

71

Il trattamento chirurgico della malattia emorroidaria

Tecniche a confronto

V. FILINGERI, F. GIUDICEANDREA, R. ROSATI, R. FIORITO, C. U. CASCIANI

Estratto da MINERVA CHIRURGICA
Vol. 56, 2001 -

EDIZIONI MINERVA MEDICA - TORINO

Il trattamento chirurgico della malattia emorroidaria

Tecniche a confronto

V. FILINGERI, F. GIUDICEANDREA, R. ROSATI, R. FIORITO, C. U. CASCIANI

SURGICAL TREATMENT OF HEMORRHOID DISEASE. A COMPARISON BETWEEN TECHNIQUES

Background. The past years have seen the development of outpatient treatment and surgical procedures for the treatment of hemorrhoid disease in an attempt to reduce postoperative pain on the one hand and execution and hospitalisation times on the other.

Methods. This retrospective study compares the results obtained in the treatment of hemorrhoid disease using three different methods. Three groups of 30 patients were selected from those operated during the past 10 years using Milligan-Morgan's technique (Group A), Parks' technique (Group B) and radiosurgery (Group C). All patients were matched for sex (50% males and 50% females), age (ranging between 30 and 50 years old), diagnosis (4th degree hemorrhoids not associated with another proctologic pathology such as anal fissures, fistulas, etc.) and referred symptoms.

Results. The results obtained allow a positive evaluation to be made of all three surgical techniques, but indicate submucous hemorrhoidectomy using radiosurgery as the method of choice for the treatment of grade III and IV hemorrhoids.

Conclusions: The excellent results achieved using this approach in the authors' opinion amply justify the relatively difficult execution and longer operating times.

Key words: Hemorrhoids surgery - Anus diseases - Radiosurgery.

Pervenuto il 28 giugno 2000.
Accettato il 13 ottobre 2000.

Indirizzo per la richiesta di estratti: V. Filingeri - Via Val Padana, 134 - 00141 Roma.

Università degli Studi Tor Vergata - Roma
Clinica Chirurgica
(Direttore: Prof. C. U. Casciani)

La malattia emorroidaria negli ultimi anni è diventata sempre più frequente nelle popolazioni occidentali principalmente a causa delle moderne abitudini di vita ed alimentari. Per tale motivo si è assistito ad una evoluzione delle terapie ambulatoriali e delle tecniche di trattamento chirurgico con lo scopo di ridurre sia il tanto temuto dolore postoperatorio che i tempi di esecuzione e di ospedalizzazione. Considerato l'alto numero di metodiche più o meno innovative proposte, la conclusione più ovvia è che in realtà la tecnica ideale non è stata ancora individuata e la scelta del chirurgo, il più delle volte, è legata esclusivamente all'esperienza ed alle personali convinzioni. Nel 1982 abbiamo pubblicato i risultati relativi alla emorroidectomia sottomucosa sec. Parks, una tecnica all'epoca innovativa la quale permetteva, se confrontata con le metodiche tradizionali, un salto di qualità riguardo il problema del dolore postoperatorio, nonché i tempi di convalescenza e l'incidenza di complicanze e recidive¹. Successivamente, sulla base della nostra esperienza, abbiamo apportato alcune modifiche tecniche^{2,3} ed abbiamo introdotto l'uso del bisturi a radiofrequenze^{4,5}.

Lo scopo di questo lavoro è quello di con-

TABELLA I. — Sintomi riferiti.

Sintomi	Gruppo A	Gruppo B	Gruppo C
Prolasso	30 (100%)	30 (100%)	30 (100%)
Emorragia	24 (80%)	25 (83,3%)	25 (83,3%)
Dolore	25 (83,3%)	27 (90%)	27 (90%)
Irritazione perianale	8 (26,6%)	7 (23,3%)	4 (13,3%)
Prurito anale	8 (26,6%)	7 (23,3%)	7 (23,3%)
Escrezioni	8 (26,6%)	8 (26,6%)	8 (26,6%)

Per questo studio retrospettivo sono stati selezionati tre gruppi di pazienti composti di 30 casi ciascuno operati negli ultimi dieci anni con la tecnica di Milligan-Morgan (Gruppo A), di Parks (Gruppo B) e con il bisturi a radiofrequenze (Gruppo C).

frontare i risultati ottenuti con tre diverse metodiche chirurgiche (emorroidectomia sec. Milligan Morgan, emorroidectomia sottomucosa sec. Parks, emorroidectomia sottomucosa con bisturi a radiofrequenza) in altrettanti gruppi di pazienti selezionati dalla nostra casistica.

Materiali e metodi

Casistica

Sono stati selezionati tre gruppi di 30 pazienti ciascuno tra quelli operati negli ultimi 10 anni con la tecnica di Milligan-Morgan (gruppo A), di Parks (gruppo B) e con il bisturi a radiofrequenza (gruppo C). I pazienti sono stati selezionati con criteri di omogeneità per sesso (50% maschi e 50% femmine), età (compresa tra 30 e 50 anni), diagnosi (emorroidi di IV grado non associate ad altra patologia proctologica quale ragade anale, fistole, ecc.) e sintomi riferiti (tab. I).

Sono stati esclusi quei pazienti che non presentavano queste caratteristiche o che erano stati sottoposti ad interventi chirurgici tradizionali o crioterapici per patologie proctologiche.

Prima dell'intervento tutti i pazienti sono stati sottoposti ad un accurato esame proctologico per controllare la continenza dello sfintere ed escludere altre patologie del canale anale concomitanti.

È stata utilizzata indifferentemente sia l'anestesia generale che quella periferica.

Tutti i pazienti sono stati sottoposti a visita di controllo a 15, 30, 45 giorni ed a 3, 6 e 12 mesi dall'intervento.

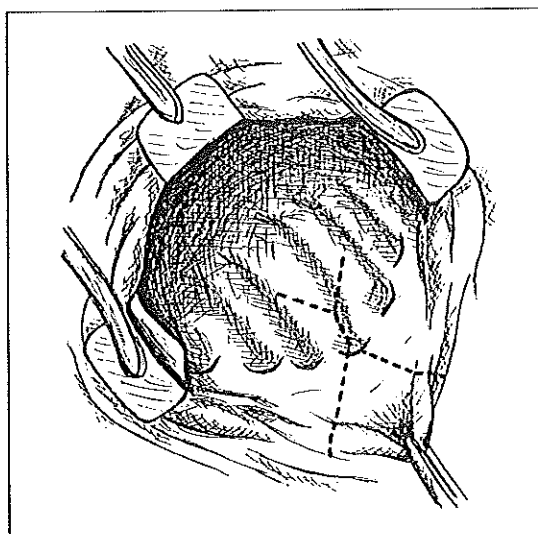


Fig. 1. — Linea di incisione a «V» contrapposte sulla mucosa all'interno del canale anale.

Tecniche chirurgiche

Emorroidectomia sec. Milligan Morgan. — Dopo aver esteriorizzato il nodulo mediante una pinza di Kocher, si esegue una incisione a «V» aperta verso l'orifizio anale e si separa per via smussa il nodulo emorroidario dallo sfintere interno fino al peduncolo vascolare. Il peduncolo viene quindi legato con un punto trasfisso alla base e sezionato a monte della legatura. Ad intervento ultimato residuano tre aree ellittiche orientate radialmente con ampi ponti mucocutanei interposti che questa tecnica si prefigge di risparmiare ⁶.

Emorroidectomia sottomucosa secondo Parks. — Il principio fondamentale sul quale si basa la tecnica di Parks è quello di asportare il peduncolo vascolare corrispondente ad ogni area emorroidale ^{7,8}.

Dopo aver posizionato il divaricatore di Parks, viene eseguita l'infiltrazione di una soluzione salina con adrenalina (1:200000) per ridurre l'emorragia e contemporaneamente facilitare lo scollamento del peduncolo vascolare dal piano muscolare sottostante e dalla mucosa.

Si procede alla classica incisione a «V» contrapposta alla dissezione dei lembi (fig. 1). Il distacco del peduncolo può essere eseguito con un piccolo tampone montato per ridur-

re il rischio di lesioni a carico dello sfintere interno.

La dissezione del plesso emorroidario dal piano mucoso sottostante riveste quindi grande importanza.

L'accuratezza di questa manovra permette di evitare che residui di fibre muscolari e tralci di tessuto connettivale vengano incorporati nella legatura del peduncolo vascolare. Questo fattore rappresenta probabilmente la causa dell'intenso dolore postoperatorio che caratterizza le tradizionali tecniche di emorroidectomia. Il peduncolo vascolare liberato viene legato alla base con un punto trasfisso di catgut 2/0 e quindi asportato. La ricostruzione della mucosa avviene con alcuni punti di sutura in catgut 3/0.

Emorroidectomia sottomucosa con bisturi a radiofrequenza. — Si tratta di una emorroidectomia sottomucosa secondo Parks eseguita mediante bisturi a radiofrequenza apportando alcune variazioni nella tecnica per facilitarne l'esecuzione⁴⁵. Dopo aver posizionato il divaricatore di Parks ed eseguita l'infiltrazione di adrenalina in soluzione salina 1:200000 si procede all'incisione con radiobisturi in corrispondenza della giunzione mucocutanea fino al margine dello sfintere interno. L'incisione a «V» contrapposta sulla mucosa all'interno del canale anale è stata modificata perché riteniamo che l'incisione a «T» capovolta è più comoda nelle successive fasi di ricostruzione, considerando che la mucosa è estremamente fragile e più facilmente va incontro a lacerazioni al momento della sutura (fig. 2). Il bisturi a radiofrequenza permette di isolare i lembi mucosi con molta facilità senza traumatizzarli e necrotizzarli, riducendo il sanguinamento a nappo che con la metodica tradizionale spesso complica l'atto chirurgico. Il peduncolo viene quindi legato con un punto trasfisso di Vycril 3/0. I lembi della mucosa vengono ancorati al piano muscolare ed al margine cutaneo lasciando una parte esterna della ferita beante. Ciò consente una disposizione più «anatomica» dei lembi ed al tempo stesso favorisce il drenaggio all'esterno della cavità virtuale residua tra mucosa dissecata e piano muscolare.

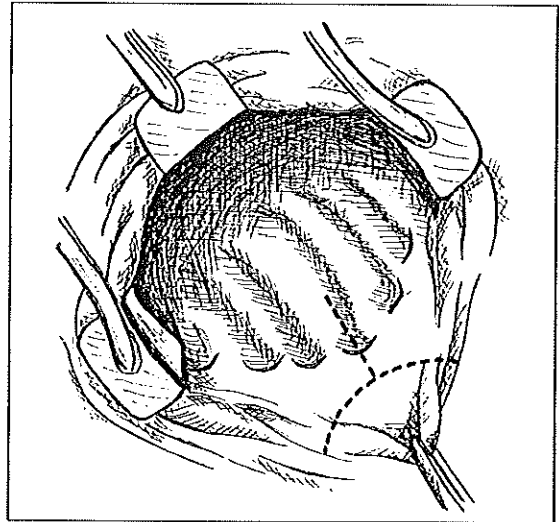


Fig. 2. — Linea di incisione a «T» capovolta.

Risultati

I risultati ottenuti consentono di formulare un giudizio positivo su tutte le tecniche adottate (tab. II).

I tempi di esecuzione della Milligan Morgan risultano molto ridotti rispetto alle altre due metodiche. Tuttavia l'uso del bisturi a radiofrequenza ha permesso un risparmio di tempo medio quantizzato in circa 25 minuti rispetto alla tecnica tradizionale di Parks. Ciò soprattutto per l'effetto coagulante del bisturi a radiofrequenza che consente di ridurre il tempo dedicato alla cauterizzazione dei piccoli vasi nonché la risoluzione del sanguinamento «a nappo».

Il dolore postoperatorio è stato in ogni caso molto modesto e solo in pochi pazienti si è provveduto alla somministrazione di analgesici e/o di benzodiazepine per sedare soggetti particolarmente ansiosi.

Nel gruppo A la prima evacuazione si è avuta in IV-V giornata ed il dolore riferito dai pazienti è stato quasi sempre ritenuto accettabile. Nei gruppi B e C la prima evacuazione si è sempre avuta entro la seconda giornata e non ha mai causato intenso dolore ma solo un modesto fastidio. In ogni caso è importante che le feci siano di consistenza morbida al fine di ridurre il traumatismo a carico del canale anale. Per tale motivo al

TABELLA II. — Risultati.

Parametri	Gruppo A	Gruppo B	Gruppo C
Tempo medio di esecuzione della tecnica	25 minuti	65 minuti	40 minuti
Ospedalizzazione postoperatoria	5 giorni	2 giorni	1 giorno
Dolore postoperatorio	20 pazienti	11 pazienti	6 pazienti
Ritenzione urinaria postoperatoria	10 pazienti	9 pazienti	10 pazienti
Prima evacuazione	IV giornata	II giornata	I-II giornata
Dolore alla prima evacuazione	21 pazienti	13 pazienti	8 pazienti
Analgesici dopo la prima evacuazione	14 pazienti	6 pazienti	3 pazienti
Perdite ematiche postoperatorie	28 pazienti	24 pazienti	12 pazienti
Incontinenza transitoria ai gas	10 pazienti	13 pazienti	12 pazienti
Recidiva dopo dodici mesi	5 pazienti	0 pazienti	0 pazienti
Stenosi cicatriziale	0 pazienti	0 pazienti	0 pazienti

Tecnica di Milligan-Morgan (Gruppo A), Tecnica di Parks (Gruppo B), bisturi a radiofrequenze (Gruppo C)

momento della dimissione vengono prescritti una dieta ricca di scorie ed olio di vaselina. Sono state riferite modeste perdite di sangue nei gruppi A e B che non possono tuttavia essere considerati eventi emorragici degni di particolare preoccupazione. In nessun caso è stata osservata incontinenza permanente ai gas e nei casi in cui è stata presente si è ridotta spontaneamente nell'arco di due o tre settimane.

I tempi di ospedalizzazione dopo l'intervento sono stati significativamente minori nei gruppi B e C.

I controlli a distanza (15, 30, 45 giorni e 3, 6, 12 mesi) non hanno evidenziato complicanze né tanto meno esiti di sclerosi cicatriziale.

È stata riscontrata la recidiva di un nodulo emorroidario in 5 casi del gruppo A, risolti comunque con legatura elastica ambulatoriale.

Discussione

Le tecniche chirurgiche descritte consentono di ottenere ottimi risultati con un decorso postoperatorio meno problematico rispetto alle tecniche tradizionali di semplice legatura con punto trasfisso ed escissione dei noduli emorroidari.

La tecnica di Milligan Morgan, in particolare è tra le più diffuse nel mondo per la sua semplicità e rapidità di esecuzione.

Tuttavia, se consideriamo che il fine che un intervento di emorroidectomia deve perseg-

uire è l'estirpazione radicale del plesso emorroidario dilatato e del tessuto cutaneo e mucoso eccedente, nonché la preservazione dell'integrità anatomica e funzionale del canale anale, dobbiamo considerare l'intervento di emorroidectomia sottomucosa secondo Parks più soddisfacente sotto ogni aspetto. Infatti la legatura alta del peduncolo vascolare riduce il rischio di recidive ed inoltre la ricostruzione del piano mucoso consente di conservare l'integrità del canale anale con esiti cicatriziali che difficilmente possono dare luogo a stenosi. Il limite della tecnica di Parks è rappresentato quasi esclusivamente dalle difficoltà tecniche di esecuzione rispetto alla metodica di Milligan Morgan. Per tale motivo, pur riconoscendone i vantaggi, questa metodica trova scarsa diffusione.

L'introduzione del bisturi a radiofrequenze e di alcune modifiche alla tecnica originaria hanno permesso di semplificare la tecnica di Parks. Il bisturi a radiofrequenze è uno strumento innovativo che consente di tagliare e coagulare i tessuti in maniera non traumatica, a differenza del bisturi elettrico, per mezzo del calore generato dalla resistenza che il tessuto offre al passaggio delle onde radio (4.000.000 cicli/secondo). Il calore volatilizza e disintegra le cellule nella traiettoria delle onde. Ciò fa sì che il tessuto si fenda come se fosse tagliato da una lama affilatissima senza provocare sanguinamento. Per questo motivo la radiochirurgia facilita, accelera e migliora le procedure chirurgiche. Inoltre, la natura atraumatica dell'elettrosezione aiuta

ad eliminare le sequele sfavorevoli del postoperatorio rappresentate principalmente dal dolore, dall'eccessiva perdita di sangue e dell'edema ⁹. Il bisturi ad onde radio consente di eliminare il sanguinamento «a nappo» in quanto sulla linea di sezione vengono coagulati tutti i vasi al di sotto di 1,5-2 mm. Il controllo dell'emostasi può quindi essere eseguito senza difficoltà con una corretta esposizione del canale ove si sta operando. La ricostruzione del piano mucoso riveste grande importanza in quanto facilita l'emostasi immediata e tardiva, protegge l'innervazione delle fibre muscolari dello sfintere interno, permette una più rapida cicatrizzazione ed un rapido recupero della sensibilità del canale anale.

Golligher ¹⁰ aveva criticato l'intervento di Parks sostenendo che quest'ultimo si trasforma nel postoperatorio in una Milligan Morgan ¹¹, in quanto la ricostruzione della mucosa non regge ai traumi della defecazione ed i lembi vanno incontro a necrosi. I pazienti operati con la nostra metodica sono stati sempre sottoposti ad anosopia in XV giornata. Abbiamo così potuto verificare l'integrità dei lembi mucosi con processi di cicatrizzazione in atto. I successivi controlli hanno consentito di accertare che la completa cicatrizzazione avviene tra la III e la IV settimana. Durante questo periodo la normale vita di relazione del paziente non viene in alcun modo limitata.

Il dolore postoperatorio è assente in quanto non vengono coinvolte nella legatura del peduncolo fibre nervose sensoriali. Inoltre non viene lasciato in sede alcun drenaggio o tampone.

L'evacuazione precoce consente la riduzione dei tempi di ospedalizzazione e, particolare non trascurabile, riduce il rischio di stenosi. A ciò contribuisce anche la particolare ricostruzione della mucosa del canale anale, con lembi che vengono accostati delicatamente e cicatrizzano per prima intenzione.

I casi di transitoria incontinenza ai gas da noi osservati rappresentano un'incidenza di entità trascurabile se si confronta con quanto è descritto in letteratura. La compromissione della continenza anale dopo emorroidectomia riportata da Bennet ¹² è addirittura del 26%. Tuttavia non è dimostrato che essa sia da mettere in relazione solo con danni a

carico dello sfintere interno. Thompson ¹³ ha infatti ipotizzato che i cuscinetti anali emorroidari contribuiscano al controllo della continenza.

L'incidenza più elevata di transitoria incontinenza ai gas nei gruppi B e C rispetto al gruppo A può essere messa in relazione all'uso del divaricatore anale che invece non è utilizzato nella tecnica di Milligan Morgan. In accordo con quanto descritto in letteratura ^{14 15} abbiamo osservato una frequente incidenza di ritenzione urinaria soprattutto a carico dei pazienti di sesso maschile. Per questo motivo nel postoperatorio si è resa necessaria la cateterizzazione che comunque solamente in un caso si è protratta per due giorni. È opinione diffusa che la ritenzione urinaria sia la conseguenza dell'eccessiva ritenzione di liquidi durante l'anestesia, del tipo di anestesia e dell'intensa stimolazione dei recettori anali durante l'intervento, con spasmo uretrale riflesso ¹⁶.

Conclusioni

Pur valutando positivamente tutte le tecniche descritte, l'emorroidectomia sottomucosa con bisturi a radiofrequenze è secondo noi la metodica di elezione per il trattamento delle emorroidi di III e IV grado. La tecnica descritta presenta infatti una maggiore radicalità rispetto agli interventi tradizionali in quanto consente l'asportazione del nodulo emorroidario e di tutta la colonna vascolare fino al limite con la mucosa integra. La sezione alta dei peduncoli vascolari riduce il rischio di recidive. La scarsa diffusione della metodica di Parks è legata principalmente alla difficoltà tecnica derivante dalla necessità di operare entro il lume anale.

Il bisturi a radiofrequenze rappresenta un valido aiuto che consente di semplificare i tempi operatori. Tuttavia è pur vero che questo intervento richiede notevole accuratezza e disponibilità di tempo da parte del chirurgo e dell'anestesista, mentre abitualmente la proctologia in quanto chirurgia settica, occupa di regola gli ultimi momenti della seduta operatoria e «non deve» richiedere tempi lunghi.

A nostro giudizio gli eccellenti risultati che si ottengono con una metodica accurata qua-

le è l'emorroidectomia sottomucosa con bisturi a onde radio, giustificano ampiamente le difficoltà e l'allungamento dei tempi operatori.

Riassunto

Obiettivo. Negli ultimi anni si è assistito ad una evoluzione delle terapie ambulatoriali e delle tecniche di trattamento chirurgico della malattia emorroidaria nel tentativo di ridurre da una parte il dolore postoperatorio e dall'altra i tempi di esecuzione e di ospedalizzazione.

Metodi. In questo studio retrospettivo gli Autori confrontano i risultati ottenuti nel trattamento della malattia emorroidaria con l'utilizzo di tre diverse metodiche. In particolare sono stati selezionati tre gruppi di 30 pazienti ciascuno tra quelli operati negli ultimi 10 anni con la tecnica di Milligan-Morgan (gruppo A), di Parks (gruppo B) e con il bisturi a radiofrequenze (gruppo C). I pazienti sono stati selezionati con criteri di omogeneità per sesso (50% maschi e 50% femmine), età (compresa tra 30 e 50 anni), diagnosi (emorroidi di IV grado non associate ad altra patologia proctologica quale ragade anale, fistole, ecc.) e sintomi riferiti.

Risultati. I risultati ottenuti, pur consentendo nel loro complesso una valutazione positiva di tutte e tre le tecniche chirurgiche descritte, indicano l'emorroidectomia sottomucosa con bisturi a radiofrequenze come la metodica di scelta per il trattamento delle emorroidi di III e IV grado.

Conclusioni. Infatti gli eccellenti risultati consentiti da questo approccio, secondo gli Autori giustificano ampiamente le relative difficoltà di esecuzione e l'allungamento dei tempi operatori.

Parole chiave: Emorroidi - Proctologia - Radiochirurgia.

Bibliografia

1. Arullani A, Milito G, Filingeri V, Casciani CU. Vantaggi dell'emorroidectomia sottomucosa secondo Parks. Ital J Gastroenterol 1982;14:1s-5s
2. Filingeri V, Rosati R, Cortese F, Belardi A, Casciani CU. Haemorrhoidectomy: modified Parks technique. Progr Rep 1992;4:49-54.
3. Filingeri V, Rosati R, Cortese F, Belardi A, Casciani CU. Considerazioni sulla emorroidectomia sottomucosa sec. Parks modificata. Minerva Chir 1993;18:107-10.
4. Filingeri V, Casciani CU. Emorroidectomia sottomucosa con bisturi a radiofrequenza. Minerva Chir 1997;52:1-5.
5. Filingeri V, Casciani CU. Submucosal Haemorrhoidectomy via radiosurgical scalpel: a new technique. Int J Surg Sci 1997;4:50-3.
6. Paletto AE. Trattato di Tecnica Chirurgica, vol. VI. Torino, Italy: Utet ed., 1990.
7. Parks AG. The surgical treatment of haemorrhoids. Br Med J 1975;4:520.
8. Burkitt DP. Varicose veins, deep veins thrombosis and haemorrhoids: epidemiology and suggested aetiology. Br Med J 1972;2:556-61.
9. White WF. Radiosurgery: an advancement over the scalpel in many procedures. Pediatr Proc Rep 1986;3:16.
10. Golligher J, Gralam NG, Cleark OG, De Dohmal IT, Gilles G. The value of stretching the anal sphincter in the relief of posthaemorrhoidectomy pain. Br J Surg 1969;56:859-61.
11. Milligan ETC, Morgan C, Naughton Jones LF, Offlee RR. Surgical anatomy of the anal canal and the operative treatment of haemorrhoids. Lancet 1937;1:119-24.
12. Bennet RC, Friedman RH, Goligher JC. Late results haemorrhoidectomy via ligature and excision. Br Med J 1963;4:216-9.
13. Thompson WHF. The nature of haemorrhoids. Br J Surg 1975;62:542-52.
14. Bailey HR, Ferguson JA. Prevention of urinary retention by fluid restriction following anorectal operations. Dis Colon Rectum 1976;19:250-2.
15. Salvati EP, Kleckner MS. Urinary retention in anorectal and colonic surgery. Am J Surg 1957;94:114-7.
16. Parsad MI, Aberman H. Urinary retention following operations for benign anorectal disease. Dis Colon Rectum 1978;21:190-2.