa ricostruttiva di Alan Parks sono in grado di risolvere il problema. La mia preferenza va al secondo intervento citato.*

*Gli Autori giustamente imputano ai metodi ambulatoriali parachirurgici (legatura elastica, crio, fotocoagulazione, etc.) la transitorietà dei risultati anche se il gradimento dei pazienti è alto.*

*Una velata critica agli Autori riguarda la classificazione, antica, se pure efficace, delle emorroidi. Ritengo che tutti dovremmo cimentarci con la più moderna classificazione di Gaj e coll., accettata dalla Federazione Italiana di Colon-Proctologia. Quanto al confronto tra tecniche tradizionali e stapler, gli Autori riconoscono che il gruppo di pazienti trattato con stapler non era omogeneo (in quasi il 75% vi si associava l'asportazione di nodali residui).*

*Il dolore ha dominato il gruppo delle emorroidectomy tradizionali, ma va detto che solo in una ridotta percentuale di casi è stata eseguita una manometria anorettale preoperatoria. Questo esame è in grado di individuare un ipertono basale, che, se non trattato, nel postoperatorio si traduce in dolore anale. Il dolore ha dominato anche il gruppo di pazienti sottoposti a emorroidectomy con stapler; potrebbe riconoscere la stessa causa (ipertono) oppure essere dovuto ad applicazione troppo bassa della stapler, a livello dell'anoderma sensibile, o all'escissione di noduli emorroidari esterni. Si ritiene frequente nella Longo l'emorragia postoperatoria; in realtà anche il più modesto sanguinamento rilevabile all'anoscopia, che conclude l'intervento, non deve essere sottovalutato e deve essere trattato con punti di sutura.*

*Mentre l'emorroidectomy tradizionale va bene in ogni caso, l'intervento di Longo è ideale per le emorroidi di III grado con cospicuo, prollasso emorroidario, discesa dell'anoderma, e assenza di emorroidi esterne di rilievo; è intervento di breve durata; il dolore postoperatorio è generalmente modesto; non è tuttavia, intervento da principianti; occorre sapersi destreggiare nella bassa ampolla o alla sommità del canale anale, qualora occorra inserire punti aggiuntivi per l'emostasi. Lo stapler ha tuttora un costo elevato; penso, però, che, essendo un intervento ad alto contenuto tecnologico, sia accattivante soprattutto per i chirurghi più giovani e che riscuoterà un successo sempre maggiore.*

*Giustamente gli Autori raccomandano di valutare i risultati a distanza con più attenzione. I disturbi della continenza, che in realtà non sono frequenti, più che a coinvolgimento sfinteriale nella escissione (il che sarebbe un errore di tecnica) sono dovuti alla dilatazione anale affrettata e non progressiva necessaria per introdurre l'apparecchiatura.*

*The authors compare open hemorrhoidectomy (Milligan-Morgan) with the closed one (Ferguson) in a 48 group of patients and then all this group with the series of 42 patients treated with the Longo technique (mucosectomy with circular stapler, that is the stapling anopexy).*

*They examine immediate and late postoperative complications.*

*The present study analyzes traditional hemorrhoidectomy techniques well known in the world: in prevalence Ferguson in USA and Milligan-Morgan in Europe. In a few years we have to compare among traditional techniques also the Longo procedure, even if it isn't a real hemorrhoidectomy because it treats hemorrhoids by mucosectomy and anopexy. This surgical treatment is even more successful and very early it could be possible an ample evaluation of the late results.*

*Indications are comparable with those of other kind of hemorrhoidectomy: II degree hemorrhoids (bleeding) III and IV degree (hemorrhoids with temporary or permanent prolapse outside the anus). In IV degree hemorrhoids when there is a permanent prolapse of internal nodes and a downward sliding of dentate line together with external hemorrhoids often circumferential, the cited procedures don't give good results (incomplete abscission, stenosis, sensorial incontinence in high percentage). In these cases only more or less modified Whithead procedure, whose tax of complications is very high or the more unusual submucosal reconstructive hemorrhoidectomy according to Alan Parks are able to solve the problem. My personal preference is for the later procedure.*

*Correctly the authors consider temporary the success of parasurgical ambulatory methods (elastic ligation, cryo, photocoagulation etc.) even if patients prefer them.*

*Hemorrhoids classification of the authors even if efficacious, is nevertheless out of date. I think that all should use the more useful and modern Gaj and coll. classification adopted by Italian Federation of Colon-Proctology.*

*About comparative outcome between traditional procedure and stapler the authors admit inhomogeneous the group of patients treated with stapler (almost 25% required also the total removal of nodes).*

*After traditional hemorrhoidectomy the group suffered for pain but only a low percentage of the patients were preoperatively studied with anorectal manometry. This test can discover a basal overtone which becomes anal pain without preliminary treatment. Even after hemorrhoidectomy with stapler the patients were mostly painful. This could happen for the same overtone or for a too low application of the stapler, in the sensitive anodermal area or for concomitant external nodes excision.*

*Postoperative hemorrhage in Longo technique seems frequent; fundamental are stitches if there is a slight bleeding observed during anoscopy.*

*While traditional hemorrhoidectomy is the best technique in every situation, Longo procedure is the best for III degree hemorrhoids with prominent hemorrhoidal prolapse, anodermal lowering and external hemorrhoids absence. The operation is short and low is generally the postoperative pain.*

*It isn't an easy operation for beginners because it is necessary to be able to in handling in the lower ampulla or in anal canal when it becomes necessary to pass further stitches for haemostasis.*

*Hemorrhoidectomy with stapler is expensive but it is a high-technology procedure so, shortly, it will be an ever more popular choice because of the favourable acceptance among beginners.*

*The authors recommend to evaluate more carefully the late results. Improbable continence disorders are due more to sphincter complications related to a too quick oval dilatation to insert the instrument than to a direct injury to it.*

*Autore corrispondente:*

Dott. Maurizio GENTILE  
Via Stendhal, 23  
NAPOLI  
Tel.: 0817462819